



BOLETIN

del

CENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACION EN PSICOLOGIA SOCIAL Y GRUPAL

3

"REFLEXIONES SOBRE CIERTOS ASPECTOS DEL PROCESO DE
INSERCIÓN DE UN EQUIPO TÉCNICO EN EL ÁREA DE SALUD
COMUNITARIA"

Emilio Irazábal Martín
Madrid, Julio, 1983

Publicado en "Boletín del Colegio" n.º 10/11, julio de 1983

- INTRODUCCION -

Este artículo dirigido a nuestro Boletín, es un extracto (revisado) de un informe técnico presentado al Ayuntamiento de San Fernando de Henares (pueblo de los alrededores de Madrid) para el cual he estado trabajando durante cerca de tres años.

En junio de este año finalizó el cuarto contrato de trabajo que me vinculaba a esa institución y esta decidió no recontractarme al igual que a otros tres compañeros, también psicólogos.

Juntamente con esta medida, la Corporación (Ayuntamiento) decidió suprimir el departamento de psicopedagogía y salud mental del Centro Municipal de Salud, departamento donde estábamos incluidos los cuatro psicólogos.

Estas medidas, tan "aparatosamente espectaculares" (hay que tener en cuenta que San Fernando de Henares es un territorio de 22.000 habitantes y que, tanto el anterior Servicio Municipal de Psicopedagogía y Salud Mental, como el actual Centro Municipal de Salud, era y es, uno de los pocos recursos en Salud que tiene la población) han tenido incidencia en la población, provocando escritos y otras manifestaciones de protesta hacia el Ayuntamiento por parte de grupos sociales e instituciones de esa comunidad, así como la creación de sendas comisiones de investigación del Colegio Oficial de Psicólogos y de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, así

como también cartas de apoyo de instituciones y profesionales relacionados con la Salud, tanto de Madrid como de otras partes de España. Apoyos estos frente a lo que se considera como un "movimiento regresivo" en la atención a la salud de esa población.

La Corporación (el equipo de gobierno Municipal) es de mayoría comunista, tanto en la anterior legislatura, como en la actual (elecciones de mayo de 1983).

Las razones ofrecidas (oralmente) por la Corporación para la no renovación de los contratos se basan en un "supuesto informe" del director del Centro de Salud, en el que, supuestamente, argumenta "incompatibilidad de métodos de trabajo entre los cuatro técnicos no recontratados y el resto del equipo del Centro de Salud"; razón esta que, de alguna manera, ha sido desmentida posteriormente por la misma Corporación, con lo cual el conflicto y sus posibles causas están todavía por "develarse".

El informe técnico que he presentado al Ayuntamiento (del cual este artículo es una revisión), intenta aportar elementos interpretativos sobre el conflicto, además de plantear determinados aspectos sobre el trabajo comunitario desde nuestra concepción operativa de grupo, contenidos éstos que me parece importante transmitirlos y plantear a debate en este Boletín.

2.- DATOS PARA UNA POSIBLE HISTORIA (MARZO 1980 - DICIEMBRE 1982)

A) Marzo-julio de 1980. Primeras demandas de la Corporación.

A posteriori de una presentación del equipo a la Corporación, esta nos hace la demanda de un estudio sobre la problemática psicopedagógica (la petición precisa era investigar qué número de escolares podría beneficiarse de la creación de dos aulas de educación especial que iba a crear al Ministerio de Educación, aulas de las que no se volvió a saber nada de ellas).

Este estudio, aparte de señalar un posible listado de alumnos con problemas en su escolaridad, planteaba una serie de conclusiones a nivel de índices de salud y puntos de urgencia sobre la problemática de salud escolar.

Estando realizando el estudio, la Corporación nos hace una nueva petición que consiste en un estudio sobre la deficiencia psíquica. El motivo de la petición venía dado por el proyecto de constitución de la asociación de padres de minusválidos psíquicos, y el estudio planteaba una sistematización de las necesidades y posibles recursos para la correcta atención de estas personas.

La realización de estos dos estudios nos permitió entrar

en contacto con algunos sectores de la población, así como conocer sus condiciones de vida y trabajo, condiciones estas nada saludables, ni desde lo físico, lo psíquico y lo social. Fue el conocimiento de estas condiciones el que nos llevó a plantear en las conclusiones de sendos estudios, propuestas y sugerencias que trascendían lo psicológico-individual, y situaban tanto la problemática psicopedagógica, como la deficiencia psíquica, como problemas sociales serios.

