

Presupuestos teóricos y metodológicos para una gestión operativa de equipos interdisciplinarios en salud mental y toxicofilia

Eduardo PAOLINI RAMOS *

RESUMEN

En el contexto actual de explicar la etiología en salud mental bajo un criterio de probabilidad, se impone con progresiva lógica la utilización sistemática de enfoques multifactoriales. Surge de esta manera la idea del equipo interdisciplinario como instrumento eficaz para esta labor, pero con el problema de que el uso tópico de este concepto no ha sido paralelo al desarrollo teórico y técnico que garantizará un desarrollo científico del equipo.

Se aportan argumentos, presupuestos y síntesis teóricas desarrollados por distintos enfoques aunándolos en el marco referencial operativo y se plasman principios metodológicos básicos que deben estar en funcionamiento para una gestión eficaz del equipo en salud mental y toxicomanías.

ABSTRACT

In the present day, context trying to explain the etiology on mental health under a probabilistic criterion, it is prevailing with progressive logic the systematic use of multifactorial points of view. Therefore, outcrops the idea of an interdisciplinary team as a useful tool for that work; but with the major problem that the topical use of this concept has not kept pace with theoretical and technical development which assured a team scientifical growth.

For an efficient management of a team of experts on mental health and drug-addiction, this paper provides basic methodological principles which must be operating today.

PALABRAS CLAVE

Equipo interdisciplinario. Gestión operativa. Salud mental comunitaria. Toxicomanías.

KEY WORDS

Interdisciplinary team. Operative management. Community mental health. Drug-addiction.

INTRODUCCION

La experiencia acumulada en el campo de la salud mental integrada en los servicios asistenciales públicos, muestra que la tendencia más generalizada y eficaz de intervención es aquella que se basa en los presupuestos de lo que genéricamente se denomina «salud mental comunitaria», «sectorizada» o «territorial».

Esta forma de planificación, implica estrategias específicas como son la descentralización de la salud mental de estructuras psiquiátricas cerradas, y la creación de equipos asistenciales distribuidos en el territorio. El objetivo de estos equipos es el de dar una asistencia plural, no medicalizada

(*) Doctor de Psicología. Profesor de la Universidad Autónoma de Madrid (Depto. de Psicología Biológica y de la Salud).

a las demandas del sector de población de competencia, hacer un primer contacto, evaluación y diagnóstico multifactorial y confeccionar un programa de intervención o dar una orientación terapéutica.

Para cumplir estos cometidos, los equipos de salud mental deben poseer una serie de roles profesionales que les permitan evaluar y actuar sobre cada uno de los factores susceptibles de modificación, que intervinieron en la causación del fenómeno en estudio; esto es, que los equipos sean multidisciplinarios.

Actualmente la noción de equipo y su utilización en los diseños de dispositivos asistenciales, se ha convertido en un tópico en donde se da por sobreentendida la suma de profesionales, pero no se desmenuza el sentido del mismo, ni la importancia clave de la integración de saberes sobre un mismo objeto de conocimiento como soporte pragmático del sistema socio-sanitario. En este sentido, son pocos los aportes teóricos y técnicos que brinden un marco de referencia y un método que permita un funcionamiento interdisciplinario eficaz.

La adaptación de los nuevos enfoques en salud mental, significa la necesidad de una reconversión de las antiguas estructuras a través de la creación de una cualitativa y cuantitativa red de alternativas en el territorio (hospitalización breve, centros de día, viviendas protegidas, comunidades terapéuticas, cooperativas de trabajo, etcétera); éstas, se articulan entre sí de manera particular para caso mediante la confección de programas de tratamiento. Algunas fases de este programa pueden ser realizadas por el propio equipo en cuestión que, en cualquier caso, es responsable del seguimiento del usuario.

El equipo por tanto, realiza la acogida de los pacientes, la evaluación diagnóstica y la orientación terapéutica, como así también tareas específicas de su competencia en el tratamiento ambulatorial (tratamiento farmacológico y psicoterapéutico tanto individual, grupal como familiar).

La realización de esta nueva forma de organización, tropieza en la práctica con

dificultades de distinto orden y magnitud, aunque teóricamente se presente con un grado de eficacia mayor en la relación coste-beneficio si se compara con los sistemas psiquiátricos tradicionales.

