

ACERCA DE UNA INTERVENCION COMUNITARIA

DESDE LA CONCEPCION OPERATIVA DE GRUPO *

Emilio Irazábal Martín

Juan C. Duró Martínez

1985

I. EL CONTEXTO

Si bien la salud comunitaria ha estado considerada como disciplina social en razón de su preocupación por los procesos de socialización tanto individuales como colectivos y su incidencia/efectos en la salud, arrastra consigo un "debate latente" que reúne una cierta analogía con el existente en otras disciplinas, como por ejemplo, la psicología social de corte más académico. Discusión permanente entre el psicologismo y el sociologismo, entre la preponderancia de lo individual o de lo social. Cuando esta discusión aparece superada y deja paso a un planteamiento más dialéctico que mecánico, los problemas aparecen en la práctica (¿con qué instrumentos teórico-técnicos trabajar esa relación individuo-sociedad?).

Se trata de buscar las metodologías (de investigación e intervención) que más correctamente se ajusten a esa concepción biopsicosocial de la salud, más integradora que excluyente. Aparecen los grupos como una posible respuesta a este problema.

En un período que podemos situar desde 1975 hasta el momento actual, el trabajo con grupos ha ido extendiéndose (como ocurrió en otros países) de una manera un tanto pareja a procesos sociales de cambio. Ha sido un crecimiento no exento de obstáculos (provenientes tanto de resistencias internas como oposiciones externas). En la actualidad parece que el panorama ha cambiado. Las instituciones comienzan a aceptar la inclusión del trabajo con grupos y su correlato, el trabajo en equipo.

Ahora bien, una vez iniciado este proceso de inserción, emergen otras problemáticas, nuevas preguntas, que nos recuerdan las - planteadas en otros tiempos y lugares, y que reactualizan la - cuestión. Una de las preguntas centrales giraría en torno a lo siguiente: los grupos, lo grupal, el trabajo con grupos, ... ¿es una problemática exclusivamente técnica (el manejo de los grupos) o requiere, necesita de todo un pensamiento grupal (teoría de grupos) explicitado y validado? Nuestra opción por esta construc

ción teórica sobre los grupos, suscita otra pregunta: ¿de qué elementos teóricos, disciplinas cercanas, se nutre la teoría de grupos?

La comunicación que presentamos apunta a estos interrogantes. Desde la Concepción Operativa de Grupos pensamos lo grupal como objeto y método de una posible psicología social (analítica) que, si bien arranca de las primeras investigaciones en torno a la relación psicoanálisis-marxismo, toma cuerpo con los trabajos de E. Pichón-Rivière, y desarrollos posteriores de A. Bauleo y otros autores.

Un concepto central en esta concepción es el de emergente. Apunta a los momentos, situaciones que "nos dicen" lo que está ocurriendo en el campo, bien sea de observación, bien de intervención. Es elemento de diagnóstico, así como de pronóstico. Fue Pichón-Rivière quien comenzó a elaborar este concepto a partir de sus trabajos en psicoterapia del grupo familiar. Decía así: "la emergencia de una neurosis o psicosis en el ámbito de un grupo familiar significa que un miembro de este grupo asume un rol nuevo, se transforma en el portavoz o depositario de la ansiedad del grupo".

Posteriores desarrollos de A. Bauleo permitieron una apertura del campo de observación (del grupo familiar a la estructura social y/o comunitaria), y un pasaje del grupo operativo como técnica a la Concepción Operativa de Grupo (C.O.G.). Lo que a primera vista aparece como una problemática individual, remite a una estructura grupal, y a su vez, esta misma estructura se expresa a través de los comportamientos, fenómenos, que suceden a los individuos.

La experiencia en la que se basa esta comunicación fue realizada siendo ambos miembros del Servicio de Salud Mental del Centro Municipal de Salud de Getafe y posteriormente elaborada desde nuestra pertenencia, al departamento de Clínica Grupal del Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal. La investigación íntegra será publicada próximamente en la revista Clínica y Análisis Grupal.

II. LA EXPERIENCIA

Esta intervención comienza con una llamada telefónica al C.M.S. del Concejal de Sanidad del Ayuntamiento para que viesemos qué se podía hacer con el problema que le planteaban unos vecinos de una comunidad de Getafe.

El pedido al Ayuntamiento era que prohibiese vivir en ese inmueble a un vecino que la noche anterior había intentado agredir a otro y que "estaba loco".