Posteriormente a la realización de los dos estudios, realizamos las oportunas devoluciones de lo investigado a la Corporación, que nos informó de su proyecto de contratar a un equipo de una manera continuada para poder intervenir en estos temas.

B) Noviembre - diciembre de 1980, Nuevas demandas de la Corporación: concurso-oposición para contratar a un equipo técnico (logopeda, psicólogo y pedagogo) que formase un gabinete psicopedagógico.

Al tener conocimiento de esta convocatoria, tratamos de hacer conocer nuestra opinión, pues entendíamos que tal como estaba enmarcada esta (conformación del equipo, duración del trabajo en concordancia con el periodo escolar, tribunal examinador compuesto por: dos directores de los seis colegios públicos de la zona, la inspectora del Ministerio de Educación y un representante de la

Corporación), respondía más a un intento de satisfacer una demanda de la Institución Escolar-Ministerio de Educación, dotándolo de unos técnicos "al interno" de la Institución, con funciones "reparadoras", que de un proyecto de atención al fracaso escolar como emergente comunitario y que rebasaba las paredes del colegio.

Añadir que esta convocatoria aparecía como una "unificación" de dos instituciones (Corporación y Sistema Escolar de la zona), tema este muy complejo, pues sabemos que estas dos instituciones siempre suelen mantener unas interacciones contradictorias y tensionadas ya que son instituciones con distintos objetivos y distintas propuestas a la comunidad.

C) Febrero de 1981. Constitución del Servicio Municipal de Psicopedagogía y Salud Mental.

Una vez que la Corporación aprobó el proyecto de nuestro equipo pasamos a fijar las condiciones de la contratación (enquadre), con algunas variaciones respecto a las fijadas en la convocatoria, sobre todo dos:

1.- La denominación. Propusimos el nombre de Servicio Municipal de Psicopedagogía y Salud Mental pues entendíamos recogía más fielmente los objetivos y tareas expresados en el proyecto que presentamos al concurso. Por una parte, aparecía como servicio público que el Ayuntamiento dotaba a la comunidad, y no solamente a los

colegios nacionales (públicos); y por otro lado, permitiría la puesta en práctica de un enfoque de trabajo que entiende la edad escolar como edad de riesgo donde son depositadas otras problemáticas y dificultades concernientes a "dos instituciones claves" en el proceso de socialización del individuo: la familia y la escuela, y que, al trabajar sobre esta depositación, nos introduciríamos en el área de la salud mental comunitaria, área permanentemente tensionada y muy necesitada de atención, lo cual nos llevaba a una extensión de nuestro marco de trabajo.

2.- Duración y continuidad del trabajo. Se desprende de lo expuesto anteriormente que, al incluir varios niveles en el trabajo, la duración de este no podía circunscribirse al periodo escolar, por lo que al Servicio Municipal tenía que dotarse de unas condiciones de estabilidad y continuidad que le permitiera funcionar a medio y largo plazo.

Condiciones y variaciones que fueron asumidas por la Corporación.

D) Febrero 1981 - diciembre 1982. Algunos elementos del funcionamiento del Servicio Municipal de Psicopedagogía y Salud Mental.

1.- Organización. El Servicio Municipal se estructuró en base a tres áreas de trabajo, que eran: Escolar, Infantil-Juvenil y Adultos. Cada una de estas áreas tenía su programa de trabajo que englobaba los objetivos de: promoción-prevención, asistencia e inve

stigación. Estos programas estaban centrados en los grupos sociales e instituciones con bastante incidencia en la salud de la población (salud mental), como son: los colegios nacionales, la escuela infantil municipal, asociaciones de padres de alumnos, policía municipal, instituto, escuela municipal de adultos, asociación de amas de casa, asociación de padres de minusválidos psíquicos...y otras.

Si bien cada programa mantenía una cierta autonomía respecto a los otros, existían tareas que "entrecruzaban" los tres programas sobre todo las tareas asistenciales, centradas en el abordaje de problemáticas psíquicas con los recursos técnicos adecuados (psicoterapia individual, familiar y grupal).