Estas dificultades, no necesariamente explícitas, están ligadas como ocurre con todo proceso de transformación, a resistencias ideológicas, estrategias políticas o de clase, intereses económicos y dificultades teóricas; el entrecruzamiento de estos factores provoca el conocido fenómeno de «resistencia al cambio», cualidad emergente habitual de cualquier tipo de organización preexistente.

Circunscribiendo la problemática al nivel de análisis de nuestra competencia, abordamos las dificultades teóricas a través de un marco conceptual de referencia que permite esclarecer los siguientes aspectos observados en el campo de trabajo:

- a) No discriminación entre «urgencia» y «emergencia» en la intervención psiquiátrica (ROSSI y MUZIO, 1982; CONTINI y STRATICÓ, 1985; MERINI y COL., 1986).
- b) Asunción hospitalaria y profesional de la delegación que tienden a realizar los grupos familiares del sujeto en crisis.
- c) Confusión entre «contención», «mantenimiento» y «tratamiento».
- d) Disociación entre estructura o medio natural de pertenencia y tratamiento tendiente a la reinserción.
- e) Escasez de personal formado en métodos de funcionamiento de equipo y tratamientos no farmacológicos.

Se plantean a continuación algunos aportes teóricos y metodológicos sintetizados de la investigación bibliográfica y de trabajos de campo ya terminados y en curso.

OBJETO DE INVESTIGACION DE LOS EQUIPOS

En base a la experiencia realizada en otros países, y al tipo de movimiento de

las sociedades modernas, pareciera que no es adecuado crear equipos o estructuras de atención excesivamente específicos como pueden ser los servicios de atención al toxicodependiente, y en esta línea se hacen las nuevas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. La misma infraestructura profesional y económica de los equipos de salud mental en el territorio, mediante una adecuada preparación, pueden dar una atención plural a usuarios de distintas características entre los cuales, obviamente está incluida la población con síntomas de dependencia a un tóxico. Como cualquier otro diagnóstico de «estado», es necesario que los equipos cuenten con centros no sanitarios para su derivación y consecución del programa establecido.

Esta conclusión, reconduce el problema de la toxicofilia a su sitio original, pero reactualiza y sobredimensiona la necesidad de acelerar el desarrollo de los servicios de salud y dotarlos de una formación amplia y plástica, sin necesidad de crear una duplicidad en la asistencia, o crear servicios que al poco tiempo sean poco funcionales o innecesarios por los cambios socio-culturales que necesaria y naturalmente modificarán el fenómeno.

Lo dicho para la toxicodependencia también es válido para cualquier otro síntoma o «urgencia social» vinculada al campo de la salud mental; por tanto, el tipo de equipo que estamos planteando debe necesariamente ser versátil en su forma de adaptarse a los nuevos fenómenos. Esto en la práctica significa dotar de mecanismos que le permitan un reciclaje y formación permanente, una supervisión técnica externa de cada una de sus tareas, y un ajuste permanente de la profesionalidad en el trabajo.

Un equipo interdisciplinario con tales características es, en el sentido más estricto del término, un grupo operativo en tanto se centra en una tarea doble: sistematizar datos extraídos de una realidad para comprenderla, y proponer una vía de modificación de la misma. Para esto, es menester una organización interna acorde

al objeto de estudio lo que implica un trabajo de análisis sobre sí mismo.

Aunque actualmente la denominación «grupo operativo» en el lenguaje profesional la usamos para denotar un marco teórico y un método de trabajo creado por Enrique PICHÓN RIVIÈRE en la década de los cuarenta para acometer de manera ágil y en breve tiempo la adecuación de estructuras asistenciales y formativas a requerimientos coyunturales, su sentido profesional, también responde al originario más genérico:

Grupo compuesto por un número limitado de personas con roles complementarios, que cooperan motivados por una misma tarea y se coordinan mediante una jerarquía funcional a través de un mismo marco conceptual de referencia, filosofía o idea que guía su accionar.

Las condiciones y el propio objeto de trabajo en salud mental poseen cualidades patógenas o tóxicas que inciden directa o indirectamente sobre el equipo de trabajo y los sujetos que lo componen por lo que deben realizar un trabajo profiláctico permanente a través de: aprender a resolver los obstáculos, adaptar su estructura a las condiciones cambiantes de cada entorno, y proporcionar una vía de formación y actualización sistemática de cada nuevo «operador» o agente de salud mental.

