



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

Ignacio Vidal Navarro, Patricia De Los Ríos Alfonso, Daniel Olivares, Irene Salinas.

ignacio_vidalnavarro@yahoo.es

Ambiente terapéutico, Unidad de Hospitalización Breve, Clima social.

Therapeutic environment, Brief Hospitalization Units, social climate.

RESUMEN

El ambiente/atmósfera de tratamiento de la Unidades de Hospitalización Breve es un elemento esencial, presente tanto en los objetivos terapéuticos como en la experiencia de los pacientes, de cómo viven las situaciones de internamiento y de necesidad de apoyo/control, y habitualmente no se le presta la atención requerida. Gran parte de los estudios dedicados a su investigación recomiendan modificaciones del ambiente, recalcan la importancia de la flexibilidad, consistencia y claridad de las normas, la centralidad del apoyo y la implicación activa de usuarios y familiares y sugieren la utilidad de formulaciones psicodinámicas y/o fenomenológicas que incluyan la experiencia subjetiva de éstos, así como la interacción paciente/familia-profesionales para la adecuada interpretación de los datos clínicos y la eficiente resolución de dilemas en el proceso terapéutico. Se propone la WAS (Ward Atmosphere Scale) de Rudolf Moos como una buena herramienta de aproximación al constructo \"Ambiente\", y se comentan los resultados en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital de Guadalajara. Moos utiliza por igual la descripción de las características del espacio y programa de internamiento desde la óptica de los pacientes y la del personal que les atienden. Y es precisamente a través de la valoración que realizan ambos colectivos como surge el perfil definido de la atmósfera de la unidad en estudio.

ABSTRACT

The Brief Hospitalization Units environment / atmosphere treatment is an essential element present in both therapeutic goals and the patient experience, of how situations of internment and need for Support / Control live, and usually not pays the required attention. Much of the studies dedicated to the research recommend changes in the environment, stress the importance of flexibility, consistency and clarity of rules, the centrality of the support and active involvement

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

of users and families and suggest the usefulness of psychodynamic formulations including the subjective experience of these, and the patient / family-professional interaction for proper interpretation of clinical data and the efficient resolution of dilemmas in the therapeutic process. WAS (Ward Atmosphere Scale) Rudolf Moos is proposed as a good tool approach to construct \ "environment \", and the results are discussed in Brief Hospitalization Unit of the Hospital of Guadalajara. Moos uses equally the description of the characteristics of space and programm internment from the perspective of patients and staff who care for them. And it is precisely through the valuation made both groups as defined emerges the profile of the atmosphere of the unit studio.

INTRODUCCIÓN

La noción del ambiente terapéutico ha sido criticada por la falta de relevancia actual para los Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (Delaney 1997, "laguna terapéutica", "ideología sin tecnología" son formas despectivas de referirse a la terapia ambiental). Según los críticos al concepto, falta un marco de organización para la terapia ambiental con las dimensiones mensurables para apoyar un enfoque basado en la evidencia.

La reducción de la estancia media en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica se ha visto acompañada por una marginación del concepto de ambiente terapéutico en el discurso de la salud mental. El advenimiento de la neurobiología durante las últimas décadas ha propiciado un cambio de atención hospitalaria hacia el manejo rápido de los síntomas a través de la psicofarmacología, estando cuestionada la cualidad de "comunidad" de las Unidades de Hospitalización Breve. El estudio de la genética humana como diana terapéutica ha fortalecido el apoyo a un enfoque biológico. Sin embargo, el estudio de la genética también ha renovado el reconocimiento del papel del medio ambiente en la expresión genética. La erosión de la función social y del sentido de comunidad de las unidades de hospitalización ha creado un cambio de enfoque desde el ámbito interpersonal de la atención al paciente, a los entornos basados principalmente en la estructura, la fijación de límites, y la seguridad.

Sin embargo, en los diferentes ámbitos de la salud, los estudios de calidad están sugiriendo la necesidad de crear entornos/ambientes de curación (OIM 2001, 2006). Mahoney (2009) propone una visión del entorno terapéutico como un ambiente de curación óptima basada en relaciones continuas "sanadoras", atención centrada en el paciente y la cooperación entre los médicos, que proporcionen un marco para organizar la atención de una manera integral que apoya los resultados positivos de salud, y que incluye un contexto amplio de sistemas.

Los gestores sanitarios deben estar convencidos de que el tratamiento de los pacientes con enfermedad mental (aguda/crónica) exige la consideración de determinadas funciones clínicas, que no pueden reducirse tan sólo a procedimientos psicofarmacológicos en aras de reducción de

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

la sintomatología. Estas funciones, como la reorganización de la vida del individuo/familia para incluir hábitos de autocuidado, de recuperación de habilidades y mecanismo de afrontamiento saludables, de identidad y desarrollo personal, entre otras, se hacen operativas por los profesionales sanitarios que saben cómo el tratamiento individualizado del enfermo, se funde con el mantenimiento de un ambiente seguro y estructurado.

RECORRIDO HISTÓRICO DEL CONCEPTO "AMBIENTE TERAPÉUTICO"

El propósito del ambiente terapéutico es proporcionar a los pacientes "una organización social estable y coherente" que fomente la aplicación de un plan de tratamiento orientado a los objetivos terapéuticos (Tuck and Keels 1992).

Los psiquiatras influidos por los principios psicoanalíticos de la primera mitad del siglo XX, introdujeron la terapia ambiental cuando, al tratar de enriquecer la experiencia en el hospital, instruyeron al personal en el manejo terapéutico de los comportamientos indicativos de conflictos/déficits intrapsíquicos del paciente (Menninger, 1937) . El método basado en la instrumentalización de las interacciones personales en curso para fines terapéuticos fue adoptada por la Escuela Interpersonal (Sullivan, 1931) y el campo de niños, sobre todo en el de la obra de Bettelheim (1950)

El enfoque en el proceso social también generó interés en el impacto de la actitud personal en la creación de la atmósfera terapéutica (Moos, 1974). El personal comenzó a ser visto como el creador de un contexto terapéutico para el tratamiento. Empezó a darse importancia a las actitudes que llevan a cabo sobre cuestiones como la autonomía del paciente, el respeto y la benevolencia. El concepto de una "atmósfera " de la unidad de internamiento, creada por la actitud del personal sanitario y los pacientes, ha intentado fundamentar una relación entre la evolución positiva de los pacientes y las atmósferas de las unidades psiquiátricas.

Por último, el tercer modelo para el ambiente terapéutico llegó de Inglaterra, el movimiento de la "community as doctor". Aquí, el hospital se convertiría en un agente resocializador y el paciente en un participante activo en el tratamiento (Main, 1946). Jones (1953) dio forma a la idea en una estrategia de intervención distinta hasta el momento, con su concepto de la Comunidad Terapéutica. Principios de Jones de aplanamiento de la estructura de autoridad ("democratización"), la terapia de grupo flotante, y liderazgo/jerarquía funcional se combinaban para crear un ambiente que se potenciaba a través del aprendizaje social.

"UN AMBIENTE PROPICIO PARA LA RECUPERACIÓN"

Un comité de expertos de la Organización Mundial de Salud ya reconoció, en el año 1953, que la creación de una atmósfera terapéutica es en sí misma uno de los más importantes tipos de

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

tratamiento que un hospital puede proporcionar. Este comité identificó las siguientes características de ambientes terapéuticos; preservar la individualidad del/de la paciente, tener confianza en las personas atendidas, fomentar las buenas conductas, potenciar la responsabilidad e iniciativa de los y las pacientes y proporcionar una actividad adecuada durante el día.

De manera muy destacada, dos autores han abordado el tema de la atmósfera ambiente en las instituciones psiquiátricas desde diferentes puntos de vista: Peplau desde el campo de Enfermería y Moos desde el campo Psicológico. Peplau (1989), declaraba la necesidad de crear "un ambiente propicio para la recuperación" y afirmó que el medio en las unidades de hospitalización consiste en componentes estructurados y componentes no estructurados. Los componentes estructurados son aquellos rasgos organizados de un ambiente, como las actividades de grupo, que a menudo son impulsadas y dirigidas por el personal. Los componentes no estructurados son las interacciones interpersonales que ocurren de forma espontánea entre los pacientes y el personal. Estos forman la dimensión más importante y compleja del ambiente, que afirmó era un "área descuidada" (o área no atendida o inconsciente). Moos describe el clima social en términos generales como la "personalidad" de un entorno o ambiente. Utilizando un enfoque socio-ecológico se centró en cómo las personas eran influenciados por su entorno y se guió por la conceptualización de la "presión ambiental" (Murray, 1938). Esta presión ofrece una contrapartida externa a las necesidades de la personalidad internalizadas, *y el comportamiento fue visto como una función interactiva de las necesidades individuales y de la presión ambiental* (Moos y Houts , 1968) .

Otro autor destacado es Gunderson (1978), quién trató de comprender la interacción entre la institución y la persona, distinguiendo cinco actividades o procesos relacionados con el medio ambiente. Estos se denominan: contención, apoyo, estructura, implicación, y la validación. La Contención se refiere a satisfacer las necesidades básicas y prestar asistencia física y seguridad de las personas dentro del ambiente. Apoyo significaba la actitud de "bondad", alentar, como la base para una estructura que fomenta la previsibilidad y control. Estructura se refiere a tener una organización predecible de las funciones y responsabilidades. Implicación, relacionados a los procesos en los que el paciente participa e interactúa con el entorno social, y la Validación significaba afirmar la individualidad del paciente.

