

CUIDADOS DEFENSIVOS: DEFENSAS SOCIALES EN INSTITUCIONES DE SALUD

Ricardo Readí G.¹

Este trabajo consiste en una aproximación al concepto de Defensas Sociales, que consolida una forma de aplicar el pensamiento psicoanalítico a la institucionalidad humana. El autor describirá brevemente el recorrido que hace la teoría psicoanalítica hasta delimitar este concepto, para después enfatizar las implicancias que éste tiene para las instituciones de salud. Se plantea la importancia de considerar las formas en que defensas individuales tienden a coludirse con los mecanismos inconscientes del grupo institucionalizado, donde ciertas condiciones serán determinantes para la contención de estados mentales primitivos. Se enfatizará la posibilidad de que estas dinámicas tengan efectos concretos en la capacidad y salud de los trabajadores, en el tratamiento de sus pacientes, y sobre todo en la pérdida de sentido que experimentan estas personas en su vínculo con esta institución. Se incluyen dos viñetas para intentar ilustrar estas dinámicas.

Palabras Clave: Defensas Sociales, Instituciones de Salud, Elizabeth Menzies, Wilfred R. Bion

Defensive Care: Social Defenses in Health Institutions

Abstract

This work consists in an approach to the concept of Social Defenses, which consolidates one way of applying psychoanalytic thinking to human institutionality. The author briefly describes the path psychoanalytic theory takes towards the outline of this concept, to emphasize later the implications it has for health institutions. There is a statement about the importance of considering the ways in which individual defenses tend to collude with the institutionalized group's unconscious mechanisms, where certain conditions will be determining for the

¹ Psicólogo. Psicoanalista APCh.

containment of primitive states of mind. Emphasis is made about the possibility that these dynamics have concrete effects on the workers' capacities and health, on the patients' treatment, and mainly on the loss of meaning that these people experience in their link with this institution. Two vignettes are included to attempt an illustration of these dynamics.

Key words: Social Defenses, Health Institutions, Elizabeth Menzies, Wilfred R. Bion

“Familia Californiana furiosa luego de que hospital usa robot para decirle a abuelo que se está muriendo”.

(Titular en diario, *The Guardian*, 09/03/19)

La noticia, a la que alude el titular del diario, nos relata la experiencia que vivió un anciano cuando fue visitado por una máquina que le transmitió el video de un médico, encargado de darle esta dolorosa noticia. Las racionalizaciones que hacen los responsables del hospital sobre los motivos que tuvieron para usar este procedimiento, no alcanzan a dar cuenta de la complejidad del fenómeno. Dentro del reportaje, resulta llamativo el comentario de un especialista en medicina paliativa, quien dice que no toda conversación en persona tiene empatía y compasión, justificando el uso del robot. También llama la atención la declaración que hace la nieta, quien estaba presente cuando esto sucedió. Ella insiste en lo bueno que era su abuelo, y que no merecía esto.

En el presente trabajo se realizará una reflexión psicoanalíticamente informada sobre las dinámicas inconscientes presentes en una institución de salud. El objetivo es desarrollar en profundidad el modelo de defensas sociales elaborado desde la tradición británica de relaciones objetales, con su énfasis en el contacto e intercambio entre mentes. El titular citado es un ejemplo representativo de situaciones que ocurren con frecuencia en instituciones de salud, donde los involucrados experimentan estados mentales de repliegue, culpa y/o persecución, alejándolos del contexto en que están, degradando el significado que tiene este tipo de relación.

Un eje conductor para este trabajo y para los desarrollos teóricos aquí

expuestos será la obra de Bion vinculada a sus “experiencias en grupos”. Su habilidad para percibir y describir la fuerza de la grupalidad ha sido una inspiración para todos quienes pensamos y trabajamos con este nivel de la experiencia humana. Desde esta perspectiva se trabajará sobre los aportes determinantes de Elliot Jaques e Isabel Menzies, en la creación y aplicación del concepto de defensas sociales. Posteriormente, se incluirán algunos ejemplos que servirán para ilustrar estas ideas, y para la reflexión en los comentarios finales.

Bion y las dinámicas grupales.

“Un resultado interesante de creciente familiaridad sobre el dilema del individuo, es la demostración de que no hay forma en que el individuo pueda, en un grupo, hacer nada - ni siquiera al hacer nada. Así que habríamos vuelto una vez más, aunque desde un ángulo distinto, a nuestra sospecha de que todos los miembros de un grupo son responsables por el comportamiento del grupo” (Bion, 1961, p.188).

De esta forma, Bion hace una declaración contundente sobre la relación entre el grupo y sus miembros. El efecto de ser parte de un grupo va a ser determinante para lo que suceda con el individuo, y el funcionamiento del grupo está basado en lo que un individuo en particular llegue a representar para el grupo.

En otras palabras, las expresiones y participación general de un miembro del grupo dependen del aspecto del grupo del cual él esté a cargo, de lo que él esté sosteniendo para el grupo, en la relación con los otros aspectos representados por los otros miembros. El grupo recrea una situación en que la sobrevivencia es experimentada inconscientemente como un objetivo y el compañerismo, como identificación: el grupo solo puede sobrevivir como un todo, sus miembros son partes de un mismo “self” ampliado.

