

IV Jornadas de Rehabilitación en Salud Mental. “La rehabilitación en salud mental hoy: ¿hacia donde vamos? Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús. Serveis de Salut Mental, Martorell. 24 y 25 de Mayo de 2007. Barcelona

Ponencia: El equipo interdisciplinar: una oportunidad para activar sinergias

Autor: José Ramón Bellido Mainar

Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social.

GSS. Hospital Santa Maria. Servicio de Salud Mental i Drogodependències. Responsable de Formació Continuada. Lleida.

Correo electrónico de contacto: jrbellido@gss.scs.es

Teléfono de contacto: 973727222, Ext. 560

Introducción

Cuando diseñamos los dispositivos asistenciales en psiquiatría, lo primero que pensamos es en la configuración del equipo terapéutico. Dadas las características de la enfermedad mental y el paradigma propuesto por el modelo biopsicosocial, los equipos de salud mental están formados por una variedad de profesionales (psiquiatra, psicólogo/a, enfermero/a, auxiliar, trabajador/a social, terapeuta ocupacional, educador/a social, monitores ocupacionales, profesionales en formación de postgrado, etc.). La existencia de equipos de trabajo en el campo de la rehabilitación psicosocial nos obliga a plantearnos tres preguntas cuyas respuestas articulan la presente ponencia:

1. ¿Necesitamos trabajar en equipo?
2. ¿Cómo podemos poner de acuerdo a un equipo profesional con una variedad de disciplinas profesionales?
3. ¿Cómo podemos activar y mantener las sinergias en un equipo de trabajo efectivo?

1. ¿Necesitamos trabajar en equipo?

Planteo esta pregunta a raíz de una experiencia pasada que tuve en el mundo laboral. Me encontraba trabajando en una compañía de seguros, y el vendedor que presentaba comportamientos más individualistas y evitaba las distintas oportunidades de trabajar conjuntamente, era el agente de seguros con mayor número de ventas. El resto de los vendedores intentábamos compartir métodos de trabajo y estrategias de venta pero nuestros resultados a nivel individual eran inferiores. ¿Por qué? Muy sencillo el era un vendedor experimentado y el conjunto de tareas que realizamos se podía dividir y trabajar de forma individual sin que afectara al resto del grupo de trabajo. No trabajamos todo el grupo con el mismo cliente, sino que cada uno se encargaba de su propia cartera de clientes. Pero en nuestro campo de trabajo no podemos dividir al “cliente”, paciente o usuario. Todos trabajamos por y para el mismo paciente.

Por tanto el sentido común nos indica que necesitamos trabajar en equipo. Un ejemplo muy claro del sentido común es la dinámica de las figuras geométricas de *Poffemberger*. La dinámica consiste en mostrar a un grupo diez figuras geométricas. Primero se propone de forma individual a cada uno de los miembros del grupo que las ordenen de mayor a menor. Después se divide el grupo en subgrupos y se les indica que realicen la misma operación de forma conjunta. Nos encontramos que habitualmente, la opinión grupal se acerca más al resultado real que las opiniones individuales. Una dinámica sencilla pero con un resultado "aplastante": "dos ojos ven más que uno"

Continuando intentando dar respuesta a la primera pregunta, os voy a mostrar un dato cuyo número nos obliga a plantearnos seriamente la necesidad de trabajar en equipo y de realizar un sobreesfuerzo tanto los profesionales asistenciales como la organización en desarrollar métodos efectivos de trabajo en equipo que realmente convierta al equipo interdisciplinar en un herramienta eficiente de intervención. En el campo de la rehabilitación psicosocial, como en otras especialidades se interviene con pacientes cuyo tratamiento intensivo se prolonga más allá de los 6 meses. Por ejemplo en un paciente oncológico durante un año de tratamiento intervienen nueve profesionales de tres disciplinas diferentes. Establecer una dinámica de equipo efectiva con este ratio de profesiones y disciplinas profesionales no es excesivamente complejo y con un esfuerzo y compromiso personal de trabajo en equipo se podría llegar relativamente pronto a generar unas dinámicas propias de un equipo interdisciplinar efectivo. Pero sabéis ¿Cuántos profesionales pueden atender a una paciente psiquiátrico durante un año de tratamiento? Pongamos un ejemplo muy común de un paciente que "recorre" durante el año de tratamiento los distintos dispositivos asistenciales de los que disponemos, tanto hospitalarios como comunitarios. En la unidad de agudos podría estar atendido por diez profesionales, en la unidad de subagudos por doce profesionales, en la unidad de hospital de día por nueve profesionales, en la unidad de centro de día por cinco profesionales, en el club socio terapéutico por cuatro profesionales y en el programa de empleo protegido por cinco profesionales. Si hacemos recuento nos salen la "friolera" cifra de cuarenta cinco profesionales de más ocho disciplinas profesionales diferentes.

