

Diálogo con Valentín Barenblit* acerca de la supervisión institucional en los Equipos de Salud Mental

J. LEAL RUBIO**

La supervisión de equipos en la institución y la evaluación de servicios de salud mental son dos cuestiones que la actual Comisión de Docencia e Investigación de la AEN incluyó en su programa de actuaciones.

Propuse al Dr. Valentín Barenblit una entrevista para abrir el debate sobre el primer tema, la Supervisión Institucional, tarea que él viene desarrollando desde tiempo y de la que viene dejando constancia también en el campo de la docencia. Acogió la propuesta con la amabilidad y atención que le caracterizan y expresó su preferencia por la conversación o el diálogo abierto.

Lo que sigue es, pues, el resultado de largas horas de conversación distribuidas en varias sesiones. Evidentemente de todo el material ha habido que hacer una selección para poder ajustarlo al espacio de que se dispone en la revista. Dicho trabajo de selección y resumen ha sido tarea exclusiva del que escribe y por lo tanto también la responsabilidad de haber acertado en mayor o menor medida al optar por aquellos pasajes que más fiel y precisamente reflejen el pensamiento de V. Barenblit sobre la supervisión institucional pero también sobre otras muchas que se incluyen en lo que llamamos el campo de la Salud Mental.

He procurado mantener el tono de conversación tal cual discurrió nuestro trabajo.

Leal: Podríamos hacer una primera aproximación al término supervisión de significados, al parecer, muy extensos.

Barenblit: Sí, creo que este término puede traer malentendidos y puede en determinado nivel generar dificultades de prejuicio o de asentamiento de otros contenidos de esta actividad que no correspondan estrictamente a los que se supone debiera tener, es decir, aquello que pueda enfatizarse de la palabra “supervisar”, “controlar” o “estar por encima de” y las asociaciones que puedan darse con una conceptualización de autoridad, incluso el riesgo del examen, la evaluación o la sanción eventual puede o suele acompañar como fantasía a estas palabras. Desde este punto de vis-

ta a mí me parece bastante interesante la aparición —desde hace bastante tiempo también— de la denominación “análisis institucional” que define un campo de saber y de hacer que disminuye, digamos, el riesgo de esta problemática.

Los términos “supervisión”, “supervisión institucional” y “control” en el campo del psicoanálisis están ampliamente difundidos y adquieren el sentido de que un profesional —dentro del campo del psicoanálisis— demanda de otro de mayor entrenamiento o grado de especialización la cooperación o ayuda necesaria para mejorar las condiciones y la efectividad de una tarea. La supervisión clínica o el control de análisis en psicoanálisis alude a una situación bipersonal aunque también en programas de formación institucional ha adquirido características grupales. Un docente o un maestro transmite a un discípulo o alumno a través del examen metódico de su actividad clínica y así desarrollan un proyecto de transmisión, de enseñanza, que se supone devendrá en una mejoría de las capacidades del demandante y de aprovechamiento de la experiencia del demandado o del veterano.

L.: Quizás a personas ajenas al campo de la salud mental no les sea muy fácil entender la importancia de la supervisión.

B.: Es cierto lo que usted dice; a algunos sectores de la Administración pública el vocablo les genera un malentendido comunicacional. Desde este punto de vista yo tengo la impresión —y es algo a lo que he apelado recomendado muchas veces en los últimos años— de que es más facilitadora la utilización por ejemplo de la denominación “asesoramiento técnico” para establecer un puente semántico de mayor viabilidad con los sectores de la Administración pública, lo cual tiene incluso algunas implicancias de tipo técnico administrativo y hasta económico-financiero, porque hay Administraciones que no conciben la conveniencia o que no han incorporado en su cultura la conveniencia de apoyar económicamente, de hacerse cargo de estas actividades. En cambio les resulta mucho más comprensible —porque entra dentro de las denominaciones tradicionales— el concepto o el vocablo de “asesoramiento técnico” —que está más difundido— o de “consultoría técnica”.

L.: En esa cultura organizacional la supervisión, o el delegar en otro la función de supervisión puede ser entendido como ceder una parte de la responsabilidad, del control y del poder. Precisar su función puede ser importante, ¿no?

B.: Sí, yo creo que es muy importante tenerlo en claro para evitar los malentendidos producto de las denominaciones pero también para evitar las fracturas de la propia actividad,

(*) Psicoanalista. Asesor y Docente en Salud Mental. Consultor OPS-OMS.

(**) Psicólogo. Psicoanalista. Coordinador de la Comisión de Docencia e Investigación de la AEN.

de manera tal que la función o el lugar que ocupa el así llamado “supervisor institucional” o “asesor técnico” de una institución en temas específicos como son los que hacen al de la supervisión institucional, puedan transitar por cauces claramente acotados.

L.: ¿La supervisión institucional es un instrumento técnico que se pone en marcha en las situaciones de crisis de los equipos?

B.: Respecto a la crisis he de decir que, en mi experiencia, los equipos de salud mental de mayor creatividad y trabajo más prolongado, difundido y cualificado, han hecho desarrollos históricos donde las crisis han sido constantes en su devenir cotidiano, en su planteo, en su forma de abordar los problemas, en sus actividades, etc., con lo que quería recuperar para el término “crisis” un valor importante en el aspecto de que si bien por una parte marca un cierto estado de sufrimiento, de desorganización o de inhibición, al mismo tiempo puede devenir en fuente de enriquecimiento y de crecimiento de los equipos de salud mental. En mi experiencia los equipos construyen su historia afrontando periódicamente situaciones de crisis que, cuando están bien instrumentadas o cuando son adecuadamente aprovechadas, suelen ser como canales de tránsito para la maduración y el crecimiento, como ocurre en el sujeto humano.

L.: La ayuda del supervisor sería importante para una superación creativa de las crisis frente a las estereotipias. ¿Cuáles cree Ud. son las crisis más frecuentes?

B.: Sí. Yo creo que sí, y es muy atinado el cauce que usted está dando a la reflexión. La oposición crisis/estereotipia me parece muy interesante, porque la institución manicomial clásica —por ejemplo— ha podido estabilizar un modelo en función de estereotipos, pero de estereotipos con alta calidad patógena tanto para los pacientes a los que asisten —o asistían— como para el personal que debía asistirlos y que ha padecido junto con los pacientes complejíssimas vicisitudes, para las cuales algunos pudieron establecer sistemas de registro, de percepción diría yo egodistónicas que han permitido justamente la generación de crisis y de transformaciones importantes que surgieron en algunos ámbitos hospitalarios. Pero otras instituciones que cristalizan el estereotipo, congelan un modelo patógeno y que es patógeno tanto para el personal como para la población asistida. Ahora, volviendo al tema de la crisis y de la función del supervisor, sin duda que la demanda de una intervención de análisis institucional, supervisión institucional o asesoramiento a una institución, en general se produce en la situación de crisis detectada y consensuada por el equipo de salud mental crisis que puede tener configuraciones y características del más diverso tipo, pero que es la base de sustentación —o la fuente si usted quiere— que propicia y que alimenta el movimiento que genera al fin una demanda a un profesional, de quien se espera que por su entrenamiento en este terreno o en este tipo de tarea pueda aportar los recursos necesarios para superar adecuadamente la tensión. Con lo cual, si pensamos en la organización de los recursos humanos de atención a la salud mental como dispositivos diseñados o configurados según unas estructuras para cumplir determinadas necesidades de la población y de sí mismos, eviden-

temente la crisis que propicia la demanda suele estar asociada a cierto nivel de desorganización, o de alteración de la estructura o de disminución de la eficacia de las actividades que se realizan. Algo que tenemos que señalar —me parece— es que siempre van acompañadas estas crisis y las demandas que suscitan con algún grado de sufrimiento, de frustración, de inquietud, de los profesionales que integran estos equipos. Esto nos llevaría a plantear aquí una situación básica, y es el reconocimiento de que el trabajador de la salud mental y los profesionales que integran los equipos de la salud mental deben tener clara conciencia de que nosotros desarrollamos una tarea insalubre, que nuestro quehacer es un quehacer que implica un compromiso y un tipo de actividad que nos convierte en verdaderos recursos humanos expuestos al riesgo de una actividad cotidiana que por una parte tiene toda la gratificación de la actividad misma, de la creatividad y todo el sufrimiento que conlleva el contacto permanente y la búsqueda de soluciones para la población a quien debe asistir.

L.: ¿Qué es lo que lleva a un equipo en crisis a demandar una supervisión, la intensidad, la percepción del riesgo de cristalización de la misma?

B.: Sí, usted dice que el registro o la percepción de la crisis estimula el deseo de ser supervisado y relaciona ésto con la intensidad de la crisis. Pienso que es un primer eje de aproximación. Quizá lo que tendríamos que plantearnos es que hay una dinámica del deseo, y una dialéctica del deseo.

El deseo puede no ser en su primer origen el de ser supervisado. Probablemente el deseo consensuado o compartido pueda ser el deseo de la resolución de la crisis. Es decir, que quizá el deseo que anida básicamente en un grupo de profesionales es el de poder dar cuenta de una crisis que, como dijimos antes, genera sufrimiento, bloquea, dificulta, perturba o inhibe las actividades, propicia frustraciones mayores a la tolerable por el equipo, genera desconcierto, incertidumbre o conflictiva de distinto tipo entre sus miembros o entre los miembros del equipo y la institución, o entre los miembros del equipo y su objeto, es decir, en el caso de los equipos de asistencia, la población a la que debe brindar con sus recursos instrumentales asistencia especializada en el campo de la salud mental.

Yo diría que el deseo nace de una esperanza de una expectativa, de una búsqueda de resolución de aquellos factores que la crisis genera y que podríamos condensar en la producción de sufrimiento, frustración o insatisfacción dentro de los miembros del equipo, o en el grupo, o en la institución. Entonces, claro, usted lo planteaba en relación a la intensidad de la crisis; yo tengo la impresión de que es un buen parámetro. Quizá tendríamos que pensar en cuáles son las unidades de medida de esta intensidad pero son categorías que, insisto, pasan probablemente por aquello que podríamos entender dentro de los grados de insatisfacción y de sufrimiento de los miembros del grupo; pero también yo creo que no está únicamente referida a la intensidad, sino a la calidad. La intensidad nos hace pensar, digamos, en un criterio de tipo económico, si intentamos analizarlo desde la perspectiva metapsicológica del psicoanálisis y es un factor importante; también lo observamos en la clínica: la intensidad de una crisis personal o familiar marca en buena medi-

da la aparición del deseo de resolución, lo cual genera quizá el primer movimiento o el primer elemento de sostén que propicia la demanda. Pero yo tengo la impresión de que tendríamos que analizar aquellos aspectos que expresan además de la intensidad, la calidad de la crisis, es decir, sus características. Por otra parte está vinculado también con la cultura del equipo, con la cultura de la institución y con algo que provisoriamente podríamos llamar la viabilidad de canalizar ese deseo de resolución o de alivio y manifestarlo en una demanda.

