

A C T A S

D E L A S

JORNADAS DE TRABAJO

"LA PRAXIS GRUPAL"

---

Madrid, 7 y 8 de Marzo 1986

**NOTA DEL COMITE ORGANIZADOR:**

La ausencia, en esta publicación, de algunos trabajos que fueron leídos en las Jornadas (Presentación de mesa y comunicaciones), responde al deseo de sus autores que, o bien así lo expresaron, o bien no remitieron los trabajos en los plazos indicados para su publicación.

Ed  
A





I N T R O D U C C I O N  
== " " " " " " " " " " " " " " " " ==

Dr. Armando Bauleo

Hace casi 40 años Pichón Rivière efectúa una proposición de trabajo que era al mismo tiempo una especie de desafío a la ciencia psicológica. El psicoanálisis había puesto entre paréntesis y problematizado la cuestión de los ámbitos correspondientes a la formación y a la terapia. Dicho de otra manera: a partir del psicoanálisis los procesos del aprendizaje y de la terapia no tenían fronteras precisas. Había una permeabilidad de sus desenvolvimientos, y los mecanismos involucrados (en el aprender y en el tratarse) eran altamente articulados.

Por lo tanto la hipótesis de trabajo según la cual el grupo operativo sería como un espacio o lugar de convergencia de los momentos o de las líneas de la formación y de la terapia, aparece como una consecuencia por un lado; y por otro como una postulación y una invitación a realizar un "salto qualitativo".

Es así que la formulación de Grupo Operativo surge como un enunciado que resume una época histórica y que proyecta una nueva forma de pensar las estructuras grupales.

Pero hasta ahí lo propuesto por Pichón Rivière. Luego nuevas situaciones históricas (socio-políticas) y también otras elaboraciones en la Psicología, en los Grupos y sobre las Instituciones, hicieron que lo propuesto a nivel grupal alcanzara dimensiones de Concepción. Se fueron elaborando problemáticas, partiendo en muchas ocasiones del estudio de la estructuración grupal, que alcanzan e involucran campos diversos de la Psicología Social.

Entonces, un primer objetivo de este Encuentro es evaluar dónde se encuentra ahora aquella provocación pichoneana.

Pero también se anudan en este encuentro otros reencuentros.

Hace 10 años Marta de Brasi y yo comenzamos a trabajar en Madrid y a desarrollar, con un grupo de compañeros españoles, esta Concepción Operativa.

Por lo tanto la historia va marcando hitos de un proceso de elaboración y de concretización de ideas y de sentimientos. Así como en aquella primera enunciación sobre los grupos operativos existía una intención de observar y escuchar las vinculaciones entre los afectos y pensamientos (rompiendo falsas barreras sobre los lugares de éstos), con el tiempo aprendimos que estas vinculaciones, no siempre manifiestas, pueden originar los emergentes más diversos. La máquina grupal es accionada a partir de la articulación de pensamientos y afectos; los emergentes serían los elementos que surgen de estas articulaciones.

Nosotros todos nos concentramos sobre una finalidad: observar y modelar esta fórmula de los grupos operativos; este Encuentro es emergente de ese proceso. El nombre hace referencia a esa cuestión.

La Praxis Grupal es un título polisémico. Son dos palabras con distinta procedencia; su unión indica, señala diversas articulaciones. Se lo puede interpretar de innumerables maneras.

Una primera interpretación podría entender que "un grupo" efectúa (o realiza) una praxis en algunas oportunidades. Podríamos preguntarnos en qué oportunidades. De ahí se desprende inmediatamente otra: ¿un grupo, o todos los grupos, realiza praxis?, ¿o cuándo sí y cuándo no?. ¿Es una praxis la misma posibilidad de estructurar un grupo?. En una palabra, ¿existiría proceso grupal sin praxis?.

Entonces, ¿es una redundancia ese título, o quiere abarcar otras problemáticas e indicar otras posibilidades?.

Las diferentes unidades temáticas serían como dominios - diversos atravesados por esta praxis grupal.

De esta manera parecería que la denominación de Praxis - Grupal estipula un lugar de convergencia y de salida de líneas de acción, de reflexión, de trabajo, que muestran un punto de entrecruce, de pasaje y también de encuentro.

Por lo tanto, la praxis grupal surge no solamente como - un momento de "interacción externa", sino también como un movimiento del "grupo interno". Por una "suerte del destino" ( o por un predominio positivista de la percepción) siempre se ha "visto" la problemática grupal como un fenómeno externo.

La "interacción era objetiva". Se la indicaba como la - acción entre individuos. Era una interacción lineal.

Lo que estaba oculto eran las cuatro dimensiones de la interacción. La densidad y complejidad ocasionadas por lo fantasmático. El vínculo es opaco porque no están totalmente delineados los que participan.

Por otro lado es inútil abandonar u olvidar los fantasmas; éstos insisten y sus presencias se hacen sentir, se "no tan". La interacción es una articulación múltiple, una difícil ubicación del vaivén de la proyección, de la introyección, de la identificación.

Los vínculos que entretejen la historia de cada sujeto - derivan de situaciones grupales. Lo grupal aparece en la intimidad y marca las trayectorias individuales. Así que la praxis grupal incluye lo vivido por cada sujeto.

Los grupos, "esas estructuras a las que anónimamente - contribuyen los participantes", son imaginarios que organizan y determinan comportamientos.

Entonces, cuando hablamos de praxis grupal estamos intento señalar estos niveles y estas cuestiones.

Parte de la dificultad de organizar estas Jornadas provenía de estas consideraciones.



Nosotros realizamos esta organización de acuerdo a un criterio de desenvolvimiento histórico. Es decir, fuimos formalizando lugares y mesas de trabajo de acuerdo a los ámbitos, temas o tareas que la Concepción Operativa fue atravesando en su devenir histórico.

Cada una de las mesas se organizaba alrededor de las elaboraciones, interrogaciones, prácticas, investigaciones que se habían o que se estaban realizando. Los temas indican las problemáticas que nos preocupan.

Los trabajos que se presentaban eran una especie de "aggiornamento", de puesta al día, de las cuestiones que nos atañen.

A grandes trazos podemos señalar:

- a) La Clínica Grupal como lugar que reflexiona los campos de asistencia, terapia y prevención.
- b) La Formación como problemas no sólo de programación y de organización (es decir, información y dinámica grupal), sino como interrogación sobre una Didáctica Grupal.
- c) Los ámbitos de la investigación y del trabajo comunitario en los cuales se "aplica" el grupo.
- d) La intervención institucional a partir de la Concepción Operativa.

Estos niveles o ítems fueron y son atravesados por praxis grupales; se impone un balance.

Para finalizar debo señalar un latente de las Jornadas. El Centro Internacional de Investigaciones en Psicología Grupal y Social es una organización en la cual participamos para continuar estudiando e interrogándonos sobre los alcances de las nuevas hipótesis operativas que surgieron con el tiempo, después de aquella provocación originaria.

ARMANDÓ BAULEO - Madrid, 1986



**PROGRAMA PROVISIONAL DE LAS JORNADAS**

---

CENTRE INTERNATIONAL  
DE RECHERCHES EN PSYCHOLOGIE  
SOCIALE ET GROUPEALE

PROGRAMA

VIERNES 7

9 h.: Recepción

9,30 h.: Conferencia Inaugural  
Prof. Armando Baulco

10,30-13,30 h.: Bloque I SALUD

Mesa 1: PSICOPATOLOGIA SOCIAL

Las prácticas colectivas "empujan" a reflexionar sobre viejas cuestiones clínicas. ¿Cómo definir hoy la patología?

Preside: Lda. Marta de Brasi

Mesa 2: PROCESOS TERAPEUTICOS GRUPALES

La Terapia Grupal aparece como un espacio atravesado por diferentes "líneas" que se entrecruzan dentro y fuera de los individuos.

Preside: Lda. Marie Bertin

Mesa 3: PREVENCIÓN PRIMARIA Y PSICOHIGIENE

Actualmente en estos dominios es donde mayor es la Tensión entre "Políticos" y "Técnicos". La Psicohigiene implica un replanteamiento de la causalidad de las enfermedades mentales.

Preside: Ldo. Federico Suárez

16,30-19,30 h.: Bloque II EDUCACION

Mesa 4: FORMACION EN PSICOLOGIA SOCIAL Y GRUPAL

Cuando salimos de los ámbitos nominalistas académicos, la Formación es un proceso difícil de "recortar".

Preside: Lda. Lola Lorenzo

Mesa 5: DIDACTICA GRUPAL (PEDAGOGIA Y GRUPO OPERATIVO)

Este sería un nombre para señalar la inclusión del "ámbito colectivo" en la relación aprender-enseñar.

Preside: Lda. María Salvador

Mesa 6: FORMACION ESPECIALIZADA (A TRAVES DE GRUPO OPERATIVO)

En estos últimos años se ha incluido la

experiencia grupal en la formación de especialistas en diferentes campos: medicina, enfermería, asistencia social....

Preside: Lda. María José González

SABADO 8

10,30-13,30 h.: Bloque III INVESTIGACION Y SOCIEDAD

Mesa 7: EMERGENCIAS SOCIALES

Se convoca aquí para hablar de aquellas problemáticas que incluyen "en sí" diversas dimensiones de lo social. ¿Hablaremos de la Psicopolítica?

Preside: Dra. Rosa Gómez

Mesa 8: INVESTIGACION

Sabemos lo problemática que resulta la investigación en las Ciencias Sociales. Trabajaremos sobre el objeto (por lo tanto, también el sujeto) y el método.

Preside: Ldo. Emilio Irazábal

Mesa 9: PARTICIPACION COMUNITARIA

Los grupos se están utilizando como "táctica" para convocar a la gente y como forma de inclusión para enfrentar cuestiones sociales. ¿Cómo no psicologizar a través de ellos?

Preside: Ldo. Juan Carlos Duro

16,30-19,30 h.: Bloque IV INSTITUCIONES

Mesa 10: ANALISIS DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES

A través de ciertas demandas (o pedidos) la institución está siendo estudiada en sus cauces procesuales.

Preside: Ldo. Adrián Buzzaqui

Mesa 11: ORGANIZACION INSTITUCIONAL Y CONCEPCION OPERATIVA DE GRUPOS

Analizando el entretendido de la institución se reflexiona e interviene sobre sus conexiones intergrupales.

Preside: Lda. Maite Trapero

Mesa 12: GRUPOS OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES

Los grupos operativos se han "utilizado" e "insertado" en diferentes instituciones. ¿Podemos hacer una visión de conjunto y hablar de los efectos?

Preside: Lda. Rosa Busturia

JORNADAS DE TRABAJO:

«LA PRAXIS GRUPAL»



7-8 Marzo 1986

Hotel R. Convención.  
c/ O'Donnell, 53 - Barcelona

PROGRAMA DEFINITIVO

---

## PROGRAMA

### VIERNES 7

9 h.: Recepción

9.30 h.: Conferencia Inaugural  
Prof. Armando Baulco

10.30-13.30 h.: Bloque I SALUD

#### Mesa 1: PSICOPATOLOGIA SOCIAL

Presidente: Maria de Brasi  
«La Salud Mental como tarea grupal. Praxis des-  
de los Servicios de Salud Mental de Getafe».  
José Fco. Montilla y Juan Carlos Duro

«La Demanda como Paradigma en el Encuadre  
Comunitario»  
Francisco Varas Martín

«Lo multicausal en las Drogas; el problema del  
diagnóstico»  
Lola Lorenzo

«Ciertos avances de lo social en la producción  
de los trastornos mentales».  
Violeta Suárez

#### Mesa 2: PROCESOS TERAPEUTICOS GRUPALES

Presidente: Marie Pascale Chevance-Bertin  
«Psicoterapia de grupo en el territorio».  
María Marzotto (Italia)

«El grupo operativo como posibilitador del  
cambio en mujeres deprimidas en el contexto  
de un Centro de Orientación Familiares».  
Angeles Lassaletta

«Algunas variables institucionales que determi-  
nan los procesos terapéuticos grupales».  
Luisa López y Rosina Vignale

«Crisis y setting grupal».  
Departamento de Clínica Grupal del C.I.R.

#### Mesa 3: PREVENCIÓN PRIMARIA Y PSICOHIGIENE

Presidente: Federico Suárez  
«Hallazgos y transformaciones en un programa  
de prevención en Preescolar».  
Clara Dorado

«El equipo Multiprofesional en Atención Pri-  
maria. Una experiencia difícil».  
Mariví Antón

«Atención al embarazo, parto y a la maternidad  
en un Centro Social».  
Rosa Gómez

«Reflexiones acerca de la Salud Mental en la  
Atención Primaria de Salud».  
J. García y José L. Pedreira

«La Medicina y lo Comunitarios».  
Teresa Sánchez Mozo

### SABADO 8

10.30-13.30 h.: Bloque III INVESTIGACION Y SOCIEDAD

#### Mesa 7: EMERGENCIAS SOCIALES

Presidente: Rosa Gómez  
«Trabajo en grupo operativo en la Unidad de  
Seguimiento nº 3 del Síndrome Tóxico».  
María del Mar Goffi

«La mujer como emergente social».  
Concha Irazábal e Inmaculada Ronda

«El mito del vagabundo».  
Violeta Suárez

«Trabajo en un grupo de mujeres sobre su se-  
xualidad».  
Teresa Yago y Asunción Jimeno

«Se compra un niño (Reflexiones en torno a la  
adopción)».  
María P. Chevance Bertin (Francia)

#### Mesa 8: INVESTIGACION

Presidente: Emilio Irazábal

«Lo masculino y lo femenino en el cine. Un es-  
tudio a través de películas estrenadas en España  
durante 1985».  
M<sup>a</sup> Dolores López y otros

«Metodología grupal en una investigación sobre  
el proceso de envejecimiento».  
Daniel Prieto

«El investigador como sujeto en proceso»  
Graciela Monfort

«Una investigación sobre indicadores de salud-  
enfermedad en la vejez de la comunidad de  
Majadahonda».  
Rosa Busturia

«Investigación y grupo: algunos problemas en  
Psicología Social».  
Adrián Buzaqui

#### Mesa 9: PARTICIPACION COMUNITARIA

Presidente: Juan Carlos Duro

«Distintos encuadres grupales en el trabajo de  
promoción de salud»  
M<sup>a</sup> Luz Ibáñez y Elena Gandul

«Participación comunitaria en un programa de  
salud sobre el Síndrome Tóxico, en la zona sur  
de Madrid».  
Lola Hernández y Carmen Barbero

«Prevención de la droga en la etapa escolar».  
M<sup>a</sup> Teresa Pallarés y otros

«Información y orientación para padres: crean-  
do un espacio de participación en el ámbito  
educativo».  
Alicia Montserrat y otros

«Grupos en la comunidad: una experiencia».  
Carmen Arnao

16.30-19.30 h.: Bloque II EDUCACION

#### Mesa 4: FORMACION EN PSICOLOGIA SOCIAL Y GRUPAL

Presidente: Lola Lorenzo  
«Identidad, contexto y resistencia».  
Emilio Irazábal

«Los grupos de formación desde la experiencia  
de los integrantes».  
Angelia Bermejo y otros

«Formación y Praxis Social»  
Maite Trapeto

#### Mesa 5: DIDACTICA GRUPAL (PEDAGOGIA Y GRUPO OPERATIVO)

Presidente: M<sup>a</sup> José Salvador

«La Clase en movimiento»  
Paloma Dilla

«Algunos aspectos latentes en el aprendizaje de  
la filosofía».  
Liliana Checa y Yolanda Sanchís

«Sobre el comportamiento grupal y social de los  
maestros».  
Masza Maszlanka

«Alternativas a la formación práctica de alum-  
nos de Enfermería en Salud Comunitaria».  
Carmen Albéniz y otros

#### Mesa 6: FORMACION ESPECIALIZADA (A TRAVES DE GRUPO OPERATIVO)

Presidente: María José González

«Formación de Asistentes Sociales a través de  
una experiencia grupal en Salud Comunitaria».  
Lola Hernández y Carmen Barbero

«Algunas consideraciones sobre rol escénico y  
rol grupal en un grupo de aprendizaje teatral».  
Silvia Menniti y Adrián Buzaqui

«Actitudes ante el grupo operativo según socia-  
lización profesional».  
Alicia E. Kaufmann y Ana M<sup>a</sup> Wiermeir

«Formación en y para la Salud».  
Carmen Albéniz y otros

16.30-19.30 h.: Bloque IV INSTITUCIONES

Mesa 10: **ANÁLISIS DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES**

Preside: Adrián Buzzaqui

«El Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent, una experiencia institucional».  
José Daniel Ramírez

«Reformulación de programas comunitarios».  
Daniel Prieto

«Análisis operativo de los procesos institucionales. El caso de una Unidad Sanitaria Local (U.S.L.)».  
Marta de Brasi y Armando Bauleo (Italia)

Mesa 11: **ORGANIZACION INSTITUCIONAL Y CONCEPCION OPERATIVA DE GRUPOS**

Preside: Maite Trapero

«Proceso de organización de los Servicios de Salud Mental de Getafe».

M<sup>a</sup> Luz Ibáñez y Rosina Vignale

«Reflexiones sobre una experiencia de Dirección Técnica o de ubicación en un espacio institucional de confluencia entre el nivel técnico y el nivel político».  
Javier Segura

«Equipo, grupo y marco institucional en Salud Mental infanto-juvenil».  
Eva Sardinero

«Una experiencia italiana en el campo de los Servicios Socio-sanitarios».  
Lia Lucato (Italia)

«Coordinación de equipos en instituciones. Algunas reflexiones».  
Yolanda Sanchis

Mesa 12: **GRUPOS OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES**

Preside: Rosa Busturia

«Grupo, Sujeto e Institución».  
Rafael García-Villanova

«Grupos Operativos en una Residencia de Ancianos».  
Federico Suárez

«El proceso de constitución y los efectos de los grupos operativos en las instituciones».  
M<sup>a</sup> José González

Comité organizador:

Armando Bauleo  
Adrián Buzzaqui  
Emilio Irazábal  
Federico Suárez  
Violeta Suárez

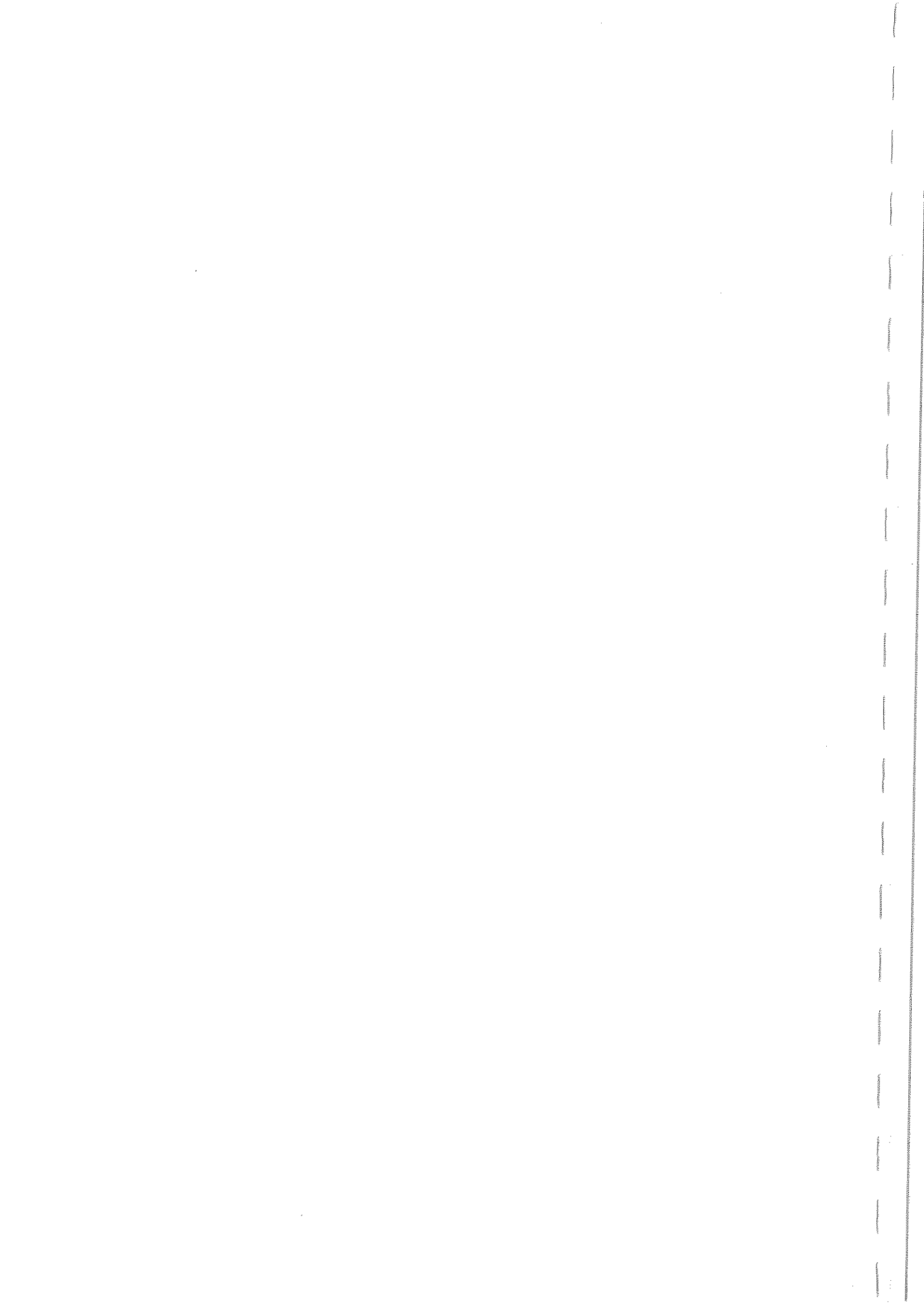
Secretaría:  
Teléfonos 232 33 24 - 266 37 22





MESA 1: PSICOPATOLOGIA SOCIAL

---



PRESENTACION DE LA MESA 1

Marta de Brasi

## DE LA SOCIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

### A LA PSICOPATOLOGIA SOCIAL

Hace unos años escribí una serie de artículos que marcaron la culminación de una práctica en el ámbito de la Salud Mental y en la última Institución pública en la cual trabajé en Bs.As. Uno de ellos lleva por título "El embarazo como síntoma" (recopilado en un libro llamado Los síntomas de la salud). En el mismo citaba a Roger Bastide y algunos párrafos de su Sociología de las enfermedades mentales. Han pasado desde entonces más de diez años.

En ese lapso de tiempo, se han desarrollado y en cierta medida hemos contribuido al mismo, determinados modelos analíticos, una sistematización del estudio sobre grupos, así como una perspectiva de investigación institucional. Hemos visto y escuchado una variedad enorme de situaciones y de circunstancias que en muchas ocasiones no solo han movilizado nuestros conocimientos sino que los han transformado en el sentido que nos estimulan a reflexionar sobre algunos fenómenos sintomales, que podríamos llamar sin duda psicopatológicos, pero que las nociones para pensarlos, rebasan las categorías clásicas.

Como supervisora y asesora de Consultorios Familiares y Centros de Higiene Mental en Italia, he observado últimamente, una acentuación y crecimiento de una demanda de asistencia, en la cual si bien el sufrimiento se encuentra a la base de la misma, se hace difícil, una referencia o ubicación tout court de ciertos cuadros psicopatológicos clásicos.

Son sujetos que vienen a la consulta, con un pedido de ayuda difusa; a veces la sintomatología que padecen es la inhibición relacionada con la problemática de la identidad.

Se diria que son personas ajustadas socialmente, "logradas", pero que a su vez nos trasmiten una sensacion de "algo desdibujado". La angustia que a veces padecen o la pequena sintomatologia, o el malestar difuso, es indefinido al no poder encontrarle alguna "razon". Pontalis, en su libro "Entre le rêve et la douleur", senala que se podria hablar de estados limites, en los cuales los efectos sintomatologicos, no nos reenviarian a los cuadros clasicos sino a la ausencia de los mismos.

Por otra parte en estos casos se hace cada vez mas patente una "ausencia de placer" (disagio), de algun proyecto o de "algo que sostenga".

Podriamos pensar o preguntarnos por la relacion entre estos casos y una crisis de ciertos modelos (de pensamiento y de vida) del social, o tambien en una crisis del politico?

Asi mismo aparecen como "agarrados" del modelo familiar. No importa si ya salieron de la familia de origen, o no, todo pareciera ser un accidente. La preeminencia es el tipo de adhesion casi masiva a la familia. Podriamos decir que expresan el malestar de la endogamia? Siempre remitidos al adentro, de alli un cierto efecto de "malestar".

El porcentaje mas alto de consultas en Italia son las mujeres. La mayoria podria ser visualizada como "normales", casadas con hijos, con mediano o buen empleo. No presentan el famoso cuadro de la "neurosis del ama de casa". Aparecen, ~~XXXXXX~~ apesar de lo dicho anteriormente, como una gama gris, normal, de personas que vienen con aquel pedido de ayuda difusa.

Mas de una vez me pregunte: Pero cual es el problema?

Pequena taquicardia, algunos picos de angustia, una ansiedad difusa.

Cual es el tratamiento?

Puede ser que la Psicopatologia Social, sea atravesada desde el comienzo por este cual es?

Es decir, manifestaciones difusas, confusas, sin localizacion ni representacion, que no pueden ser sistematizadas.

Podriamos preguntarnos: Crisis de representacion?

Podrian ser la expresion, o el resultado de que nada ha sucedido.

Nuevo tipo de neurosis traumatica?

No sucedio nada y sucedio todo.

Podriamos pensar tambien que es un reflejo no muy lejano del 68?

Pero que paso con la memoria social. Hubo como una borradura, no podemos conocer en que cuerpo, en que lugar quedo la huella mnemica.

J.C. Sempe, hablo en venecia de la represion colectiva. Se podria tambien pensar en una internalizacion de la crisis del politico.

O simplemente en la insistencia, siempre renovada, en que el juego de la memoria y el olvido nos construyen en una historia.

Por ultimo, la cultura del malestar nos empuja a pensar en la posibilidades o imposibilidades del individuo para responder a las exigencias de la cultura. Creo que asi la Psicopatologia Social, se abre como una estrella de multiples puntas; o como un laberinto de multiples caminos.

Marta De Brasi

Venecia 1986

LA SALUD MENTAL COMO TAREA GRUPAL

(praxis desde los servicios de salud mental de Getafe)

Juan Carlos Duro Martínez

Jose Francisco Montilla García

Madrid, marzo 1986

## LA SALUD MENTAL COMO TAREA GRUPAL

### (PRAXIS DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE GETAFE)

En esta comunicación queremos exponer algunas reflexiones sobre la salud mental comunitaria y su relación con lo grupal-institucional, a partir de nuestra experiencia de trabajo en los Servicios de Salud Mental de Getafe.

Estos Servicios de Salud Mental en funcionamiento desde junio de 1985, dependen actualmente del Servicio Regional de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid y del Ayuntamiento de Getafe, y en esa fecha asumen, potenciándolo, el Servicio de Salud Mental del Centro Municipal de Salud de Getafe. Los Servicios de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid, ubicados en distritos sanitarios de la capital y en algunos pueblos de la provincia, responden a un proyecto global de transformación de las instituciones manicomiales y de búsqueda de nuevos modelos de atención a la salud mental en la propia comunidad.

A partir de nuevos presupuestos en la organización sanitaria - (todavía en sus inicios de desarrollo) tales como la delimitación de una zona geográfica sobre la que intervenir, la denominación de la salud mental como servicios especializados en el segundo nivel asistencial, la responsabilidad asistencial sobre una población determinada, el trabajo en equipo, etc, cada Servicio de Salud Mental da forma y desarrolla según prioridades y posibilidades sus programas de trabajo.

Pensamos la salud mental como tarea grupal, elemento central y organizador de los polos institución/equipo por un lado, y Comunidad por otro. La salud mental comunitaria será producto del interjuego dialéctico entre estos tres elementos. Para nosotros la tarea es el objetivo, la finalidad pero también es el punto de partida, y los distintos momentos de centrarse en el objetivo. La tarea manifiesta institucional, la marcada por el Servicio Regional de Salud, permite la fundación del equipo siendo dispa



rador del proceso grupal (del equipo), al tiempo que comienza a ser un punto de referencia para la comunidad que también comienza a "moverse" alrededor de este tema.

Es la salud mental como tarea manifiesta la que comienza a vertebrar el proceso intergrupal e interinstitucional entre equipo y comunidad. En este proceso de recreación sobre la tarea, ésta es el verdadero líder de la estructura triangular (equipo-tarea-comunidad) y actor principal del rodaje por ella convocado con la característica de su inacabamiento permanente ya que siempre es posible durante su elaboración una nueva vuelta en espiral - en el proceso de aprendizaje y cambio. Va cobrando singularidad al enriquecerse con sus aspectos latentes.

Al comienzo de este proceso, la salud mental aparece como tarea exclusivamente del equipo, en la medida que la comunidad no puede hacerse cargo de ella. Incluso, igual que en un grupo los integrantes depositan su autonomía en la coordinación, la propia comunidad pasará por esa fase en el proceso de apropiación de su salud mental.

La salud mental es, pues, una tarea grupal porque cobre sentido entendida como vértice del triángulo antes señalado. Sólo alcanzaremos a ver sus extensiones según el polo comunidad se vaya apropiando de ella, para lo cual el equipo tendrá que intervenir sobre esa modalidad de relación (tarea-comunidad), aportando sus instrumentos técnicos en las resistencias al cambio de la comunidad.

