

SOBRE LA "CLINICA DEL REENCUENTRO"

"(...) a la plebe manufacturera inglesa se le había metido en la cabeza la idea fija de que, como ingleses, todos los individuos que la componen tienen por derecho de nacimiento el privilegio de ser más libres y más independientes que los obreros de cualquier país de Europa. Esta idea puede ser útil respecto a los soldados, porque estimula su valor; pero cuanto menos estén imbuidos los obreros de las manufacturas de tal idea, tanto mejor será para ellos mismos y para el estado. Los obreros no deberían nunca considerarse independientes de sus superiores". J.Cunningham

Citado en El derecho a la pereza. Paul Lafargue

Querría explicar antes que nada el encabezado dando las gracias a la compañera italiana Luciana Bianchera por poner en mi conocimiento dicho término para recortar una serie de fenómenos vinculados al retomar la actividad asistencial. Siempre me fascinó esa capacidad que tienen los italianos de resumir en uno o dos términos de una manera condensada y expresiva toda una problemática. El término en italiano es "la clinica della ripresa", curiosamente en castellano ripresa tiene una diversidad de traducciones, todas muy interesantes para este momento: reencuentro, reanudamiento, reemprendimiento, recuperación.

Como pequeña reflexión sobre esta clínica del reencuentro tomaré dos situaciones observadas que se están dando en estas latitudes, ambas nos muestran dos posibles caras de esta clínica del reencuentro, una caracterizada por la resistencia a volver al trabajo después de haber experimentado el confinamiento, la otra, caracterizada por la creatividad, y que permitiría la posibilidad de redefinir y repensar el trabajo.

Me sorprendió la noticia publicada en la que se informaba que el Gerente de una zona sanitaria de una comunidad autónoma española, reprochaba a los profesionales que hubiera «numerosos casos de desatención injustificada» a pacientes. Como ejemplos, citaba gente a la que no se ha atendido presencialmente en sus domicilios o cuya entrada en centros de salud se ha evitado. También afirmaba, entre otras cuestiones, que era «muy importante no banalizar el resto de patologías» e incluso amenazaba con sanciones si se volvía a tener conocimiento de estos hechos. (Diario ABC de la Comunidad Valenciana 23/05/2020).

Más allá de las complejidades de la pequeña política del asunto, quisiera tomar esta noticia como una dificultad real en retomar la actividad asistencial

(reencuentro con la Institución) por parte de los profesionales y los equipos sanitarios y no sé si también sociales, cosa que también observo más de cerca en el campo de la salud mental en el que me muevo. Dicho fenómeno podría comprenderse como una reivindicación de "El derecho a la pereza" del que hablaba Paul Lafargue, por el real temor al contagio, o por aquellos acostumbrados a patologizar sin entender nada, lo atribuirían al "síndrome de la cabaña sanitaria". Si bien todos pueden ser factores que pueden contribuir al fenómeno, me gustaría explorar alguna otra posibilidad.

Podríamos describir dicha situación como de inhibición y parálisis como consecuencia de la ambivalencia sentida frente al reencuentro con la tarea asistencial. Ambivalencia conviene recordar siempre presente en la actividad de cuidar, aunque estimulada por las pérdidas que el COVID y el confinamiento han impuesto.

Podemos detectar manifestaciones de esta ambivalencia en actitudes profesionales que parecerían negar la necesidad del tratamiento psicológico, del cuidado de lo mental, incluso de la patología física (como se observa en la atención primaria) como si el coronavirus hubiera funcionado como un agujero negro que se traga todo lo demás, hasta el punto que en el discurso o por la vía de los hechos se plantea una negación de la propia utilidad profesional, del propio rol profesional.

