

# Intervención en un Hospital Geriátrico

Horacio Foladori Abeledo\* - Ricardo Hidalgo Molina

## Resumen

El presente trabajo da cuenta de una intervención grupal que el equipo de especialistas realizó en un hospital geriátrico estatal. Se detalla el contrato y el encuadre de trabajo, el desarrollo de la experiencia grupal realizada por medio de dos grupos de trabajo sucesivos, así como las conclusiones diagnósticas y las propuestas formuladas. Se discuten algunos de los problemas de una intervención de esta naturaleza. La técnica utilizada se ubica en el modelo del grupo Balint, el que fue adaptado a las circunstancias del trabajo. De igual modo, figuran en el marco referencial del equipo de especialistas el grupo operativo de Pichón-Rivière, así como el análisis institucional francés. Se detallan algunas reflexiones.

**Palabras claves:** analizador, historización, violencia, autogestión.

## Summary

This paper shows a group intervention done by the Staff in a geriatric state hospital. The report includes the contract and the setting, the development of the group experience done through two groups that operate one after the other, and the diagnostical conclusions as well as the propositions presented to the authorities. Also, there is a discussion around some of the problems involved in this kind of intervention. The technique used was an adaptation of the Balint group, according to the kind of work to be done. In the same way, other theoretical references are Pichón-Rivière's operative group frame, as well as the french institutional analysis. Some considerations are detailed.

**Key words:** analyzer, historization, violence, autogestion.

## Antecedentes

Las instituciones públicas son portadoras de muchas dificultades y ventajas efecto de la propia estructura del Estado. Ello no significa desconocer la importantísima labor social que cumplen y que no realizan las instituciones privadas por motivos propios de sus intereses. Importa por tanto, y nos importa, el pensar formas en que las instituciones de salud pública puedan resultar tanto en mejores

lugares de trabajo para los empleados que laboran en ellas, como también en espacios suficientemente eficientes desde el punto de vista sanitario, ya que su responsabilidad resulta relevante en lo que al compromiso social se refiere.

El hospital que nos convocó no presentaba ninguna anomalía particular<sup>1</sup>, simplemente se trataba de un centro de salud inquieto por pensar algunas dificultades en su funcionamiento; pretendía cambiar algo de su cultura interna y adecuarse

\* Psicólogo, Magister en Ps. Clínica, Dr. en Filosofía, Departamento de Psicología Universidad de Chile. e-mail: dptopic@abello.dic.uchile.cl

<sup>1</sup> Puede resultar extraño que un hospital demande una intervención sin "padecer" de alguna anomalía. En todo caso, lo que se quiere significar es que el hospital en cuestión no se encontraba atravesando una situación de crisis. No eran visibles síntomas que demandaran una intervención de urgencia lo cual no significa -como se verá- que existía una serie de trastornos en la vida cotidiana del hospital de los cuales no se tenía conciencia. La intervención tenderá a mostrar casualmente que aquello que es vivido como costumbre o como lo habitual, puede ser pensado como una alteración de un funcionamiento.

paulatinamente a algunos de los cambios que se estaban visualizando en el medio social: mejorar el rendimiento de sus empleados, mejorar la atención a los pacientes y sobre todo convertir al hospital en un lugar un poco más saludable (físico y mentalmente) para trabajar.

Se había realizado ya un primer "diagnóstico" según un análisis FODA que arrojaba los siguientes resultados (se resumen):

*"Debilidades:*

- *Satisfacción personal se constituye en un área crítica: emigración de profesionales, licencias, descontento en el trabajo. Ausencia de espacios para proyectar potencialidades personales. Falta de información.*

- *Ambiente físico muy precario.*

- *Clima laboral caracterizado por la mucha dependencia, no existe trabajo en equipo con sentimientos de desconocimiento por el contexto local exterior. Ausencia de liderazgo creativo*

- *Las relaciones humanas se caracterizan por la falta de confianza.*

- *La comunicación se reconoce como deficiente, tanto entre el personal como con la familia del paciente. Se señalan algunos puntos críticos : evaluación y alta.*

*Fortalezas:*

- *La mayor fortaleza es el capital humano.*

- *Lealtad de los funcionarios y compromiso con el trabajo, quienes reconocen un deterioro los tres últimos años.*

- *Conciencia de estar en crisis.*

- *Se destaca el reconocimiento de los pacientes por el servicio: limpieza, alimentación y buena atención."*

## **Contrato**

Luego de varias entrevistas con el Director del hospital nos atrevimos a proponer un modelo de funcionamiento que nos permitiera realizar simultáneamente un diagnóstico y una micro intervención, abriendo espacios nuevos y generando un muy incipiente modelo de reflexión sobre el acontecer del hospital. Se propuso entonces trabajar durante 4 meses con dos grupos sucesivos de aproximadamente 12 integrantes cada uno en sesiones semanales de una hora y media. Ello suponía intervenir sobre el 25% de los funcionarios de la institución.

El equipo de especialistas dispuso la utilización de la técnica del grupo Balint que proveía de un

modelo de intervención psicodinámico, generando la libre asociación focalizada en las vicisitudes del trabajo, privilegiando el intercambio verbal facilitando así la simbolización y la historización de los participantes. También formó parte del marco teórico del equipo técnico el grupo operativo de Pichón-Rivière y los referentes conceptuales y técnicos de intervención institucional desarrollados por la corriente del análisis institucional francés.

El primer grupo sería integrado de manera heterogénea por personal seleccionado por la administración de la institución según criterios propios. El segundo quedaría abierto a las conclusiones que se pudiesen extraer del primero. La única condición establecida por el equipo consultor consistió en que los grupos fuesen de participación voluntaria. Finalizados ambos grupos, se elaboraría un informe detallado sobre la situación de la institución así como una serie de propuestas con vistas a profundizar algunas líneas de trabajo, según los objetivos propuestos. Por tanto, esta primera experiencia (piloto) se constituía en un primer momento de un trabajo a largo plazo.