En cuanto al equipo, señalábamos anteriormente que su punto de partida lo constituía la tarea institucionalmente definida. El pasaje de tarea institucional a tarea grupal exige un trabajo grupal en el cual, tomando como base la tarea institucional y con las aportaciones individuales de los miembros del equipo, se pueda constituir un esquema referencial común que se concreta en distintos programas de trabajo. Podemos decir que la tarea del equipo de salud mental es diseñar, realizar y evaluar los programas de trabajo más idóneos para el desarrollo de la salud mental de la comunidad de Getafe.

Este equipo está formado actualmente por un psiquiatra, Jefe de los Servicios, un psicólogo coordinador de programas, 3 psiquiatras, dos psicólogos, 2 A.T.S., 1 asistente social y 1 administrativo. La diferenciación entre los roles de dirección y coordinación y de miembros del equipo, se refiere al carácter más globalizador y organizador de los primeros y a la mayor participación en la realización de los programas del resto del equipo.

El funcionamiento democrático, dentro de los límites institucionales, y el carácter de equipo, atenúan lo que, inevitablemente, de jerarquía y poder conlleva esos roles de dirección y coordinación.

El equipo en el proceso de elaboración de un esquema referencial común tiene que enfrentarse a su propia dialéctica cambio-resistencia al cambio, tanto en sus aspectos ideológicos, teóricos y técnicos como en el movimiento afectivo que se da entre sus integrantes. La organización del equipo muestra la importancia concedida a su conformación, ya que semanalmente dedicamos alrededor de 7 horas para trabajo de equipo en diferentes encuadres (4 horas de programación, ajuste y evaluación permanente de los programas, dos horas de sesión clínica, una hora de información). Igualmente, una vez al mes tenemos monográficamente una reunión para analizar la dinámica interna del equipo. Tenemos planteado como deseable y posible en un futuro no muy lejano la posibilidad de ser coordinados en este tipo de reuniones por alguien ajeno a nuestra institución. El tener en cuenta la salud mental del equipo, entendida como flexibilidad de roles, catectización de las actividades, facilidad en la comunicación, pertenencia y pertinencia en el equipo, etc, será elemento imprescindible para poder desarrollar los programas de trabajo con la comunidad.

La propia dinámica del equipo, y por supuesto de la institución a la que pertenece, irá permitiendo distintos niveles de articulación de los programas y su organización. En muchas ocasiones la modalidad de ejecución de un programa será emergente grupal de la situación del equipo en ese momento. Según el equipo vaya asumiendo la salud mental como su tarea, podrá ir implementando la a través de programas para la comunidad de carácter grupal e institucional.

Veamos ahora la relación salud mental - comunidad. Visualizamos a la comunidad como formada por instituciones de distinto carácter (sanitarias, educativas, socio-comunitarias, etc) y por sujetos pertenecientes a distintos grupos (familiares, de iguales, etc) e incluidos en otras instituciones (laborales, de ocio, etc). A diferencia del equipo, la comunidad en su conjunto y en su particularidad no tienen la salud mental como tarea - adjudicada, manifiesta, aunque en realidad es en toda ella donde se juega el problema de salud mental entendida como adaptación activa al medio, capacidad de goce y creación, aprendizaje permanente, calidad de vida en última instancia.

La salud mental como tarea de la comunidad es profundamente social y será en los grupos, en las instituciones, en las relaciones de intermedición entre ambos donde podamos intervenir para que los sujetos puedan apropiarse de su salud mental. Lo grupal-institucional será para nosotros un nuevo objeto de trabajo que no niega ni excluye lo individual sino que lo redimensiona. Lo individual podrá considerarse en una perspectiva más social, podrá entenderse también como emergente grupal y/o social sin negar su especificidad en un recorte epistemológico.

La salud mental comunitaria como permanente apropiación individual y colectiva de las condiciones de existencia de las personas, como interjuego dialéctico con el medio social, como adaptación activa, como inestabilidad estable, autónoma y activa, nos hace fijar nuestro horizonte en el utópico objetivo de la autogestión en salud.

Pero, al igual que la comunidad difícilmente se plantea el tema de la salud mental, sí existen en ella mitos, ideas, prejuicios acerca de los problemas de salud mental, sobre su génesis, su evolución y su tratamiento. Es decir, que a la instauración de los Servicios de Salud Mental en esa comunidad, ella parte de esa "experiencia previa" que marcará sus modalidades de enfrentar el tema y muy principalmente de cómo resolverlo en cuanto a tratamientos buscados y ofrecidos. Esta experiencia previa de la comunidad, obviamente marcada por la historia y el desarrollo social, jugará como mito resistencial sobre de que cotidianamente hay que intervenir en todos y cada un de nuestros programas.

Este mito resistencial del que forma parte importante la relación de dependencia buscada con los profesionales, está anclado tanto en las instituciones sanitarias (negación de la conflictiva Psicología<sup>LA</sup>, preponderancia de tratamientos farmacológicos, separación del individuo de su contexto, etc), como en otras instituciones (segregación de las personas con problemas psicológicos, dificultad de encarar temas personales, etc) y, por supuesto, en los propios sujetos y sus grupos de pertenencia que, generalmente, buscan el ingreso hospitalario como respuesta asistencial más - tranquilizante o, en su defecto, tratamiento medicamentoso.

Será, pues, función del equipo de salud mental trabajar sobre la comunidad en sus diferentes niveles para que ésta pueda asumir la salud mental como tarea propia, generando sus propios mecanismos de autogestión y ubicando al técnico (equipo) como un factor más de ayuda en el proceso de salud-enfermedad, nunca como la salvación mesiánica. Así pues, desde el mismo momento que la dinámica triangular se pone en movimiento (Equipo-Tarea-Comunidad), el equipo ha de elaborar cierto duelo respecto a su fantasía de saber sobre la tarea de la comunidad. Podrá intervenir - sobre los obstáculos en la comunicación, en las resistencias al cambio en los individuos, grupos e instituciones, etc, pero siempre con la convicción de su ignorancia acerca de la modalidad con que la comunidad podrá elaborar su salud mental. Esta aceptación de su no saber permitirá "escuchar" a la comunidad en un permanente aprendizaje que sirva para criticar y modificar los programas de trabajo. Los distintos encuadres explicitados en todos sus elementos (tarea, espacio, tiempo y roles) permitirá - esta escucha desde la distancia operativa del rol discriminado.

Los programas serán los instrumentos de trabajo. Los programas de los Servicios de Salud Mental de Getafe se pueden dividir en dos grandes bloques:

- 1. Programas que inciden en lo grupal-instituc.
  - Apoyo y coordinación con atención primaria
  - Apoyo y coordinación U. H. Breve
  - Apoyo y coordinación C.M. Urgencias
  - Apoyo y coordinación con servicios sociales y comunitarios.
  
- 2. Programas que inciden en lo indiv-grupal
  - Atención ambulatoria
  - Atención domiciliaria
  - Atención a toxicomanías
  - Atención crisis

Los programas que inciden en lo grupal-institucional se refieren al apoyo y a la coordinación que los Servicios de Salud Mental realizan sobre aquellas instituciones de la comunidad que se ocupan de una u otra manera de algún aspecto de la salud mental. A su vez, estas instituciones son de dos tipos: sanitarias y socio-comunitarias. Aunque estos programas se están poniendo actualmente en marcha y tienen por tanto un desarrollo desigual, su objetivo general es propiciar que dichas instituciones presten una atención integral de la salud, y por tanto, incluyan los aspectos psicológicos y sociales al tiempo que las personas con problemas de salud mental puedan insertarse en la vida comunitaria en un planteamiento general de participación.

- Las actividades de estos programas se centrarán en varias líneas:
- Encuadres de coordinación interinstitucionales, de intercambio de *información y análisis*
  - Encuadre de formación del personal de estas instituciones, utilizando el grupo como técnica privilegiada de formación
  
  - Otros encuadrees, generalmente grupales, de trabajo sobre temas específicos que sirvan como promoción de salud dentro de la misma institución a la vez que pueden servir para modificar la dinámica institucional.

Los programas que inciden en lo individual-grupal están organizados en base a las demandas de atención expresadas por la pobla-

ción de forma individual, de pareja, familia y/o como demandas institucionales, generalmente de intervención en crisis. En cualquier tipo de presentación de la demanda se realiza siempre una primera fase de evaluación cuyas modalidades variarán según la expresión de la demanda, su carácter de urgencia, el motivo de consulta, etc, pero contando siempre con el encuadre más adecuado para poder visualizar lo mejor posible el contacto grupal en el que se produce la patología.

Dentro de estos programas asistenciales destacamos por su entidad el programa de atención ambulatoria en el que, una vez evaluada la demanda, se prescriben distintos tipos de tratamiento teniendo en cuenta la singularidad de cada situación.

Los tratamientos grupales en diferentes tipos de encuadres (grupos terapéuticos de duración limitada, corredores terapéuticos de adolescentes y jóvenes, grupos de control de medicación, grupo de psicóticos, etc) forman la columna vertebral de este programa, junto con los tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos de parejas, familias e individuales.

La fase de inserción social, íntimamente unida por lo general con el proceso terapéutico y en muchos casos con efectos terapéuticos por sí sola, se realiza a través del programa de coordinación y apoyo a servicios sociales y comunitarios.

La salud mental como tarea grupal del equipo de salud mental de Getafe pasa por momentos de pre-tarea y tarea con sus ansiedades confusionales, paranoides y depresivas, en la perspectiva del proyecto. El proyecto que ya apareció al inicio de la constitución del equipo, va cobrando forma a partir de los aportes de los integrantes (conscientes y no conscientes), dependiendo su puesta en práctica del contexto social (comunidad de Getafe) e institucional. La tensión entre la utopía y la realidad es lo que mantiene viva la salud mental como tarea grupal, la imposibilidad de la superposición entre lo objetivamente posible y real posible es lo que garantiza nuestra vida como equipo.

PSICOPATOLOGIA SOCIAL : LA DEMANDA COMO PARADIGMA EN EL ENCUADRE

COMUNITARIO

Francisco J. VARAS MARTIN  
Psiquiatra  
Centro de Salud Mental de Hortaleza

PSICOPATOLOGIA SOCIAL : LA DEMANDA COMO PARADIGMA EN EL ENCUADRE  
COMUNITARIO

INTRODUCCION :

Es importante, al tratar de un tema actual en nuestro país como es el de la Psicopatología social, el ubicar en primer lugar el concepto de Salud Mental. En este aspecto, uno de los autores que lo ha situado mejor es Chambart de Lauwe que dice textualmente : "El lugar de la Salud Mental podría, en principio, situarse en la relación existente entre una sociedad organizada e institucionalizada y una serie de vivencias. El desequilibrio entre ambos, cuando es demasiado acusado o cuando el sujeto está predispuesto a ello, hace aparecer el conflicto que a su vez puede ser generador de patología".

Otro de los autores que han tratado este tema y que se muestra extremadamente operativo para nuestro trabajo es Pichon-Rivière, en el estudio del vínculo como estructura cuando afirma que el sujeto sano en la medida que aprehende el objeto y lo transforma, se modifica también asimismo, entrando en un interjuego dialéctico en el que la síntesis que resuelve una situación dilemática se transforma a su vez en el punto inicial o tesis de otra antinomia que deberá ser resuelto en un continuo proceso en espiral.

Notemos que en dichos autores el sujeto de las vivencias es el individuo y el colectivo, y que la historia de aquel se inscribe dentro de la historia de la sociedad donde vive, de tal forma que su salud mental cuestiona y al mismo tiempo hace referencia : primero a la relación entre el institucionalizado y la vivencia, y segundo a la historia de la sociedad y de los grupos a los que pertenece el institucionalizado como sujeto.

Es decir, que en estos autores, observamos que al uso instrumental de la lógica formal se añade, y cobra extraordinaria importancia, el de la lógica dialéctica y la noción de conflicto.



Así pues, el trabajo del profesional en Salud Mental comunitaria requiere una nueva conceptualización psicopatológica que se base en una visión global de la interrelación entre el individuo y el colectivo social.

La singularidad e incluso la especificidad de la práctica comunitaria radica, pues, en articular dentro de una situación, los múltiples determinantes de una vivencia y de un acto individual o colectivo. La clínica, desde el punto de vista psicosocial, tiene como fundamento el que el profesional desarrolle su quehacer cotidiano, no como observador que busca únicamente el circunscribir y diagnosticar, para luego intervenir según unas reglas y un saber previos, sino como observador-participante, elemento mismo de la situación, viviéndola.

De esta forma, se sitúa a la vez como objeto, herramienta y actor, debiendo mantener bien sujetas las riendas de esta triple posición. Al mismo tiempo dicha práctica clínica está inscrita dentro de la dimensión de realidad, ya que no se trata de una situación aislada, sino de una situación que ocurre y se desarrolla ante sus ojos y en la que él mismo participa. De esta forma la situación no deja de actualizarse ya que los que en ella están implicados lo están en tanto en cuanto son actores sociales y la pluralidad de las influencias hace que el potencial de cambio sea casi incontrolable (el interjuego dialéctico que conlleva un continuo proceso en espiral - según Pichon-Rivière -).

En este aspecto, una intervención pensada a priori, y por lo tanto orientada, traerá como consecuencia una experiencia arbitraria y parcial.

La práctica de la clínica psicosocial es, por lo tanto, una práctica de acompañamiento. Lo real de esta clínica es una situación inscrita dentro del espacio y del tiempo, situación bastante compleja, ya que está mediatizada y vivida por los actores sociales, por lo que dicha práctica clínica está basada fundamentalmente en la interpelación o cuestionamiento de los actores sociales en una situación determinada, lo que constituye la demanda.

Si el profesional se mantiene en contacto directo con la psicopatología comunitaria, no verá únicamente un enfermo, como clásicamente se ha venido considerando hasta ahora en las ciencias médicas, sino que verá en primer plano una demanda. Por otro lado, nadie dispone de los criterios para definir un grupo normal, una organización normal, una institución normal o una relación social normal, lo que explica que existen demandas específicas que deben ser analizadas profundamente, ya que se originan de una mezcla de desplazamientos, condensaciones y cortocircuitos que ponen en evidencia al desplegarse en su análisis una serie de intereses varios que dan soporte al entramado interrelacional de los actores sociales y que al mismo tiempo está influido por las diversas situaciones en las que estos se encuentran comprometidos.

Por lo tanto, los profesionales en el campo de la Salud Mental comunitaria deben conocer, para hacer una lectura apropiada de la demanda, el sentido de su práctica, las reglas implícitas del juego que tienen que jugar, los dispositivos asistenciales y su historia, los actos, las relaciones, el espacio real y potencial de sus deseos y el de sus compañeros, la dinámica y los mecanismos en los que se encuentran implicados no sólo como objetos sino como sujetos protagonistas de la situación.

De esta forma, el profesional podrá mantenerse al pie de esta demanda y acompañarla en su formulación investigando sus tácticas y todas sus actuaciones ya que él está ahí para aclararlas, constatarlas y señalarlas.

ESTUDIO DE UN CASO CLINICO

Con objeto de explicitar y concretar estas ideas, me permito exponer un caso clínico no muy diferente a otros muchos que vemos en el Centro de Salud Mental de Hortaleza donde trabajo.

Previamente, y para ser coherente con dicha exposición, voy a describir de forma esquemática dicho centro.

El Centro de Salud Mental de Hortaleza responde a la iniciativa de reforma psiquiátrica propuesta por el Servicio Regional de Salud de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Esta reforma psiquiátrica está basada en un modelo de atención que se propone la integración de la Salud Mental en el sistema sanitario general y el dar una cobertura territorializada a la demanda general en Salud Mental a través de Servicios o Centros integrados en Areas Sanitarias.

Estos Centros se sitúan en un segundo nivel, especializado, prestando apoyo a la atención primaria, a las urgencias, a los servicios sociales y a otras instituciones públicas (escolares, judiciales, etc), con el propósito de evitar la duplicidad de recursos y conseguir delimitar las respectivas competencias.

A nivel asistencial, propiamente dicho, estos centros tienen como objetivo primordial el dar cobertura a la población de la Comunidad Autónoma de Madrid, mediante la creación y organización de una serie de estructuras y formas de actuación comunitarias y por consiguiente la superación tanto del Hospital Psiquiátrico como de las consultas de neuropsiquiatría del INSALUD, los dos instrumentos asistenciales hegemónicos hoy día.

Para ello el Servicio Regional de Salud ha puesto en marcha de forma piloto, unos servicios de Salud Mental en algunas areas sanitarias que corresponden geográficamente, unas veces a los distritos municipales de Madrid y otras a municipios de la periferia.

En cuanto a la práctica asistencial, los profesionales de dichos

Centros trabajan en equipo interdisciplinario por programas que abarcan las tres formas de atención: primaria, secundaria y terciaria.

En lo que concierne al Centro de Salud Mental de Hortaleza concretamente, podríamos describir su todavía corta historia de la manera siguiente:

En una primera fase, el Equipo del Centro estuvo compuesto por tres Psiquiatras, una Asistente Social, un A.T.S. y un Auxiliar de clínica. De los tres psiquiatras, uno (Director del Area) simultaneaba sus funciones con las de Director del Hospital Psiquiátrico, otro trabajaba a media jornada en el Centro, y la otra media en el Servicio de Admisión del Hospital Psiquiátrico, y el tercero a jornada completa en el Centro junto con los otros tres profesionales.

Dicho equipo se integró o trató de integrarse en el Centro de Promoción de la Salud (C.P.S) Municipal del distrito, con los profesionales que allí trabajaban, utilizando los locales de dicho C.P.S. Como es natural, dicha fase estuvo llena de numerosos avatares originados por la insuficiencia de espacio para los profesionales que allí trabajaban, las diferencias entre sus diversas técnicas y esquemas referenciales, pues pertenecían y habían pertenecido a instituciones diferentes, tanto desde el punto de vista de la práctica clínica como desde el punto de vista administrativo (Comunidad Autónoma y Ayuntamiento de Madrid) teniendo horarios, funciones y objetivos diferentes.

Otros factores a considerar fueron la entrada y salida del equipo de otros profesionales. Todo ello, como es natural, llevó a la falta de encuadre capaz de aglutinar y coordinar las diferentes técnicas y esquemas referenciales, y por lo tanto no poder analizar en profundidad la demanda de pacientes.

Dicho encuadre se fue perfilando poco a poco en una segunda fase marcada principalmente por las siguientes circunstancias:

- Separación física de los profesionales pertenecientes al Servicio Regional de Salud de los del Ayuntamiento al marcharse aquellos a nuevos locales.

- Incorporación al equipo de Salud Mental del Servicio Regional de Salud de otros profesionales con carácter fijo (también en esta fase se fueron dos profesionales (A.T.S. y Auxiliar de Clínica) que tenían contrato temporal y fueron transferidos al Hospital Psiquiátrico con un puesto fijo).

Y por último, la incorporación a jornada completa del Director del Area y del psiquiatra que trabajaba a media jornada.

Paulatinamente se fue articulando un dispositivo que permitiera contextualizar la demanda en las líneas anteriormente expuestas. En el momento en que prácticamente aún no se había "instalado" el equipo en los nuevos locales del Centro de Salud Mental, fue derivada desde el Hospital Psiquiátrico la paciente Adela H.

El ingreso en el Hospital Psiquiátrico era el enésimo de los muchos que había tenido dicha paciente, no sólo en este centro sino en el resto de los hospitales psiquiátricos tanto públicos como privados de Madrid y nos fue remitida de forma burocrática por pertenecer al Distrito.

En ese momento Adela tenía pendientes numerosos problemas sociales : unos por denuncias de los vecinos por escándalo publico, agresiones, ruidos etc ..., otros por el deterioro de su vivienda porque no se había ocupado ni de la limpieza ni del mantenimiento, como tampoco del pago del alquiler por lo cual tenía un deshaucio del dueño que al mismo tiempo era uno de los vecinos, y por último, otros por la falta de recursos económicos ya que vivía prácticamente en la indigencia pues la familia no quería hacerse cargo, en principio, de ayudarla económicamente. Todo ello recuerda al clásico paciente con problemas relacionales de tipo social y por lo tanto inadaptado. Por este motivo, y como parte de una primera estrategia, un psiquiatra y una A. Social nos encargamos del caso para que de forma directa se solucionaran los asuntos más urgentes a la salida del Hospital Psiquiátrico.

Resumiendo al máximo su historia clínica pues nos llevaría muchas páginas y debido a que el análisis clínico del caso no es tema de esta ponencia, sino como se articularía su demanda con las demandas de los llamados actores sociales, comenzaré a decir que Adela arrastra tras sí una larga historia psiquiátrica, que, por supuesto, ha influido considerablemente en su psicopatología actual.

Adela, de 41 años de edad, es la mayor de 4 hermanos : 3 mujeres y un varón que es el más pequeño. Las 3 hermanas están solteras, y el hermano está casado y tiene un hijo.

Las primeras manifestaciones patológicas de la enfermedad de Adela surgieron cuando esta contaba 16 años, en el momento en que, con motivo de una de las numerosas depresiones de la madre, esta se fue al pueblo de donde era originaria la familia, con los 3 hijos más pequeños, dejando a Adela como hermana mayor con el padre en Madrid. En aquel entonces, la paciente trabajaba como aprendiz en una peluquería, y pidió a una compañera con la cual tenía mucha confianza que viniera a dormir por las noches con ella.

En realidad dicho miedo era de que su padre abusara sexualmente de ella. Esto no fue reconocido ni valorado por los diferentes profesionales que trataron posteriormente el caso pues dedicaron sus esfuerzos a tratar la normalización del síntoma. Como pudimos comprobar al tratar a Adela, el desarrollo psico-sexual de esta estaba ya muy marcado por la represión que la madre había ejercido sobre ella, ya que entre otras cosas desde la aparición de la primera regla no la dejaba nunca salir de casa sola por miedo a que abusaran de ella, limitándole cualquier tipo de iniciativas y movimientos fuera del domicilio por este motivo.

Progresivamente, Adela fue teniendo una serie de obsesiones fóbicas hacia todo lo que estuviera en relación con la esfera sexual : el lavado de manos para purificarse continuamente llegó a constituir una obsesión compulsiva.

Cuando volvió la madre, y debido a que Adela se negó incluso a

salir de casa e ir al trabajo por miedo a contaminarse, aquella la llevó a una consulta psiquiátrica donde le recetaron unos medicamentos que no tuvieron ningún resultado.

A partir de entonces el rechazo familiar y la escalada de la patología de Adela fueron directamente proporcionales al número de ingresos en los hospitales psiquiátricos de todo Madrid, donde nunca se le dió oportunidad de manifestar y aclarar su problemática sexual.

Dicho rechazo familiar está representado principalmente por el padre y la hermana que sigue a Adela, los cuales llegaron incluso a ingresarla en varias ocasiones engañándola y dejándola en el Hospital Psiquiátrico con el pretexto de que iban únicamente a la consulta. La madre, en uno de sus episodios depresivos, se suicidió, ingiriendo medicamentos. El padre culpabilizó a Adela de dicho suicidio, a causa de los diversos disgustos que había dado en casa con sus "locuras y manías".

La evolución de Adela durante los años siguientes fue una sucesión de salidas y entradas en hospitales psiquiátricos.

En todos estos años de idas y venidas de casa al hospital, desempeñando el papel de "loca de la familia", influyó considerablemente en la actitud de Adela, como es natural, el investimento transferencial hacia los profesionales clínicos de turno, lógicamente relacionado con el núcleo psicopatológico originario : la fantasía del incesto paterno y muerte de la madre, con su correspondiente culpabilización y represión.

Todo ello dio lugar a las más variadas manifestaciones sintomáticas psiquiátricas y como era de esperar a los más variados diagnósticos clínicos. Podríamos decir, para finalizar, que Adela tuvo todos los diagnósticos y todos sus tratamientos psiquiátricos correspondientes, exceptuando la lobotomía porque se opuso la familia en el último momento.

Después de 24 años de evolución psiquiátrica y en una forma pervertida de demanda llegó, pues, Adela a nuestro Centro, enviada desde el Hospital Psiquiátrico debido a que vivía en nuestro distrito - como ya se explicó anteriormente -. Al principio su comportamiento fue el de

mantener una estrecha colaboración con nosotros, tanto para resolver sus problemas sociales, como para hablarnos de los relacionados con su familia, vecinos, amigos, etc...Se diría que estaba dispuesta a renunciar a sus "locuras" anteriores para entrar dentro de un sistema relacional de tipo analógico.

Durante este primer periodo, la veíamos una vez por semana (psiquiatra y A.S. ) en su domicilio, pues los locales a los que el equipo se había trasladado no habían sido aún acondicionados para pasar consultas.

Poco a poco, se hicieron más patentes sus deseos de que fuéramos más veces por semana y que resolvieramos todos sus asuntos. Junto a esto apareció una erotización de las visitas que realizábamos, pasando progresivamente a confundir nuestra función con la de simples amigos. Su demanda explícita se hacía cada vez más invasora, llegando al extremo de llamar por teléfono, pidiendo insistentemente nuestra presencia para todo.

Por otro lado, la hermana que la sigue en edad había ya manifestado su expectionismo en cuando al seguimiento terapeutico que realizabamos, diciendonos claramente que no conseguiríamos nada de la paciente pues su enfermedad no tenía remedio y todo lo que hicieramos resultaría inútil. Ella por su parte ya no la consideraba ni siquiera como hermana sino simplemente como hermana biológica porque no tenía otro remedio. No obstante, también llamaba frecuentemente por teléfono para intervenir y dar su parecer en cuanto al tratamiento haciendo al mismo tiempo una demanda.

Todas estas actitudes, tanto de la paciente como de su hermana, a pesar de ser advertidas por los profesionales y por lo tanto llegar a hacer un replanteamiento de la estrategia relacional pasando de esa alianza analógica a un análisis de los contenidos latentes, no pudieron ser bien evaluados ya que el equipo estaba pasando por una fase de cambio muy importante y no había lugar para hablar y reflexionar sobre dicha situación.

En esos momentos criticos, tuvieron que suspenderse las visitas semanales debido a las vacaciones de Semana Santa, lo cual a pesar de



que fue explicado a la paciente, esta no lo soportó, y a la vuelta de dichas vacaciones, estaba bastante cambiada, comportándose de forma similar a como lo había hecho en sus anteriores hospitalizaciones: Agitación, discurso pseudodelirante, rechazo del tratamiento, altercados con los vecinos, teatralismo, etc... En estos momentos se había ya concertado con ella una visita al Centro por semana, pues ya se podía pasar consultas en él. Adela no venía nunca a la hora convenida, y se enfadaba cuando no la recibíamos en el momento que ella deseaba -llegó un día a orinarse en la sala de espera-.

Por otro lado, sus llamadas telefónicas junto con las de su hermana se hacían cada vez más numerosas y alarmantes, llegando incluso a llamar por la noche a la A.S. que seguía el caso.

Dicha actitud fue originando poco a poco una división de pareceres en los profesionales que nos ocupábamos de ella, debido a que cada cual entendía que se debía responder a esta situación de forma diferente. Todo ello originó una tensión en el seno del equipo que respondía de forma disgregada impidiendo escuchar la demanda de la paciente la cual fue empeorando progresivamente. La hermana por su lado nos repitió varias veces en sus llamadas telefónicas que ya nos había advertido de la incurabilidad de la enfermedad de Adela, y que la única solución era la hospitalización por grandes períodos de tiempo, amenazando al mismo tiempo, como ya lo había hecho en anteriores ocasiones a otros profesionales, con denunciarnos si no la ingresábamos. Es decir, si variábamos el tipo de relación analógica que había mantenido en otras ocasiones. Adela acabó por hacerlo en otro hospital con el que no manteníamos relación.

A pesar de ello nos desplazamos a dicho hospital para colaborar con los profesionales que se ocupaban de ella y señalar a Adela que en el momento de su salida nosotros estaríamos siempre dispuestos a reanudar el seguimiento ambulatorio. ¿Acaso esto supuso un cambio en el mundo psicoafectivo de Adela? Posiblemente, ya que al darle el

alta del hospital volvió voluntariamente a pedir consulta a nuestro Centro, y a partir de entonces comenzó a respetar los horarios y a mantener una relación diferente aunque su comportamiento se alterara cada vez que faltábamos por una causa o por otra a las citas de consulta.

Actualmente, sigue en nuestro Centro un tratamiento de dos consultas semanales y asiste a varias sesiones de terapia ocupacional en un centro de día coordinado con el Centro de Salud Mental.

Esta segunda fase ha permitido:

Por un lado analizar la demanda de Adela y que ella pueda reflejarse en ella.

Por otro lado el propio equipo ha podido aceptar la presencia de Adela y poder enfrentarse al quehacer cotidiano con dicho caso.

## CONCLUSIONES :

Después de haber leído la historia clínica del caso y las circunstancias que rodearon nuestra actuación en el Centro de Salud Mental, podemos extraer a modo de conclusión una serie de puntos de estudio sobre el tipo de demanda en dicho caso.

1º Como ya se explicó en la introducción teórica de este trabajo, la demanda, parte fundamental de la clínica en la práctica comunitaria, tiene una lectura a varios niveles, ya que debe ser considerada como un hecho surgido y conformado dentro de una serie de eventos que básicamente están integrados en dos parámetros fundamentales :

- a) Situación inscrita dentro del espacio y del tiempo.
- b) Situación mediatizada y vivida por los llamados actores sociales.