PRESUPUESTOS ETIOLOGICOS Y ORGANIZACION

La psiquiatría y psicología conocidas actualmente con el adjetivo de «comunitarias» (sectorizadas o territoriales), aunque no conforman una teoría formal en sentido estricto, surgen como intentos de sintetizar en una denominación común, algunas reacciones contemporáneas a los enfoques tradicionales sobre salud y enfermedad mental, su etiología y consecuentes prácticas interventivas.

Hasta ahora, en la práctica, la «locura» y las psicopatologías sociales en general, han sido tratadas como residuo desecharable de la dinámica institucional, y las es-

tructuras asilares creadas para estos tipos de marginación, han demostrado que no siempre son los lugares más idóneos para una positiva transformación; su eficacia, reside fundamentalmente, en la labor de contención de la emergencia psiquiátrica, ya que la urgencia en sentido estricto es poco frecuente en el campo de la psiquiatría. Los avances científicos demuestran que las vías de modificación están relacionadas al entorno habitual donde se desarrolló la enfermedad, es decir, las instituciones naturales de pertenencia de cada sujeto.

Se plantea de esta manera a los responsables de la política sanitaria una disyuntiva con consecuencias económicas y laborales significativas: integración o cronificación.

Mucha bibliografía y términos dispares han sido utilizados para hacer referencia total o parcial a esta nueva modalidad de intervención; se da en ella, una tendencia a captar y organizar las hipótesis que están en la base de la acción terapéutica que se enriquece permanentemente por los avances de la investigación aplicada. Estas nuevas orientaciones son propugnadas por los organismos internacionales competentes y en Europa poseen ya un consenso generalizado.

Estos enfoques se inscriben en un contexto amplio donde se concibe a la salud no sólo en base a los ejes de bienestar, ausencia de enfermedad o desviación del sistema de funcionamiento estable, sino también y principalmente, como un estado que permite el despliegue de potencialidades sin más limitaciones que las impuestas genéticamente. Salud por tanto, es un estado variable, de equilibrio sutil, de integración creativa y productiva a la realidad objetiva que demanda una adecuación permanente de las conductas a tales circunstancias («adaptación activa a la realidad»).

Esta concepción, aunque genérica, tiene consecuencias muy precisas en el campo de la salud-enfermedad mental, ya que en la práctica clínica se deja de trabajar sobre hipótesis lineales o causa-efecto

(características de la ciencia del siglo XIX), y se comienza a razonar en términos de probabilidad conjugada por diversos factores («series complementarias» o «policausalidad»).

Se instaura así, un nivel de análisis diferente y alternativo a la localización estrictamente individual de la enfermedad mental, pudiendo también ser entendida como síntesis o cualidad emergente de sistemas sociales determinados; el sujeto enfermo, en tanto anudado al conjunto, es síntoma de la institución que le dio lugar. Por tanto, sujeto y sistema (por lo general el grupo familiar), deben ser objeto de investigación de las causas patogenéticas por lo general también objetos de tratamiento.

En los trabajos de campo surgidos en base a estas nuevas modalidades de planificación, encontramos una variada y a veces confusa interpretación de lo que se entiende por comunitario o territorial; ideologías, valores y marcos de referencia a veces contrapuestos se mezclan eclécticamente dando como resultado una acción no continuada, planificada y coherente al faltar un marco de referencia por parte de los servicios sanitarios centrales. La ausencia, o el dar por sabido en el sentido tópico ya señalado, de un método científico de gestión, conduce de hecho a una política de improvisación o de quehacer silvestre.

CRITERIOS, PREMISAS Y OBJETIVOS

A pesar de la señalada variedad, hay criterios organizativos y premisas que se pueden agrupar como denominador común.

En cuanto a la sectorización:

a) Equilibrada distribución geodemográfica de los equipos en el territorio.

b) Constitución de los mismos como punto de referencia obligado de los pro-

blemas relacionados con la salud mental de una zona.

c) Coordinación entre los equipos de cada sistema sanitario regional, coordinación con colectivos e instituciones no sanitarias de cada sector, y con la red hospitalaria de contención de la emergencia.

d) Utilización de todos los recursos disponibles (optimización y reconversión) para la promoción de la salud en general, la prevención específica, el tratamiento, el apoyo psicológico y la rehabilitación social.

