

NACIMIENTO, VIDA Y MUERTE DE UN GRUPO DE TRABAJO

Dr. J.A. De La Rica.
Medico Adjunto Unidad Media Estancia y
Dpto Rehabilitación del Hospital Psi-
quiátrico de Bermeo (Bizkaia)

La justificación de este trabajo es intentar reflejar y reflexionar sobre los movimientos del trabajo y los trabajadores dentro de la Institución, a propósito del intento de crear y recrear la utopía del cambio solo por el deseo consciente del cambio. Ni el método ni el punto de vista del observador son objetivos pero si, pasado el tiempo suficiente, la reflexión es más serena empañada ya de la patina de lo crónico que lo convierte en poco agresiva e inofensiva para el orden institucional.

Estas reflexiones, como toda idea, tendían y tienden a convertirse en acción pero despojada ya del ímpetu renovador y quizás omnipotente, y por lo tanto poco maduro, del "Todo es posible".

La experiencia reflejada pertenece a la etapa joven de un proceso de cambio, una juventud en la que, seguramente, lo fantaseado tiene más entidad que lo vivido y que nos ha situado en una madurez? incierta e incluso es posible que nos haya introducido en una vejez que, como pasa frecuentemente, sume al individuo en una situación regresiva que cierra el ciclo y lo clausura por falta de vitalidad. Esperemos que no sea así.

Las circunstancias, brevemente expuestas, son las de una Unidad de Agudos dentro de un Hospital de Crónicos. Dicho departamento es el único que conoce movimiento significativo de pacientes y en él trabaja un equipo de personal fijo en cuanto a personal de enfermería (Enfermeras y Auxiliares Psiquiátricos) y Monitores de terapia ocupacional. Además participan todos los facultativos del Hospital y las trabajadoras sociales. Este Servicio ha funcionado durante 10 años y hay una tradición de prestigio, peligrosidad e interés en contraposición a los otros departamentos de enfermos crónicos residentes. Su dotación es la mayor del hospital e incluso hay organizado un sistema de relevos autónomo de forma que no hay contactos con otros departamentos aunque prácticamente todo el personal trabaja o ha trabajado con pacientes crónicos.

A resultas de la sectorización de la provincia y de la apertura de una Unidad de Agudos en un Hospital General se decide la desaparición de las 18 camas de la U. de Agudos y la apertura de una Unidad de Media Estancia con 24 camas. Coincidentemente con este movimiento, de los cuatro médicos que atienden la Unidad, tres deciden marcharse a la U. de Agudos de próxima apertura, expresando su frustración y pérdida de interés por el proyecto propuesto así como el interés por la nueva experiencia de la práctica en el Hospital General. También hay un éxodo considerable de enfermeras y otro personal hacia esta Unidad nueva. Para cubrir estas plazas se contrata un médico y se van cubriendo paulatinamente las otras plazas vacantes.

Proyecto: Pasar de una U. de Agudos a otra de Media Estancia y elaborar el Universo práctico y teórico del concepto "Media estancia" con todas sus implicaciones (Patologías, recursos, técnicas, roles...).

Frente a lo conocido y prestigiado; el enfermo agudo con su riqueza e impredecibilidad, la atención especializada, la vigilancia constante y el rol

claro y definitorio, está lo desconocido y, a partir de ahí, lo fantaseado. Esta fantasía se elabora dentro del duelo, la reflexión común es "Nos quedamos con lo peor" seguramente tanto en referencia al paciente que otros no han podido dar viabilidad como al propio equipo que no ha podido/querido salir. Las preguntas que se formulan tienen unas respuestas vagas, cuando las tienen, y hay una sensación generalizada de pérdida tanto en forma de desorientación ante la nueva situación como en forma de añoranza de otros tiempos mejores donde todo era más claro y deseable.

