



El equipo multidisciplinar: ¿Realidad o expresión de un deseo?*

Fco. Chicharro Lezcano

Psiquiatra. Psicoterapeuta

Director Médico del Hospital Psiquiátrico de Zamudio

Resumen

El uso (y a veces abuso) de ciertos términos ha conseguido que terminen por incorporarse de una forma natural aunque no siempre se correspondan con la realidad. Así, “psiquiatría comunitaria”, “trabajo en equipo”, “equipo multidisciplinar”, etc., son conceptos acuñados hace años, que dieron nombre a modelos asistenciales y formas de organización, pero que se han desvirtuado con el tiempo.

El presente trabajo trata de exponer los orígenes de los equipos multidisciplinarios en salud mental, y de que forma han influido en su evolución los cambios sociales y la modificación —cualitativa y cuantitativa— de la demanda.

Palabras clave:

Equipo multidisciplinar, salud mental, recursos, modelos de organización.

Introducción (Justificación del título y del interrogante)

A estas alturas parece existir un acuerdo unánime en que la forma de trabajo más creativa y de mayor rendimiento es la basada en equipos multidisciplinarios y el trabajo en equipo. Para abordar este tema, y teniendo en cuenta el contexto (Jornada de actualización en Psicología Clínica), podían barajarse dos opciones:

* Jornada “Actualización en Psicología Clínica”. Bilbao, 2 de junio de 2006



1) Realizar una descripción teórica sobre el equipo multidisciplinar y el trabajo en equipo, para lo que bastaría con desarrollar los siguientes conceptos:

El equipo multidisciplinar

- Un equipo es más que la suma de sus componentes
- Características de un equipo
- Etapas de desarrollo de los equipos (Orientación, Insatisfacción, Resolución, Producción)
- Estilos de Liderazgo
- Roles, dinámicas e interacciones
- Conflictos (Causas, Actitudes, Etapas, Resolución)

Pero este enfoque, además de ser suficientemente conocido, poco podría aportar a un colectivo de profesionales altamente cualificados y, probablemente, con un mayor conocimiento sobre el tema.

2) La segunda opción, menos teórica, aunque sujeta a interpretaciones, era exponer una tesis —basada en la experiencia del último cuarto de siglo— sobre las razones para que al día de hoy, y salvo honrosas excepciones, la realidad sea que muchos de los supuestos “equipos” no sean más que agrupaciones de profesionales de distintas disciplinas que comparten un espacio durante su jornada laboral. Y esta es la que se va a desarrollar.

La utilización de tópicos en salud mental

Después de casi treinta años de ejercicio como psiquiatra, habiendo recorrido la casi totalidad de los dispositivos asistenciales y trabajado en diferentes CCAA, sigo teniendo más preguntas que respuestas. En 2001 publicaba en la Revista *NORTE de Salud Mental* un artículo titulado *¿Existe la psiquiatría comunitaria?*¹, en el

que exponía la subversión de este concepto, reducido prácticamente a la existencia de consultas de salud mental cercanas a los lugares de residencia de los usuarios, pero muy alejadas del ideal impulsado por toda una generación de profesionales que se lanzaron —sin red— a realizar lo que ha sido llamado “La reforma psiquiátrica”, de la que ahora se cumple el 20 aniversario. Un año antes, en otro artículo titulado *“Psicología vs. Psiquiatría: ¿lugar de encuentro o divergencia?”*², exponía las dificultades de la Psicología (la Psicología Clínica) para encontrar su lugar, cosa lógica por otra parte —decía— dada la “juventud” tanto de la disciplina como de la especialidad. Terminaba el artículo tomando prestadas unas palabras de Benedetti, quien refiriéndose al conflicto entre psiquiatría y psicoanálisis decía: *“El pensamiento y la acción no deben nunca contrarrestarse, farmacoterapia y psicoterapia no se excluyen entre sí. Se completan y actúan de una forma complementaria”*. Un esbozo de lo que es —o debiera ser— el equipo multidisciplinar.