2º En el caso que hemos presentado se ha puesto de manifiesto la situación bien determinada que configura el momento en el que entramos en contacto con la paciente. Dicha situación debe ser considerada como momento concreto dentro de la "historia psiquiátrica" de Adela H. plagada de intervenciones institucionales : médicas, sociales, judiciales etc... desde hacia 24 años, y que obviamente habían configurado tanto la expresión o sintomatología de su sufrimiento como a un nivel más profundo la psicopatología propiamente dicha de su enfermedad si tenemos en cuenta el estudio del vínculo como sistema y el interjuego dialéctico de Pichon-Rivière.

3º También hay que considerar, por otro lado, que dentro de dicha situación se encuentra el momento que atraviesan actualmente las instituciones asistenciales que se ocupan del caso. Dichas instituciones están realizando en los últimos años, como todos sabemos, un cambio radical y profundo a nivel teórico-práctico que concierne tanto a la estructura organizativa de dichas instituciones como

por supuesto a los profesionales y pacientes que dependen de ellas, puesto que este cambio incide sobre todo en una transformación total del sentido de la asistencia, en el más amplio sentido de la palabra, de los enfermos psíquicos.

No creemos, pues, necesario recordar, cómo dicho cambio puede tener una influencia clara en el trabajo asistencial y en la relación de los profesionales entre sí a través de casos como el presentado.

- 42 Por último, y como complemento-consecuencia de lo anterior, hay que tener en cuenta también la mediatización y vivencias de los que hemos dado en llamar actores-sociales que en este caso concreto son : los profesionales que nos derivaron el caso, la familia de la paciente, los vecinos, los profesionales del equipo receptor y por supuesto la propia paciente. Todos ellos implicados dentro de una "historia" que vivieron como objetos y sujetos en relación con esta paciente, la cual surge así como emergente psicossocial del entramado interrelacional de estos actores sociales. Sería exhaustivo el entrar en un análisis detallado de las vivencias e influencias de los actores sociales en este caso, por lo cual nos remitimos al relato de la historia del caso, para que cada cual realice dicho análisis y saque las correspondientes interpretaciones que pueden constituir a su vez un motivo de discusión en el debate.

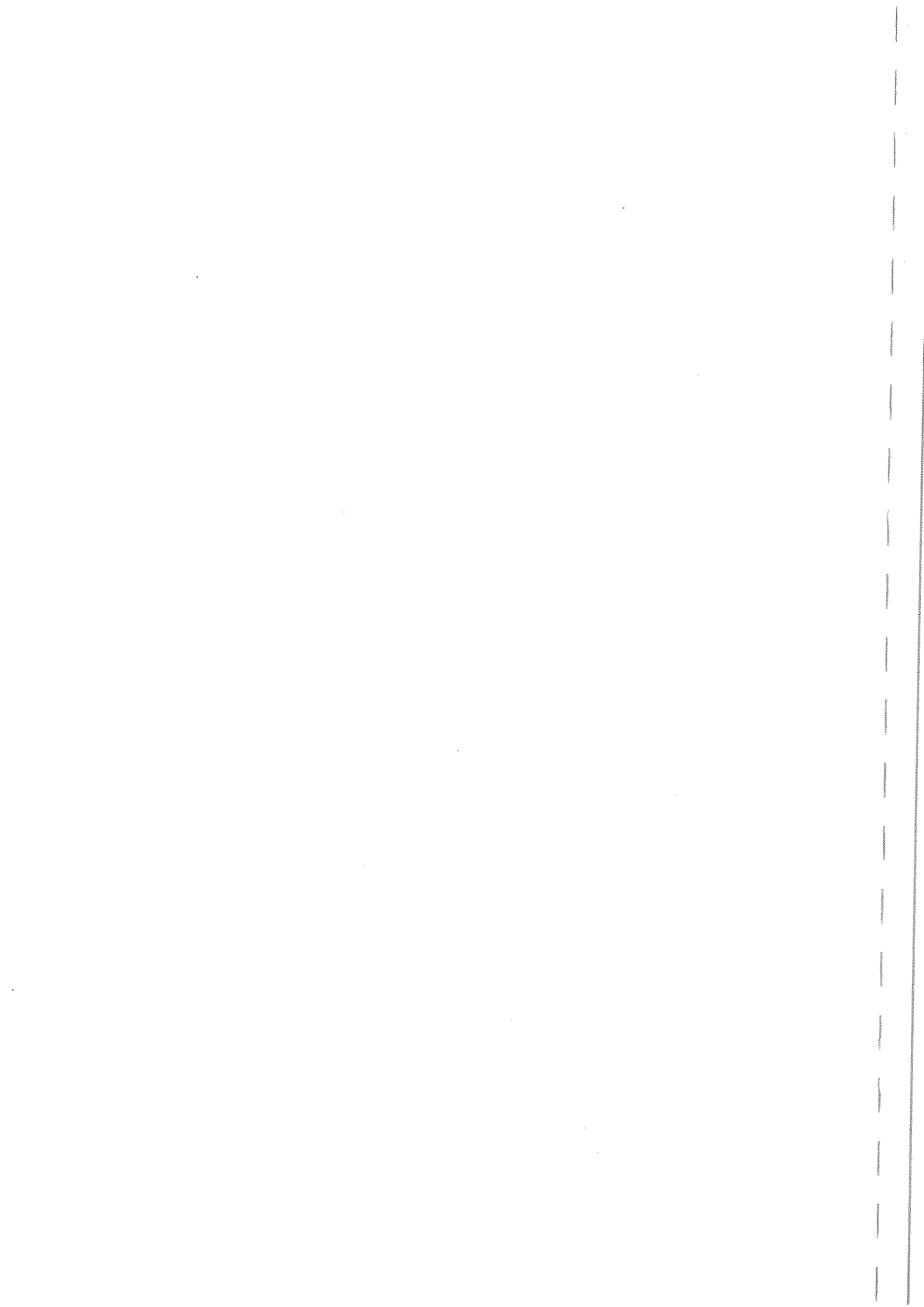
## LA DEMANDA COMO PARADIGMA EN EL ENCUADRE COMUNITARIO.

---

### BIBLIOGRAFIA :

- CHOMBART DE LAUWE P.H. estado por LEROY C. en Le Concept de Santé Mentale - Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie 37960 A10 2-1984.
- Jeanneau A. Les ambiguïtés de la demande en examen clinique. Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie 37102 A10. 1978.
- PICHON-RIVIERE E. El Proceso Grupal del Psicoanálisis a la Psicología Social. Tomo I Ed. Nueva Visión - Buenos Aires 1977.
- REVAULT d'ALLONNES C. et BARUS-MICHEL J., La Psychologie Sociale Encycl. Méd. Chir. - Paris, Psychiatrie 37031 E10, 7-1980.
- Objetivos y Programas del Servicio de Salud Mental. Servicio Regional de Salud. Servicio de Salud Mental, Madrid Abril 1985.

-----



LO MULTICAUSAL EN LAS DROGAS:

EL PROBLEMA DEL DIAGNOSTICO

LOLA LORENZO

PSICOLOGA

Miembro del CENTRO INTERNACIONAL DE INVESTI-  
GACION EN PSICOLOGIA SOCIAL Y GRUPAL

## LO MULTICAUSAL EN LAS DROGAS:

### EL PROBLEMA DEL DIAGNOSTICO

#### INTRODUCCION

El objetivo que pretendo en esta comunicación es reflexionar con vosotros acerca de la complejidad que está presente en la práctica clínica frente al diagnóstico de pacientes, que "nos muestran sus síntomas de dependencia a las drogas".

Complejidad que nos habla también de las múltiples causalidades, que se entrecruzan en la etiología de las drogodependencias.

Son los pacientes con dependencia a la "heroína", de los que en este escrito voy a hablar. Me interesa centrarme en este "fenómeno psico-social", y en aquellos elementos que dan cuenta de lo multicausal del síntoma.

Mi práctica clínica en el servicio de Salud Mental, del Centro Municipal de Salud de Majadahonda, es una de las fuentes de "provocación", para estas reflexiones, y es, desde esta práctica que organicé esta comunicación.

La Investigación que vengo desarrollando en el campo de "lo grupal" y de la psicopatología social, en el Centro Internacional de Investigación en Psicología social y grupal, se transforma en el lugar referencial teórico, que marca las líneas de pensamiento y abre los interrogantes que presento en esta comunicación.

El fenómeno de la drogodependencia, no es "nuevo"; lo novedoso que surge en los últimos años es el producto: "la heroína"; el recorte del fenómeno y su denominación: "los heroinómanos", y los múltiples discursos que se pelean el "saber acerca del mismo".



## ACERCA DE LA DEMANDA Y EL PEDIDO SOCIAL.....

. Para poder hablar hoy de la complejidad, decidí situarme en la demanda y el pedido social; lo multicausal de las drogas se plasma en este momento.

1. El paciente "heroínómano", (lo llamaré de este modo, ya que el discurso social-técnico lo nombra así) expresa "su demanda" de atención, a través de los circuitos asistenciales que se han organizado especialmente para él, o para gente como él...

2. dicha demanda nos habla de que la relación con el "objeto" que le satisface, la heroína, debe permanecer. El sujeto nos pide que mantengamos dicho objeto, nos pide que se lo demos...o en último caso que le ofrezcamos otros sustitutos.

3. nos demanda que nuestra actuación cobre la misma forma que el "objeto", es decir, que cubra la "ausencia", que impida la frustración.

Es decir, este sujeto, nos dice que no quiere saber nada de nosotros los "profesionales", ni de nuestras técnicas, ni de nuestros aparatos asistenciales, quiere su "droga".

...esto perturba, incomoda, tanto al terapeuta, como a los organismos sociales, que crearon "todo para él"....

Pero, junto a la demanda del paciente, y ligado intrínsecamente a ésta aparece el Pedido Social, que se expresa a través del grupo familiar, o de otros grupos e instituciones de la comunidad (políticas, sanitarias, policiales...). Es decir, demanda y pedido social se entrecruzan constituyendo un único discurso, en el que, el segundo atrapa al primero.

¿Quién nos pide asistencia?

Voy a explicar alguno de los puntos descritos:

"El paciente heroínómano"

La categorización de un "fenómeno", de un hecho que nos sorprende, sea éste del índole que sea (político, médico, social..), ¿no obedece a un inten-

to de las teorías y técnicos de constreñir, de dar un nombre al fenómeno (o a la que sorprende), con la ilusión, ilusión ideológica, de que una vez nombrado y clasificado queda comprendido y controlado?.

Los heroinómanos son nombrados como tales, los nombramos y ellos mismos identificándose con esta denominación ( sinó, no podrían entrar en nuestra clasificación, diagnóstico y recursos ) se presentan al clínico. Dicho nombre también les permite ocupar un espacio social "categorizado", delineado como "lo que queda fuera de la norma del sistema", "lo extraño", "lo que el propio sistema generó".

Decía ilusión ideológica, de que nombrando, clasificando y diagnosticando, el fenómeno queda enmarcado, de este modo es como se nos muestra los diversos discursos políticos, médicos, psicológicos, policiales... que se pelean el saber.

Esta ilusión también se nos desliza en la clínica terapéutica, el paciente que acude a los servicios no es solo el paciente, es el "heroinómano", al que tenemos que clasificar, dar un código, meter en el ordenador, ya lo tenemos controlado, clasificado, ..poco nos va a sorprender. La curiosidad queda cerrada en nombre de la clasificación y en última instancia en nombre de la "ignorancia", difícil de mantener.

En nuestro país en los últimos años, ha comenzado a producirse una avalancha de información, en los medios de comunicación, en los congresos, en las revistas científicas, acerca de que son, y cómo deben ser, acerca de lo que hacen, y lo que deberían hacer, los heroinómanos. En la calle se opina, se habla....del "problema de la droga", se vacía de contenido, se dramatiza una situación de inquietud social...se teme al drogadicto...

¿que fenómeno psicosocial ha cobrado tanta presencia como éste?, ¿que oculta tantas palabras, leyes y diagnósticos?, ¿de que hay que defenderse?

Me pregunto y creo que como psicólogos sociales y como terapeutas, tenemos que preguntarnos, porqué tanto interés, tantos discursos, tantas

informaciones, acerca de la droga, porque hoy la drogodependencia hace converger de forma tan manifiesta, a tantos sectores de la población, a tantos discursos políticos, policiales y sanitarios.

.....no será que nos perturba el lugar donde nos coloca el heroinómano...ese lugar de la transgresión, de la satisfacción inmediata, del límite, del vacío...del juego con la muerte omnipotentemente controlada...  
 ....no será que ofrece demasiados beneficios económicos....

..."acuden a los servicios asistenciales creados para ellos"....

Todos conocemos la proliferación de servicios asistenciales creados recientemente en nuestro país (comunidades terapéuticas, asociaciones religiosas, planes gubernamentales, leyes penales....) nunca un problema llamado de "salud", contó con tantos recursos.

Tendríamos que preguntarnos, se trató de comprender, de escuchar este fenómeno y a partir de ahí se organizó e instrumentalizó la asistencia, ¿o fué a la inversa?,

¿se escuchó la demanda de estos sujetos? o más bien se respondió al pedido social de control, ese pedido que en muchas ocasiones se traduce por "hay que hacer algo con los heroinómanos".

Sabemos que el pedido social, en ultima instancia es un pedido de control social, y de represión. Con el que se pretende delegar en los tecnicos, en la psicopatología, en los diagnósticos, en las leyes judiciales, lo que los propios grupos sociales (familia, colegios...) a los que pertenecen estos sujetos, no pudieron resolver,.

Luchas de las palabras que circulan alrededor de las instituciones, mencionadas anteriormente, son, prohibiciones, aislamiento, control, lastima..

Una idea circula socialmente, hay que alejar de la comunidad el foco infeccioso, el fantasma del "contagio" está presente. En algunas ocasiones se llega hablar de que "este problema" hay que tratarlo como una "enfermedad infecciosa", todos podemos contagiarnos. Si es sí me pregunto ¿cual es el virus?

...será eso el placer?, será la fascinación de la transgresión lo que se contagia?, será el límite donde se colocan y nos colocan?, será la denuncia del deterioro de nuestros modelos de integración?,.....

si es así es un virus muy molesto, los jóvenes "heroinómanos", nos miran y se vuelven a su objeto, que privilegian más que a "nosotros los normales", esto nos coloca en un lugar incómodo.

Desafortunadamente para ellos, se materializó esta idea de contagio, hoy a través del S.I.D.A., ya hay una razón para el aislamiento y la penalización.

Tendríamos que pensar en cómo hoy todavía, nuestros modelos asistenciales responden más a un control social de lo que se teme, que a una búsqueda de comprender de conocer, de ahí que muchas veces se aísla el fenómeno recurriendo a un diagnóstico y clasificación, que evite las preguntas que quizás hoy todavía no podemos responder, o quizás nuestra propia inserción social, no nos permite ver.

Quizás tengamos que comenzar a pensar, como terapeutas, que cuando la comunidad nos envía, nos delega este "problema"...sería necesario no encerrarlo en nuestros modelos clínicos, sino devolverlo a esa comunidad.

Es decir, un sujeto social a lo largo de su vida transita y se hace sujeto a través de su pasaje por distintos grupos y colectividades, tendríamos que pensar que en alguno de estos pasajes, se produjo la falla, habría que indagar en que momento la familia, la escuela...no pudieron hacerse cargo de su Tarea, y expulsaron lo que no comprendían, lo que no controlaban, lo que les denuncia el fracaso.

Ahí en esos lugares quizás algo cambie. Se trataría en última instancia de devolver la depositación, el pedido social, para no taponar, diagnosticando, tratando....el Emergente de una situación en crisis que generó otra crisis.

Para teminar solo quiero nombrar dos ultimas reflexiones:

1. En ultima instancia no podemos perder de vista, que el fenómeno de las drogas y de la drogodependencia, nos remite a un problema de mercado, El sistema capitalista actual, basa su desarrollo y expansión, (entre otros recursos), a través de la producción de bienes de consumo.

La droga es un producto más de este mercado, que ofrece unos beneficios importantes.

2. ...y una pregunta....

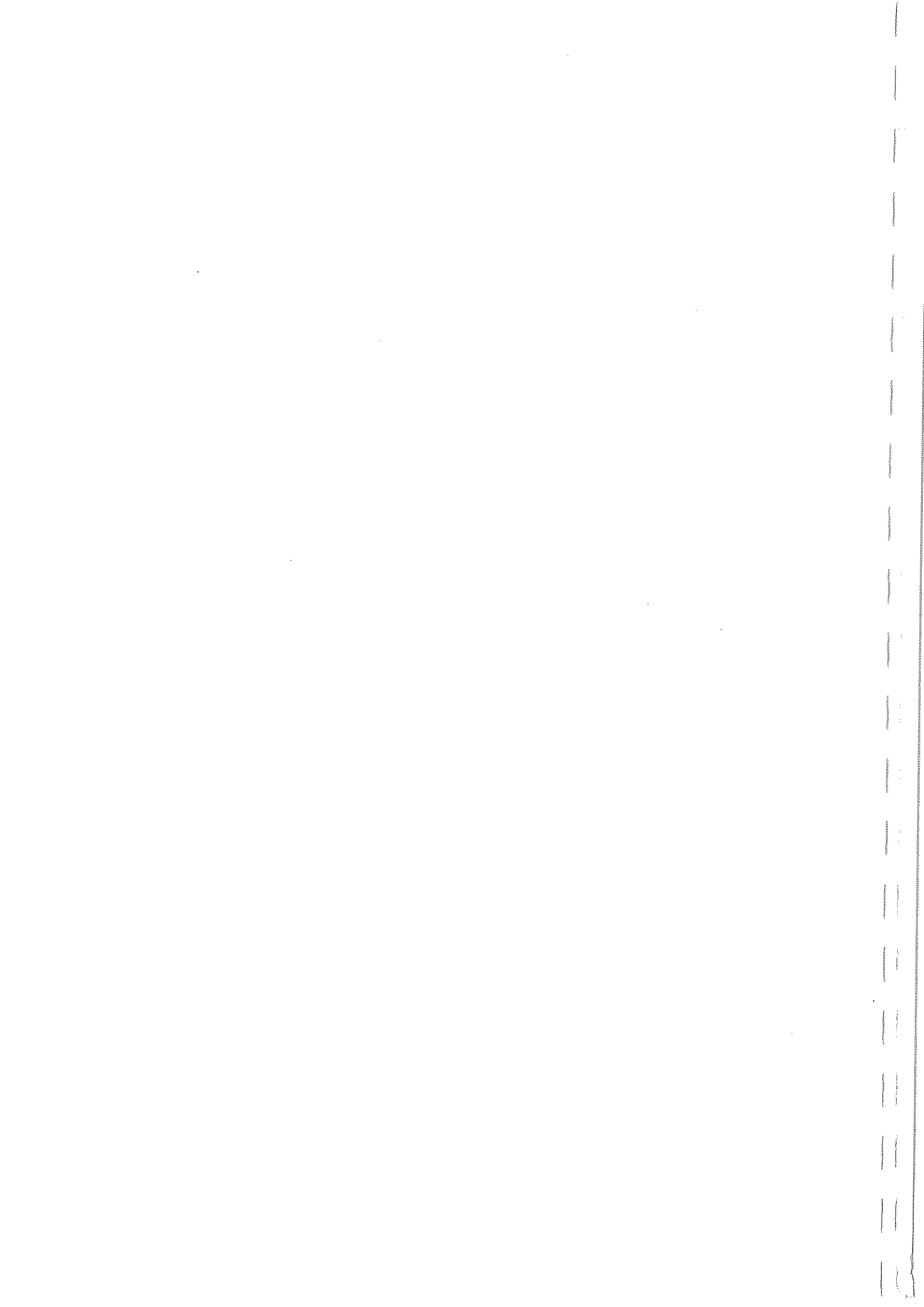
No será que en el momento actual, hoy aquí y ahora, la represión sobre la violencia social, se ejerce de tal forma, que aparece una nueva modalidad de violencia, ejercida sobre el propio cuerpo, que produce deterioros importantes, que se ejerce sobre el propio cuerpo a través de esa "aguja en la vena"; que produce tanto placer...

No será que de algun modo los jovenes nos muestran que la represión social cerró las puertas de salida y que la violencia sobre el propio cuerpo es una manera de denuncia?, de un grito ahogado en un sintoma social.



MESA 2 : PROCESOS TERAPEUTICOS GRUPALES

---





COMUNICACION: "PSICOTERAPIA DE GRUPO EN EL  
TERRITORIO. UNA EXPERIENCIA."

Maria Marzotto  
Bologna (Italia)

## LA PSICOTERAPIA EN EL TERRITORIO; una experiencia.

" Gris es toda teoría, pero verde es el árbol dorado de la vida " (Wolfgang Goethe).

No sé si una experiencia plurianual de terapia de grupo, articulada por clases de edad (grupo de los jóvenes - grupo de media edad - ancianos - ) dirigida con técnica operativa, en un territorio con pacientes ambulatoriales psicóticos y neuróticos, sea propiamente el "árbol dorado de la vida"; se sin embargo que intentar reducir en unas páginas la complejidad de esta vivencia envolvente y, además, aún en curso, me ha parecido una operación drástica y arbitraria. Me ha parecido traicionar unos "secretos grupales"; me he encontrado preguntandome: y ellos, que pensarían? Ellos, como la contarían? Ellos, los integrantes, los pacientes, los protagonistas. Y racionalizar con que, además ellos no tendrían la "distancia óptima", no me ha tranquilizado de manera excesiva.

De todas formas: intentaré extrapolar de esta experiencia, algunos puntos fundamentales, algunas dificultades encontradas durante el recorrido, después de una breve nota introductoria sobre el "setting" y la composición de los tres grupos.

### El "setting", los participantes

Cada grupo se reúne una vez a la semana, durante una hora y media, en la habitación "grande" del ambulatorio de los barrios Barca e Costa-Saragozza, territorio de competencia de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Bologna. Estamos en la periferia de la ciudad: los dos barrios tienen fisionomía totalmente distinta: pequeño y medio burgués, más antiguo, el barrio Costa-Saragozza; obrero, y con una fuerte componente inmigratoria, de más reciente constitución, el barrio Barca.

La coordinación de los grupos está hecha por mí y uno ó dos observadores (uno, en el grupo de los jóvenes; dos en los otros).

Se cumple la lectura de los emergentes, veinte minutos antes del final de la sesión, y media hora se dedica, después de la sesión, a la epicrisis. El contrato con los participantes es anual (según el año académico): se trabaja desde septiembre hasta junio.

Después de la pausa del verano, se vuelve a formular otro contrato con los mismos y/o otros pacientes.

Estos últimos cubren más ó menos el entero abanico de las posibilidades psicopatológicas: neuróticos, "borderline", deprimidos reactivos y seniles, esquizofrénicos, maníacos-depresivos, paranóicos..

El nivel cultural es decididamente superior en los jóvenes y se va reduciendo con la edad: desde los estudios universitarios hasta los primarios. Viceversa, la extracción social no presenta grandes diferencias entre un grupo y el otro: desde subproletariado hasta la pequeña <sup>media</sup> burguesía en los tres grupos.

El único (relativo) criterio de homogeneidad, está relacionado entonces con las clases de edad: jóvenes - maduros - ancianos; por lo demás, como se ha visto, se trata de grupos heterogeneos por sexo, nivel socio-económico, tipo de patología.

La experiencia está en su tercer año de vida, para el grupo de los jóvenes; en el segundo para los otros dos grupos.

Algunos problemas:

- A nivel contratransferencial

Muchas veces nos preguntamos como el grupo vive la problemática y necesaria fase de la indiscriminación-confusión (aquella en la que hay el que no soporta la situación y se va), que en los grupos con pacientes graves aparece casi dramatizada.

Y el coordinador?

El no puede abandonar el campo ( parece casi un capitán que podrá ser obligado a hundirse con su nave...)

Al mismo tiempo está "debajo de las luces" (el "Lampenfieber" = lit. "fiebre de la entrada en la escena" de Conrad), cruzadas de la institución-clínica (donde pueden acabar ingresados los pacientes), del Servicio Territorial, de los familiares de los participantes.

Todo lo que sucederá, desde el momento de la botadura de la nave-grupo, será adjudicado a él (solamente con el tiempo, al grupo).

La borrasca, la deriva, el muelle.

Sus fantasías, en esta fase, son: una, catastrófica: para seguir con Goethe, "Der Zauberlehrling", el aprendiz de brujo, al que se le escapa de las manos el instrumento, la varita mágica (con las consecuencias conocidas), y que sólo un mago (supervisor) podrá salvar...

La otra, optimista: un contenedor flexible y no inflamable que, con la ayuda de la red-setting y de la interpretación, retiene un material amorfo e incandescente (el grupo) que, con el tiempo, asumirá formas claras e imprevisibles.

Considerando los grupos en su especificidad (creo que esta fase de indiscriminación esté superada por los tres): juzgo el grupo B, el de los llamados "maduros", el más problemático.

Má allá del tipo de patología (hay incluidos pacientes muy "serios") me pregunto cuanto juega el hecho que yo pertenezca a esta clase de edad.

Coordino el grupo de los jóvenes con una sensación de "alivio"; aquello de los ancianos con "reseñada participación" (son más padres y madres que suegros); el verdadero "rompecabeza" (juega toda mi ambivalencia) es el grupo B.

Quiero aquí señalar que forma parte actualmente de tal grupo un gravísimo etilista crónico, residente en nuestro barrio, pero institucionalizado desde hace años, que ha sido enviado a la psicoterapia, por la Clínica con regulares permisos: el grupo como "última esperanza", como "refugium peccatorum", cuando no hay más que perder ( y en la fantasía, que salvar). Entonces, es singular como todo el grupo se haga cargo de los "progresos" del único alcohólico, no asumiendo para nada hacia él una actitud super-egoica, y como él mismo muchas veces se presente como leader del progreso.

(Y las "consignas" de los enfermeros en el libro, en la Clínica, apuntan progresivamente e/o alternativamente: "ha vuelto del permiso borracho... ligeramente ebrio" y, por último, con singular expresión, "moderadamente sobrio"...).

Armando Bauleo dice: "imaginemos una forma botánica de grupalidad... una selva...una jungla...Plantas de distintas alturas y formas, bellas y extrañas, algunas peligrosas, se cruzan entre ellas, parasitan, se sujetan...constituyendo un conjunto extraño y fascinante de interacciones..."

Quería añadir: lo que aún es más desconcertante en los grupos humanos y que multiplica infinitamente las posibilidades de tales interacciones, es la capacidad del individuo y del grupo de cambiar:

cuantas veces, como por ejemplo en este caso, hemos asistido estupefactos al "brotar" de una leadership de progreso por parte de aquel que era el "peligroso" saboteador?

- A nivel teórico

Me he encontrado muchas veces preguntandome: que es el "especifico" (si existe) de un grupo de psicoterapia, coordinado con tecnica operativa, respecto a otro grupos (por ejemplo de aprendizaje), conducidos con la misma tecnica ?

Hacia la misma pregunta el año pasado a Armando Bauleo y el me contestaba que estaba considerando la misma cuestión con Fumagalli (v. Bol.n. 7 del CIR): cosa que no coincidió con una respuesta, sino con otra serie de interrogantes. Sin embargo me tranquilizó el hecho de que otros, con mayor preparación y experiencia, se hacían la misma pregunta. Por mi parte, una característica del problema era si el coordinador no podría tal vez, en el específico grupo terapéutico, entrar en objeto de los contenidos, sin perder la posición descentrada y sin asumirse arbitrariamente una "leadership" que no le compete.

Bauleo me contestó que tal vez un contenido puede ser dado como interpretación. Esta característica de la cuestión tampoco está del todo clara.

Otro problema: como hay que ponerse (como coordinación) frente al "acting-out" del individuo, bien la solicitud de ingreso, ó el abandono momentáneo del grupo, ó las maniovras de sabotaje por parte de los familiares ?

Creo que una primera importante "división del trabajo" a nivel del Servicio Psiquiatrico Territorial, seria que los pacientes pudieran tener, como punto de referencia individual, a otro medico que no fuese el coordinador ó el observador del grupo: esta figura podría hacerse cargo de las relaciones con los familiares, de un eventual ingreso, de la prescripción de psicofármacos, ecc., actuando externamente al grupo. En nuestra actual experiencia, ésto ha sido posible sólo para algunos pacientes, enviados a la terapia por colegas del Servicio, que mantienen con ellos tal relación individual.

Es posible hipotetizar en un futuro tal claridad de papeles. Otros dos compañeros, en efecto, están en fase de "training" formativo (

(uno ya avanzado, el otro al principio), por lo cual antes ó después empezarán también ellos a coordinar grupos y podrá darse el intercambio de las partes. (Quien se hace cargo de la "Receta" y quien de la terapia de grupo: pacientes con ambas, y bien distintos, referentes).

Más: no estrá nunca suficientemente subrayada la importancia de la epicrisis, a situar preferiblemente justo después del grupo, con la cumplimentación de la ficha: la necesidad de supervisiones periódicas. Y también, y la indico como hipótesis, la posibilidad que coordinador y observador pongan al día constantemente su formación, participando, en otros grupos, de al lado de los integrantes, para evitar adquirir una técnica, a lo mejor cada vez más sofisticada, pero empobrecida a nivel emocional por el riesgo de la "burócratización" de la función.