En este punto, de poca vitalidad tanto para la institución como para las personas, se plantean como principios rectores del futuro de la U. de Media Estancia su conversión de acuerdo a un modelo de Comunidad Terapéutica y se definen teóricamente cuales serán las pautas. Se hace hincapié en lo difícil de esta conversión, por el lugar donde se ubica, un Hospital de Crónicos, como por la trayectoria de la Unidad. También se recalca lo complejo y tortuoso de la patología que ingresará la poca capacidad de la red para coger los proyectos rehabilitadores que se propongan desde la Unidad.

En el Anexo I queda recogida la propuesta tal y como se presentó al equipo y que contempla como objetivo principal la libre comunicación a todos los niveles Paciente-personal pero también entre los diferentes estamentos. También se acepta la realidad del Hospital como sistema de tensión provisto de una cultura poco proclive a asumir en su seno el proyecto. Las propuestas aparentemente inofensivas supondrían un cambio Epistemológico que situaría a la institución ante el abandono de los roles preconcebidos para dar respuesta a la enfermedad mental alejándonos de los diagnósticos y centrándonos en la realidad afectiva inmediata y vivida como tal.

La propuesta en principio es vivida de una forma mesiánica, como una buena noticia; la llegada a un espacio donde desaparecerán las tensiones, cuales quiera que estas sean, y todo funcionará. La idea aún a casi todo el equipo en una hermandad secreta simbiótica y sin tabúes donde todo está permitido. Fantasía también favorecida por las propuestas de Comunidad terapéutica como un lugar en el que todos somos hermanos y no existen los padres. Esto implica también un alejamiento de la realidad opuesta y frustrante.

A la hora de valorar el proceso grupal hay que considerar en esta situación el peso de los factores constituyentes. El peso de la cultura institucional, en la que entran tanto la propia historia de la Unidad dentro de la institución, como el resto del Hospital, con el que los componentes de la Unidad mantienen relaciones afectivas basadas en una trayectoria común y en un conocimiento en muchas ocasiones fuera del ámbito estricto del trabajo, propiciado por la ubicación del Hospital y la cultura popular. A través de estos vínculos se deslizan las opiniones de los portavoces de la cultura de la institución, que ven el cambio con escepticismo cuando no con franca desconfianza. A esta fase pertenecen frases como "Ya se cansarán" o "Ya verás cuando lleven un año" y otras por el estilo. La postura general, tal y como se percibe, es de un interés negativo hacia el proceso, que hace dudar

de su viabilidad o en ocasiones despierta posturas numantinas que aumentan la tensión emocional del grupo.

Todo ello define la postura institucional en sus elementos más negativos, todo cambio es vivido como desconcierto y mas cuando ese cambio se plantea en base a la esencia de lo institucional: La estamentación y catalogación de las personas y las situaciones. En gran parte del equipo hay una identificación con lo institucional producto de la historia y por lo tanto una vivencia de temor ante el abandono de los presupuestos mantenidos hasta entonces. Se da por tanto una ambivalencia entre la necesidad de cambio y la realización de la fantasía y lo seguro y predominante en la cultura. La imposibilidad de resolver este conflicto lleva al equipo a resolverlo siguiendo los modos de la institución, la negativa al cambio se realiza a través de la perversión de la comunicación. Lo que se dice pasa a ser lo contrario de lo que se piensa o, por ser menos drásticos, de lo que se asume. Se entra en una situación de pasividad y asunción de todas las propuestas pero de total inactividad.

El otro factor de peso son los pacientes. Desde nuestra propia incapacidad para cambiar los esquemas de relación y analizar nuestras emociones, hay una delegación de las tareas en ellos. Sin ofrecer integración esperamos que se integren, ofreciendo un clima afectivo tenso esperamos que sintonicen y la tónica es una queja constante sobre "El tipo de pacientes que mandan" y "La imposibilidad de hacer nada con estos". Bien es verdad que las patologías que ingresan en Media Estancia pertenecen en su mayor parte a carencias centrales del sistema afectivo que impiden en ocasiones la más mínima sintonía pero también existe una aptitud de despego e inseguridad en la relación. El personal no tiene que ofrecer un mundo afectivo perfecto pero si al menos coherente y coordinado para poder servir de referente; no es así.