Con lo cual, lo que quiero señalar es que en general mi impresión es que ese primer deseo está vinculado con la intensidad de la crisis, con la calidad de la misma, con los elementos que hacen a la cultura institucional, grupal del equipo, incluso del contexto en el cual se desarrolla esta crisis, que transita un camino en el cual va perfilándose ese deseo que en su primer origen es un deseo de alivio, de resolución, y que deviene en un deseo de supervisión o en una demanda. Se convierte o se puede convertir en una demanda de supervisión institucional, o de una intervención realizada por un profesional externo a la institución. Muchas veces observamos dos cosas, dos fenómenos que usted conoce muy bien, y que incluso también nos hacen volver a utilizar el ejemplo de la clínica: que la intensidad de una crisis, tanto en un sujeto como en un grupo humano, como en una familia, como en una institución, no tiene obligadamente una relación directa o mecánica con la gravedad de la desorganización o de la desestructuración. La intensidad a veces puede marcar un parámetro que no obligadamente es paralelo con la severidad del problema psicopatológico en un sujeto ni con la severidad del problema organizacional en una institución. Entonces yo diría que tendríamos que analizar también cuales son los aspectos que hacen a la calidad de la crisis, es decir, a los elementos que conviene examinar para poder comprender cómo se configuran desde la crisis los elementos que la propician, desencadenan o sostienen, y que esto hay que analizarlo, insisto, en el territorio de la cultura, para tratar de establecer un seguimiento que muchas veces nos muestra que este deseo de resolución transita primero por exploraciones diversas que no siempre desembocan en una demanda de supervisión institucional o la convocatoria de un experto externo a la institución para intentar zanjar esta problemática de la crisis. Con frecuencia cuando este deseo deviene en demanda de supervisión institucional, antes ha sido explorado por algunos otros caminos por los miembros de la institución o por la propia institución en búsqueda de esto que podríamos llamar resolución.

L.: Dice Vd. que las crisis se expresan en sufrimiento, en malestar. ¿Cuál es la procedencia del malestar?

B.: El malestar, término que Vd. introduce desde el pensamiento psicoanalítico y que me parece muy adecuado, tiene diversas procedencias. Podemos considerar cuatro ejes: los problemas del grupo consigo mismo, los problemas del grupo con la institución —que no obligadamente pasan por la dirección— los problemas del grupo con su objeto —entiendo por objeto aquel al cual el grupo interprofesional debe brindar atención o asistencia—, y los problemas del grupo con sus recursos porque hay, evidentemente, una correlación constante en la dinámica de cada uno de estos ejes, y de

ellos entre sí. Cuando le digo que los problemas institucionales no obligadamente o no solamente son los problemas que tienen que ver con la dirección o la coordinación, si bien es muy importante esto, lo digo porque en mucho niveles institucionales obviamente también la dirección, o la coordinación, o los responsables de la marcha de la institución, a su vez desarrollan su actividad, ocupan un lugar y juegan sus roles y funciones en relación a una serie de normas, de preceptos que están incluidos en el paquete del encargo que el sistema —por ejemplo el sistema sociosanitario— hace a las instituciones que lo integran. Y aquí creo que entramos en un problema muy, muy importante. Yo muchas veces he dicho que en cualquier escena clínica, en cualquier encuentro clínico de cualquier institución perteneciente a un sistema de salud, se puede detectar en un análisis minucioso desde una perspectiva psicodinámica, clínica y atendiendo a un marco de referencia teórico psicoanalítico, se pueden detectar muchas de las características del sistema al que pertenece la institución donde se desarrolla la escena clínica. ¿Por qué? Porque tanto la ideología como los objetivos —no siempre manifiestos— del sistema, como la calidad de la asistencia que se desea brindar por ejemplo, como los marcos de referencia para la evaluación del desarrollo de las actividades de dicho sistema, etc., están presentes de una y otra manera en la escena clínica.

L.: ¿A qué se refiere cuando habla de recursos?

B.: Y cuando digo “recursos” incluyo tanto el saber, el conocimiento de aquellos miembros del equipo o del equipo como el recurso instrumental, temporal y el espacio físico necesario para desarrollar cualquier actividad con eficacia.

Yo detecto en muchas oportunidades que las crisis son en buena medida el producto del desajuste de los equipos de salud mental con el encargo recibido por la institución y con los recursos que tienen para cumplirlo.

L.: Entendiendo que el equipo es parte del sistema, es institución, con una dimensión de instituyente y también de instituido. A veces se observa en los equipos la tendencia a considerar que la institución son los otros, sobre todo, aquellos de quienes procede el encargo.

B.: Yo pienso igual que usted, que en efecto, hay algo que trasciende y que supera al propio equipo, que es el marco en el que está incluido y los designios institucionales, que están estrechamente relacionados con las directrices políticas.

Recordemos que las instituciones están formadas por personas; las personas se configuran dentro de este campo interdisciplinario e interprofesional como grupo, y como tal obviamente se establece una dinámica de relaciones interpersonales que acompaña los movimientos de una dialéctica o una dinámica de tipo grupal.

Esto nos lleva ya a una reflexión un poco más teórica. Me parece que está muy bien lo que usted plantea. El grupo es institución. El grupo es institución y está instituido como tal. Lo que pasa es que yo creo que acá se generan interesantes procesos, en los cuales podemos utilizar algunos elementos de la teoría psicoanalítica. El grupo es institución, forma parte de ella, y como tal por ejemplo está sometido a un proceso de identificación, y si usted quiere, a un proceso dialéctico de intercambio de identificaciones, que obviamente están en un movimiento que a veces perturba las capacidades de dis-

criminar, digamos, cuáles son los canales de interacción, cuáles son las formas de interacción del grupo con el sistema, y cuáles son las características por ejemplo de esos procesos de identificación, de disociación, a veces de escisión y de proyección, que circulan dentro del marco de las instituciones. Y las instituciones en salud no escapan —y en salud mental tampoco— de esta dinámica, con lo cual su planteo es un planteo correctísimo. Pero aún dentro del grupo, o dentro de cada grupo, no es infrecuente observar, por cualidades específicas de las personas, o por historias específicas, o por los roles vinculados a los lugares que ocupan los miembros del grupo dentro de su propia dinámica o de la institución, funciones, discursos, adhesiones y oposiciones muy interesantes de analizar, porque permiten desvelar —digamos— cómo el grupo en tanto institución la representa y la expresa.

L.: Quizá la calidad de las crisis tenga que ver con ello.

B.: La calidad de la crisis entonces tendrá que ver con aquellas formas en que el grupo, —parte de la institución—, y sus miembros —partes del grupo— son al mismo tiempo portavoces no reconocidos adecuadamente de aspectos de la institución o portavoces no siempre reconocidos de la población a la que asisten. Es decir, yo creo que dos aspectos —en mi experiencia— son importantes de definir y perfilar cuando se realizan intervenciones concretas de tipo institucional como supervisor externo, y son la necesidad de definir con el máximo de precisión posible y de colaborar a la discriminación justamente de estos dos polos de identificaciones que afortunadamente nunca son totales o masivas, por supuesto, en la mayoría de los casos; a veces sí que esto acontece, y quiénes padecen este riesgo con mayor vulnerabilidad pueden ser muchas veces justamente los cargos directivos de la institución. Pero retomando un poco la idea, creo que hemos de tener en cuenta que en la institución el grupo como parte integrante de ella tiene una tendencia que a veces se polariza en identificaciones con aspectos normativos del sistema, es decir, si usted quiere provisoriamente, de aquel sistema que otorga el encargo y genera la oferta, y miembros de la institución que se hacen más fácilmente portavoces de la necesidad de la población asistida o de su propio padecimiento.

L.: Los efectos de dichas posiciones se reflejarían en la práctica asistencial, ¿no? Y desde ahí podemos afirmar la importancia de los aspectos institucionales en la supervisión clínica y a la inversa?

B.: La cuestión supervisión clínica/supervisión institucional podría ser examinada desde varios ejes.

Uno, de tipo conceptual, requiere ser definido, en términos de establecer con precisión adecuada quién es el objeto o el área privilegiada de la actividad. Entendiendo que en su pregunta está la inquietud de que se establezcan escisiones sumamente rígidas entre uno y otro quehacer. De cualquier manera, a mi tender, una y otra actividad tienen un elemento básico de diferenciación, y es el del privilegio o prioridad que adquiere como objeto de análisis en cada una de las dos actividades o espacios la problemática institucional o la problemática clínica. En las actividades de los equipos de salud mental yo tengo la impresión que la supervisión clínica y —cuando es pertinente— la supervisión institucional

marcarían dos senderos que no deben estar escindidos o disociados, pero que deben tener espacios diferenciados, en buena medida —como le decía antes— porque conceptualmente adquiere mayor o menor peso en uno o en otro en la medida en que se defina como prioritario el objeto de análisis. En uno será la dinámica institucional y en otro la dinámica clínica, pero en la supervisión institucional deberá estar presente la clínica como la clínica —y quizá aquí con mayor peso— deber estar presente para la comprensión de la problemática institucional, de su operativización, de su implementación, etc., en el marco en el que esta práctica clínica se desarrolla.

Su planteo es sumamente correcto, en el sentido de que no deben establecerse disociaciones o escisiones entre una y otra actividad, pero pienso que con todo, y a fuer de privilegiar en una como objeto la dinámica institucional y los aspectos inherentes al malestar del equipo, como decíamos antes y en la otra, en la supervisión clínica, la de privilegiar digamos el análisis, la investigación del campo relacional y del campo transferencial y de la articulación de la historia del paciente, de sus características personales, de sus circunstancias situacionales, digamos, en el proyecto de atención clínica. Con todo, toda supervisión clínica tendrá que tener sumamente en cuenta y presente el marco en que la intervención clínica se realiza, la población a la que va dirigida y —como decíamos antes— los recursos con los que cuenta el equipo terapéutico para satisfacer la demanda de la población en función de su propio marco referencial, de las teorías con las que se aproxima a la comprensión del fenómeno de salud y de enfermedad mental.

L.: ¿La inadecuación de los encargos con los recursos genera importantes tensiones?

B.: Creo que sí. El malestar del que hablábamos antes frecuentemente está vinculado a la inadecuación del encargo y de los recursos que se otorgan o que poseen los equipos de salud mental para dar respuesta a este encargo y para poder ser coherentes consigo mismos, porque el sufrimiento, el malestar que yo detecto frecuentemente desde hace muchos años en la gran mayoría de los equipos de salud mental que demandan supervisión clínica e institucional es una búsqueda a veces desesperada de algo que les permita satisfacer con los recursos que poseen, por una parte el encargo, pero por otra parte la demanda —y no hablemos del problema de necesidades de la población— y poder sostener en su práctica una actividad que no los enfrente con la ética que los equipos sostienen.