Esta mentalidad grupal tiene un carácter muy primitivo, siendo esencial para la naturaleza humana. Es parte de un escenario constitucional y está basada en la necesidad de sobrevivencia. También es importante considerar la tensión entre nuestras tendencias gregarias y nuestros esfuerzos de individuación. Existiría una

predisposición personal para ocupar un cierto rol, o para representar una cierta constelación de conflictos en la relación con otros. Bion introdujo el concepto de Valencia al reflexionar sobre las individualidades dentro del grupo:

“Me refiero a indicar, mediante su uso, la preparación del individuo para entrar en combinación con el grupo...si su capacidad para esta combinación es grande, yo hablaré de una alta Valencia, y si es pequeña, de una baja Valencia; nosotros podríamos tener, en mi opinión, ninguna Valencia solamente al dejar de ser humanos, en lo que concierne al funcionamiento mental” (Bion, 1961, p.187).

La participación en un grupo implica un estado mental particular. Hay un considerable sentido de unidad y “conspiración” inconscientes, lo cual solo se puede lograr mediante la renuncia de ciertas fronteras entre los “Yo” de las personas presentes. Para que esto sea posible debe haber una regresión suficiente, la cual característicamente implica el uso de ciertos mecanismos defensivos con los cuales también dejan de estar claros los límites entre el mundo interno y la realidad externa.

“Quisiera mostrar que en su contacto con las complejidades de la vida en grupo, el adulto recurre, en lo que podría ser una regresión masiva, a los mecanismos descritos por Melanie Klein (1931, 1946) como típicos en las fases más tempranas de la vida mental. El adulto debe establecer contacto con la vida emocional del grupo en que vive; esta tarea pareciera ser tan formidable para el adulto como lo es la relación con el pecho para el infante... La creencia de que el grupo existe, como diferenciado de una sumatoria de individuos, es una parte esencial de esta regresión, como también lo son las características atribuidas por el individuo a este supuesto grupo” (Bion, 1961, p.207).

Sobre esta mentalidad grupal, Bion explica que hay ciertos supuestos inconscientes que son compartidos por todos los miembros del grupo en un momento dado, determinando temporalmente su funcionamiento. Describió tres “Supuestos Básicos”:

- . a) Dependencia- la dependencia es hacia el líder, de quien se espera que provea gratificación para todas las necesidades de los miembros del grupo. Las capacidades del líder son exageradas, tanto como la pasividad de los

demás miembros.

- . b) Ataque y fuga- aquí el supuesto es la necesidad de atacar y/o huir de un enemigo externo. Las ansiedades persecutorias dan la ilusión de un sentido de unión centrado en conflictos con algo ajeno; el foco está lejos del cumplimiento de la tarea propiamente tal, y las motivaciones se sostienen por el miedo y la hostilidad.
- . c) Apareamiento- esto implica la creencia de que un evento futuro va a resolver los problemas actuales del grupo. El “apareamiento” se da entre dos miembros del grupo o entre el líder y alguna persona externa, con la esperanza de que esta actividad tenga como resultado el “nacimiento” de algún acontecimiento futuro favorable.

La mentalidad de supuestos básicos es inevitable, ya que siempre acompañará implícitamente el funcionamiento del grupo. Uno de ellos estará activo mientras que los otros se mantendrán esperando de forma latente hasta ser expresados. El inconsciente del grupo no desaparece, pero su capacidad para obtener resultados exitosos dependerá de la habilidad para reconocer los aspectos que están distrayendo su funcionamiento de sus objetivos. Las diferencias en el funcionamiento del grupo van a depender de la capacidad para mantener un contacto suficiente con la realidad y con la tarea que justifica esta reunión. Bion usó el nombre Grupo de Trabajo para referirse al estado mental del grupo cuando éste es capaz de enfocarse en las demandas de la realidad y de lograr acciones apropiadas que resolverán, o comenzarán a resolver, un problema contingente. Los grupos alternarían entre estos estados, entre la mentalidad de supuestos básicos y la mentalidad de grupo de trabajo- esta última siendo una posición evolutivamente superior, en la que las capacidades están disponibles para responder a la tarea conscientemente definida y aceptada.

Hay tres ideas generales, interdependientes unas con otras, que derivan del trabajo de Bion sobre grupos, indispensables para el posterior desarrollo de este trabajo: el grupo-como-un-todo, en el que sus miembros representan aspectos de una coherencia integrada más amplia; la Valencia, como la disponibilidad del individuo para relacionarse con los motivos conscientes e inconscientes del grupo;

y la noción de un funcionamiento grupal inconsciente, nombrada como mentalidad de supuestos básicos, en la que todos los miembros están involucrados en una operación defensiva centrada en la evitación de la dimensión emocional de la tarea, implicando una forma de evitación de la realidad. Esta contribución es el punto de partida para la exploración de las dinámicas presentes en los tratamientos llevados a cabo por grupos de profesionales.

Desarrollos Psicoanalíticos sobre instituciones y organizaciones.