En esta situación y con estos antecedentes se comenzó a elaborar un plan de trabajo y se proporcionó un espacio a tal efecto: la reunión de Departamento. Se le dieron una serie de poderes como la elección del modelo para la Unidad, la participación conjunta en las decisiones administrativas y la gestión de los recursos humanos, así mismo se hicieron vinculantes los acuerdos adoptados por mayoría. Existía una presidenta/e y una secretaria/o que coordinarían la reunión, elaborarían las actas y el orden del día y recogerían y distribuirían toda la información.

Como primera labor se propuso el análisis de los distintos roles y estamentos dentro de la Unidad y la elaboración de propuestas para adecuarlos a la nueva situación. Este periodo de aproximadamente un año es el que paso a describir tomando como referencia de la dinámica general de la Unidad su participación en las Reuniones y las conclusiones desde mi puesto primero de presidente/conductor del grupo y luego de participante. Que se desveló en el grupo cuando se empezaron a cuestionar las respectivas funciones?

Creo necesario centrar brevemente algunos conceptos sobre el modelo teórico seguido en la línea de BION, pese a lo farragoso y excesivamente didáctico que pueda resultar. Sin ello no creo que se objetive toda la importancia teórica que tienen los procesos emocionales en el desarrollo de un grupo de trabajo o en la imposibilidad de realizarlo.

Aceptar por una parte la existencia de una mentalidad de grupo entendida como la actividad mental colectiva por la que el grupo funciona como una unidad. Del interjuego entre la mentalidad grupal y los deseos del individuo surge la cultura del grupo: Su estructura, los temas que propone y la organización que adopta para su realización.

Aceptar la existencia de **Supuestos Básicos**, configurados como emociones intensas y primitivas, de ahí el calificativo de básicos. Si proponemos a la mentalidad grupal como el continente los supuestos básicos serían el contenido del grupo. Estos supuestos básicos expresan las fantasías grupales de tipo mágico y omnipotente, por las cuales se satisfacen los deseos del grupo y se resuelven las dificultades. No son racionales y su realidad se manifiesta en la conducta que adopta el grupo. Muchas veces estos supuestos son inconscientes y se oponen a las opiniones conscientes y racionales de los miembros del grupo.

BION define tres supuestos básicos:

Supuesto básico de dependencia: Existe la convicción de estar reunidos para que alguien, de quien se depende en forma absoluta, lleve a cabo la satisfacción de los deseos. Hay un objeto externo cuya finalidad es dar seguridad al grupo que se vive como un "Organismo inmaduro".

Supuesto básico de ataque-fuga: Existe la convicción de la existencia de un enemigo y la necesidad de atacarle o huir. Hay un objeto malo externo con dos posibilidades su destrucción (Ataque) o su evitación (Fuga).

Supuesto básico de apareamiento: Existe la convicción de que cualquiera que sean los problemas un hecho futuro los resolverá. Hay una esperanza mesiánica, irracional y primitiva. Lo fundamental es el futuro no el presente.

Todos los supuestos son estados emocionales tendentes a evitar la frustración inherente a la experiencia y el aprendizaje que implica esfuerzo y dolor. Un grupo de supuesto básico es aquel en el que la participación es automática e inevitable, no necesitando ninguna madurez mental ni experiencia emocional. No requiere la capacidad de **COOPERACION**. BION utiliza la palabra **Valencia** para definir la capacidad de participar en un grupo de supuesto básico en función de la mayor o menor disposición del individuo para combinarse en esa actividad.