En lo que se refiere a los equipos:

a) Asistencia obligatoria a todos los usuarios de un determinado sector a través de un abordaje multifactorial realizado por un equipo interdisciplinario.

b) Unificación e integración del equipo a través del mismo objeto de conocimiento y tareas (diagnóstico, orientación terapéutica y tratamiento).

c) Complementariedad de los roles y funciones de los miembros (definición de los mismos) y operatividad en el campo de trabajo.

d) Formación permanente de sus miembros.

Estos equipos interdisciplinarios territoriales o centros de salud mental, deben estar capacitados para la realización de las siguientes tareas:

a) Diagnóstico multifactorial (calidad de factores genéticos; precozmente adquiridos, familiares, subculturales y circunstanciales o desencadenantes).

b) Orientación terapéutica ideal para cada caso singular, y control del grado de realización de cada programa o fase específica del mismo.

c) Asistencia ambulatorial (médica, psicológica y social) integrada con un objetivo rehabilitativo.

d) Intervención en crisis y virtual hospitalización preventiva o de contención (coordinación con los servicios de urgencia).

e) Seguimiento de los casos crónicos (farmacológico, social y psicológico).

f) Relevamiento, atención o apoyo a los grupos familiares o sustitutos de pertenencia del usuario.

g) Estudio epidemiológico y evaluación continuada de necesidades, recursos y cambios que se producen en la comunidad.

h) Evaluación de la efectividad de los modelos terapéuticos utilizados en cada programa.

PROBLEMAS CENTRALES

La cooperación mancomunada de distintos especialistas bajo un mismo rol de operadores o agentes de salud mental (médicos, psicólogos, asistentes sociales y enfermeros), hace posible disipar trabas y competencias de status disciplinares al articularse en base a jerarquías funcionales. Esto se posibilita por el tipo de afiliación voluntaria que debería hacer cada futuro miembro de un equipo en base al objetivo explícito de la tarea común, y por la elaboración permanente que debe hacerse de la tensión que existe entre el intento de retener una identidad y al mismo tiempo fundirla en el grupo para adquirir una nueva ligada a la tarea conjunta.

Este planteamiento ideal contrasta con la realidad observada a través de diversas muestras del sistema sanitario italiano, significativo en tanto es el país que ha realizado una reforma psiquiátrica más radical, y corrobora un hecho también observable en nuestro país:

Un planteamiento infraestructural supuestamente correcto desde el punto de vista organizativo, fracasa en la consecución de sus objetivos cuando se suplen por desconocimiento o inercia institucional los métodos y criterios científicos inherentes al trabajo en grupo, por burocratización. Este fenómeno, significa la necesidad de formación en los marcos teóricos y métodos apropiados para la gestión de la dinámica de los equipos y la intro-

ducción de la variable temporal para su consecución.

Como conclusión de esta problemática, se puede señalar la minimización de la importancia que tiene el conocimiento y utilización de los aportes científicos sobre los parámetros grupales en la gestión de equipos, y la repercusión decisiva que tienen los mismos en la articulación de un lenguaje común a las disciplinas en juego.

EL GRUPO COMO OBJETO DE ESTUDIO Y MÉTODO DE TRABAJO

En la práctica clínica cotidiana y en los presupuestos teóricos generales que la sustentan, se constata una cierta proximidad técnica y una epistemología análoga en el trabajo con y en grupos. Este hecho, constatable a través de la investigación bibliográfica, muestra paralelamente la escasez de avances teóricos en los últimos años y la dirección o tendencia a la integración y sistematización de lo ya hecho.

La teoría sobre grupos hoy existente, la mayoría surgida del pensamiento antropológico y psicoanalítico, se basa en el conocimiento acumulado de las investigaciones hechas sobre: la influencia de la interacción familiar y social en la constitución de la estructura e identidad personal, la definición de la cualidad emergente de un grupo en base a las interacciones que en él se generan, las fases de desarrollo y momentos por los que atraviesa un sistema grupal, los mecanismos, fuerzas y parámetros que en el grupo operan, la utilización del conocimiento de su dinámica para la consecución de un fin preestablecido, y el análisis de los fenómenos analógicos que en el proceso de comunicación se producen.