El trabajo de Bion sobre grupos fomentó el desarrollo del abordaje psicoanalítico para los fenómenos sociales y grupales. Él era parte de un grupo de analistas pioneros que, en el contexto de la posguerra, decidieron hacerse cargo de la necesidad de intervenir socialmente en distintos niveles (psicoterapia de grupo, comunidad terapéutica y estudios organizacionales). La gran demanda, la escasez de recursos y la reflexión sobre la complejidad humana que delataba la guerra y sus consecuencias, facilitaron un contexto fértil para el intercambio entre distintas disciplinas y el psicoanálisis. Sociología, antropología y una pujante escuela sistémica enriquecieron a la Clínica Tavistock como actor de la red pública de salud, robusteciendo al mismo tiempo su identidad psicoanalítica. Con la influencia de Klein y posteriormente también de Winnicott, se fue consolidando aquella unidad de la Clínica, que tenía entre sus fundadores a analistas como Rickman, Main, Foulkes, Bridger, Bowlby y Sutherland, junto a Bion, Jaques y Menzies. Desde esta historia se ha mantenido en la Tavistock la tradición de formar y convocar a psicoanalistas que junto con estar comprometidos con la especificidad del método psicoanalítico, también están comprometidos con la reflexión e intervención psicoanalíticas en otros contextos.

La idea de que la vida emocional de un grupo puede ser entendida como estados regresivos basados en mecanismos psicóticos, ha servido como fundamento para un entendimiento más profundo de los encuentros multipersonales. Siguiendo esta línea de pensamiento, y extrapolando las ideas de Bion a instituciones, Jaques (1953) va aún más lejos al plantear que es cierto que ser parte del grupo induce angustias psicóticas, pero que al mismo tiempo el

individuo necesita al grupo para defenderse de las angustias movilizadas por esta pertenencia:

“La hipótesis específica que debo considerar es la de elementos primarios cohesivos vinculando individuos en la asociación humana institucionalizada, como defensa contra ansiedades psicóticas. En este sentido, los individuos pueden ser considerados como externalizando aquellos impulsos y objetos internos que de lo contrario darían lugar a ansiedades psicóticas, y desplegándolos en la vida de las instituciones sociales en las que ellos se asocian. Esto no quiere decir que las instituciones utilizadas de esta forma se tornen “psicóticas”. Aunque si implica que esperaríamos encontrar en relaciones grupales manifestaciones de irrealidad, escisión, hostilidad, sospecha, y otras formas de comportamiento desadaptativo” (Jaques, 1953, p.479).

Jaques (1953) enfatiza la necesidad que tiene el individuo de externalizar impulsos y objetos para aliviarse. Estas dinámicas institucionales podrían así contener al individuo, siempre y cuando logre una administración suficientemente buena de los estados mentales primitivos con los cuales tendría que convivir. El individuo, entonces, tendría una regresión al ser parte del grupo, y en este estado no puede lidiar por sí mismo con las angustias que el grupo le genera. Lo necesitará para poder “descomprimir” ese mundo interno alborotado por la grupalidad. En esto, Jaques piensa con Freud (1921) sobre la importancia de las identificaciones en la psicología grupal, enfatizando el uso de mecanismos proyectivos e introyectivos, siguiendo a Klein (1955).

“Los individuos pueden poner sus conflictos internos en personas del mundo externo, pueden inconscientemente seguir el curso del conflicto a través de la identificación proyectiva, y pueden re-internalizar el curso y resultado del conflicto percibido externamente a través de la identificación introyectiva” (Jaques, 1953, p. 21)

Desde estas observaciones e interpretaciones, Jaques (1953) desarrolla el concepto de Sistema de Defensa Social. Con él busca sistematizar la relación que se da entre la mentalidad individual recientemente descrita y la institucional. Su propuesta es que las instituciones son usadas por sus miembros para reforzar sus

propios mecanismos de defensa contra las angustias de tipo paranoide y depresiva. Las defensas sociales llevan a una relación recíproca entre las “defensas institucionales” y los mecanismos defensivos individuales. Cuando los objetos externos son compartidos en su uso como blancos de proyecciones, se pueden establecer relaciones sociales fantaseadas a través de la identificación proyectiva con este objeto común. Estas relaciones fantaseadas con el grupo, siguen siendo elaboradas internamente en forma constante vía introyección y proyección. De esta manera, las “**formas y contenidos sociales fantaseados de una institución**” (Jaques, 1953, p.482- las negritas son mías) implican el terreno común de fantasías individuales compartidas por los miembros de la institución, que definitivamente van a determinar el contacto con las funciones institucionales conscientemente acordadas y aceptadas.

Tal como Jaques, otros autores psicoanalíticos (Menzies, 1988,1989; Kernberg, 1998; Obholzer y Roberts, 2006) desarrollaron su trabajo en la observación y comprensión de sistemas sociales estructurados, de instituciones y organizaciones. En estos grupos organizados, la participación del individuo está regulada por las expectativas sobre su rol en el sistema, y por la interdependencia entre su rol y el de otras personas. Ocupar un cierto rol implica el cumplimiento de ciertos objetivos los cuales, a su vez, son parte de un marco más amplio de metas reunidas para un solo propósito: la tarea primaria. Las instituciones también tienen la particular cualidad de trascender en el tiempo, y no son necesariamente dependientes de la presencia continua de sus miembros. Con el tiempo, las personas involucradas van cambiando, y nuevos miembros pueden hacerse cargo del rol vacante, asegurándose de que la tarea primaria se siga llevando a cabo. Esta estabilidad es lo que permite que una organización sea capaz de definirse a sí misma, de reconocer una cierta identidad, en un nivel consciente (Hinshelwood y Skogstad, 2005; Obholzer y Roberts, 2006).