En contraposición a los grupos de Supuesto Básico están lo que BION llama grupo de trabajo. En el se requiere de los miembros una capacidad de cooperación y esfuerzo no se dan por valencia sino por una cierta madurez y entrenamiento e implican contacto con la realidad, tolerancia a la frustración y

control de las emociones. Es análogo a lo que define FREUD como Yo instancia en su Segunda Tópica. La tarea realizada utiliza métodos científicos y racionales. El líder es aquella persona capaz de ser eficiente y proporcionar una posibilidad para que el abordaje se realice. El grupo de trabajo tolera la frustración y permite la evolución de ideas nuevas; éstas no son deificadas (S.B. de dependencia o apareamiento), no son negadas ni expulsadas (S.B. de Ataque-Fuga), ni su avance es obstruido. La coexistencia de un grupo de trabajo y uno de supuesto básico siempre determina un conflicto. El individuo como persona dentro de un grupo de supuesto básico tiende a la simbiosis e indiferenciación mitigadora de la angustia, mientras que en el grupo de trabajo está expuesto al inevitable componente de soledad, aislamiento y dolor asociados a la evolución y el crecimiento.

Hasta aquí las posibilidades de organización del grupo ante una tarea. Volviendo al grupo que nos ocupa y desde mi percepción como presidente/conductor de aquel grupo se genera una cultura grupal basada en su supuesto básico de dependencia. Hay una búsqueda constante de un liderazgo que alivie las necesidades del grupo. Grupo desorientado y enfrentado a las posibilidades de destrucción que existían en su seno, heredadas de muchos años de contacto interpersonal y que habían sido resueltas por un mecanismo de evitación. Para estas emociones no habían existido espacios de comunicación sino de tensión. El resultado era la fragmentación de los diferentes estamentos hasta convertirlos en entidades autónomas con sus propias reglas y su propio espacio emocional xenófobo y nunca compartido. Estos subgrupos aportan al grupo general la dificultad para la individuación y el miedo a la diferenciación propia de los grupos de supuesto básico. Una aportación a título personal siempre tiene el riesgo de expulsión del paraíso del propio grupo al infierno de los sin grupo. La fidelidad al propio estamento está por encima de la responsabilidad como persona y trabajador.

El grupo se comporta con la convicción de que la labor siempre tiene que ser emprendida por el conductor. La pauta conductual es la pasividad y el conductor asumió el rol asignado comprometido con la situación emocional y percibiendo la frustración de las expectativas. Se preguntaba por turno las opiniones de los asistentes con una pauta casi escolar y de hecho era vivido como un "examen". Esta situación funcionó, y se recuerda como el período más "útil" de proceso, hasta el abandono del presidente/conductor al concluir su plazo de presidencia y con ello evidenciar la fantasía grupal que le señalaba como proveedor de las necesidades y someter al grupo a la exigencia de un funcionamiento más adulto. El conductor deja como legado un plan para la Unidad que contempla una mínima organización una vez aclarados los roles y en la que se pide una colaboración personal de los miembros en el trabajo, en un intento de superar la situación fusional grupal y subgrupal. Se incluye dicho plan en el Anexo II.

La reacción ante el abandono y consiguiente frustración de expectativas fue doble por una parte el liderazgo se colocó en la historia del grupo como un recordatorio, una "memoria" que se opuso a cualquier innovación o introducción de nuevos modos o ideas. El otro movimiento

posterior fue la sustitución de supuesto básico por otro de ataque fuga y se deposita el liderazgo en la idea de un enemigo externo o interno del que hay que defenderse o huir y que es el que impide la realización de la tarea. La problemática concreta de tipo laboral pasa a ser la protagonista donde antes lo era la problemática asistencial con el consiguiente alejamiento de los objetivos primordiales: Formación de un nuevo espacio comunicacional, análisis de las tensiones, ofertar un sistema afectivo y terapéutico... La lucha por los intereses propios de cada estamento consume toda la energía y produce una pérdida de la vitalidad del grupo, con una asistencia cada vez menor y un nulo seguimiento del plan propuesto, que pese a ser aceptado de forma explícita es ignorado en la práctica. Todo ello lleva a la esclerotización de la reunión sin una figura que lo lidere y a la pérdida de sus funciones y desaparición al año. En el balance se constata que nadie ha ido contra la idea de constitución de Comunidad Terapéutica y sus presupuestos sino que se le ha dejado morir sin proponer ningún plan alternativo. Nadie asume el fracaso como un fracaso de la madurez de grupo para trabajar en equipo sino que se tiende a buscar responsabilidades en la falta de liderazgo o en lo frustrante del liderazgo ejercido. En ningún momento se habla del papel del paciente.