Como se puede observar, durante la segunda mitad del siglo XX la configuración de la atmósfera de las unidades psiquiátricas ha sido reconocido, y tanto poderes destructivos como terapéuticos se han atribuido a ella (Alden, 1978)

Reciente ha aparecido un valioso documento que según mi opinión, todo profesional de salud mental debe leer, el protocolo "Ambiente terapéutico en Salud Mental" y lo define de la siguiente manera: "El ambiente terapéutico es un concepto complejo, compuesto por diferentes dimensiones, relacionadas con recursos físicos, humanos y organizativos. Además, está

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

estrechamente relacionado con el manejo de conductas difíciles, la seguridad de las personas atendidas, la familia y los y las profesionales, y, también, con los episodios de contención mecánica/inmovilización terapéutica..." (SAS 2010)

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UHB DEL HOSPITAL DE GUADALAJARA

Describiremos a continuación nuestro trabajo de investigación para describir el ambiente de la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Universitario de Guadalajara realizada a finales del año 2015. Para ello nos valdremos de la WAS ATMOSPHERE SCALE (WAS), que explicamos, tras ello mostraremos los resultados obtenidos.

En consonancia con el enfoque de Gunderson, descrito más arriba, está la elaboración de Moos (1974) reseñado por Sunyer y colaboradores (1994) de la WAS (Ward Atmosphere Scale): Lewin (1965) señala que en todo contexto grupal, sus miembros desarrollan unas particulares pautas de comportamiento y de relación que permiten diferenciar un grupo de otro. Por lo general sus integrantes son capaces de describir el ambiente de su grupo en base a las características de las percepciones que tienen del mismo. Utilizamos el término atmósfera (diferenciándola de ambiente) para aquellos aspectos que rodean al grupo y que sí han sido generados por el propio grupo. El ambiente sería un constructo más inclusivo y menos medible, que incluiría la atmósfera y otros elementos (clima laboral, elementos físicos de la unidad...)

Así pues definiremos atmósfera como el resultado de las relaciones establecidas por las componentes de un grupo de acuerdo con los objetivos que dicho grupo se propone alcanzar, los métodos que utiliza para ello, y los aspectos organizativo-administrativos que pone a su disposición para alcanzar dicha meta. (Rebollo 1994)

Uno de los fenómenos que se hacen evidentes a lo largo del tiempo de trabajo son las oscilaciones del clima o ambiente del grupo de pacientes de la unidad en la que uno se encuentra y su paralelismo constante con el estado o funcionamiento de los componentes del equipo. Esto lleva a considerar que entre los dos grupos, el de pacientes y el de profesionales, se dan unas particulares relaciones que no están por lo general en la conciencia de sus miembros, y que determinan una particular manera de proceder (como sugería Peplau con lo del "área descuidada", inconsciente, no atendida).

Moos utiliza por igual la descripción de las características del espacio de internamiento desde la óptica de los pacientes y la del personal que les atienden. Y es precisamente a través de la valoración que realizan ambos colectivos como surge el perfil definido de la atmósfera de la sala en estudio. Compara las percepciones que pacientes y personal tienen de la cultura que entre ellos han generado, conociendo que, con mucha frecuencia, las percepciones de ambos grupos son bastante diferentes. Consecuentemente, pide a ambos colectivos que definan el entorno en

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

base a las mismas preguntas y, comparando ambas percepciones, podrá establecer dos líneas descriptivas de atmósfera de la sala.

El proceso de creación de la escala lo realiza Moos a partir de la comprobación de que en todo ambiente aparecen tres vectores básicos denominados dimensiones.

DIMENSIÓN RELACIONAL	DIMENSIÓN TRATAMIENTO	DIMENSIÓN ESTRUCTURA
<p>Tres subescalas:</p> <p>-Vinculación (implicación): valora en qué medida se considera que los pacientes participan en la vida de la sala</p> <p>- Apoyo: valora el grado de ayuda mutua que se da en la sala, tanto la que los pacientes se dan entre sí o la que reciben de los profesionales</p> <p>-Espontaneidad: nos aporta información respecto si se permite el que los pacientes se expresen con total libertad no sólo entre ellos sino ante los profesionales</p>	<p>Cuatro subescalas:</p> <p>- Autonomía: valora en qué medida se estimula para que los pacientes sean autónomos en su vida cotidiana</p> <p>- Orientación de los problemas prácticos: aporta información sobre el estímulo e interés que el personal pone en que los pacientes puedan resolver sus problemas de tipo práctico</p> <p>- Orientación de los problemas emocionales: en este caso se valora la preocupación por ayudar a resolver los problemas de tipo íntimo y personal (de índole menos práctica y más emocional)</p> <p>- Agresividad y enfado: informa del nivel de tolerancia y aceptación de las manifestaciones de enfado, de crítica y rabia que hay en la sala</p>	<p>Tres subescalas:</p> <p>- Orden y organización: pretende valorar la importancia que se da a que en la sala exista orden y la vida en ella esté organizada</p> <p>- Claridad del programa: nos aporta información sobre el grado en el que se percibe que hay un plan de trabajo y que éste es seguido y conocido por los pacientes</p> <p>- Control del personal: valora en qué medida se considera que el personal asistencial controla y vigila la vida de los pacientes en la sala</p>

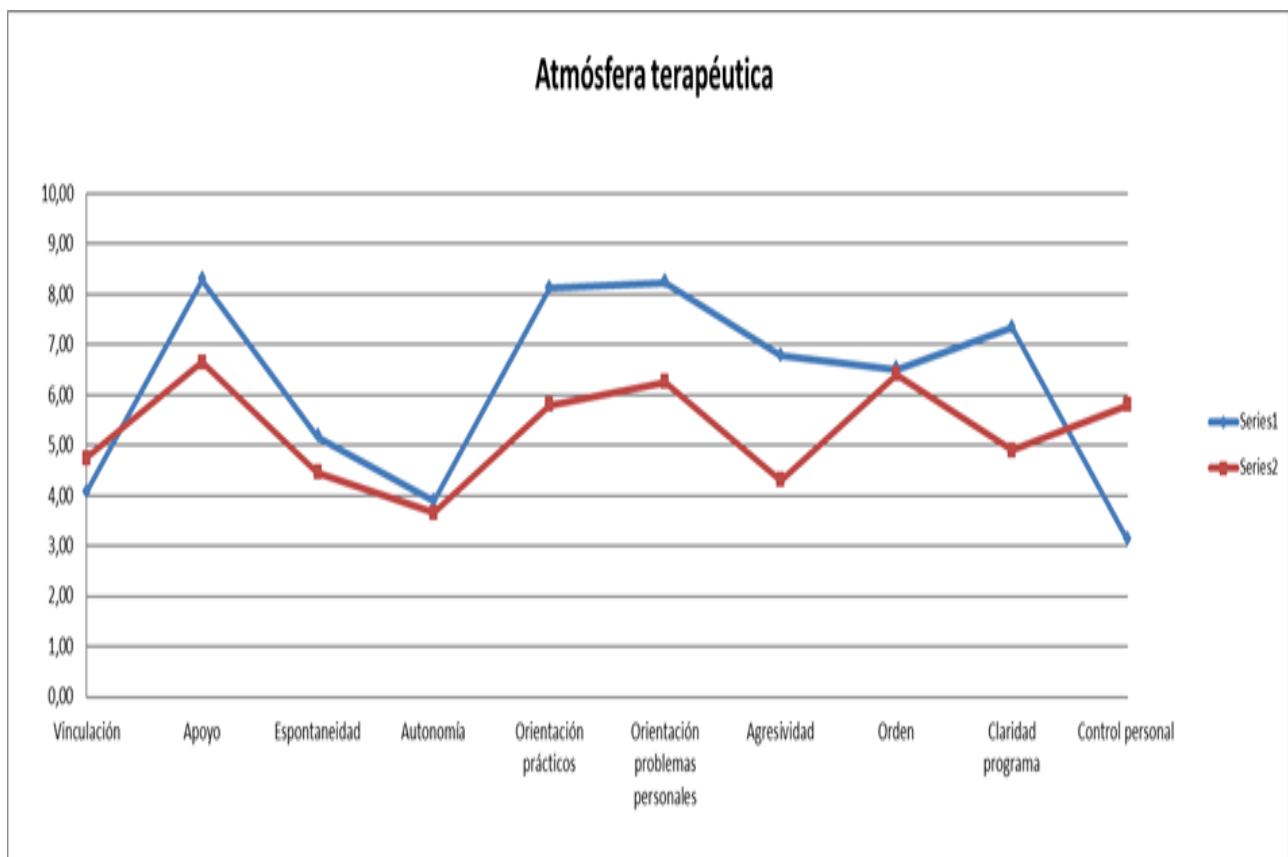
EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

Con todos estos elementos en la mano confecciona una relación de frases que surgen tras un periodo de observaciones y consultas bibliográficas. La escala definitiva consta de 100 ítems, que pertenecen a las 10 subescalas definidas anteriormente.