Con esta situación previa ("organización de la demanda"), realizamos dos primeras entrevistas grupales, una en el propio C.M.S. con cuatro hombres y otra en la comunidad con cerca de cuarenta vecinos, para analizar la demanda, evaluar la situación y proponer un encuadre de trabajo. En estas dos entrevistas cuentan que A. ha estado ingresado en varios hospitales psiquiátricos y el día anterior subió a casa de uno de ellos con un destornillador diciendo que lo iba a matar, es un "enfermo mental". Ellos llamaron a la Policía Municipal quien, sin oposición, condujo a A. al H. Psiquiátrico Provincial donde se encuentra ingresado en el momento de la entrevista. Dicen que en las últimas semanas empeoró la situación porque a media noche puso el tocadiscos a todo volumen en la escalera y a raíz de que, según él, nadie lo socorrió, comenzó a amenazar a los vecinos.

El clima de estas entrevistas es de mucha agresividad hacia A. y también hacia las instituciones sanitarias (incluidos por lo tanto los entrevistadores).

El compromiso del equipo de salud mental de interesarse por el caso y ayudar a gestionar su solución, previa aclaración de -- nuestra imposibilidad de incidir en la reclusión a perpetuidad de A., permite continuar nuestro trabajo con los vecinos. Realizamos varias visitas al H. Psiquiátrico Provincial con ellos para visitar al médico que atiende a A. y una nueva entrevista en la comunidad.

El diagnóstico de la situación a partir de los emergentes leídos en estas entrevistas, nos marca la hipótesis de una crisis comunitaria donde se ha cumplido a la perfección el mecanismo de segregación (P. Rivière) y donde existe un pedido implícito de entender el comportamiento de A. y su inclusión en esta comunidad que funciona latentemente cual grupo familiar.

Así, y al tiempo que se continúa la relación con el hospital psiquiátrico y la familia de A., se fija un encuadre de trabajo con los vecinos en un piso de su comunidad, con la tarea de "elaborar la ansiedad que les produce esa situación".

Durante dos meses y un total de ocho sesiones en las que se incluyeron los vecinos que lo deseaban, la familia de A. y él mismo en las dos últimas sesiones, se trabajó la ruptura de la comunicación, la aceptación de sentimientos afectivos hacia A., la estereotipia de roles masculinos y femeninos, la explicitación de fantasías y temores sexuales, aspectos no explicitados de la historia de la comunidad, etc, etc.

Este trabajo grupal permitió el cambio en la demanda originaria; el pedido en la sexta sesión ya no es de exclusión sino de que "con nuestra autoridad le incluyéramos en la vida comunitaria como debe ser" y en último término, permitió reestablecer el funcionamiento de esta comunidad.

Mantenemos, sin embargo, la hipótesis de la exclusión como una modalidad de funcionamiento de esa comunidad (exclusión de las mujeres de las actividades de los hombres y viceversa, pedido de exclusión de A., etc) según el último emergente recogido casualmente seis meses después de finalizada la intervención, a saber, la marcha de la familia del vecino objeto del intento de agresión de A., y por quienes había ido preguntando la Policía (!!).

III. ALGUNAS CONSIDERACIONES:

Tomando como base la intervención comunitaria que, por motivos de tiempo, hemos tenido que resumir, queremos hacer algunas -- consideraciones que pueden generalizarse al trabajo en salud - comunitaria:

- A) Acerca de la C.O.G.
- B) Acerca de la demanda y las primeras entrevistas grupales
- C) Acerca del encuadre
- D) Acerca del equipo.

A) Acerca de la C.O.G.: Frente a los que, en el proceso del "enfermar", niegan el polo de lo social argumentando exclusivamente factores y/o mecanismos individuales, sean de naturaleza biológica o intraspíquica, y los que depositan abstractamente los males en lo social, planteamos una metodología grupal donde se puede visualizar lo individual (historia del sujeto-verticalidad) y lo social (influencia de los valores sociales-momento grupal-horizontalidad). El concepto de emergente nos permite poder intervenir en la estructura, y la distinción entre experiencia grupal y noción de grupo nos facilita el distanciamiento operativo necesario para operar esclareciendo mediante señalamientos e interpretaciones.

Para nosotros no había locos, cuerdos, sanos ni enfermos, sino una estructura con una historia y una modalidad de funcionamiento determinado que producía los efectos ya señalados. Nuestra tarea fue, pues, ayudar a que esa comunidad elaborase sus conflictos, sus ansiedades.

Para intervenir sobre esa estructura en la que estaban inmersos los vecinos sin ser totalmente conscientes de ello (latencia - grupal), teníamos que crear un espacio donde esa latencia pudiera ser expresada e interpretada. Es en este sentido que hablamos de la instalación del dispositivo grupal, es decir, un

encuadre experimental, artificial y coyuntural al interno de su espacio cotidiano (el grupo real-empírico) que permite una cierta "reproducción de su cotidianidad" donde vislumbrar y ejercitar, con la ayuda de la coordinación, sus posibilidades de cambio.