L.: En ese caso las expectativas sobre la supervisión serán muy altas.

B.: A la hora de poner en marcha una aproximación a la demanda de supervisión institucional, tendríamos que ver cuáles serían las modalidades del método y que recursos técnicos puede abordar el supervisor para esclarecer adecuadamente esto que usted me planteaba antes: desde qué deseo se formula una demanda, y qué hay de realizable en ese deseo y qué hay de utópico en ese deseo, porque todos sabemos el alto precio que se puede pagar por ocupar durante un breve periodo el lugar de ideal.

L.: Desde qué deseo, el cauce, también administrativo, por el que transcurre y quién la formula.

B.: La concreción de la consulta suele ser vehiculizada por un líder formal, frecuentemente acompañado de algún otro miembro del equipo que se ocupan de la gestión manifiesta y formal del pedido. Entonces, en general, la experiencia es que si bien la formulación directa suele ser vehiculizada por uno o dos de estos miembros de un equipo, en general la demanda es una demanda grupalmente consensuada. Situación que yo creo óptima: es decir, cuando la demanda viene precedida del reconocimiento de una crisis o de un incremento del malestar y de las dificultades del equipo por superarlas en forma autónoma, sin la ayuda de alguien ajeno al equipo. Creo que se acerca a lo óptimo de una demanda aquella que ha sido registrada, percibida, examinada, reconocida y consensuada dentro del equipo, aunque la formulación del pedido sea, por razones de tipo práctico, vehiculizada por alguno de sus miembros, que puede ser el coordinador o bien el coordinador y algún par de miembros del equipo —depende de la dimensión del mismo—, o por alguien que no ocupa una posición formal pero en quien el equipo delega esta actividad de establecer el contacto y formular concretamente la demanda o el pedido.

L.: Pudiera ser que ese encargo no lo hiciera ninguno de los miembros del equipo de trabajo sino algún responsable no implicado en la tarea concreta.

B.: En ese caso yo tiendo a verificar o a tratar de verificar qué grado de confiabilidad se le puede dar a la demanda y el grado de consenso que hay dentro del equipo para formular la demanda y a transitar por la actividad de la supervisión institucional, más allá de las resistencias que puedan tener los distintos miembros del equipo o algunos de ellos que se convierten en portavoces manifiestos de la ambivalencia, de la resistencia. Si a nivel del grupo, de la institución, del equipo de trabajo, digamos, el consenso es amplio, el pronóstico de la intervención suele ser mejor. Si es seriamente cuestionada por algún sector importante dentro del equipo o de algún sector cercano e influyente sobre el mismo, las dificultades aumentan. La crisis, o el incremento del malestar como elemento desencadenante, opera como serie complementaria desencadenando o motivando la consulta, la necesidad de evaluar cómo se ha ido gestando dentro del equipo el reconocimiento del malestar, de la crisis, la propuesta de la demanda de supervisión institucional como expresión de un intento de resolución de la crisis o de mejora del malestar del grupo de trabajo o de la institución. Y desde ese punto de vista es importante tener en cuenta, insisto el problema de las resistencias, de las ambivalencias y el acuerdo mayoritario del equipo para poder iniciar la tarea, que obviamente es una tarea que conlleva algunas dificultades importantes en su realización y que moviliza, al mismo tiempo que expectativas de resolución igual que en un proceso terapéutico, también expectativas paranoides nada despreciables y que es muy importante operar con ellas.

L.: ¿Como habrían de ser las relaciones del supervisor con la dirección de los equipos cuando no está presente en dicho trabajo?

B.: Yo pienso que los niveles de dirección aparecen dentro de un gradiente porque siempre hay alguien en ese gradiente de direcciones, digamos, por fuera del alcance del espacio de la supervisión o del diálogo. Yo pienso que una

supervisión institucional adquiere mucha mayor riqueza y efectividad cuando la dirección de la institución está presente. Si la dirección del equipo está presente y participa reconociendo junto con los miembros del equipo la necesidad de apelar a un recurso profesional externo, para buscar formas de resolución al malestar, o a la crisis o a las dificultades inherentes al equipo. Es en este caso una de las condiciones deseables la participación activa y comprometida de la dirección en la supervisión del equipo. Cuando la dirección no participa en la experiencia, yo he observado resistencias muy importantes —que se incrementan en uno y otro lado—, o escisiones y disociaciones, o la aparición de evidencias de exclusión y de polarización, es decir, de depositaciones masivas, de proyecciones en el supervisor, o situaciones transferenciales, porque también se establece una transferencia en las relaciones del supervisor con el grupo y con la institución, que son a veces muy difíciles de manejar. Por eso mi experiencia me indica que la dirección —en las supervisiones— debe participar, y es muy positivo que lo haga, y tanto más si ha podido ser gestor comprometido de reconocimiento del problema y también de la búsqueda de solución, de la formulación de la demanda, incluso de la elección del supervisor.

Antes hablábamos de la importancia del consenso. Yo creo que desde ese punto de vista la cautela, la prudencia y la ética, indican que es importante que exista no solamente el consenso y la razonable convicción —más allá de las resistencias y de las ambivalencias— acerca del problema y de la demanda asumida por el equipo en relación a la actividad sino también con relación a quien la desarrolla; es decir, es necesaria la aceptación consensuada por el equipo, no solamente de la función de la supervisión, sino del profesional que la desarrolle.

L.: ¿Cree que hay algún riesgo de colisión entre la actividad de supervisión del equipo con las tareas de dirección necesitada también de “supervisar” y evaluar?

B.: En efecto, como vimos antes el vocablo es polisémico, y es polisémico en tanto por una parte nosotros estamos hablando de la supervisión institucional en términos de análisis institucional, como una práctica dirigida a evaluar las áreas de conflicto (a detectar, evaluar, revelar lo que haya de conflicto) que un grupo humano o los recursos humanos de la institución puedan tener para el desarrollo eficaz de la actividad que deben desarrollar, y para satisfacer las expectativas de la comunidad a la que deben servir y las expectativas propias del grupo. Esto, que muy esquemáticamente podría corresponder a nuestra práctica de análisis o supervisión institucional, debe ser discriminado y diferenciado de la supervisión institucional en términos de evaluación, rendimiento, de los índices de efectividad, eficacia y eficiencia de la institución o del equipo. Desde este punto de vista, tengo la impresión de entender, Leal, que usted lo que está planteando es el riesgo, digamos de una superposición en el malentendido de dos funciones: una, la del supervisor o analista institucional, cuyo objetivo, metodología y técnica opera de esta manera de la cual estamos hablando, y otro, el concepto de supervisión en términos del desarrollo y la verificación de la efectividad de la gestión de la institución.

L.: Qué tiene que ver también con el desarrollo adecuado

del trabajo técnico, con cómo se desarrollan las funciones que el equipo tiene asignada y no sólo cuantitativamente.

B.: A mi me parece que usted está llevando nuestro diálogo a un territorio clave, y es que en algunos programas, están detectando en los últimos años una especial preocupación por el cuánto se desarrolla y no por el cómo.

Yo creo que hay una fuerte presión en los sectores de gestión, vinculada con una presión economicista de la actividad sanitaria. Vamos a entrar en el campo de la salud. Hay una fuerte presión economicista en el campo de la salud, y de búsqueda de rendimiento, y de establecer preocupantes correlaciones entre los sectores de la gestión y de la Administración pública y también de la privada, ¿por qué no decirlo? —de cualquier manera, nos preocupa mucho más la pública—. Entonces, yo creo que esto justamente va a llevar a que las supervisiones enfocadas o encaradas desde la búsqueda del rendimiento, de la gestión, dejan de lado algo que usted ha dicho, que es la calidad de la atención, y entonces se está generando en el sector sanitario, en el campo de la salud mental —desde mi perspectiva— justamente un incremento del malestar de los equipos que surge en buena medida porque hay una reformulación de los conceptos tendentes a privilegiar o a categorizar con demasiada rigidez el rendimiento en términos de cuantificación y de coste. Entonces, claro se baja la calidad de la atención en muchos casos. Este justamente es uno de los motivos de consulta que yo detecto más importantes en los últimos tiempos en los equipos de atención a la salud mental, que bajo la presión de las direcciones, que a su vez están presionadas por las normativas que rigen la administración de los recursos, están propiciando situaciones donde para dar cuenta de una supuesta cobertura poblacional, los equipos profesionales tienen en muchas circunstancias que cancelar sus esquemas referenciales, sus criterios de salud y de enfermedad, sus modelos de intervención más ambiciosos, y reducir los objetivos de sus actividades atentando riesgosamente contra la calidad de la atención, generando contradicciones y grados de sufrimiento y de malestar muy importantes.

Creo que hemos llegado a un nudo clave, donde por una parte el análisis institucional o la supervisión institucional tiene que ser diferenciada, discriminada, de los análisis de gestión y de las evaluaciones de gestión. Son distintos esquemas referenciales desde donde nos movemos y desde donde pensamos una y otra perspectiva. Claro que hay que buscar puntos de convergencia y de acuerdo.

L.: Y sería riesgoso, ¿no?, aceptar que los responsables de gestión sólo buscan números, y los responsables de atención directa sólo buscan calidad. Si ese pensamiento se consolida, no sería el supervisor una figura expuesta a ser catalizador del conflicto y por lo tanto a no poder realizar su función? Porque ahí me parece que habría como un pensamiento dilemático tremendamente fuerte, ¿no? Por otro lado no es posible cierta calidad a determinados costes como tampoco es posible atender a muchos a una baja calidad ¿no?

B.: Sí, sí, totalmente de acuerdo. Lo que pasa que esto ya pone en cuestión y nos obliga a pensar sobre los juegos de fuerza de esquemas referenciales y conlleva o implica una necesidad de definir con claridad el marco referencial desde el cual en las instituciones de atención a la salud mental se

definen los procesos de salud y enfermedad. Por ejemplo una falsa opción que se viene planteando desde hace años en nuestro medio y en muchos otros y que ha dado lugar a grandes debates es el problema de si prevención primaria o prevención secundaria, es decir si prevenir o curar. Y yo creo que a veces esas son decisiones políticas pero son falsas opciones, porque en general tanto los propios gestores y directores de programas —o responsables técnico-administrativos— como los equipos que han de desarrollar las tareas, están sometidos a grandes presiones y en las cuales se los obliga a tener que hacer una opción, que no tiene por qué ser así, porque está universalmente reconocido en este momento dentro del campo de la salud mental, digamos, que así como no debe desarticularse la actividad de atención a la población, a la docencia y a la investigación, tampoco debiera desarticularse o tener que optar exclusivamente por atención primaria, secundaria o terciaria. Aquí es donde entramos a analizar las características del sistema, el marco referencial, las políticas o las decisiones políticas, los recursos que se destinan para desarrollar los programas de atención y otra serie de variables que podemos hablar.

L.: ¿Cuál es el proceso que Vd. establece tras el contacto o petición de supervisión?