Para estas tareas asistenciales, el Servicio Municipal tuvo que dotarse de un marco organizativo ("consulta pública") para poder canalizar las demandas que le llegaban. De febrero de 1981 a junio de 1983, este dispositivo, la consulta pública, recibió cerca de 260 peticiones de consulta, y en algunos momentos, estas peticiones rebasaban las posibilidades del equipo, lo que llevó a realizar y proponer a la Corporación (junio 1982), un proyecto, de alguna manera alternativo al existente, donde se completaban la ampliación de recursos técnicos con la incorporación de otros profesionales y un presupuesto más adecuado para desarrollar proyectos de promoción-prevención, ya elaborados por el equipo, como eran la creación

de talleres infantiles en la comunidad y otros; lo que produciría, de alguna manera, una reconversión de las demandas individuales "de curación" en demandas sociales de "atención a la salud de la población".

Señalo en este epígrafe sobre la organización del trabajo del Servicio Municipal, un elemento que "ha estado jugando" desde el inicio de la constitución del Servicio. Me refiero al proyecto de Centro de Salud.

Ya desde el comienzo del Servicio Municipal, la Corporación nos planteó su propósito de crear un Centro de Salud donde este servicio estuviera incluido, por lo cual nos pidió elaborar un proyecto en coordinación con un equipo de sanidad del PCE.

El proyecto se elaboró y presentó a la Corporación en los primeros meses de 1981.

Durante cerca de dos años no se llevó a la práctica el proyecto, lo cual hizo que el Centro de Salud funcionase como "institución fantasmal" al interno del Servicio Municipal de Psicopedagogía y Salud Mental. Había épocas que se percibía cercana su creación (aparecía), y otras épocas que ni se nombraba (desaparecía). Este proceso de "apariciones" y "desapariciones" creo que estuvo fuertemente determinado por las crisis institucionales por las que paso la Corporación y que influyeron en la dinámica del tra

bajo, aunque a veces no de manera consciente (no hay que olvidar que el Servicio Municipal pertenecía al Ayuntamiento, es decir, formaba parte de su entramado institucional por lo que era receptivo a estas crisis y los reajustes consiguientes, sobre todo en las áreas de salud y educación).

2.- Equipo. Para llevar a cabo las tareas establecidas en los programas, el equipo se organizó en base a roles y funciones. Existía un responsable de cada programa y una coordinación del equipo.

El rol de responsable de programa no significaba que fuese la única persona que trabajase en el ya que había tareas concretas en las que participaban otros miembros del equipo, incluido el coordinador. Este rol de coordinador lo ejercí durante los dos años que duró el Servicio Municipal y sobre el cual creo importante hacer algunas reflexiones pues ha sido un rol difícil y contradictorio.

Difícil porque "ver en la práctica" que un equipo es algo totalmente distinto a un conjunto de profesionales, que poco a poco el equipo llega a conformar una estructura de grupo que lo trasciende, que las relaciones interpersonales y la subjetividad de cada miembro es tan importante como sus conocimientos teórico-técnicos, que también el coordinador forma parte de esa estructura aunque tenga una distancia distinta del resto respecto a la tarea.

Difícil porque el trabajo en equipo requiere un proceso, un tiempo, y que no es un camino de rosas; que aparecen dificultades, estereotipias, resistencias al cambio; pero también estas mismas dificultades hacen atractivo e interesante el trabajo en equipo y el rol de coordinador, y que es gratificante cuando visualizas que ese trabajo "al interno del equipo" produce efectos saludables en su práctica comunitaria, en lo social.

Todos estos elementos en juego me traen una serie de interrogantes sobre la función de coordinación, como hacer para mantener la distancia y la "tensión" que existe entre la tarea del equipo y la tarea implícita del grupo (que llega a conformar todo equipo)? como hacer para sugerir determinadas cuestiones del trabajo y, al mismo tiempo, tener en cuenta la subjetividad de los miembros del equipo?. Preguntas estas difíciles de responder, sobre todo si tenemos en cuenta que hablo de un equipo en que todos sus miembros pertenecíamos a la misma profesión (psicólogos), y éramos conocidos desde varios años antes de la formación del equipo, elementos estos que no me corresponde a mí analizar, pero creo que debieron favorecer en algunos momentos determinadas resistencias y estereotipias en el abordaje de la tarea.