Este cuestionario ha obtenido niveles de consistencia interna, validez y fiabilidad suficientes como para considerar que sus resultados hablan de este elemento intangible que definimos como de "atmósfera". Se mantienen a lo largo de períodos de hasta 6 meses, siempre y cuando no se modifique el programa asistencial

La figura clave en la determinación de una atmósfera es el EQUIPO MULTIDISCIPLINAR y el PROGRAMA TERAPÉUTICO. El equipo es quien determina las pautas o patrones terapéuticos, las normas, las pautas relacionales...

Entonces se da una PARADOJA, en tanto que son los pacientes los que determinan cómo ven esas características, los profesionales al valorarlas tienden a dar una mejor imagen ya que ellos son los responsables de la misma. Los pacientes son más críticos. La rotación de pacientes no afecta tanto a las características de la atmósfera como las modificaciones del equipo o de los programas.



EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

UHB Guadalajara Octubre 2015	PERSONAL SANITARIO PS=18	PACIENTES PA=20
Vinculación	4,06	4,75
Apoyo	8,28	6,65
Espontaneidad	5,17	4,45
Autonomía	3,89	3,65
Or. Practica	8,11	5,80
O.Problem Pers.	8,22	6,25
Agresividad	6,78	4,30
Orden	6,50	6,40
Claridad Programa	7,33	4,90
Control Personal	3,11	5,80

EN BÚSQUEDA DE EVIDENCIA

Se supone que la atmósfera de las unidades de corta y media estancia que se caracteriza por una combinación de un alto nivel de orden y organización, orientación práctica y apoyo, así como un bajo nivel de la ira y la agresión, son más eficientes. Dicho perfil puede ser promovido por un alta proporción de personal/paciente, baja rotación de personal, un número relativamente pequeño de pacientes, un adecuada cantidad y calidad de trabajo en grupo, y una relación

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

relativamente alta entre el abordaje orientado al individuo y métodos de tratamiento orientados al grupo (Vaglum 1985).

En el estudio de Friis, treinta y cinco unidades de corta estancia se evaluaron con el WAS. Los resultados indicaron que los pacientes psicóticos y no psicóticos necesitan diferentes tipos de ambiente. Los pacientes psicóticos parecen beneficiarse principalmente de un ambiente con un alto nivel de apoyo, orientación práctica y orden y la organización, y un bajo nivel de ira y la agresión, mientras que los pacientes no psicóticos (neuróticos) parecen beneficiarse mayormente de un medio con un alto nivel de todo el subescalas excepto dos: el nivel de control personal debe ser baja y el nivel de la ira y la agresión debe probablemente a ser intermedias (Friis 1986). La investigación también ha demostrado que no hay un solo medio específico que es óptima para todos los pacientes psiquiátricos. Por lo tanto, parece necesario diferenciar la atmósfera de la sala para los diferentes tipos de pacientes (Friis, 1984, 1986). No se hacen puntualizaciones respecto a los pacientes diagnosticas de trastornos de personalidad, que frecuentemente requieren ingresar en la Unidades de Hospitalización Breve, aunque suponemos que en unas ocasiones la psicopatología estará más cerca de la "psicosis", y otras más cerca de la "neurosis".

A continuación revisaremos algunas de las "evidencias" (algunas veces tendremos que conformarnos con sugerencias y orientaciones prácticas...)

ALIANZA TERAPÉUTICA: APOYO, CLARIDAD Y ESPONTANEIDAD

El estudio de Johansson y Eklund (2004), determina que la calidad de las relaciones interpersonales es un factor dominante en el establecimiento de la alianza de ayuda. También es interesante que la ira y la agresión mostraran una correlación negativa con la alianza de ayuda. Esto indica que una atmósfera donde los pacientes y el personal de expresar abiertamente irritación, enojo, ira, puede ser perjudicial para el establecimiento de una buena alianza de ayuda.

Este estudio se centró en el establecimiento de la alianza de ayuda, y no en un entorno diádico como en la psicoterapia tradicional, sino en una situación aguda de hospitalización psiquiátrica. Los resultados se conectan fuertemente con los resultados de la investigación en psicoterapia anterior: los ingredientes importantes en el establecimiento de la alianza de ayuda fueron el apoyo, la claridad del programa y la espontaneidad. *El APOYO fue, con mucho, el factor más importante.* Como factor sala-ambiente, el apoyo es sobre cómo los pacientes perciben el clima social en el ambiente, y un alto nivel implica que los pacientes se sientan alentados y apoyados. Este hallazgo es consistente con otros estudios sobre los factores de facilitación en la psicoterapia, como la que el paciente se siente nutrido, apoyado, aceptado y comprendido. Otras

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

descripciones de la atmósfera en unidades de media estancia también relacionan los constructos "atmósfera" y "alianza terapéutica" (Vidal et al 2015)

Resultados que evalúan programas de rehabilitación psicosocial multicéntricos refieren que un mejor funcionamiento del equipo multidisciplinar, las unidades están más abiertas a los recursos psicosociales ambulatorios y los pacientes tienen más recursos sociales, tienden a ser programas más "solidarios" y tener más énfasis en el apoyo activo, autonomía, la expresión personal y la orientación práctica. (Timko , Moos 1998 a y b)

Los resultados también indican otro ingrediente en el establecimiento de una buena alianza de ayuda, es decir, alguna forma de la claridad y la estabilidad en relación y tratamiento. La claridad del programa factor de unidad - ambiente es evidente en cómo la estructura del tratamiento es y qué tan estable y explícita las reglas y expectativas de la unidad son. Este factor es muy similar al concepto de marcos psicoterapéuticos en la psicoterapia (encuadre). La relación entre el paciente y el terapeuta debe ser de confianza y estabilidad, donde los límites y roles deben estar claramente definidos. Además, la relación debe ofrecer una participación materna -como y que el personal pueda servir como un contenedor para los problemas de los pacientes (Langs, 1979).

La espontaneidad fue otro importante factor de sala - ambiente. Este factor es sobre el grado en que los pacientes perciben que el medio les anima a expresar abiertamente sus emociones y sentimientos. Esto indica que un entorno estable y positivo tiene que ser complementada con un ingrediente expresivo y exploratorio , el cual está en línea con (1992b) la idea de Werbart acerca de una combinación entre factores de apoyo y exploratorias en la atmósfera de la unidad.

Las unidades en las se reportan mayores tasas de interacción paciente/profesional, ya sea en actividades estructuradas como no estructuradas, son las que muestran mayores índices de mejoría en los pacientes (Alden 1978). Las relaciones entre profesionales y pacientes han de basarse en el respeto y la tolerancia. Las relaciones terapéuticas deben posibilitar que los pacientes puedan compartir sus problemas, sentimientos y emociones y han de garantizar el apoyo al paciente en las situaciones de crisis. Es conveniente que faciliten que las personas usuarias puedan expresar sus pensamientos y saber que se respetará la confidencialidad de los mismos en el seno del equipo. (SAS 2010)

Por ello, es importante que los estilos relacionales en el equipo terapéutico se caractericen por bajos niveles de criticismo y hostilidad, que eviten la sobreimplicación emocional, y que exista un predominio de comentarios positivos y manifestaciones de afecto e interés (Rathbone, 2005).

Otro elemento importante en la relación entre profesionales y pacientes es la percepción de coacción. La coacción objetiva, como el ingreso y tratamiento involuntario, crean experiencias relacionales negativas (Gilburt, 2008).

La necesidad de seguridad respecto a sí mismo y a los demás es otro factor a tener presente en el establecimiento de la relación terapéutica. El contacto social para algunas personas usuarias

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

puede significar seguridad y para otras no. El significado que se le otorgue a la seguridad, está en función de cómo sea percibida la relación con los y las profesionales y otras personas usuarias. La percepción de falta de seguridad suele estar en la base de la violencia y el sentimiento de miedo. Asimismo, los y las profesionales, también temen que las personas atendidas se hagan daño a sí mismas o a otras personas. Estas situaciones pueden conllevar el uso de medidas coercitivas para el control del comportamiento de los y las pacientes.

Unido a lo anterior es importante, estimular la confianza en los y las profesionales, que está relacionada con la seguridad y la coacción. En este sentido, las personas atendidas suelen sentirse confiadas con aquellos profesionales capaces de contener y manejar una situación de crisis. Los profesionales en los cuales se puede depositar confianza son descritos por las personas usuarias como buenos/as profesionales, capaces de manejar situaciones en las que está en riesgo la seguridad del paciente, flexibles, no coercitivos, comprometidos/as y preocupados/as por los y las pacientes.

Las experiencias positivas de las personas usuarias con el tratamiento suelen estar relacionadas con un buen clima emocional y suelen ser el resultado de relaciones terapéuticas positivas. Este clima emocional incluye aspectos como sentirse cuidada, segura de sí misma y con los/as demás, comunicación simétrica y de ser tratada con honestidad, respeto y dignidad. (Caderyn 2007).