B.: Así como en la clínica también ya hace muchos años que venimos trabajando el concepto de demanda y reformulación de la demanda yo creo que en la supervisión, en los análisis institucionales debe establecerse una adecuada evaluación de la demanda y una reformulación de la misma para precisar el objetivo de la tarea, y también para definir qué marco o qué encuadre requiere la tarea para desarrollarse de manera adecuada. Entonces esto nos llevaría también a cierta precisión en cuanto a un aspecto técnico. Yo suelo tomarme un tiempo y trato de nominar como consulta los primeros dos o tres encuentros. El primero habitualmente es un contacto telefónico, obviamente con un líder o delegado, digamos, del grupo o de la institución. A partir de ahí, suele haber una primera entrevista con el coordinador de la institución o el responsable del grupo, y algún miembro calificado, significativo, o especialmente motivado para la tarea (tarea de supervisión institucional). Luego, suelo hacer una reunión o a veces dos con el equipo, a los efectos de evaluar con el máximo de precisión el motivo de la consulta y la calidad de la demanda, y establecer los ajustes necesarios, y diseñar —en caso de acordar la actividad— el tipo de encuadre. Desde ese punto de vista, creo que estas entrevistas preliminares (por llamarlas de alguna manera) permiten afinar, ajustar, adecuar dentro de lo posible, digamos, las expectativas; si usted quiere, extrapolarlo términos psicoanalíticos las fantasías predominantes y el deseo —digamos— que alienta, sostiene, cada demanda, y ajustarla a las posibilidades reales de la intervención. Esto obviamente suele disminuir el riesgo de intervenciones que se inicien, digamos, sobre la base de núcleos de confusión o de desacuerdo entre el grupo institucional, el equipo técnico y profesionales que intervienen en la supervisión, o más aún, de establecer riesgosas idealizaciones en los comienzos de la actividad, que caerán obviamente bajo el peso de la realidad en la medida en que se desarrolle.

L.: Me gustaría que pudiera plantear cómo se concreta técnicamente el trabajo del supervisor.

B.: Las condiciones deben basarse primero en una aproximación diagnóstica y en una reformulación adecuada de la demanda. En segundo lugar, el máximo consenso posible de los distintos miembros del equipo, la pertinencia de la demanda, y un ajuste de las expectativas del grupo a las características y posibilidades reales de intervención y evitando propiciar investimentos idealizados, difusión de fantasías mágicas, etc.

Con referencia al encuadre, lo óptimo son los encuentros en la planta física donde se desarrolla la actividad. Si hay dificultades —que suelen ser por parte del supervisor— se puede hacer en su despacho por ejemplo. Frecuencia en tiempo, depende de la pertinencia entre la problemática de la demanda y las posibilidades de implementar análisis institucional. En algunos casos se puede empezar por una frecuencia de un ritmo intensivo, semanal, pero en otros casos cada dos semanas o cada mes. Los encuentros han de ser lo suficientemente confortables para que pueda surgir la problemática. Desde el comienzo se marcan ciertas metas a cumplir que servirán de parámetros de seguimiento para pensar en la finalización de la intervención (ejemplo: sentar metas que permitan establecer a qué cota de autonomía el equipo quiere llegar).

L.: ¿En qué teorías o marcos teóricos amplios se sustenta la práctica de supervisión y análisis institucional?

B.: En general, los profesionales que realizan actividades de supervisión o análisis institucional en nuestro campo de la salud mental en nuestro medio y bastante podría extender ésto a otras latitudes geográficas provienen del campo psicoanalítico, de la clínica psicoanalítica, articulada con un interés especial por las actividades que se desarrollan en el campo de la salud mental. Suelen ser profesionales que han desarrollado de manera convergente su actividad como psicoanalistas y sus actividades como trabajadores de la salud mental y con un buen conocimiento de las instituciones que operan en dicho campo. Hay otros campos donde se está desarrollando este quehacer desde otra perspectiva, con marcos referenciales y modalidades e intervención técnica muy diversas que son los que provienen por ejemplo de la psicología organizacional que está avanzando fuertemente, pero que da cuenta en general de otras organizaciones por ahora y se ocupa con más interés, digamos, de organizaciones empresariales o grandes organizaciones.

Es obvio que los que no han podido introducirse por razones obvias en ese territorio del saber son los profesionales de la salud mental así llamados biólogos, pero es cierto que si bien acabo de señalar que yo creo que hay un franco predominio de profesionales que operan en esta práctica como efecto de su convergencia en una modalidad peculiar de concebir el psicoanálisis, que han concebido el psicoanálisis como teoría método y técnica, pero articulando con las actividades de atención en salud mental a la población, también es cierto que hay profesionales que provienen del campo, por ejemplo de la teoría sistémica, y que también desarrollan este tipo de actividades; y ahí pueden haber ciertos criterios de selección en los equipos al demandar y en la búsqueda.

Por cierto, que cuando estamos hablando de institución, cuando hay una convivencia... o una cohabitación —para usar el término de moda— de profesionales provenientes de distintos campos del saber, la situación se complejiza pero ya hay experiencias sostenidas durante muchos años que ponen en evidencia que sobre la base por lo menos de un modelo ético compartido y de una adecuada administración de las ansias de poder es posible desarrollar programas de actividades aún cuando los profesionales que integran los equipos se adhieran a marcos conceptuales diferenciados.

L.: ¿Cuáles serían esos aspectos éticos básicos a compartir?

B.: El respeto recíproco de los distintos saberes, el reconocimiento de la actividad interdisciplinaria, y la búsqueda en el campo de la acción-investigación o de la investigación-acción de modelos de intervención clínica, institucional, comunitaria, que puedan dar cuenta con el más alto índice de calidad, de los objetivos que el grupo de profesionales o la institución se dan frente, no sólo a la demanda, sino a las necesidades de la comunidad. Yo tengo la impresión de que éste es un tema que podríamos desarrollar más y podemos dejarlo abierto para retomarlo. Pero a mí me da la impresión de que éste es un tríptico imprescindible, ¿no?: el reconocer que cada marco referencial o conceptual, o modelo teórico, tiene sus aportaciones y aplicaciones posibles, pero no da una cobertura total del desafío que implica aliviar el sufrimiento de la población en el campo de la salud mental, de la salud y de la enfermedad mental; cuando digo campo de la salud mental e institución de salud mental, más bien hay que pensar en Salud Mental con mayúscula, es decir donde defino salud mental como un campo no como un estado distinto del de enfermedad.

Entonces, creo que el respeto comienza por el reconocimiento de los alcances y límites de cada saber, por la necesidad de complementar los distintos saberes, lo cual nos lleva al tan conocido tema de la interdisciplinaria que también es el tema de la interprofesionalidad, que también puede ser el tema de la interteoricidad. Con suficientes marcos de flexibilidad que permitan ordenar estos aspectos éticos, yo tengo experiencias que me permiten pensar que la cohabitación o la convivencia, la potenciación y el enriquecimiento mutuo es posible. Ahora bien, a veces el motivo de consulta justamente aparece fuertemente ligado o vinculado al desajuste o a las dificultades de articular, congeniar, coordinar, unos y otros saberes, unos y otros modelos de intervención técnica, lo cual son problemas que surgen como dificultades inherentes al propio esquema referencial pero muy frecuentemente como dificultades inherentes a las personas que instrumentan los saberes, porque si bien los saberes tienen que asumirse desde sus diferencias o similitudes, o desde sus confrontaciones, y pueden abrir amplios campos de debate, yo creo que tenemos que estar muy alerta, Leal, en cuanto que el problema se intensifica, se incrementa, o se modera y regula, en función de los portadores de los saberes. Los saberes son sin duda instrumentados por los que los portan, es decir, por los integrantes de la comunidad científica, para ponerlos al servicio de aspectos relacionales que no son inherentes específicos al saber, sino a las desviaciones neuróticas de los miembros que los portan.

L.: Percibo con lo que usted dice que la función del su-

pervisor en muchos momentos debe ser garantizar, ayudar, esclarecer y construir ese modelo de equipo sobre componentes que Vd. llamó éticos. Y el supervisor ¿qué referentes éticos ha de tener?

B.: Yo creo que sí, que esa sería una importante función del supervisor.

Con respecto a las exigencias éticas del supervisor son muy similares a las que rigen en alguna medida la actividad clínica ¿no?: el máximo de neutralidad posible, admitiendo que la neutralidad como status ideal es inalcanzable, admitiendo que el supervisor trae también un marco referencial, trae un modelo teórico, trae una posición ideológica, trae una historia, una experiencia, etc. El máximo de neutralidad posible para el supervisor justamente en la misma línea que planteaba antes, ¿no? para respetar los sistemas de valores del grupo o de la institución y poder señalar y desvelar y someter a consideración y a discusión de los miembros de los equipos aquellos aspectos disociados, escindidos, reprimidos, que están presentes porque son eficaces, digamos, en el cotidiano quehacer, en las formas de relación, en las formas en que se desarrollan las actividades. Creo que para las cuestiones éticas referidas al supervisor, estos aspectos de respeto y de compromiso con la tarea que se realiza en el marco de una neutralidad posible, y en el marco también de la discreción tan conocida por nosotros a través del secreto profesional son importantes. Ahora, este aspecto del secreto profesional, en los últimos tiempos está empezando a tener una novedosa vertiente, y es que para conseguir o sostener la financiación de la Administración pública, ésta requiere o demanda algún tipo de informe escrito acerca de la actividad realizada. Entonces, ahí es donde yo creo que el supervisor ha de acordar con el grupo con el que compromete su tarea cual será el modelo de transmisión o el instrumento de transmisión que se utilizará para satisfacer este requerimiento administrativo de la Administración pública, siempre que medie un trabajo y un acuerdo previo y la aprobación entre el supervisor y el equipo en cuestión de los contenidos de la información que se transmitirá a la Administración. Esto trae una nueva dimensión, y es que si este aspecto se considera adecuadamente y con especial cuidado, puede convertirse en un nuevo instrumento para sensibilizar, motivar y hacer saber a la Administración desde nuestra perspectiva o desde nuestro punto de vista cómo se visualizan los problemas o los conflictos mayores en la realización de las actividades que se llevan a cabo con lo cual se puede lograr un canal muy peculiar y novedoso que años atrás no existía.

L.: Un elemento ético básico es la neutralidad. Pero ¿hasta cuándo?, ¿hasta cuánto? En situaciones de fuerte conflicto, por ejemplo, en situaciones de maltrato institucional, de grupo o en déficits importantes en la realización de la tarea.

