

MESA 10: ANALISIS DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES



"Reformulación de programas comunitarios"

Daniel R. Prieto Fernández

AUTOR: DANIEL B. PRIETO FERNANDEZ

Desarrollaré en esta ponencia las implicaciones técnicas, personales y efectos institucionales habidos frente a la reformulación de programas de salud comunitaria dentro del ámbito de una institución de la Administración Local de Madrid.

En 1983, por decisión municipal, una nueva fórmula administrativa, la integración de todos los servicios municipales que tenían que ver con lo sociocultural, la salud y el deporte se integraban en una unidad: el Patronato Sociocultural, poco tiempo después de la llegada de un nuevo grupo de gobierno. Las razones manifiestas para la nueva fórmula se definían en torno a la necesidad de una mayor organización y control de los servicios ofrecidos por el Ayuntamiento. Los dirigentes políticos hablaban de "sanear" o "mejor controlar" a los funcionarios municipales que sin serlo desarrollaban en su comportamiento los vicios funcionariales (atendían mal a los usuarios, se quejaban mucho del gobierno local y tomaban demasiado café). Se define un nuevo organigrama en el que los servicios (nueve en total) quedan integrados en tres áreas: Asistencia y Orientación Social, Educación y Cultura, y Deporte. Los Directores de cada servicio son reemplazados por Coordinadores de servicio y se crean tres Direcciones de Area, una Dirección de Personal y Administrativa y una Dirección Gerencial. De esta forma el Patronato queda constituido por personal de mantenimiento, administrativo, técnico de grado medio, técnico superior, direcciones y un responsable político como presidente. Ciento cuarenta y

cinco en total.

Las nuevas Direcciones de Area contratadas en 1984, dos de ellas, y la última en 1985, recibimos como ordenación manifiesta el cumplimiento de lo que se entiende como "empresa organizada e integrada que desarrolle programas de actuación conjunta interservicios, abocada a promover la participación social, la salud comunitaria, evitar la marginación de colectivos, etc.". Desde los responsables políticos y la Gerencia estos objetivos se acuñaban en un discurso sobre el cambio social, quedaba como tarea de las Direcciones de Area reformularlos en pensamientos y acciones técnicas que materializaran esa idea del Patronato.

Para los equipos ya en funcionamiento desde hace cuatro, tres y dos años, la nueva fórmula suponía desventajas (profesionales, salariales en cuanto a futuros aumentos, jerárquicas, temores de agravio comparativo, reformular algunas tareas, tener que reciclarse etc.).

En los profesionales del Area de Asistencia y Orientación Social, integrada por cuatro servicios: Centro Municipal de Salud, Gabinete Psicopedagógico y Hogares I y II del Jubilado, la "ideología del caos" era la razón imperante. Ideología de caos, pero también el temor real de ser expulsados como continente de esa queja que se articulaba en la pregunta ¿Cuántos nos tendremos que ir expulsados?, ya que dos profesionales habían sido invitados a salir de la organización. En este continuum caos-destrucción-expulsión de las experiencias, las cabezas se alimentaban y los placeres laborales desaparecían en el discurso de la queja por todo.

Desde la Dirección política y gerencial se definía como obligación la reformulación de los programas y tareas.

El referente experiencial en las ideas, era la empresa privada de alto standing, la productividad económica-social y la circulación de papeles-notas que fueran especificando cada vez más las responsabilidades individuales, grupales, de los servicios etc.

En junio de 1984, y desde la Dirección del Area ya mencionada, inicio la tarea de reorganizar con otros objetivos la actividad de los distintos equipos técnicos de los tres servicios.

Usando una nomenclatura antropológica, una visión EMIC, desde dentro de la institución con la explicación que los miembros daban de la situación, fui configurando una primera lectura de los fenómenos, animada por diversas preguntas: ¿de qué se quejan?, ¿qué hacen y cómo lo hacen?, ¿qué se perdió?, ¿por qué no hay placer frente a determinadas cosas creadas?, ¿en función de qué poder e ideología se arma la frase "cuando reventemos ya verán"?, ¿por qué me sonaba tanto a actitudes e ideología milenarista?, ¿dónde está el tiempo como referencia de los cambios?