Las personas atendidas valoran positivamente las siguientes características de los y las profesionales: 1) Mostrar cercanía. 2) No realizar juicios de valor. 3) Tener capacidad de empatizar. 4) Ser respetuoso/a con los deseos y necesidades de los y las pacientes. 5) Estar formado/a en establecer relaciones de tipo colaborativo (SAS 2010).

Algunas consideraciones teóricas derivadas de éstos resultados conducen en la dirección del concepto psicodinámico de sostén (holding). Winnicott (1960, 1971) describe la función de sostén como originarias de la época cuando el niño es totalmente dependiente del medio ambiente para sobrevivir. La función de sostén, que es completamente necesaria para el crecimiento psicológico del niño, implica que el entorno cumple psicológica y físicamente las necesidades del bebé, día y noche, es decir, el medio ambiente tiene que ser a la vez contundente y estable.

Cuando alguien se vuelve psicológicamente y mentalmente enferma y tiene que asistir a una clínica psiquiátrica aguda, no es raro que el paciente pasa por procesos regresivos y experimenta el caos y la confusión. Las necesidades del paciente y de las demandas sobre el personal en una situación de este tipo parecen bastante similar a la de un entorno que sostiene psicológicamente

ENCUADRE: NORMAS, CLARIDAD Y CONTROL

Los profesionales sanitario de Unidades Psiquiátricas emplean normas para establecer límites en el comportamiento de los pacientes, por ejemplo, el consumo de tabaco, la adecuación sexual y

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

la hora de regreso a la unidad. Las normas son un medio tangible de la evaluación de la flexibilidad o inflexibilidad del sistema social de la sala, porque la forma en que se aplican y la importancia relativa atribuida a ellas, indica la capacidad de respuesta de los regímenes de enfermería a las necesidades de los pacientes. La rigidez puede reflejar la inflexibilidad de los sistemas de la sala y de la incapacidad de proporcionar atención de enfermería individualizada en forma de contactos de uno-a-uno con los pacientes (Alexander 2004).

Alden (1978) puso de relieve los efectos psicosociales negativos de los regímenes rígidos, y demostró que el logro del cumplimiento de los pacientes puede impedir la recuperación. Watkins (1979) discutió el papel ambivalencia entre el personal médico y residencial sobre el uso de la autoridad. Abogó por la claridad de las reglas, y la toma de decisiones interdisciplinario con el fin de integrar el uso de la autoridad en el tratamiento.

Lützen (1990) encontró que la ideología psiquiátrica dominante puede entrar en conflicto con los valores morales del staff, éste consideró que las actividades de control entraban en conflicto con sus valores básicos, y los profesionales sintieron que no podían proporcionar cuidados de enfermería auténticos. Se las arreglaron como pudieron para afrontar la ambivalencia al mantener el profesionalismo e interpretaron éste como "distanciamiento" de los pacientes. La "Alianza de Grupo" o corporativismo era otra forma a la recurrieron para hacer frente al conflicto ideológico.

Johansen (1983) analizó el comportamiento de los pacientes con trastornos de la personalidad, y observó que su baja tolerancia a la frustración les hizo hacer caso omiso de las normas de sala con frecuencia. Él describió una situación en la que la sala se convirtió en menos flexible tras un incidente incendiario, y recomendó flexibilidad constante para facilitar la atención individualizada. Advirtió que los pacientes con psicosis crónicas pueden ser descuidados cuando las enfermeras imponen límites a los pacientes con trastorno de la personalidad que utilizan las normas para ganar más atención. Pades (1972) describe también la posibilidad de "regresiones patológicas" de algunos pacientes border-line, que ocurren en unidades abiertas/comunitarias y que podrían requerir la derivación a unidades cerradas con límites más estrechos.

Las normas de sala fueron fundamentales para un marco teórico explicativo para la violencia del paciente ideado por Morrison (1989). Ella planteó la hipótesis de que la agresión del paciente se asocia con la falta de claridad en la regla y la inconsistencia de éstas. Esta hipótesis fue apoyada por los resultados en que Morrison encontró que un aumento en la aplicación incoherente de las normas se asoció con un aumento en el incumplimiento. Ella utilizó los resultados para generar cinco predictores de violencia, que incluyó la interpretación discrepante de las normas terapéuticas, la aplicación inconsistente de las normas sociales, el diagnóstico de la esquizofrenia o el abuso de sustancias, y la incapacidad de los pacientes para adherirse a las normas sociales

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

Los pacientes pueden no percibir las normas de unidad como punitivas o de control, y pueden ver la configuración de límite como una expresión de apoyo o la preocupación del personal sanitario. Los resultados de Caplan (1993) pusieron de relieve las diferencias entre el personal y los pacientes en la percepción de la claridad de regla. En su estudio, muchos pacientes no mostraban tener claridad sobre las reglas y sobre las expectativas de su conducta. También percibían mayores niveles de control de que el personal, pero ambos grupos identificaron buenos niveles de apoyo en el entorno. Caplan indicó la posibilidad de la visión de los pacientes como un control positivo, ya que se proponía en un contexto de cuidado. Esta hipótesis refleja la teoría acerca de la eficacia de un medio de sostén/contención psicológica (holding/Winnicott) para el manejo del paciente.

Las recomendaciones del estudio de Bensley (1995) reflejan las sugerencias de Morrison (1989) acerca de la importancia de la claridad y la coherencia de las normas. Las normas de unidad también pueden utilizarse para ejercer poder sobre los pacientes (a costa de su individualidad).

Crichton (1998) discutió cómo la teoría psicodinámica puede ayudar al personal a comprender y responder al incumplimiento de las normas. La teoría dinámica clásica da una perspectiva sobre el control interno y el mantenimiento de la regla. Se establece un paralelismo entre el fomento del cumplimiento de las normas de la Unidad Psiquiátrica y la función de los padres, y discute cómo las experiencias previas de los pacientes de la mala crianza de los hijos pueden ser re-promulgada por la institución si el personal no se les ayuda a manejar los sentimientos engendrados por desobediencia de las reglas. Recomendaciones de Crichton son similares, pero al igual que Johanssen (1983) aboga por la flexibilidad de las normas en ciertas circunstancias.

Varios estudios abogaron por fomentar una alta estructura para modificar la agresión, pero un número casi igual llegaron a la conclusión de que los ambientes rígidos engendran violencia en el paciente. La literatura está dividida con respecto a los pros y los contras de la alta estructura, y tiene que ser más firmemente asentada en la evidencia. Esta división de opiniones significa que no podemos establecer si los ambientes rígidos o flexibles son la mejor manera de gestionar las unidades psiquiátricas. Los artículos psicodinámicos ofrecen una perspectiva alternativa sobre el uso de las normas en las unidades de Hospitalización Psiquiátrica. Los autores psicodinámicos, argumentaron que los ambientes altamente estructurados proporcionan una experiencia emocional correctiva, especialmente para los pacientes con trastorno de la personalidad.

La planificación horaria del funcionamiento de las unidades y servicios, ofrece un orden externo que hace que la persona atendida se sienta mejor y que, además, ayuda a reestructurar el desorden interior de la persona. . A través de las actividades se abre y sostiene un espacio de diálogo y escucha que ayuda a los y las pacientes a salir del aislamiento. Especialmente en las actividades grupales, se persigue además un proceso socializador. Además, las actividades son

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

un medio de escape y de desahogo de las angustias, preocupaciones y miedos y en el desarrollo de las mismas se puede abordar el estrés de la hospitalización (SAS 2010)

Dentro de las unidades psiquiátricas, las llamadas "asambleas" o "reuniones/grupos comunitarios" son un termómetro que nos indica la calidad del ambiente, hincapié en la inculcación de normas y actitudes que faciliten tratamiento, la oportunidad dichas reuniones se prevé la expresión de los sentimientos difíciles, el surgimiento de problemas logísticos y/o interpersonales, y la exploración de temas existenciales universales. Bernard (1983) identifica como terapéutico el setting, la claridad de la tarea, la definición de rol, el manejo de los límites y fijar estructura y se ofrecen algunas consecuencias negativas respecto a una asamblea que no está cuidadosamente concebido y conducida. En nuestro ámbito consideramos muy valiosas las recomendaciones de Martin Cabrero y Martinez Rodriguez (2009) sobre su experiencia en la aplicación de técnicas de psicoterapia grupal en la Unidad de Agudos.

IMPORTANCIA DE LA MOTIVACIÓN

La motivación de los pacientes es un obstáculo común para un tratamiento exitoso dentro de los entornos de hospitalización. Los pacientes en salas de hospitalización están habitualmente poco motivados para comprometerse con los tratamientos, tanto psiquiátricos y psicológicos, a menudo, ya sea porque tienen poca idea de su condición, o que se sienten frustrados por sentirse "victimizados" por un tratamiento obligatorio impersonal.

Los estudios que han examinado la eficacia de la prestación de los tratamientos psiquiátricos de manera obligatoria han sugerido que el acto de hacer el tratamiento obligatorio puede reducir su eficacia (Preston 2002, Kisely 2005). En teoría, estos resultados no son sorprendentes, se sabe que los factores motivacionales "externos" son menos propensos a producir un cambio de comportamiento que los "internos" (Deci 1985).