B.: Yo le hablaba de la neutralidad relativa. Creo que el concepto de neutralidad habría que definirlo con mayor precisión, pero claro, una neutralidad en el contexto de una ética. Y una neutralidad en el contexto de una ética implica, como le decía antes, la posibilidad de un supervisor de tomar cierta distancia en los aspectos pasionales o emocionales intensos que invaden frecuentemente la interacción, el diálogo, la comunicación, la actividad de los equipos. Que esa neutralidad no es renunciar a las convicciones ideológi-

cas ni a las convicciones éticas —que están tan unidas con lo ideológico—, ni aun a su marco de referencia, ni al modelo que de una u otra manera un supervisor porta consigo al aproximarse a un campo como éste. Pero en los casos que usted plantea, la neutralidad —a mi criterio— no está reñida con la toma de posición o de postura en relación a los temas que se discutan o que se traten, ¿no? Cuando yo le planteaba el problema de la neutralidad, más bien lo refería a no establecer alianzas parciales con sectores o con personas; incluso quizá no sería el término o el vocablo más adecuado para describir esta posición. Esta posición es en realidad lo que trato de transmitirle, Leal, es que —como suelen decirlo muchas veces los equipos— que alguien de afuera, que un profesional idóneo, cualificado, no implicado en las situaciones imaginarias ni en los conflictos en los equipos y con suficiente entrenamiento en el campo, pueda establecer y desvelar por ejemplo las fuentes del malestar o las obstaculizaciones, o las perturbaciones, dificultades o disfunciones —“disfunciones” es un término que aunque a veces pueda no sonar muy elegante creo que puede definir con bastante claridad lo que quiero señalar— en el adecuado o armónico funcionamiento de un equipo en relación a sus actividades.

Cuando hablo de neutralidad hablo de que el supervisor, en términos generales —salvo recomendaciones puntuales en relación a la actividad—, en cierto tipo de conflicto, lo que debiera utilizar como instrumento es la puesta en evidencia de este tipo de conflictivas cuando están bajo efecto de la represión o de alianzas o complicidades, o de presiones de silencio. La conveniencia de que el supervisor no establezca, digamos, alianzas parciales con miembros del equipo, pero especialmente la conveniencia de que el supervisor institucional pueda explicitar las alternativas o posibilidades, dejando a criterio del grupo o del equipo la toma de decisiones y especialmente la puesta en marcha de acciones para dar cauce adecuado a este tipo de conflictos.

L.: Y también teniendo la libertad de poder dejar al equipo si esa situación...

B.: Sí, claro. Yo tiendo a respetar mucho la tendencia de los equipos, pero no a silenciar la problemática que detecto, que escucho, o que se puede desvelar —digamos— en el trabajo grupal de la supervisión. Lo que tiene que quedar estrictamente planteado dentro de esta neutralidad es que la responsabilidad de la toma de decisiones y de las acciones es cuestión de los equipos; es decir, el supervisor no será quien tendrá que tomar decisiones —por ejemplo en los casos que usted planteaba— en nombre de los equipos porque no tiene ningún sentido y porque no es inherente a su función, pero sí poner en evidencia, reiterar tanto como sea necesario, la disfunción, la alteración la perturbación, incluso la contradicción ética pero dar libertad a los equipos para que con sus propios recursos lleguen, digamos, a la búsqueda de soluciones o de resoluciones o de acciones. En muchas oportunidades, especialmente cuando esto involucra cuestiones éticas o de confrontación o enfrentamiento entre sectores de la institución la función del supervisor será la de poner en evidencia, poder explicitar el conflicto, y propiciar la asunción de los responsables éticos, técnicos, para darle adecuado cauce.

Ahora bien, si el estereotipo —como decíamos al comien-

zo— se cristaliza con vigor consistente e introduce elementos de transgresión, corrupción o perversión, evidentemente, la función del supervisor, para ser coherente con su posición profesional y cumplir en forma adecuada su función, tiene que ser claramente explicitada y siempre queda una última alternativa, que considerar inamovible el estereotipo y dar por terminada su intervención para no establecer en términos de cronicidad una complicidad corrupta, perversa, entre la supervisión y la institución.

L.: Que tendría como efecto la perduración de la situación que, en teoría se trataría de resolver y que llevaría, por tanto, al no cambio.

B.: Al no cambio. Es cierto que a veces a mí me ha tocado alguna intervención donde la transgresiones, las complicidades, son tan severas que limitan también la acción transformadora de la intervención de análisis institucional en tanto se enfrenta con estereotipos tan rígidos y vigorosamente cristalizados o configurados en torno a los aspectos llamémosles de transgresión ética. Esas situaciones requieren o pueden requerir la finalización de la intervención debiendo quedar claramente establecido que por lo menos para ese profesional o para ese momento histórico, digamos, la supervisión pierde eficacia transformadora ante la resistencia, la dificultad que conlleva el cambio, o a la configuración pétreo del equipo, de la institución o de la organización. Pero por lo menos lo que sí queda como recurso es la explicitación, la verbalización, el reconocimiento. El acto del retiro de la intervención frustra al supervisor y lo pone en otra interrogación al igual que acontece en la clínica.

L.: Que quizás sea la interrogación sobre los alcances y los límites de efectividad posible en una supervisión institucional.

B.: Cuáles son los alcances y los límites, y hasta dónde la institución desea o no desea cambiar o hasta dónde una organización desea o no desea cambiar, o hasta dónde un equipo puede cambiar, transformarse. Ahí es donde también tenemos que plantearnos lo que veíamos antes acerca del investimento transferencial y de la imprescindible unidad que debe reinar dentro de nuestro procedimiento de supervisión institucional a la hora de comenzar cualquier actividad, en el sentido de tener muy en claro que tenemos una serie de posibilidades, de instrumentos con los que nos aproximamos al fin que nos proponemos, pero que hay límites obviamente, como en todo, y que en algunos casos esos límites están marcados por situaciones de muy difícil solución.

L.: ¿En qué medida la composición pluridisciplinar de un equipo y la consecuente coexistencia de lenguajes diferentes es una fuente de conflicto?

B.: Ya sabemos que el problema de la interdisciplina es problema crucial, a punto tal que también tendríamos que hacer alguna diferenciación entre la complejidad epistemológica del problema interdisciplinario y la realidad cotidiana de la tarea interprofesional. Estos dialectos, estas lenguas, estas formas de entender y comprender el sufrimiento humano desde distintas disciplinas, exigen una muy tolerante búsqueda compartida porque los últimos tiempos ha logrado gran prestigio y se han difundido, yo diría, tres niveles de reconocimiento para legalizar algunas teorías de la enfermedad mental, y en estos niveles coinciden la tríada bio-psico-social,

a la cual se le puede dar la orientación y el sentido que cada portavoz enuncie. Yo lo veo usar con amplia generosidad —e incluso está un poco de moda— el reconocimiento de lo bio-psico-social. Pero yo creo que lo bio-psico-social tiene que ser discriminado, diferenciado y debe ser cuidadosamente examinado según en qué contexto y desde qué fuente se enuncie el mismo. Lo mismo el equipo interdisciplinario. Yo creo que en algunos lugares el concepto de interdisciplinaria se incorpora meramente, —y ya que estoy aquí he de ser un poco crítico— sólo se utiliza para encubrir una tradicionalísima situación de poder de la Psiquiatría tradicional y del psiquiatra como el “factotum” calificado, jerarquizado, prestigiado. Queda bien porque ha adquirido prestigio el concepto de interdisciplinaria, pero las otras disciplinas se consideran como auxiliares de la Psiquiatría o como meros acompañantes de un proceso terapéutico centrado exclusivamente en los instrumentos y la expectativa de resolución de la Psiquiatría. En otros casos ciertamente —y afortunadamente son los mayores y los que más difusión están teniendo— la interdisciplinaria está siendo objeto de una seria búsqueda, de una compleja exploración, lo cual implica ni más ni menos establecer una concepción ética al respecto, que pase básicamente por el reconocimiento simétrico de las distintas disciplinas que integran el equipo de salud mental y por supuesto de los profesionales que las representan, en forma simétrica e igualitaria —y hasta me permitiría decir “democrática”—, a los efectos de poder investigar, explorar, la posibilidad de complementariedades que, integrando estrategias de intervención adecuadamente planificadas, permitan dar cuenta, con los recursos que se disponen, de la problemática de la salud mental en la comunidad. Desde este punto de vista es cierto que en este laberinto de disciplinas, profesiones, lenguas y dialectos —como se quiera llamarlo— suelen plantearse problemas. No son los únicos y en general, en las instituciones que demandan supervisión institucional externa, yo suelo detectar una buena disposición, por lo menos, para dar cuenta de esta problemática; igual que en otras instituciones donde se está observando la posibilidad de convivencia y de operatividad eficaz de profesionales ya no de distintas disciplinas, sino que tienen marcos teóricos diversos dentro de la misma disciplina.

Por ahora lo que le digo es que éste es uno de los ejes.

Otro eje por ejemplo son los problemas estrictamente personales: con los grupos muchas veces un supervisor externo tendrá que esclarecer, ayudar a comprender y a mejorar las circunstancias que sostienen conflictos, que más allá de las disciplinas o de las profesiones, están asentadas en las modalidades o en la forma de comportamiento de los profesionales que integran los equipos.

L.: ¿Se refiere a la verticalidad?

B.: Pueden ser los problemas vinculados a la verticalidad, como pueden ser todo tipo de problemas de la rivalidad y competencia que se establecen entre las personas. Una de las formas es la que suele establecerse en el campo de las decisiones. El lugar de decisión dentro de la instituciones de salud mental —y de todas las instituciones— es un lugar clave. Realmente es como que sustenta una parcela importantísima de poder. Entonces, la toma de decisiones y la capacidad que los equipos de salud mental tengan de parti-

cipar activamente en la toma de decisiones, es uno de los elementos interesantes que surgen casi siempre en las supervisiones externas de tipo institucional. Usted planteaba una cierta preocupación centrada especialmente —creo— entre el grupo y la dirección; y más: usted preguntaba si en los conflictos entre el grupo y la dirección hay lugar para el supervisor.

Yo pienso que sí. Yo creo que hay un lugar para el supervisor externo. Pero es un lugar que tiene que ser abordado con especialísimo cuidado.

L.: En ciertas estructuras hay la dirección de los servicios y la coordinación del equipo.

B.: Dos cosas en función de ésto, L.: En principio es muy útil la precisión que usted plantea con respecto a la diferencia entre coordinador y director. Tradicionalmente en Catalunya por ejemplo —o en otras latitudes geográficas— el coordinador ha sido un personaje frecuentemente designado por consenso grupal, y con capacidad de revocación de su función por el mismo consenso del equipo que en algún momento le había otorgado esa función. En muchos casos hemos visto experiencias de coordinaciones rotativas por ejemplo como una búsqueda de no congelar la función de coordinación en un solo miembro pero la función de coordinador ha sido frecuentemente unida o vinculada a una actividad o una tarea de fuerte raigambre democrática —por así llamarla— y de participación grupal.

L.: Autogestionaria, casi.