Este conocimiento acumulado sobre temas epistemológicamente convergentes, puede permitir su utilización de diferentes maneras desplazando el conocimiento intuitivo o natural del líder, para que su sa-

ber se llene de contenido científico y sea accesible al conocimiento consciente. El saber no sistemático sobre los procesos de interacción se ha mostrado funcional en aprendizajes variados, cabe destacar entre ellos los utilizados por escuela de actores o grupos de teatro de vanguardia, pero además de la limitación genética de esta forma de conocimiento, se le agrega el problema ético de sus objetivos, ya que liderazgo, dependencia y manipulación son formas correlativas. El saber científico en este caso, garantiza el que los objetivos sean previamente explícitos y voluntaria y libremente acordado por los participantes.

A pesar de estos objetivos científicos ideales, y del nexo evidente que existe entre la teoría de grupos con la fundamentación de cualquier tipo de equipo interdisciplinario, nos encontramos que son relativamente poco frecuentes los trabajos que ofrecen una sistematización y abstracción de lo ya hecho y en cambio, abundan manuales o listados con variaciones y generalmente incompletos o reduccionistas de tendencias teórico técnicas generales.

Para los investigadores que trabajan sobre sus principios constitutivos, como para el propio equipo interdisciplinario en funcionamiento, el grupo es su objeto de estudio tanto en lo que se refiere al equipo como en los fenómenos sociales sobre los que tiene que actuar; el diagnóstico de la situación dada, necesariamente implicará la formulación de la dinámica del grupo implicado (Kurt LEWIN).

El método grupal, implica una formulación previa de las leyes que operan en él a través de una sistematización del conocimiento, para a posteriori determinar un modo ordenado de procedimientos para arribar al fin para el cual el equipo ha sido creado; en cualquier caso, el primer paso será definir la función para luego organizar el servicio. Este tipo de procedimiento o trabajo de campo no experimentalista, permite hacer un tipo de investigación cualitativa más que cuantitativa en base a aislar las relaciones entre los elementos analizados (CASSIRER).

Por nuestra parte, propugnamos el esquema conceptual de referencia (ECRO) postulado por E. PICHÓN RIVIÉRE, como un modelo amplio para entender lo grupal desde el gregarismo a lo simbólico, que integra en su origen el psicoanálisis, la dialéctica y la teoría de campo y se compatibiliza con los desarrollos actuales de la teoría de los sistemas y el grupo-análisis.

La integración objeto-método en la investigación de los procesos interactivos en este marco referencial, parte del hecho de que el lenguaje de un grupo y los diferentes tipos de vínculos que el mismo genera, son parte de su experiencia y transcurso vital; la dirección de su interacción y el aprendizaje, pueden alterar sus procesos de producción y algunos de sus comportamientos grupales en función de potenciar un funcionamiento lógico-formal.

Esto en teoría, significa la posibilidad de disminuir las acciones analógicas no pertinentes a la tarea grupal en cuestión, reconduciendo la energía consumida por ellas a un fin operativo (P. WATZLAWICK). Este proceso que en definitiva es aprendizaje, es cualitativamente evaluable a través del parámetro comunicación en base al cambio de lenguaje producido, índice a su vez, del cambio del «pensamiento» o «actitud» grupal.

PRINCIPIOS DEL FUNCIONAMIENTO DE EQUIPO

1. El observador se integra sobre lo que observa en una relación recíproca de influencia (influjo recíproco de la observación y lo observado, w. HEISENBERG; investigación que es a la vez acción, K. LEWIN).

2. El conflicto que se expresa en un equipo con respecto a su campo de trabajo, reproduce el de éste; y el conflicto en el equipo es percibido por los usuarios del mismo (teorema sobre la relación dialéctica entre los conflictos del equipo y su campo de trabajo, STANTON y SCHWARZ).

3. Los obstáculos y conflictos generados en el equipo, la institución que lo en-

globa, o en su campo de trabajo, tienden a ser desfigurados y desplazados a condiciones, ámbitos y formas distintas en las que fueron suscitados (relación tarea manifiesta-latente. E. PICHÓN RIVIÉRE).

4. En todo grupo operativo se pueden categorizar al menos seis parámetros básicos de interacción que inciden directamente sobre la productividad, los integrantes deben conocerlos y analizarlos en base a un método para poder evaluar y dirigir su accionar (vectores de la representación geométrica de la dialéctica grupal, «como invertido», E. PICHÓN RIVIÉRE).