Paradójicamente, un exceso de identidad (siempre coordinador - siempre observador) a mi ver, determina una disminución de tal identidad, como sucede en las situaciones unidireccionales, no dialectizadas con la posibilidad de "meterse en el lugar del otro" no solamente de manera figurada, sino en una experiencia real cada vez nueva. El "juego de las partes" no puede ser sólo un artificio de la mente, adquirido una vez para todas, sino debe atravesar, y volver a atravesar, el lugar de las emociones.

De este modo solamente, creo, el coordinador podrá tener además una relación más correcta con el individuo y con el grupo en su conjunto (con el binomio individuo-grupo), respetando el emergente como revelador de ambos términos, sin prevaricaciones del uno sobre el otro.

En fin: Como se ha insertado el dispositivo grupal en un Servicio Territorial de Psiquiatría, orientado hacia las terapias individuales, y en el ámbito más amplio de una Clínica Universitaria, también centrada en la relación dual ?

La respuesta es obvia: como una provocación.

Una provocación apenas "tolerada" al principio y mirada con sospecha, que se vuelve poco a poco un emergente-vanguardia institucional cada vez más aceptada.

Cada vez más estudiantes y aquellos en período de especialización, quieren entrar en fase de formación; cada vez más pacientes solicitan participar en los grupos; cada vez más colegas muestran "Curiosidad". Entre estos últimos, precisamente el que más polemizaba con nosotros cuando tuvimos nuestro primer seminario sobre: "El grupo de los jóvenes (cuya relación, parcialmente modificada, ha aparecido también en el Boletín n. 6 ), ahora se muestra sinceramente interesado y coordina, a nivel de Clínica, un grupo de operadores con "técnica que se inspira en Pichón-Riviére."

Ahora que me parece entrever una posibilidad de transformación institucional, casi la temo, como si el espacio "heróico" de los primeros grupos pudiera ser invadido por aquello obvio de la "routine": uno estereotipo resistencial que no tiene nada que ver con el ECRO, en donde en este último se habla de permanente "espiral dialéctica".





"El grupo operativo como posibilitador del cambio en mujeres deprimidas, en el contexto de un Centro de Orientación familiar".

Angeles Lassaletta Garbayo. Psicóloga.  
Centro de Orientación Familiar. Insalud.  
Toledo.

1.- Lugar y encuadre de la experiencia. La demanda de psicoterapia, su formulación: dónde está lo "enfermo".

La experiencia grupal a la que me refiero en esta comunicación tuvo lugar en el C.O.F. de Toledo, situado en el ambulatorio de la Seguridad Social, durante los meses de Enero a Junio de 1985, y surge de la necesidad de afrontar los problemas de algunas mujeres que acuden a consultarme, como psicóloga, en demanda de ayuda para sentirse mejor en su vida de relación de pareja y con su sexualidad.

El estar trabajando fundamentalmente, con la demanda de anticoncepción que acude al Centro, abre las puertas para investigar sobre los roles de madre-esposa, muchas veces en serio conflicto.

En este caso, selecciono para formar el grupo a ocho mujeres, de las que van a permanecer en el grupo cinco; las demás, en las primeras sesiones, aducen dificultades de acceso, por trabajo o por vivir a mucha distancia, etc. El hecho de ser solamente mujeres, pienso que acentúa la ansiedad persecutoria del comienzo, que no es tolerable por todas.

El grupo se plantea como lugar preferencial para tratar de resolver los conflictos que producen parálisis o depresión, haciendo sufrir a estas mujeres por sus sentimientos de incapacidad para resolverlos: conflictos de adaptación activa a su vida real y con sus relaciones interpersonales. Se fija un límite de seis meses de duración, con una sesión semanal de una hora. El equipo coordinador está formado por la psicóloga, en proceso de formación en Psicología Social Operativa, y la Asistente Social, que, aun sin tener formación específica en grupos, sí está motivada para colaborar y aprender.

Se explicita el compromiso de secreto hacia el exterior de la información que se da en el grupo, y la tarea queda formulada como: "el tratamiento de la problemática en relación a las personas más ligadas afectivamente con cada una (familia) y en general, frente al mundo exterior (sociedad).

Con la palabra "tratamiento" se define el buscar soluciones, o el cambio de actitudes, ante las situaciones repetitivas de obsesión o depresión: lo enfermo, lo que produce sufrimiento y sentimientos de ansiedad, que se expresa como "no poder enfrentarse sola a las dificultades", "pérdida de la alegría", "no tener ganas de vivir", "insatisfacción con mi vida", "no poder tomar una decisión", "insatisfac-

ción con la pareja", etc.

En todas ellas es fuerte el aislamiento social: son amas de casa, excepto una, que trabaja de secretaria y acusa una depresión reactiva a un aborto espontáneo.

El objetivo grupal será el poder resolver los conflictos de forma satisfactoria.

## 2.- Respuesta asistencial: el por qué de formar un grupo de mujeres en el C.O.F.

La mayoría acude a consulta psicológica derivada por la Asistente Social (a la que se le dieron unas pautas de derivación), por lo que nos planteamos un trabajo conjunto con el aspecto psicosocial de la problemática: mujeres que reflejan conductas ideológicamente asimiladas a lo "femenino", pero que desean cambiar, tener más independencia, que no están satisfechas con esas pérdidas de actividad gratificante (se puede hablar aquí del complejo de castración, claro está): hay una contradicción entre lo que esperan sus maridos y su familia de ellas, y lo que desean, lo cual provoca una situación de mucha ansiedad persecutoria, depresiva, y a veces, confusional.

Nos planteamos la situación grupal como forma de investigación y posible comprensión del aspecto psicosocial de toda esta problemática, como una forma de aprender la relación entre lo latente y lo manifiesto, del proceso grupal, quedando yo, como psicóloga, encargada de señalar e interpretar lo latente, y ella, como Asistente social, de recoger y resumir al final de la sesión lo manifiesto, la temática. Después de las sesiones, nos reunimos, tratando de ver los emergentes (ponemos este encuadre, ante su falta de formación específica en grupo operativo)

## 3.- Integrantes. Coordinación. Breve reseña del proceso grupal.

De las integrantes, todas acuden al Centro en busca de un método anticonceptivo eficaz, excepto una, que quiere conseguir embarazarse sin excesiva ambivalencia (ha sufrido un aborto), ya que no tiene hijos todavía.

La edad oscila entre 24 y 42 años. Hay síntomas que pueden ser depresivos, como jaquecas, insomnio, tristeza, sensación de fracaso, etc. Una de ellas tiene en su historia dos intentos de suicidio.

La coordinación tiene la función de ver la relación grupo-tarea, por lo que va a ir señalando los momentos de ansiedad o de logro que evolucionan a lo largo del transcurrir de la información que van ofreciendo las integrantes, acerca de su situación actual o de su historia anterior (horizontalidad-verticalidad). Así, al comienzo se habla de las pérdidas (situación de entrevista individual, aborto, etc.) y del miedo al ataque de las demás en el grupo, reflejando las dificultades ante la situación nueva: ansiedad depresiva y persecutoria, que van a oscilar en todo el proceso, dificultando y a la vez, ayudando a mostrar las resistencias a dejar el papel impuesto desde la infancia de "sufrida madre" y "esposa complaciente", que no piden...

La participación es muy buena, y el intercambio de información e interjuego de roles es fluido, si bien a veces se produce el estereotipo resistencial, claro está, pero el sentirse grupo, cuando aparece el "nosotras", les posibilita, por un lado positivo, el salir del cerco de la soledad-rutina en el que estaban, lo que agradecen y utilizan para aprovechar al máximo la información.

La temática va de lo actual a lo pasado, a la influencia del grupo familiar-padres en el actual-hijos, y en un momento dado, la manifestación de agresividad y competencia con la coordinación permite, tras la interpretación, comprender cómo está influyendo la expresión de estos sentimientos en su malestar, dando un giro hacia el aquí-ahora y el futuro-después.

De las pérdidas se pasa a la producción: de la tarea se va al proyecto: se produce en el grupo la fantasía de embarazo no deseado en dos de las integrantes (retraso en la regla), después de una sesión de evaluación planteada a los tres meses de funcionamiento (a la 14 sesión, de un total de 24), que sirve para elaborar en las siguientes la separación del grupo: el embarazo no se produce en la realidad, sino que sirve para mostrar la ambivalencia con el rol de madre, y también el aspecto transaccional (el Centro-coordinación no las protege suficientemente). También se plantean la envidia de la inde-

pendencia masculina, la situación edípica con los hijos, el problema de la culpa-reproche como forma de actuación "Femenina", y el miedo a la recaída, a no saber estar bien solas, sin el grupo, expresado al fin en problemas para decir adiós y para reconocer los logros del grupo, lo que rompe las barreras de la comunicación y posibilita la búsqueda de un proyecto común: se habla de la liberación de las mujeres y la rivalidad con los hombres, cómo ser diferentes...

La pretarea aparece en muchos momentos, como sentimiento de temor, no "ser capaces". La tarea se instaura gracias a la ayuda mutua que se establece en el aquí-ahora: las que se sienten en un momento más fuertes, apoyan a las que están más débiles, señalando incluso los conflictos y las posibles vías de defenderse de la huida hacia atrás, y como proyecto aparece la necesidad de logros en el exterior: es muy apoyada por el grupo el aprobado en el examen de conducir de una de ellas, que no se sentía capaz de hacerlo, y creía que su marido tampoco la sentía capaz, y que reconoció que era ella-grupo, la que se frenaba para hacerlo; se toma conciencia de que no es fácil, que el enfrentarse al papel social asignado de "complaciente", "tierna", "bella", etc, supone una lucha en la que la competencia con otras mujeres y con el hombre, no debe hacerles retroceder, si se sabe cómo manejarla, si no paraliza.

#### 4.- Finalización del grupo. Evaluación: dónde está lo terapéutico y de qué modo se ha conseguido.

Hemos aprendido mucho con la coordinación de este grupo: la asistente social y yo nos hemos dado cuenta de la necesidad que tienen las mujeres de reconocerse en grupo, de lo hambrientas que están de tomar conciencia de su situación social, frente a la creencia de su situación-problema individual, como hecho único. También lo interesante de investigar sobre grupos de mujeres, en este momento de cambio social, y el significado de la depresión así vista, como posibilidad de elaboración de ese cambio, integrando cuerpo-cabeza, lo sentido y lo pensado, a través de la concepción operativa de grupo.

¿Qué será lo terapéutico aquí? Dejando la utópica definición de salud de la C.I.S., me inclino más a pensar como sano el poder explicitar y resolver conflictos, teniendo los medios para resolverlos

como dice Dleger<sup>1</sup>.

A través de la búsqueda por el grupo de las razones del malestar actual en la historia anterior (infancia) o en el aprendizaje del rol de mujer, la incomunicación, como dificultad para canalizar la agresividad (se puede hablar mucho del sentimiento de castración, también), se produce un insight de las dificultades frente a la situación de cambio, deseada en lo real y contradictoria en lo latente; hay una valoración de lo interpersonal, y el hecho de que la coordinación esté formada por mujeres también abre la puerta al tema de la posibilidad de señalar con palabras lo que tradicionalmente las mujeres señalaban con el cuerpo, por ejemplo.

El aporte de información sobre lo latente va a posibilitar una mayor toma de conciencia, pensar sobre lo actuado.

La evaluación final es positiva: se ha aprendido con el grupo a buscar soluciones, a pedir apoyos, a no volver a hacer siempre lo mismo, a no sólo quejarse... aunque emergen resistencias, sobre todo al final, reflejadas en la dificultad de despedirse de una de ellas, que no asiste a la última sesión, encargando a otra que la despida...

Quedan muchos puntos a seguir investigando, dado lo breve en el tiempo de la existencia del grupo. Para la coordinación, ha sido importante constatar la utilidad de la concepción operativa de grupo en el tratamiento de la depresión femenina, ya sea en forma de crisis reactiva, o de una personalidad de base melancólica.

El "aprender a pensar" como conexión de lo afectivo y lo pensado y el devolver los liderazgos depositados en la coordinación, a la tarea, produce resultados terapéuticos, entendidos como el aprendizaje de la autonomía grupal y personal, como posibilitadora del cambio y la aceptación y elaboración de las pérdidas, tarea clave en el síndrome depresivo.

Toledo. Marzo. 1956

ALGUNAS VARIABLES INSTITUCIONALES  
QUE INFLUYEN EN LOS ENCUADRES TERAPEUTICOS GRUPALES

Rosina Vignale Pesquera

Luisa López Rodríguez

Madrid, marzo 1986.

## ALGUNAS VARIABLES INSTITUCIONALES QUE INFLUYEN EN LOS ENCUADRES

### TERAPEUTICOS GRUPALES

Este estudio lo realizamos a partir de nuestra experiencia de 5 años de trabajo en el equipo de los Servicios de Salud Mental de Getafe. A dicho equipo lo consideramos un grupo porque los miembros que lo integran tienen una tarea común, un encuadre asumido por todos. Este encuadre está dado desde las instituciones de las cuales depende. En nuestro caso, fueron en un primer momento el Ayuntamiento de Getafe y luego este Ayuntamiento y la Comunidad Autónoma de Madrid.

Queremos señalar la relación que existe entre el encuadre del equipo y los encuadres de los grupos terapéuticos que dicho equipo ofrece a la población. Los cambios en el encuadre del equipo, dados por los distintos momentos institucionales, determinan cambios en los encuadres terapéuticos grupales.

En esta relación se da un proceso dialéctico. El equipo tiene como tarea la atención en salud mental y como uno de los instrumentos que utiliza para llevarla a cabo el grupo terapéutico. La información que se obtiene de estos grupos en el proceso de investigación proporciona datos para que, a su vez, se posibiliten cambios de encuadres tanto en los grupos como en el equipo.

El Servicio de Salud Mental del Centro Municipal de Salud de Getafe se dedicaba mayoritariamente a tareas de promoción y prevención en salud mental. Para ello, contaba con dos psicólogos. En el momento en que se decide asumir la asistencia como tarea (octubre 1981) se incluye otro psicólogo en el equipo y una auxiliar administrativa pasa a monitora de salud.

A partir de este momento, se comienzan a coordinar grupos terapéuticos con el siguiente encuadre:

**Integrantes:** adultos de ambos sexos. Máximo 10 personas.

**Coordinadores:** los dos psicólogos que ya estaban en el equipo.



**Tarea:** hablar de lo que les pasa, de lo que quieran.

**Tiempo:** 1'5 horas semanal, 3 meses de duración.

En los dos primeros grupos hubo gran deserción. Estudiando sus posibles causas encontramos que:

- eran los primeros grupos que se coordinaban en esa institución.
- Era la primera vez que coordinaban estos dos psicólogos juntos.
- Los dos psicólogos tenían distinta formación.
- La indicación a grupo resultó inadecuada en algunos casos.

La nueva psicóloga comienza a coordinar grupos 4 meses más tarde (enero del 82). Esto no supuso cambios en los encuadres terapéuticos grupales, en parte porque la posibilidad de cambiar un encuadre grupal viene de los datos que proporcionan los mismos grupos y en el momento que empieza a coordinar esta psicóloga sólo se llevan hechos dos grupos, y la investigación no está sistematizada.

En cambio, sí supuso una disminución de la deserción, pensamos que esta disminución tiene que ver con el ECRO común de dos de los coordinadores y que se analizan más las indicaciones a grupo.

Una vez conformado el equipo con tres psicólogos, desde el Ayuntamiento se ve como insostenible un Servicio de Salud Mental sin psiquiatra y el equipo también se hace eco, por primera vez, de esa necesidad dado el aumento y tipo de demandas. La inclusión de la psiquiatra en el equipo (junio 82) es para hacerse cargo de los tratamientos farmacológicos y del tema de drogas fundamentalmente. Esta inclusión no afecta durante 6 meses a los encuadres grupales. Pensamos que ese es el tiempo que tarda el equipo en incluirla en el trabajo grupal, y probablemente condicionado por:

- La psiquiatra trabajaba menos horas que el resto del equipo, por lo que hay momentos del equipo en los que no participa.

- La diferenciación de roles: la psiquiatra trabajaba más en lo individual y farmacológico, y los psicólogos más en lo grupal.
- Diferencias en la formación.
- Reticencia del resto del equipo hacia su inclusión en lo grupal, por la historia previa donde hubo dificultades para la integración en el equipo de otros dos psiquiatras.
- Reticencia de la psiquiatra al saber estos datos.

El proceso de inclusión de la psiquiatra en el trabajo grupal del equipo comienza en enero del 83 coincidiendo con su contrato por un año y con el aumento de su horario de trabajo.

Este proceso pasa por varias etapas que van también acompañadas de otros cambios institucionales, a saber:

- Se comienza la discusión en el equipo de las posibilidades de cambiar algunos encuadres grupales. Esta idea proviene del trabajo de investigación sobre el material de los grupos que muestra algunos cambios a realizar, por ejemplo homogeneidad en las edades o problemáticas, el tiempo de duración de los grupos, etc.

También el trabajo que realiza el equipo en promoción y prevención con los jóvenes trae como consecuencia una mayor demanda de personas de esta edad. A su vez, se tienen en cuenta los recursos del equipo: la consolidación del Servicio de Salud Mental con renovación de contratos por un período de tiempo mayor a la psiquiatra y a una psicóloga.

Al asumir la psiquiatra la demanda de pacientes que requerían atención individual, los psicólogos pueden tener mayor dedicación a lo grupal.

Todas estas circunstancias hacen que se cambien los encuadres de esta manera:

- los grupos de adultos se alargan a 6 meses de duración

continuando el resto del encuadre igual.

- se comienza a hacer grupos específicos de jóvenes también de 6 meses de duración.
- Se implanta un nuevo encuadre, primero con adolescentes y luego con jóvenes. Este nuevo encuadre son los corredores terapéuticos que consisten en un espacio grupal permanente con períodos de revisión de entrada y salida de integrantes. Estas evaluaciones se establecen en el encuadre inicial y se realizan cada 3/4 meses, permanecen los mismos coordinadores así como el mismo día y la misma hora.

En el caso del corredor terapéutico de adolescentes se acompaña con reuniones periódicas con los padres de los adolescentes sin la inclusión de éstos.

Las evaluaciones se realizan teniendo en cuenta 4 aspectos:

- cómo se ve cada uno
- cómo lo ven los demás
- cómo lo ven los coordinadores
- cómo lo ven los padres.

El resto de los corredores, para las evaluaciones, se tienen en cuenta sólo los tres primeros aspectos.

- Otro cambio de encuadre fue incluir a la psiquiatra en las primeras entrevistas grupales de evaluación que las venía realizando un psicólogo. Esto permite manejar la medicación en estas entrevistas.
- Un problema que se planteaba en los grupos era el seguimiento de la medicación ya que muchos integrantes estaban medicados. En el equipo se discutió la posibilidad de realizarlo en el mismo grupo. Para ello, se implementó una supervisión de parte de la psiquiatra a los psicólogos del seguimiento de medicación que realizaban en el grupo. Esto significó un cambio en el encuadre grupal, ya que se dedicaba un tiempo a la medicación.
- Como este Servicio iba teniendo cada vez más entidad, y por lo

tanto, más demanda, la psiquiatra se hacía cargo preferentemente de las personas que necesitaban medicación. Esto fue provocando una sobrecarga de entrevistas individuales que, en algunos casos, se limitaban prácticamente al control de medicación. En el equipo surge la idea de realizar un grupo de control de medicación con el siguiente encuadre:

*Encuadre  
muy interesante  
para  
Comité de  
Medicina gen.  
o con neurop.*

- **integrantes:** gente de tercera edad, medicados.
- **coordinadora:** la psiquiatra
- **tarea:** control de la medicación y hablar de sus cosas.
- **tiempo:** 1 hora y media una vez cada 15 días.
- **duración:** 1 año.

Analizando las causas que podrían estar detrás de este encuadre tan distinto al que se realizaba en el Servicio, vemos que jugó desde el equipo como una prueba para la inclusión total de la psiquiatra en el trabajo grupal. Significaba el ir rompiendo "sin que nadie se diese cuenta" la escisión de psiquiatra/individual - psicólogo/grupal. Es por eso que este grupo no fue considerado "oficialmente" como terapéutico: fue el único al que entraron varias A.T.S. en prácticas a algunas sesiones. También era el único grupo quincenal, coordinado por una sola persona, aunque en alguna ocasión entró una de las psicólogas (a espiar) con la que "casualmente" luego la psiquiatra coordinó su primer grupo oficialmente terapéutico.

- A partir de esta experiencia de coordinación de grupo, se plantea la integración de la psiquiatra como coordinadora en otros grupos terapéuticos. Así, aparecen las posibilidades de nuevos encuadres, como por ejemplo, el corredor terapéutico de adultos, que es, básicamente, el mismo sistema que con jóvenes con períodos de evaluación de los integrantes, y, en este caso, con control de medicación que lo realiza la psiquiatra que es una de las coordinadoras.

Finalizando este período se da un cambio institucional muy importante. Se firma un convenio entre el Ayuntamiento de Getafe y la Comunidad Autónoma de Madrid y se crean los Servicios de Salud

Mental del área de Getafe. Los miembros del equipo municipal siguen unidos administrativamente al Ayuntamiento. El encuadre del equipo depende de la C.A.M. que determina la tarea, horario y - nuevos integrantes del equipo.

El equipo queda formado por: un psiquiatra Jefe de Servicios, un psicólogo coordinador de programas, 3 psiquiatras, 2 psicólogos, 2 A.T.S., 1 asistente social y 1 administrativo.

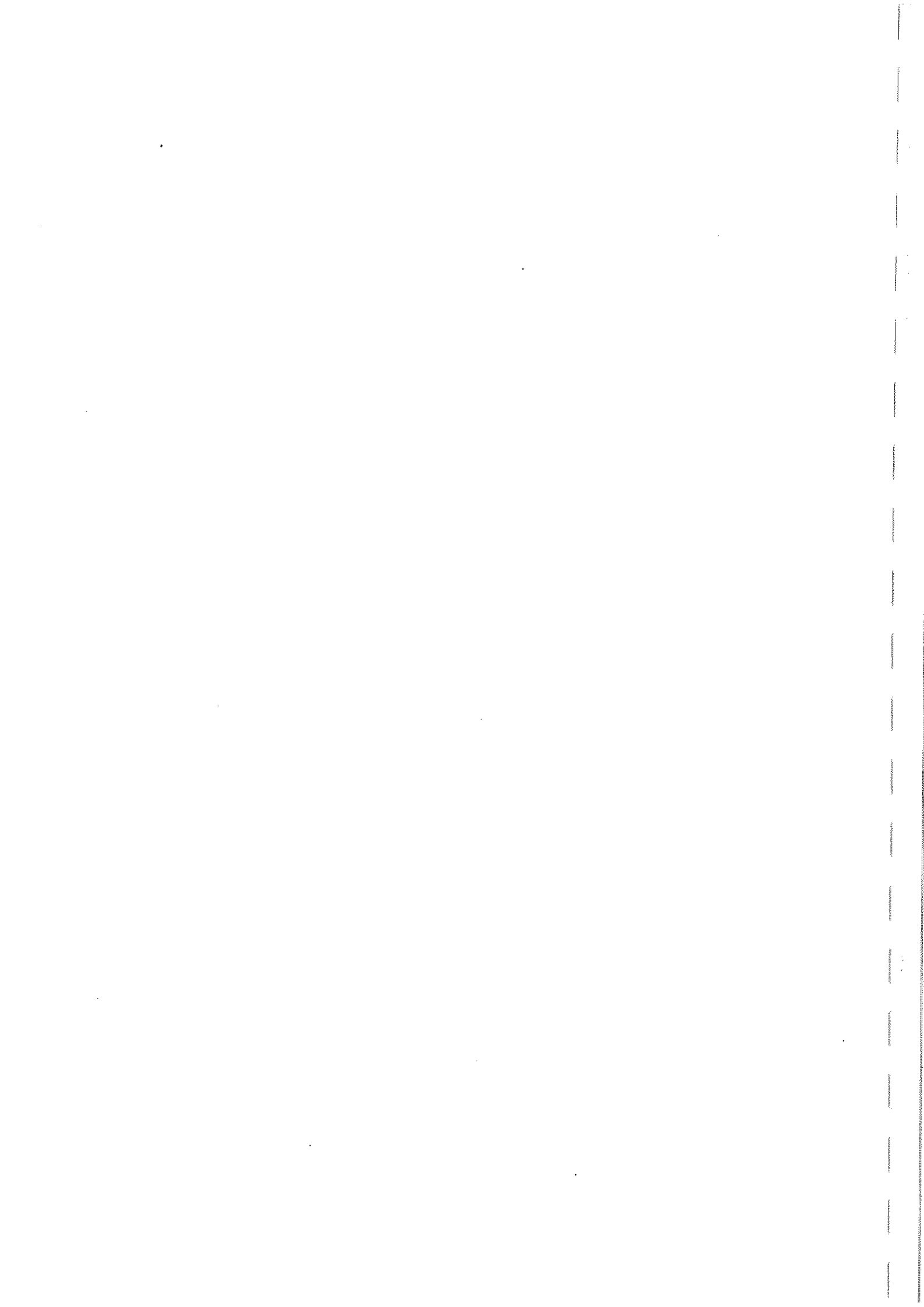
Este período está caracterizado por la confusión institucional que repercute directamente sobre los encuadres grupales que son, a su vez, también confusos. Esta confusión viene derivada, entre otras causas, de:

- la integración <sup>de los miembros</sup> aportados por la C.A.M. se hace individualmente y a lo largo de un año.
- Se incluyen nuevos profesionales (A.T.S., A.S.), algunos sin experiencia en trabajo comunitario.
- Indiscriminación de roles y funciones en el equipo.

En este momento institucional en el que el equipo está disgregado, no había una asunción del trabajo con grupos terapéuticos, trabajo que venían realizando los del antiguo equipo. Por lo tanto, la indicación a grupo era minoritaria y no se hacía con criterios comunes y tampoco se tenía claro a dónde se derivaba.

La repercusión en los grupos se manifiesta, por ejemplo, en: la elección inadecuada de los integrantes, dificultades para el control de medicación en los grupos, crisis en algún grupo, mayor número de deserciones, etc.

Actualmente se está pensando otro tipo de encuadres terapéuticos grupales, teniendo en cuenta la conformación del equipo. Por no tener la suficiente distancia en el tiempo, preferimos detener aquí el análisis y dejar para una posterior investigación, el seguir avanzando sobre las relaciones entre las variables institucionales y los encuadres terapéuticos grupales de esta última etapa.



COMUNICACION: " Crisis y Setting Grupal"

Departamento de Clínica Grupal (España)  
del Centro Internacional de Investigaciones  
en Psicología Social y Grupal.

## CRISIS Y SETTING GRUPAL

Desde su constitución como tal departamento, el grupo es pañol se ha centrado básicamente en trabajar sobre la noción de crisis, rastreando a través de los materiales su emergencia en los niveles que más nos interesan: grupal, institucional y comunitario. Nuestro interés estaría en reformular esta noción (proveniente de la psiquiatría) según nuestro esquema teórico, según nuestra concepción de la psicología social, buscando nuevos modos de análisis y abordaje de la "clínica".

Cualquier situación de crisis, aunque venga expresada en la dimensión más individual y en forma de urgencia psiquiátrica, debemos considerarla como emergente y remitirla, para que cobre un sentido, a la situación colectiva más inmediata, al contexto más cercano.

Los aportes de Pichón-Rivière sobre el paciente como portavoz de su grupo familiar, abrieron líneas de investigación que, aún hoy, nos pueden resultar insospechadas y que van dotando, a su vez, de más argumentaciones a un elemento central en nuestra concepción, como es la noción de emergente.

Por otro lado, los distintos trabajos sobre la crisis, suelen dejar de lado las situaciones de crisis "paradojales", aquellas que se dan por o en los espacios o dispositivos destinados a abordarlas y buscar su resolución. Tema que guarda relación con el problema de la iatrogenia.

Es sobre estas cuestiones que queremos plantearles dos materiales clínicos y unas primeras reflexiones que estamos investigando. Entonces hablaremos de crisis en contextos terapéuticos y, de algunos efectos de las dificultades provenientes del encuadre.

MATERIALES (presentaremos aquí un recorte de las sesiones y emergentes en lo que al tema se refiere)

### A) Grupo Terapéutico.

Realizado en el ámbito privado y constituido por hombres y mujeres entre 25 y 40 años. Grupo abierto, con frecuencia semanal y sesiones de hora y media. Roles de coordinación y observación con lectura de emergentes (señalar que aproximadamente, la mitad de los integrantes de este grupo, había participado en otro anterior, de 2 años y medio y coordinado por el mismo equipo).



La situación analizada es la crisis del grupo y el emergente de esta: el internamiento de una paciente (M), que ejerció como portavoz grupal a lo largo de todo el proceso previo a su "estallido". Veremos su relación con el contexto grupal y, más en concreto, con la marcha de una de las dos terapeutas del equipo coordinador.

#### Primera sesión

E.inicial: M: "cualquier cambio me suone un lío completo"

I: "creo que me va a faltar paciencia para venir aquí"

V: "vengo con angustia"

E.central: M: "tuve un sueño violentísimo"

E.final : M: "si llego a ser la nueva integrante, no hubiera vuelto al grupo"

L: "tú no eres quién para incluirla o excluirla"

Vemos ambivalencia a participar en el grupo; ansiedad. También agresividad y rechazo hacía "los nuevos". Esto se actúa en la segunda sesión en la que la mitad del grupo llega media hora tarde (todos los del grupo anterior). Se expresa un deseo de volver a situaciones anteriores y temor a lo desconocido.