También ha sido un rol contradictorio (el de coordinador) pues se ha ido cargando de otras funciones que hacían más a o-

tro tipo de roles, como es sobre todo la directiva (función más política que técnica).

Creo que una cierta asunción de esta función (directiva), ha estado en relación directa a que otros no la asumían. Me explico: siempre he pensado que tenía que existir un director del Servicio Municipal que pusiera las directrices del trabajo en consonancia con la política municipal en materia de sanidad y educación. Es obvio que no ha existido una dirección clara, ni directrices en este sentido, con lo cual esa "función añadida" a mi rol de coordinador se movía en un espacio ambiguo, ya que era una función imaginaria (no existía director) pero a veces se jugaba como real (por parte de todos: Corporación, equipo, coordinador y comunidad).

Pienso que este ha sido un factor principal en el proceso, del cual no he sido totalmente consciente y del que muchas veces me he sentido objeto pasivo, agudizándose este sentimiento (como si de un sintoma se tratase) cuando se acercaba la finalización de cada contrato y comenzaban las discusiones de la Corporación sobre que hacer con el equipo, ó era con el Servicio Municipal? Era como entrar en una especie de túnel del tiempo de donde podía salir cualquier cosa excepto unas directrices claras sobre el trabajo.

En el segundo semestre de 1982 surge una crisis al in-

terno del equipo que provoca una cierta desestructuración de este. Creo que esta crisis estuvo sobredeterminada por varios factores:

- la recontractación por un periodo de seis meses cuando todos esperábamos un periodo mínimo de un año ya que acabábamos de elaborar un proyecto (citado anteriormente) que contemplaba la ampliación del Servicio Municipal y la creación de nuevas tareas.

- la agudización de las diferencias teórico-técnicas en el seno del equipo, que coincidió (?) con la realización de unas reuniones de confrontación y debate de las distintas experiencias que se estaban realizando en la provincia de Madrid.

- La futura creación del Centro Municipal de Salud (CMS). Es este factor el que más propulsó la crisis, pues con los otros ya veníamos conviviendo desde hacia tiempo y no por eso se desestructuró el equipo.

El anuncio de la futura creación del CMS y la cercana contratación del director (ya no era "institución fantasmal" de la que hablaba antes) suponía para el equipo la finalización de un proyecto de más de dos años y una reconducción de lo realizado hasta el momento, dentro de un nuevo proyecto más amplio (CMS). Sabemos que los procesos de cambio no son fáciles, sobre todo si tenemos en cuenta lo dicho anteriormente de que un equipo pasa de ser un agrupamiento a crear una estructura grupal con sus mecanismos de

esterotipias y resistencias al cambio, que se acentuaron conforme se iba acercando la necesaria disolución del equipo como tal, ya que tenía que dejar de existir por la constitución del CMS.

Lo expuesto hasta aquí nos habla de una cierta visión del proceso de un equipo técnico que ha trabajado en el área de la Prevención y Asistencia de la Salud Mental Comunitaria durante más de dos años.

Son aspectos del proceso que han podido ser pensados a partir de una distancia que permite ver los aciertos y los errores de la experiencia ya que esta distancia posibilita una posición de "descentramiento del objeto" posición imposible cuando se está dentro de la estructura (física y mentalmente).

Sobre los trabajos concretos que ha realizado el equipo, existen algunos publicados en la documentación de las Reuniones de Trabajo sobre Salud y Educación en el ámbito Comunitario (Colegio Oficial de Psicólogos, noviembre de 1982), así como en el n°3 de la revista "Papeles del Colegio".

3.- CENTRO MUNICIPAL DE SALUD (ENERO - JUNIO DE 1983)

A) Algunas reflexiones sobre la salud y la enfermedad.

Hablar de Centro de Salud, de promoción, de prevención, ... nos obliga a hablar de salud y enfermedad.

Aqué nos referimos cuando hablamos de salud/enfermedad?, qué es estar sano, estar enfermo?, porqué la salud laboral es una de las áreas que menos se ha investigado a lo largo del tiempo?

Es claro que las respuestas e estas preguntas han ido variando en el transcurso de la historia (ya Foucault ha señalado cómo a través de la historia y de los distintos sistemas sociales, la concepción social sobre la locura ha ido variando).