5. En todo grupo se establece una jerarquía natural que implica a todos los miembros; el grado de eficacia en la tarea y la satisfacción de los miembros, depende del grado de concordancia que exista entre ella y la jerarquía institucional pre establecida, es decir de las distribuciones de roles en una jerarquía funcional (noción de sistema y estructura, A. WIDEN; bases jerárquicas para los sistemas generales vivientes, J. H. MILSUM).

6. La adquisición de nuevos conocimientos se produce como enfrentamiento contra los conocimientos previos por lo que un fenómeno habitual es la resistencia ante lo nuevo y el cambio, esto puede llegar a desviar o paralizar la tarea de un equipo si no se contrarresta con una tarea paralela de elaboración e integración de los procesos emocionales que condicionan los cognitivos (epsitemología, G. BACHELARD; aprendizaje, E. PICHÓN RIVIÉRE).

7. El contrato de evaluación diagnóstica, orientación terapéutica o tratamiento que realiza el equipo con el usuario, debe incluir al grupo familiar de pertenencia o referencia del mismo, y no aceptar el mecanismo de delegación total del paciente a la institución ya que esta aceptación tendría un efecto paradójico sobre la rehabilitación (salud mental comunitaria, teoría de los sistemas, grupo-analítica y operativa).

8. El equipo operativo funciona como un sistema abierto al contexto, por lo que está contemplada la movilidad de personas y roles en función de la adaptación al

entorno de su estructura sin que por ello varie su metodología (criterio de ratificación-rectificación).

REQUISITOS Y CONSIDERACIONES

De los principios enunciados se pueden desprender los siguientes requisitos de debe cumplir un equipo gestionado con un modelo operativo:

1. El equipo es el primer objeto de su tarea preventiva por lo que debe analizar permanentemente su dinámica interna (noción de psicoprofilaxis y paso de la multidisciplinariedad a la interdisciplinariedad, A. BAULEO).

2. El equipo debe evaluar periódicamente sus métodos terapéuticos en relación a las demandas del entorno y darse una organización interna en función de las mismas.

3. Debe tener en funcionamiento un dispositivo estable de formación que integre los avances científicos que en su campo aparezcan y lo prepare para la cogestión (equipo más supervisión externa).

4. La supervisión de las tareas clínicas y de la propia dinámica del equipo debe ser realizada por profesionales externos al mismo y diferentes entre sí.

5. El equipo debe realizar una crónica o «memoria grupal» sobre su desarrollo (BION, 1970; BENEDETTI, 1980; MERINI, 1983/86) en base a un protocolo de observación y síntesis (Escuela de Psicología Social, Bs. As.).

6. La información recibida o generada por el equipo en relación a la tarea manifiesta y latente, debe circular libre y explícitamente entre todos sus componentes para minimizar los «rumores», «ruidos», malos entendimientos o «secretos grupales».

7. La organización cronológica del trabajo del equipo, debe contemplar la distribución de tres momentos: ejecución de las tareas asistenciales, tiempo para la supervisión de las mismas y formación del

grupo, y tiempo para la psicoprofilaxis y planificación.

Definidos los equipos interdisciplinarios como unidades responsables de la gestión de cualquier tipo de centros de salud mental que deben poseer una organización alternativa al anquilosamiento institucional; compuestos por un reducido número de profesionales, pero cuyas funciones abarcan el espectro causal y la consecuente intervención de la problemática que se trata; y que tienen autonomía administrativa, un nexo formal con el sistema sanitario general, y una coordinación funcional basada en los principios de la autogestión grupal con una supervisión técnica especializada.

La heterogeneidad disciplinar unificada en la asistencia conlleva la realización de pasos previos tendentes a resolver los obstáculos técnicos que se le plantean, y que tienden a expresarse como situación dilemática o circular. Estos procedimientos de elaboración previos son determinantes para que el dilema planteado se desarrolle en un sentido u otro:

a) Rigidificación o burocratización, estructura opuesta al aprendizaje creativo e integrador; la ejecución de tareas en este contexto no proporciona placer funcional (elemento nuclear de la motivación).

b) Superación del dilema planteado mediante la asimilación progresiva de los procesos no considerados o excluidos; estructura donde se unen la tarea de índole cognitiva (manifiesta) y las de carácter emocional a analogía (latente). Permite una instrumentalización del aprendizaje y un placer funcional en su ejecución.