#### Sesión después de las vacaciones de Navidad

E.inicial: Entra un nuevo integrante (F)

M: "he vivido una especie de locura, he querido de nuevo comprar pastillas. No sé quién soy. Ha habido muchos cambios"

E.central: I: "queremos seguir siendo niños, en especial en navidades"

M: "tengo unas relaciones que no quiero, somos dos extraños. Tengo miedo a que me echen del trabajo. Me perdí con las relaciones sexuales"

E.final : V: "tengo ganas de censurar a M., queríamos hacer un cambio en el grupo y ella no quería".

Se vislumbra un cierto pasaje del yo al nosotros; comienzan a hablar entre ellos y a relacionarse de otra manera. Cambio que aparece explicitado en el emergente final y, curiosamente, es a la paciente que posteriormente hará la crisis a la que se hace responsable de obstaculizar y boicotear dicho cambio.

#### Sesión en la que se informa de la marcha de una de las terapeutas

E.inicial: F: "es como si tuviera una barrera delante y no me entro de nada"

I: "al llegar aquí se me ha producido una gran ansiedad"

E.central: M: "me pone en peligro que se vaya T (terapeuta)"

V: "estoy notando agresividad"

E.final : I: "todos los días llorando y todavía el cambio de T"

Ante esta noticia, el grupo responde, en un primer momento, con intensa ansiedad y mecanismos de negación. Posteriormente, expresan la agresividad que se genera frente a este cambio, tan importante para el mismo.

Sesión última a la que asiste la terapeuta que se marcha (un mes después)

E.inicial: V: "me ha costado un disgusto imponente"

M: "estoy fuera de todo. Ayer me dieron una patada en el metro. No sé por qué, me hicieron daño"

E.central: L: "a mi hija le di un golpe, me dolió más a mí que a ella"

M: "la gente me mira mucho en la calle, ¿qué hago conmigo?. Me quitaré de en medio"

V: "no podría definir cómo me ha influido el grupo, pero me ha ayudado muchísimo"

E.final : M: "no soporto los cambios. Me dan miedo"

L: "es un cambio que viene dado, distinto que la aceptación de algo propio"

Aunque se expresan algunos sentimientos de reconocimiento y agradecimiento, la marcha de la terapeuta se vive como una patada, como una agresión, que a su vez genera desconfianza. M. será básicamente quien lo verbaliza y se hace cargo de la ansiedad frente a la separación y desamparo, y buscará un nuevo espacio que será el hospital.

Sesión siguiente en la que se incorpora el nuevo terapeuta

E.inicial: ausencia de M

E.final : I. avisa que el próximo día será el último que venga (al terminar la sesión, llamamos a casa de M. y, al no responder, llamamos a su familia, que nos informan que habían ingresado a la paciente en un sanatorio psiquiátrico privado. La fecha de ingreso es el día siguiente a la última sesión que asistió).

Si tomamos esta crisis como emergente grupal, tendremos que pensar en los aspectos que hacen a la verticalidad y horizontalidad de este. Respecto a la historia personal, se trata de una paciente de 33 años y diagnosticada de psicosis esquizoafectiva. En sus antecedentes nos encontramos una madre con un diagnóstico de psicosis maníaco-depresiva y con varios internamientos psiquiátricos a lo largo de su vida, uno de ellos poco después de dar a luz a M. Esta vivió desde los 2 a los 12 años separada de la madre. Además de sus antecedentes familiares, observamos, en la 2ª sesión, conflictos en su relación de pareja actual, así como problemas laborales.

En cuanto a la estructura grupal, vemos que se estaba generando un cambio en la relación entre los integrantes y una resis

tencia al mismo, representada por el discurso de esta paciente que, desde la 1ª sesión, había anunciado que "cualquier cambio" la suponía "un lío completo".

Pero si nos fijamos en el otro polo, en la coordinación, vemos que también aparece un cambio, que bien puede ser pensado como crisis, ya que esta marcha suponía la disolución de un equipo coordinador que llevaba años trabajando como tal.

Pensamos que la insuficiente elaboración de esta crisis por parte del equipo terapéutico, no facilitó la elaboración grupal de los cambios que estaban sucediendo dentro del mismo.

El internamiento de esta paciente y la deserción de otro integrante son dos hechos que nos muestran la crisis del grupo y como este responde a la misma con mecanismos de depositación y segregación en un intento de resolver la ansiedad que le producen los sentimientos frente a esta separación.

### B) Corredor Terapéutico (jóvenes)

Es un espacio grupal permanente, enmarcado en el programa de atención ambulatoria de un Servicio Público de Salud Mental. Coordinadores, horario y sala de reunión, son variables fijas, siendo los integrantes los que van cambiando en base a entradas y salidas del grupo en períodos fijados de antemano.

El corredor terapéutico al que nos vamos a referir, comenzó su funcionamiento en setiembre de 1983, habiendo tenido tres períodos de evaluación (momentos de entrada y salida de pacientes).

El período en el que tiene lugar la crisis que nos ocupa, comienza en octubre de 1984. Durante esta fase, el grupo está constituido por siete mujeres y tres hombres, de edades comprendidas entre los 19 y 28 años, siendo 22 años la edad más frecuente.

Las sesiones son semanales y de hora y media de duración. El equipo terapéutico está formado por dos coordinadores de diferente sexo. Al iniciarse este nuevo período, la anterior coordinadora es sustituida por otra.

#### Primera sesión

Los E. iniciales hacen referencia a la parte menos clarificada y más variable del encuadre: los integrantes y su pertenencia al grupo: "Llegaré tarde", "yo no voy a poder venir, por las clases".

Los E. centrales: "yo tengo depresión, no tengo ilusión por nada" y "a mí me pasaba algo parecido. Ahora estoy fenomenal", expresados sucesivamente por un nuevo y un viejo integrante, muestran el rol adjudicado y asumido de viejos y nuevos en la situación grupal, teniendo que hacer cargo los viejos de la confianza y la mejoría, y los nuevos mostrando la depresión, la desconfianza.

Esta depositación mutua en estos dos subgrupos, funciona como resistencia al cambio hacia "lo desconocido", que plantea una nueva fase grupal con personas "desconocidas" entre sí.

Ante esta situación, el grupo vuelve sus ojos a la coordinación, variable fija del corredor terapéutico, mostrando su dependencia y pasividad: "lo que más me gusta es vegetar", "el problema es buscarme la vida por mí sola, necesito una persona que me dirija".

Entre esta y la siguiente sesión (2ª), podemos decir que el grupo se está reubicando en cuanto a los integrantes, a pesar de cierta ambigüedad en el encuadre por parte de la coordinación, que permite que un integrante de la fase anterior, aún sabiendo que no iba a continuar (pues "se había decidido" su alta en la evaluación efectuada inmediatamente antes), acuda a la primera sesión a despedirse. Se da así la paradoja de que "se desoide" también de personas a las que no conoce. Un tema tan importante como la separación y el duelo, queda así confusamente elaborado, justo cuando por parte de los nuevos integrantes se plantea que recurren a la violencia y al alcohol por no haber podido elaborar el abandono de sus padres.

### Tercera sesión

En cierto clima de insight, se plantean las dificultades de relación y los problemas de identidad sexual: "otro de mis problemas es el de relacionarme con chicos", "yo soy homosexual" (expresado por la paciente que, posteriormente, entró en crisis). El grupo, en este momento, empieza a adentrarse en lo desconocido del otro, lo que provoca cierta sorpresa por lo que de novedoso puede tener para cada uno el trabajo grupal: "a mí me ha sorprendido, no me lo esperaba".

### Cuarta sesión

El primer E. es doble. Por un lado, entra una persona que había sido integrante en el anterior período. No había asistido a las sesiones de alta de esa fase (junio 84), y había perdido todo contacto con la Institución desde hacía cuatro meses. Al haberse mantenido el corredor terapéutico el mismo día y hora, y no haberse explicitado, por los coordinadores, en los anteriores encuadres, el mecanismo de incorporación y/o permanencia, esta persona acudió a su grupo "normalmente" (!!!), después del paréntesis del verano.

Ante la cara de estupor de los coordinadores, dice: "si estoy de más me voy porque tengo cosas que hacer", a lo cual - y esta es la 2ª parte del primer emergente -, los coordinadores responden: "por nosotros no hay problema" (!!!).

Ante esta situación confusional que embarga a los mismos coordinadores, el grupo hace intentos de integrar, de alguna manera, a esta persona: "¿Tú por qué vienes?", sin éxito lógicamente, "Lo he contado muchas veces, no tengo ganas de hablar", y hace intentos -

de continuar con el tema de la homosexualidad. Es inútil, la confusión se instala: "yo me llamo Luis, no me gusta que me llamen Vicente" (los coordinadores le llaman Vicente porque es el nombre que dió oficialmente y con el que figura en la historia clínica). "¿Dónde está la otra chica coordinadora?".

El último E. muestra las dificultades de integración grupal: "no hay unión de obreros".

En esta sesión, el grupo, que había comenzado a "funcionar" en la tercera sesión, entra en confusión, facilitada y potenciada por un encuadre poco explicitado para los integrantes, e incluso poco claro para los mismos coordinadores, por la poca experiencia con este tipo de dispositivo grupal y por el momento institucional (de cambio) por el que pasaba el equipo.

El hecho de que los coordinadores se paralizaran en esta situación, mostrando sus dificultades para resolverla, determinará el futuro desarrollo grupal y será factor a tener en cuenta en la crisis.

#### Quinta sesión

La persona que acude a la anterior sesión, procedente del anterior encuadre, anuncia que no va a venir más al grupo.

El caos, la desestructuración grupal se está produciendo, y cada uno busca real o fantaseadamente una salida individual a la crisis grupal (tratamiento individual, fármacos, otras instituciones, ..)

"he estado el fin de semana llorando, he tenido que tomar pastillas", "yo, miedo a que la gente me conozca", "no muy convencida de esto, pero seguiré", "yo he tenido otros intentos de suicidio, estaba con un particular y se desentendió de mí. Estuve cuatro días en un hospital psiquiátrico".

El grupo nos expone sus formas individuales de reaccionar ante situaciones de tensión: "tengo que beber para salir", "aquí vengo pu est de anfetam, si no, no vengo".

Estas dos últimas sesiones, caracterizadas por la confusión y la impotencia, llevan al grupo a la repetición de sus formas de comportamiento ante situaciones nuevas, en una regresión iatrogénica fomentada, en parte, por la coordinación (la institución, en última instancia?).

Esta crisis grupal, cuya elaboración dentro del grupo es tuvo dificultada por las razones antes expuestas, que llevaron al grupo a sentirse desatendido, fué actuada fuera del grupo por una integrante, que hizo un intento de suicidio. Esta noticia fué comunicada al equipo coordinador por el novio de la chica, con el que vivía, y por su padre que vino del pueblo.

## PRIMERAS CONCLUSIONES

Estos materiales, brevemente expuestos, junto con otros, son la base de nuestro trabajo de investigación, y por ello se encuentran en curso de elaboración. No obstante, podemos adelantar algunas ideas:

### 1-Respecto a la crisis

¿Podemos pensar la crisis como efecto de la dinámica grupal, como imposibilidad para elaborar situaciones conflictivas, pero, también como momento de inflexión (de cambio), para crecer?.

En el primer material, M., después de dos semanas de ausencia, volvió al grupo y esto permitió que se pudiera elaborar algunas "cosas que se había llevado al hospital".

En el segundo material, el grupo acudió a casa de la paciente que había hecho el intento de suicidio. Incluso, posteriormente, pasó algunos días en casa de otro miembro del grupo, pues se había separado del novio con el que vivía. Semanas más tarde, cuentan en el grupo que esta integrante se había ido a vivir a otra ciudad con una mujer y manda recuerdos al grupo....

No se trataría de buscar un "final feliz" a estas historias, pero sí podemos pensar que, si bien el grupo (la situación grupal, el contexto terapéutico) facilitó estos estallidos, también permitió posteriores elaboraciones. Son datos importantes para seguir pensando en los temas grupo-curación, grupo-enfermedad.

### 2-Respecto al setting

La importancia del setting ha sido suficientemente subrayada por autores como Bleger, Winnicott, E. Jacques, ... El encuadre como lugar de depositación de lo más desestructurado de la personalidad, como objeto transicional que permite ciertos pasajes y crecimientos, ...

Por lo que hemos visto en estos materiales (clínico-grupales), el encuadre y sus vicisitudes reflejan fielmente situaciones o problemáticas que suceden en "otra escena" (cambios en el equipo terapéutico, momentos institucionales, la historia conceitual y de práctica clínica, ...). Facilitará y/o entorpecerá la elaboración grupal. Es pues elemento de suma importancia para nosotros.

Al tener posibilidades de ser elemento de avance o estancamiento y retroceso y, al estar "más allá" de nosotros como terapeutas y de los otros, como pacientes, juega un poco como interpretación del narcisismo (de unos y otros), posibilitando otras vías (en parte, inéditas) en el terreno de la clínica grupal.

En la actualidad, el departamento está compuesto por:

- Rosa Gómez. Psiquiatra
- Juan C. Duro. Psicólogo
- Marta S. Hendler. Psiquiatra
- Dolores López. Psicóloga
- Rosina Vignale. Psicóloga
- Teresa Moreno. Psicóloga (Repres. Nacional)
- Emilio Irazábal. Psicólogo (Rep. Nacional e Internacional)





**MESA 3 : PREVENCIÓN PRIMARIA Y PSICOHIGIENE**

---



PRESENTACION MESA 3

Fedrico Suárez Gayo

### MESA 3. PREVENCIÓN PRIMARIA Y PSICOHIGIENE

Los problemas que giran alrededor de los temas de esta mesa, la Psicohigiene y la Prevención Primaria, son los que surgen cuando se desplaza el eje por donde pasan la salud y la enfermedad de lo individual a lo social, o sea, cuando intentamos pensar los procesos de salud y enfermedad como una producción social y no como un fenómeno individual.

Este cambio de perspectiva implica entre otras cosas un cambio en el objeto sobre el que intervenir: ya no es el individuo sino la comunidad. Ello abre nuevos campos de intervención: el grupo, las organizaciones, las instituciones, las relaciones interinstitucionales.... la comunidad.

Todo esto genera problemáticas nuevas en diferentes aspectos.

En la intervención, se precisan de nuevos instrumentos para enfrentar la acción comunitaria. En dos de los trabajos que se leerán en esta mesa, el de Clara Dorado y el de Rosa Gómez, vamos a escuchar experiencias con grupos realizados en los campos de la Prevención y de la Psicohigiene. (Que, entre paréntesis, no son la misma cosa y espero que luego podamos discutir estas diferencias).

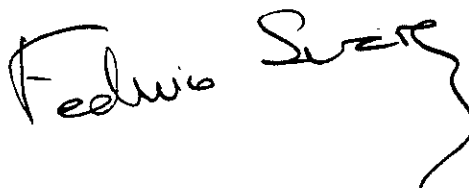
A su vez, estos terrenos de la Prevención y la Psicohigiene nos van a llevar a pensar en un tipo de intervención técnica grupal, a través del Equipo. El Equipo Multiprofesional aparece posibilitando la acción comunitaria, pero también van a surgir en él todas las dificultades que ésta tiene: de un lado en sus relaciones con la comunidad y del otro en las relaciones que sus integrantes establecen. M<sup>a</sup> Victoria Antón nos hablará de este tema en su comunicación.

Otro ~~guroso~~ problema que se plantea en Prevención y Psico-higiene es el de la participación comunitaria en la gestión de sus propios procesos de salud/enfermedad. Se juega aquí el límite entre la Prevención y la demagogia. No se puede hacer Prevención ni Psicohigiene si no hay participación de la comunidad, pero ésta exige un desplazamiento del poder hacia el dominio colectivo y esto nos mete de lleno en el terreno político. ¿Cómo se organiza esta participación? ¿Cuáles son ahí los límites del técnico?. Creo que la relación de Pedreira nos dará elementos para reflexionar estas cuestiones.

Finalmente caben señalarse dos problemas más: el de la Formación y el de los cuestionamientos permanentes que la acción comunitaria lleva a efectuar en las disciplinas que trabajan la salud. Los dominios clásicos de cada disciplina pierden sus perfiles y se producen entrecruzamientos y sombras por los que discurren nuevos discursos que debemos ir articulando. En el terreno concreto de la Medicina, la comunicación de Teresa Sanchez Mozo nos permitirá discutir este tema.

Por último, el problema de la Formación será el de transmitir todas estas problemáticas para seguir las pensando.

Federico Suárez Gayo





" HALLAZGOS Y TRANSFORMACIONES EN UN PROGRAMA DE  
PREVENCION EN PREESCOLAR"

Clara Dorado

Psicóloga

---

C/ Valverde, 40

28004 MADRID

Tfn. 221.78.43

## PORQUE DE UN PROGRAMA PREVENTIVO

En el desarrollo humano siempre hay conflicto, desorganizaciones en torno a las cuales se organiza el crecimiento. Este crecimiento en ciertas situaciones se ve de alguna forma impedido por la estructuración de estereotipos circulares o síntomas. Cuando el chico llega a la escuela, donde se estimula su proceso de socialización, ya ha pasado por modos de relación sumatorios desde la primera infancia, por modos preparatorios y posibilitadores de integración de nuevas redes y estructuras de intercomunicación. En un primer momento los modos relacionales sólo incluyen la figura de la madre, como sujeto cobertor de todas las necesidades del infante, se da aquí una relación dual, esta posición adecuadamente desarrollada (con esto se entiende que se hayan dado mayor número de experiencias positivas brindadas y vividas en este vínculo madre-niño, que de experiencias negativas) será la que posibilite el pasaje del niño a una relación triangular. Aquí se ordena la inclusión del padre, como tercero que se inserta en esa dinámica dual, rompiéndola y permitiendo la incorporación de una nueva ley, la paterna, reguladora de la normativa social. Una vez ordenado el esquema interno triangular en el psiquismo infantil, el

a lo mismo?



chico va incorporando las otras relaciones de competencia, solidaridad, juegos, con sus hermanos. Este es el proceso de socialización progresiva que vive el niño dentro del grupo primario, es decir del grupo familiar. A partir de éste hace el pasaje al grupo secundario, la escuela, como nuevo lugar de socialización. Ahora bien en este pasaje el niño lleva como modelo todos los interjuegos producidos en el grupo primario, como modelos primarios de aprendizaje grupal. que se trasladarán al grupo secundario y desde allí se organizará su posible reconstrucción (experiencia corregida).

Cuando hablamos de prevención en la escuela, siempre se asoma el fantasma del fracaso escolar, que dicho así sin más, despierta la amenaza de una resultante persecutoria, con notorios tintes de cliché, de eso estereotipado que sin saber muy bien por qué, desde dónde y cómo, se fracasa, porque está instalado como un continuo obligatorio en la escuela. Aquí queda cercado el discurso reflexivo acerca del significado, las raíces y las vertientes que condicionan la dificultad de aprender y "todo queda como estaba entonces".

Hace cuatro años, desde lo político en el Distrito de Villaverde, se demanda prevenir el fracaso escolar, hacer algo en los primeros años de escolarización de los niños. En el curso lectivo 83-84 se empieza a esbozar un programa de psicohigiene en párvulos. Hay otras Instituciones de incidencia en lo escolar en la Zona (Equipo de Educación Compensatoria) que aunque tienen como función asignada la

compensación y asistencia en niños que fracasan, se replantean un área colateral de intervención en lo preventivo. En enero del mismo curso se establecen los primeros contactos que van configurando una sólida coordinación entre ambas Instituciones (Ayuntamiento, Ministerio, Psicopedagógico y Ed. Compensatoria) que se mantiene y amplía actualmente con la incorporación de otro equipo perteneciente al MEC Equipo Multiprofesional.

El programa de Preescolar es Preventivo de futuras dificultades en los niños, tanto desde su incidencia sintomática en el terreno escolar, como en el diagnóstico precoz de riesgos en el área de la salud mental y su intervención temprana.

Entendemos que la intervención del técnico en la educación debe apuntar a la estructuración de bases adecuadas, que permitan hacer circular los ejes de salud, desde los inicios de la función de educar. En ese primer entronque filia-escuela, es donde se articula el símbolo social en la infancia y a la vez se organiza el discurso familiar-escolar, que se ordena en función de la resolución o no del plano simbólico posible, desarrollado por el niño.

Un pasaje de la filia a la escuela traumático, dificulta la puesta en marcha de los elementos empáticos profesor-alumno-padre-profesor, que permiten luego el lugar de la renuncia. Renuncia que tiene que ver con la posibilidad de ir abandonando aspectos primarios del comportamiento. Es allí donde se instala el símbolo, en esta

renuncia gradual el aprendizaje y el conocimiento se hacen posible permitiendo la incorporación de lo social.

Las Psicohigiene desde el Programa apunta al mejor desarrollo del niño, para ello el nudo álgido de intervención se organiza en pos de la fluidez de los vínculos; se los estudia, analiza, reordena en una búsqueda continua de ruptura de estereotipos.

En principio son dos los vínculos que nos motivan:

- \* La relación niño-profesor
- \* La relación filia-escuela

Ambos estratos duales se mueven generalmente desde la sincronía y de forma especular. Lo obturado en el vínculo niño-profesor suele hallar otra obturación simétrica en los vínculos niño-filia, filia-escuela, profesor-institución.

Hablar de Psicohigiene en la escuela supone aquí enfrentarnos con la direccionalidad progresiva y móvil de esos vínculos:

- De la filia al niño: desarticulando el fantasma de la escuela del crecimiento y lo social (el niño muchas veces recibe imágenes ambivalentes por parte de los padres, respecto, de ese lugar desconocido ¿qué es la escuela para el niño? ¿qué es para los padres?) Primer plano de la psicohigiene.

- De la filia al profesor: Suturando ese primer enfrentamiento madre-maestre (quién es mi rival), para que el chico pueda ser entregado, posibilitado y acogido.

- Del niño al profesor: Articulando un lugar para la expansión del símbolo, juego, cuerpo, afecto, palabra-letra que posibilite progresivamente la aceptación de la norma humana.

- Profesor-Institución: aclarando los tiempos del niño de cuatro y cinco años para que el centro permita la espera de esa letra, que de lo contrario, con sangre entra; para que dé lugar al nido y para que no desordene los sitios de la ley, siendo el adulto, la Institución, un niño confundido, perverso, polimorfo, y los párvulos la ley, la renuncia.

Estos tiempos de la Psicohigiene en párvulos, se fueron ordenando desde el lugar del profesor, con una función vinculante y circular: él recibe herramientas y reconstruye vínculos, en una relación de a dos o en grupo, con el técnico, que revierte en el niño y la filia y vuelve, con una parte de la experiencia correctora al técnico, para continuar con la experiencia.

El técnico tiene una función de intermediario, de objeto de transición, entre el niño, su filia y la escuela, entre este aprender y este enseñar.

La función de los padres es de escucha activa, en un tú a tú con la escuela, para poder discriminarse del niño y asumir parte de ese error que se puede estar jugando en aquello que se obturó en el hijo.

Pero como llegamos a este camino psico-profiláctico desde el programa, que decimos que es lo que está

dificultado, confuso ¿a través de qué lo vemos?, ¿Cómo se va posibilitando el diálogo-cambio?

Tenemos instrumentos que nos permiten recoger los datos básicos: Guía de Observación de Conductas y Ficha Pedagógica, que posibilitan saber qué otros datos son necesarios en los niños de riesgo y que aspectos presentan mayor dificultad. Datos recogidos a través del profesor (del niño visto por él en la escuela y del niño visto por los padres en casa) que nos hablan de cómo se fue dando de separación-adaptación; como se van organizando los niños en ese desprendimiento a través del lenguaje y cómo a su vez la escuela potencia o inhibe la palabra-símbolo; datos que nos dicen acerca de cuánto puede saber e interrogar la escuela de esa historia familiar que condiciona a su alumno, del diálogo con el chico y con los padres; cómo va el niño estructurando su situación de independencia materna y cómo se ordena su tiempo de soledad, y por último cómo el niño desarrolla o no su proceso simbólico sustitutivo a través del juego como eje estructurante del mundo simbolizado en la infancia; también el juego en sus distintos niveles nos habla de cómo es la metodología que sigue el profesor, cómo es, qué potencia y qué le angustia. Sólo desde aquí intervenimos, para saber qué pasa, cuáles son los puntos de urgencia y cómo es conveniente abordarlos en el contexto global.

El material recogido y analizado se devuelve a los profesores para luego organizar los seguimientos, aquí se abren varias vertientes de cara a la filia y la escuela.

### HALLAZGOS

La escuela la recibe el niño desde un lugar aparentemente ahistórico: es real que en ese primer encuentro o con la escuela no existe aún historia, es decir historia escolar, pero también es cierto que en esa historicidad que en este nuevo lugar de aprendizaje se irán construyendo, van a intervenir por trasvase todos los resortes que se organizaron en la historia afectiva y familiar del chico, por lo cual resulta imposible negar la historia del niño. Ahora bien, desde aquí, desde la no negación, suele producirse en la escuela una primera conducta reaccional: "el niño está inmaduro, agresivo, no aprende, no habla" y la culpa la tiene la familia. Hayamos aquí:

19.- Una negación de las posibilidades de restitución simbólica de la escuela: la profesora no puede hacer nada, se impotentiza frente al niño, lo rotula (agresivo, inmaduro, retrasado...) lo abandona y consecuentemente organiza una complicidad con el síntoma institucional y familiar. (?) *¿cómo con escuela?*

20.- Familia y escuela pactan desde ese espacio (hueco-lleno) en que se produce el síntoma infantil, pactan (es rebelde y no quiere aprender de mí, dice una profesora

que no asiste con regularidad al encuadre grupal, que nunca tiene dudas, pero que sus niños de riesgo no tienen salida) (la madre comenta que es así, como su padre y no lo pudo cambiar) pactan para no desenmascarar, para no desarticular, reparar, porque esto supone en la fantasía lugares de soledad para la filia y la escuela que asustan, y en ese susto queda el niño atrapado, estereotipado.

39.- En un primer encuentro, la escuela, el profesor sólo nos trae al niño problemático (no puedo con este niño, diagnóstiquelo, lléveselo, trátelo), es allí donde niega su posibilidad creativa y reparadora, entregándoselo al técnico para que se haga cargo de eso que no es más que su propia angustia.

40.- Cuando la escuela tropieza con el síntoma del niño y no lo puede digerir, le impotentiza y cierra su discurso-diálogo, reflexivo con los padres, frente a su propia impotencia (si yo no puedo, ellos tampoco esto también suele ocurrir con el técnico). Se abre una vertiente proyectiva de reproches. Los padres no acuden a la cita. Les llamo para decirles lo mal que va el niño, que tiene que repetir, y en esta culpabilidad espiada por la escuela y la filia se cierra la comunicación.

50.- La filia se refugia en una discurrir regresivo, oculto con el niño, esperando que la ley venga impuesta para ambos desde el más allá y la nada; cae en un lucha de lechos, cunas y pañales, total la escuela es para crecer y aprender, aquí disfrutamos del niño. La escuela

intenta ordenar la lateralidad, el esquema del cuerpo desorganizado, el espacio invertido mientras el niño en una contorsión placiente descontrola esfínteres, duerme con los padres, calma el sexo. Aquí la escuela no entra, es como entrar en el juego perverso del lecho triangular. No entrar también para disfrutar en su imaginario infantil.

### TRANSFORMACIONES

Estos tres años de aplicación del programa fueron permitiendo transformaciones en aquellos sitios en los que los encuadres se mantuvieron rígidos, sistemáticos, realizando una tarea de mayor compromiso con el ciclo y la institución, entre ellas se podrían señalar:

1.- Ese niño que era traído al técnico frente a la paralización del profesor, es devuelto al maestro, trabajado, reparado por él, desde un encuadre referente de seguimiento de riesgos, en un continuum de reparaciones del niño y del adulto. Muchos profesores ya no piden "el diagnóstico" participan de él, piden información, escuchan y hablan de miedos, dolor y deseos. Piden espacios de aprendizaje para abordar al niño, formativos y continentes propios.

2.- Con el apoyo del técnico (educador, pedagogo, psicólogo) sentido como objeto de transición, el profesor escucha a la filia con menos ansiedad y por ende menos reproches; ocupa en algunos momentos no sólo un rol de informante, también de interdictor.



3.- En algunos centros se observa cierta flexibilidad en los roles, algunos profesores pueden también vivir con el niño un espacio de maternaje discriminado. Empiezan a poder ofrecerle al niño sin padre, sin ley, frente a la imagen absorbente de una madre sobreprotectora, la figura de un profesor hombre que sirva de apoyatura a su proceso de identificación. Algunos de los directores de centros han podido ellos mismos articular este lugar con el niño o con el padre.

4.- Los hermanitos recién nacidos empiezan a tener un sitio de elaboración en clase, en casa.

5.- Gran parte de los centros escolares de la zona han incorporado el juego como parte de la metodología del aprendizaje.

El programa Preventivo en Pre-escolar, se fue ordenando alrededor de distintas instituciones, con la aportación de varios profesionales (pedagogos, psicólogos, asistentes sociales, profesores, especialistas en psicomotricidad), constituyendo un equipo de trabajo interprofesional que actuando desde el lugar de la manifestación del síntoma, la escuela, evitaba por un lado la duplicidad de funciones y por otro una cotización de la propia institución.