La insatisfacción experimentada en la vuelta a la rutina asistencial se exterioriza en afirmaciones del tipo de que no se puede volver a lo anterior porque se hacían muchas actividades innecesarias, intervenciones inútiles, sin sentido (sic) justificando con ello la atención no presencial a los pacientes y argumentando la bondad de atender gran parte de las demandas telefónicamente. Las preguntas que surgen inmediatamente ante tales argumentos serían sobre la necesidad de detallar cuáles eran estas intervenciones inútiles, así como ¿cuáles eran las motivaciones para realizarlas? Considero que de las respuestas surgirían problemáticas institucionales bien interesantes, y que en caso de no hacerlas fácilmente se volvería a caer en ellas u otras similares. Más allá de la necesidad de revisar prácticas ineficientes, siento que sobre estas intervenciones "sin sentido" se está depositando todos los estados emocionales muchas veces desagradables que se nos presentan en esta tarea de cuidar y ayudar los pacientes, y que la institución no ayuda mucho a gestionarlos.

No sabemos si argumentos similares también sirven a la administración que por fin ha encontrado en el COVID el aliado perfecto para reducir las listas de espera, así como la demanda asistencial. Asistimos a declaraciones rimbombantes de las autoridades, "La teleasistencia ha venido para quedarse", pero ¿es posible hacer

este tipo de declaraciones sin haber hecho ningún estudio ni reflexión siquiera sobre cómo ha afectado a la salud de la población la ausencia de consultas en casi todas las patologías que no han sido la infección por COVID?, sin haber evaluado mínimamente qué se pierde y qué se gana con la teleasistencia ¿o solamente se gana?

Retomar las actividades significa colocarse no solo frente a los aspectos novedosos de la situación sino también frente a los viejos problemas, problemas viejos pero que este periodo de confinamiento ha permitido experimentarlos con una mirada distinta, como si el confinamiento hubiera roto la evidencia de lo obvio.

Como si el confinamiento, la separación física de la institución hubiera permitido algún tipo de discriminación al menos con ciertas normas implícitas de la institución, o que la demora impuesta, hubiera permitido hacer algún insight sobre el carácter frustrante de determinadas prácticas asistenciales burocratizadas, impersonales, deslibidinizadas, rutinarias, produciendo la falta de motivación para volver a ellas.

Esta “resistencia” a retomar la tarea asistencial, estaría menos vinculada al cansancio que la tarea en sí provoca, como al modo no creativo de realizarla como señala H. Foladori (gracias Federico) en un artículo dedicado al Burn-out. Cada vez más, tanto en salud mental como en atención primaria, quizás en la asistencia sanitaria y social en general, asistimos a una robotización del trabajo, a la burocratización y rutinización, a la normativización y protocolización de los procedimientos que frenan cualquier iniciativa, generan frustración e impiden la capacidad de reflexionar a los profesionales colectivamente. Podríamos decir que cada vez más desde la Institución se ha ido solicitando a los profesionales una adaptación pasiva, lo que hace que en un momento como este de una nueva situación asistencial los profesionales se sientan desinstrumentados para afrontar una realidad nueva. No sabemos en qué medida la tan ahora defendida, desde las autoridades administrativas, teleasistencia no es un paso más en esta robotización del trabajo.

Otro factor en este fenómeno descrito es la consolidación en estos últimos años de una jerarquía que se limita al intento de protocolizar normativamente la asistencia como modo de abordar las ansiedades que surgen por la crisis de liderazgo y autoridad de esa misma jerarquía. Se ha ido imponiendo en el campo asistencial la lógica del hacer que excluye la posibilidad de pensar y sentir en la práctica asistencial, y que ha ido generando la expectativa de que las decisiones y las soluciones vendrán desde arriba, un arriba que remite a otro arriba interminable y que coloca a veces a toda la organización en una situación que podríamos llamar de procrastinación institucional.

Pero esperar todo de la jerarquía cuando se afirma que ella es incapaz de ponerse manos a la obra constituye una paradoja que condena a los profesionales y a los equipos a la inhibición y a la parálisis. Dicha protocolización de la metodología de trabajo ahogó la profundización de las preguntas, la intervención de los actores implicados, la ausencia del trabajo en equipo, de lo grupal, de lo colectivo, y ya sabemos que la cooperación entre los integrantes del equipo es la principal garantía para poder evitar en el acto de cuidar el distanciamiento y el rechazo de los pacientes que aparecerá irremediablemente cuando la intensidad de sus necesidades entre en conflicto con las propias. Trabajo en equipo no solo necesario para la realización de los objetivos asistenciales, sino para poder ir configurando una identidad profesional activa y creativa.