## **Desarrollo de la Experiencia**

### **Primer y Segundo Grupo**

El primer grupo, fue constituido por elección directa de la administración del hospital en el entendido de que se integraba con el mejor personal, como un modo de premiación y con vistas a reforzar, asimismo, esta actitud de compromiso. Así, el primer grupo incorporaba un personal variado, a saber: en su mayoría auxiliares, además de un médico, una asistente social, un kinesiólogo y una nutricionista. Quedó claro de inmediato una cierta "confusión" entre los integrantes que no sabían si estaban allí por decisión propia o porque la institución los había enviado. En todo caso, fue significativo el sentir de varios de los miembros que manifestaron que si bien originalmente tenían deseos de asistir por propia motivación, cuando se enteraron de que era "obligatorio" se sintieron tanto decepcionados como molestos por la actitud de la institución que sintieron como autoritaria. Si bien ello podía constituir una fantasía natural en grupos institucionales, la misma se vió corroborada en los hechos por una sanción administrativa que fue

aplicada a uno de sus miembros, quien se había negado a asistir a la primera sesión. Frente a este hecho -el que de algún modo marcó todo el desarrollo del taller- la palabra del equipo de especialistas (realizada tanto en la propuesta presentada como en la consigna de trabajo dada al grupo) quedó invalidada, ya que la estructura institucional decidía, finalmente, acerca de la suerte de los participantes. En este sentido, la expresión espontánea de ideas y sentimientos se vió limitada, la angustia persecutoria se incrementó ya que se sospechaban razones ocultas en este tipo de convocatoria, lo que aumentaba las especulaciones destructivas. Marcado por esto, desde su fundación, el grupo tuvo un desarrollo frenado, cuidadoso al hablar y al analizar sus propias situaciones, con pocos espacios de significativa reflexión acerca del acontecer institucional y de ellos como personal de una institución de servicio. De todos modos, algo siempre se cuela, lo que será comentado en otros párrafos. Desprovistos los integrantes por parte de la institución del deseo de constituir un grupo y de participar en él, la liberalización de la palabra y por ende del pensar, se vieron reducidas a expresiones esporádicas de algunos miembros. El grupo se movió lentamente, fortaleciendo sus defensas y retroalimentando paranoicamente su proceso. Cabe destacar que el disponer de un espacio (como el que se les brindó) adecuado para verbalizar algunas de estas fantasías, habría ayudado a una paulatina elaboración de la situación crítica.

Afortunadamente, esta apreciación evaluativa permitió cambiar radicalmente el enfoque del Equipo técnico para el segundo grupo -aspecto que había sido previsto por cuanto los grupos habían sido planificados para este efecto, de manera secuencial. El equipo de especialistas redactó un llamado el que fue acogido por la institución que lo difundió, constituyéndose en 15 días un segundo grupo con características sustancialmente diferentes al primero, a saber:

- la mayoría de los integrantes eran del sector administrativo del hospital.
- todos ellos concurren porque así lo deseaban.
- en tanto administrativos, desconocían lo acontecido con el primer grupo lo que de hecho

constituía para ellos una experiencia sin antecedentes.

- a su vez, su propia distancia con la problemática de las tareas asistenciales les proveía de puntos de vista diferentes y con una adecuada distancia sobre el quehacer asistencial.

- sus mecanismos internos no fueron alimentados por la paranoia, por el contrario, todos se preocuparon de construir un espacio grupal propio, acogedor y agradable con predominio de una intensión socializadora.

Puede decirse, asimismo que mucho de lo que aquí se expone fue posible por la comparación entre los dos grupos, si bien ambos operaron de manera dispar, el discurso de cada grupo fue tomado como mostrando los diversos aspectos de la vida institucional, de sus obstáculos, de su sentir y de su devenir, así como de las expectativas de cada uno de los funcionarios que laboran en su interior. Vale decir, lo que allí se habló es representativo del sentir colectivo. En síntesis, el discurso producido por cada grupo se estructura como las dos caras de una misma moneda. Es interesante a su vez, descubrir tanto las similitudes como las diferencias e hipotetizar en un sentido y en otro acerca de sus causas.

## Factores de Análisis

### 1. La problemática del alta

El alta constituye un indicador privilegiado ya que condensa un sinnúmero de efectos y afectos.

Desde un punto de vista teórico se puede decir que el alta establece el momento de corte, de separación entre el adentro y el afuera institucional. Separación donde se juega la conclusión de un proceso y donde se evalúan los resultados: tanto el paciente como la institución se separan el uno del otro y discriminan cada uno lo propio. Momento de duelo en el que se acepta o no la independencia a partir de la tristeza que implica abandonar lo que se tenía. El duelo que realizan los funcionarios supone admitir que el paciente "se curó" por lo que su ayuda ya no es necesaria. Para el paciente, el duelo implica tener que reconocer que el hospital

<sup>2</sup> "Adecuada distancia" remite a un problema de involucramiento afectivo. Frente a un determinado problema, determinados cuadros psicopatológicos, por ejemplo, reaccionan fóbicamente, es decir, poniendo una gran distancia animica con el objeto. Otros, podría decirse que se contaminan y se confunden con el objeto lo que trae aparejado una dificultad para poder pensar sobre lo que acontece e intervenir técnicamente. Se trata entonces de poder colocarse a una "distancia" que permita ser impactado por el acontecimiento y a su vez poder reflexionar sobre el mismo e instrumentar mecanismos de contención y de simbolización.

no es su casa y que debe hacerse cargo de sí mismo de ahora en adelante.

Desde la perspectiva institucional, el alta es el momento en el que se cumple el objetivo y la institución demuestra su eficacia; su existencia queda así justificada.

Pero a su vez, el alta es además importante porque ambos grupos la incluyeron espontáneamente en su discurso, constituyéndose por tanto, en una temática que les preocupa. El tema del alta toca también aspectos que hacen al clima laboral, a la relación entre los funcionarios y a la imagen que la institución tiene de sí misma.

Por ello, es posible afirmar que tal vez sea en el momento del alta donde la institución se juegue su verdadero sentido. En tanto centro asistencial tiene como cometido incidir en un proceso de cura (según los tiempos estipulados para ello).

En algunos casos pareciera que el hospital tiende a convertirse en un asilo. ¿Por qué sucede esto?

Si bien es cierto que hay pacientes cuya polipatología se traduce en una cura a largo plazo y por la edad de los mismos tienden entonces a morir en el proceso, hay otros factores que deben tomarse en cuenta: la manera en cómo el grupo humano que labora en el hospital se ubica en su rol, generando un tipo de relación particular que se da en este trabajo con los ancianos. Sugerente es la coincidencia de que los mismos funcionarios (por diversos motivos que no vale la pena mencionar acá) se piensan a sí mismos como en un trabajo para toda la vida. Es decir, los funcionarios no se quieren ir del hospital, no se quieren jubilar, quieren continuar trabajando allí hasta morir (como siempre, hay excepciones que confirman la regla; por ejemplo, el caso de los individuos que se van a trabajar a otra institución, tema que será considerado más adelante). Esta situación se podría decir que es "contagiosa" y que lleva a que el paciente que ingresa sea visto como alguien que "viene a quedarse" en lugar de un paciente que debe ser tratado y devuelto a su hogar.