La tarea se fue desarrollando en torno a la constitución de mini-equipos de trabajo por centros, con actividades discriminadas, en distintos tiempos, que se

articulaban en un espacio común-grupal con los profesores de pre-escolar de cada colegio.

Porque se trabaja en equipo y desde la interprofesionalidad? Porque va permitiendo la organización de espacios, tiempos y actividades claros, diferenciados, evitando superposición sumatoria de todos los recursos que inciden en la tarea escolar.

El grueso de la acción se desarrolla en la escuela, con los padres, la institución y el niño, porque es allí donde se produce la fisura, el síntoma y no puede en principio, ser trasladado, desplazado a otra institución, porque ésta se convertiría en la portadora sustituta del mismo, en el interlocutor mudo de un diálogo de otros.

En el programa hay una función específica, entre otras, la función de coordinación, que permite ir evaluando las tareas, los resultados y las transformaciones, desde una articulación de lenguajes, que van confluyendo en uno nuevo, común, donde se incluyen aspectos de prevención que evitan que el síntoma se estructure, determinando así que el fracaso personal, sea irreversible. Desde aquí, el programa es una articulación de mejoras, no sólo de cara a la relación infancia-escuela, mejoría también dentro del propio equipo técnico.

Comunicación:

"El Equipo Multiprofesional en Atención Primaria. Una experiencia difícil"

Mesa 3: Prevención Primaria y Psicohigiene.

M<sup>a</sup> Victoria Antón Nardiz.

Enfermera.

La meta de "Salud para todos para el año 2000" coincide con un suspiro que los que trabajamos en Sanidad echamos de vez en cuando, ese de "la Reforma de la Sanidad en 20 años nada....."

Ambas cosas se acercan en el tiempo ,como si en el año 2000 además de tener salud para todos ,habremos logrado reformar la Sanidad. El problema es que nadie nos dice como se consigue estas dos cosas.

Esta comunicación intenta rellenar, no solo de suspiros este espacio de tiempo ,intenta hacer un análisis a priori del proceso,desde la perspectiva de la integración de diferentes profesionales en un equipo.

Me voy a centrar en el campo de la Atención Primaria por varios motivos, porque me gusta,porque lo conozco mejor y porque tanto en el Centro de Medicina Comunitaria, como en mi lugar de Coordinadora de Enfermeras del Centro de Salud de Parla,como en los seis años que pase en America del Sur, ha sido mi campo de trabajo.

Llevamos cuatro años de un Gobierno,que se proponía llevar a cabo la Reforma de la Atención Primaria ,dentro de la Reforma Sanitaria y recién nos damos cuenta de lo difícil que es.

Dos años de Centros de Salud en marcha ayudan a compliar un poco más la vorágine,pero sin duda nos orientan un poco hacia el futuro.

Cuando me refiero a Atención Primaria estoy hablando de ese conglomerado de Ambulatorios, Consultorios y Centros de Salud que navegan en la Institución llamada INSALUD , a quién compete la salud de la casi totalidad de los españoles.

Y meto en el mismo saco Ambulatorios y Centros de Salud,porque hoy ambos son la misma cosa, y solo se conseguirán autenticos Centros de Salud por obra y gracia de la filosofía,la voluntad y la práctica del equipo que en el trabaja y la Institución a la que pertenece.

Para empezar a hablar del equipo, comenzar'é por describir a los profesionales que hoy existen.

Uno es el protagonista, el medico, personaje que sabe curar ,el solo, sirviendose por lo general de medios técnicos ,más ó menos sofisticados y apoyado mayoritariamente en la receta.

Durante años y por motivos, no siempre imputables a él,la entrevista con el paciente con el objeto de curar su enfermedad se reducía a un tiempo mínimo y en condiciones bastante deplorables.

All lado de este personaje hay otro, el A. T. S.

El ATS con un nombre bastante impersonal, que nos suena más a marca de motos que a personal de enfermería, realiza en los Ambulatorios una tarea, también bastante impersonal.

Su trabajo se reduce a escribir en un papel, sea receta, parte de baja u otro volante, el nombre dirección y número de la Seguridad Social de los pacientes que acuden al médico.

Sin embargo el colectivo al que pertenece este ATS ha sufrido en un periodo reciente cambios fundamentales.

Ha transformado su curriculum y ha vuelto a llamarse Enfermera, ha incluido la Salud Pública en su formación, ha forzado al reciclaje a los enfermeros en activo, ha organizado miles de cursos, cursillos, congresos y reuniones sobre Atención Primaria y ha conseguido al menos empezar a mover la maquinaria del cambio de lugar profesional.

Todo esto da como resultado un colectivo bastante heterodoxo conviviendo en el mismo nivel. Por una parte los felices escribientes, los rebeldes sin ideas claras, los rebeldes con ideas muy claras, los corporativistas a tope, los expertos, los utópicos de la Salud Pública,.....

Con estos dos personajes se inician los Centros de Salud.

El médico pasa del Ambulatorio al Centro de Salud con "lo puesto", ningún reciclaje, ninguna formación específica para esta nueva forma de actuar, a excepción de los médicos de familia y de algunos casos bastante aislados, que se procuraron su propia formación.

La enfermera llega por su parte, con una formación bastante desigual y con el firme propósito de no volver a hacer de escribiente.

Aquí empiezan los problemas. El Centro de Salud se encuentra con una demanda masiva. El médico se centra en mejorar "su consulta", en hacer historias, dedicar más tiempo, etc. Para él, la consulta de enfermería, el trabajo en la calle, los programas, etc no lo ve como imprescindible, sino como algo que habrá que hacer, más adelante.....

Por otra parte para llevar a cabo su proyecto de mejora asistencias, quiere tener nuevamente a alguien que le ayude, y ese alguien tiene que ser la enfermera.

Las esperanzas de las enfermeras se ven truncadas desde el principio.

No hay sitio para ellas, ni físico, ni teórico, por esa razón ven en la salida a la calle, en la visita domiciliaria, en el trabajo en los colegios su posible lugar lejos del médico, pero incluso para llevar a cabo este trabajo es importante la colaboración del médico y eso es difícil

En esta situación surgen los primeros Coordinadores de Equipos de Atención

Primaria, que vuelven a ser medicos.

La situación es grave ,quien tiene el poder no posee los conocimientos de Salud Pública, ni la actitud de cambio,más allá de la mejora de su propia consulta.

Quien posee al menos algunos conocimientos de Salud Pública como es la enfermera no tiene acceso al poder,ni tan siquiera como Coordinador de su propio colectivo.

Pero la situación se va a complicar un poco más. Meses después se incorporan los Trabajadores Sociales, ó Asistentes Sociales.

Estos profesionales son un elemento de extraordinaria importancia en este momento,ellos aportarán algo fundamental al tema de salud,los aspectos sociales, las situaciones de riesgo, el diagnostico social de la zona, los recursos,...

Ellos abrirán el Centro a las Instituciones , nos enseñarán otros aspectos de esa población que para el medico y la enfermera hasta ahora solo han sido "cupos de cartillas".

Pero esos profesionales ,que para acceder a ese trabajo tuvieron que presentar un proyecto, estan en situación de contratados por periodos de seis meses.

Nuevamente quien pudiera aportar elementos nuevos al sistema y apoyar la Reforma de la Atención Primaria,no solo no tiene el poder,sino que tampoco tiene la estabilidad laboral que le permitiera actuar libremente.

Al parecer tambien este profesional depende del Coordinador del Equipo, del medico.

Nuevamente ,aunque de forma desigual surge la pugna en la propia concepción del origen de la salud y de la enfermedad, en la importancia del diagnostico social, del trabajo en la comunidad, de la coordinación con Instituciones. En esta pugna el medico tiene grandes posibilidades de ganar y de recluir al trabajador social, en el ya clásico despacho para resolver problemas individuales.

Dificilmente estos trabajadores,pocos, preocupados por su recontractación , en numero insuficiente para atender a la población, y mal pagados han tenido la oportunidad de entrar pisando fuerte, y hoy muchos de ellos se sienten muy mal.

Por último ,los equipos de Salud Mental que se van incorporando a los Centros no tienen tampoco un futuro de integración muy alentador.

Tambien contratados por periodos cortos ,en número desproporcionado a la población a atender tendrán que definir claramente su lugar.

¿Dependerán también del Coordinador Medico?

¿Cómo será su integración en el Centro?

Hay dos posibilidades. Asumir como suya la transformación de un sistema asistencial deteriorado, obsoleto, pero demasiado enraizado o bien ante la dificultad de la tarea, centrarse en sus propios programas, aislandose del resto del equipo.?

Luego hay otros profesionales de los que no hablo porque todavía no los veo en el equipo, pero que tal vez pasen por situaciones parecidas.

Al comienzo de esta comunicación hablaba del año 2000. Está okaro que sino marcamos unas pautas claras, unas bases para la integración de los componentes del equipo de Atención Primaria, es fácil prever los resultados de los que será una suma de profesionales, sin para ello esperar al año 2000.

Yo creo que tal y como se ve la situación vamos a pasar unos años difíciles en los que los profesionales vamos a sentirnos agredidos y a agredir a nuestros compañeros de equipo, y el resultado de esta situación puede ser o bien que cada uno se encierre en su propio garito y todos, todos, salgamos perdiendo o bien que seamos capaces de superar esta fase y conformemos un auténtico equipo.

Durante este tiempo el medico va a morder a quien se atreva a decirle que el infarto, la ulcera, la obesidad puede tener causas no solo biológicas y que tal vez precisen otro tratamiento.

La enfermera morderá a quien se atreva a decirle que la visita domiciliaria y la educación sanitaria no es solo cuestión de buena voluntad sino que tienen una base científica y hay que prepararse para ello.

El trabajador social morderá a quien le impida participar en los programas de salud e intente recluirle en el típico despacho parroquial.

El equipo de salud mental morderá a quien le considere unicamente curador de dislexias y le impida hacer programas de prevención, aunque lo más grave es que todos los morderemos cuando intenten analizar la propia dinámica grupal.

El sociologo cuando llegue nos morderá a todos y todos insisto nos vamos a sentir muy mal.

Pero como decía antes, todo esto no es grave en sí, si solo supone una fase en el proceso de integración y si es muy grave si queda como una situación permanente.

Pero de qué va a depender que esto suceda o no.

Para mí en mi corto entender esto puede depender de tres cosas.

Por una parte, la Institución Sanitaria, lugar de donde emanan las líneas generales de actuación, quien respalda los cambios, quien apoya la integración.

Le corresponde así mismo facilitar los medios para realizar estos cambios, los medios físicos, los medios de horario y disponibilidad de tiempo, así como acomodar las plantillas a las necesidades reales, y responder con situaciones laborales dignas, tanto en cuanto a contratos como en cuanto a sueldo y posibilidades.

de mejora profesional.

En segundo lugar uno de los pilares de que se llegue a conseguir un equipo , es el lugar del poder , que naturalmente tambien compete a la Institución.

¿Quién debe ostentar la dirección ? El medico ,por el simple hecho de serlo. Es claro que la dirección , llamese coordinador u otro nombre debe recaer en la persona más preparada y capaz, que aúne los conocimientos de dirección de personal y de administración de recursos con los de planificación y programación en salud pública, todo esto con una actituda abierta de cambio ,al margen de su titulación profesional.

El paso por la dirección de los equipos, de diferentes profesionales , aunque al principio será opnflictiva dará a la larga una autentica dinámica de integración de todos los aspectos en el campo de la salud y ahora sí todos, todos saldremos ganando.

Pero me falta un elemento que tambien es fundamental en la conformación del equipo , estos son los trabajadores.

Es difícil conformar un equipo con profesionales excesivamente corporativistas y temerosa de la integración como pérdida de su propia identidad.

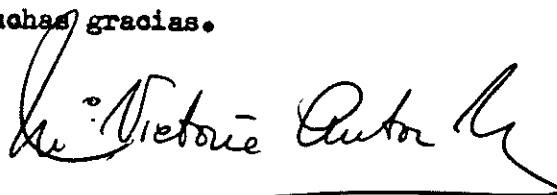
Pero tambien es cierto que la formación y la información bien llevada puede mitigar esos temores y descubrirle al profesional las ventajas de la integración no solo en beneficio suyo sino tambien de la Institución y de lo que es más importante de la salud de los ciudadanos.

Y llegamos al final , nombrando por primera vez al usuario, a la comunidad. No es casual que hasta ahora no aparezca un elemento tan fundamental en el sistema sanitario como es la participación comunitaria.

Pero tal vez yo, que me siento desbordada por la integración de los profesionales, caiga en la tentación de creer que hay que limpiar la casa antes de abrirla a otros, y me olvide de que la casa , es tan suya como nuestra y que la comunidad, ya hoy, debería de estar de alguna forma en el equipo.

Pero ese tema tan importante, tan interesante y tan apetecible , se lo dejo a otros más preparados.

Muchas gracias.



M<sup>a</sup> Victoria Anton Nardin

ATS. Diplomada en Enfermería



ATENCION AL PROCESO DEL EMBRAZO  
PARTO Y MATERNIDAD EN UN CENTRO  
SOCIAL.

Dra. ROSA GOMEZ ESTEBAN

- I.- INTRODUCCION
- II.- FUNDAMENTACION Y METODOLOGIA
- III.- PROGRAMACION DEL SERVICIO.
- IV.- DESARROLLO DEL PROGRAMA.
- V.- EVALUACION
- VI.- BIBLIOGRAFIA

## I. INTRODUCCION

El objetivo de este trabajo es presentar una experiencia de atención al embarazo y a la maternidad en el Centro Social de Hortaleza. Este barrio periférico está ubicado en la zona nordeste de Madrid, y tiene las siguientes características:

- Población de 171.396 habitantes ( el nº de mujeres es un poco mayor al de hombres) .
- Proceden el 60% de Madrid y el resto de otras provincias, entre ellas Toledo, Badajoz, Jaén y Segovia.
- Nivel socioeconómico y cultural bajo.
- Población fundamentalmente joven e infantil, por lo que la tasa de natalidad es alta; la tercera edad sólo constituye un 7%.

Para una adecuada comprensión de la experiencia, comenzaremos por contextualizarla haciendo una breve descripción de los Centros Sociales en general y del de Hortaleza en particular.

Los Centros Sociales surgen en el período de transición democrática y son instituciones públicas que dependen del Ministerio de Cultura. *(uno que ya existían antes de la muerte de Franco).*

Una de las fundamentaciones para su creación era dar respuesta a necesidades sociales y comunitarias, partiendo de un nuevo planteamiento en el que la participación de la comunidad era central : serían las propias comunidades las creadoras y gestoras de la acción cultural y de su propio desarrollo comunitario.

Los objetivos de estos centros, según los estatutos, eran:

- I. Potenciar la vida comunitaria.
- II. Poner a disposición de la comunidad servicios sociales y culturales en base a sus necesidades.
- III. Evaluación de la acción social en función de las necesidades socio-culturales y de los objetivos alcanzados.

Para alcanzar estos objetivos, **cada** Centro desarrolla

una serie de actividades que se organizan en tres áreas:

1. Area Cívica, en la cual el Centro actuaría como un local abierto que fomentara la capacidad asociativa de la comunidad, que potenciara grupos y posibilitara la adquisición de identidad y pertenencia al barrio.

2. Area Cultural, que se encargaría de todas las actividades culturales.

3. Area Social, que incluiría una asesoría técnica permanente sobre cualquier problemática que se presentara de índole social, laboral, económica, jurídica, familiar y sanitaria.

La estructura organizativa del Centro Social de Hortaleza para las tareas de dirección y planificación de actividades, estaba constituida por:

- I- La Asamblea General de Socios.
- II- La Comisión Asesora, constituida por la Coordinadora de Entidades del Barrio y el Colectivo de Trabajadores.
- III- La Junta Rectora integrada por el director, el Secretario administrativo, los representantes de la Asamblea y los coordinadores de área.

Las actividades que se desarrollaban en el centro, en las diferentes áreas, básicamente eran las siguientes:

1. Area Cívica : Asambleas periódicas de los socios del Centro y de los profesionales del mismo y reuniones semanales con los representantes de la Comunidad.

2. Area Social:
- Unidad de Minusválidos.
  - Club de la Tercera Edad.
  - Asistencia Social.
  - Asistencia Sanitaria.
  - Servicio de Psicología.
  - Asesoría jurídica.
  - Coordinadora de Mujeres.

3. Area de Cultura:

- Escuela Permanente de Adultos.
- Talleres Deportivos (halterofilia, kárate, fútbol, ~~mano~~ Libres, gimnasia

y montaña)

- Otros talleres (hogar, manualidades, telares, cerámica, pintura, teatro, danza y ritmo, expresión dinámica, títeres y rondalla.

Para llevar adelante estas actividades el Centro tenía un equipo que estaba integrado por: maestros, profesores de gimnasia, de actividades de hogar, de manualidades, de actividades artísticas, asistente social, psicólogos, médico, enfermera, abogado y personal de administración.

## II. FUNDAMENTACION Y METODOLOGIA

El Servicio de atención a la embarazada está incluido dentro del Area Social, surge a partir de una demanda de la Coordinadora de Mujeres, que estaba integrada por mujeres de la Comunidad y algunas profesionales del Centro. El objetivo de esta Coordinadora era detectar las necesidades de las mujeres en el barrio y gestionar los recursos adecuados para darles respuesta. Una de ellas, era crear un espacio para que las mujeres embarazadas pudieran pensar e informarse acerca del proceso que se estaba desarrollando en su interior, ya que el barrio carecía de una mínima estructura asistencial en este tipo de servicios para la mujer.

Otro de los motivos para recoger esta demanda, además de por la falta de recursos comunitarios en la zona, es debido a nuestra concepción acerca del embarazo y de la maternidad, y de su importancia en la vida posterior de la mujer.

En nuestra concepción, el embarazo es entendido como una etapa de crisis en la vida de la mujer, en el sentido de que se producen en ella cambios importantes tanto a nivel personal como familiar y social. El embarazo es un proceso donde se pone en juego no sólo lo biológico, sino también lo psicológico, a través de la singularidad de la mujer, y lo social, por lo que representa el embarazo, el parto y la maternidad—en nuestra so-

ciudad, y por el papel que tiene la mujer en la misma.

En el embarazo se van a poner en juego, además de los factores biológicos, múltiples factores tanto psicológicos como sociales que van a influir en su desarrollo así como en el del parto. Estos factores psicosociales que inciden en el desarrollo de estos procesos son de gran importancia, ya que condicionan experiencias futuras en la vida de la mujer, no sólo en partos posteriores, sino también en el vínculo con el hijo y en las relaciones familiares.

Dentro de los factores sociales tendríamos que distinguir los que se refieren al discurso social sobre el parto y la maternidad en nuestra sociedad, los que lo hacen a la función social de la mujer y otros particulares, referidos a la edad, nivel socio-económico y cultural, estructura familiar, etc...

La maternidad es sagrada dentro del matrimonio, toda madre es ejemplar, da todo por sus hijos, la imagen de la madre "mala" sólo se puede representar a través de la figura de la madrastra. La maternidad es un concepto muy ideologizado, lleno de prejuicios, mitos, tabúes; ejemplo de ello son frases como " a los niños los trae la cigüeña de París". El discurso social muestra la maternidad como un proceso puro desexualizado, espiritualizado, reprime la posibilidad de cuestionar las condiciones y el objetivo de la reproducción, crea una confusión entre Sexualidad y Reproducción, reprimiendo la primera. La maternidad excluye y deja fuera la sexualidad de la mujer, durante el embarazo se crea el mito de que las relaciones sexuales son peligrosas ya que pueden dañar al feto. Habría que pensar, pues, si los procesos del embarazo y parto no quedan ocultos bajo el prejuicio debido precisamente a su relación estrecha con la sexualidad y la muerte, que son los dos hechos más importantes de la vida humana.

La función social asignada a la mujer, aunque esté variando gracias a la incorporación de la mujer al mundo laboral, es la de tener hijos, la función reproductora. Desde niña a través de la información, los juegos, las diferentes expectativas,

se le crea un falso concepto de su rol social y de la maternidad. Su imagen correspondiente es la de la pasividad, la dependencia, el instinto maternal, la abnegación, el amor a las tareas del hogar, la sumisión y fidelidad al marido, la inoperancia en las cuestiones sociales y científicas, etc...; esta imagen de la mujer no tiene un origen natural sino que es consecuencia de la estructura económica y social.

La imagen social de la maternidad oculta así la otra cara de la realidad, que son los hijos maltratados, los hijos no deseados, los abortos, etc..., que expresan los otros sentimientos, fuertemente reprimidos que surgen en la mujer en relación a la maternidad.

El discurso social de la maternidad y la función de la mujer en la sociedad influyen no sólo en el embarazo sino también en la elección o no del mismo, así como en la aceptación o rechazo del niño cuando el embarazo se produce.

El propio discurso social sobre el parto niega o reprime la información sobre el mismo. En general, la mujer tiene un desconocimiento absoluto, lo único que conoce a través de otras mujeres es el dolor. Sabe que comienza el parto cuando empiezan los dolores y que el progreso del mismo está también en relación con la intensidad y la frecuencia de los dolores; parece así que la mujer tiene que cumplir su destino: "Parirás con dolor".

Por todo esto, es importante hacer un análisis de las creencias y mitos respecto al embarazo, parto y maternidad, para conocer la realidad subjetiva interna de las mujeres, ya que estas ideas irracionales influyen en el desarrollo de los procesos que estamos considerando. Expresión de lo que acabamos de decir es la creencia tan extendida de que la mujer tiene que sufrir y que ello es la medida del cariño que tiene a sus hijos.

Resumiendo y parafraseando a una autora argentina que ha trabajado muchos años en este campo, la sociedad determina modelos de maternidad y de identidad femenina que hace cumplir a los miembros de la misma, es decir, es la sociedad y la cul-

tura la que propone los modelos de familia y maternidad. Estos modelos determinan la manera en la que se establece el vínculo madre-hijo, modelo fundamental en la relación con los otros. La dependencia casi absoluta de la madre implica una transmisión de la cultura, ideología y forma de relacionarse con los demás.

Asimismo, los factores individuales que se refieren a la edad, al nivel socioeconómico y cultural y a la estructura familiar son fundamentales para comprender la aceptación o el rechazo de la mujer hacia su embarazo. Así cuando la mujer tiene más de cuarenta años o está en la adolescencia (momentos de transición, de cambios a diversos niveles), al embarazo se unen problemáticas específicas que van a dificultar el desarrollo de dicho proceso.

También cuando la mujer tiene una situación económica difícil, por paro laboral o cualquier otra circunstancia, la llegada de un hijo la pondrá en mayores dificultades. Si la familia tiene muchos hijos o las relaciones entre los miembros son conflictivas, todo ello determinará también la actitud de la mujer frente a su embarazo. Cuando varios de estos factores aparecen asociados no sólo influirán en la aceptación o no del embarazo, sino que pueden ser factores de riesgo que pueden obstaculizar el proceso del embarazo y parto, y por ello es preciso dedicar una atención especial a los mismos. Es decir, tener un hijo no es solo deseado sino asumir la responsabilidad de criarlo, y educarlo, además no es solo la mujer quien debe pensarlo sino la pareja, teniendo en cuenta todos los factores familiares, económicos y laborales de su contexto. Cuando el hijo no es deseado puede generarse patología posteriormente, en unos estudios nacionales de Fertilidad en Estados Unidos, durante el año 1.965, se observó <sup>en</sup> que las poblaciones de alto nivel socio-económico el número de embarazos no deseados era del 17% y en el de escasos recursos el 45%. Según algunos autores este hecho podría producir un aumento de anomalías, de partos prematuros y de personalidades patológicas.

Los conflictos psicológicos y los niveles de ansiedad



y angustia en la embarazada no se generan sólomente por las características personales de la misma, sino que también los factores sociales y biológicos influirán en el estado psicológico de la mujer. Así, la falta absoluta de información sobre cómo se desarrollan los procesos del embarazo, parto y puerperio genera ansiedad en la mujer por el miedo a lo desconocido; la escasez de medios económicos le produce ansiedad, irritabilidad, inseguridad e incertidumbre sobre el futuro del hijo; y los procesos biológicos, tanto normales como patológicos, por ejemplo, los movimientos fetales, las hemorragias uterinas, los partos anteriores con feto muerto o algún tipo de déficit o problema, también le generan ansiedad más o menos importante, según el caso.

Por otro lado, el embarazo es un proceso de cambio en el que se van a reactivar conflictos infantiles en relación con su estructura edípica y más en concreto con el vínculo con su madre, la mujer ahora repetirá con su hijo la relación que ella tuvo con su propia madre. Pero en esta relación también influirán otros vínculos actuales, como es el que tiene con su pareja, ya que la mujer necesita su apoyo y comprensión, y cuando éstas faltan puede volcar esas necesidades en el hijo haciendo de este modo más difícil su proceso de independencia. La actitud de la madre está en relación con su historia previa y con el conjunto de la situación actual y la manera en que ella la asume.

La identificación de la mujer con su propia madre nos puede hacer comprender actitudes de la embarazada que resultan incomprensibles para ella misma. Cuando la relación ha sido muy conflictiva, ésta se reproducirá en la relación con su hijo y podrá sentirlo, en ocasiones, como ella se sentía en relación con su madre.

Por consiguiente los cambios que la mujer tiene que hacer son tanto individuales como familiares y sociales. Los primeros se refieren al vínculo con sus figuras parentales; el embarazo significa un hijo, pero este a su vez representa la pérdida de la infancia en la que ella era hija.

También se producen cambios corporales internos y externos con una pérdida de la imagen corporal que, aunque es transitoria, en ocasiones se puede vivir como si fuera definitiva.

En la familia tienen que adquirir un nuevo rol, el de la madre con las responsabilidades que implica un hijo que en sus primeros años depende casi completamente de ella. También este nuevo hijo produce cambios en la dinámica familiar, en el vínculo de la pareja y en las relaciones con los otros hijos y familiares.

Asimismo cuando la mujer tiene inserción en el mundo laboral el tener un hijo la plantea una doble tarea, la familiar y la laboral, lo que en algunos casos puede crear grandes exigencias y dificultades, tanto con ella misma, con su familia o con el trabajo. Socialmente por la división rígida del trabajo la mujer es la que se suele hacer cargo de la crianza de los hijos aunque trabaje fuera de casa, sin embargo al hombre, en general, por su actividad laboral se le justifica que no asuma dicha responsabilidad.

Estos complejos cambios vividos por la mujer se expresan a través de temores, sentimientos y fantasías, que, aunque son singulares, se repiten con alguna frecuencia en muchas de ellas. De éstas últimas, las más frecuentes son:

- Fantasías de subnormalidad y muerte del feto.
- Fantasías de muerte propia en el parto.
- Fantasías de no poder cuidar y alimentar al niño.

Estas fantasías pueden generar un nivel de ansiedad importante en la mujer embarazada y ser el origen de producción de síntomas a nivel corporal, como son los que aparecen durante el embarazo, el parto o en la relación posterior con el hijo.

Así, el conflicto interno que la mujer vive puede manifestarse en el embarazo mediante náuseas, vómitos, diarreas, taquicardias, ahogos, mareos, anorexia, bulimia, etc...; durante el parto, a través de un parto prematuro, prolongado o di-

fácil; y en la relación con el hijo, con dificultades en la lactancia, como son, por ejemplo, la falta de leche o la disminución de la misma. Por otra parte, la ausencia de síntomas no es una prueba de buena salud, ya que en todo embarazo se dan momentos de angustia que son fruto del enorme cambio que representa la maternidad y la paternidad.

La significación del embarazo es ambigua, por ello es natural que la actitud de la mujer sea ambivalente frente al mismo, la madre percibe al hijo al mismo tiempo como un enriquecimiento y como una pérdida importante de sí misma.

Las ansiedades que se producen en las diversas etapas del embarazo son:

- 1º trimestre.

La mujer presenta incertidumbre, temor, impaciencia hasta que se confirma su embarazo, aparecen sentimientos contradictorios de aceptación y rechazo del mismo, éstos son conscientes o inconscientes, y cuando son intensos la mujer pone en acción mecanismos defensivos que pueden ser más o menos útiles; cuando no lo son, pueden aparecer síntomas que en este período son en general náuseas y vómitos. Aunque éstos tienen causas hormonales en su origen, no hay que olvidar que no todas las mujeres los presentan, que son desconocidos para las hembras de otros mamíferos y que estos síntomas pueden llegar a tomar características de gravedad como en la hiperemesis gravídica.

Cuando los sentimientos de rechazo y de culpa son intensos, pueden originar incluso abortos espontáneos. Parece ser que en España este motivo es la segunda causa de ingreso en las urgencias hospitalarias.

Otra fuente de ansiedad, en esta etapa, es la falta de información, por ello es importante que la mujer conozca cómo es su cuerpo, su anatomía y fisiología, y cómo se desarrolla el feto en su interior. De este modo, vive de forma diferente el proceso de creación que se produce dentro de ella, en este momento en el que el niño no está presente pero en el que sí

tiene una existencia imaginaria.

Asimismo, la relación con el médico puede originar ansiedad, fundamentalmente cuando la mujer toma actitudes regresivas y vivencia al mismo como una figura parental; de este modo espera que sea el médico quien se haga cargo de su proceso, delegando en él todas las decisiones acerca del mismo.