B.: Sí, casi autogestionaria, pero con el reconocimiento de que un coordinador también tiene que poder tener un campo de posibilidades para decisiones asumidas en nombre de su equipo con cierta libertad, porque una de las desviaciones que en algunos momentos se observó por ejemplo es lo que podríamos llamar el asambleísmo constante que tampoco facilita o propicia o resuelve realmente los conflictos sino que intenta en su momento —a la luz de determinadas necesidades de los grupos de profesionales y estimulados por acontecimientos históricos— garantizar la democracia; pero el asambleísmo como desviación del modelo democrático termina siendo un método a veces ineficaz tan limitativo de las funciones del coordinador que entorpece sus relaciones, especialmente con el exterior, es decir, con el elemento externo. Con todo hay otro fenómeno que se está dando, y eso es muy notable en Catalunya en estos momentos, de rediseño de las redes, y en las cuales, en algunas redes, la tarea de coordinador está siendo recambiada por la denominación de director, teniendo que dejar de lado justamente una de las condiciones más interesantes —diría yo— de la función de coordinación y era el consenso del equipo en el desarrollo de esa función y el otorgamiento de ese lugar a uno de sus miembros. Eso hace que sea la Administración la que empiece a designar a los directores ex-coordinadores, y creo que es un momento clave en el cual se corren algunos riesgos; por ejemplo riesgos de lealtades o fidelidades o bien al equipo o bien a la Administración, con lo cual estoy empezando a entrar en el tema que usted me plantea.

Yo he observado en estos cambios, en algunos casos —afortunadamente la mayoría— una muy lúcida adecuación tanto de los equipos como de los profesionales que deben asumir esa nueva función o ese cambio del ejercicio de una

actividad de coordinación al ejercicio de una actividad de dirección, pero en otros, en los que se juegan algunas situaciones de transgresiones éticas muy importantes, o algunos intereses o malos entendidos personales con las características peculiares de las personas que ocupan estos cargos, en buena medida —como le decía antes— por disfunciones o patologías narcisísticas —que también las hay— en las instituciones de salud mental y en los grupos.

L.: ¿Qué piensa de la importancia que se viene concediendo a la gestión en los equipos de salud y de salud mental?

B.: Yo creo que el aporte de la gestión es inestimable y es un subproducto del desarrollo del campo de la Administración en la disciplina de la salud pública. Creo que es inestimable porque obviamente se nutre en disciplinas de reconocido prestigio, como son las de la Organización, como son las de la Administración, como son las de la Planificación en general. Pero creo que aquí también a veces se establecen desviaciones que generan disfunciones y que tienen que ser hábilmente zanjadas o resueltas en un diálogo fluido que debe existir entre los gestores o directores y los equipos de las instituciones asistenciales. ¿Por qué? Porque a veces la filosofía o la ideología de la cual son portavoces los gestores o los directores a partir de cierto nivel en el que se alejan del campo práctico de la clínica, del campo práctico de las acciones cotidianas, son ideologías o filosofías muy, muy penetradas por cuestiones economicistas, y es por criterios de rendimiento y de eficiencia que no toman en cuenta la complejidad de la tarea clínica, y que no toman en cuenta el sufrimiento y las necesidades de los trabajadores de salud mental, o por lo menos que no lo toman en cuenta en forma adecuada; con lo cual se establecen fracturas, fracturas comunicacionales y fracturas en la visualización de la tarea. Esas fracturas a veces no suficientemente jerarquizadas o no adecuadamente detectadas, suelen ser fuentes de conflicto entre los grupos de trabajadores de salud mental, que tienen que dar cuenta cada día de la petición o demanda de la población, sostener la calidad de la atención y ser coherentes con sus marcos de referencia. El conflicto se genera cuando la exigencia de la productividad de atención confronta a los equipos a tener que renunciar a la calidad de la atención o de la asistencia. Asistencia y atención son dos conceptos que no deben ser superpuestos, y que tienen que ser claramente diferenciados, porque la atención en salud mental o salud pública abarca la asistencia pero no se limita a ella. Es decir, yo considero que atención en salud mental es aquella planificación centrada en la articulación constante de los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria, es decir, de prevención, asistencia y rehabilitación. Habitualmente —o con mucha frecuencia— se usan como sinónimos atención y asistencia. Pero lamentablemente, justamente en función de alguna de las exigencias economicistas y de la búsqueda de producción de servicios a bajo costo, se renuncia a la calidad de la tarea y se restringen los proyectos estricta y únicamente a la asistencia, planteando la falsa oposición por ejemplo en la elección entre asistencia, prevención, rehabilitación. La atención en salud mental no tendría por que pasar por la elección entre prevención, asistencia y rehabilitación. La asistencia obviamente es la que más demanda o petición —para usar la palabra que usted

introdujo— tiene por parte de la población, pero nos lleva a la discusión justamente de la problemática entre demanda y necesidad.

L.: Ello puede estar generando el abandono de la actividad comunitaria necesaria para la población pero también para los equipos que corren el riesgo de quedar atrapados en una práctica más que asistencial asistencialista, repetitiva, que impide la puesta en marcha de otras actividades necesarias y refuerza los modos tradicionales de acercarse a los servicios de salud.

B.: Yo creo que sí; y por eso le decía antes que se ponía en cuestión muchas veces la calidad de la asistencia, y eso genera un sufrimiento importante en los profesionales de los equipos, porque tienen que reducir ostensiblemente — generando un gran monto de frustración— sus ideales de trabajo asistencial y comunitario. ¿Por qué? Porque desde un modelo conceptual o ético desde el cual muchísimos profesionales llenos de interés y entusiasmo por desarrollar sus actividades y por ejemplo brindar en el campo de la salud pública un lugar propicio para la expansión, difusión y práctica del psicoanálisis se van viendo obligados, por el forzamiento de estos proyectos o programas sostenidos en ideologías excesivamente economicistas que devienen en la necesidad de producir prestaciones exclusivamente, a bajar la calidad de la atención y a renunciar realmente a una práctica que permita desarrollar la asistencia clínica con lealtad y fidelidad al marco y a los criterios de salud y de enfermedad que ofrece la teoría y el método psicoanalítico. Ello va generando en algunos momentos, una gran preocupación en los equipos y mucho sufrimiento, una especie de regresión en las prácticas aun en las instituciones de salud mental que integra redes sumamente progresistas y modernas, pero en donde podemos observar que esa correlación entre recursos y objetivos, no siendo adecuada a las necesidades de una práctica que requiere tiempo, obviamente, está bajando la calidad de la atención.

Entonces, yo creo que acá se plantean dos ejes importantes, que me gustaría que desarrollásemos. Por una parte, yo pienso que ese planteo asistencialista que usted acaba de señalar es un planteo que, si se examinara desde los gestores-administradores de los servicios como una inversión también tendría que ser repensado.

Porque es una inversión que rentabiliza a corto plazo, pero que a la larga es mucho más costoso que el proyecto de atención que pueda considerar el gasto en salud pública como una inversión para la comunidad y para la salud de la comunidad. Porque la atención primaria, por ejemplo, genera como inversión rentabilidad a nivel de salud, a nivel de bienestar, pero también a nivel económico a largo plazo. La rehabilitación por ejemplo, adecuadamente instrumentada en programas de efectividad comprobada —y que hoy en día no son secreto para nadie; sólo hay que realizarlos—, evita la manicomialización, que es uno de los recursos más costosos para sostener pasivamente y sin futuro a miles de pacientes así llamados “crónicos”, y que los programas modernos de rehabilitación —en buena medida inspirados en equipos interdisciplinarios, incluso sostenidos con intervenciones que se nutren en prácticas diversas pero que no son ajenas también al pensamiento psicoanalítico— están demostrando su efectividad.

Ahora, ¿qué pasa? Yo creo que ahí hay un fallo doble. Por un lado, que el criterio asistencialista es un criterio aparentemente rentable para la economía porque produce muchas prestaciones, pero de baja calidad, y entonces ocurre que ni la prevención primaria se considera una prioridad, porque se considera un artículo de lujo, cuando yo pienso que los administradores y quienes tienen la responsabilidad de ordenar el gasto en salud pública debieran de pensar a largo plazo y no solamente buscar soluciones que den cuenta de las necesidades políticas o incluso de los programas electorales.

Claro que la prevención primaria tiene que ser también cuidadosamente pensada, pero es una inversión habitualmente rentable a largo plazo.

L.: Yo creo que a estas alturas conocemos ya que el hecho de dejar de hacer actividades de tipo comunitario en el campo de la salud mental, la disminución de esos proyectos o la cancelación de los mismos conlleva un aumento en la actividad asistencial, que es en gran medida explicable por la inexistencia de otro cauce a través del que formular una petición, una demanda, una necesidad, un deseo, o lo que fuere. Así que el abandono del trabajo institucional y comunitario está llevando a que se exagere la dimensión asistencial: sobrecargas de actividad, costes altísimo, cansancio, estereotipia del equipo, y abandono de los profesionales hacia otras prácticas ajenas al sistema público.

B.: Este criterio asistencial no quiere decir que no deba ser satisfecha desde nuestra constelación toda demanda, pero debe ser satisfecha no perdiendo de vista la calidad de la asistencia, porque al bajar la calidad de la asistencia se corre el alto riesgo —que ya se está observando como un factor de malestar en los equipos— de repesiquiatización de la red de instituciones de atención primaria. ¿Por qué? Porque pacientes que podrían ser muy beneficiados por ejemplo, del método psicoterapéutico, empiezan a tener que ser exclusiva o básicamente asistidos con recursos psicofarmacológicos. Porque la posibilidad de abordar a las familias de pacientes deja de ser incorporada dentro del marco habitual de prestaciones porque ni está adecuadamente reconocida ni hay espacios suficientes para mejorar la calidad.

L.: ¿Cómo le parece que habría que hacer para que no se diera la situación que viene expresando?

B.: Creo que hay dos cuestiones desde el punto de vista de este eje asistencia-atención: Uno, tratar de recuperar para los proyectos futuros el concepto de atención en salud mental que integra adecuadamente la prevención, la asistencia y la rehabilitación. Buenos programas de prevención nos pueden garantizar una disminución de la patologización de la población. Está clarísimamente demostrado que en nuestro campo de la salud y la enfermedad mental las intervenciones precoces son eficaces y evitan cronificaciones de los sufrimientos. Desde este punto de vista ya tenemos suficiente experiencia, y como disciplina somos mayores de edad como para poder garantizarlo igual que en el campo de la enfermedad somática o de algunas patologías donde ha sido clarísimamente demostrado.