Señalo con esto que la salud y la enfermedad no son conceptos teóricos sino más bien construcciones sociales, producto de las ideologías dominantes y que, como tal, se sustentan en instituciones, grupos y sujetos. Y van a ser éstos, los sujetos, los portadores y soporta material de esas ideologías sobre la salud y la enfermedad.

También las disciplinas teóricas que existen en este área, tienen su ideología sobre la salud y la enfermedad, es decir, no exista la teoría pura, en abstracto y con autonomía respecto a

la formación social y al modo de producción.

Este campo teórico sobre la salud se ha ido ampliando cada vez más y si en el inicio solamente la medicina curativa era la que capitalizaba teóricamente este campo, actualmente no es así. Surge la epidemiología, la salud pública; el área de la salud mental (la psiquiatría), se incorporan las ciencias sociales (psicología, sociología, antropología, psicoanálisis, psicología social). Todas estas paulatinas incorporaciones de nuevos discursos teóricos sobre la salud y la enfermedad han complejizado y enriquecido este campo en el que actualmente ninguna de estas disciplinas por sí sola puede arrogarse el tener las respuestas a las preguntas, qué es estar sano, qué es estar enfermo?

Los proyectos de promoción de salud son proyectos que apuntan a lo social, es decir, trasciende el marco individual para contemplar y estudiar al individuo en el seno de un colectivo, territorio o comunidad. No es casualidad que siempre se ha considerado a la Salud Pública como una disciplina social, cuyos objetivos están centrados en los procesos de socialización del individuo (por eso los programas de actuación en salud pública suelen tener como ejes momentos de este proceso de socialización: programas de salud escolar, de salud materno-infantil,...)

B) Psicología Social y Salud.

La psicología social propone a la salud pública, o en su nueva concepción, salud comunitaria, elementos para poder conceptualizar a intervenir en el territorio.

Para la psicología social (materialista), los procesos de socialización, o mejor dicho, los procesos de ideologización de un individuo, están conformados por las estructuras grupales de las que ha formado y forma parte, y a su vez, estas mismas estructuras están sobredeterminadas por la formación social a la que pertenecen. Esto significa que tanto el pensamiento como la acción van a tener un "techo" que viene dado por la formación social donde se inserta.

Estos procesos de ideologización, no del todo conscientes, determinan en el sujeto una manera de pensar y actuar en relación a la salud y enfermedad.

Por eso la psicología social hace la propuesta de centrarse en las mediaciones que existen entre el individuo y la sociedad, entre lo individual (lo subjetivo) y lo social (la estructura social). Es decir, no podemos trabajar con individuos aislados ni con sistemas sociales. Nuestras intervenciones deben situarse en los espacios grupales e institucionales por donde transita al individuo a lo largo de su vida, sin olvidar que estas me

diaciones no son autonomas e independientes del proceso social ya que son los "centros" de socialización del individuo y por eso mismo, posibilitadores de salud y enfermedad.

Enrique Pichón Riviére (uno de los primeros que esbozó una posible psicología social materialista) plantea como criterio básico de salud, la adaptación activa a la realidad, como "el sujeto sano, en la medida que aprehende el objeto y lo transforma, se modifica también a sí mismo, entrando en un interjuego dialéctico, en el que la síntesis que resuelve esta situación dilemática se transforma en el punto inicial o tesis de otra antimomia, que deberá ser resuelta en este continuo proceso en *aspirae*".

A partir de aquí podemos hacernos algunas preguntas. Qué es más enfermo, una crisis en el seno de un grupo familiar a través del emergente de un niño con problemas, de un padre alcohólico, ó un grupo social con las relaciones y roles tan estereotipados que le impiden producir algo nuevo en "lo social"?

En última instancia es la sociedad la que enferma, por lo que un enfoque clínico (individual) de la enfermedad no alcanza a explicar determinados procesos y se requiere la aportación de las ciencias sociales.

C) El Equipo de Salud (*)

Por lo expuesto anteriormente, es claro qué las ciencias sociales interrogan e interpelen sobre qué es estar enfermo, estar sano. Pero también las ciencias sociales tienen que preguntarse por ellas mismas, es decir, tienen que introducir esas preguntas "al interno".