Por tanto, los profesionales de la salud mental no tenemos otra alternativa que realizar un sobreesfuerzo en coordinación y trabajo en equipo si pretendemos que nuestros pacientes no se nos "pierdan" en los planes e itinerarios individualizados de tratamiento e inserción que diseñamos desde los distintos dispositivos asistenciales. Si los equipos profesionales no somos capaces de generar dinámicas internas de trabajo coordinado, todo el abanico de alternativas terapéuticas que ofrecemos pueden convertirse una "amalgama" de servicios que se presentan de forma caótica profundizando en los sentimientos de confusión y desorientación que acompañan a la enfermedad mental. Entonces desde el paradigma de la efectividad, ¿Necesitamos trabajar en equipo? Utilizando una expresión muy Argentina, "si o si".

En rehabilitación siguiendo las palabras del Dr. M. López Álvarez "tenemos que incorporar la tecnología como ciencia y diferenciar nuestras intervenciones de la "práctica artesanal" que durante mucho tiempo ha sido "nuestra seña de identidad"". De esta afirmación con la que estoy totalmente de acuerdo podemos deducir que en el campo de la rehabilitación psicosocial, no solamente necesitamos trabajar en equipo sino que además necesitamos incorporar una metodología "científica" de trabajo en equipo. Dada la gran cantidad de profesionales y disciplinas que intervenimos en un paciente psiquiátrico la "buena voluntad" de coordinarse no es suficiente. Es imprescindible que los equipos de trabajo nos dotemos de una formación continuada acerca de los métodos de trabajo en equipo que hayan demostrado su efectividad.

2. ¿Cómo podemos poner de acuerdo a un equipo profesional integrado por distintas disciplinas profesionales?

Partimos de un hecho inherente a las relaciones sociales como es el conflicto. Es importante en un equipo de trabajo aceptar que es inevitable que desde el primer momento que se configura el equipo, el conflicto emerge con más o menos intensidad. El primer reto con el que se enfrenta el equipo multidisciplinar en su camino para convertirse en un equipo interdisciplinar con dinámicas sinérgicas, es el aprendizaje de métodos de gestión del conflicto. Para responder a esta pregunta voy a utilizar tres modelos que, provenientes del campo psicosocial, nos explican el origen del conflicto y la forma de abordarlo. Estos modelos son: el modelo de las metas supraordenadas, el modelo de las categorías sociales y el modelo de la construcción social del conflicto.

Modelo de las Metas Supraordenadas o Teoría del Realismo Social

Esta corriente teórica nacida a raíz de los trabajos de Muzafer Sherif entre 1949 y 1954, sitúa el origen del conflicto en la divergencia de intereses entre los miembros de un grupo. En los inicios de un equipo de trabajo en salud mental nos podemos encontrar con los siguientes intereses divergentes:

- ❖ "Tengo que defender que mi profesión también es relevante". Este es un interés muy propio de las profesiones cuyo objeto de estudio y métodos de intervención es todavía poco conocido como por ejemplo, la terapia ocupacional, la educación social, musicoterapeutas e incluso el trabajo social. La necesidad de hacerse un hueco "respetable" en el conjunto de profesiones que tradicionalmente han intervenido en la salud mental, les puede llevar a "enrocarse" en la

defensa un interés personal y particular que en un principio no tienen que compartir el resto de los miembros del equipo.