B) Acerca de la demanda y las primeras entrevistas grupales:

La interrogación como método en la organización de la demanda y primeras entrevistas grupales nos aparece como primer eslabón necesario para dilucidar sus aspectos manifiestos y latentes. El interrogar a los sobreentendidos sociales, y el tener una actitud de escucha, nos dará la posibilidad de evaluar lo más - acertadamente posible la demanda y articular un encuadre (setting) para poder trabajarle.

La no satisfacción de la demanda manifiesta, que siempre aparece sancionada por el sentido común, nos permite una apertura al trabajo con los vecinos. La clarificación de las competencias (en este caso el C.M.S. no tenía competencias de ingreso hospitalario) y las posibilidades de intervención-actuación del equipo de salud mental respecto a la problemática planteada por los vecinos es fundamental desde el primer momento para no levantar falsas expectativas. Sin embargo, es imprescindible, en este tipo de trabajo, ir estableciendo en las diferentes etapas y según sea el proceso grupal, algún tipo de compromiso de gestión por parte del equipo y referido a su demanda.

En cierto sentido, el equipo así, se hace cargo de una primera depositación para ir devolviéndola paulatinamente a lo grupal. Ese movimiento del equipo y la consiguiente información que genera el papel de liaison jugado con la comunidad, el hospital psiquiátrico y la familia, sirve de tarea manifiesta para la posterior relación entre ambas partes.

C) Acerca del encuadre: Siempre operamos con un encuadre, ya sea consciente o no, explicitado o no. La explicitación y aceptación de un encuadre (contrato) de trabajo por las partes intervinien-

tes (coordinación-grupo) es un aspecto imprescindible para el proceso grupal. En una intervención psicosocial o comunitaria como la que aquí hemos presentado, es importantísima la clarificación de los elementos que componen un setting. En un primer momento de mucha ansiedad y donde predomina el clima confusional, la discriminación de roles y funciones, y la delimitación de la tarea, contribuyen a despejar el campo y a reubicar tanto al equipo coordinador como a los integrantes de la comunidad. Los otros elementos como tiempo y lugar han de estar también lo más "controlados" posible pero dejando el margen de -- flexibilidad suficiente para que "se juegue" la dinámica grupal.

Cuando todavía no se ha fijado un setting, lo que hemos llamado en el trabajo la instalación del dispositivo grupal, es necesario ir efectuando encuadres coyunturales en cada entrevista y fijándolos de una vez para otra en función de lo que puede "aceptar" el grupo o nosotros mismos. En cualquier caso, siempre manteníamos las variables fijas coordinación-grupo-tarea (técnica operativa de grupo).

D) Acerca del equipo: La investigación/intervención en ciencias sociales exige, entre otras cosas, incluir al investigador, es decir uno mismo, como parte del campo en el que se está incidiendo. Por ello, un trabajo como el que hemos presentado nos resulta imposible realizarlo y pensarlo si no es a partir de un cierto training grupal por parte del equipo coordinador y un esquema referencial común en el campo de la psicología social y grupal.

Este esquema compartido nos permitió emplear un método de análisis en el que incluíamos reuniones pre y post-sesiones grupales para analizar aspectos contratransferenciales cuya negación podía transformarse en actings de la coordinación al interno del grupo.

En el desarrollo del trabajo tuvimos que "asumir" muchas y ansiógenas depositaciones por parte de los vecinos, exigencias por parte del Ayuntamiento, aspectos narcisistas nuestros, parte

del propio pensamiento grupal, y siempre una cierta indeterminación por la marcha del trabajo. El tomar conciencia de todas - estas situaciones se va transformando en un aspecto central para el desarrollo de nuestra función. No se trata de negar o reprimir estos aspectos sino de entenderlos a la luz del proceso grupal.

La puesta en común de nuestros temores, fantasías, deseos, sentimientos, etc, junto a la discriminación de nuestros roles, sirvieron para operativizar nuestra intervención y poder devolver a la comunidad aquellas fantasías proyectadas y depositadas en nosotros.

El prestar atención al movimiento interno del equipo coordinador, punto básico del triángulo coordinador-grupo-tarea, sirve de llamada de atención para evitar "jugar" el liderazgo del coordinador, terapeuta o monitor, y así poder mantener la tarea como líder del grupo. El grupo será quien, en el desenvolvimiento de la misma, irá tomando autónomamente sus decisiones.

* Comunicación a unas Jornadas de la Sociedad Española de Técnicas de Grupo.
Madrid. Mayo 1985