Es cierto que hay una dificultad adicional cuando al paciente es devuelto a su casa, cuando la familia no desea recibirlo: el cuidado de un anciano requiere de tiempo especial, cuidados particulares y erogaciones a veces costosas. Es decir, los funcionarios que dan de alta a un paciente del hospital, se encuentran con una particular resistencia cuando desean reintegrarlo a su núcleo familiar. Sin

embargo, esta dificultad no ha sido enfrentada como para ser resuelta positivamente en la mayoría de los casos. Existe en este sentido un "derrotismo" de parte de los funcionarios, que suponen -muchas veces antes de constatar el hecho- que la familia no desea recibir al paciente dado de alta. Debe mencionarse que esta "complicidad" se asienta en la relación afectiva profunda que el paciente establece con el personal del hospital -ya por el tipo de problema que presenta, ya por las condiciones de dependencia en la que muchas veces se encuentra el anciano, hacen que se reproduzca muy fácilmente una relación madre-hijo donde al poco tiempo ninguno de los dos desea separarse del otro. El paciente comienza a acostumbrarse al tipo de trato recibido y el personal identifica con precisión la manera en cómo deben tratar a cada quien. Y este vínculo se construye entonces como un encadenamiento firme que atenta contra la separación encarnada en el alta.

El grupo humano alimenta la idea de que nadie cuida mejor al anciano que el hospital y a su vez el anciano se gratifica con la idea de que está curándose y que por el motivo de estar enfermo, recibe atenciones que no recibiría en su propia casa estando sano. El beneficio es para ambos por lo que el resultado es la saturación del hospital: son siempre más los que llegan que los que se van. Se alimenta así la idea de que del hospital se sale muerto.

Debe acotarse que la muerte de un anciano también tiene el sentido de un fracaso del personal ya que en ese extremo se pierde, asimismo, el objetivo de la institución que es el de asistir. Por ello, la muerte del anciano no deja de deprimir, cuestionando la eficacia, la dedicación, el funcionamiento del grupo de trabajo y abriendo interrogantes acerca de la autovaloración del personal. Esto explicaría -como se verá- una cierta contradicción entre la imagen externa y la imagen interna de la institución.

## 2. Historia e historización

Se define como historia la secuencia de hechos que pautan un determinado acontecer. Para el hospital la historia comenzó hace mucho tiempo. En su edificio se condensa la historia de largos años aunque este hospital se haya constituido más recientemente. Rescatar esta historia (la del edificio, la de otras instituciones y la del hospital) es

imprescindible para que pueda ser incorporada por los funcionarios de una manera congruente y ordenada.

Historización es la manera como cada persona y el grupo humano, se cuentan la historia, es decir la interpretación que hacen de los hechos. Esta narrativa, novelada, constituye un punto fundamental de arranque para comprender la identidad del grupo: para el ser humano su "versión" de su historia es un trampolín que lo lanza en su proyecto de vida. Dicho de otro modo, la historización que el grupo que trabaja en el hospital realiza, es fundamental para comprender de qué modo se posiciona del espacio, cuáles son sus proyectos más profundos, así como la manera en que pueden explicarse lo que en su interior acontece.

Ahora bien, resulta que en el trabajo con los funcionarios del hospital se descubre un particular desconocimiento de la historia, lo que repercute en un relato fragmentario y lacunar de los acontecimientos que en el mismo han tenido lugar. En todo caso, se puede ver de qué manera los chismes, los rumores, las anécdotas y comentarios al pasar, sirven para reconstruir una versión necesaria de los hechos pero muy deformada por desconocimiento de las circunstancias en los que los mismos han tenido lugar. Como no se puede vivir sin historia porque ello supondría no tener identidad, el grupo humano "escribe una novela" con los contenidos más disímiles y más contradictorios, lo que causa un efecto de confusión ante la necesidad de tener que asumir nuevas tareas. Por ello, es que pueden surgir proyectos que se distancian significativamente de la historia, generando la idea de que en el hospital se puede hacer casi "cualquier cosa". Las "novelas" institucionales pueden estar alineadas con ciertos hechos, vale decir, los funcionarios podrían contar con aspectos comunes de sus novelas lo que apuntaría a una refundación de la identidad colectiva.

Es oportuno rescatar a través de una pequeña investigación, los rasgos más sobresalientes de la historia y sobre todo difundirla, a los efectos de que su comentario apoye la construcción de una versión más realista y más focalizadora del proyecto del hospital. Y si se tiene en cuenta que el hospital en un futuro mediano se mudará de local, contar con una rica historia que agrupe al personal, será un puntal muy favorable para evitar situaciones que desperfilen su identidad así como la acción del hospital.

### 3. Historia personal e historia administrativa: "El futuro es envejecer".

Trabajar en el hospital es contar con un empleo público, lo que en los hechos significa un empleo de por vida. Y ello no es poca cosa en este modelo económico que se ha caracterizado por introducir la inseguridad entre las personas. Desocupación, privatización del sistema de salud y de previsión, las personas aún no se acostumbran a que no cuenten ahora con lo que contaron buena parte de su vida, sobre todo aquellos que tienen más de 35 años de edad y que vivieron en otra época. Por tanto el empleo hay que cuidarlo.

Pero el empleo no ofrece a la luz del funcionario, estímulos suficientes para volcarse a él de manera creativa y productiva. La falta de incentivos es un denominador común, el escalafón es muy limitado y se requieren muchos años para poder ascender. No hay muchas posibilidades para cambiar de tareas por lo que el trabajo se convierte en una cosa muy rutinaria, tediosa, aburrida y poco gratificante, sobre todo cuando todas las semanas hay ancianos que fallecen lo que no deja de deprimir. Esta problemática pudiera ser común a otros espacios de trabajo público. El aliciente de sentir que se construye algo importante y valioso - como aspecto significativo de la autoestima- se balancea entre obligaciones más impuestas que asumidas y sensaciones de impotencia tanto frente al trabajo asistencial como ante la burocracia verticalista y formal. En términos generales se puede decir que los funcionarios se sienten no tomados en cuenta en cuanto a proyectos y movimientos que la institución debe hacer. Se sienten como objetos que son manipulados por un jugador de ajedrez, sin entender bien ni los motivos ni las necesidades. La capacitación existente no alcanza a cubrir las expectativas ya que si bien hay funcionarios interesados en mejorar, saben que su aprendizaje no será considerado ni como posibilidad de ascenso ni en cuanto a otorgarles un trabajo en el que puedan demostrar las virtudes de lo aprendido. Se generaliza así un estado de apatía profundo que más allá de la buena disposición momentánea, se revierte en un clima laboral pobre en ideas y en relaciones tensas de trabajo.

Un corolario de lo anterior tiene que ver con la manera en cómo el grupo de funcionarios interpreta lo que se dice al interior de la institución. ¿Cómo es que se da la comunicación en la institución? Este aspecto tiene que ver con la necesidad de sociali-

zación del discurso que se genera en la institución. Hacer del discurso un continuo participativo y democratizado, ayuda a unificar criterios y a definir estrategias y políticas de acción. Actualmente, se puede apreciar que el malentendido cabalga sin freno por el espacio institucional generándose un amplio abanico de respuestas que generan nuevos obstáculos para el trabajo colectivo. Metafóricamente, se podría decir que en la institución resulta difícil descubrir un eje, no porque no haya un discurso hilvanador, sino porque los niveles de comprensión y de reformulación del discurso siguen los caminos más dispares.