De acuerdo con las ideas expuestas anteriormente, podemos entender que incluso en organizaciones en que la interacción dentro del grupo está explícitamente regulada, la dimensión inconsciente no se puede evitar. Siempre habría una presencia significativa de angustias primitivas que afectarán el

desempeño del grupo en sus esfuerzos para alcanzar su tarea primaria. Puede ser que la tarea primaria no esté en riesgo; podría ser alcanzada de manera suficiente como para justificar la sobrevivencia de la organización, aunque con un importante sentido de insatisfacción que generará sentimientos ambivalentes en sus miembros. Estos conflictos acarrearán angustias inherentes a la participación en la organización, lo cual a su vez implica la necesidad de defenderse de ellas para lograr tolerar esta experiencia. Las defensas estarían a cargo de facilitar el cumplimiento de la tarea primaria, mediante el control de las angustias implicadas en el trabajo.

Las características patológicas de estas defensas se relacionan con la vulnerabilidad de la organización, determinada por las características de la tarea primaria y de las de sus miembros. Con el tiempo, estos patrones son adoptados de forma incuestionable e implícita, estableciéndose como el funcionamiento inconsciente de la organización. Estos patrones van a dejar de depender de la contribución de miembros en particular, y los recién llegados van a tener que adaptarse a ellos.

En resumen, las defensas sociales son los mecanismos psicológicos mediante los cuales los individuos usan el sistema social para defenderse de sus propias angustias. De esta forma, el individuo se las arregla para fusionar sus propias ansiedades y defensividad con las características del sistema, haciendo que sus defensas sean institucionalizadas. El efecto es que los individuos son capaces de manejar las angustias y conflictos por ser parte de la organización y, particularmente, las que son consecuencia de la tarea primaria.

Defensividad (defensiveness) en la atención en salud.

Los sistemas sociales de defensa tienen una presencia particularmente significativa en instituciones que están a cargo de la atención en salud. Esto es tanto por la paradoja de que pudiese haber una institución enferma a cargo de la salud de personas, como por ser éste el contexto en que más se justifica un sistema defensivo. Las angustias despertadas por la tarea de atender a personas con grados variados de sufrimiento, son suficientes para la activación de un

sistema defensivo que promueva la ilusión de que el trabajo se esté haciendo satisfactoriamente. De acuerdo con lo desarrollado previamente, todo sistema social usa defensas para lidiar con las angustias inherentes a la vida social. En este sentido las instituciones de salud no son una excepción, y también deben lidiar con el equilibrio entre el logro de su tarea primaria y el manejo de aquellos estados mentales. Sea cual sea el medio mediante el cual la tarea de cuidar sea realizada (la cura de una enfermedad, el alivio del dolor, o el facilitar el desarrollo, o la sobrevivencia), siempre es un trabajo emocionalmente comprometedor, en el que las demandas explícitas o implícitas del paciente no son necesariamente mayores de lo que el profesional se demanda a sí mismo.

El trabajo de Isabel Menzies (Menzies, [1959]1988) sobre este tema es considerado como el punto de partida para el psicoanálisis aplicado en instituciones. Sirviéndose de las orientaciones teóricas desarrolladas por Jaques, y probablemente de su análisis con Bion, esta analista de niños con función didáctica en la Sociedad Británica, dedicó parte de su carrera a pensar y aplicar estas ideas, interviniendo activamente instituciones de diversos servicios sociales. Su estudio sobre técnicas defensivas usadas por enfermeras en un hospital general (Menzies, [1959]1988) es considerado un clásico; reconocido e influyente en la reflexión sobre todo tipo de organizaciones, este trabajo es sobre los conflictos inconscientes que afectan la atención en salud. Menzies describió algunos mecanismos a través de los cuales el mundo interno se ve inmerso en un estado regresivo, en el que no está clara la distinción con la realidad externa. Su hipótesis era que la naturaleza de la tarea podría relacionarse con mecanismos característicos del funcionamiento mental temprano, y que se mantienen “activamente-latentes” en la vida inconsciente del adulto. Las características específicas de la enfermería y el cuidado por otros pueden relacionarse con tendencias reparatorias resultantes de la saludable integración alcanzada a través de la posición depresiva. Antes de alcanzar este logro, el estado mental predominante dependía de la polarización de aspectos de la realidad y de ataques fantaseados hacia la ‘maldad’ que siempre fue experimentada como viniendo desde afuera. Este vínculo básico entre angustias persecutorias y mecanismos