En segundo lugar, creo que la asistencia no debería perder para nada su jerarquía, su lugar y su calidad. Es decir, que no estoy planteando que los equipos o los gestores ten-

gan que dilucidar si prevención primaria o asistencia. Creo que son complementarios. Y lo mismo con la rehabilitación. Está clarísimamente demostrado que en estos momentos una buena cantidad de los hospitales psiquiátricos sostienen en sus muros y a un alto costo a pacientes que si pudieran ser incluidos en programas de resocialización y de rehabilitación vaciarían en gran medida los hospitales psiquiátricos. Y ahí es donde yo creo que se juegan intereses importantísimos de tipo institucional que van más allá de las capacidades de resolución de los equipos asistenciales y que tienen que ver con las políticas y las gestiones, porque se sostiene innecesariamente el número de camas de hospitales psiquiátricos para sostener proyectos empresariales que requieren para su buen rendimiento económico que esas instituciones están habitadas. Entonces, ya no está en cuestión la posibilidad de que no tengamos recursos: los equipos interprofesionales e interdisciplinarios han demostrado claramente que pueden reinsertar y rehabilitar pacientes incluso de los llamados crónicos e incurables. Pero lo que hay que hacer es prestar atención a eso y poder esclarecerse en cuanto a que hay que ver qué es lo que prima, si el interés de los pacientes y de la comunidad, o los intereses empresariales o de algunos sectores que abogan por sostener el hospital psiquiátrico en primera línea como eje central de la actividad de la asistencia psiquiátrica en salud mental.

L.: O el equipo de atención primaria como una especie de continuador de una asistencia psiquiátrica cuestionable.

B.: En estudios cercanos a nosotros se ha podido conocer que el 80% del presupuesto económico de gasto anual seguía siendo utilizado para sostener los pacientes en hospitales psiquiátricos, y que en todo el programa que vino desarrollando la Diputación de Barcelona —que, con sus defectos y virtudes, ha sido un avance de primera calidad en la actividad asistencial en la provincia de Barcelona—, sólo un 10-12% había sido dedicado a la red de asistencia primaria en Salud Mental.

Entonces, aunque nos hayamos desviado un poco del tema central de la supervisión institucional, ¿por qué creo que es legítimo plantear esto? Porque creo que éste es el escenario, el telón de fondo, el trasfondo que muy frecuentemente genera el malestar de los equipos de atención en salud mental; y no se deben desatender más allá de que los equipos de salud mental no pueden dar cuenta de los grandes problemas de las políticas decididas en otros lugares de la Administración pública; pero es un factor a tener en cuenta para que se concienticen los trabajadores de la salud mental, que más allá de la alienación de la exigencia y del trabajo clínico cotidiano hay una infraestructura donde se sostiene y se desarrolla la escena clínica, que toda escena clínica está sostenida, determinada o multideterminada, en un lugar destacado como usted introducía antes, por la filosofía, la ideología, el marco conceptual y la gestión en la que se sostiene el programa general.

Yo le había dicho que había dos ejes, uno que pasaba por la calidad de la asistencia, y otro que pasa por la cobertura de la asistencia. ¿Qué quiero decir con la cobertura? Que la cobertura de los planes de asistencia tienen que ser examinados en dos niveles: uno, el de la teórica, donde se delega en determinado grupo de trabajadores la responsabilidad de

asistir a todos los habitantes de un área; y otra es la cobertura real.

Entonces, yo creo que hay que apuntar a dar una buena atención a la salud, y que hay que tratar de mejorar la calidad de la atención, pero que también hay que pensar en la cobertura, y en la cobertura real, porque una cosa es plantear que un equipo tendrá que atender a una población de 300.000 habitantes y otra cosa es que después ese equipo realmente pueda propiciar y estimular, la demanda, porque muchas veces se ve a los equipos más bien tratando de silenciar y de ocultar su presencia en las regiones de su responsabilidad, porque el efecto de la difusión es un efecto avasallador sobre los trabajadores.

L.: ¿Qué efecto tendrá esto en los profesionales?

B.: Lamentablemente muchos profesionales en los cuales la Administración ha invertido al acogerlos en su seno y en sus programas siendo profesionales jóvenes, después de pasar una serie de años, cuando logran adiestramiento, entrenamiento y son profesionales que pueden enriquecer los proyectos de trabajo, los planes, las investigaciones, la docencia, la frustración o el sufrimiento tienden a hacer que deserten precozmente y se repliegan a la práctica privada como el ideal de trabajo confortable, profundo, calificado, etc. Entonces, yo creo que ésta es una correlación importante, que no es válida para el 100% de la población de profesionales, pero que yo observo en Catalunya —y también en otros lugares— que cuando no hay en la gestión o en la planificación un cuidado adecuado de la comunidad profesional, el sufrimiento al que son sometidos los profesionales hace que tiendan a alejarse de los planes de la Administración pública cuando en realidad más podrían aportar al desarrollo de los programas y cuando sus experiencias —que han hecho dentro del campo de la Administración pública— los podrían convertir realmente en líderes capaces de hacer aportes y se los pierde muy frecuentemente porque, insisto, la Administración, las instituciones —desde la perspectiva de la gestión y la planificación— no suelen —no quiero generalizar para no caer tampoco en un tremendismo— velar o cuidar adecuadamente por sus trabajadores.

L.: La toma de conciencia de todas esas cuestiones viene apareciendo como una parte importante del trabajo de supervisión institucional.

B.: Yo veo que muy frecuentemente me voy encontrando en las supervisiones con profesionales de un saber más amplio, que van detectando, percibiendo, procesando y elaborando esta problemática en forma autónoma, pero obviamente en los equipos a veces se detectan cargas culposas, o apelación a omnipotencias imposibles de concretar en realidad. La posibilidad de desvelar la sobredeterminación de sus problemas, de sus conflictos y de sus limitaciones en la búsqueda de soluciones yo creo que es un elemento de descompresión de tensiones que a veces son desplazadas por ejemplo a conflictos entre personas o entre grupos, en la medida en que no se percibe que son generadas desde factores externos al grupo, o desde el contexto, o desde la severidad de los problemas a los que deben enfrentarse, o desde las exigencias que no son ajenas a veces al así llamado “furor curandi” que es tan frecuente entre los profesionales entusiastas, jóvenes, como a otros sesgos que terminan

siendo fuente de resignada desesperanza. Lo que quiero plantear con esto no es que la supervisión externa —aún en el mejor de los casos— aporte respuestas totales y resoluciones de espectacularidad y efectividad que transiten rápidamente hacia la felicidad en la realización de la tarea, pero por lo menos lo que sí puede hacer es el aporte del reconocimiento de estas sobredeterminaciones, para que una reaparición de los problemas tenga un menor efecto en sus protagonistas.

L.: Yo creo que algunas tensiones en el equipo y posiblemente algunas demandas de supervisión institucional tienen que ver con la necesidad de rediseñar la actividad y, consecuentemente, incluso la conformación del equipo.

B.: Sí. Me parece interesante la aparición, por primera vez en nuestro diálogo del término “rediseño”. Toda organización o toda institución —aunque nosotros nos estamos ocupando específicamente de las instituciones de salud mental— se define en sus comienzos con un determinado diseño, con un determinado proyecto de organización, o con un determinado proyecto de estructuración. La elección de uno u otro término no es ingenua ni casual porque se apoya en distintos modelos teórico-conceptuales. Yo en general tiendo a entender la organización como una compleja estructura, pero que se diseña para cumplir objetivos y que se diseña de determinada manera y con recursos humanos —entre otros— con los que se comienza la tarea.

Cuando las crisis ponen en evidencia que la estructura organizacional o el funcionamiento de la estructura organizacional no es adecuado, o que algunas fracturas o fisuras importantes en el modelo organizacional o en la estructura de recursos humanos y de la Institución falla, más allá de la tolerancia de sus miembros, o empieza a generar efectos en la actividad a desarrollar, suelen plantearse las demandas. Ahora bien, aclarado esto entonces la función de la supervisión institucional en buena medida pasa por un eje, y es el de desvelar, detectar, qué aspectos del diseño o de la estructura organizacional tienen que ser rediseñados o replanificados para buscar los ajustes de esa estructura organizacional, de esa estructura institucional, que mejor se avengan a dar cuenta de los problemas patógenos —si usted quiere— o de las causas patógenas que están generando un alto sufrimiento o una pérdida de eficacia en la actividad, o afectando el buen desarrollo. Y dentro del buen desarrollo en la actividad de una estructura institucional en salud mental, hay que incluir dos grandes aspectos: la satisfacción de la población asistida, pero también la satisfacción de las expectativas de los miembros del equipo de salud mental.

En general toda organización o toda institución en salud mental tiene que considerar que antes que nada y como primera prioridad está el objetivo de satisfacer necesidades y demandas de la población, pero junto con eso también hay que considerar que los integrantes de la institución también están en ésta para satisfacer sus propias expectativas; provisoriamente llamémoslo “sus propias necesidades”, pero mejor que necesidades, en todo caso para ceñirnos más a un vocablo psicoanalítico que puede generar malentendidos, digamos que en toda estructura institucional del campo de la salud mental hay que atender a la satisfacción de los deseos de sus miembros. ¿Qué pasa? A partir de esto hay que reco-

nocer que a veces nos encontramos que hay crisis que están promovidas sin altos niveles de conflictividad, pero por desarrollos personales individuales de los miembros de una institución, que propician el alejamiento de uno o varios miembros de la institución en función de situaciones personales, que pueden corresponder desde cambios de residencia hasta un cumplimiento de cierta etapa profesional en ese grupo y la búsqueda de otros proyectos más acordes a lo que en determinado momento de la evolución de un profesional pueden vincularse a sus expectativas o deseos. En esos casos, yo creo que las separaciones o las escisiones son elaboradas a poco de ser cuidadosos y de poder operar con cierto consenso grupal y sobre un clima relacional de tipo positivo —por definirlo de alguna manera—, suelen ser implementadas y llevadas a cabo en muy buenos términos y sin dificultades mayores siempre que se reconozca algo que creo que es importante y que no debe ser negado: que todo cambio trascendente, relevante, como aquel que implica el alejamiento de un miembro de la institución, implica un trabajo de duelo a nivel emocional, porque evidentemente el compartir un proyecto institucional y el compartir una actividad debe tener en cuenta que los miembros de los equipos establecen relaciones donde tiene su espacio importante el vínculo emocional, pero también estar atentos a explorar y detectar cuidadosamente los efectos de esa falta, los efectos de ese alejamiento que generan u obligan a implementar algunos cambios en los roles, las funciones, dentro del equipo. Y en estos casos suelen ser con frecuencia bastante cómodos —diría yo— estos procesos en tanto se establecen bajo el signo de una capacidad de identificación del grupo con el miembro que se aleja, de una solidaridad con un proyecto adecuadamente sustentado que facilita tanto en lo emocional como en lo institucional instrumentar la posibilidad de afrontar esta crisis.

Es, siempre, importante por lo menos diagnosticar y desvelar el duelo para procesarlo adecuadamente, porque si se instauran mecanismos de negación, que impiden el reconocimiento del cambio, esto vuelve a generar situaciones perturbadoras dentro del equipo.