Por lo tanto, al día de hoy, y después de múltiples controversias, nos encontramos con que los conceptos Psiquiatría Comunitaria, Equipo multidisciplinar, y Trabajo en equipo, son aceptados por todos, pero de forma tópica, y sin profundizar en su desarrollo.

El equipo multidisciplinar “el trabajo en equipo”

Y no será por falta de información. Si se introducen en el buscador Google las palabras “Trabajo en Equipo”, aparecen 20.800.000 referencias, de “Equipo de Trabajo” aparecen 15.200.000, y de “Grupo de Trabajo” 22.200.000. Es decir, queda claro que se trata de un tema que suscita un interés desmesurado. Pero, ¿desde cuando existen equipos multidisciplinarios en nuestro país, y cuál es la realidad en el aquí y ahora en lo referente a la atención a la salud mental?

1 “¿Existe la psiquiatría comunitaria?”. *NORTE de Salud Mental*. Volumen IV n° 12 (Septiembre 2001)

2 “Psicología vs. Psiquiatría: ¿Lugar de encuentro o divergencia?”. *NORTE de Salud Mental*. Volumen III, n° 9 Jun. 2000



Para analizar los orígenes y dificultades actuales del trabajo en equipo (del equipo multidisciplinar) es preciso retrotraerse al pasado. No es sino hasta finales de los años 70 —coincidiendo con la instauración de la democracia en nuestro país— cuando se puede hablar de modificaciones sustanciales en los modos de atención.

Los '70. Punto de partida. “De la represión a la democracia”

La situación a finales de la década de los 70 era la siguiente:

1. La única atención psiquiátrica que prestaba el INSALUD eran las llamadas consultas de neuropsiquiatría, “híbrido”, con el que en dos horas diarias se pretendía prestar atención a los problemas de salud neurológicos y psiquiátricos de la población. Las consultas estaban masificadas (con 70–80 pacientes diarios) y el personal consistía en un “neuropsiquiatra”, auxiliado por un ATS.³
2. Por otra parte, los Hospitales Universitarios (Hospitales Clínicos) y los Hospitales Generales del INSALUD, comienzan a contar con unidades de psiquiatría de agudos, altamente jerarquizadas (en el peor sentido de la palabra) donde —y en palabras de un catedrático de entonces— se hacía “docencia, investigación, y asistencia... y por ese orden”. Ni que decir tiene que aunque compartían espacio profesionales de distintas disciplinas no se trataba de “equipos multidisciplinarios” en el sentido a que nos estamos refiriendo ni, por supuesto, había trabajo en equipo.
3. El pilar fundamental para la atención a los trastornos mentales graves lo constituían

aún los Hospitales Psiquiátricos, dependientes de las Diputaciones Provinciales y de órdenes religiosas.

Pero en esta década ya se habían producido intentos de cambiar la situación. En los primeros años setenta, indignados por las condiciones en que eran tratados los enfermos mentales, y animados por las experiencias en otros países de nuestro entorno (Francia, Italia, Inglaterra), se iniciaron diversos intentos de reforma (Asturias, Galicia, Andalucía, Madrid) en los que participaron profesionales de todos los estamentos (psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería, trabajadores sociales) que se vieron frenados por el aislamiento y la falta de medios para su desarrollo y que, en no pocas ocasiones, terminaron con el despido fulminante de sus líderes.

Más adelante, los primeros ayuntamientos democráticos crean los centros de promoción de la salud (CPS), con departamentos de psicología (y ginecología), fundamentalmente orientados a la prevención. Más tarde las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA), organizan redes propias de Centros de Salud Mental.

Los '80. Integración de recursos. Etapa de ilusión. “La movida”

Desde el punto de vista social, los años ochenta supusieron un despegue en cuanto al descubrimiento de las libertades, se produjo un elevado desarrollo económico, y una primacía “del principio del placer”. Comienza a observarse que el malestar y el sufrimiento son cada vez peor tolerados.