En momentos de fuerte ansiedad y aconsejado por mi supervisión escribía como laborterapia lo que entendía que ocurría. Así después de un año y medio, y en otro estado situacional la relectura de estas páginas definen lo que llamo una lectura desde dentro que resumiría de la siguiente forma:

Se conjugaban dos líneas de caos. El caos de lo diferente, donde cada cosa es diferente a la otra, y el caos de lo igual, donde cada cosa es igual a cualquier otra. Ambas resultaban completamente refractarios a la demanda política de poner orden y a la demanda técnica de "orden racional" que solo puede existir en la línea fronteriza entre la diferencia y la similitud. Allí donde todo es igual,

o donde todo es dispar, no es posible imponer las categorías del conocimiento y por tanto de orden. Estas dos líneas se entrecruzaban en una mismidad estática, donde lo semejante y lo diverso se enfrentaban, golpeaban como un permanente rebote de espejos. Desde dentro no se veía que se constituyeran imágenes de transformación hacia adelante. Más bien eran vistas, como imágenes retroactivas que definían en el origen el infinito.

Con laboriosidad de entomólogo buscaba fisuras, otras veces las provocaba y en los huecos esperaba. Entendía que por allí podía filtrarse una nueva forma de pensar lo social y la salud. Notaba que aumentaba desde mi lugar el discurso sobre la necesidad de saber. Tanto insistía que en ocasiones hablaban del "viejo maestro que obligaba a estudiar cosas muy raras". En otra línea "el ejecutivo agresivo que miraba con mala cara cuando llegaban 10 minutos tarde a eso de: los tiempos que hay para trabajar en grupo".

Por mi referencia teórica y por estructura personal, se fueron articulando primero lugares de estudio y discusión previa a la nueva formulación de los programas. Los equipos los constituía convocando en función del objeto a trabajar: la salud escolar, la salud materno-infantil, la prevención del fracaso escolar, salud y participación de la Tercera Edad, Orientación psicosocial a padres, Medio ambiente y salud, Planificación familiar etc. En función de las especialidades que había dentro de los servicios: psicólogos con distintas especialidades, médicos con distintas especialidades, sociólogo, abogado, asistentes sociales, A.T.S., A.T.L., terapeutas ocupacionales, pedagogo, etc. En función de estrategias por afinidades o incompatibilidades y por nivel de formación profesional. La

reformulación empezó por el programa de "Salud Escolar", luego otro, luego otro según la energía del organizador y los momentos que se evaluaban como positivos (como respuesta a una crisis, como respuesta a demanda política, o por la tranquilidad) desde el espacio de supervisión generado fuera de la institución. Por otro lado y desde mi referencia teórica entendía que las transformaciones hechas en los equipos y por sus integrantes necesitaban de un tiempo imprescindible para ir articulándose, que el tiempo en lo social no siempre es paralelo al tiempo de los equipos.

Los grupos más resistentes a hacer transformaciones acorde a las reformulaciones de programa, tuvieron seminarios de reciclaje de diversa duración y contenido con el fin de hacer algo más productiva la espera.

En conjunto los equipos definidos trabajaban durante un tiempo, variable según programa, un material teórico escogido por el responsable, que respondía a la explicación o aproximación al fenómeno a trabajar, desde las distintas disciplinas que integraban dicho programa. Se iban entregando según la dinámica grupal. Al grupo se les presentaba de antemano el programa teórico a seguir, pero no los textos a discutir, para que pudieran ser algunas respuestas a las preguntas planteadas o latencia desarrollada en el transcurso del grupo. Se pasaba luego al análisis de la demanda que generaba dicho programa y por último a la formulación de objetivos, actividades, tiempos, evaluaciones, etc. Todo lo específico que constituye un programa comunitario.