Porque el grupo se comporta así frente a la idea nueva? Hasta que punto el peso de lo institucional se refleja en las personas que conforman el grupo? El grupo no puede ser visto de forma aislada sino dentro de otro grupo más extenso el de la institución, con sus propias leyes. La función de la institución, en principio, es modular la aparición de nuevas propuestas, siempre disruptivas para la vida del grupo institucional, evitando su poder destructivo y haciéndolas viables para todos los miembros del grupo, pero eso no siempre es así y la labor de la institución en los reductos de cambio se limita muchas veces a ignorarlas evitando toda contaminación o a intentar fagocitarlas por la absorción del elemento disruptivo en el establishment. El planteamiento de un oasis dentro del desierto del Hospital es más bien un espejismo, al menos con los métodos y líderes propuestos y así lo ha entendido el grupo renunciando a la construcción de una cultura distinta y aceptando la cultura institucional del "Ya lo decía yo" como elemento válido y tranquilizador, ya que proporciona las certidumbres emocionales de la comunión con lo general frente a la angustia y soledad de lo individual.

El aspecto positivo de esta experiencia es la clarificación parcial de los roles y el haber posibilitado la reflexión individual, que no grupal. A pesar de no haber existido un insight grupal si ha habido un cuestionamiento de la ética del trabajo y se ha favorecido la aparición de francotiradores que quizás puedan preparar el terreno y el líder oportuno para un próximo abordaje.

La cuestión que surge de esta experiencia es evidente; es posible remoralizar la institución? Existe dentro de ésta una ética del trabajo? En nuestra situación cualquier dificultad (frustración) va seguida de una renuncia al trabajo al ser considerado esta primordialmente como elemento de lucha y presión. Se obvia que el destinatario de nuestras decisiones laborales permanece completamente indefenso y ajeno a nuestro proceso. Se va

planteando el trabajo como una actividad progresivamente devaluada y carente de contenido y las negativas a su realización son cada vez más contundentes; hay una negativa a trabajar bajo presión o bajo mínimos por la poca calidad del trabajo resultante, prosiguiendo hay una negativa a trabajar bajo amenazas por el sufrimiento psicológico que implica al trabajador para desembocar finalmente en el cuestionamiento del trabajo en si. Trabajar? Se niega la entidad subjetiva del trabajo y se rechaza su categorización como una actividad que existe para la persona independientemente que de los resultados esperados o no, sea visible o no, sea controlable o no. En nuestro campo no podemos controlar todas las variables que inciden para que nuestra labor tenga la efectividad deseada pero sin embargo sólo se acepta como trabajo aquello que tiene un correlato objetivo, aquello que es controlable (Horarios, trabajos físicos...).

Este apoyo a la forma y el continente antes que al fondo y el contenido es una constante que lleva a primar la estética sobre la ética, aspecto esta muy querido al funcionamiento institucional en el que la forma de análisis máximo es la conducta del paciente y el objetivo la adecuación de esa conducta a la propuesta por la institución.

Como remoralizar la vida dentro de la institución? Devolviendo al trabajo su función, labor de la que no esta excluido ningún estamento: Y aclarando el objetivo del trabajo; la promoción de algo tan alejado de los mecanismos de producción y mercado como es la salud.