³ Como ejemplo de las condiciones en que se desarrollaban aquellas consultas véase la siguiente anécdota (real como la vida misma): En una de aquellas consultas no había más sillas que las del médico y el ATS, no teniendo el paciente donde sentarse. Interrogado este (veterano en aquellas lides) sobre el porqué, respondió cargado de razones: “Es que si ponemos silla se sientan y perdemos el tiempo”. Una vez repuesta la silla a su lugar, y sentado el primer paciente (que padecía un cuadro depresivo), comenzó a relatar una serie de acontecimientos vitales que, a su parecer, podrían influir en lo que le sucedía. El ATS tamborileaba impaciente con el dedo índice sobre la mesa porque se alargaba la consulta hasta que, sin poder contenerse, interrumpió diciendo: “eso son cosas personales que no le interesan al doctor”. Estos eran los “equipos multidisciplinarios de la época”.



Con las enseñanzas extraídas de anteriores experiencias, bien por actuar con más sigilo, o por el desinterés que la mayoría de las administraciones mostraba por la salud mental, se fue realizando una integración de facto que, posteriormente y ante el desconcierto de las administraciones, era “oficializada” por la vía de los hechos consumados⁴. Estas agrupaciones espontáneas de profesionales, ricas en creatividad, fueron posibles porque se formaron en torno al concepto de “tarea” —entendida desde los conceptos de psicología social de Pichón Rivière— y creando un “ECRO” (esquema conceptual, referencial, y operativo) común. Fue una etapa ilusionante, plagada de dificultades y penurias, pero en la que todo parecía posible. La cooperación en la resolución de conflictos hacía que se encontraran soluciones alternativas a los problemas que surgían continuamente⁵. Nadie se planteaba “si eso era misión suya”, sino que todos aportaban a la causa común con arreglo a sus posibilidades. El desinterés de las administraciones, la ausencia de legislación, y la falta de control, fueron al mismo tiempo—como se diría en el lenguaje de gestión actual— “amenazas y oportunidades”, oportunidades aprovechadas por aquellos equipos ilusionados.

Posteriormente, muchos de los líderes de aquellos intentos reformistas pasaron a ocupar cargos de responsabilidad institucional, incorporando su ideario en la redacción de los primeros documentos que legislaron la forma de atención a la salud mental.

En 1983 fue creada la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica cuyas conclusiones

fueron publicadas en 1985 en forma de recomendaciones (Ministerio de Sanidad y Consumo 1985). En líneas generales en este documento se apuesta por un modelo avanzado de reforma. Estas ideas se resumieron finalmente en un artículo específico (Artículo 20: De la salud mental) de la Ley general de Sanidad que fue aprobada en 1986. En el texto de la ley se recoge que “*los cambios... se traducen en que el objetivo ya no es sólo la enfermedad, sino la salud, y no sólo el individuo, sino la comunidad, lo que conlleva un abordaje biológico, psicológico y social del individuo y su entorno*”; en cuanto al contenido se da un paso adelante añadiendo al tradicional abordaje curativo “*la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación*”; la organización pasa de un trabajo individualizado a “*un trabajo en equipo multidisciplinar, con el objetivo de hacer una apertura hacia la comunidad y un acercamiento al entorno de los pacientes*”.

Es la primera referencia “oficial” sobre la filosofía asistencial y los modos de organización del trabajo. Se propugna el tratamiento del enfermo mental en la comunidad, evitando en lo posible la hospitalización y favoreciendo la integración en recursos normalizados. Para ello es necesario disponer de recursos intermedios y programas específicos. Trata de alejarse del concepto “hospitalocéntrico”, considerando al Centro de Salud Mental (CSM) el eje sobre el que pivota la asistencia, y prima el trabajo de equipo multidisciplinar.

Así pues, se transfieren las competencias en sanidad a las CC.AA.⁶, la disponibilidad de recursos aumenta, y la dependencia orgánica se

4 En algunos lugares se produjo una integración “funcional” decidida por profesionales que dependían de distintas administraciones (por ejemplo entre neuropsiquiatras de INSALUD, trabajadores de los CPS —Ayuntamiento—, y de hospitales psiquiátricos del Servicio Regional de Salud).