Puestos en marcha cada nuevo programa (diez en total) se observan los siguientes efectos:

1. Un crecimiento constante de las coberturas de todos los programas año a año.

2. Intentos permanentes de cambiar la estructura de cada programa, que se apoyan en la necesidad de seguir asistencialmente a más población y dejar fuera del mismo actividades de distintas disciplinas, prácticamente de todas, variando según programa.

3. Frente a situaciones conflictivas en el desarrollo de los programas, generalmente causadas por preguntas que no se pueden responder desde el equipo, una vuelta clara a la "identidad profesional arquetípica": al ser médico hospitalario, psicólogo clínico, sociólogo del marketing, asistente social de beneficencia etc.

4. Las quejas por todo se especificaron en las quejas por el exceso de trabajo y los bajos salarios. A la par una derivación más clara de demandas, quejas y protestas hacia otros grupos organizados dentro de la institución (Comité de Empresa, sindicatos, responsabilidades políticas etc.).

5. Peleas por el valor intrínseco de la identidad profesional y su objeto de trabajo exclusivo: la salud es de los médicos, la cabeza de los psicólogos, lo social del sociólogo y asistente social, el derecho del abogado etc.

6. Cada programa quedó constituido con un coordinador responsable. En algunos casos se mantuvieron los que ya había, en otros se designaron nuevos. Las críticas a estos lugares son permanentes y los desplazamientos de fuerzas para ocuparlos son constantes desde el discurso "de que los mejores tenemos que coordinar".

7. A un tiempo corto de iniciada la reformulación de programas cada uno tenía su accidentado o enfermo, se sucedieron durante un periodo de aproximadamente cuatro meses: abortos, accidentes varios (caídas por escaleras, choques de automóvil, bajas por enfermedades del digesti-

vo, depresiones, parálisis por migrañas, etc). Dentro de cada programa se articuló un espacio para hablar de estas enfermedades. Después de este periodo, iniciado aproximadamente a los cinco meses del comienzo de las reformulaciones, desaparecieron y se dieron cuatro embarazos que llegaron a buen término en algunas mujeres (dos) que habían abortado en el primer periodo.

8. La calidad de los resultados ha aumentado notablemente junto con las coberturas. Circulan documentos que atacan al reduccionismo y la visión unidisciplinaria, otros que hablan de la ventaja intersdisciplinaria.

9. Las quejas por los bajos salarios generó el discurso de que había que irse de la institución para ganar más pero obligadamente a lugares mejores. Varios preparan oposiciones, otros buscan fuera lugares de formación, supervisión del trabajo y psicoterapia.

10. El pensar sobre los programas, dudas, cuestiones, no saberes, fue generando investigaciones diversas (tres) que se van articulando en espacios diferentes al de los programas con equipos también diferentes.

11. Se piensa lo social con menos ingenuidad, se han incorporado otras lecturas disciplinarias de los fenómenos. El poder va entramando otras acciones. Hay menos discurso sobre el propio cuerpo y sus goces lúbricos (síntomas, alianzas, rumores, etc.) en favor de un discurso sobre la razón y lo racional.

12. Dentro de los programas se fueron articulando tiempos cortos para espacios individuales con aquellas personas que se desviaban de la productividad exigida por el propio equipo. Entiendo que lo diferente se organizaba creativamente desde la legitimación del grupo profesional.

13. Se discute permanentemente lo que es una acción técnica y una política. Casi todos hablan del poder y lo diferencian en distintos lugares y relaciones. Se van transformando notablemente las demandas políticas. Las acciones carismáticas se han desplazado a los que más estudian. Cuando entra personal nuevo el equipo en el que se incluye suele ponerlo a estudiar y se interesan por la parte de docencia que llevan los servicios con asistentes voluntarios de varias profesiones.