Al mismo tiempo que el equipo de salud en sus intervenciones, su práctica técnica en el territorio, posibilita un cambio en la forma de pensar y actuar la salud y la enfermedad, al mismo tiempo, decía, el equipo tiene que interrogarse sobre él mismo, cómo son sus roles, las relaciones entre sus miembros, el juego de los afectos, la organización del trabajo, su interdisciplinariedad, es decir, en qué medida el equipo de salud reproduce o no al interno la ideología dominante en salud y enfermedad. Y esto (la interrogación metodológica) no es nada fácil.

Aunque en la teoría siempre perseguimos que los roles dentro de un equipo sean funcionales y operativos, es decir que

(*) Con esta denominación hago referencia al equipo técnico del CMS compuesto por: dos médicos, cuatro psicólogos (los que componíamos el anterior Servicio Municipal), una enfermera, una auxiliar de clínica y un auxiliar administrativo, además del director (médico).

Este equipo estuvo definitivamente constituido a finales de febrero de 1983.

puedan cambiar y modificarse según las necesidades que requiere el cumplimiento de la tarea, no siempre ocurre así, y el riesgo a la burocratización y estereotipia siempre está presente y en algunos momentos se presenta como necesario (estos movimientos nos hablan de "la salud" del equipo de "salud").

Cuando se constituye un equipo, cada técnico lleva su esquema referencial y sus expectativas ante la nueva tarea. También lleva la representación mental (consciente o no) de lo que es un equipo, construida en base a experiencias anteriores. En este sentido, mi inserción en el nuevo equipo estaba muy determinada por mi posición en el equipo anterior, lo cual significaba una cierta duplicidad en mi rol en el CMS, perviviendo algún "resto" de la función anterior de coordinador del Servicio Municipal. Pienso que esta duplicidad en mi rol también era asumida y compartida por el equipo y la dirección del Centro. De alguna manera, los "restos" del equipo del 82 conformaron el equipo del 83.

El tipo de organización por departamentos que impuso el proyecto del CMS hacía muy difícil la constitución del equipo de salud y fortalecía la resistencia al cambio.(°°)

Por esto, la resistencia al cambio, siempre está presente. Es inherente al funcionamiento de un grupo y de un equipo. Y es que el trabajo en equipo es difícil. No resulta fácil abandonar situaciones y esquemas mentales ya conocidos para pasar a otras situaciones

nuevas que suelen fantasearse y vivirse como persecutorias. A veces no salen las cosas como uno quisiera a veces aparecen obstáculos muy fuertes que el equipo se ve incapacitado para afrontar como tal equipo y deposita en alguno o algunos de sus miembros la responsabilidad de esos obstáculos. Aparece entonces el chivo expiatorio, causa de todos los males. Pero también es normal que esto ocurra, y a veces inevitable; digamos que forma parte del proceso.

Lo insano aparece cuando no se puede resolver esta depositación de una manera operativa (redistribuyendo las dificultades y los obstáculos en todos los miembros del equipo y posibilitando

(°°) El Centro Municipal de Salud estaba organizado en tres departamentos:

- promoción de salud
- planificación familiar y ginecología
- psicopedagogía y salud mental

Este último departamento lo componíamos los cuatro psicólogos del anterior Servicio Municipal.

Fue un error que este proyecto incluyera en un mismo departamento a los cuatro técnicos que constituíamos el equipo anterior y sin ninguna modificación externa, ni siquiera cambio de local. Esta modalidad organizativa planteaba un encuadre que tendía más a enquistar esa estructura grupal que a disolverla, no permitiendo que cada técnico jugase en la práctica la representación mental del anterior equipo con las nuevas tareas, en una relación dialéctica y de síntesis.

el cambio, el paso a una situación nueva). Entonces aparece la segregación. El o los miembros "depositarios" (en nuestro caso, los cuatro psicólogos) tienen que ser expulsados solución imaginaria, pues produce la ilusión de que los obstáculos en el desarrollo de la tarea desaparecen, "se van con los miembros expulsados" "borron y cuenta nueva".