- ❖ "Este rol puede ser una oportunidad para progresar dentro de la institución". Este interés se puede observar en algunos profesionales con expectativas de crecimiento profesional dentro del organigrama de la institución y se les concede la oportunidad de coordinar equipos de trabajo. En ocasiones confunden su interés personal con los objetivos del equipo e intentan utilizar la coordinación como "trampolín" para su ascenso profesional y arrastran al equipo a trabajar por sus intereses personales.
- ❖ "Tengo que defender mis largos años de experiencia profesional en este servicio". Un caso muy habitual cuando se producen renovaciones en los dispositivos asistenciales y se incorporan un número significativo de nuevos profesionales. Estos nuevos recursos humanos, entran con empuje con ganas de introducir novedades en la dinámica de la unidad y los profesionales más veteranos se sienten amenazados, entonces como mecanismo de defensa, se "alían" algún otro trabajador "veterano" o progresivamente se apartan del trabajo en equipo y centran sus esfuerzos en el trabajo individual con el paciente o en casos más extremos pueden llegar a boicotear (omitiendo información, explicitar la desconfianza en las nuevas incorporaciones, etc) el trabajo de sus compañeros de equipo.
- ❖ "Tengo que defender mi autoridad en este equipo". Este interés personal, lo podemos observar en aquellos profesionales que tienen una misión de coordinación y dirección y su estilo de liderazgo es muy paternalista. Perciben las relaciones de equipo desde una visión vertical o jerarquizada y se autoresponsabilizan de mantener el orden, la coherencia, el respeto a la autoridad y la efectividad de "su" equipo de trabajo.

Desde esta perspectiva y desde el sentido común, ¿cómo se soluciona el conflicto, cuando el origen es la confluencia de intereses contrapuestos? Cuando cada uno de los miembros del equipo de trabajo asume como propio y personal metas u objetivos comunes a todos (metas supraordenadas) y que superan a los intereses personales. En nuestro ámbito de trabajo, por encima de todo tenemos un objetivo común, ambicioso y complejo: **la calidad de vida del paciente**. Nuestros intereses personales son legítimos, pero únicamente se convierten en un motor personal si están supeditados al objetivo común de cualquier profesional sociosanitario, el paciente. Si tenemos presente este objetivo en cada una de nuestras intervenciones nos evitaremos problemas de competitividad entre miembros del equipo, fuente de importantes conflictos. Lo más importante desde la visión de la gestión de los recursos humanos, nuestro trabajo será eficiente porque no se dilatará ningún esfuerzo personal en "luchas" internas.

Teoría de la Identidad Social

El punto de partida de esta teoría es que el mundo social es tan complejo y siempre está en constante transformación que sería prácticamente imposible aprender y ordenar la cantidad de información que se genera en la interacción social. Por una cuestión de economía y de supervivencia, los humanos tendemos a simplificar el mundo social en categorías sociales, donde "reducimos" las diferencias entre los elementos de una misma categoría social y "exageramos" las diferencias de los que pertenecen a categorías diferentes. Ejemplos en el día a día nos sobran; los del "Barcelona" o los del "Madrid", los "funcionarios", las "mujeres" los "hombres", etc. Nosotros, los profesionales del campo de la rehabilitación psicosocial, no escapamos de esta forma de categorizar el mundo social. Incluso tenemos más riesgo que otros ámbitos laborales, porque nos relacionamos con un conjunto de distintas profesiones cuyo conocimiento previo de entrada es mínimo, por lo tanto, "nos agarramos" a los estereotipos que nos hemos creado para interpretar a la variedad de profesiones que intervienen en nuestro campo de actuación. Realmente, ¿Quién conoce de entrada, el objeto de estudio y las técnicas de intervención propias del: terapeuta ocupacional, educador social, musicoterapeuta, psicomotricista, arteterapeuta, psicopedagogo, etc.? Cuando aparecen el equipo de rehabilitación estas figuras y las más consolidadas que también pesan sobre ellas los estereotipos, si no somos conscientes de este proceso categorización social, nos empezamos a relacionar, no con el terapeuta ocupacional sino con el de las "manualidades", o el de las "pensiones" en el caso de la trabajadora social, o "monitor de tiempo libre", en el caso del educador social o el de las "pastillas" en el caso del psiquiatra. El conflicto si nos dejamos llevar por este proceso dicotomización, esta asegurado.

