

VIOLENCIA Y DINAMICAS DE EQUIPO EN PROGRAMAS QUE TRABAJAN CON SITUACIONES DE VIOLENCIA

Autores: Elizabeth Lira K. & Germán Morales F.

Publicado en Lira, E. & Piper, I. Editoras (1996). Reparación, derechos humanos & salud mental. Santiago: CESOC. Páginas 165 - 182.

En Chile, desde diversos ámbitos de trabajo ligados a los problemas sociales y de salud pública, se ha ido acrecentando la preocupación por los equipos de trabajo. Esta preocupación inicialmente se ha relacionado más con la "eficacia" de éstos. Al mismo tiempo se ha destacado la noción global de "desgaste" y "colapso" específico de los equipos.

Se han comenzado a usar términos como "impacto emocional", "traumatización de equipos", "estrés", "burn-out" y "riesgos de equipo", buscando describir e interpretar aquello que ocurre a los interventores en la relación con los usuarios de los programas de salud que llevan a cabo. Por lo mismo, se destacó y hasta se ha reivindicado, por parte de equipos diversos, necesidades de "contención", "autocuidado", "encuadre de trabajo", "supervisión de equipo", etc.

Esto se ha hecho más visible cuando los equipos trabajan en temáticas como la violencia, tanto violencia política como intrafamiliar.

En realidad esto ha dado como resultado que "se ha ido legitimando la idea no sólo de que los equipos se impactan emocionalmente, sino que ello influye directamente en el trabajo clínico y/o psicosocial que desarrollan y en dificultades organizacionales asociadas al tema" (Morales, 1996).

En esta línea, se inscribe nuestra necesidad de hacer una aproximación descriptiva, en el intento de interpretar y sistematizar la práctica de supervisión de equipos que trabajan con situaciones de violencia teniendo como eje las dinámicas de equipo.

Programas terapéuticos y demanda social

Actualmente en nuestro país, existen diversos programas estatales, municipales y no gubernamentales relacionados con la violencia. Sin embargo, nos centraremos -para efectos de análisis- en el Programa Estatal de **Salud, violencia y derechos humanos**. Dicho programa nació durante el gobierno del presidente Aylwin, como parte de las medidas de reparación a las violaciones a los derechos humanos en Chile.

Los objetivos de este programa, de cobertura y presupuesto nacional, fueron atender médica y psicológicamente a las víctimas de violaciones a los derechos humanos, con una atención con equipos especializados y con una atención preferencial, que básicamente significaba agilizar la atención a estas personas fuera de los canales burocráticos habituales del sistema estatal de salud. En sus inicios este programa se llamaba PRAIS, **programa de reparación y atención integral en salud**. En este espíritu

integral la conformación de estos equipos fue y es multidisciplinaria (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeuta ocupacional, psiquiatras, psicólogos entre otros), y desde hace algunos años cuentan con supervisión de parte de psicólogos y psiquiatras vinculados al trabajo en el área de derechos humanos.

Durante el actual gobierno del presidente Frei, el programa cambió de nombre obedeciendo a una ampliación de su campo de trabajo. La nueva nomenclatura **salud, violencia y derechos humanos**, no es casual y tiene que ver con los supuestos implícitos acerca de las causas del problema que se atiende, así como de las formas de intervención privilegiadas. El cambio nominal ha implicado que estos mismos equipos actualmente atienden tanto casos de violencia política como de violencia intrafamiliar.

Específicamente la demanda de atención del programa es compleja ya que tiene diversas fuentes. Tradicionalmente la demanda estaba ligada de algún modo a las organizaciones y organismos de derechos humanos.

La demanda entonces, es diversa, ya que se suma a la demanda espontánea, interconsulta desde el hospital, y de derechos humanos, aquella que proviene de los tribunales, quienes derivan la mayoría de los casos de violencia intrafamiliar. Ello adquiere un estatuto ambiguo cuando se habla de "terapia coactiva", y que se refiere en particular a las disposiciones legales que han surgido en esta década, que definen que los "victimarios" deben trabajar los conflictos que los han llevado a "delinquir", ya que el castigo por el delito no tiene efecto alguno. Por este motivo, por su voluntad o contra ella, si el juez lo ordena, el victimario debe concurrir a atención terapéutica.

De este modo, es imprescindible pensar que, ya sea desde el mandato de la reparación o desde la aplicación de la ley de violencia intrafamiliar, a estos equipos se les delega no sólo una función de salud sino una responsabilidad ético/social. Desde allí cobra sentido que en estos equipos la violencia genera simultáneamente emociones intensas y dilemas éticos diarios.