También quisiera aportar la convicción de que lo inconsciente y temido desde la fantasía tiene preponderancia sobre lo real dentro de un equipo y dentro de la institución y que, ciertamente, es casi imposible abordar la reforma incluso parcial y cosmética de un grupo desde dentro, habida cuenta de la parcialidad de propósitos e intenciones. Sería necesario, aunque sólo fuera para ensayarlo y certificar su fracaso, la presencia de una persona externa a la institución que encuadrara el marco y fuera capaz de catalizar las indudables fuerzas positivas que existen en el seno de la institución. Aunque quizás esto sea una excusa para ocultar la falta de líderes lo suficientemente fuertes y hábiles para encauzar ese proceso desde dentro y estemos cayendo, una vez más, en un supuesto básico de apareamiento; la fantasía grupal del que vendrá y lo solucionará todo.

Por último, y como pregunta abierta, sería interesante plantear la abulia y falta de rigor, también presentes en forma de síntomas en los trastornos de la serie esquizofrénica, como productos de la relación dialéctica enfermedad-institución. Si desde la institución se plantean como objetivos la osmosis de elementos positivos y sanos hacia el enfermo por el puro contacto es igualmente riguroso el supuesto contrario. El hecho de que esta situación fuera real no la remediaría pero si obligaría el diseño de estrategias para protegernos y hacer una autocrítica a la luz de la nueva situación.

Para acabar, y resumiendo, esta ha sido la exposición de un proceso que de alguna forma se ha vivido como un fracaso pero que también forma parte de lo cotidiano dentro de la vida en la institución y por lo tanto es

interesante airear. No plantea tanto respuestas como preguntas que esperan ser respondidas de acuerdo a la realidad. Es tanto el peso de la institución sobre la conciencia de sus miembros o hay alguna esperanza todavía?. Vuelvo a decir que espero que si.

ANEXO I

U. MEDIA ESTANCIA. COMUNIDAD TERAPEUTICA (CT)

CT: Procura establecer vínculos personales más estrechos entre los pacientes, el equipo y la familia.

CT: Analiza y reestructura las relaciones de trabajo dentro del hospital.

CT: Modifica - Las funciones

- Los roles

- El conjunto de relaciones

- La orientación general de la asistencia.

CT: Utiliza los recursos humanos y sociales totales de la institución con el fin de que toda ella (Como una comunidad auténtica), adquiera un sentido y una acción terapéutica.

El paciente deja de ser elemento pasivo del tratamiento, se estimula su participación dentro de la institución y progresivamente va modificando su papel de paciente hasta convertirse en colaborador activo de su propia terapia y de la de los demás.

GRADO DE PARTICIPACION: Dentro de la organización y estructura de la institución, varía según:

- Nivel y orientación del equipo médico.

- Tipo de modelo.

- Equipo directivo y administrativo.

- Reglamentación del hospital.

REQUISITO PRINCIPAL===> LIBRE COMUNICACION.

Tanto a nivel del equipo asistencial como de los grupos de pacientes procurando el nivel de comprensión psicológica necesario para acentuar las actividades y actitudes permisivas que fomentan la libre expresión de sentimientos. La discusión grupal de los papeles y la relación funcional entre el personal cuidador y los enfermos, permite al personal hacer tomar conciencia a los propios pacientes de las dificultades que entraña las distintas funciones dentro del hospital. Del aumento de la comprensión de los diversos roles se deriva generalmente un cambio en la relación enfermo-personal asistencial.

REALIDAD DEL HOSPITAL COMO SISTEMA DE TENSION

Nunca se empieza desde cero, hay una acumulación a través del tiempo de actitudes, creencias y esquemas de comportamiento que dan lugar a una ==> CULTURA, a su vez reflejo de la CULTURA GENERAL DEL HOSPITAL. Hay que imponer un ritmo de cambio:

- Más énfasis en la rehabilitación activa y menos en la vigilancia.
- Creación de mecanismos más permisivos, responsabilizadores, estimulantes de la autonomía personal y de la capacidad de aceptación de esquemas conceptuales ajenos. Destrucción de los esquemas estereotipados de comunicación y comportamiento.