Es importante que el médico devuelva estas depositaciones que se le hacen, informe adecuadamente y haga partícipe a la mujer, para que ésta tome una postura activa desde el inicio en el nacimiento de su hijo.

Esta depositación en la figura del médico es mayor por la carencia de estructuras asistenciales y la falta de programas de salud materno-infantil accesibles a la población, por lo que se aumenta el desamparo de la mujer en un momento en que el apoyo es tan importante para ella.

#### - 2º trimestre.

En esta segunda etapa los síntomas de la gestante disminuyen en general, la mujer ha " aceptado " continuar su embarazo. El crecimiento de su vientre, los movimientos fetales expresan cómo ese hijo se está desarrollando dentro de ella.

Puede vivir sentimientos de plenitud, pero, en ocasiones, también pueden aparecer ciertos temores por ese ser que se alimenta en su interior y sentirlo como un parásito que le quita lo que tiene. Surgirán, entonces, síntomas que expresan la ansiedad de la mujer, tales como ahogos, palpitaciones, insomnio, etc...

#### - 3º trimestre

La separación es uno de los significantes claves en este período. La mujer se tiene que hacer a la idea de que, aunque ha vivido durante unos meses con su hijo el vínculo más estrecho y simbiótico que puede existir, se tiene que separar de él. Las dificultades en la separación las vemos tanto en los partos prematuros como en los partos prolongados, es una dialéctica ambivalente de expulsión-retención.

Al acercarse el parto y sentir que el hijo dentro de po-

co ya no será una imagen sino una realidad, se incrementan las fantasías sobre lo que les pueda ocurrir a ella y a su hijo, los límites se hacen más presentes. Puede aparecer insomnio, que en algunos casos esconde las fantasías de muerte, y sueños en los que el hijo aparece muerto, o por el contrario ya es mayorcito, lo que expresa el deseo de la mujer de que ya haya pasado el momento del parto y no haya sucedido nada.

Las fantasías de subnormalidad y muerte del feto también pueden incidir en los partos prematuros y prolongados; en un caso, sería el deseo de expulsarlo, <sup>en</sup> y el otro el temor a verlo y que la fantasía se haya hecho realidad.

Según se acerca el parto se reavivan sus temores infantiles, básicamente la propia separación del cuerpo de su madre, lo que será más intenso en el momento del parto.

De igual modo que en el embarazo, aparecen distintas ansiedades en el propio parto y en el puerperio.

#### - Parto

El temor a la separación es la ansiedad más fuerte en este momento, la pérdida del hijo la siente como una pérdida del propio cuerpo. En este momento, todas sus fantasías acerca del parto y del hijo se harán o no realidad, lo que puede originar un nivel de ansiedad importante en la mujer.

La actuación del equipo profesional es, pues, fundamental, ya que puede calmar la ansiedad de la mujer o al menos disminuirla o, por el contrario, aumentarla cuando su intervención no es adecuada.

Si la mujer está conciente en esos momentos, podrá superar más fácilmente el trauma por la separación de su hijo, así como sus fantasías de no poderle cuidar y alimentar disminuirán, ya que lo está haciendo en estos momentos de gran dificultad.

#### - Puerperio

Aparecen sentimientos de vacío una vez que su hijo ha salido del interior de su cuerpo, ahora la relación no es con su hijo fantaseado sino que ese hijo es ya una realidad de momento desconocida para ella, pero poco a poco le conocerá y reco-

nocere.

Teme y desea tener ese ser, ahora su hijo, entre los brazos, pero también tiene miedo de las responsabilidades que ello le acarrea. Desea tenerlo muy cerca de sí mientras le da de mamar y por otra parte ello le hace sentir que pierde su libertad y su vida ya que su hijo la necesita a ella. Es un hijo que quizá hayan decidido tener entre su pareja y ella, pero que también los puede separar si ellos no saben crear el lugar adecuado para ese hijo que necesita tantos cuidados y protección.

A través de la lactancia, la mujer da a su hijo no sólo el alimento que necesita sino que le dá asimismo protección y cariño; también la ayuda a elaborar la separación de él. Como el niño no puede hablar será la madre la que dé sentido a sus gestos, a sus movimientos, a sus llantos; por ello, es tan importante que la madre viva a su hijo como un ser separado de ella y no como una prolongación de su propio cuerpo, si esto no es así, este hijo no podrá separarse de ella. Así, en la medida en que la mujer tenga una vida satisfecha más podrá dar a su hijo, y menos le pedirá a éste, el hijo ayuda a la madre a elaborar su separación y a asumir su maternidad. Ello nos indica la importancia de la precoz relación entre la madre y el hijo, relación que es la continuación de otra más íntima que existió anteriormente. Según diversos estudios, realizados por algunos autores, hay una diferencia en la actitud de las madres que tuvieron una temprana relación con los hijos, que aquellas que no tuvieron.

La experiencia del proceso del embarazo, parto y puerperio de la mujer incide en el desarrollo de la personalidad del hijo, ya que a través del contacto y de la relación con ella, el hijo va a aprender a relacionarse con los demás; es decir, y como decíamos al principio, el vínculo madre-hijo es un modelo primario de relación para el niño.

Nuestro enfoque de la Atención al Embarazo, Parto y Puerperio parte de la contribución de la Teoría de Grupo Operativo a la misma; dicho planteamiento no sólo tiene en cuenta la necesidad de información teórica y práctica de la embarazada, sino que crea grupos (espacios coordinados) donde se puede seña-

lar e interpretar la latencia grupal, así como articular los procesos individuales con los sociales.

El grupo es un espacio de reflexión y comunicación donde se puede liberar la palabra que está reprimida y oculta por los síntomas y el dolor, donde se pueden elaborar los sentimientos, fantasías, deseos y temores en relación a la maternidad y al parto, así como los mitos y prejuicios sociales en relación a estos procesos.

Los métodos de Psicoprofilaxis que describiremos después, si bien insisten en la importancia de los factores emocionales en el desarrollo del parto y en la aparición del dolor en el mismo, se centran básicamente en el dolor y su objetivo es la suesión del mismo. Pero vemos que el dolor sigue siendo un significativo fundamental tanto en el embarazo, como en el parto, el puerperio, la relación con el médico, con el hijo, etc...

La mujer durante este proceso se siente, a veces triste, desanimada, con ganas de llorar, excesivamente sensible o preocupada por la falta de afecto de los demás; la mujer no comprende estos sentimientos cuando piensa que se tendría que sentir la mujer más feliz, en el caso de que haya deseado ese hijo.

El grupo es el instrumento a través del cual puede dar sentido a estos síntomas, al hacerse consciente de los múltiples significados que tiene el embarazo y del cambio que supone en su vida, aún en el caso de que el embarazo haya sido buscado.

Los síntomas de la embarazada pueden ser expresión de conflictos por deseos contrapuestos que la mujer vive internamente de una manera inconsciente; en los grupos, al trabajar sobre los sentimientos en relación a la maternidad, estos deseos se pueden hacer conscientes, pueden ser expresados por la palabra, y, de este modo, ser innecesaria su expresión a través de los síntomas. En el grupo la mujer puede explicitar sus conflictos y tomar conciencia no sólo de lo individual sino también de los determinantes familiares, institucionales y sociales.

Los grupos no son terapéuticos, ya que las mujeres en gestación, obviamente, no son enfermas sino embarazadas que tienen que elaborar dicho proceso. Ahora bien, por nuestra experiencia

vemos que tienen efectos terapéuticos y de aprendizaje en las mujeres que asisten a los mismos.

La mujer, en los grupos, se puede plantear preguntas sin necesidad de ocultarlas, ni esperar que alguien se las responda, tratará de buscar sus propias respuestas y así apropiarse de un proceso que la pertenece, de lo que está sucediendo en el interior de su cuerpo, de la relación con su pareja, con su hijo, y de los cambios que este hecho supone.

La idoneidad del grupo reside en que el ser humano desde que nace está inmerso en un grupo, el familiar, y será a través de su pertenencia a los diversos grupos como tomará conciencia de su ser social y podrá desarrollar su identidad personal.

El grupo es un instrumento para que se haga consciente de esta nueva situación de su vida. La madre tiene que aceptar que el hijo es un ser separado de ella, el padre podrá ayudar a poner límites en esta relación para que el hijo pueda diferenciarse de ambos y comenzar un proceso de independencia que es largo y penoso. El padre permite al hijo un modelo de identificación diferente y una apertura al mundo que lo rodea, hecho importante para que no permanezca dependiente de la madre y para que la separación de la misma sea un proceso menos difícil.

La atención al embarazo y a la maternidad, es además fundamental para prevenir la aparición de depresiones, psicosis puerperales, u otros cuadros psicopatológicos, y en el caso de que aparezcan, tratarlos precoz y correctamente.

La depresión puerperal puede surgir unos días después de dar a luz, en general cuando la mujer vuelve a casa y tiene que enfrentarse sola con tareas y responsabilidades para las que no se siente, en ocasiones, preparada, junto con lo más significativo, que ya hemos señalado anteriormente, la brusca separación de su hijo. Esta depresión se suele resolver al cabo de quince días; si no sucede así es conveniente plantear una psicoterapia breve para visualizar qué tipo de problemática tiene la mujer, ya que si no, pueden perturbarse los vínculos entre la madre y el hijo en un momento tan fundamental como es el ini-



cio de la relación. . .

En algunas mujeres, la depresión no se resuelve y se cronifica; no es extraño que cuando consultan mujeres de mediana edad por depresión, ganas de llorar, tristeza, etc, ellas mismas señalen, más adelante, su situación de depresión o insomnio asociada al nacimiento de uno de sus hijos.

Hay que tener en cuenta estos hechos para detectar los embarazos que pueden significar una situación de riesgo para la mujer, así cuando éste presenta mucha sintomatología o tenga antecedentes difíciles, ya sea desde el punto de vista obstétrico, psicológico o social, es necesario hacer una vigilancia adecuada, ya que no sólo está en juego la salud de la madre, sino también la del niño y la de toda la familia.

Como hemos podido ver, durante el embarazo se originan una serie de ansiedades en la mujer que van a determinar el desarrollo del parto; por eso, como dice Marie Langer, hay que insistir en la importancia del momento del parto para el porvenir de la madre y del hijo.

Teniendo en cuenta este marco conceptual, se formó un equipo de profesionales del Centro, constituidos por dos trabajadores de salud mental (un psiquiatra y un psicólogo), una enfermera y una profesora de educación física, para trabajar en su programación.

Una vez elaborado este proyecto, el equipo se reunió con la Coordinadora de Mujeres. En dicha reunión se discutió y pensó que dicho programa podía cubrir parcialmente las necesidades de las embarazadas del barrio. A partir de ahí la Coordinadora se encargó de dar la información acerca de este nuevo servicio del Centro Social a los vecinos de la zona y el equipo profesional al Colectivo de trabajadores del Centro, así como a los tocólogos y enfermeras del ambulatorio de la Seguridad Social del barrio.

### III. PROGRAMACION DEL SERVICIO

El Servicio de Atención a la Embarazada se organizó te-

niendo en cuenta las necesidades de las mujeres en dicho proceso, así como las limitaciones de los recursos de los que disponíamos. Partiendo de este punto nuestro trabajo se centró básicamente en la preparación física y psicológica como una manera de instrumentar a la mujer para enfrentarse a los cambios que el proceso del embarazo y de la maternidad introducen en su vida.

Para ello estructuramos el Servicio en base a 3 instancias diferentes:

1. INFORMACION
2. GIMNASIA
3. GRUPO OPERATIVO.

1. La información era dada por los miembros del equipo y comprendía los diferentes aspectos del embarazo y los cambios que se producen en la mujer, tanto a nivel corporal como psicológico. Muy brevemente señalaremos los temas básicos en los que se centraba:

- Proceso del embarazo, parto y puerperio, tanto desde el punto de vista anatomo-fisiológico como psicológico.
- Fundamentación de los ejercicios de Relajación, Respiración y Gimnasia.
- Características y Cuidados del Recién Nacido.
- Relación Madre-Hijo, aspectos psicológicos.
- Relaciones Familiares.
- Sexualidad y Anticoncepción.

2. Las actividades físicas comprendían los ejercicios de gimnasia, el aprendizaje de técnicas de respiración y relajación y estaban a cargo del miembro del equipo especializado en la materia.

Es importante que la mujer aprenda y practique los ejercicios específicos de preparación al parto, ya que éste representa un intenso esfuerzo muscular. Las técnicas de respiración y relajación tienen una utilidad básica ya que favorecen la oxigenación y la capacidad contractil de la fibra muscular uterina, así como la relajación del cuello del útero y con ello se estimula el desarrollo del parto.

Estas técnicas son importantes desde que en plena euforia de la anestesia nace la Psicoprofilaxis Obstétrica, pero su nacimiento no sólo tiene relación con el desarrollo tecnológico y científico de la atención al parto sino también con otros factores, como son los cambios en la concepción del papel de la mujer en nuestra sociedad y su inserción en el mundo laboral y social.

Un partero inglés, el Dr. Read, publicó en 1.939 sus dos obras, "El Parto Natural" y "El Parto sin Dolor". Por la investigación de los partos a los que asistía llegó a la conclusión de que la actitud de la mujer influía en el desarrollo del parto y de que el TEMOR era el principal agente productor del dolor en un parto normal.

Su contribución fundamental consistió en resaltar la importancia que adquieren los factores emocionales en la producción del dolor frente a la atención exclusiva concedida hasta entonces a los factores fisiológicos.

Según Read, el parto no tiene que producir dolor y si lo produce es porque se genera un circuito de TEMOR-TENSION-DOLOR. La mujer espera el dolor y tiene miedo; esto ocasiona una mayor tensión muscular generalizada, y en particular del cuello uterino, que dificulta la dilatación y obstaculiza la progresión del parto con la aparición del dolor.

Afirma que la vivencia del parto tiene relación con la influencia que la mujer ha recibido de su propia madre. De manera que si este acto ha sido considerado como un hecho natural no es doloroso; por el contrario, lo será si anteriormente se ha transmitido como tal.

Para Read, el conocimiento y control de los factores emocionales produce una disminución del temor y de la ansiedad, del dolor, del tiempo del parto, del uso de analgésicos y anestésicos, así como del número de intervenciones.

El objetivo principal de esta Psicoprofilaxis Obstétrica era suprimir el temor, lo que se conseguía a través de la educación de la mujer y del aprendizaje de ejercicios de Respira-

ción y Relajación. A pesar de las resistencias al cambio expresadas por los médicos y las propias mujeres, el método de Read se desarrolló rápidamente en Estados Unidos.

Otro de los orígenes de la Psicoprofilaxis Obstétrica fue el método desarrollado por la Escuela Soviética, Nikolaiev publica en 1.953 la primera edición rusa de su libro "El Parto sin Dolor", en el que sigue las teorías de Pavlov.

Para Nikolaiev y el resto de los autores de la escuela soviética, el origen del dolor en el parto se debe a un condicionamiento en la mujer por el que asocia la idea de parto al dolor: esta asociación es resultado de una larga tradición histórica.

El dolor existe realmente pero puede ser inhibido por medios psicológicos, es importante descondicionar a la mujer para que se rompa el vínculo entre dolor y parto, y, a continuación, condicionarla de nuevo respecto a que el parto es un acto fisiológico normal. Esta labor se consigue mediante una educación general, teórica y práctica, así como la enseñanza de los ejercicios correspondientes de relajación y respiración, de esta manera se desconexiona la asociación parto-dolor y se sustituye por la idea de contracción, asociada a la respiración.

Con la respiración se logra un mayor aporte de oxígeno tanto para la madre como para el hijo y con la relajación se disminuye la tensión muscular por inhibición de la corteza cerebral. Con la relajación neuromuscular se modifica la respuesta del cerebro a la contracción, se disminuye las necesidades de oxígeno para el resto de la musculatura y éste es utilizado básicamente por el músculo uterino, consiguiéndose así una contracción más eficaz, lo que facilita el desarrollo del parto.

Como vemos, ambos métodos se basan en el esclarecimiento <sup>o i/</sup> previo de los procesos fisiológicos y en el aprendizaje de ejercicios de respiración y relajación. Su diferencia reside en que la escuela soviética sustituye la relajación de la parte final de la dilatación por la respiración jadeante.

Estas escuelas modifican el concepto doloroso del parto y consiguen de nuevo la participación activa de la mujer en el

mismo. Pero las carencias de estas escuelas residen en que actúan fundamentalmente en la conducta de la mujer en el parto, la que tratan de modificar a través de unas técnicas, pero al actuar sobre los efectos y no sobre los factores causales que determinan la misma, estos incidirán en el parto de diversos modos, así como en los posteriores.

Junto a estas escuelas hay que tener presentes los estudios antropológicos de Margaret Mead sobre la procreación en diversas sociedades. Según estos estudios, cada sociedad tiene sus prejuicios en relación con las funciones procreativas de la mujer y ésta se adapta a ellos. Así, cuando la concepción del embarazo gira alrededor de la enfermedad, de las náuseas y del dolor, las mujeres se comportan de esta manera en sus partos. Sin embargo, en otras sociedades en las que no hay tantos tabúes y el parto se piensa como un proceso natural, éste se desarrolla en general sin problemas.

En España, donde según algunos autores, hasta hace poco tiempo, el índice de partos deshumanizados y las secuelas consecuentes a la mala atención obstétrica era muy alto, es el Dr. Aguirre de Carcer quien introduce en 1.955 el método psicoprofiláctico, sus libros más conocidos son "El Parto sin Dolor" y "La Educación Maternal".

Posteriormente el Instituto Dexeus, de Barcelona, propone el denominado "Parto Ecológico", en el que se trata de preservar el entorno de la madre y del hijo. El objetivo de este método es que la mujer participe y colabore activamente en el nacimiento de su hijo e incluye la presencia del padre y los medios técnicos necesarios para que no corra ningún riesgo la madre o el hijo. Según el Dr. Carrera, que ha escrito un libro explicando el método citado, de cada diez parturientas, una está tranquila, otra tiene mucho temor, y el resto presenta desasosiego en grado variable.

En 1.974, surge en Francia un movimiento, del que el Dr. Leboyer es su máximo representante, que trata no sólo de humanizar el parto para la madre sino que también hace hincapié en la atención al recién nacido. Sus ideas son expuestas en la obra "Por un nacimiento sin violencia".

En síntesis, las primeras escuelas de Psicoprofilaxis se centraron únicamente en el parto y su objetivo fué la disminución o supresión del dolor. Este dolor, para los estudios antropológicos, se debía a factores socio-culturales; para Read, al miedo; para los conductistas, al condicionamiento de la mujer al parto. Con el desarrollo de la Psicoprofilaxis, sus objetivos y métodos han ido variando, descentrándose del momento del parto y de la supresión del dolor y haciendo planteamientos más amplios en relación a la mujer, al niño y a la pareja.

Es decir los métodos psicoprofilácticos del parto se centraron en la conducta de la mujer, ofreciendo una información racional y ejercicios de respiración y relajación, pero dejaron de lado las motivaciones conscientes e inconscientes de la embarazada así como la influencia de los prejuicios sociales en relación a la maternidad, los que introyectados por la mujer influyen también en el desarrollo de dicho proceso.

3. Grupos Operativos. En los grupos se trata de integrar la experiencia, es decir la información, la actividad física y los efectos que se movilizan frente a este proceso.

La elaboración de las ansiedades permite a la mujer que la información que recibe acerca de estos procesos pueda ser asimilada e incorporada, transformándose así en un instrumento valioso, que le permitirá tener una actitud activa durante el embarazo y parto.

El grupo, como decíamos, es un espacio de reflexión en el que la mujer se puede plantear preguntas, trabajar sobre ellas y de esta manera hacerse consciente de su proceso, tanto en lo que se refiere al interior de su cuerpo como en la relación con su hijo, y con su entorno familiar y social.

Estas tres diferentes actividades se planificaron durante dos días a la semana: La Información y el Grupo Operativo en un mismo día formando una unidad de trabajo, y en otro día diferente la Gimnasia.

La reunión semanal dedicada a la unidad Información-Gr-

po Operativo se estructuró de la siguiente forma: tenía una duración de 2 horas, siendo la primera media hora de información y a continuación hora y media de grupo coordinado con técnica operativa, incluyendo lectura de emergentes a la hora de haber comenzado el grupo.

Los grupos eran abiertos, las mujeres que los integraban estaban embarazadas con un tiempo diferente de gestación y su duración se establecía en tres meses, con un mínimo de doce reuniones grupales.

Antes del comienzo de cada grupo se programaba una Entrevista Grupal en la que se explicaban los objetivos y la metodología del Servicio, así como el encuadre del trabajo.

También se planificó una reunión grupal post-parto, una vez que todo el grupo había dado a luz. En esta reunión la tarea era hablar sobre la experiencia de parto que habían vivido, así como de su reciente maternidad.

#### IV. DESARROLLO DEL PROGRAMA

Al comienzo, y para desarrollar nuestro plan de trabajo en una forma más integral, se estableció contactos con los médicos de los ambulatorios de la Seguridad Social de la zona, que eran quienes ofrecían la asistencia tocológica.

Una de las primeras dificultades que tuvimos en estos contactos institucionales previos fue la actitud desconfiada y escéptica de los médicos, en lo que se refería al abordaje de los factores emocionales que inciden durante el embarazo y el parto. Quizá por ello colaboraron informando acerca de nuestro servicio, solo a las mujeres que demandaban los cursos de preparación al parto y, básicamente, en aquellos casos en que veían a las mujeres con un nivel de ansiedad o sintomatología importante.

Cuando las mujeres llegaban a nuestro Servicio, nuestro primer contacto era a través de una ficha en la que recogíamos los datos de filiación antecedentes y algunos aspectos importantes de la esfera biológica, psicológica y social.

Esta recogida de datos era fundamental para conocer que tipo de población atendíamos, en cuanto al número, a la edad, al nivel socioeconómico y cultural, así como para investigar y detectar posibles factores de riesgo tanto para la madre como para el niño.

Aunque pensamos que en este trabajo es fundamental la inclusión del padre, ya que con la mujer ha puesto en marcha este proceso, y participa activamente en él, no pudimos ponerlo en práctica por motivos que no voy a analizar en este momento.

Después de tener los datos principales de la embarazada y darla una breve información, la citábamos a una primera entrevista grupal donde se reunían todas las mujeres y las informábamos ampliamente acerca de los objetivos del curso, de nuestras funciones, y de las diferentes actividades del programa.

Por una parte el equipo de profesionales planteaba los objetivos y metodología del trabajo y por otra las mujeres podían explicitar las motivaciones y expectativas que traían y de esta manera tomar la decisión acerca de su participación en el mismo.

A continuación se establecía el encuadre, horarios, frecuencia y lugar; como señalamos, las mujeres vendrían dos veces a la semana durante tres meses y después de dar a luz a una reunión posparto en la que hablarían de la experiencia vivida, de la puesta en práctica de lo que habían aprendido, y de las vivencias de la relación con su hijo y con su nueva situación familiar.

## V. EVALUACION

La evaluación corresponde a casi cuatro años de experiencia en este campo en el Centro Social desde el año 79 al comienzo del año 83. La oferta de servicios en este área, en Madrid, se daba en el ámbito hospitalario y en general consistía en dar información a la mujer embarazada y enseñarla los ejercicios de respiración y relajación; faltaba un espacio donde, además, las mujeres pudieran hablar de sus temores y fantasías en relación a lo que estaban viviendo.



Cuando empezamos a trabajar, las únicas personas contratadas eran yo misma, que tenía un contrato como médico a tiempo parcial, y la profesora de gimnasia; el resto de los profesionales del equipo de atención al embarazo lo hacían de una forma voluntaria.

Esta limitación de recursos influyó a la hora de planificar el trabajo, ya que nos tuvimos que limitar a plantear un programa con objetivos a corto plazo y dedicar la mayor parte de nuestro tiempo a la atención directa a la embarazada.

En un principio la planificación de la atención al embarazo nos pareció difícil por las limitaciones que el contexto suponía en cuanto a la falta de ginecólogo y pediatra; pero a pesar de ello, más adelante, pudimos constatar que también tenía otras posibilidades muy importantes.

El salir del contexto sanitario permitía un descentramiento de la enfermedad y facilitaba elaborar no sólo los aspectos biológicos presentes en el embarazo, sino también los psicológicos y sociales que influyen en el mismo.

De esta manera el trabajar en un contexto sociocomunitario, con nuestro esquema referencial teórico, posibilita un abordaje diferente, centrado más en los procesos de salud y no de enfermedad, e incluir los aspectos psico-sociales que permanecen ocultos tras los síntomas.

De todos modos, pensamos que este Servicio tiene que enmarcarse dentro de Programas de Salud Materno Infantil y en una política de Salud en la que se privilegie el concepto de salud sobre el de enfermedad, la prevención sobre la curación, el concepto ecológico-social sobre el modelo clínico, así como las actividades de promoción de la salud y las de rehabilitación.

Las limitaciones anteriormente señaladas también influyeron en el tiempo que dedicamos para las tareas de coordinación con las instituciones sanitarias y no sanitarias que consideramos fue insuficiente; este elemento es muy importante de cara a conseguir los objetivos deseados,

Las características más frecuentes de las mujeres que

asistían al grupo eran:

- edad media de 25 a 30 años.
- procedentes del barrio de Hortaleza.
- primíparas.
- amas de casa.
- se atendían en el hospital "La Paz" de la Seguridad Social, situado en la zona norte de Madrid.

En estos grupos observamos un alto grado de participación, aprendizaje y elaboración. Mujeres que nunca habían pensado en la relación de lo psicológico con sus síntomas o sueños podían establecer dicha asociación y pensarlos en función de sus temores, deseos y fantasías.

Uno de los motivos manifiestos para incluirse en los grupos era el miedo al parto. Esta demanda que se repetía en la mayoría de las mujeres, se hace menos intensa a lo largo del proceso grupal y se articula alrededor de las diferentes significaciones que tiene el parto. En él se condensan múltiples significaciones que se van a ir develando a lo largo del proceso y que se articulan alrededor de la próxima maternidad.

Sin embargo, hay un número de abandonos en los grupos que podría relacionarse con la demanda social acerca de la preparación al parto, desean evitar los dolores y tienen la fantasía de que lo conseguirán con los ejercicios de respiración y relajación. Al encontrarse que el grupo apunta a la elaboración de los sentimientos respecto a la maternidad, es decir, al comenzar a hablar sobre la significación de este momento, de su deseo de ser madres, de lo que significa el hijo tanto para ellas como para su pareja, les puede resultar difícil continuar e incluso llegan a tomar la decisión de abandonarlo.

Reflexionar sobre estos aspectos puede resultar difícil por lo que significa en el plano personal y además porque sería trabajar sobre lo instituido que aparece en el embarazo, parto y maternidad, que hace a lo instituido en la familia y apunta a un plano ideológico y social.

Otro elemento que hay que tener en cuenta es que muchas

veces la mujer no ha elegido su embarazo, no ha tomado la decisión de ser madre. Esta falta de deseo influirá en las vivencias acerca del embarazo, parto y puerperio.

Estos sentimientos ambivalentes en relación a su hijo pueden ser elaborados en el grupo y de esta manera disminuir los sentimientos de culpa frente al mismo, también al relacionar ciertos miedos y temores con la tradición cultural, con los mitos y prejuicios en relación al parto y a la maternidad el nivel de ansiedad disminuye.

Al incidir sobre el deseo de la madre, sobre su vínculo con el hijo, la mujer también puede pensar en el lugar del padre en dicho vínculo y en el del hijo en su relación de pareja. Las primeras experiencias del niño son fundamentales para el desarrollo de su personalidad, por lo que la elaboración de estos vínculos posibilitará un mejor nivel de salud, tanto individual como familiar y comunitario.

La atención a la embarazada es fundamental porque mejora el nivel de salud de la Comunidad y permite detectar los embarazos de mayor riesgo con los que habría que hacer un seguimiento adecuado. De este modo, al detectar y atender los embarazos de riesgo, se disminuye el número de intervenciones tocológicas y la aparición de cuadros depresivos y psicóticos, tanto en el embarazo como después del parto.

A través del seguimiento de estas mujeres hemos constatado un alto porcentaje de buenas experiencias de parto.

Finalmente insistir en que la intervención en esta situación posibilita una menor sintomatología durante el embarazo y el parto, y ayuda a elaborar los sentimientos frente a la maternidad. Pero que dicha atención a la embarazada no es completa si consta sólo de información teórica y gimnasia, ya que así se deja de lado la posibilidad de verbalizar y simbolizar contenidos que al quedar reprimidos pueden dar origen a diferentes síntomas.