A pesar de que puede ser necesario hacer la distinción conceptual entre violencia política y violencia privada, tenemos que señalar que el sufrimiento como tal es incomparable. Por ello, no cabe jerarquizar el riesgo o la gravedad de una otra forma de violencia. Sin embargo, en lo que dice relación a los profesionales, constituye una enorme diferencia, sobretudo porque muchos profesionales han elegido este trabajo por motivaciones personales morales, éticas, políticas o profesionales. El trabajo adquiere una dimensión de compromiso personal que va más allá de una actividad laboral común.

Los equipos y sus problemas

Como ya hemos explicitado, la tarea de estos equipos es en extremo compleja, y progresivamente se han hecho visibles problemas en su funcionamiento, que han validado reivindicaciones laborales y la necesidad de supervisión.

Desde una primer mirada descriptiva, los problemas que hemos observado hacen referencia a la eficacia y al impacto emocional que el equipo puede desplegar en el desarrollo de su tarea. Ambos aspectos son inseparables desde una óptica grupal psicoanalítica, que pone el acento en la subjetividad grupal, y que por tanto, no entiende a un grupo como la mera sumatoria de individuos.

Las **dificultades manifiestas**, contempladas en evaluaciones desde el sistema de salud, y muchas veces explícitas, más comunes son:

- a. Dificultad para establecer criterios realistas de logros parciales en relación a los casos.
- b. Dificultad de reconocer capacidades reales y experiencia de algunos profesionales para asumir los casos, asumiendo actitudes excesivamente críticas respecto de algunas que tienden a regular un rendimiento promedio mediocre.
- c. Dificultad para el establecimiento de criterios de ingreso, tratamiento y derivación, que termina siendo difusos.
- d. Dificultad para la asignación de casos, diluyendo la responsabilidad profesional en el conjunto del equipo ante la institucionalidad.
- e. Rotación permanente de los equipos profesionales por motivos descritos como: "mal ambiente laboral", "impotencia frente a los casos", "problemas con la dirección", "bajos salarios", "falta de prestigio del trabajo".

Este último aspecto adquiere una valencia relevante, ya que puede llegar a amenazar la existencia misma de la noción de equipo, por el hecho de que, no pocas veces la frecuencia de la rotación puede llegar a ser del 50% del equipo en un año.

Las dificultades mencionadas tienden a estar inscritas en constelaciones polares de sentimientos, que tienen a la base una ansiedad básica de desamparo, abandono y destrucción propia de la violencia, que impelen a la reparación y a la justicia, y al mismo tiempo al olvido y la impunidad. Esta vivencia confusa que se materializa en estos profesionales es la que da pie a estas polaridades de sentimientos ambivalentes.

Si re-parar el daño y elaborar lo traumático, implican atravesar por la vivencia del dolor, el odio y la muerte, ahora se suma, el mandato de actuar como un brazo de la

justicia antes negada¹.

Las **constelaciones polares** a las que nos referimos son:

a. **Omnipotencia/Impotencia**: En los equipos es posible observar la negación de las limitaciones individuales, familiares, institucionales y contextuales, en el abordaje de los casos individuales y familiares, desde una potencia expresada como la noción de capacidad ilimitada de acogida, comprensión, empatía, y de promover motivación que el, la, o los consultantes claramente no presentan ("podemos salvarlos, podemos rescatarlos del daño, podemos hacerlo todo"). Ante la frustración de que la movilización material y emocional del equipo respecto de un caso no da resultados, en muchas ocasiones el equipo se presenta y se asume sin recursos, sometido por ejemplo a los dictámenes y derivaciones del tribunal². Otras veces surge la vivencia de que la intervención terapéutica realizada no ha dado ningún resultado, en circunstancias de que los consultantes experimentan, alivio sintomático y alguna noción de reparación con el "mero" apoyo emocional respecto de un proceso judicial referido a derechos humanos ("Es imposible hacer algo, nada resulta, no podemos superar las condiciones políticas").

b. **Confianza ingenua/Desconfianza paranoídea**: En los equipos sorprende como éstos acogen acriticamente consultantes con historias traumáticas relacionadas con la violación de derechos humanos, o un historial judicial dramático de un victimario no corroborado, teniendo herramientas y canales para obtener dicha información. De este modo, los equipos quedan capturados en una sensación culposa si dudan, cuestionan o exploran la biografía personal o contextual de los consultantes, no dando pie a legitimar desconfianzas que surgen contratransferencialmente³. Por oposición a lo anterior, los equipos en momentos tienden a desarrollar sentimientos de desconfianza hacia el contexto institucional, asignando categorías de portavoces a los consultantes de las autoridades⁴.