Las tensiones que se generan en un CT se ventilan en las reuniones de equipo y departamento. La responsabilidad del personal auxiliar aumenta al exigirle una participación personal en las decisiones, lo que lleva a una mayor necesidad de enseñanza y formación psicológica para enfrentarse a las nuevas situaciones.

PROBLEMAS CONSTANTES

La autoridad, la subordinación y la dependencia.

Precisan una clarificación constante de roles y una permanente presencia de los objetivos reales. No resulta fácil pasar de una organización jerarquizada tradicional a una casi igualitaria propia de la CT. Las tensiones son intensas y se deben entender como parte del proceso de crecimiento y un ser aprovechadas como un paso adelante en los objetivos primordiales====> Mejor asistencia y ayuda al enfermo.

El proceso de cambio en las relaciones interpersonales debe ir ayudado por un proceso de investigación y aprendizaje permanente. Ningún esquema científico es válido de forma permanente y hay que adecuar el modelo a la realidad cambiante.

TODO ES ANALIZABLE

Las situaciones, los problemas las actuaciones y los mismos reproches deben constituir material de análisis y experiencia de aprendizaje para todo el personal. Ello aumenta el conocimiento psicológico de la realidad y profesionaliza la práctica convirtiéndola en gratificante. (O así esperamos que sea)

ANEXO II

PROBLEMAS MEDIA ESTANCIA

- > Falta de claridad en los objetivos.
- > Actitud expectante generalizada
- > Desorientación ante el trabajo y los pacientes.
- > Generación de tensiones en la comunicación interpersonal.
- > Alejamiento entre estamentos.
- > Preocupación constante por la función laboral.
- > Actitud confusa ante los cambios, deseados y temidos. Vividos como amenaza del actual status.

- > Poca disponibilidad de personal fijo.

PLAN MEDIA ESTANCIA

- > 24 Camas. Estancia media 3-6 meses. Patología más frecuente. Defectuales y sociales.

INSTRUMENTOS DE TRABAJO

- > ACTIVIDADES TERAPEUTICAS

Dentro del Departamento:

- * Higiene: Fijación y mantenimiento de hábitos. E.Enfermería
- * Alimentación: Fijación y mantenimiento de hábitos. E.Enfermería
- * Relaciones afectivas: Todo el personal. Actitud del personal respecto a los pacientes y su patología. Ambiente terapéutico.
- * Reunión de Buenos días. Grupo Organizativo. Todo el personal. Previa formación.
- * Psicoterapia de grupo. Personal con formación en psicoterapia de grupo. Grupo de 12 max. 2 Terapeutas.
- * Grupos de dinámica. Grupo de 8 max. 1 ó 2 terapeutas. Todo personal/Previa formación.
 - > Percepción y observación.
 - > Comunicación y dirección.
 - > Cooperación y competición.
 - > Normas, prejuicios, rechazo
 - > Análisis grupal, asesoramiento.
- * Talleres de teatro/música. Todo personal. Previa formación.
- * Grupos de modificación conductual: Rol playing, entrenamiento asertivo... Todo personal/Previa formación.
- * Grupo grande de todo el Departamento. Personal y pacientes.
- * Consultas individuales: Médico y psicóloga.

- * Terapia de familia. Personal con formación en T. de familia.

Dentro del taller:

- * Psicomotricidad. Monitoras
- * Plasticidad y aprendizaje manual. Monitoras
- * Manipulación de objetos. Monitoras
- * Implantación de habilidades sociales. Todo personal.
- * Desaceleración en la pérdida en áreas instrumentales (Escolarización, actividad intelectual cuando la patología lo permita). Monitoras
- * Taller de teatro/música. Todo personal. Previa formación.

Fuera del recinto hospitalario:

Todo el personal

La actividad fuera del hospital tiene dos sentidos:

+ Implantar o reimplantar conductualmente actitudes nuevas o pérdidas que procuren un mayor nivel adaptativo social.