Para muchos pacientes, sin embargo, la detención en contra de sus deseos expresados es una realidad inevitable de su condición, y el tratamiento en régimen de ingreso psiquiátrico, y en la comunidad después del alta, es importante. Por lo tanto, debemos preguntarnos cómo los tratamientos efectivos pueden ser administrados cuando los pacientes perciben los tratamientos como obligatorios.

La condición jurídica del paciente puede complicar las relaciones. Los pacientes que están internados de manera más restrictiva y no se les permite de salida de la Unidad puede esperarse que tiendan a sentirse menos motivados a participar en los tratamientos. También pueden ser más deprimente, si se experimenta el tratamiento como punitivo, como un castigo. Desde una perspectiva de recuperación, sería más importante para los servicios psiquiátricos asegurar que todos los pacientes, independientemente de la extensión de sus restricciones legales sean conscientes de las cosas que necesitan hacer/mejorar para progresar, y que sean capaces de

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

acceder a los tratamientos necesarios, servicios e instalaciones. Tal empoderamiento puede ayudar a superar los sentimientos de impotencia asociados con la depresión y la falta de motivación.

La depresión puede ser particularmente importante para ciertos aspectos de la motivación, la correlación entre la depresión y la "confianza en la Unidad" es particularmente alto. Se sugieren dos explicaciones compatibles, en sentido bidireccional. En primer lugar, los pacientes deprimidos tienden a percibir menos confianza en la unidad debido a los procesos cognitivos generales, tales como la afectividad negativa y sesgos atencionales, que trabajan para confirmar y mantienen creencias negativas sobre la unidad. En segundo lugar, las unidades en las cuales los pacientes tienen poca confianza pueden causar en los pacientes tendencias a sentirse deprimido, si no tienen acceso a los tratamientos que ayudan a su recuperación, los pacientes no pueden estar motivados a participar en tratamientos si perciben que tales tratamientos no están disponibles. Altos niveles de depresión pueden reflejar síntomas negativos no tenidos en cuenta, siendo los síntomas amotivacionales los más estresantes.

La depresión y la atmósfera de la unidad son construcciones vinculadas entre sí y ambos afectan a la motivación del paciente para participar en el tratamiento, la motivación sólo se mejorará al máximo cuando ambos factores se consideran en conjunto. (Beazley and Gudjonsson, 2011)

PERSPECTIVA CENTRADA EN EL PACIENTE

Desde la perspectiva humanista, siguiendo el método de Carl R. Rogers, que se basa en las tendencias del ser humano al crecimiento, la salud y la adaptación; la terapia representa un medio para permitir a la persona recuperar su curso normal de desarrollo (Rogers 1951)

El SAS se propone como objetivo principal: mejorar el ambiente terapéutico de los dispositivos de Salud Mental para garantizar la humanización de la atención y favorecer el proceso de continuidad de cuidados y recuperación de las personas atendidas. Para garantizar una atención humanizada es imprescindible personalizar la atención y organizar los servicios basándose en las necesidades de los/las pacientes y no a la inversa.

Tener en cuenta la experiencia de los pacientes y familiares se considera clave para proveer la excelencia en prestaciones de salud, lo que implica un complemento necesario a los enfoques psicoeducativos. La idea de la recuperación reside en un conjunto de valores sobre el derecho de una persona para construir por si misma una vida con sentido, con o sin la continua presencia de síntomas de enfermedad mental (Hernández 2013). Se basa en ideas de autodeterminación y autocontrol y enfatiza la importancia de la esperanza para mantener la motivación y apoyar las expectativas de una vida individual plena a pesar de la enfermedad.

Según Andersen, Oades y Caputi (Sainsbury 1998), la recuperación tiene 4 componentes claves:

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

- 1) Encontrar esperanza y mantenerla: creer en uno/a mismo/a, tener sentido de autocontrol y optimismo de cara al futuro.
- 2) Restablecimiento de la identidad positiva: encontrar una nueva identidad que incorpore la enfermedad pero que mantenga un sentido positivo de uno/a mismo/a.
- 3) Construir una vida con sentido, entender la enfermedad: encontrar un sentido a la vida pese a la enfermedad y dedicarse a vivir.
- 4) Asumir responsabilidad: sentir que se controla la enfermedad y que se controla la vida.

La incorporación de la visión de la recuperación en los servicios de Salud Mental hace imprescindible procurar una implicación activa de las personas atendidas en su tratamiento y organización de los servicios. Adaptar los servicios para involucrar al máximo a los y las pacientes (y sus familiares), independientemente de su estado, es un reto que debe de considerar cada organización. Esto implica que los servicios deberían de estar organizados alrededor de las necesidades de los y las pacientes y no al revés.

PERCEPCIONES DEL EQUIPO Y DE LOS PACIENTES

Como se puede observar en los resultados que hemos mostrado de la UHB de Guadalajara, las percepciones del personal y los pacientes como colectivos no coinciden. El personal tiende a ver la atmósfera de la sala más favorable que los pacientes (Sunyer 2005), sin embargo, es sorprendente que, en contra de lo que se podría pensar, algunos estudios señalan que los pacientes no son contribuyentes significativas en la atmósfera de la unidad. Aparentemente no hay características distintivas de la atmósfera de la sala que sólo se pueda atribuir a los pacientes. Así, el paciente parece ser una figura periférica, casi invisible, en las salas psiquiátricas, lo que sugiere tanto la necesidad de contrarrestar esta tendencia y generar un ambiente donde el paciente esté más implicado y sea más visible (Brunt y Rask 2007).

Otros estudios, como el de Friis (1984), sí relacionan características de los pacientes con variaciones de la atmósfera. En primer lugar el número, siendo éste un factor que afecta principalmente a la claridad, y que puede disminuir la favorabilidad de los ambientes, aumentando la expresión de ira/enfado de formas inadecuadas o antiterapéuticas. Por ello se recomienda un número no superior a 16 enfermos por Unidad de Agudos. También influyen la edad de los enfermos y el porcentaje de pacientes "psicóticos", entendido como "conductas psicóticas", también manifestadas por personas diagnosticadas de Trastorno de la Personalidad. Altas tasas de estos factores también pueden disminuir la favorabilidad de los ambientes. Asimismo, los casos más "agudos" prefieren y están más satisfechos en entornos de tratamiento que se caracterizan por un alto nivel de participación y la orientación práctica y un bajo nivel de expresión de comportamiento enojado/agresivo y de control del personal (Rossberg et al 2006).

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

Sin embargo, tenemos que concluir que hay diferencias individuales importantes en la percepción de los entornos de tratamiento, medida por la WAS, pero que estas diferencias no se pueden explicar en grado sustancial por edad, sexo, años de educación, el diagnóstico, el rasgo de la personalidad, síntoma o malestar interpersonal. Esto implica que las diferencias individuales en la percepción de los entornos de tratamiento tienen que ser considerados idiosincrásico hasta que otras variables, métodos o diseño de la investigación demuestren lo contrario. (Pedersen, Karderud 2007) La valoración del entorno de tratamiento, así como las preferencias generales relativas al ambiente/atmósfera de unidad se basan principalmente en los valores culturales comunes, mientras que el estado de la persona individual (ya sea admitido o empleado) parecen ser de poca importancia (Schjhot et all 2003)

Estudios como los de Rossberg (2004), parecen indicar que la atmósfera de la unidad es más importante para la satisfacción de los pacientes que para la satisfacción del personal. Estos estudios también señalan la importancia de tener en cuenta el espacio físico de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.

Sin embargo, estudios como el de Jansson y Eklund (2002) sugirieron que la inclinación de cada paciente para interpretar los signos de la atmósfera psicosocial debe ser tomado en cuenta, dado que pueden dar una pista de cómo los pacientes con ciertas características, posiblemente, pueden responder a la atmósfera de la sala. El estudio también mostró que la percepción de la atmósfera de la sala estaba supeditada a factores tales como el autoconcepto de los pacientes, los síntomas y la capacidad cognitiva. Un alto nivel de auto-control percibido, predijo un alto nivel de apoyo, orientación práctica, y orden y organización en la sala. En cambio, un alto nivel de síntomas paranoides aumentó el riesgo de percibir un alto nivel de ira y agresión y un bajo nivel de claridad del programa en la sala. Con respecto a la capacidad cognitiva, dos factores fueron importantes en la predicción de atmósfera de la sala percibido. Un bajo nivel de competencia social se asoció con la percepción de un bajo nivel de orden y organización. Un bajo nivel de pensamiento abstracto se relaciona con un bajo nivel de ira y la agresión percibida y un alto nivel de pensamiento abstracto a un bajo nivel de claridad del programa. Con respecto a las sugerencias para la práctica, este estudio apunta a que cada paciente debe ser acogido y tratado de manera individual.

En cuanto al aspecto de Control personal de la sala de atmósfera, los hallazgos de Schjhot (2003) sugieren que los pacientes y el personal no estaban de acuerdo en su percepción de las realidades de la unidad, los pacientes percibían un grado de Control mucho mayor que el percibido por el personal (también en Sunyer 2005). Al mismo tiempo, sin embargo, ambos grupos parecían tener en cuenta la cantidad actual de control de personal, y éste tendía a ser muy coherente con sus ideales (ambos grupos coincidían respecto al grado de control "ideal"). Este resultado, en cierta medida puede ser debido al sesgo procedente del personal, derivado del malestar emocional que a menudo se conecta con situaciones en las que son necesarios

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

controles y limitaciones hacia los pacientes. En consecuencia, el personal podría tender a subestimar el grado en que se utilizan para limitar y controlar las medidas hacia los pacientes.