Esta modalidad de resolver conflictos grupales nos la encontramos permanentemente en nuestra práctica técnica: en los colegios con los alumnos "raros" que acaban siendo expulsados; en las familias cuando se quejan de que las cosas no marchan porque fulanito o merganito es de esa manera de ser; pero también suceden estas cosas en el seno de los equipos técnicos, y algo del orden de lo que descrito pienso que ha ocurrido en el equipo técnico del CMS de San Fernando de Henares.

Finalmente, añadir que todos estos movimientos grupales no poseen autonomía respecto a otras instancias, es decir, en todo grupo y en todo equipo existen "mandatos institucionales" (el afuera del grupo) que se introducen e interfieren el acontecer grupal.

D) Trabajos realizados de enero a junio de 1983

En el informe técnico presentado a la Corporación figura en esta epígrafe una memoria de los trabajos realizados como miembro del CMS durante los seis primeros meses de 1983.

La memoria recogía:

- trabajos con grupos sociales e instituciones.
- tareas asistenciales dentro del dispositivo "consulta pública".
- coordinación del programa de drogas y alcohol.
- otras tareas más puntuales.

En este epígrafe me limito (a manera de ejemplo) a la exposición de uno de estos trabajos dejando para otra ocasión el desarrollo y conceptualización de los restantes.

El "caso comunitario" fue una experiencia realizada con un grupo de padres de un Colegio Nacional a partir de una demanda social (la demanda aparecía como de formación y venía formulada en una petición de ciclo de charlas sobre la educación de los hijos).

Los momentos por los que pasó este trabajo fueron los siguientes:

- dos entrevistas grupales con el grupo de padres que realizaba la demanda de formación. Estas primeras entrevistas para atender una demanda social resultan necesarias para investigar cuál es lo latente

te de ese pedido y en qué medida puede articularse una propuesta de trabajo posible. (°°°)

Hay que tener en cuenta que ya en esta investigación a través de las entrevistas grupales, se está interviniendo técnicamente, posibilitando el esclarecimiento de la demanda.

En este tipo de peticiones aparecen muy los efectos de la socialización en relación a la salud y a la enfermedad. Se deposita un saber en el técnico y un rol muy activo frente a un rol pasivo de la población. Se espera, en última instancia, que el técnico diga y exponga lo que hay que hacer o no hacer para tener una "vida saludable".

Si aceptamos esta depositación, nos situamos en una relación de complicidad con la población, que para poco sirve, pues continuamos reproduciendo esquemas ideológicos dominantes (los que saben sobre salud y los que no saben).

Es este riesgo en el que nos manejamos permanentemente pues también nosotros tenemos como técnicos nuestra ideología sobre lo enfermo y lo sano. De ahí la necesidad de esa interrogación metodológica que planteaba antes (¿qué es salud, qué es curar?)

(°°°) Así como la demanda individual nos remite al deseo inconsciente del sujeto, la demanda social remite a la "latencia" del grupo o institución que la realiza.

Peró retommos la práctica.

- Después de estas entrevistas grupales, se articularon dos charlas-coloquio que llevaron a la práctica dos compañeros psicólogos del CMS. Mi función fue de observador-participante, pues estas charlas se situaban en el mismo proceso de esclarecimiento de la demanda. Es decir, no estaba claro hasta qué punto lo que esta grupo social pedía era "atraer a gente", o trabajar una serie de temas que hacían al eje salud/enfermedad, o las dos cosas juntas.

- Después de estas dos charlas, realicé un trabajo de evaluación con el grupo de padres que realizó la petición y pudimos esclarecer más esta, en un intento de discriminar y ver hasta qué punto el deseo de "atraer a gente" podía considerarse como una resistencia frente a una nueva manera de encarar el tema de la relación con los hijos.

- A partir de esta evaluación, se articuló un trabajo grupal sobre al tema: "relaciones familiares".

Este trabajo (abril-junio 1983) se realizó con la metodología de grupo de discusión, con tres roles diferenciados: integrantes, observador y coordinador.

Uno de los aspectos más interesantes de esta parte del trabajo, lo situo en la "implicación" de los padres a través de su participación como integrantes, ya que eran ellos los enseñantes de ellos mismos

a través de la puesta en común de sus experiencias y conocimientos sobre el tema de las relaciones familiares.

La función del coordinador consistía en posibilitar la discusión y señalar los diversos aspectos del tema (niveles manifiesto y latente) que se iban trabajando.