Hay, por otro lado, otras situaciones que terminan también con alejamientos o con escisiones dentro de los equipos, más bien vinculadas o a conflictos interpersonales entre los miembros que no logran zanjarse y que son atribuibles en buena medida a fenómenos interpersonales por lo menos de incompatibilidades individuales, no ajenas a veces a conflictos de rivalidad, de competencia, de confrontación, etc., pero que por otra parte son en otros casos inducidos —como bien señalaba usted— por la propia organización, por la propia estructura institucional, que lleva peligrosamente al enfrentamiento de sus miembros, que se convierten en protagonistas de las contradicciones de la propia institución.

Yo creo que los más importantes de detectar probablemente sean estos últimos, ¿no?, porque cuando un miembro de una institución en forma cuidadosa, después de haber pasado por un periodo importante dentro de la institución, puede —en los tiempos y las formas adecuadas— comunicar primero la duda, luego la decisión del alejamiento del proyecto grupal, más allá, insisto de los efectos que esto genera que tienen que ser evaluados, reconocidos, etc., en mi ex-

perencia propicia o enfrenta al equipo con un síntoma en término de duelo, pero con un proceso que puede ser desarrollado dentro de ciertos cauces no diría cómodos o confortables, pero que permiten una reestructuración y elaboración adecuada tanto del alejamiento como de la sustitución del rol, de la función, sin grandes riesgos para la población asistida, para el funcionamiento de la institución; otro caso es cuando los conflictos se plantean en términos de rivalidades, competencias, o desavenencias conceptuales; también en situaciones donde realmente los equipos en su desarrollo tienen que ir acompañando a los desarrollos individuales de sus integrantes, y cuando un equipo tiene un desarrollo de varios años a veces puede ocurrir que alguno de sus miembros, en sus marcos teóricos conceptuales o sus esquemas filosóficos, o en sus expectativas de trabajo institucional, haga evoluciones que obliguen o hagan recomendable y saludable para los miembros del equipo y para la institución una separación. Pero hay otras situaciones (esta tercera categoría es la menos evidenciable, o la más difícil de detectar) donde la estructura organizacional es la que propicia, promueve, estimula, por canales no siempre detectables, el enfrentamiento de sus miembros, en tanto parecen atrapados en las contradicciones de la propia Institución y estimulados u obligados —sin entrar al reconocimiento de esa fuente de causalidad— a un enfrentamiento que no es de ellos primariamente, pero en el que ellos terminan siendo protagonistas. Vuelvo al ejemplo familiar: es la problemática que induce a veces a los hijos a actuar los conflictos de sus padres.

L.: La organización y el diseño de las tareas deben ser cambiantes como lo son las necesidades del sujeto y de la comunidad; de lo contrario se corre el riesgo de ajustar el usuario o el paciente a las características del equipo.

¿Qué hace que sea desestructurante para un equipo un cambio necesario?

B.: Sí. Yo, deseo este punto de vista, creo que toda organización en salud mental transita en sus evoluciones históricas por crisis. Que transita por crisis quiero decir que casi tomando el mismo modelo del ser humano o el sujeto humano, todo desarrollo y todo crecimiento de una institución de salud mental se concretiza digamos sincrónicamente pasando por distintos tipos de crisis, que obligan a un cambio continuado. Justamente las instituciones que son para mí entender modélicas del no-cambio y de la no-crisis son las instituciones manicomiales. Fíjese usted que las instituciones manicomiales cristalizadas en modelos que sostienen durante decenios prácticamente sin cambios o a veces con cambios aparentes, que más apuntan a las formas externas, a la fachada que a la estructura de la organización y de los procesos terapéuticos que deben desarrollarse dentro de ella. Yo diría que son las instituciones que se estereotipan con más frecuencia en un modelo de no-cambio. Obviamente las instituciones de salud mental, en su contacto constante con la realidad, con la comunidad, con la demanda de los pacientes, cambian. La demanda también es cambiante; las demandas son cambiantes en la medida en que la sociedad cambia, en la medida en que la cultura cambia y en la medida en que los miembros de la comunidad van cambiando en sus formas de padecimiento, de sufrimiento, de enfermar y de demandar. Y obviamente todo equipo de salud mental o to-

da institución de salud mental tendrá que asumir la necesidad de ir afrontando estas crisis y de introducir las o incluirlas como un fenómeno esperable que requiere una actitud de investigación, de reconocimiento, de las variables que propician los cambios, y una evaluación continuada del sentido de esos cambios. Por eso, las instituciones que se estereotipan o que cristalizan en un modelo rígido, tienden a crear patologías muy peculiares.

L.: Que son alienantes.

B.: Que se presentan en términos de la alienación. Y de la alienación ¿cómo que? De la alienación como una respuesta egosintónica caracteropatizada, que se presenta como ajena al conflicto y que llega a generar situaciones paradójales donde o bien podemos observar una suerte de idealización del estereotipo que termina siendo un refugio institucional que impide la autocrítica, el desarrollo, el crecimiento, el progreso, la investigación y la posibilidad de cambio, o aquellas situaciones —que no son ajenas a las que acabo de describir— en donde la autocrítica o la crítica está reprimida por el orden institucional y donde se silencia en muchos de sus miembros la posibilidad crítica que propiciaría un cambio, porque está sancionado como elemento de transgresión que tiende a desestabilizar el ideal de la institución, cualquier aporte crítico de alguno de sus miembros. Yo eso lo he observado —usted seguramente también— en instituciones que mantienen un orden más bien de tipo autoritario aunque puedan tener una cierta fachada de organización democrática. Entonces, ahí evidentemente las situaciones se plantean en términos de alienación caracteropática egosintónica con un supuesto ideal del yo que satisface a los miembros de la institución, pero donde el silencio ocupa el lugar que tendría que ocupar la palabra, y donde la repetición ocupa el lugar que tendría que ocupar el cambio, para ajustarse realmente a los cambios que nuestras tecnologías, que los avances en las exigencias de la comunidad, que los avances en las exigencias de nuestros procesos terapéuticos nos están planteando no diría día a día pero sí año a año.

L.: Es conocida su amplia experiencia y dedicación al trabajo institucional, su fuerte compromiso con los desarrollos progresistas de instituciones y servicios de Salud Mental, a través de la práctica clínica, la supervisión, el asesoramiento, la docencia, etc. ¿Dónde situaría Ud. las fuentes de dichas prácticas?

B.: En mi desarrollo personal en este tipo de prácticas, he encontrado yo diría que tres grandes fuentes para realimentar mi interés por las mismas y por su aplicación.

Una fuente sin duda, sigue siendo la que ofrece el pensamiento psicoanalítico. La teoría psicoanalítica, en cuanto un marco de referencia que permite comprender o intentar comprender las relaciones entre sujetos y entre grupos humanos. Otra fuente que para mí es muy importante como realimentadora de mi reflexión y que propicia mi capacidad de comprensión, que no es ajena a una capacidad de identificarme operativamente y solidariamente con los trabajadores de la salud mental, es el haber desarrollado prácticas institucionales durante muchos años en el campo de la salud mental y haber padecido las vicisitudes y el sufrimiento de esas prácticas. Para mí esta fuente vivencial y experiencial es sumamente importante para quien puede aproximarse o desarro-

llar actividades en esta función de supervisión o análisis institucional. Y otra fuente importante es la que proviene de las disciplinas que sustentan o sostienen los marcos conceptuales de la organización de recursos en salud pública. Es decir, el conocimiento de la experiencia vivencial, el aporte de la experiencia y del conocimiento de la teoría y del método psicoanalítico, y el aporte que para mí ha sido el conocimiento o el estudio por lo menos de los principios básicos que sostienen los marcos teóricos conceptuales de la administración y la organización en salud pública, siguen siendo yo creo el trípode básico sobre el cual tiene asiento a la hora de ejercitar esta práctica.

L.: ¿Cree Vd. que las Instituciones de Salud Mental cuentan con los aportes de la supervisión y la incluyen normalmente entre sus actividades?

B.: En principio, yo tengo la impresión de que dentro de los equipos de salud mental este concepto de supervisión institucional y de supervisión externa va adquiriendo cada vez más difusión y prestigio.

Creo que podemos remitir sus inicios a hace unos 15 años atrás, cuando comienza el desarrollo de los equipos de salud mental en Catalunya, y aunque no puedo tener la misma precisión con respecto a otras latitudes de España, por algunas informaciones y por las comunicaciones de encuentros de la comunidad profesional, podemos suponer que no es exclusivo de Barcelona o de Cataluña este incremento y este avance en el prestigio de este método como apoyo y colaboración con los programas que desarrollan las instituciones de salud mental. Así que la tendencia que observo en las instituciones sobre la supervisión externa creo que es una tendencia positiva. Por supuesto no conviene de ninguna manera fomentar, propiciar o establecer falsas idealizaciones con respecto al método y dar por sentado que la supervisión institucional deba ocupar un lugar definitivo o definitorio en el desarrollo de los programas en los males que señalamos que se generan en los ámbitos institucionales. Pero yo creo que es un aspecto positivo, insisto, sin deslizarse en la idealización o en el supuesto de que la supervisión externa puede dar cuenta de todas las vicisitudes

o las complejas dificultades que enfrentan los equipos de salud mental para llevar a buen término su actividad.

L.: A lo largo de nuestras conversaciones Vd. ha venido hablando del aprendizaje grupal entendiendo por tal la capacidad para poder romper las estereotipias y cambiar. ¿Podríamos decir que la supervisión es también un elemento de formación?

B.: Desde este punto de vista, Leal, yo creo que tendríamos que definir previamente a qué llamamos formación, término complejo que a veces se confunde con el de acopio de información o de conocimientos. Una supervisión institucional deviene en una actividad perfectamente incorporada dentro del proyecto de formación de un equipo en tanto implica, por ejemplo, un comportamiento o una actitud frente a los problemas, la posibilidad de crear un espacio de intercambio recíproco y de escucha calificada donde el saber propio no se antepone al saber del otro, donde se reconoce el beneficio de la duda, donde se desarrollan las capacidades de investigación, y donde básicamente se puede aprender a tomar o considerar los obstáculos como datos, de manera tal que el obstáculo en sí mismo devengan en un dato calificado para ampliar el conocimiento de los equipos. Desde este punto de vista, por formación no podrá entenderse solamente el entrenamiento ni el acopio de saber ni el adoctrinamiento en la realización y el afinamiento de determinadas habilidades o destrezas, sino que implica un compromiso, un compromiso mucho más complejo, que no empieza ni termina en lo intelectual sino que también es vivencia emocional, y que adquiere una especialísima trascendencia —creo yo— a la hora de aprender a trabajar en grupo.

Todo espacio y esfuerzo de recursos destinados para el mantenimiento de la formación continuada, de la docencia y de la investigación es una inversión sumamente rentable, porque atendiendo a esta necesidad básica, primordial se cuida no solamente la satisfacción narcisística o de mejora profesional de los miembros sino que repercute directamente en la calidad de la atención y en la consecución de los objetivos que justifican la existencia del equipo y, a veces, también de la institución.