Tenemos el optimismo de lograr una solución, de encontrar algo distinto, una esperanza. Pero una esperanza que no debe ser mesiánica, porque el mesías es siempre un falso profeta. La esperanza debe estar en nosotros, como expresión de nuestras contradicciones, porque el otro, el enfermo, es uno de nosotros.
Franco Basaglia

El mismo distanciamiento físico-social de la institución provocado por el confinamiento al que atribuíamos la situación anterior descrita ha generado, en mi opinión contrariamente, un aspecto muy positivo en este periodo de vuelta a la “nueva normalidad” en el campo de la rehabilitación psicosocial. Se trata de ciertas experiencias motivadas también por la confusión y desorientación que hemos experimentado los profesionales en la nueva situación, que parecen estar abriendo la posibilidad de acercarse a los usuarios-pacientes con una mirada “virgen” en torno a sus necesidades, y especialmente a sus necesidades de agruparse (gracias Emilio). En una reunión de intervisión de un grupo multifamiliar online, a raíz de ser relatada la noticia del gerente, una de las terapeutas relata un sueño muy sencillo “soñé que volvían los pacientes y que no tenía mascarillas”.

Seguramente el COVID y el confinamiento nos han hecho experimentar una “vulnerabilidad compartida” en forma de sentimientos y vivencias similares a los que presentan las personas con trastornos psicóticos: sentimientos de amenaza (la vida y la muerte pueden estar a la vuelta de la esquina), paranoia (contaminar o ser contaminado, cualquiera puede ser un peligro), aislamiento afectivo, incluso distanciamiento de la realidad, a lo que se ha sumado en ocasiones también duelos, a menudo complicados, por pérdidas inesperadas. Y es quizás este descubrimiento el que nos ha permitido volver a escuchar, con respeto y humildad

al sujeto que se dirige a nosotros en busca de ayuda, sin negarle su competencia y su saber.

Otro elemento que ha contribuido a este reposicionamiento es que quizás con el confinamiento hemos podido atisbar la existencia también en los profesionales de procesos subjetivos de los que a veces no teníamos clara conciencia, y de la dificultad de tener suficiente dominio de nosotros mismos que permitiera evitar la proyección de los propios aspectos enfermos en el otro, un otro que, como decía Searles, se muestra tan bien dispuesto a ser “el blanco” de las depositaciones de los demás.

Frente a una relación que habitualmente tan fácilmente se estereotipa, en la cual los profesionales frente a la ausencia de demanda saben demasiado rápidamente qué es lo que les conviene a los pacientes, el poner en cuestión la vuelta a lo instituido sin más, abre un campo creativo en el modo de entender y atender sus demandas, admitiendo definir más grupalmente la tarea con ellos a partir también de su definición de necesidades. Es como si el confinamiento hubiera permitido volver a repartir las cartas, plantear de nuevo a qué queremos jugar, colocarnos en torno a la tarea en una condición de más igualdad con los pacientes, poner en suspenso la demanda inicial y redefinir la demanda en términos más propios, en definitiva, romper el vínculo estereotipado demanda-oferta institucional.

Antonio Tarí

- “El derecho a la Pereza” Paul Lafargue. Marxists Internet Archive
- Omegalfa. Biblioteca Libre
- “El otro es uno de nosotros” Franco Basaglia. Página 12 jueves, 15 de octubre de 2009
- BURN OUT: El trabajo psíquico con equipos de salud. Horacio C. Foladori **Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales.** Número especial (ISSN 1886-6530). Congreso Internacional “Actualidad del Grupo Operativo”. Madrid, 24 – 26 febrero 2006