En general, parece haber un alto grado de consistencia en los resultados entre los estudios anteriores y el presente. Dado que los estudios mencionados se llevaron a cabo en los años 1970, 1980 y principios de 1990, las diferencias entre el paciente y la percepción del personal de la atmósfera de la sala, parecen permanecer bastante constante en el tiempo (como también sugiere Sunyer 2005).

Una explicación podría ser que los dos grupos difieren en cuanto a la razón por la que están presentes en la unidad de psiquiatría, y en la tarea que se enfrentan: Los pacientes se enfrentan a una situación en la que se ve afectada la totalidad de su vida. El personal, en cambio, se enfrentan con una situación normal, que se caracteriza por las tareas y rutinas habituales, y su vida no es tan totalmente involucrado como son los pacientes". Parece razonable suponer que estas diferencias esenciales en términos deben reflejarse en la forma en que la atmósfera de la sala se percibe. (Schjhot et all 2003)

El hecho de que familiares puedan presenciar en las unidades de hospitalización cómo los y las profesionales manejan las conductas disruptivas y cómo estos episodios les afectan a ellos mismos, a su familiar y a otras personas usuarias, es un indicador clave de calidad de cuidados y puede tener un gran impacto en su relación con el equipo multidisciplinar. (SAS 2010)

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Un factor crítico que participa en la transformación potencial de los hospitales psiquiátricos es el desarrollo y el funcionamiento de los equipos de atención de salud. La facilitación de las relaciones entre los individuos es convicto considerado parte del cambio organizacional. El Instituto de Medicina (2001) informó de que la cooperación entre los médicos debe ser una prioridad y un equipo interdisciplinario debe funcionar para intercambiar información y coordinar la atención.

El trabajo en equipo tiene muchos beneficios, tanto relacionado con los y las pacientes y sus familiares como con los y las propios/as profesionales y favorece una mejor calidad de la toma de decisiones. Los tratamientos y los diagnósticos pueden ser altamente complejos y la utilización de toda la información que posee el equipo en su conjunto, hace que disminuya el riesgo de tomar decisiones sin tener en cuenta todos los datos vitales. Además, el trabajo en equipo clarifica los roles y responsabilidades y garantiza un mayor compromiso con respecto al plan de tratamiento, ya que al participar en la toma de decisiones, los y las profesionales las integran mejor. Con respecto a los y las profesionales, el trabajo en equipo favorece el apoyo mutuo en un entorno estresante, ya que pueden beneficiarse de la ayuda que aporta para

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

superar las dificultades externas o propias, acogiéndose a la seguridad que proporciona el equipo (SAS 2010).

El equipo de atención de la salud se basa en el diálogo respetuoso y colaborativo donde los miembros comparten su perspectiva y apoyen a otros en su enfoque con los pacientes.

A primera vista, el trabajo en equipo y la autonomía del profesional pueden parecer que ser conceptos opuestos, pero la investigación ha demostrado que el trabajo en equipo y la autonomía están significativamente correlacionados. Los investigadores observaron que la asociación del trabajo en equipo y la autonomía sugeriría sinergia más que de conflicto (Rafferty et al., 2001, p. 35). Es decir, los equipos eficaces que respeten la autonomía de sus respectivos miembros. Esto tiene implicaciones para la gestión organizacional administrativa y los roles de práctica clínica.

En el equipo multidisciplinar, todos están trabajando en un mismo plan de tratamiento y hablan con una sola voz a pacientes y familiares. Esto es muy importante, porque hay pocas cosas más desconcertantes para las personas atendidas y sus familias que profesionales dando indicaciones contradictorias.

IMPLICACIÓN y BURNOUT

La transformación de la cultura de un hospital psiquiátrico de custodia a la atención orientada a la recuperación es un proceso de organización multidimensional. Kramer y Schmalenberg (2002) señalan que la vitalidad, dinamismo, capacidad de adaptación, y la fuerza de una cultura están determinadas por el grado de asociación entre las distintas subculturas dentro de la organización y el compromiso de los miembros de la organización. Con el fin de hacer la transición a los servicios orientados a la recuperación, profesionales de la salud tendrán que obtener las habilidades avanzadas, conocimientos y experiencia clínica para colaborar eficazmente con los individuos hacia la recuperación.

Además, tendrán que ser abordados con el fin de que los pacientes participen activa y plenamente en su proceso de recuperación en los cambios del hospital medio ambiente, estructuras y procesos. Nasset (2008) indica que la participación de los pacientes en la terapia (Implicación) se refleja en la satisfacción del paciente y sugiere que podría ser considerado como una importante contribución a la investigación futura en este campo de la psiquiatría. También muestra cómo un programa corto de entrenamiento al personal sanitario puede modificar la atmósfera en la dirección deseada.

El factor de Participación (Implicación) de la atmósfera de la sala, el clima psicosocial de trabajo y el factor de Claridad se relacionaron significativamente con estrés percibido por los profesionales (Tuveson et al 2011). Estos hallazgos pueden tener implicaciones importantes

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

para los esfuerzos por mejorar las condiciones de trabajo del personal sanitario, y prevenir el indeseable burn-out. Una posible manera de prevenir el estrés podría ser centrarse en la atmósfera de la unidad, y sobre todo en la actividad del paciente y el compromiso mutuo entre los pacientes y el personal. La gestión de enfermería debe hacer hincapié en el desarrollo de metas claras para el trabajo del personal y aclarar las expectativas del trabajo, haciéndolo más visible y explícito (Caldwell et al 2006).

El síndrome de burnout, caracterizado por el agotamiento emocional o la sensación de que uno es demasiado emocionalmente agotado para dar de sí mismo psicológicamente es consecuencia de la mala calidad trabajo en equipo y la baja autonomía. Se caracteriza por, actitudes y sentimientos acerca de los pacientes cínicas y negativas, y un sentido de realización personal reducido y la tendencia a autoevaluarse negativamente (Maslach y Jackson, 1986).

TRABAJO EN EQUIPO Y CLIMA LABORAL

El clima laboral es el medio ambiente humano y físico en el que se desarrolla el trabajo cotidiano y está directamente relacionado con el trabajo en equipo. Las investigaciones sobre clima laboral se constituyen en un proceso sumamente complejo a raíz de la dinámica de la organización, del entorno y de los factores humanos. Las personas trabajadoras perciben un clima favorable cuando sienten que están haciendo algo útil que les proporciona un sentido de valor personal y frecuentemente quieren trabajos que les supongan un desafío, que sean intrínsecamente satisfactorios.

El concepto de clima laboral se ha definido como: la cualidad o propiedad del ambiente organizacional que es percibida o experimentada por las personas miembros de la organización e influye en su comportamiento. Es un conjunto de propiedades del ambiente laboral, percibidas directa o indirectamente por la plantilla, que se supone son una fuerza que influye en la conducta del mismo. Sin embargo, estas percepciones dependen en buena medida de las actividades, interacciones y otra serie de experiencias que cada miembro tenga con la organización. De ahí que el clima organizacional refleje la interacción entre características personales y organizacionales. (SAS 2010)

Entre los factores del clima laboral de una organización que más influyen en la satisfacción de los trabajadores se encuentran la motivación, la comunicación y el liderazgo. La motivación es un elemento importante del funcionamiento organizacional, que permite canalizar el esfuerzo, la energía y la conducta en general de la persona trabajadora, permitiéndole sentirse mejor con respecto a lo que hace y estimulándole para que trabaje más para el logro de los objetivos que interesan a la organización. En este sentido, Robbins (1999) señala que la motivación vendría definida por: el deseo de hacer mucho esfuerzo por alcanzar las metas de la organización, condicionado por la posibilidad de satisfacción de alguna necesidad individual. La motivación

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

laboral es una herramienta muy útil a la hora de mejorar el desempeño de la plantilla ya que proporciona la posibilidad de incentivarla a que lleve a cabo sus actividades y lo haga con gusto, lo cual puede generar un alto rendimiento de los trabajadores y trabajadoras y de la organización en general.

La comunicación es un elemento clave en el clima laboral. Se define como la transferencia de información de una persona a otra y es un medio de contacto con los demás a través de la transmisión de ideas, datos, reflexiones, opiniones y valores. Su propósito es que el receptor comprenda el mensaje de acuerdo con lo previsto.