¹ De hecho se ha dado la situación que, los mismos jueces que favorecieron la impunidad, hoy dictan medidas de protección y atención terapéutica en el marco de la nueva ley de violencia intrafamiliar.

² Algunos jueces utilizando una facultad que les otorga la ley hacen derivaciones específicas a terapia familiar, pareja o individual en la lógica del "abuenamiento" de la familia.

³ Esto ocurre especialmente con el caso de pacientes retornados del "exilio", que no parecen tales y que son percibidos "usando" al equipo para prerrogativas crediticias concedidas por el estado.

⁴ Descriptivamente diríamos que se instala una suerte de visión de emisarios o de espionaje respecto de un paciente policonsultante.

La **Sobreinvolucración/Distanciamiento emocional**, como aspecto polar básico se hace especialmente patente en el conjunto del equipo, más aún cuando no existe un encuadre claro de atención. Así, los sentimientos aludidos apelan a la potencia y/o a la acogida, desde una proyección de los consultantes al equipo como el estado reparador, el brazo protector de la justicia, o el estado opresor, el burocratismo judicial. Esta apelación junto al dolor y el sufrimiento hace extremadamente difícil establecer límites, y puede generar dinámicas simbióticas o expulsivas respecto de los consultantes. Por lo mismo, los equipos desarrollan mecanismos de defensa grupal frente a las ansiedades de desamparo ligadas a las constelaciones polares nombradas.

Entre algunos mecanismos observados podríamos mencionar:

a.**Hostilidad Intraequipo**: Todos los equipos que han trabajado bajo condiciones amenazantes tienen grandes dificultades para discutir sus diferencias y enfrentar los conflictos tanto en asuntos profesionales como personales. Como hemos dicho, parte esas dificultades provienen de la incapacidad para aceptar y explicitar las limitaciones de su trabajo, sus propias ansiedades y su impotencia política. Estas dinámicas pueden manifestarse como competitividad personal, sobrevaloración de los niveles de excelencia profesional y descalificación de los profesionales jóvenes y sin experiencia. Los terapeutas necesitan mecanismos para protegerse a sí mismos y su autoestima, de la agresión infligida contra ellos, o contra el grupo y de la autoagresión como de la agresión infligida desde el grupo hacia alguno de sus miembros. Esta agresión puede ser entendida a veces como si fuera un resultado de la violencia que proviene de los pacientes o como si fuese todavía un legado del terrorismo de estado al interior del grupo.

b.**Sociabilidad forzosa**: Aunque sabemos que todos los grupos implican la sociabilidad sincrética (Bleger, 1985), y por tanto, tienden a la noindividuación, en estos equipos el tema de la sociabilidad y más específicamente de la amistad, adquiere una valoración enorme. Así es, que como parte de ritos de pertenencia grupal se establecen implícita o explícitamente la adscripción a reglas grupales que implican compromisos emocionales extralaborales, y por lo mismo, pueden darse episodios de agresión a la diferenciación y alianzas subgrupales.

c.**Jerarquización política**: Cuando las motivaciones principales surgen de la historia singular, de las experiencias políticas, de los valores y principios de los profesionales, estas motivaciones generan una diferenciación al interior de los equipos entre aquellos que tienen únicamente motivaciones profesionales y laborales, de aquellos se sienten inclinados a este trabajo por razones de solidaridad o por razones políticas. En algunos

equipos esta diferencia entre las motivaciones "profesionales" versus las motivaciones "políticas" puede generar una división interna en los equipos compitiendo por la jerarquización de unas u otras. Ello puede dar pie incluso a una división del trabajo de quienes atienden casos "VIP" o casos "VIF", en donde la categoría VIP⁵. Intentando a veces negar esta jerarquización interna se genera categorías difusas como "violencia institucional", para referirse a casos ligados a violaciones de derechos humanos.

d. Burocratización: Como una forma de protección de ansiedades relacionadas con la evaluación clínica y de rendimiento laboral, puede observarse una burocratización extrema de los procedimientos para asumir y resolver el caso. Las evaluaciones críticas y de la exposición personal en el proceso en ocasiones llevan al equipo a diseñar engorrosos procesos que dejan difuso el contrato terapéutico. Nos referimos a saber si algún caso está siendo tratado o sólo está en evaluación, si se está trabajando en una terapia familiar o individual. En esta burocratización hay que considerar un aspecto institucional estatal con el cual estos equipos tienen una relación difusa por una contratación especial⁶.

e. Sobrevaloración técnica: Las estrategias de los equipos para afrontar las ansiedades, las debilidades, el miedo y otros sentimientos perturbadores mencionados, pueden desplazarse hacia el hecho de subrayar la necesidad de tener actividades de formación y capacitación centradas en las habilidades necesarias para llevar a cabo este trabajo. Los miembros de los equipos reconocen la complejidad y la dificultad de su tarea, y sus necesidades de incrementar sus conocimientos sobre estrategias y metodologías para trabajar con la violencia⁷. Esto a veces deriva en una sobredimensión de una técnica determinada sin considerar el contexto de su uso.