5 Ante la falta de infraestructuras se “tiraba por la calle de en medio”. Un ejemplo: La escasez de salas y despachos en un CSM se suplió solicitando al IVIMA (Instituto de la Vivienda) de forma unilateral, y sin contar con nadie, una nave prefabricada que se depositó junto al CSM, en medio de un parque. Como la carencia era real (y así lo percibía la población) pero la solución era “excesiva”, el ayuntamiento de turno se apresuró a construir un centro nuevo para despejar el parque. Ni que decir tiene que estas iniciativas, un tanto “desmedidas”, producían un efecto de cohesión grupal.

6 La situación en la CCAA que asumieron con prontitud las competencias sanitarias fue más favorable. Así, en el País Vasco, y una vez transferidos los hospitales psiquiátricos al Servicio Vasco de Salud, la totalidad de la asistencia a la salud mental dependió de Osakidetza.



regulariza. Se crean los Centros de Salud Mental, que sustituyen a las consultas de neuropsiquiatría, se dispone de unidades de hospitalización en los hospitales generales, y los hospitales psiquiátricos son transformados, o se cierran, reconvirtiéndolos en redes de atención comunitaria.

Los vínculos interprofesionales creados en la década anterior; los movimientos espontáneos, las nuevas formas de trabajo, fueron “oficializados” al adquirir rango de ley y tuvieron continuación en esta etapa. Se crearon multitud de nuevos dispositivos con la consiguiente contratación de profesionales. El trabajo en equipo —por fin— dejó de ser una entelequia. El análisis de la demanda, la asignación de pacientes, las sesiones clínicas conjuntas... en resumen, el compartir saberes, enriqueció el trabajo de todos y benefició a los pacientes.

Los '90. “El desencanto”

Pero los cambios sociales se impusieron. La anterior resistencia para acudir a una consulta “psi”, fue sustituida por una demanda indiscriminada que surge ante cualquier problema de la vida cotidiana. Como se decía anteriormente el malestar y el sufrimiento, cada vez peor tolerados, se convirtieron en motivo de consulta. Por lo tanto, el espectacular aumento de la demanda tiene que ver con diversos aspectos:

- Cambios en la estructura socio-familiar: La casi desaparición de la “familia extensa”, los hogares monoparentales, los problemas inherentes a la inmigración y el desarraigo.
- Psicologización de los problemas cotidianos: Como antes se apuntaba, aspectos que antes se vehiculizaban a través de otros sistemas, en la actualidad se dirigen al sistema sanitario en busca de solución.
- Nuevas expresiones del malestar psíquico: Trastornos de déficit de atención por hiperactividad (en la infancia), Trastornos de Personalidad, Trastornos de la Conducta Alimentaria, nuevas adicciones (Internet) son “nuevas patologías” que han venido a

incrementar la población atendida en la red de salud mental.

Esto tuvo una indudable repercusión en cuanto al volumen de demanda, lo que ha supuesto una dificultad añadida para poder hacer un auténtico trabajo en equipo, más allá de un reparto de pacientes más o menos equitativo, e interconsultas puntuales. Los tiempos para reuniones de equipo, labores docentes, coordinación, etc., se han visto invadidos por más y más consultas. Sea como sea, el aumento de la demanda y los cambios sociales han producido:

- Colapso de los Centros de Salud Mental
- Progresiva “biologización” de los tratamientos
- Disminución de tratamientos psicoterapéuticos
- Desencanto y falta de transmisión de experiencias

Siglo XXI. “Del colectivismo al individualismo”

Hay que reconocer que el desarrollo de recursos, el aumento de las plantillas, y la mejora en las condiciones de atención a los enfermos mentales producida en los últimos veinte años es incontestable. En nuestro medio, en el País Vasco, las encuestas de satisfacción demuestran el alto grado de satisfacción ciudadana con Osakidetza (es la institución más valorada) por la atención sanitaria recibida. El problema —al menos para los profesionales— es que los resultados no han sido los esperados. La demanda indiscriminada ha colapsado los CSM, que se ven obligados a realizar una actividad asistencial en cierto modo precaria: disminuye la oferta de psicoterapias con predominio de los tratamientos biológicos. El desencanto entre los profesionales es cada vez mayor, y no se ha producido una transmisión de las experiencias pasadas a las nuevas generaciones. El equipo se diluye en una multiplicidad de acciones individuales.