Por último, el liderazgo en la organización es esencial. El liderazgo ha sido definido como el proceso interpersonal mediante el cual las personas responsables tratan de influir sobre sus colaboradores y colaboradoras para que logren las metas del trabajo prefijadas. De manera general, una persona coordinadora comprensiva que brinda retroalimentación positiva, escucha las opiniones de la plantilla y demuestra interés, permitirá una mayor satisfacción en el equipo, lo que repercutirá positivamente en el clima laboral. Las tendencias más actuales destacan la necesidad de adaptación y flexibilidad (Taplin 2013)

Hay aspectos que favorecen el trabajo en equipo relacionados con las organizaciones y con los y las profesionales. En las organizaciones es necesario que haya canales de comunicación adecuados y se han de fomentar los espacios de encuentro y negociación entre las diferentes personas miembros del equipo, y esto repercute en la calidad asistencial (Shortell 1995, 2000)

Sin embargo, en la práctica diaria hay muchos obstáculos que dificultan el trabajo en equipo, como pueden ser las inseguridades personales y profesionales, las resistencias al cambio, las «ilusiones» de poder, o el miedo a perderlas, y un corporativismo no justificado. Pero muchas veces es la propia dinámica de trabajo la que impide un buen trabajo en equipo porque «la demanda no nos deja respirar». Con respecto a las funciones de las disciplinas es conveniente evitar una delimitación excesiva ya que puede crear compartimentos estancos, que difícilmente van a permitir un trabajo en equipo. Tampoco es positivo una falta total de descripción de funciones, pues ello merma la confianza del profesional y puede generar posturas defensivas hacia otras profesiones (SAS 2010)

CONTRATRANSFERENCIA EN EL EQUIPO

Sobre las teorizaciones de Jaques (1955) y Menzies (1960) sobre cómo los mecanismos de proyección e identificación proyectiva operan enlazando el comportamiento individual y el social, y cómo en el contexto hospitalario, se desarrollan unas complejas dinámicas transferenciales-contratransferenciales entre los pacientes, familiares, personal sanitario e institución, Hinshelwood (1999) nos alerta de una posible retracción a unas actitudes "científicas" como

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

defensa en el contacto emocional de personas afectas de Esquizofrenia y Trastornos graves de personalidad.

Pacientes y familiares pueden experimentar complejos sentimientos como aprecio, gratitud, respeto, afecto mezclados con el resentimiento por su dependencia (física/emocional) y la rabia por la imposición del tratamiento farmacológico, psicosocial y las rutinas del hospital, así como mostrarse muy críticos y demandantes, escondiendo el hecho de la necesidad del internamiento como una prueba de su inadecuación. En contraste, el personal sanitario, que necesita desarrollar y validar su identidad profesional basada en dos supuestos básicos: 1) necesita que los pacientes/familiares "habiten" el mismo mundo de significados o al menos la voluntad de aprender los que el profesional puede ofrecer; y 2) necesita validar su rol de cuidador/ayudador; puede reaccionar ante la desconfirmación de tales supuestos con una retracción del contacto emocional con los pacientes.

Estas complejas dinámicas interpersonales, pueden generar círculos viciosos patológicos, que lleven a tratar como objetos a los pacientes afectos de esquizofrenia y a condenar y rechazar a los afectos de graves trastornos de personalidad, escondiéndolos en actitudes supuestamente científicas, deshumanizando la atención y cuidado de éstas personas.

El esfuerzo de entender no sólo proviene de la inspiración psicoanalítica, ya que los enfoques cognitivos y conductuales (y otros provenientes de las ciencias humanas) también se ocupan de manera muy directa de las y experiencias subjetivas del paciente. Para acabar, una reseña de Hinshelwood (1999): "las reacciones a estos grupos de pacientes nos pueden informar de que el paciente con esquizofrenia se está reduciendo a un objeto despersonalizado, y el paciente que sufre un trastorno grave de personalidad está cultivando su experiencia de abuso. Tal conocimiento no es sólo informativo, sino también es un fuerte apoyo para tolerar los sentimientos difíciles que nos acosan como profesionales, y puede mejorar nuestro contacto humano, mientras continuamos haciendo ciencia..."

INVESTIGACIÓN FENOMENOLÓGICA

Recientemente, algunos autores alertan de posibles efectos deletéreos de los enfoques psiquiátricos reduccionistas que no tienen en cuenta la subjetividad de los pacientes (Martindale 2012). Para los que entienden crisis psicótica como una experiencia profundamente humana, "distraer" a la persona (con tratamientos estandarizados que no tengan en cuenta su subjetividad) de los significados de su fragilidad produce una nueva forma de pérdida (Bollas 2013).

La investigación fenomenológica se centra en la comprensión del mundo de la vida de las personas con la enfermedad psiquiátrica aguda que fueron hospitalizados en una unidad de hospitalización psiquiátrica aguda con enfoque interpretativo mediante la fenomenología de

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

Heidegger y Taylor. El investigador principal realiza las entrevistas, y el equipo de investigación inicia un proceso interpretativo complejo, la revisión de las narrativas, explorando los significados personales y temas clave, y la reconstrucción de significado compartido vivida y compartida por los participantes. En este informe, los autores describen experiencias de los pacientes de un entorno sujeto a reglas, control, a veces opresivo además de destacar las experiencias de los pacientes de la curación y la salud como vivida dentro de ese mismo medio. Se describen encarnadas, experiencias dialécticas y a menudo paradójicas de los pacientes sobre el miedo y la afirmación, la alienación y la conexión, y el abandono y la curación.

Los relatos de la narrativa del paciente de su paso por la unidad, son útiles para generar una nueva comprensión de las experiencias de los pacientes y sugieren que el ambiente de unidad psiquiátrica sigue siendo un importante pero a menudo descuidado el componente de tratamiento. Si tenemos en cuenta las cinco funciones del ambiente terapéutico (contención, apoyo, estructura, participación y validación), Gunderson (1978) el estudio de Thomas (2002) concluye que la contención y la estructura se logran, y en cierta medida el apoyo y la participación, sobre todo la participación con otros pacientes. Pero validación, la afirmación de la individualidad a través de interacciones uno a uno con el personal, no parece alcanzar. Los pacientes lamentan la falta de tales interacciones.

En estos estudios fenomenológicos se concluye que el ambiente es una experiencia central en la hospitalización del paciente. Se sugiere que a pesar del enfoque en el tratamiento biomédico en las fases agudas de la enfermedad mental, la atmósfera en el hospital no es un telón de fondo relacionados con la experiencia de la hospitalización de los pacientes, sino un aspecto de gran alcance e integral de la experiencia de la enfermedad y la recuperación. Los pacientes revelan que el ambiente de unidad de hospitalización psiquiátrica crea tanto potencial para la destrucción como para la curación. Los profesionales de salud mental deben examinar críticamente el entorno unidad que construyen con sus pacientes, introducir estrategias específicas para reducir las experiencias de vulnerabilidad y abandono de los pacientes y fortalecer los procesos que crean sentido de conexión, compromiso, y la afirmación. Así, los pacientes hospitalizados podrán darse cuenta de su potencial para la salud, un potencial que se han expresado con tanta claridad en estas narrativas. (Thiebault et all 2010)

La investigación cualitativa ha enfatizado el potencial sanador de las narrativas. Historias que curan las heridas que la enfermedad inflige a menudo, historias que ayudan a crear sentido, redibujar los mapas y encontrar nuevos destinos, así como comunicar y ganar el respeto y validación de los otros (Geekie 2012)

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

BIBLIOGRAFÍA

- Tuck, I., & Keels, M.C. (1992). Milieu therapy: A review of development of this concept and its implications for psychiatric nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 13, 51-58.
- Gunderson, J. (1978). Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry*, 41, 327-335.
- Delaney KR. (1997) Milieu therapy: a therapeutic loophole. *Perspective in Psychiatric care*. Apr-Jun;33(2):19-28.
- Mahoney JS et all (2009). The therapeutic milieu reconceptualized for the 21st century. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 23, No. 6 (December),: pp 423-429
- IOM. (2001). *Crossing the quality quiasm. A New Health System for the 21st Century*. National Academy Press • 2101 Constitution Avenue, N.W. • Washington, DC 20418
- IOM. (2006). *Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance-Use Conditions*. National Academy Press • 500 Fifth Street, N.W. • Washington, DC 20001
- Menninger, W. C. (1937). Psychoanalytic principles applied to the treatment of hospitalized patients. *Bulletin of The Menninger Clinic*, 1, 35-43.
- Sullivan, H. S. (1931). Socio-psychiatric research: Its implications for the schizophrenia problem and for mental hygiene. *American Journal of Psychiatry*, 10,977-991
- Moos, R. (1974). *Evaluating treatment environments: A social ecological approach*. New York Wiley
- Jones M. (1953). *The therapeutic community: a new treatment method in psychiatry*. Basic Books. Michigan
- Main, T. F. (1946). The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Institution* 10,66-70.
- Bernard, H. (1983) Anti-therapeutic dimensions of a community meeting in a therapeutic milieu. *PSYCHIATRIC QUARTERLY*, 55(4) ~Vinter,
- Alden, L. (1978). Treatment environment and patient improvement. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 327-334.
- J. Alexander, L. Bowers. (2004) Acute psychiatric ward rules: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11 , 623-631
- Watkins T. (1979) Staff conflicts over use of authority in residential setting. *Child Welfare* 58, 205-215.
- Crichton J. (1998) Staff response to psychiatric inpatient violence: an international comparison. *Psychiatric Care* 5, 50-56.