proyektivos, es progresivamente abandonado a través del reconocimiento de que la 'bondad' y 'maldad' externas son ambos aspectos de un mismo objeto o experiencia emocional. Esta revelación lleva a un poderoso sentimiento de culpa por el daño fantaseado (siendo considerado como real, en lo que concierne a la omnipotencia del pensamiento en un nivel inconsciente), pasando a ser el motivo para los deseos reparatorios hacia todo objeto afectado por aquellas expresiones de rabia y violencia. La experiencia de amar y cuidar a los demás está directamente relacionada con una autoestima en aumento, y con la capacidad madura para sentirse responsable por el propio bienestar. Este es un proceso básico para la perspectiva Kleiniana (Klein, 1957) sobre el desarrollo a través de estados mentales. El mundo interno está poblado por el registro de objetos dañados o muertos que le recuerdan al self sobre sus capacidades destructivas. La reparación está motivada desde este reconocimiento y desde el deseo por "arreglar las cosas", para merecer el amor de los demás y el propio. Este panorama inconsciente estaría a la base de toda relación madura, y es particularmente determinante para las relaciones que establecen los trabajadores de la salud.

En el trabajo citado, Menzies argumenta que las características especiales de la enfermería la hacen, particularmente, vulnerable frente a situaciones frustrantes:

"Las situaciones que probablemente provocarán stress en enfermeras son familiares. Las enfermeras están en un contacto constante con personas que están físicamente enfermas o heridas, a menudo seriamente. La recuperación de los pacientes no tiene certeza y no siempre va a ser completa. El cuidado de pacientes que tienen enfermedades incurables es una de las tareas más perturbadoras para una enfermera. Las enfermeras se enfrentan a la amenaza y la realidad del sufrimiento y la muerte como pocas personas comunes lo están. Su trabajo involucra tareas que, según estándares ordinarios, son de mal gusto, asquerosas y atemorizantes. El contacto físico íntimo con pacientes despierta fuertes deseos e impulsos libidinales y eróticos que pueden ser difíciles de controlar. La situación laboral despierta sentimientos muy fuertes en las

enfermeras: lástima, compasión y amor; culpa y ansiedad; odio y resentimiento con los pacientes que despiertan estos fuertes sentimientos; envidia de los cuidados que se le dan al paciente.

La situación objetiva que se impone a la enfermera tiene una impactante semejanza con las situaciones fantaseadas que existen en todo individuo en los niveles más profundos y primitivos de su mente.” (Menzies, [1959]1988, p.46)

La semejanza entre los aspectos concretos del trabajo y las fantasías inconscientes, funciona como una ecuación simbólica (Segal, 1957), en la que las realidades interna y externa pierden distancia. Esta situación angustiante puede emerger por aspectos de la interacción, o por imágenes bien explícitas de objetos dañados o parciales (p.ej.: pacientes psicóticos o amputados). Esto puede ser aún más difícil de tolerar cuando el paciente insiste en ir contra las indicaciones médicas y no se cuida a sí mismo. Emociones y angustias intensas no son sólo el resultado de la relación con pacientes vulnerables, sino que también con colegas vulnerables que atraviesan por este mismo proceso y que se ven afectados en grados variables.

Menzies descubrió que, para lograr cumplir con la tarea primaria, las enfermeras tenían la necesidad inconsciente de usar un sistema social de defensa. Esto les permitiría mantener una distancia emocional suficiente con los pacientes, aunque cumplieran con las responsabilidades atribuidas a su rol. En otras palabras, habría una tendencia a evitar la difícil experiencia de vincularse realmente con los pacientes, a través de afectar el modo en que se hace el trabajo. Ella describió ciertas técnicas defensivas en particular, las cuales mediarían en el ejercicio de la tarea primaria y distorsionan su significado original (Menzies, [1959]1988). Es más, los individuos deben usar estas técnicas defensivas, las cuales son tanto facilitadas como exigidas por la misma institución: *“se reflejan en actitudes defensivas compartidas y socialmente requeridas, y en formas particulares en que el trabajo es realizado.”* (Hinshelwood and Skogstad, 2005, p.4). Las defensas sociales son inevitables, pero la patología está en su rigidez y exacerbación, bloqueando el contacto con la realidad. Esto es cuando

el 'Grupo de Trabajo' deja de estar operativo y se distorsiona el significado de la tarea primaria.

Como es esperable, el efecto de estos motivos inconscientes es notablemente dañino para la relación entre paciente y trabajador. Esto, por supuesto, va a tener un efecto significativo tanto sobre la capacidad para otorgar cuidados como en la actitud del paciente al recibirlos. La tarea primaria va a seguir siendo lograda, pero podría ser reducida a tal especificidad técnica y administrativa, que lo esencial de la tarea podría perderse por la atención excesiva y a veces innecesaria a estos temas en lugar de atender a la persona "total". El contacto con el paciente se ve alterado, impidiendo que la relación con él contribuya para la efectividad del tratamiento.

Volviendo al concepto de Valencia de Bion, es muy significativa la disposición inconsciente con que un trabajador se une a una institución de salud. Cada persona tiene una particular facilidad para acoplarse con las defensas sociales presentes, pero no sólo de acuerdo con las capacidades para estar sintonizado con la atmósfera emocional del grupo. En los trabajadores de la salud, existe una característica distintiva relacionada con lo concreto de cuidar a otro. Como ya se ha explorado, esta característica es más bien una re-edición de las tendencias reparatorias originales que resultan del progreso en el desarrollo. En este sentido, trabajar en salud podría estar relacionado con una intención de hacerse responsable por alguien más, y con sentimientos de agresión y culpa.