14. Han disminuido los rumores de pasillo y confabulaciones, ahora se discute en espacios creados dentro de la organización a pedido de los integrantes.

15. En el principio prácticamente todo era queja. Las que podrían llamarse viejas quejas de hace un año y medio, la siguen hablando en el programa que menos transformación tuvo y los miembros que más tiempo llevan en la institución. Ahora hay pocas quejas, creo que se articularon en nuevas acciones. La pregunta que retorna es ¿cuándo volverá la queja?

16. Entiendo que los equipos pueden diferenciar lo técnico y lo político, porque no me superpuse en lo técnico con ellos. Tenía claro cual era mi lugar técnico y político y esto permitió que los otros pudieran diferenciar. A la par al no participar directamente en los programas puedo verlos desde fuera.

Paralelamente a este proceso dentro organicé fuera y para mi, otros lugares de desarrollo: de formación, de supervisión, de investigación y de experiencia estética. Dentro de la institución organizo nuevos espacios, espero y estudio. Fui articulando un espacio de soledad, de un estar y no estar que me cuesta mantener pero que los otros me ayudan a hacerlo dándome ese lugar.



"Análisis Operativo de un proceso Institucional: El
caso de una U.S.S.L. "

Armando Bauleo
Marta de Brasi
(Italia)

ANLISIS OPERATIVO DE UN PROCESO INSTITUCIONAL

(El caso de una U.S.S.L.)

Esta Comunicación es más propiamente el resumen de un trabajo realizado durante un poco mas de dos años (84-85 e inicios del 86) con una Unidad Sanitaria Local, de la Región del Veneto, en Italia. Intentaremos esbozar las etapas centrales de la demanda y gestión, de la programación y ejecución, de la supervisión; luego haremos el enunciado de algunas nociones básicas que han desempeñado un "rol fuerte", ~~en~~ o nucleo fuerte operativo en el conjunto de nuestra labor.

Creemos que estos diversos pasos pueden dar una idea del analisis efectuado, asi como dar cabida a una reflexión y discusión posterior.

a) PASOS DE LA GESTION

1- Todo comenzó cuando un trabajador en salud mental (jerarquizado) se remitió al responsable de una Cooperativa, que realiza encargos de gestión y consulta en el ámbito socio-organizativo. La intención del trabajador era asesorarse de como efectuar un pedido de Consulta y Formacion para el lugar en el cual trabajaba. El responsable de la Cooperativa, luego de escucharla le dice que seria necesario, para desarrollar un plan de asistencia, una entrevista con trabajadores y responsables de la U.S.S.L. a la cual pertenece ese operador.

2- Se realiza una Entrevista Grupal en la cual participan 5 personas entre trabajadores y administradores, con el responsable de la Coop. Aquí se solicitan diversos tipos de formación (en Psicomotricidad, Supervisiones Clinicas, Cursos sobre Grupos, Asesoramientos Terapeuticos, formacion de Equipos). Surge tambien durante la entrevista, que ~~en~~ este último pedido (sobre los equipos de Servicios), habia tambien una solicitud de esclarecimiento en torno a una

conflictualidad que existia en esos momentos (dentro y entre los equipos) y que el pedido de formacion era tambien una manera de aliviar las tenciones y una forma de buscar algun canal de salida, como fantasia de solució^{ón} oculta e indirecta de aquella conflictiva.

3- Se efectua una reuⁿⁱón del Responsable con dos Psicologos Sociales, (M. de Brasí y A. Baulio), se realiza un analisis del pedido efectuado y un encuadre de la demanda. Se solicita al Responsable que efectue otra reuⁿⁱón.

4- 1era. Reunion en la U.S.S.L., con todos los responsables de los equipos, jefes de Servicios y un administrador (responsable del area de los servicios sociales). De nuevo emerge el pedido de formacion, pero aqui se hace mas claro el problema de la conflic^{tu}alidad que ya impide, en algunos casos, trabajar. Expresan los trabajadores y los administradores que no se puede "seguir adelante" hay dificultades en el desenvolvimiento de roles institucionales y las relaciones grupales. En parte desencadenó esta situacion, la ley que obliga a organizar la asistencia en Distritos y cada U.S.L. debe hacerse cargo de disponer la forma del (o de los) Servicios de Distrito.