Se introduce en la dinámica del equipo la noción de «cambio planificado» (LIP-PITT) para lograr el objetivo planteado en b); el destino del mismo es doble:

— Tendencia al equilibrio dinámico, autorregulación y mantenimiento de la gestión grupal; y

— Organización de nuevos sistemas que respondan a las cualidades emergentes de las orientaciones que van tomando las necesidades comunitarias.

EVALUACION DEL EQUIPO

El período requerido para la constatación de la operacionalidad de cada equipo puede ser contemplado desde varios ángulos y en función de distinto tipo de variables; pero en cualquier caso deben tomar en consideración el concepto de ciclo o períodos cerrados sobre cada aspecto de su acción. Esto significa, llevar a cabo

evaluaciones parciales por fases o según el segmento institucional o profesional que se tome en consideración.

Se deben tener como referencia los siguientes elementos:

- a) La evaluación realizada por el propio equipo en base a las crónicas del trabajo (anual, semestral, etc.).
- b) La evaluación de los supervisores externos.
- c) El grado de efectividad obtenido en el campo de trabajo (comparativo, y relación costes-beneficios: estudios epidemiológicos y evolutivos).
- d) Nivel de formación-intervención conseguido.

BIBLIOGRAFIA

BACHELARD, G.: *Epistemología*. Ed. Anagrama. Barcelona, 1971.

BLEGER, J.: *Psicoigiene institucional*. Paidos. Buenos Aires, 1966.

BLUMER, H.: *El interaccionismo simbólico*. Ed. Horra. Barcelona, 1982.

CADWALLADER, M. L.: *El análisis cibernetico del cambio en las organizaciones sociales complejas*, en SMITH, A. G. (comp.): *Comunicación y Cultura*. Ed. Nueva Visión. Bs. As., 1977.

CAPLAN, G.: *The theory and practice of Mental Health Consultation*. Tavistock. London, 1970.

FOULKES, S. H.: *Group Analytic Psychotherapy: methods and principles*. Gordon and Breach. London, 1975.

HOCHMANN, J.: *Hacia una psiquiatría comunitaria*. Amorrortu. Bs. As., 1976.

JONES, M.: *Más allá de la comunidad terapéutica*. Cenitor. Madrid, 1970.

JACQUES, E.: *Los sistemas sociales como defensa ante las ansiedades psicóticas*, en KLEIN, M. y otros: *Nuevas direcciones en Psicoanálisis*. Paidos. Bs. As., 1972.

LABOS: *Cultura degli operatori e qualità dei bisogni degli utenti nei servizi per le tossicodipendenze in Italia*. Tipografica Editrice Romana. Roma, 1986.

LEWIN, K.: *La teoría del campo en la ciencia social*. Paidos. Bs. As., 1978.

LAPASSADE, G.; LOURARU, R. y otros: *El análisis institucional*. Ed. Campo Abierto. Madrid, 1977.

MERINI, A.; COLL.: *Il servizio, la sua memoria e lo schizofrenico*, in «Rivista sperimentale di Freniatria». Vol. CX. Fasc. IV. Bologna, 1986.

MILSUM, J. H.: *La base jerárquica para los sistemas generales vivientes*, en «Tendencias en la teoría general de sistemas». Alianza Ed. Madrid, 1978.

PAROLIN, A.: *Droga: simbologia e trasformazione del sistema medio negli anni 70*, in «La società italiana. Crisi di un sistema». Franco Angeli Ed. Milano, 1981.

PICHÓN RIVIÉRE, E.: *Del psicoanálisis a la psicología social*. Ed. Galerna. Bs. As., 1971.

SCHEIN, E.; BERNIS, W.: *El cambio personal y organizacional a través de los métodos grupales*. Herder Ed. Barcelona, 1980.

SMAST Ulss 25 (Coord. PAROLIN, A.): *Tossicodipendenza da oppiacei: aspetti socio-demografici e clinici*. Ulss 25. Verona, 1986.

STANTON, A.; SCHWART, M.: *The Mental Hospital*. Basic Books. New York, 1954.

VON BERTALANFFY, L.: *Robots, hombres y mentes*. Ed. Guadarrama, 1978.

WATZLAWICK, P.; HELMICK, J.; JACKSON, D.: *Teoría de la comunicación humana*. Ed. Tiempo Contemporáneo. Bs. As., 1971.

WILDEN, A.: *Sistema y estructura, Ensayos sobre comunicación e intercambio*. Alianza universidad. Madrid, 1979.