La dificultad en desarrollar este rol con una motivación subjetiva tan intensa, se relaciona con la vulnerabilidad que Roberts denomina "tarea imposible auto-asignada" (Roberts, 1994). Esta idea se refiere a personas que se sienten frustradas en sus intenciones de cuidar a otros. Siempre está la posibilidad de frustrarse en este sentido, cuando el paciente no mejora o cuando éste no reconoce los esfuerzos y buenas intenciones de su "cuidador". Con la incapacidad para lograr exitosamente la tarea o a través de esta falta de reconocimiento, el trabajador de la salud podría sentir la ineffectividad de sus habilidades para reparar. Esta amenaza genera una exacerbación de la culpa que estaba a la base del potencial reparatorio, una culpa que pasaría a tener tintes persecutorios. En

estas situaciones la culpa tiende a ser abrumadora, y la reparación estaría primeramente enfocada a la evitación de esta culpa, en lugar de compensar al objeto con demostraciones amorosas genuinas. Una reparación de tipo maniaca es consecuencia de la incapacidad para neutralizar la percepción de la propia agresión con esfuerzos reparatorios exitosos.

Volviendo al aporte de Menzies, ella pone el foco en la influencia de la tarea primaria para el desarrollo de las defensas sociales. Esto implica que en su trabajo esté constantemente revisando el significado de esta tarea, y por lo tanto los objetivos que están en la identidad de una institución, en la forma en que se define a sí misma. Con este ejercicio logra evidenciar cuales serían las estrategias defensivas que distorsionan el sentido de la institución, alejando el quehacer de sus participantes de aquel objetivo esencial. Lo que Menzies busca develar es que este tipo de funcionamiento tiene consecuencias concretas en los resultados que tiene el trabajo de la institución. Las defensas sociales con sus estrategias específicas generan la ilusión de que las cosas se están haciendo de forma optima, al cumplir exitosamente con todos los requisitos administrativos y técnicos (la “superficie auditable” de Cummins 2002 en Halton, 2015), pero sin que esto se refleje en el estado de salud de los pacientes. La institución y el sistema ampliado tienden a engañarse a sí mismos, y esto es algo que tiene serias consecuencias en la vida mental de las personas involucradas. Los estados defensivos colectivos que según estos autores surgen desde la necesidad de aliviarse de angustias extremadamente perturbadoras, tiene como consecuencia un grave ataque al significado que tiene la institución como un todo, dañando la confianza en sus capacidades. Con el tiempo, el trabajador de la salud tiende a la desesperanza, refuerza la propia defensividad en su quehacer- que probablemente también tendrá repercusiones en su vida personal- y participará activamente en sostener las defensas colectivas. La pérdida de entusiasmo y convicción en la tarea, no sólo impiden el necesario redireccionamiento de los esfuerzos para una aproximación más efectiva, también lleva a un “... *crónico y severo drenaje de aquel vital ingrediente para cualquier vida terapéutica, la confianza/optimismo (morale)*” (Bell, 1996, p.54). En términos coloquiales, se dice que los trabajadores

se queman; desde la perspectiva de este trabajo, uno podría decir que los trabajadores se enfrían, o apagan.

Experiencias de defensas sociales.

A continuación, presentaré dos situaciones que sirven para ilustrar el funcionamiento de defensas sociales dentro de instituciones de salud.

Caso 1: Material de trabajo con equipo de un centro público de salud mental.

El equipo de un centro de salud mental se preocupó al notar que había una tendencia a que algunos de los pacientes más graves salían agitados-descompensados después de la hora que tenían con un psiquiatra. En una oportunidad, un paciente salió del box donde estaba siendo atendido, corrió a la cocina del centro y tomó un cuchillo con la intención de suicidarse. Otro miembro del equipo lo “contuvo” físicamente, pudo tranquilizarlo y lo acompañó hasta que llegó la ambulancia que lo llevaría al servicio de urgencia. Cuando el paciente estuvo más tranquilo, pudo transmitir qué era lo que le había afectado tanto. Explicó que el médico no lo miró, le preguntó lo mismo de siempre sin dejarlo hablar de otra cosa y le repitió la receta. Decía que se sentía muy mal y que necesitaba ayuda, sentía la necesidad de ser atendido por un profesional, y esperaba un mayor interés por parte de él. Estos pueden ser comentarios comunes viniendo de algunos pacientes y/o después de ciertas intervenciones, sin embargo el equipo decidió investigar la situación. Después de comentarios de otros pacientes y de miembros del staff con quienes el psiquiatra entrevistaba en duplas, se confirmó que, efectivamente, tendía a no mirar a sus pacientes.

El contexto en cuanto a las atenciones psiquiátricas en este centro es que los médicos tienen que atender pacientes cada 30 minutos y, habitualmente, se les solicita que incluyan más pacientes en su agenda disminuyendo así el tiempo de atención para cada uno. Ellos refieren que no tienen descanso, y muchas veces tienen que salir después de su horario. Junto con esto, por diversos motivos quedan como únicos tratantes de la gran mayoría de sus pacientes, generalmente

muy graves, sobrecargándolos aun más en sus sentimientos de agobio y responsabilidad.