- CSM: Trabajo individual
- Hospitales Generales (UVIS Psiquiátricas)
- Hospitales Psiquiátricos “a la búsqueda de su espacio”

Es como si en paralelo al aumento de familias monoparentales —por elección o desmembramiento— y a la disminución de las familias extensas, se hubiera producido un “retraining” de profesionales, equipos y organizaciones, cada uno a la búsqueda de un objetivo individual, sin relación con el otro. Los déficits de coordinación inter e intra centros pueden tener también que ver con esto.

Por otra parte, la mejora de la organización, la introducción de sistemas de registro, los nuevos modelos de gestión, los sistemas de información, etc., han supuesto una ayuda a la hora de evaluar el trabajo realizado... pero han burocratizado notablemente la actividad diaria.

En 2000, en otro artículo (“La Identidad profesional: de terapeuta a administrativo”) alertaba sobre este riesgo diciendo: “*Tanto clínicos como gestores estamos embarcados en una tarea difícil pero apasionante. Es un momento de cambio a todos los niveles y por lo tanto lleno de incertidumbres. La profesión médica, la identidad del terapeuta, valores sólidos antaño, ahora son cuestionados y en ocasiones nos sentimos como*

espectadores de una obra de teatro que pretende relatar nuestra historia sin que nos reconozcamos en ella. Pues bien, dejemos de ser espectadores y tratemos de ser actores, o porqué no, el autor”.

La cuestión es que tenemos que ser actores —o autores— pero nos encontramos sin guión. No sabemos si somos protagonistas o figurantes. En otro tiempo sabíamos al menos el final que queríamos para nuestra obra, pero en la actualidad nos encontramos perdidos. En el mejor de los casos peleamos por nuestro papel... sin importar la réplica que nos dé “el otro”.

Inmersos en esta vorágine hemos asistido a una novedad que podría tener influencia en el funcionamiento de los equipos: El reconocimiento de la Psicología Clínica como especialidad, y de los psicólogos clínicos como profesionales sanitarios, lo que ha supuesto el espaldarazo a una aspiración largamente esperada. La equiparación a todos los efectos con el resto de facultativos va a aumentar su protagonismo, pero supone un reto al que hay que hacer frente. Ahora, de igual a igual, es momento de asumir responsabilidades, hacer complementarias las disciplinas, y volver a compartir saberes. Si lo logramos será posible un resurgir de los “equipos multidisciplinares”, del trabajo en equipo, pero eso es una tarea que hay que acometer.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AEN. Cuaderno Técnico N° 2. La Psicología Clínica en los Servicios Públicos.
2. AEN. Cuaderno Técnico N° 4. Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad.
3. Desviat, M: “La reforma psiquiátrica”. Ediciones Dor S.L.
4. J. Leal (ed.), “Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones”. Colección Estudios. AEN. 1997.
5. Chicharro Lezcano F: “La identidad profesional: de terapeuta a administrativo”. *NORTE de Salud Mental*. Volumen III, n° 8. Febrero de 2000.
6. González Duro, E. (2000): “De la psiquiatría a la salud mental”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, n° 74; 249–260.
7. Chicharro Lezcano, F: “Psicología vs. Psiquiatría: ¿Lugar de encuentro o divergencia?”. *NORTE de Salud Mental*. Volumen III, n° 9 Jun. 2000.
8. Chicharro Lezcano, F: “¿Existe la psiquiatría comunitaria?”. *NORTE de Salud Mental*. Volumen IV n° 12 (Septiembre 2001).
9. Pérez, F. (compilador): “Dos décadas tras la reforma psiquiátrica”. Colección Estudios. AEN. 2006.