#### 4. Institución hacia adentro e institución hacia afuera.

Se trata de cotejar las imágenes que el hospital genera: hacia el exterior y hacia su interior.

En el primer caso, el hospital resulta un lugar de movimiento: se dictan cursos diversos para especialistas y se entrenan personas en el manejo primario del anciano, se plantean proyectos productivos y se recupera la atención del anciano en los espacios comunitarios. Todo ello, y otras iniciativas se dirigen a posicionar al hospital en un lugar particular, liderando el trabajo con el anciano en el medio. Así, se ha ganado un reconocimiento público por su labor. Ello no está en duda.

En el otro polo, el hospital supeditado a su vez a una política económica nacional, resulta el lugar de lo estático; a nivel interno el hospital congela a sus funcionarios, bajos salarios, pocas posibilidades de ascenso, carencia de incentivos, trabajo sentido como poco productivo, insatisfacción, ausentismo, etc.; todo lo cual brinda una imagen un tanto gastada y apática de su devenir.

¿Cómo pensar estrategias que relacionen estas dos imágenes tan disociadas? ¿Cómo introducir metodologías y estrategias destinadas a rescatar en lo interno lo externo, como una manera de autovaloración a través de aquellos aspectos más positivos que el hospital presenta? ¿Cómo reconocer en lo externo lo interno, generando condiciones reales desde el afuera, en las que el hospital se ubique de otro modo consigo mismo y con el entorno del Estado?

Hay un punto que es llamativo por los efectos y es el que tiene que ver con el problema de la rotación de personal. Por un lado, el hospital se coloca a la vanguardia nacional en lo que a atención en geriatría se refiere. Así, logra niveles de especialización alta en su personal profesional. Ha sucedido una y otra vez que dicho personal altamente calificado abandona el hospital para irse a laborar a otros espacios, mejor remunerados. Este "robo" del personal especializado se constituye en una sangría más o menos permanente con el agravante de que en tanto son los mejores elementos los que se van, dejan tras de sí un grupo que -en tanto no se puede ir- padece de sentimientos de desvalorización. Por otro lado, ha costado muchos años de trabajo el lograr tales niveles de excelencia por lo que la merma en la productividad es particularmente sensible. Agudo problema ya que el modelo socio-económico dominante legitima el cambio, atribuyéndolo a posibilidades de competir en el mercado<sup>3</sup>, desconociendo a su vez el sentido social de las instituciones en juego. Paralelamente, resulta en un elemento desmotivante el que parezca que la institución no puede cuidar a su personal. El tipo de trato que el personal siente que la institución tiene con él, ¿condicionará de algún modo la manera en cómo el personal, a su vez se vincula con los pacientes?

#### 5. Relación de los funcionarios con la institución y con ellos mismos: Algunas características del clima organizacional.

Tal vez haya que tomar como prototípico el inicio del taller: se transcriben las notas tomadas por el equipo luego de la primera sesión del Grupo A.

"Llego media hora antes, la Secretaria administrativa desea ir a chequear todo, aún no sabe en qué sala funcionar. Subimos a un pabellón que está vacío: salón amplio, buena luz, aislado, faltan las sillas. Da orden de que traigan 14 sillas. Le digo que es un buen lugar, mejor que el auditorio. Bajamos. Llega el otro integrante del Equipo y nos vamos para arriba con ella. Cuesta que abandone el lugar. Ante nuestra insistencia lo hace no sin antes manifestar su preocupación por la gente: no se sabe si todos están avisados, de igual modo en cuanto a

<sup>3</sup> La contradicción es visible: por un lado el empleo público -como se afirmó- brinda seguridad en cuanto a la estabilidad del empleo. Por otro, la oferta de mejores remuneraciones como efecto del poco personal especializado en el área (leyes del mercado), hace que muchos funcionarios estén pendientes de la posibilidad de abandonar la institución oficial. Ya Freud había utilizado el término de ambivalencia justamente para dar cuenta de la coexistencia de sentimientos opuestos sobre un mismo objeto. Estas contradicciones, obviamente puede ser visualizadas frente a otras situaciones.

horario y a lugar.

Comienzan a llegar por goteo, de a uno o de a dos. Esperamos un buen rato. A los 20 minutos la mayoría está presente y podemos comenzar."

Se refleja en lo descrito el siguiente modelo: la institución se preocupa de sus funcionarios de manera burocrática y paternalista, es decir, continuando el movimiento mecánico sin altibajos ni sobresaltos. Nada es más importante que otra cosa en el orden institucional y así lo sienten los funcionarios. La institución dispone de todo, de manera autocrática:

- dispone del horario (puede organizar actividades fuera del horario y los funcionarios deben asistir igual)

- dispone del deseo de los funcionarios; es ella que decide si deben o no hacer tal o cual cosa.

- dispone de la vida familiar de los funcionarios.

- dispone de la calidad del trabajo ya que determina los grados de satisfacción y de frustración de sus funcionarios.

El primer grupo se caracterizó por algunos momentos especiales. La irrupción del taller fue vivida paranoicamente atribuyéndose a los perseguidores las más secretas y dañinas intenciones. Por otra parte, la crisis de un sector produce que el equipo técnico deba hacer una intervención en crisis -lo que no había sido previsto- ya que el enfrentamiento de un sector con la institución podía llevar la "sangre al río". Esta situación que estalla en ese momento, da cuenta de un **nuevo indicador: la crisis**. La misma condensa un amplio abanico de sentidos (momento privilegiado de riqueza potencial) entre los que se destaca que el estado de la polarización de impresiones y fuerzas es mayor que lo que la institución está en condiciones de evaluar en cada momento. El "no saber institucional" no es garantía de buen manejo del conflicto. No es aventurado suponer que en otros sectores de la institución hay situaciones similares en gestación, aunque aún no hayan aparecido los síntomas de las mismas.

Un lugar particular lo ocupa la función de asistencia social ya que desde dentro de la institución conecta con el afuera, donde realiza su trabajo. Este lugar tiene poca relevancia y aparece institucionalmente como un lugar bloqueado. En todo caso, su liberalización podría re-introducir información fresca, problemáticas desconocidas generando una suerte de re-juvenecimiento de la discusión al interior institucional.