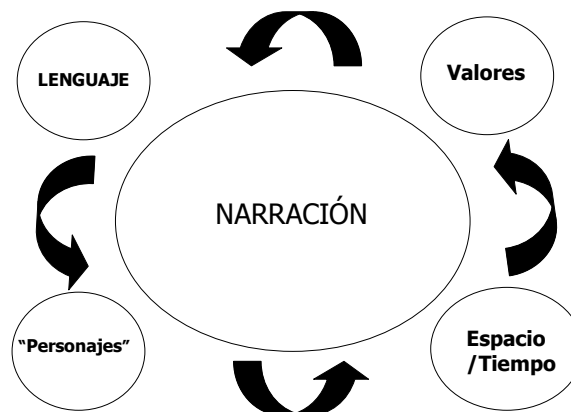
¿Cómo podemos desmontar estas categorías sociales? Que cada colectivo profesional se conceda la oportunidad de conocer con una cierta profundidad la aportación específica de la otra disciplina profesional en el objetivo común. Es decir, acercarnos a la otra profesión con respeto, con una mentalidad abierta y observar que parte de toda la realidad que envuelva al paciente, es "responsabilidad" de la otra profesión en base a los postulados teóricos y experiencia práctica. Esta conferencia no es lugar de explicar con detenimiento el objeto específico de cada profesión que interviene en salud mental y las técnicas de intervención específicas que nos propone cada disciplina profesional. Si que me gustaría destacar que si realizamos este proceso interno de acercarnos a la otra profesión nos encontramos que: todos tenemos modelos teóricos propios, métodos de valoración, procedimientos de intervención, un paradigma, unos niveles de evidencia científica y una tradición práctica en la intervención con pacientes mentales. En definitiva, nos daremos cuenta que con el trabajo individual nos dejamos aspectos imprescindibles en nuestro objetivo común, la calidad de vida del paciente, que la aportación específica de cada profesión es única, se puede suplir en un momento determinado pero nunca sustituir y que utiliza el método científico para entender y actuar en la problemática del paciente mental. Es importante destacar que esta teoría sitúa el origen del conflicto en la mente de las personas por tanto, pretender gestionar un conflicto cuya causa está en la

parte interna del individuo es un proceso complejo y en ocasiones ineficiente. Entrar en el mundo interno de la otra persona requiere una actitud receptiva al cambio que en conflictos muy enquistados es muy difícil de activar.

Modelo Constructivista

Muchas veces explicamos un conflicto por incompatibilidades entre personas, esto, solamente nos sirve para eludir la complejidad de **CÓMO** se ha **CONSTRUIDO** el conflicto. Según este modelo, el conflicto es una construcción social donde cada una de las partes que intervienen configura una narración personal de lo que esta sucediendo. Desde esta perspectiva no existe el conflicto, sino narraciones abiertas que permiten la oportunidad de continuar construyendo las relaciones sociales o narraciones cerradas que obstaculizan cualquier proceso de cambio y evolución. Por tanto los conflictos no se solucionan, se gestionan con el objetivo de abrir narrativas cerradas. ¿Cuáles son los aspectos de la narración que podemos "modelar" o "reescribir" para reconstruir o abrir una narrativa cerrada?

1. Los aspectos temporales y espaciales
2. La relación que mantiene la narrativa con la "realidad social"
3. La construcción de personajes: Que actores sociales participan, cuales no, y cómo participan, que rasgos de personalidad, etc.
4. Los valores que están en juego.
5. La forma en que la narración se presenta, no es lo mismo decir "alguien hace una cosa" que "las cosas se hacen". Es diferente una narración descriptiva que interpretativa, mucho más compleja de gestionar, esta última.
6. El contenido de la narrativa: ¿Qué temas principales aparecen?, en definitiva de que se habla en la narración.



Fuente: elaboración propia

¿Cuáles son las principales aportaciones de este modelo en la gestión del conflicto?

- En ocasiones es más útil entender el conflicto en términos de narraciones sociales construidas entre las personas, ya que este modelo sitúa el

origen del conflicto fuera del individuo, esto nos permite gestionar el conflicto de una forma más integral y flexible.

- Proporciona sentido a la figura del mediador como agente facilitador de la "apertura" de las narrativas. En la gestión de los equipos de trabajo, la figura del mediador o supervisor de grupos está adquiriendo una importancia capital. Entender el conflicto desde este modelo, legitima y hace necesario los programas de supervisión de grupos. Si el conflicto lo situamos en aspectos puramente internos al individuo, la labor del mediador es prácticamente inexistente, porque no tiene el "poder" de cambiar a las personas.

3. ¿Cómo podemos activar y mantener las sinergias en un equipo de trabajo efectivo?