Algo que tiene directa relación con la teoría descrita, es que este psiquiatra recibía reconocimientos frecuentes: para la administración era un ejemplo a seguir, ya que la calidad del trabajo dependía del número de pacientes atendidos. Era un referente para sus colegas, con quien se les comparaba, al ser sumamente “eficiente”. Él estaba haciendo lo que se esperaba y era evaluado según eso. El deterioro de sus pacientes y las licencias médicas que el mismo médico parecía necesitar no entraban dentro de las consideraciones de la administración. Un cambio de administración, que buscaba facilitar el trabajo en equipo, incluir las opiniones de los pacientes, y mejorar el seguimiento de los tratamientos, puede haber influido en la renuncia de este trabajador.

Caso 2: Material de la observación (método Bick) de un centro de diálisis.

Pancho (paciente joven) estaba sujetando un paquete de galletas con chips de chocolate y una botella de agua de dos litros, lo cual él prefiere antes del ‘té’ que se le sirve a todos los demás pacientes. Él le dijo a Laura (técnico en enfermería) que la noche anterior se había tomado un par de copas de vino con unos amigos, y que habían comido harto queso y chocolates; comenta que lo habían pasado muy bien y que hace esto habitualmente. Laura le dice que está de acuerdo en que es algo muy agradable para hacer, y dice que a pesar de que ella no toma mucho vino, le encanta el queso. Pancho le pregunta a Marta (enfermera), quien pasó frente a él, si le gusta el vino; ella responde que le gusta el vino blanco. Él le dice que el vino tinto es mejor, y Laura lo apoyó. Poco después, Pancho le pidió a Marta que le diera un analgésico, pero que no quería morfina porque no quería tener una sobredosis y morir como Michael Jackson.

Pareciera haber una negación de la condición médica de Pancho y una distorsión del rol de los miembros del equipo; es un intercambio característico de un contexto distinto al de un tratamiento como éste. Queso, chocolate y vino son cosas que el paciente no puede consumir (todo esto aparte de las galletas con chips de chocolate y la exagerada cantidad de agua). Pancho es un paciente que

no adhiere a las indicaciones médicas, y su deterioro ya es evidente.

A pesar de ser esta una conversación bastante amistosa, Pancho repentinamente siente alguna forma de malestar, pide un analgésico, y se queda dormido de inmediato (en todas las observaciones previas se quedaba dormido sin medicación alguna). Quizás se sintió desprotegido, incluso con asociaciones persecutorias: su habitual actividad maniaca lo convierte en la “estrella” de aquel grupo de pacientes y, cabe recordar que, supuestamente, Michael Jackson fue asesinado por sus cuidadores médicos. El equipo entra en conflicto con el reconocimiento de que él es un paciente crónico y terminal. Pancho es el más joven, y su sociabilidad y buen humor hacen que sea difícil asociarlo con pacientes añosos, ciegos, amputados, o deteriorados de alguna otra forma. El estado mental de Pancho podría ser funcional para el sistema de defensa, donde los miembros del equipo se coluden en la negación de su situación. Aunque el procedimiento se ejecute impecablemente, este paciente no va a lograr los objetivos esenciales del tratamiento: sobrevivida y calidad de vida. Las angustias que genera el trabajo pueden ser manejadas defensivamente, pero el malestar se hace evidente cuando ciertos pacientes mueren y el equipo se cuestiona el sentido que tiene su labor.

Conclusiones

Este trabajo fue dedicado al abordaje del concepto de Defensas Sociales, describiendo el recorrido que tuvo su desarrollo, para después centrar su aplicación al contexto de las instituciones de salud. El concepto busca nombrar la experiencia que se da dentro de un grupo institucionalizado, al describir el funcionamiento de fantasías inconscientes compartidas, determinadas por la “tarea primaria”. En este terreno se desarrollan las defensas sociales, aludiendo a la relación recíproca entre defensas institucionales e individuales. Mientras más angustiante sea el trabajo, más determinantes serán aquellas defensas sociales, y mayor será el impacto en la esencia de aquellos objetivos con los que la institución se identifica. Estas ideas son particularmente relevantes en instituciones de salud, donde el trabajo con el sufrimiento humano tiene una resonancia personal y colectiva difícil de tolerar, desafiando la capacidad para pensar y reforzando las

estrategias para no sentir (Bion, 1962). El trabajo con la locura y la muerte son ejemplos de esto.