Por otro lado, en la misma línea de la implicación, hice la propuesta al grupo de que la función de observador la realizaran el los mismos de forma rotatoria, es decir, en cada reunión uno de los integrantes observaba la discusión, tomaba notas y a la reunión siguiente las leía al grupo y servía como material de discusión. Este rol de observador, realizado cada vez por un integrante distinto, les permitía "verse a sí mismos trabajando y relacionándose", lo cual funcionaba como dispositivo de aprendizaje y también conocían e internalizaban otra imagen del técnico, más como posibilitador de que los integrantes pongan en juego "sus saberes", que una imagen del técnico como "detentador del saber" sobre las relaciones familiares.

- Esta parte del trabajo finalizó con una evaluación por parte de los integrantes en la que se trabajó "lo que se esperaba" y "lo que se consiguió" centrando esto último en el aprendizaje que habían hecho de su "estar y relacionarse en grupo".

Aquí finalizó la primera parte de la experiencia ya que estaba proyectado retomarlo en septiembre con otro encuadre y otra tarea.

4.- A MANERA DE CONCLUSION

Antes de finalizar, creo importante esbozar algunas posibles hipótesis interpretativas sobre estos emergentes institucionales (ó comunitarios) de los que hablaba en la introducción (supresión del departamento de psicopedagogia y salud mental del CMS y no renovación de los contratos de cuatro técnicos).

- Las decisiones tomadas por la Corporación suponen de alguna manera, el rechazo de un proyecto iniciado y potenciado por ese mismo Ayuntamiento. Aparece un "no querer becerse cargo" de ese proyecto, no reconocerlo como suyo. Habría que preguntarse si las sucesivas demandas de la Corporación (desde el primer estudio de la problemática psicopedagogia, 1980; y todas las que siguieron) eran demandas calras y asumidas por el Ayuntamiento. Más bien parecería que no, que el Ayuntamiento no ha tenido del todo claro lo que quería hacer, de que manera quería dar respuestas y alternativas a problemas sociales reales y serios. No digo que esto sea facil. Más bien creo que debe resultar complicado establecer propuestas y alternativas a problemas sociales, que resulten eficaces a medio y largo plazo. Además no hay que también en el equipo de gobierno municipal se dan procesos similares a los analizados en el "equipo de salud", pues también constituyen un grupo, y una institución.

Esta reflexión me hace pensar en una cuestión teórica importante en el trabajo comunitario. Cuando las demandas sociales aparecen confusas y el técnico no posibilita su esclarecimiento, esta confusión salta eo algún momento del proceso, más tarde o más temprano, pero siempre resurge. Algo de este orden es lo que ha sucedido, lo cual tiene que traer consigo una cierta autocrítica del equipo técnico que articuló y organizó esas demandas, en el sentido de que quizá una cierta necesidad de inserción en ese territorio pudo dificultar un correcto trabajo de esclarecimiento de esas peticiones de la Corporación.

- Las medidas adoptadas por la Corporación, y el modo en que las ha aplicado privilegian un planteamiento dogmático de los conflictos frente a un enfoque dialéctico, en que las contradicciones son contempladas dentro del proceso y posibilitan nuevas síntesis.

Añadir además que este planteamiento dogmático contiene en su seno buenas dosis de indiscriminación que dificultan el pensamiento y trae consigo acciones que si por su radicalismo pueden parecer claras, encubren lo contrario.

- Finalmente, señalar que estas medidas tienen la consecuencia de que, en la actualidad, los profesionales que quedan trabajando en el CMS pertenecen a la disciplina médica exclusivamen-

te (tres medicos, un ats y un aux. de clinica).

Y esto lleva a interrogarme hasta que punto lo que está en juego es una concepción tradicional de la salud y la enfermedad en la que solo es el discurso proveniente de la medicina el que tiene cabida, y son rechazados otros discursos producidos por otras disciplinas que en el caso de San Fernando de Henares eran el psicoanálisis y la psicología social, que conforma el campo teórico con el cual vengo trabajando desde hace varios años.

El interrogante de que hablaba antes permanece abierto, pues desconozco cuál va a ser el futuro de ese Centro de Salud, cómo va a ser esa reorganización de la que tanto se habla, pues a lo mejor ya se ha realizado con la aplicación de esas dos medidas.

Madrid, julio de 1983.