Para definir a un equipo profesional como un grupo de trabajo efectivo no basta únicamente con una eficiente gestión del conflicto. Este equipo necesita sincronizar cada una de las partes que configuran el todo para generar lo que se denomina en recursos humanos las sinergias de equipo. Podemos acercarnos al concepto de sinergia de la siguiente manera:

Empezáramos definiendo de forma gráfica que NO es SINERGIA:

- **1 + 1 = < 1:** Relación de dependencia parasitaria: "tu haces el trabajo y yo me aprovecho de él". Este tipo de relación de equipo ocurre cuando un o más miembros asumen en exceso la responsabilidad de "tirar" del trabajo grupal y el resto de los miembros de equipo se aprovechan del esfuerzo ajeno.
- **1 + 1 = 1:** Relación de dependencia simbiótica: "tu haces tu parte y yo la mía, sin ti, ni yo, el equipo no funciona, nos necesitamos" Muy dañina en las relaciones de equipo, ya que se configuran alianzas internas dentro del grupo de trabajo que entran en una competición que diluye el trabajo grupal
- **1 + 1 = 2:** Relación de independencia: "tu haces tu parte y yo la mía". Esta es la típica situación del equipo multidisciplinar. Cada una de las partes sabe cuál es su trabajo, respeta la función del otro e intenta desempeñar su labor de forma eficaz. En los equipos multidisciplinarios se pierden muchas potencialidades debido a la ausencia de dinámicas sinérgicas que optimizan al máximo los recursos humanos que configuran el equipo de trabajo

Por tanto SINERGIA es:

- **1 + 1 = > 2:** Relación de interdependencia: "tu trabajo genera un valor añadido a mi trabajo y mi trabajo genera un valor añadido a tu trabajo". Esta es la situación característica de un equipo interdisciplinario, donde el potencial de cada uno de los miembros del equipo se multiplica debido a que cada profesional se convierte en una pieza única e imprescindible

gracias a la interacción horizontal con los otros miembros del equipo de trabajo. De esta forma para las distintas "piezas" funcionan de una manera sincronizada-

De forma gráfica os presento algunos ejemplos de sinergias que podemos observar en los equipos de salud mental. A continuación os muestro algunos ejemplos:



Fuente: elaboración propia

Las sinergias en un equipo si no se cultivan se difuminan por si solas. Es necesario tener en cuenta una serie de aspectos que nos pueden ayudar a mantener la solidez de la sincronización alcanzada. Por tanto, ¿Cómo podemos activar y mantener las sinergias?

1. Los distintos miembros de un equipo interdisciplinar tienen que asumir un conjunto de roles de equipo que son independientes de la categoría profesional y que están más ligados a los intereses personales, momento del equipo de trabajo y rasgos de personalidad de cada uno de los miembros del equipo. Estos roles no son fijos y pueden variar y además es importante una renovación en el tiempo de estos roles, de esta manera los equipos se "oxigenan" y continúan respondiendo con frescura a los retos de que nos demanda la práctica asistencial. Es importante que exista una corresponsabilidad de roles, para evitar la sobrecarga de algún miembro del equipo. En definitiva estos roles son como "las cuatro patas" de una mesa, imprescindibles para sustentar una dinámica efectiva y sinergista. ¿Cuáles son estos roles?:

- a) "El líder": es el encargado de mantener la visión general del equipo, representarlo ante otros equipos o los directivos de la organización, detectar peligros de descoordinación, prácticas individualistas o fallos en la comunicación y motivar a los miembros para "sacar lo mejor de si mismos" en la consecución de los objetivos comunes.
- b) "El creativo": siempre en todos equipos se necesita la figura del innovador, aquel que propone las soluciones mas creativas a las situaciones complicadas. Es muy importante porque no deja que el resto de los miembros del equipo se "acomoden" a las rutinas. Además en un escenario donde las necesidades asistenciales se transforman de forma tan rápida se necesita un dosis extras de innovación y creatividad.
- c) "El pragmático": Es el contrapunto necesario del rol anterior. Es que aporta las dosis de realismo, imprescindible para alcanzar unos procesos de trabajo altamente eficientes. Además en estos momentos donde en rehabilitación psicosocial nos estamos incorporando de lleno al "mundo" de los protocolos de intervención, evaluación de programas, indicadores de calidad, y búsqueda de la evidencia de nuestras prácticas asistenciales, este rol adquiere un protagonismo fundamental
- d) "El mediador". Como el resto de las funciones, otro rol imprescindible. Se encarga de cuidar las relaciones internas dentro del equipo, es el aglutinador del equipo utilizando los pequeños gestos que caracterizan a las relaciones interpersonales. Está atento a los aspectos más sutiles de la interacción grupal, pero que en muchas ocasiones son los más determinantes a la hora de establecer relaciones sociales de calidad. Además también cumple la función de "relaciones públicas", ya que es encargado

de establecer y cuidar los canales de contacto y de comunicación con otros equipos de trabajo.