+ Establecer un lazo afectivo con los pacientes a otro nivel.

Función no de cuidado, custodia o acompañamiento sino de compartición.

Quitarse la bata. Material útil para el plan terapéutico del paciente. La

observación de pacientes fuera del recinto se fija en otras cosas.

Actividades concretas:

* Actividades deportivas, no necesariamente grupales, aunque a nivel de rentabilidad eso sea lo óptimo.

* Excursiones

* Paseos, actividades normales de ocio.

Importante también saber cuando el personal sobra. Enfermos con autonomía, que pueden no desear relacionarse con el personal.

> Reunión del departamento. Semanal. Mantiene sus funciones. En la actualidad no es eficaz para solucionar y diluir las tensiones dentro del Departamento.

> Cambio en el lenguaje y la cultura del departamento. La no colaboración del paciente se ve como un hándicap insalvable de su patología solo abordable por la medicación. Hay que incrementar la confianza en que el contacto personal, grupal o ambiental actúa como elemento curativo. Buscar la relación de la patología y su evolución con la red afectiva actual (Con quienes se lleva mejor, por que, porque se lleva mal con otros...). Tratar a los pacientes como personas con una parte normal. Consultar todas las dudas que surgen de la relación en el grupo. Grupo de las mañanas, sesiones clínicas, grupo grande. Los grupos son espacios de reflexión.

> Sesiones clínicas. Semanal. Articulan los aspectos concretos del plan terapéutico y distribuyen las responsabilidades individuales.

> Plan de formación departamental con las actividades a realizar.

> Adscripción del personal al menos a dos actividades terapéuticas concretas. Responsabilizarse de los resultados.

> Evaluación de los resultados e incentivación del equipo.

> Creación de un calendario.

> El paciente tiene un horario de actividades concretas (9 a 12'30 y 2'30 a 6). Se realizan dentro o fuera del hospital, en el taller o en el departamento. Esa actividad es evaluable por alguien del personal.

Fuera de ese horario es el ambiente y la cultura de la Unidad los que actúan como factores, hay que tener en cuenta que los momentos cruciales en el paciente no tiene porque coincidir con el horario laboral)

TERAPIAS MOVILIZAN=====> RECOGIDA A CUALQUIER HORA

\-----> ELABORACION.

> Puntos adicionales:

* sopesar los grupos pequeños como más operativos en los trabajos técnicos.

-

* El material de trabajo exige un compromiso personal en su consecución. Tarea antimecánica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Teoría y práctica de la psiquiatría social. Armando CORDOVA CASTRO y Cols. Editorial científico Técnica. La Habana. 1976.
- 2.- Estigma. La identidad deteriorada. Erving GOFFMAN. Amorrortu Editores. Buenos Aires. 1970.
- 3.- What happens In Gropus. Psychoanalysis, The Individual and the community. R.D. HINSHELWOOD. Free Associatins Books. London.1987.
- 4.- Therapeutics Comunities. R.D. HINSHELWOOD. Routledge & Kegan Paul Ed. London.
- 5.- Aprendiendo de la experiencia. W.R. BION. Ed. Paidos. Buenos Aires.1980.
- 6.- Experiencias en grupos. W.R. BION. Ed. Paidos. Buenos Aires. 1963.
- 7.- Introducción a las ideas de BION. L. Grinberg y Cols.E. Nueva Visión. Buenos Aires.1973.
- 8.- El grupo y el inconsciente. D. ANZIEU. Biblioteca Nueva. Madrid. 1978.
- 9.- Del Diván al círculo. P. GUILLEM NACHER y J.A. LOREN CAMARERO. Technipublicaciones S.A. Valencia.
- 10.- Psiquiatría Social. J.L. Martí-Tusquets. Ed. Herder. Barcelona. 1982.
- 11.- Evaluación del grupo Balint del E.A.P. de Galdakao. P.M. IRAGUEN EGUSKIZA. Galdakao.