Por último, hay un sector que se ubica en los peldaños más bajos escalafonarios que reacciona un tanto maníacamente ante lo que se vislumbra como la necesidad de "salvar a la institución" de la banca rota, o en la terminología neoliberal, de la necesidad de que se autofinancie en todos los sectores. Aprovechan la institución para fantasear proyectos productivos, empresariales y "vender lo que se pueda". Dos vertientes pueden deducirse de lo anterior: 1) El temor al despido que se contrarresta inyectando dinero para garantizar la permanencia en el cargo. 2) Generar un proyecto que interroge la historia institucional actual en oposición a la historia desconocida de antaño.

Para trabajar con el grupo B se dispuso un cambio de local (del pabellón al auditorio) lo que no dejó de condicionar tal vez el desarrollo del grupo. El auditorio aparece como un lugar más central a la institución, contaminado por ruidos del afuera, pero más fácil de "calentar". Grupo de una extracción institucional diferente produjo una dinámica más cargada a la necesidad del rescate de la historia del hospital. Su preocupación por la sociabilidad entre sus propios integrantes, el cuidado de unos a otros, y un discurso no exento de agudezas interesantes a la hora de profundizar en el quehacer institucional, constituyó algunas de sus cualidades. Pero a su vez, también mostraron aspectos similares al grupo A.

La manera en cómo los funcionarios hablan se condensa en el modelo de *La Queja*. En ambos grupos, el modelo es el mismo y reiteradamente se puede escuchar como un pensamiento rumiante que plantea sus reflexiones en términos de una demanda, de un pedido letárgico y hasta en algunos casos, hipocondriaco. La queja guarda la función de asegurar un cierto ostracismo de lo cotidiano, un particular alejamiento del sufrimiento y del involucramiento. Dado que siempre hay algo de qué quejarse, se cuenta así con un instrumento que inhabilita, que protege del pensar y sentir en el "aquí y ahora" institucional y que tácticamente coloca a todos los funcionarios enfrentados con todos los demás. La queja además da cuenta de la impotencia frente a una cotidianeidad que no pregunta y que se impone a pesar de las voluntades personales. Y tal vez, también la queja sea una manera de identificación con los pacientes, ancianos que tienden -en muchos casos- a generar pena, compasión, culpa, como una manera de seducción para lograr mejor trato. La queja nos invita a pensar

en un estado regresivo más o menos permanente que se caracteriza por culpar al afuera y no hacerse cargo de las propias responsabilidades personales. Son siempre los otros los que no hacen lo que deberían hacer.

La esencia de la queja se define como algo -una falta- que se pide a otro que se haga cargo. Si la falta se asumiera como problema, se vería surgir el deseo de pensar las acciones que tiendan a construir sobre la carencia. La queja muestra entonces una actitud más primitiva. Ahora bien, hay que interrogarse también acerca de las condiciones institucionales que producen la aparición de la queja y no del deseo de construir creativamente.

Por todo ello es que los funcionarios se encuentran en un permanente estado de tensión, ya que sienten que no hay respeto por sus vidas, sus tiempos, sus lugares, sus necesidades. Dicho de otro modo, sienten que la institución los "pasa a llevar" diariamente y en todo momento, sin tener tampoco mucha conciencia de ello; simplemente, la institución lo hace.

Los funcionarios se sienten en términos generales un buen equipo (dentro del cual hay otros subequipos), pero la impresión de que son un buen equipo es más una defensa frente a lo que sienten como una institución avasallante, que como un equipo realmente aceitado en el cual los conflictos que naturalmente surgen se discuten y solucionan. El equipo es el espacio de protección que aunque conflictivo resulta un instrumento útil para defenderse de la institución.

Por otro lado, hay un aspecto muy valioso que tiene que ver con el sacrificio que los funcionarios realizan para sacar algunas tareas adelante. Sacrificio que se manifiesta en el trato entre algunos de ellos y con los pacientes, donde tratan de tapar los "huecos" de la institución con iniciativas personales. Es decir, hacen mucho más de lo que es su responsabilidad. Hay una diferencia entre hacer más y hacer lo distinto, lo creativo; es la distancia entre el trabajo rutinizado y el trabajo nuevo. Tapar los "huecos" implica esforzarse dentro de lo mismo pues lo diferente es visualizado como que la institución no lo autorizaría.

Esto se relaciona con una respetable exigencia a ser mejores y a hacer mejor las cosas, exigencia que muchas veces impide la escucha de las necesidades personales y de la de los pacientes. El discurso en los grupos es inicialmente desde el "deber ser" -

seguramente para mostrar ante extraños que conocen el oficio y también para dar cuenta de este "alentarse" permanente que hacen los equipos. Tiempo después pueden comenzar a reconocer algo de la realidad de su trabajo:

- que no "aman" tanto a los ancianos.
- que el trabajo con ellos no siempre es gratificante.
- que es agotador.
- que hay trabajos que son rechazados porque producen repulsa.
- que no conforman un equipo tan concertado y que tienen problemas de responsabilidades.
- que si bien cada quien hace lo que debe, a veces "otros les cargan la mano".
- que se entristecen cuando un anciano muere o cuando no es aceptado en la familia, al ser dado de alta.
- que no le ven muchas perspectivas a su trabajo.
- que la solidaridad entre los funcionarios es cosa del pasado.

En suma, el clima laboral se ve teñido por una suerte de inercia regresivante en la que -por el tipo de trabajo y por las condiciones del mismo- juega un importantísimo papel el movimiento emocional, el que no alcanza a ser contenido por las exigencias del trabajo mismo. Si bien en general se puede afirmar que todo el mundo trabaja mucho, hay factores desgastantes que generan una especie de desubicación con respecto a las responsabilidades concretas que el trabajo implica. El pensar sobre la tarea ha sido desplazado por el sentir con respecto a los compañeros, constituyéndose un ambiente en el que pesan más las características "familiares" que las "laborales".

## Propuestas y Conclusiones

Por lo ya señalado, corresponde elaborar un proyecto que vaya transitando hacia una institución un poco más sana. No es mucho lo que hay que hacer, si bien se considera que debe ser realizado de manera planificada y ordenada<sup>4</sup>.

### 1. El rescate de la historia.

Es importante, como ya se señaló, que el personal pueda contar con datos ciertos de lo que fue el local, quienes pasaron por allí y que huella

<sup>4</sup> Las consideraciones se expresan, por estrategia, en lenguaje común, no técnico, y que por lo tanto remiten a diversas nociones sobre el tema

dejaron, qué instituciones, en qué fechas y qué hicieron, acontecimientos, anécdotas, etc.

Esta tarea de recopilación histórica puede ser desempeñada por algún especialista que vaya agrupando los datos fragmentarios de la historia de la institución, de manera organizada y coherente, para ponerlos periódicamente a disposición del personal. Es parte del reservorio de la cultura institucional (**énfasis en la identidad colectiva**).