En este apartado de la conferencia me gustaría señalar una de las características emblemáticas del campo de la rehabilitación psicosocial. Los grupos "ad hoc" o grupos de trabajo. Son aquellos grupos de trabajo que se reúnen de forma más esporádica para trabajar aspectos concretos. En el campo de la rehabilitación psicosocial, esta lleno de grupos de trabajo. Por ejemplo, reuniones semanales con otros equipos de la misma institución, o reuniones de trabajo con dispositivos comunitarios de sanidad o de servicios sociales. En estos grupos de trabajo me encontrado con tres grandes obstáculos que impiden que estos grupos "ad hoc" se conviertan en grupos de resolución de problemas. Estos obstáculos son:

- Dinámicas competitivas entre distintos equipos de trabajo, para adquirir un aparente prestigio dentro de la institución.
- Las categorías sociales que nos asignamos las distintas personas que impiden unas relaciones más francas y naturales. Nos podemos encontrar con los prejuicios que en ocasiones profesionales del mundo educativo o de los servicios sociales tienen de los dispositivos psiquiátricos y a la inversa.
- Un conjunto de aptitudes universales que se muestran en las reuniones y que obstaculizan la resolución de los problemas. Estas aptitudes se muestran de forma gráfica en el siguiente dibujo y es importante que cada uno de nosotros analice en que aptitud se identifica.

DIFERENTES ACTITUDES EN UNA REUNIÓN



1. El agresivo/belicoso / 2. El receptivo / 3. El sabihondo
4. El hablador / 5. El tímido / 6. El negativo
7. El desinteresado / 8. El apático / 9. El inoportuno

Fuente: "Dinámica de Grupos en formación de Formadores: casos prácticos" M^a J. Pérez y C. Torres. Edt. Herder

2. Es fundamental "cultivar" un conjunto de aptitudes y actitudes que no por obvias dejan de ser importantes. Precisamente como pensamos que son aspectos sencillos tenemos la falsa creencia que los tenemos incorporados en nuestro mundo interno y por tanto aparecen de forma automática. Paradójicamente los profesionales de la salud mental nos encargamos de "enseñar" a nuestros pacientes habilidades sociales para la mejora de las relaciones personales y en cambio nos cuesta poner en práctica los valores, aptitudes y estrategias que intentamos transmitir a los pacientes. Me gustaría destacar las siguientes aptitudes y actitudes:

- 1) Implicación versus **COMPROMISO**
- 2) Delegación versus **"EMPOWERMENT"**
- 3) Dirección versus **"COACHING"**
- 4) Comunicación fluida
- 5) Compartir tiempo
- 6) Derecho a equivocarse a rectificar

3. Es importante que la Institución apueste por un programa sostenido de supervisión externa a sus equipos de trabajo. De esta forma estos equipos pueden disponer de un espacio de crecimiento y de contención, donde los miedos, las angustias, las rivalidades, los conflictos, los deseos contrapuestos, las expectativas, los conflictos internos, las emociones que se movilizan y las resistencias al cambio se puedan trabajar, reconducir a través de un mediador/supervisor externo. Además esta supervisión externa debería estar complementado por un programa de formación continuada sobre el trabajo en equipo y la comunicación interdisciplinar. Desde la perspectiva de los recursos humanos las instituciones prestadoras de servicios de salud mental el principal activo con el que cuentan para responder a las necesidades complejas del paciente mental, son sus equipos interdisciplinarios. Por tanto el cuidado de estos equipos repercute favorablemente en la mejora de los servicios que presta la institución. Por ejemplo una empresa farmacológica, nadie pondría en duda que necesita invertir el máximo en las políticas en I+D si quiere mantener su hueco en el mercado. En caso de las instituciones sanitarias su "I+D" son los recursos humanos y en especial en salud mental, los equipos de trabajo.

4. Conclusiones

"Si quieres un año de prosperidad cultiva ARROZ"

"Si quieres diez años de prosperidad cultiva ÁRBOLES"

"Si quieres cien años de prosperidad cultiva PERSONAS"

Proverbio chino