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

- Bensley L., Nelson N., Kaufman J., Silverstein B. & Shields J. (1995) Patient and staff views of factors influencing assaults on psychiatric hospital employees. *Issues in Mental Health Nursing* 16, 433–446
- Caplan C. (1993) Nursing staff and psychiatric patients perspective of the ward atmosphere in a maximum security forensic hospital. *Archives of Psychiatric Nursing* 7, 23–29
- Moos R. (1974) *The Ward Atmosphere Scale Manual*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA
- Peplau, H. (1989). The history of milieu as a treatment modality. In A. O'Toole & S. R. Welt (Eds.), *Interpersonal theory in nursing practice: Selected works of Hildegard E. Peplau* (pp. 75-79). New York: Springer
- Rebollo, Sunyer, Gonzalez. (1994) Relaciones entre las variables explicativas del ambiente en salas psiquiátricas. *Anuario de Psicología* 1994, no 60, 81-94
- Lewin, K. (1965). *Readings in child psychology*. (Trad. cast. por Tubert: EI niño y su ambiente. Ed. Paidós.)
- Johansen K. (1983) The impact of patients with chronic character pathology on a hospital inpatient unit. *Hospital and Community Psychiatry* 34, 843–847.
- Morrison E. (1989) Theoretical modeling to predict violence in hospitalised psychiatric patients. *Research in Nursing and Health* 12, 31–4
- Vaglum, P et al. (1985) Why Are the Results of Milieu Therapy for Schizophrenic Patients Contradictory? An Analysis Based on Four Empirical Studies. *The Yale Journal of biology and medicine*. 58, 349-361
- Lutzen K. (1990) Moral sensing and ideological conflict aspects of the therapeutic relationship in psychiatric nursing. *Scandinavian Journal of Caring Science* 4, 69–76.
- Pardes et al. Failures on a therapeutic milieu. *Psychiatric Quarterly*. (1972), Volume 46, 1, pp 29-48
- Friis S. (1986) Characteristics of a good ward atmosphere. *Acta Psychiatr Scand* - Nov; 74(5); 469-73
- Friis, S. (1984). The ward atmosphere: A clinical crucial dimension of inpatient settings. Measurements, clinical relevance and some influencing factors. An empirical study. Doctoral dissertation, Oslo University, Psychiatric Department B. Oslo, Norway.
- Johansson H. and Eklund M. (2004) Helping alliance and ward atmosphere in psychiatric inpatient care. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2004), 77, 511–523.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press.

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

Moos, R., & Houts, P. (1968). Assessment of the social atmospheres of psychiatric wards. *Journal of Abnormal Psychology*, 73(6), 595–604.

SAS (2010) Ambiente Terapéutico en Salud Mental. Análisis de situación y recomendaciones para unidades de hospitalización y comunidades terapéuticas en Andalucía. Alsur S.C.A. Depósito Legal GR-3.177/2010 ISBN 978-84-693-4561-0

Langs, R. (1979). *The therapeutic environment*. New York: Jason Aronson.

Winnicott (1960). *Sostén e interpretación*. Fragmento de un análisis. Barcelona: Editorial Paidós.

Winnicott (1971). *Realidad y juego*. Gedisa

Thiebault et al (2010). Understanding the milieu experiences of patients on an acute inpatient psychiatric unit. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 24, No. 4 (August), 2010: pp 216–226

Timko, Moos. (1998a). Determinants of the Treatment Climate in Psychiatric and Substance Abuse Programs: Implications for Improving Patient Outcome. *Journal of Nervous Disease*. Feb;186(2):96-103

Timko, Moos. (1998b). Outcomes of the treatment Climate in Psychiatric and Substance Abuse Programs. *Journal of Clinical Psychology*. 54 (8). 1137-1150

Thomas et al. (2002) What's Therapeutic About the Therapeutic Milieu? *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. XVI, No. 3 (June),: pp 99-107

Geekie et al. (2012) *Experiencing Psychosis*. The International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis Book Series. Routledge – 2012 – 248 pages

Martindale B. (2012) *Psychiatry at the crossroads*. The limitations of contemporary psychiatry in validating subjective experiences. Chapter 2. *Psychosis as personal crisis*. Marius Romme and Sandra Escher. Routledge

Bollas (2013). *Catch Them Before They Fall: The Psychoanalysis of Breakdown*. Routledge

Sainsbury Centre for Mental Health. (1998) *Acute Problems: A survey of the quality of care in acute psychiatric wards*.

Hernandez, M. (2013) *Psicopatología y Recuperación*. *Informaciones Psiquiátricas*: 213(3): 285-319.

Rogers, Carl (1951). *"Client-Centered Therapy"* Cambridge Massachusetts: The Riverside Press.

Preston NJ, Kisely S, Xio J. (2002) Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: Epidemiological study in Western Australia. *Br Med J* ;324:1244. 7.

Kisely S, Campbell LA, Preston NJ. (2005) Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;20:CD004408.

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

Deci EL. Ryan RM (1985). Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum Press; 1985.

Beazley P. and Gudjonsson G. (2011). Motivating inpatients to engage with treatment: The role of depression and ward atmosphere. *NORD J PSYCHIATRY*•VOL 65•NO 2•2011

Tuvsesson et all. (2011). Perceived Stress among Nursing Staff in Psychiatric Inpatient Care: The Influence of Perceptions of the Ward Atmosphere and the Psychosocial Work Environment. *Issues in Mental Health Nursing*, 32:441–448, 2011

Caldwell et all. (2006). The Association of Ward Atmosphere with Burnout and Attitudes of Treatment Team Members in a State Psychiatric Hospital. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9: 111–129

Rafferty, A., Ball, J., & Aiken, L. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *British Medical Journal*, 10(Suppl. II), ii32–ii37.

Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *Maslach burnout inventory manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Kramer, M. & Schmalenberg, C. (2002). Staff nurses identify essentials of magnetism. In M. McClure & A. Hinshaw (Eds.), *Magnet hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses* (pp. 25–59). Kansas City, MO: American Academy of Nurses.

Gilburt H, Rose D, Slade M. (2008) The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*; , 8:92.

Cadeyrn J, Gaskin C J, Elsom SJ, Happel B. (2007) Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. *British Journal of psychiatry*; 191: 298-303

Rathbone G, Campling P.(2005) Psychotherapeutic approaches on acute wards. *Psychiatry*.; 4(5):14-18.

Brunst and Rask.(2007) Ward atmosphere-the scarlet pimpernel of psychiatric settings?. *Issues in Mental Health Nursing*, 28:639–655, 2007

Pedersen and Karderud (2007). Associations between patient characteristics and ratings of treatment milieu. *Nord J Psychiatry* Vol 61 N° 4

Rosberg (2004). Patients' and Staff's Perceptions of the Psychiatric Ward Environment. *Psychiatric Services*. July Vol. 55 No. 77 79

Rosber et all. (2006). Patient satisfaction and treatment environment: A 20-year follow-up study from an acute psychiatric ward. *Nord J Psychiatry*. VOL 60 NO 2

Schjhot et all. (2003). Ward atmosphere in acute psychiatric inpatient care: Differences and similarities between patient and staff perceptions. *Nord J Psychiatry* VOL 57 NO 3

EL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

Jansson, J; Eklund M. (2002) How the inner world is reflected in relation to perceived ward atmosphere among patients with psychosis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2002) 37:519-52

Sunyer JM. (2005) La atmósfera en las salas de internamiento psiquiátrico: una primera reevaluación. Conferencia APAG Zaragoza 2005. Manuscrito no publicado.

Robbins S. (1999) Comportamiento Organizacional. México: Prentice Hall; 1999.

Shortell, S.M., et al (1995) "Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept versus implementation," Health Services Research, 30(2), 377-401, June 1995.

Shortell. SM (2000) Assessing the Impact of Total Quality Management and Organizational Culture on Multiple Outcomes of Care for Coronary Artery Bypass Graft Surgery Patients. Medical Care, Vol. 38, No. 2 (Feb., 2000), pp. 207-217

Taplin et al. (2013) Organizational Leadership For Building Effective Health Care Teams. Ann Fam Med 2013;11:279-281.

SAS (2010) Ambiente Terapéutico en Salud Mental. Análisis de situación y recomendaciones para unidades de hospitalización y comunidades terapéuticas en Andalucía. Alsur S.C.A. Depósito Legal GR-3.177/2010 ISBN 978-84-693-4561-0

Nesset et al.(2009) Can a focused staff training programme improve the ward atmosphere and patient satisfaction in a forensic psychiatric hospital? A pilot study. Scand J Caring Sci; 2009; 23; 117-124

Jaques E. (1955) Social Systems as a Defense against Persecutory and Depressive Anxiety. New directions in psychoanalysis. Karnac

Menzies-Lyth E. (1960) Social Systems as a Defence against Anxiety. An empirical study of a Nursing Service of a General Hospital. Human Relations 13, 25-121. 1960

Hinshelwood R.H. (1999) The difficult patient. The role of "scientific psychiatry" in understanding patients with chronic schizophrenia or severe personality disorder. British Journal of psychiatry 174, 187-190

Vidal et al. (2015) La atmósfera psicosocial y su relación teórica con la alianza terapéutica de los pacientes con el Equipo Multidisciplinar. Informaciones Psiquiátricas. N222

Los autores del presente trabajo quieren agradecer a José Miguel Sunyer Martín, Doctor en Psicología por la Universidad Autónoma de Barcelona, el apoyo, la orientación práctica y la bibliografía que han hecho posible la realización de éste trabajo