**2. El rescate del lugar institucional de la función de asistencia social como la ventana que conecta con un afuera que enriquece y desafía a adecuarse a él.**

La función podría ser pensada más allá de los parámetros del trabajo rutinario, vale decir, diagramar una estrategia de trabajo con los familiares de los pacientes y con otras instituciones de acogida, que posibilite la reinserción social del paciente de alta.

Acá se abren las posibilidades de un **nuevo trabajo** que es el que debe realizarse con las familias de los pacientes y que trasciende la función del asistente social. La reinserción del anciano en la familia toca aspectos sociales, pero también otros psicológicos que hacen a la valoración familiar del lugar del anciano, a su función en la familia y a la dinámica particular de ésta. Para ello, se podría pensar en recurrir a un psicólogo especializado en el trabajo grupal familiar (**énfasis en el lugar social de la institución**).

### **3. Políticas con el personal.**

Se sugiere desarrollar varias acciones paralelas:

- Trabajar sobre la información interna de la institución:

Reuniones no autoritarias de discusión de problemas y de políticas (**énfasis en el pensar**).

Generar espacios de intervención y de propuestas que puedan ser llevadas a cabo (**énfasis en la participación**).

Rescatar la escucha del discurso institucional (**énfasis en la valoración personal**).

- Elaborar un programa de incentivos (económicos y de otras clases) (**énfasis en la motivación**).

- Trabajar sobre un escalafón posible: muchas veces importa más el sentido moral del ascenso que el estímulo económico real (**énfasis en el reconocimiento**).

- Atentar contra los feudos laborales, rotar al

personal en la medida de lo posible (**énfasis en una visión global del trabajo**).

- Recuperar el currículum real y personal de las potencialidades de los funcionarios, para que las cualidades personales puedan ser reutilizadas en el marco del quehacer institucional (**énfasis en la contribución personal**).

**4. Rescatar determinados espacios de sociabilidad entre los funcionarios.**

A saber: celebraciones, eventos culturales y jornadas especiales, en los que los funcionarios puedan recuperar el intercambio entre ellos incluso como espacio lúdico-productivo que ayude a su vez a liberar tensiones que el trabajo produce y a generar redes de apoyo para ellos mismos (**énfasis en la solidaridad**).

### **5. Introducción de la visita del Director.**

De manera periódica y fiscalizadora. La Dirección se entera así directamente de lo que acontece en los pabellones y con los diversos pacientes. Fortalecer así la línea del trabajo interno y combatir la queja. La visita requiere de la asistencia de todo el personal del pabellón, por lo que se constituye en un lugar privilegiado de intercambio y de democratización del trabajo ya que todos serán escuchados y deberán dar cuenta de sus responsabilidades (**énfasis en el orden institucional y en la responsabilidad del trabajo**).

### **6. Introducción de las reuniones de equipo.**

Por pabellón, de manera periódica, donde se incorpore todo el personal que atiende a cada paciente para que el médico que las encabece escuche a todo aquel que tenga algo que decir sobre el paciente.

Nuevamente se trata de rescatar el espacio de trabajo de manera racional pero donde los afectos puedan ser también escuchados. Pero el asunto va más allá, porque el espacio para generar las posibilidades de la *escucha* implica que todos los participantes tienen algo que decir sobre los pacientes y ello es parte del "saber" sobre el anciano. Se trata de complementar el "saber médico" con el "saber" de los otros integrantes del equipo asistencial del pabellón, es decir, integrar todo el "saber" sobre el caso, para ponerlo al servicio de la cura, que daría mayor coherencia al proyecto terapéutico (**énfasis en el trabajo en equipo**).

## ***Acciones del Equipo de Expertos***

Desde la perspectiva del Equipo de expertos en procesos grupales, y a los efectos de continuar con la planeación, objetivos y metas definidos en la propuesta inicial, se propone desarrollar las siguientes acciones:

Las siguientes propuestas que emanan de un Diagnóstico Institucional global, se articulan y apoyan mutuamente como un todo, en tanto están diseñadas cuidadosamente para combinar tanto las acciones sobre los ancianos mismos como aquellas que operan como apoyo institucional periférico.

1. Que las reuniones de equipo por pabellón sean **coordinadas** por un especialista de manera de garantizar que la **Escucha** pueda ser ampliada y de que todos los que de un modo u otro participan en el proceso de rehabilitación del anciano, puedan expresar su pensar y sentir sobre el particular (se trabajaría en base a lo señalado en el punto 6 anterior.)

2. Generar un **Taller** de 2 horas de duración por mes, abierto a todo funcionario de la institución con el propósito de producir el efecto de la recuperación de la **palabra** sobre temas vitales para la institución y posicionamiento que favorezca los procesos de identificación con la institución, **coordinado** por dos especialistas.

Ambas acciones van dirigidas a estudiar la latencia institucional que se mueve al interior de los grupos y producir los espacios en los que sea posible desplegar un pensar sobre la problemática del poder en todos los órdenes institucionales, como una manera de descubrir sentidos en los fenómenos que se producen.

### ***Algunas reflexiones sobre este primer momento***

El trabajo que nos convoca presenta una serie de aristas que ayudan a hilvanar un ordenamiento de las reflexiones. Sin pretender ser exhaustivos, se pueden elegir algunos tópicos sensibles y relevantes en la problemática descrita.

1. El problema de la salud mental de los **funcionarios**.

A partir de lo señalado en esta intervención, una

de las primera reflexiones que podrían realizarse tendría que ver con las posibilidades de salud mental del personal y la manera en que la misma afecta el desarrollo del trabajo asistencial que se realiza con los pacientes internados. Es difícil escapar a considerar los requisitos de ingreso para laborar en un lugar de estas características, como enfatizando, por ejemplo, el papel que puede o debería cumplir el proceso de selección de los funcionarios. Y sobre todo cuando uno se entera de que algunas veces los funcionarios son enviados desde otros servicios "como castigo", vale decir, como una suerte de proceso punitivo por supuestas o demostradas fallas en otros servicios. Esta acción se realiza con la intención de establecer el lugar del ostracismo laboral y social en un servicio que se centra, casualmente, en la atención de aquellos que ya no son útiles desde la perspectiva de la producción. ¿Coincidencia de enfoques? ¿Casualidad inimaginable? Lo cierto es que la etiqueta se sostiene al igual que en otras instituciones que terminan produciendo aquello que dicen combatir.

Puede pensarse que todo el personal está sometido a una situación tan estresante que sería necesario e imprescindible que semanalmente contaran con espacios catártico-terapéuticos que los ayude a elaborar las ansiedades que el trabajo y la jubilación produce. Es cierto que esta podría ser una recomendación, si bien habría que interrogarse acerca de su eficacia, más allá de las posibilidades reales para contar con un servicio adicional de esta naturaleza.