El concepto de defensas sociales pone el foco en las angustias del equipo tratante; no en la relación con un paciente en particular, sino que con el trabajo mismo, en su “*forma y contenido*”. Los métodos que se desprenden de estas ideas no buscan instalar un tratamiento psicoanalítico, sino que incentivar una actitud psicoanalítica en trabajadores con diversos roles, profesiones y/o “teorías”. Se establece un espacio de trabajo continuado que derive en un proceso, donde se logra desarrollar un continente suficiente para que los trabajadores exploren las formas en que se ven afectados por su quehacer. Trabajadores mejor contenidos se defenderán menos, aportarán en revisar las prácticas institucionales al cuestionar su identificación con ciertas defensas sociales, y podrán hacer mejor lo que generalmente saben hacer muy bien, desde sus lugares diferenciados. No se busca entrenar/educar psicoanalíticamente a los trabajadores, al implicar costos importantes y resistencias entendibles, y que podría incluso degradar el significado y profundidad de nuestras teorías. Pareciera ser más realista, en contextos institucionales donde la complejidad de nuestros pacientes requiere valorar la diversidad de las distintas disciplinas, trabajar para rescatar aquella actitud esencial para todo desarrollo humano. Bion nos recuerda que aquella actitud de una sensible disponibilidad y recepción no es sólo patrimonio del psicoanálisis. Los autores revisados en esta monografía nos invitan a reflexionar sobre la necesidad de que psicoanalistas participen en la rehabilitación de estos recursos emocionales en las personas que trabajan en instituciones de salud.

Parece relevante desarrollar las diferencias que hay entre el abordaje descrito en este trabajo, y los importantes aportes realizados por la tradición norteamericana respecto del tratamiento institucional (Gabbard, 2009, 2014; Kernberg 1987, 1998). En términos generales, estos últimos describen un trabajo institucional que mantiene el foco en el paciente, en su interacción con un grupo de tratantes. Como se ha mencionado antes, este trabajo describe la importancia de mantener el foco en la institución y sus trabajadores. Es de esperar que las diferencias, quizás complementarias, entre estas propuestas motiven futuras

investigaciones que ayuden a revisar nuestras intervenciones en estos contextos.

Bibliografía

- 1.- Armstrong D & Rustin M (Eds.)(2015). *Social Defences Against Anxiety. Explorations in a paradigm*. Tavistock Clinic Series. Londres: Karnac.
- 2.- Associate Press in Fremont California (2019). California family furious after hospital uses robot to tell grandfather he's dying. *Guardian*, Marzo 9. Acceso: <https://www.theguardian.com/us-news/2019/mar/09/california-robot-tells-grandfather-dying#img-1>
- 3.- Bell D (1996). Primitive Mind of State. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 10:45-57.
- 4.- Bion WR (1961). Experiences in Groups and Other Papers. En Mawson C (Ed), *The Complete Works of W.R. Bion*. Vol. IV. Londres: Karnac, 2014.
- 5.- _____ (1962) Learning from Experience. En Mawson C (Ed.), *The Complete Works of W. R. Bion*. Vol. IV Londres: Karnac, 2014.
- 6.- Freud S (1921). Group Psychology and the Analysis of the Ego. SE 18.
- 7.- Gabbard G (2009). Tratamientos en psiquiatría dinámica: hospital informado dinámicamente y tratamiento en hospital de día. En *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. 3aEd. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- 8.- _____ (2014). Treatments in Dynamic Psychiatry: Multiple-Treater Settings. En *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. 5thEd. Washington: American Psychiatric Publishing.
- 9.- Halton W (2015). Obsessional-Punitive Defences in Care Systems: Menzies Lyth Revisited. En Armstrong D & Rustin M (Eds.), *Social Defences Against Anxiety. Explorations in a paradigm*. Londres: Karnac.
- 10.- Hinshelwood RD & Skogstad W (2000). *Observing Organisations. Anxiety, Defence and Culture in Health Care*. Londres: Routledge.
- 11.- Jaques E (1955). Social Systems as a Defence Against Persecutory and Depressive Anxiety. En Klein M, Heimann P y Money-Kyrle RE, *New Directions in Psychoanalysis*. Londres: Tavistock.

- 12.- Kernberg OF (1987). Filosofías contrastantes del tratamiento hospitalario para la psicopatología grave. En *Trastornos graves de la personalidad. Estrategias psicoterapeúticas*. México D.F.: Manual Moderno.
- 13.- _____ (1998). *Ideology, Conflict and Leadership in Groups and Organizations*. New Haven: Yale University Press.
- 14.- Klein M (1955). On Identification. En *The Collected Works of Melanie Klein*. Vol. III. Londres: Karnac, 2017.
- 15.- _____ (1957). Envy and Gratitude. En bEn: Klein, M. (2017) *The Collected Works of Melanie Klein*. Vol. III. Londres: Karnac.
- 16.- Menzies I (1988). *Containing Anxiety in Institutions. Selected essays Vol. I*. Londres: Free Association.
- 17.- _____ (1989). *The Dynamics of the Social. Selected essays Vol. II*. Londres: Free Association.
- 18.- Obholzer A & Roberts VZ (2006). *The Unconscious at Work. Individual and organizational stress in the human services. The members of the Tavistock Clinic Consulting to Institutions Workshop*. Londres: Routledge.
- 19.- Roberts VZ (2006). The self-assigned impossible task. En Obholzer A & Roberts VZ, *The Unconscious at Work*. Londres: Routledge.
- 20.- Segal H (1957). Notes on symbol formation. En *The Work of Hanna Segal: a Kleinian approach to clinical practice*. Londres: Free Association, 1986.

Email: rreadig@gmail.com