No es dable cuestionar o desdeñar la preocupación técnica, sino pensar que lo técnico tiene una relación de sentido con cada caso en tratamiento y con la posibilidad de revisar las dinámicas de equipo en relación también a un caso determinado.

⁵ VIP puede ser entendido simbólicamente con al designación de "Very Important Person", que se utiliza por ejemplo para designar los salones VIP en los aeropuertos.

⁶ Los profesionales de este programa (salud, violencia y derechos humanos) tienen un sueldo más alto que sus pares, menor exigencia de número de pacientes, cuentan con supervisión, pero al mismo tiempo su contratación no contempla previsión ni salud y se renueva anualmente.

⁷ Cabe señalar que cualquiera fuese el grado de formación de un profesional, creemos que nadie está realmente preparado para afrontar los efectos de la tortura y el terrorismo de estado, menos aún si eso ocurre en su propio país.

Los mecanismos descritos permiten "objetivar" en cierta forma algunas de las ansiedades que circulan en los equipos. La manera como un equipo define y percibe su tarea y como la tarea es percibida desde fuera puede incidir en la manera como esa tarea se lleva a cabo y en los criterios para su evaluación interna. Dicha evaluación se refiere tanto al equipo como al desempeño individual. Igual importancia reviste la identificación del tipo de conflictos y las modalidades de resolución de los conflictos que caracterizan a ese equipo en el desempeño de su trabajo.

Descrito este marco de problemas, sentimientos y dinámicas de equipo, sólo nos resta en este escaso tiempo, hacer un par de interrogantes/sugerencias sobre dos aspectos centrales de la supervisión de equipos que hemos realizado.

Respecto al "cuidado" de los equipos, si bien la supervisión ha sido un instrumento eficaz, en muchos casos puede ser insuficiente. En ese sentido, parece recomendable que el trabajo de supervisión no sólo se instale de manera regular y permita hacer un seguimiento de los casos y sistematizar la recurrencia de determinadas dificultades, sino también dar cuenta de la necesidad simultánea de un encuadre institucional que viabilice dicho cuidado. En esa línea, resulta central el esclarecimiento de la exigencia y límites institucionales, que se materialicen en criterios de tratamiento viables, que permitan al equipo abocarse a su tarea. Ello pasa evidentemente, por registrar lo que los propios equipos dicen de sus dificultades, de su trabajo y de las estrategias empleadas para resolverlos.

Por otro lado, uno de los focos más relevantes de las supervisiones que hemos efectuado dicen relación, con la necesidad de trabajar simultáneamente con el fortalecimiento de la identidad grupal y la validación de la diferenciación. Este aspecto, en nuestro contexto, es la estabilización de la inestabilidad, que implica la rotación permanente de gran parte de los equipos.

Esperamos que estas reflexiones, quizás todavía situadas en un nivel descriptivo sean útiles en la discusión del presente foro.

Referencias Bibliográficas

Bleger, J. (1985). **Temas de psicología**. Nueva visión, Buenos Aires.

Kaés R. et al (1989). **La institución y las instituciones**. Paidós, Buenos Aires.

Lira, E. (1992). **Impacto de sufrimiento en el terapeuta**. Revista de Psicología de El Salvador, No.45, Julio/Septiembre

Lira, Elizabeth (1993). **Violencia y vida cotidiana**. En *La violencia en Chile. Estrategias de pacificación*. Número Especial En Revista Persona y Sociedad, N°4, Vol. VII, ILADES (Chile).

Morales, G. (1996). **El equipo de intervención psicosocial como un grupo de alto riesgo**. Salud y Cambio, Revista Chilena de Medicina Social, Año 6, N°22.

Ruderman, Matilde (1993). **Ética y Compromiso Social del Psicólogo Clínico**. En *Revista Salud Problema y Debate*. Año IV - Nro. 8. Buenos Aires. Argentina.

Ulloa, Fernando (1995). **Novela Clínica Psicoanalítica**. Paidós, Buenos Aires.