¿Es acaso la psicoterapia el instrumento más adecuado a utilizar en esta situación o es posible pensar desde otros parámetros el problema de la salud mental pública de los funcionarios? ¿De qué manera lo que llamamos habitualmente salud mental no aparece definido desde determinados criterios conductuales, los que a su vez son fijados desde precisos lugares sociales? En suma, el hospital como institución ¿Cuenta con las condiciones necesarias para que el espacio (en términos de salud mental) sea promotor y garantice la salud a sus agentes, o en realidad se convierte en un "foco de infección y de contagio" -para utilizar una terminología médica no del todo feliz- donde la patología personal de los participantes se ve agravada más que neutralizada? Ya hace años, Bleger señalaba para el caso de los manicomios que los mismos, lejos de discriminarse del objeto de su existencia -el loco-, utilizaban la lógica de éste en su funcionamiento

institucional, con lo cual en vez de constituirse en lugares donde se combatía la locura, en los hechos se la generaba.

Y por último, ¿qué hacer con la depresión "enquistada" que identifica una singular aspiración que pone en igual plano tanto a pacientes como a funcionarios: ambos deben salir de la institución... muertos?

## 2. El problema de la violencia en el hospital geriátrico

Pensar sobre la violencia en el hospital significa articular una serie de planos de análisis de la cotidianeidad que ocurre en su interior:

Un primer nivel de análisis tendría que ver con la violencia que se ejerce por medio de una estructura disfuncional al tipo de paciente que reúne: una arquitectura no adecuada a las condiciones de posibilidad de un cuerpo que no puede adaptarse al marco exterior. Escaleras, temperatura del local, espacio personal en el que los objetos queridos no siempre pueden estar al alcance de la mano, manejo particular de la intimidad donde la humillación puede ser la manifestación más común, falta de resguardo a las miradas de otros así como la designación del paciente por su patología en lugar de por su nombre.

Otro lugar lo ocupa el de la rigidez institucional: cuanto más "científica" la institución, más "preocupada" por los procedimientos administrativos, los que a su vez desactivizan el trato con los pacientes. En este abanico, por ejemplo, las casas de reposo figuran con un relajamiento casi total de las normas. Dicho de otro modo, las instituciones se mueven entre márgenes, cuyos extremos -por exceso o por defecto- son productoras de situaciones cercanas al destrato personal.

No hay que descuidar la cuota de violencia que corresponde a los mismos pacientes, los que a su vez son portadores (por sus antecedentes, por su patología, por su historia) de diversos grados de hostilidad que puede manifestarse o desencadenarse en la situación de internación. Las polipatologías incluyen trastornos que afectan las relaciones interpersonales o las relaciones consigo mismo. Es importante considerar el vínculo del anciano con el equipo médico como totalidad, ya que muchas veces el paciente puede intentar acciones divisionistas para obtener puntuales beneficios. Es observable que estos comportamientos ocurren ante la

falta de proyecto terapéutico, ausencia de personal auxiliar o de enfermería con quien el paciente pudiera tener una relación más cercana, conflictos latentes al interior del equipo y sobre todo en períodos de crisis o de cambios sustantivos a nivel institucional.

El tema de la violencia en la institución adquiere su manifestación visible frente al maltrato al anciano, síntoma que condensa algunos de los aspectos señalados y otros que se indicarán a continuación.

El maltrato se constituye en un nódulo que abrocha una amplia gama de temáticas y se convierte -por sus implicancias- en un espacio mudo: al estar manifiestamente penalizado no es posible hablarlo y, por ende reconocerlo en la situación de trabajo grupal, y sin embargo se constituye en una especie de napa que se desplaza clandestinamente en toda temática tratada.

Si bien durante las sesiones no existieron de hecho manifestaciones ni alusiones sobre el tema, la institución sabe que el maltrato al anciano es un hecho de la cotidianeidad del hospital; difícil de cuantificar, pero no difícil de detectar en el trato personal, grupal e institucional del personal con los pacientes. Las formas que este maltrato adquiere abarcan una amplia gama de manifestaciones y reacciones -más allá de las señaladas anteriormente- que van desde el insulto manifiesto hasta otros más o menos velados, desde la intervención verbal agresiva hasta formas de contacto corporal donde se nota la intención hostil física o también a través de la ausencia de respuesta, de servicio, de atención, o la postergación más o menos indefinida de la presencia del personal. No olvidarse de que toda intervención física puede ser realizada de manera más o menos agresiva, desde tomar la presión o cambiar de posición al anciano. También se incluyen en el maltrato las amenazas del tipo "si no hace tal cosa lo voy a soltar" o "si no se apura lo dejo así nomás". Por último, hay un tipo de maltrato que se origina en una suerte de venganza personal y colectiva y que adquiere todas las características -reconocidas las distancias- de los fenómenos de linchamientos colectivos: hay ancianos que por su patología y por las características de su personalidad, se constituyen en los sujetos odiados por todo el personal, ancianos que se convierten fácilmente en chivos expiatorios de la incapacidad y la frustración de la pirámide asistencial, desde el médico hasta el último de los auxiliares. Ancianos que son

contestadores, criticones y encuentran todo mal y a su vez se pasan solicitando atención todo el día; ancianos que todo el personal desea sacárselo de encima lo antes posible, incluso precipitando el alta y forzando de algún modo la voluntad del anciano a no retirarse del hospital hasta con la fuerza pública.

Ahora bien, es cierto que estas conductas pueden ser sumariadas y que existe una preocupación de la institución sobre el particular que conlleva a la implementación de medidas que puedan neutralizarlas y sin embargo es claro también que las determinaciones estructurales harán que, de un modo u otro, siempre existan. No solamente porque la presencia de pulsiones agresivas es constitutiva del ser humano sino porque además hay otros planos de análisis social en los que el maltrato se constituye como un elemento fundante.

A través del análisis realizado de la situación de los funcionarios queda patente las diversas formas en que la institución y por ende el Estado, maltrata al personal; por ejemplo, cuando dispone de traslados sin consulta, cuando ignora capacidades o iniciativas, cuando frustra expectativas y congela ascensos, cuando dispone de los horarios, cuando dispone de los feriados y días de descanso, cuando sanciona de manera arbitraria ignorando su propio discurso, cuando no informa adecuadamente de sus proyectos e iniciativas, cuando supone que el funcionario no siente y no piensa, cuando se congelan salarios y/o se los mantiene tan bajos que la gente no puede vivir con lo que gana, cuando transforma los beneficios sociales en un problema de capital privado, cuando elimina la cobertura en salud y en educación generando nuevos focos de intranquilidad colectiva y social, cuando trata a todo ser humano como mercancía...

Entonces aparece en toda su magnitud el doble discurso de la institución: el problema es el maltrato al anciano; cuando del personal se trata es porque operan las leyes del mercado. Pero a su vez la institución en tanto debe negar el maltrato a sus funcionarios, se preocupa por el maltrato al anciano.