## BIBLIOGRAFIA

- ABERASTURY, A. - Adolescencia. B. Aires, Barcelona, Paidós, 7ª ed. 1.982.
- AGUIRRE DE CARCEP, — Educación maternal, Madrid, Ed. del autor, 1.979.
- AGUIRRE DE CARCER, El parto sin dolor, Madrid, 2ª ed. 1.956, Ed. del autor.
- AJURIAQUERRA , J.-Manual de Psicopatología del niño, Barcelona Ed. Toray Masson , 1.982.
- AMILIVIA, S. y GOMEZ ESTEBAN, R. - "Psicoprofilaxis en el embarazo" Revista de la Asociación española de neuro-psiquiatría, nº 6 1.974.
- BAULEO, A.- Contrainstitución y grupos , Madrid, Ed. Fundamentos, 1.977.
- BAULEO, A.- Ideología, grupo y familia, Buenos Aires, Ed. Kargieman, 1.974.
- BAULEO y otros .- La propuesta crucial , Méjico, Folios Ediciones, 11983.
- BAULEO y de BRASI, M. -Los síntomas de la salud, Buenos Aires, Cuarto Mundo, 2ª ed. 1.976.
- BEAUVOIR, S. - El segundo sexo, Madrid, Ed. Aguilar; 1.981.
- BERENSTEIN, I. - Familia y enfermedad mental , Buenos Aires, Paidós, 2ª ed. 1.978.
- BIGN, V. - Experiencias en grupo, Buenos Aires, Paidós, 1.963
- BLEGER, J. - Psicohigiene y psicología institucional, Buenos Aires, ed. Paidós, 1.966.
- POTELLA Y LLUSIA, Tratado de Einecología, Barcelona, ed. Científico Médica, 1.971.
- CORREPA Y DEXEUS, Así nace un niño, Barcelona, Salvat ed. 1.980

- CARRERA, J.M. .- El parto ecológico, Barcelona, Publicaciones del Instituto Dexeus, 1.980.
- CASTELLS, E. - El derecho a la contracepción, Barcelona, Ed. Pol, 1.981.
- CASTILLA DEL PINO, C. - Cuatro ensayos sobre la mujer, Madrid, Alianza, 1.971.
- COHEN, J.- Enciclopedia de la vida sexual, Barcelona Argos Vergara, 1.976.
- COLECTIVO del libro de salud de las mujeres de Boston.- Nuestros cuerpos, nuestras vidas, Barcelona, ed. Icaria, 1.982.
- CHASSEQUET-SMIRGEL, J.- La sexualidad femenina, Barcelona, ed. Laia, 1.973.
- DEUTSCH, H.- La psicología de la mujer, Buenos Aires, ed. Losada, 1.968.
- DEXEUS, J.M. .- Guía de la futura madre: el parto y el puerperio Barcelona, Publicaciones del Instituto Dexeus, 1.978.
- ENGELS, F.- El origen de la familia, la propiedad privada y el estado, Madrid, Ed. Fundamentos, 5ª ed. 1.977.
- FERRARI, LUCHINA, LUCHINA.- La interconsulta médico-psicológica en el ámbito hospitalario, Buenos Aires, Nueva Visión, 1.971.
- FREUD, S.- "Tres ensayos para una teoría sexual" en Obras Completas, Madrid, ed. Biblioteca Nueva, 1.948.
- FREUD, A.- El yo y los mecanismos de defensa, Buenos Aires, Paidós, 1.969.
- GARBARINO y otros.- Adolescencia, Montevideo, Ed. Imago, 1.978.
- KAVENTSKY, R.- Parto sin dolor y parto sin temor, Buenos Aires, Ed. el Ateneo, 1.983.
- LOPEZ ESTEBAN, R.- "Psicoprofilaxis del embarazo, parto y puerperio", Boletín nº 4, del Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal, Suiza, 1.984.

- GRINBERG, L.- Depresión y culpa, Buenos Aires, Paidós, 1.963.
- HALL, A.- Guía de la embarazada, Buenos Aires, Hormé, Ed. Paidós, 5ª ed. 1.975.
- HORNEY, K.- Psicología femenina, Madrid, ed. Alianza, 1.977.
- KLEIN, M.- El Psicoanálisis de niños, Buenos Aires, Hormé, 2ª 1.964.
- LAINO, R.- El cuestionamiento de la familia, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1.972.
- LANGER, M.- Maternidad y sexo, Barcelona, Ed. Paidós, 1.982.
- LESOYER, M.- Por un nacimiento sin violencia, Barcelona, Ed. Daimon, 1.984.
- LUSTEMBERGER, I.- "El embarazo en la adolescencia: un riesgo psíquico", VI Simposio Mundial de Ginecología pediátrica y de la adolescencia, Uruguay, 1.981.
- MARCUSE, H.- Eros y Civilización, Barcelona, Ed. Seix Barral, 1.969.
- MEAD, M.- Sexo y temperamento, Buenos Aires, Paidós, 2ª ed. 1.961.
- MERELLO-BARBERA, J.- Parirás con placer, Barcelona, Ed. Kairós, 1.980.
- NIKOLAJEV, A.- El parto sin dolor, Buenos Aires, Ed. Cartago, 1.957.
- PICHON RIVIERE, E.- Del Psicoanálisis a la Psicología Social, Buenos Aires, Nueva Visión, 1.977.
- PECA, T.- Problemas Psicoopatológicos en Pediatría, Buenos Aires, Ed. Universitaria, 1.956.
- REICH, W.- La lucha sexual de los jóvenes, Buenos Aires, Ed. Gramica, 1.972.
- REICH, R.- La revolución sexual, Buenos Aires, Gramica, 1.972.

- REICH, W.- Psicología de masas del fascismo, Buenos Aires, Ed. Latina, 1.972.
- SACCHI, H.- El parto sin dolor, Montevideo, Ed. Alfa, 1.980.
- SAPIAN, La sexualidad femenina, Barcelona, Ed. Crítica, 1.979.
- SEGAL, H.- Introducción a la obra de M. Klein, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1.972.
- SOIFER, R.- Psicología del embarazo, parto y puerperio, Buenos Aires, Ed. Kargieman, 1.973.
- VIDELA, M.- Maternidad: Mito y realidad, Buenos Aires, Argentina, Peñalillo Editor, 2ª ed., agosto 1.983.





**"REFLEXIONES ACERCA DE LA SALUD MENTAL EN LA ATENCION  
PRIMARIA DE SALUD"**

**Dr. J. García González  
Dr. J.L. Pedreira Massa**



REFLEXIONES ACERCA DE LA SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD  
(NOTAS SOBRE UNA EXPERIENCIA DE REFORMA DE LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL  
EN ASTURIAS).

Dres. J. García González; J.L. Pedreira Massa.

I.- INTRODUCCIÓN

Es conocido que desde hace algo más de tres años se está desarrollando en Asturias un Plan de Transformación de los Servicios de Salud Mental y asistencia Psiquiátrica que está consiguiendo pasar de una estructura hospitalocéntrica, al desarrollo de una red de servicios implantados en la Comunidad y ordenados en base a las Áreas Sanitarias. De igual manera, dentro de dicho Plan, se ha contemplado el programa específico de carácter permanente dedicado a la atención de la Salud Mental Infanto-juvenil.

Las líneas generales de planificación que se han seguido se pueden esquematizar en los siguientes puntos:

- 1- Actuación comunitaria con delimitación sectorial.
- 2- Territorios de Salud Mental coincidentes con las Áreas Sanitarias, establecidas en base a los caracteres socio-demográficos de nuestra comunidad autónoma.
- 3- Coordinación del Sector Público (Sanitario, social, etc.) para evitar duplicidades o infrautilización.
- 4- Desplazar el papel predominante del H. Psiquiátrico para que el peso de atención recaiga en el territorio, con la creación y puesta en marcha de las estructuras adecuadas que puedan dar esta respuesta diferenciada: los Centros de Salud Mental, las estructuras intermedias, el trabajo con otros servicios y agencias del área, etc.
- 5- Caso de precisarse ingresos, se tenderán a realizar en los Hospitales generales de las Áreas Sanitarias correspondientes, teniendo la característica de ser un momento en el conjunto de la intervención terapéutica.
- 6- Creación de equipos interdisciplinarios en cada Centro de Salud Mental que posibilite la intervención adecuada en el momento oportuno por los profesionales pertinentes.



- 2 -

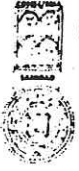
- 7- Desarrollo de las Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil, con iguales características generales, pero ubicadas de tal suerte que presten atención directa al territorio de su demarcación y sirven de apoyo a un territorio colindante.
- 8- Especial importancia a los procesos de formación, tanto reglada (MIR y Programas de Psicólogos) como continuada al diverso personal de plantilla, en los que se pretende que todas las tendencias teóricas del campo de la Psiquiatría y Psicología tengan cabida, siempre que se realicen con el suficiente rigor y previa propuesta y estudio por parte de la Comisión de Docencia.

Es evidente que estas líneas se están pudiendo llevar a la práctica porque se contaba con la activa participación de profesionales y técnicos dispuestos a redefinir su papel en el seno de la planificación asistencial general en Salud Mental.

## II.- BASES PARA POSIBILITAR UN CAMBIO

Parece evidente que tanto el diseño, como la implementación y posterior desarrollo de este Plan, no se hubiera podido llevar a la práctica si no hubiera existido un trabajo con la Administración Autonómica que articulara lo ya existente con un proyecto de cambio. En este trabajo con la Administración entran en juego una gran variedad de factores interactuantes que es preciso tener muy en cuenta con el fin de que los pasos que se vayan dando no hagan un efecto contrario al que se persigue, emergiendo las resistencias al cambio que dificultarían los avances y los condicionarían. Entre estos factores queremos destacar:

- 1º- La necesidad de voluntad política: a) Se plasmó primero con la creación de una Jefatura de Estudios de Salud Mental en la Consejería de Sanidad que, evaluará la situación existente. Se transformó en la Dirección Regional para la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental, encargada de marcar las líneas de la Planificación y de formular los objetivos generales.

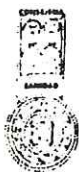


- 3 -

b) Una adecuada política gerencial permitió una liberación -- presupuestaria con un mejor aprovechamiento de lo existente, de tal suerte que sin apenas nuevas inversiones se fueron creando las plazas de técnicos y profesionales para el nuevo trabajo a desarrollar.

c) La atención a la Salud Mental dejó de estar en lugares físicos lúgubres y abandonados, pasando a unas estructuras funcionales y cómodas para los profesionales y técnicos y acogedoras y limpias para los usuarios de los servicios.

2º- La motivación/comprensión es un binomio funcionante clave para el esclarecimiento del proceso de articulación del interés político con el proyecto técnico. Para la Administración existía un a-priori respecto a la posibilidad y -- contenidos de la reforma psiquiátrica. La falta de consenso en el ámbito psiquiátrico o el debate ideológico constante en su interior es interpretado, muchas veces, como confusión. De ahí la necesidad de la claridad en los objetivos y en el proyecto. La Administración no es ajena, lógicamente, a la representación social existente en torno al trastorno psíquico, sus orígenes y sus respuestas y, por ello, es muy sensible a los problemas que pueden suscitar -- cualquiera tipo de cambio: manipulación ideológica que supone el utilizar, ante los posibles cambios o reformas, las teorías y mitos que se hacen sobre la "locura" en torno a lo anecdótico como la delincuencia, los desórdenes, etc. o bien lo que presumiblemente ocurre en el seno de los recintos que hacen -- esos posibles cambios (Conxo, Betera, Miraflores, etc.). Tampoco la Administración es ajena al pensamiento lineal y que, en este sentido, quiere que cada -- problema tenga una respuesta especial. Por todo ello se tendió a definir y -- abordar adecuadamente la actuación de partida: su información, su coste económico y social y a redefinir cada problema parcial que surgió en el marco global del diseño de la reforma (caso de los centros de toxicomanías o de los -- psicopedagógicos para la infancia). El punto fundamental se centra en una coordinación de las intervenciones, a los diversos niveles de responsabilización, versus la respuesta centralizadora e institucionalizante. El siguiente paso -- consistía que en las cabeceras de Área Sanitaria se acompañara la creación de Equipos de Atención Primaria con la implementación de los Equipos de Salud Mental y se priorizara por parte de éstos la cobertura a los programas de los -- primeros.



- 4 -

3º- Los ritmos: El tema de los ritmos se mostró muy relevante en un doble aspecto: primero como necesidad de fijar y marcar secuencialmente los objetivos a conseguir y las etapas a cubrir, lo que refuerza la voluntad política en la medida en que se van alcanzando los objetivos que se fijan como prioritarios. Pero el problema de los ritmos o del tiempo tiene que ver, también, con las concepciones subyacentes en el modelo desarrollado. En este sentido se van creando primero aquellos servicios y programas que acercan más la respuesta a la demanda y que comportan, además, un cambio cualitativo en la forma de responder. Esto no ocurriría si, por ejemplo, al formar un servicio en el territorio hubiera sido la hospitalización, el primero, porque de esa forma se habría reforzado la idea de que la hospitalización es la respuesta más importante o prioritaria en la red de los dispositivos asistenciales.

Se realizó una serie de estudios: de las características de la población ingresada en el Hospital Psiquiátrico, un estudio presupuestario y de análisis de los costes en el mismo, de utilización de servicios ambulatorios de carácter público y de actitudes de la población hacia los problemas de salud mental, de donde se infería que una parte importante de estos problemas no recibían una respuesta adecuada tendente a solucionarlos.

Se estableció una política gerencial donde se demostró que el nuevo modelo descentralizado y diversificado, es el que introduce una nueva racionalización económica y una mayor eficiencia social, lo cual es absolutamente y diametralmente distinto a plantearse como primer objetivo una reconducción económica a costa del usuario.

De esta suerte se logra implementar y desarrollar recursos en zonas geográficas donde tradicionalmente no habían tenido este tipo de asistencia diferenciada, a la par que se desarrollan los servicios en los núcleos de mayor concentración de población y se implementan los programas específicos de carácter permanente de atención a la infancia y adolescencia.



- 5 -

4º- Eficacia y eficiencia: En el apartado anterior hemos desarrollado unos nuevos criterios de eficacia y eficiencia en relación a etapas precedentes. - Dicha cuestión se ha visto más fehacientemente en el H.Psiquiátrico y se puede constatar como: descenso de la población internada en el H.psiquiátrico, disminución de gastos en farmacia, la consecución de un mayor grado de autonomía de la población internada, etc. como datos más significativos de que la respuesta ofertada de tipo asistencial a la demanda parece más ajustada a las necesidades presentadas por los usuarios. Además ha sido preciso debatir sobre la situación de la autonomía de los internados a los -- que se buscaban nuevas formas de resocialización (pisos protegidos, etc.) - con el fin de que se evitara el peligro de crear un nuevo ghetto, siendo - estas posturas alternativas un momento en el proceso de reinserción social. Para este fin se crea una Sección de Programación y Evaluación de los programas de Salud Mental, que obtiene información del desarrollo de los distintos equipos y les devuelve los resultados con el fin de rectificar o ratificar los objetivos en base a los generales de la Dirección Regional de S.M. En esta redefinición de la eficacia y eficiencia de los servicios asistenciales hay que destacar la intención de asumir lo sanitario y derivar a Servicios Sociales y otras instituciones aquellos problemas que se generan en su propio funcionamiento institucional, en una articulación y coordinación constante entre las diversas agencias.

5º- La atención a los riesgos: Tres son los tipos de riesgos a los que habría que prestar una especial atención:

- a) Hacer converger a la administración (con minúscula) con los objetivos - de la reforma: El proyecto de cambio puede articularse con la voluntad política, pero encorsetarse en toda la esfera gestora-administrativa que tiene un gran poder de decisión, sobre todo en el presente momento del país, en el que ese área puede no converger necesariamente con los criterios políticos. Por lo tanto también es preciso un tipo de trabajo que haga converger a la administración de los servicios con los objetivos - de la reforma.

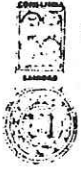


- 6 -

- b) Complejidad del trabajo en la Comunidad y los problemas que plantea a los profesionales, ya que este nuevo tipo de abordar los problemas de salud en el territorio y cercanos a la comunidad, exige una disponibilidad y puesta a prueba de los instrumentos técnicos y teóricos que se dan por buenos:
- Riesgo de "burocratizar" la respuesta, al trasponer miméticamente a un problema surgido una respuesta convencional emanada de otro lugar ajeno a la comunidad.
  - Riesgo de encubrir esa dificultad y la inseguridad que genera, en problemas técnicos o en cuestiones de "modelos" teóricos, de refugiarse en los esquemas del modelo teórico, en el sentido de pensar que ese modelo puede dar una respuesta preformada para cada problema, - lo cual lleva al dogmatismo y a la institucionalización del pensamiento.
- c) Los riesgos derivados de querer reproducir los esquemas teóricos: Muchas veces ese parapetarse en modelos cerrados, que quieren dar cuenta de toda la realidad, no tiene razón de ser en la práctica, sino que hay que buscar esa respuesta al problema, en la conexión con las "escuelas" y a una presión por reproducirse.

### III.- BASES PARA EL FUNCIONAMIENTO Y LA PREVENCIÓN

El pasar de un esquema de servicios custodiales/asistenciales a un esquema de servicios de atención, supone un cambio a nivel epistemológico fundamental, pues introduce que, sea cual fuere la forma y la tarea a desarrollar, deben contemplarse los aspectos preventivos como integrantes de la tarea y como pilares en ese esquema. En el nivel conceptual y epistemológico comporta un paso del valor de "curar" la enfermedad a la revalorización del "atender" en la salud, incluyendo al concepto salud-enfermedad en una dinámica dialéctica con un ambiente ecológico preciso.



- 7 -

Pero en Salud Mental el proceso preventivo es dudoso, discutido y discutible, porque lo que pudiéramos llamar como la "ventana terapéutica" es muy angosta. Es decir: los límites entre lo preventivo/terapéutico y lo yatrogénico no están bien definidos y los márgenes entre ambos está muy próximos. El peligro en el intervencionismo se encuentra en caer en la yatrogenia, y un exceso de celo y espera puede originar que no modifiquemos los patrones - estructurales y epistemológicos de la mera tarea asistencialista.

No obstante creemos que en Salud Mental existe un paso adecuado para realizar un proceso preventivo. En otras palabras: la tarea preventiva más adecuada se basa, en nuestros servicios, en plantear una correcta atención, integrada e integral, de la prevalencia. Es decir, se centra en un equilibrio adecuado entre prevención secundaria y prevención terciaria.

¿Cuáles son los criterios para atender la prevalencia y redefinir el marco asistencialista? .

En primer lugar es preciso superar las respuestas institucionalizadas de las demandas, pues representa una limitación importante en la atención al sujeto. Esta respuesta institucionalizadora se redefine acercando los servicios a la comunidad en un territorio determinado, integrándolos en la red sanitaria general y primando la escucha del discurso del sujeto sobre la escucha del discurso institucional. Es el primero, el discurso del sujeto, el que redefine el lugar de la institución y no al contrario; como sucedía hasta el momento actual.

En este sentido, el territorio no puede ser una mera noción administrativa o un lugar de captación de usuarios, sino que es un nuevo espacio -- frente a lo institucionalizado, con una gran riqueza informativa, donde los procesos tienen siempre como referente las relaciones humanas y, por tanto, una significación de referencia. Frente al manicomio, que representa un lugar y un tiempo determinados que deshistoriza al sujeto, anulando la significación de los hechos. El territorio, entendido como un espacio vivo, da a cada suceso su tiempo, su historia y su significación. De ahí la complejidad de la intervención en el territorio o comunidad.





- 8 -

El segundo elemento se deriva del primero: establecer una nueva relación usuarios-equipo especializado, donde la palabra del sujeto adquiera toda su significación. Esta nueva relación usuarios-equipo especializado que posibilita la escucha del sufrimiento del sujeto supone un tiempo y un espacio concretos, es decir: un encuadre como lugar de encuentro entre ambos, encuadre que respete y sea respetado por ambos: horario, espacio, duración y función cambian, al introducir este elemento.

Esta nueva relación es un elemento creador de cultura nueva, para ello hay que posibilitar una correcta información al usuario para que se abra una nueva forma de utilización de los servicios. Esta relación nueva usuarios-profesionales es un elemento valioso para determinar la calidad de la asistencia, ya que no subyace en ellos una mera opción técnica o administrativa, sino que supone una nueva apertura conceptual: superar la uniformidad y la simplicidad de la práctica manicomial; poner al equipo asistencial en circunstancias de abordar lo complejo, de conceptualizar y entender al usuario en toda su dimensión de sujeto-social, que va más allá de la especificidad del proceso de enfermar. Por otro lado debiera cuestionar al profesional su propio referente teórico, al tener que globalizar y simultanear las intervenciones a diversos niveles, lo cual hace que haya que aprender del paciente y no se caiga en la tentación de buscar lo que coincide con su teoría, con lo cual reduce y encaja la realidad del sujeto al molde teórico con el que opera, es decir: el profesional termina siendo únicamente lo que él previamente sabe.

Esta forma de atender la demanda, implica, en tercer lugar, la introducción de los derivantes en el proceso con el fin de colaborar a la redefinición con el problema presentado. De esta suerte derivación y devolución se articulan en un proceso dialéctico que se significa por el discurso del usuario-paciente.

Estos tres son los pilares sobre los que se asienta la política preventiva al atender la prevalencia de forma directa y no institucionalizadora y al cobrar sentido el discurso del paciente se pueden analizar los emergentes para poder trabajar con los derivantes, a través de los suyos propios, y abordar la prevención a medio plazo.



#### IV.- ATENCIÓN DE SALUD MENTAL A TRAVÉS DEL NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Las bases generales de organización para la atención de S.M. integrada en la red sanitaria general, lo llevamos a la práctica mediante un modelo de apoyo a los Equipos de Atención Primaria, delimitándose así el concepto de que la S.M. se ubique en el segundo nivel de la Atención en Salud o nivel especializado.

Se introduce un nuevo espacio; la Atención Primaria, donde fluye la demanda y donde se puede articular una respuesta no especializada, más conectada al sujeto, menos formalizada y, por lo tanto, menos institucionalizadora.

Para poder establecer las bases de trabajo y desarrollar esta nueva tarea, ambos equipos deben establecer una articulación de sus formas de trabajo y que, a través de nuestra experiencia en reuniones de trabajo conjunto, se han centrado en los siguientes emergentes, como primeros pasos a desarrollar:

- 1º- Capacitación y entrenamiento para la discriminación de los trastornos de salud mental a los Equipos de Atención Primaria de Salud. En efecto: la inseguridad, el temor y la ansiedad a enfrentarse con los problemas de salud mental hacía que "en las revistas profesionales nos saltamos los artículos sobre estos temas", con lo cual su capacitación iba disminuyendo y su inseguridad incrementándose. Este objetivo es prioritario: capacitar para la discriminación en S.M. igual que se entrenan en obtener criterios de diagnóstico diferencial en otras áreas. Nos parece que debe ser en lo concreto y cotidiano, desde el aquí y ahora de las relaciones entre ambos niveles y a través de la demanda concreta y de los datos de atención a la prevalencia, como se podrá articular estos procesos de capacitación en los Equipos de Atención Primaria, creándose un espacio común donde converjan ambos niveles de atención.
- 2º- La derivación de la demanda, desde el Equipo de Atención Primaria a los equipos de S.M., se enlaza con el punto anterior y precisa de la elaboración conjunta de unos criterios. Pero estos criterios no pueden



ser rígidos ni generales, pues dependerá del tipo de comunicación establecida en el interior de cada uno de los equipos. En este sentido se observó como un elemento que podía dificultar dichos criterios, la adscripción teórica o el modelo psicopatológico y asistencial de los equipos de S.M., sobre todo cuando priman los criterios rígidos que pueden inducir a confusión en los Equipos de Atención Primaria.

Es curioso constatar que, en dicho trabajo conjunto al que hemos hecho referencia con anterioridad, en estos dos ejes los líderes grupales en los procesos de discusión fueron los componentes de los Equipos de S.M., pretendiendo decantar y delimitar precisamente la demanda.

Emergente que se debe tener muy presente para que sea trabajado en el seno de estos equipos, con el fin de que no se convierta en un emergente de la resistencia, aquí es donde se articula la redefinición de la tarea para que se elabore y posibilite la obtención de una síntesis para poder iniciar el trabajo conjunto.

- 3º- No se puede entender elaborar criterios de derivación sino se establece el Feed-back adecuado que comporta la devolución a los equipos de Atención Primaria de la demanda explicitada a S.M., es decir, la derivación y la devolución son un proceso dialéctico que encuadra a los Equipos de ambos niveles a través de la demanda concreta y conformada por el discurso del sujeto/paciente de esa demanda y por el discurso de ambos equipos explicitado por medio de la elaboración de un encuadre de encuentro y discusión de criterios.

En este eje, se constataba, a diferencia de los anteriores, que los líderes grupales eran los componentes de los Equipos de Atención Primaria que reclamaban un "saber qué pasa con los casos que os mandamos y no vienen más que a por recetas o cosas así, cuando vienen". Otro emergente fundamental: la "jerga psicologizante" o el "guardarse" al paciente que detectan otros principios de la resistencia a un trabajo en conjunto. Desde la S.M. va a verse condicionada por el tipo de escucha que se haya del discurso del sujeto y del funcionamiento institucional para elaborar una metodología de intervención y así posibilitar la devolución en unas adecuadas condiciones para abordar la tarea.



- 11 -

4º- La capacidad de contención parecía que era el elemento primordial para abordar una tarea en los equipos de ambos niveles de atención de Salud y para realizar un modelo de intervención adecuado. Capacidad de contención de angustias y ansiedades en el interno del funcionamiento como grupo en una institución, capacidad de contención en las relaciones interequipos y capacidad de contención ante las angustias y ansiedades del sujeto, de la familia y de la comunidad. Es en este momento donde la transferencia y contratransferencia, en los aspectos dinámicos y dialécticos del término, cobran especial valor en la significación del discurso relacional.

Es a través de la devolución y de la capacidad de contención como se puede delimitar la importancia del seguimiento y de la continuidad asistencial, es el punto de referencia que se significa desde un aquí y ahora de la demanda por un problema de S.M., ese punto de referencia debe estar en la Atención Primaria como referencia para el sujeto, la familia y la comunidad. Pero para que los Equipos de Atención Primaria puedan asumir este lugar, deben tener muy elaborado el camino hacia la S.M. por medio de un proceso ágil de derivación-devolución y una firme capacidad de discriminación de los problemas de S.M. Lo cual, a su vez, incrementa la seguridad, para abordar este tipo de trastornos, disminuye la ansiedad, incrementa una escucha diferente y, -- por lo tanto, determina una capacidad de contención más adecuada, tanto frente al usuario como cara a los propios equipos.

#### V.- REFLEXIONES FINALES

Nos parece que, como contenido general, hemos realizado una aportación teórica que configura los límites de la secundarización de los procesos a distintos niveles y la función que en ellos cumple la mediatización.

A lo largo de nuestra aportación, contrastada con la práctica concreta, hemos expuesto una secuenciación a varios niveles que comportaban un paso paulatino del cara-a-cara, que caracteriza al proceso primario en la constitución grupal, al emerger de los distintos mediadores que configuran el proceso secundario. No implica, esta transformación y evolución, un juicio de valor,



- 12 -

sino que representa dos tiempos distintos en la historia y desarrollo de todo - el proceso de reforma, sobre todo cuando se trabaja por programas con objetivos.

Dicha secundarización de los procesos se constatan en los siguientes pa  
sos:

- 1.- En la relación técnicos-políticos a través de la Dirección Regional de Salud Mental y de la Sección de Programación y Evaluación de Salud Mental como mediadores que establecen: los objetivos generales del programa y la recogida de información a través de un registro de datos que pueda devolver a los dispositivos asistenciales unos resultados.
- 2.- En la sucesiva relación en el seno de la organización, con la próxima creación de las figuras de los Coordinadores de Area y de los Coordinadores de Centro.
- 3.- En la canalización de la demanda, estableciendo como mediador, que asegure la continuidad asistencial, a los equipos de Atención Primaria y situándose los de S.M. en un segundo nivel de la Atención de Salud.
- 4.- En la relación entre los equipos de Atención Primaria y de S.M. con la necesidad de establecer un proceso dinámico y dialéctico entre la derivación y la devolución, elaborando criterios de trabajo conjunto y - una tarea común en base a la demanda y a la atención a la prevalencia.
- 5.- En la política preventiva, que pasa por una atención a la prevalencia no institucionalizadora, donde prima el discurso del sujeto, lo que posibilita una nueva relación usuario-equipo especializado.
- 6.- Con la creación de programas de formación que ayuden a configurar un - proceso de reflexión entre la atención a la demanda y los contenidos teóricos y creen un espacio de debate entre los técnicos y profesionales de los dispositivos asistenciales, como elemento primordial en un proceso de cambio, y para conseguir en los profesionales una óptica -- nueva.



- 13 -

Háy que concluir diciendo que se pueden detectar contradicciones y/o resistencias, como en todo proceso de reforma. En sí el riesgo estaría en - reproducir, en la nueva descentralización, un funcionamiento con la misma lógica anterior a ella. En este sentido dos son los riesgos para intentar superar:

- I- El que desde lo centralizado se desplace al territorio los mismos mecanismos de funcionamiento, lo cual no hace sino difundir la lógica - institucionalizadora por todo el territorio.
- II- Dificultad de dar respuestas innovadoras a la demanda en el seno de la comunidad, esta dificultad está sustentada por:
  - A) No existe el mismo consenso interprofesional, para concebir y abordar la comunidad, como aquél que existe a la hora de analizar la -- institucionalización.
  - B) El proceso de cambio y reforma no ha sido capaz de imponer una cultura hegemónica, persistiendo viejas estructuras y viejos quehaceres con lo que se oferta como nuevo.
  - C) La adscripción rígida a modelos teóricos dificulta, como hemos repetido y razonado con anterioridad, la posibilidad de redefinir y reformular la propia teoría en el marco concreto del abordaje de la demanda en el territorio de una forma diferenciada.

**MESA 4 : FORMACION EN PSICOLOGIA SOCIAL Y GRUPAL**

---