Este punto nos lleva invariablemente al siguiente.

### 3. El problema de la gestión; en especial, de la autogestión

Los procesos de descentralización administra-

tiva, de modernización de la gestión pública suponen -al menos en los discursos- un mayor grado de participación en las decisiones, niveles de corresponsabilidad, incremento de la eficiencia en virtud de mejores relaciones laborales que aumenten los grados de compromiso con la gestión, estudio de iniciativas -que en principio son bien recibidas-, etc. El fortalecimiento de las relaciones laborales y de la relación con un trabajo más rico y productivo repercutiría en un aumento de los niveles de satisfacción personal. El entrenamiento, la educación, la salud, pasan a constituir parte del "capital" que la institución debe cuidar.

En los hechos las cosas no ocurren tan fácilmente. La presencia de controles administrativos por doquier, el centralismo en la disponibilidad presupuestaria, la estructura laboral organizada de manera piramidal y fuertemente jerarquizada, la distribución del personal por funciones y por zonas, etc., convierten a una institución en un monolito con pocas o nulas posibilidades de flexibilización.

Vale decir, ha primado claramente lo instituido por sobre lo instituyente y la conflictiva del poder se ha orientado más a mantener lo existente que a la posibilidad de gestionar lo nuevo. Coexisten, por tanto, normativas no coherentes entre sí, que a su vez se apoyan en los naturales temores ante lo nuevo. Y si bien es cierto que la institución deberá flexibilizarse para poder ajustarse a nuevas realidades no es menos evidente que la flexibilización en los hechos, no se desarrolla por los caminos previstos en sus propuestas innovadoras.

El funcionario, entonces, no deja de permanecer perplejo en tanto es atravesado por una normativa contradictoria y por discursos plagados de dobles mensajes que lo dejan como inmóvil, entre la espada y la pared:

- Capacitate pero no apliques lo que aprendas.
- Participa pero no te organices.
- Hazte cargo responsablemente de tu trabajo pero no dispongas de tu horario.
- Atiende bien al anciano pero no te quejes si la institución te maltrata a ti.
- Debes estar a gusto en la institución aunque la misma se olvide de ti.
- No debes pensar mal de las autoridades: toda medida que se ha adoptado ha sido realizada para beneficio de ti y de la institución.
- No puedes desfallecer en tu trabajo, la institución te necesita aunque te pague bajos salarios y no reconozca tu labor.

Ahora bien, este no es un problema de las autoridades de turno, ni siquiera de la cúpula ministerial. Tiene que ver con la estructura general del Estado, con la manera en cómo la institución se sostiene y visualiza las posibilidades de sus cambios. Hasta dónde el entramado normativo social autoriza vías alternativas. Y no es por falta de energía ya que las posibilidades son enormes; prueba de ello es la manera en como el personal es capaz de intervenir en situaciones de crisis, de participar creativamente y resolver encrucijadas, pero siempre bajo la marca de un espacio no normado, como si la legalidad imperante limitara incluso la posibilidad del pensamiento.

¿Cuáles son los niveles de socialización de la información que se requieren para que la gestión (co-gestión, autogestión) sea posible? ¿De qué modo la estructura piramidal que respeta y congela los roles fijos por funciones, atenta directamente contra los intercambios interpersonales limitando las posibilidades reales de pensar con el otro? ¿Es posible en la órbita del Estado el pensar en procesos de re-ingeniería, sobre todo cuando hay una enorme experiencia acumulada que no se materializa en maquinaria sino en un saber colectivo asentado mal o bien en equipos de trabajo? ¿Hasta que punto es posible recortar el espacio de trabajo y "aislarlo" del exterior institucional como para que el trabajo en sí pueda recuperar sus condiciones satisfactorias para beneficio de los funcionarios y por ende de los ancianos que requieren del servicio?

## Referencias

- Anzieu, Didier y otros. (1978). *El trabajo psicoanalítico en los grupos*, S. XXI, México
- Anzieu, Didier. (1986). *El grupo y el inconsciente*, Bib. Nueva, Madrid.
- Balint, Michael. (1961). *El médico, su paciente y la enfermedad*, Ed. Libros Básicos, Buenos Aires.
- Balint, M. y E. (1984). *La capacitación psicológica del médico*, Gedisa, Barcelona.
- Balint, E. y Norell, J. S. (1979). *Seis minutos para el paciente*, Paidós, Buenos Aires.
- Baremlitt, Gregorio y otros. (1991). *El espacio institucional* N° 1, Lugar Editorial, B.A.
- Bauleo, Armando y otros. (1983). *La propuesta grupal*, Folios, México.
- Bauleo, Armando y otros. (1990). *La concepción operativa de grupo*, Asoc. Española de Neuropsiquiatría, Madrid
- Castoriadis, Cornelius. (1983). *La institución imaginaria de la sociedad*, Vol. 1 y 2, Tusquets, Barcelona.
- Foladori, Horacio. (1992). *Del deseo a la autogestión*, Tramas, UAM-X, México
- Foladori, Horacio. (1993). *El grupo análisis técnica de diagnóstico de clima organizacional*, Revista Psicología, Vol. IV, U. de Chile, Santiago
- Foladori, Horacio. (1994). *La salud de la institución*, Higua, Año 2, N° 3, Santiago
- Foucault, Michel. (1979). *Enfermedad mental y personalidad*, Paidós, Buenos Aires.
- Guattari, Felix. (1976). *Psicoanálisis y transversalidad*, S. XXI, Buenos Aires.
- Guattari, Felix y otros. (1981). *La intervención institucional*, Folios, México
- Kaës, René y otros. (1982). *Le travail psychanalytique dans les groupes*, Dunod, Paris.
- Kaës, René y otros. (1989). *La institución y las instituciones*, Paidós, Buenos Aires.
- Kaës, René. (1995). *El grupo y el sujeto del grupo*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Kononovich, Bernardo y Saidon, Osvaldo. (1991). *La escena institucional*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Lapassade, George y otros. (1977). *El análisis institucional*, Campo abierto, Madrid.
- Lourau, René. (1975). *El análisis institucional*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Lourau, René. (1980). *El Estado y el inconsciente*, Kairos, Barcelona.
- Luchina, Isaac. (1982). *El grupo Balint*, Paidós, Buenos Aires.
- Mendel, Gérard. (1974). *Sociopsicoanálisis* N° 1 y 2, Amorrortu, Buenos Aires.
- Mendel, Gérard. (1993). *La sociedad no es una familia*, Paidós, Buenos Aires.
- Pichón-Rivière, Enrique. (1975). *El proceso grupal*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- "Roche", Laboratorio. *Balint* Vol. I y II, Francia (folleto)