Los antiguos Servicios entran en crisis porque parte de su personal debe pasar al Servicio Distrectual. Hay una especie de fragmentacion entre las personas de un Equipo y entre los Equipos. Por otro lado hay dificultades en poner en funcionamiento el mismo Distrito. Frente a esta imagen de dispersion es claro suponer como la formacion aparecia como el lugar de convergencia y union de todos. Pero a su vez es palpable cuanto seria dificil mantener cualquier encuadre de aprendizaje.

5- Reunion del Responsable de la Cooperativa con los Psicologos Sociales. Estos elaboran y proponen un proyecto con dos vertientes: una seria una Intervencion Institucional, la otra, casi cabalgando la primera, una serie articulada de las formaciones requeridas en el 2do. paso. Esta ultima fase (la de Formació^{ón}) deberia comenzar

"a posteriori" de la Intervención.

6- 2da. Reunion en la U.S.L. (Reunión del Encargado de la Cooperativa con los Responsables de los Equipos y los Administradores). Se propone el proyecto y se explican las dos partes del mismo. Luego de la Entrevista ellos deberán decidir si aceptarlo o no.

Pasan dos meses y piden otra reunión para discutir posibles modificaciones.

7- 3era. Reunion en la U.S.L. Reunión del Responsable de la Cooperativa con los Operadores, Representantes de los Equipos y Administradores. Se discuten aspectos del encuadre para efectuar el proyecto propuesto. Finalmente no hay ninguna modificación y se aprueba el Proyecto.

Tres meses después comienza la experiencia. (Desde el 1er. contacto a la finalización de la gestión han pasado casi 10 meses).

(El esquema organizativo acompaña esta relación).

b) PASOS DE LA PROGRAMACION DE LA INTERVENCION

1º- Asamblea General: Los dos Psicólogos Sociales, y un equipo que los acompañará en la experiencia, se reúnen por primera vez con todos los trabajadores de la U.S.L. mas los administradores para reanalizar la demanda por estos efectuada y enunciar de nuevo el proyecto por nosotros elaborado.

Se da así un espacio de discusión y de reconfirmación de los puntos a trabajar.

Es decir, el Plan que a continuación se relatara, fue ya en aquel momento enunciado y aclarado en su desarrollo, así como varias veces repetido durante la experiencia.

2º- 1era. Etapa de Reuniones de los Equipos.

Cada Equipo (8 en total) tuvo 5 reuniones. La consigna a elaborar como finalidad de esas reuniones era: Cual;era su tarea? (la de cada equipo). (Al final del trabajo aclaramos estas consignas)

3°- 1era. Reunion con los Administradores: Tema: "La dificultad que ellos tienen de reunirse".

4°- Dos Reuniones para 5 Interequipos (al azar se organizan conjuntos de interequipos) es decir mas de 2 equipos que reuniamos alrededor de un tema: Como se comunicaban? (Esto significaba, la representacion que cada equipo tiene de los otros, y a su vez que canal utiliza para relacionarse°.

5°- 2da. Entrevista con los Administradores: Tema: Que tipo de comunicacion hay dentro de la Institucion? Que imagen ellos tienen de los trabajadores y cual piensan que los ~~los~~ trabajadores tienen de ellos?

6°- PRIMERA INTENSIVA: dos dias seguidos. Siempre mantuvimos aqui la modalidad de dar informacion, para pasar luego a grupo y al final del segundo dia Reunion de Evaluacion. 1era. Informacion: De nuevo se tiene que aclarar que estamos realizando una Intervencion y no una Formacion (este tipo de malentendido se mantuvo durante la mayor parte de la experiencia).

2da. Informacion: La nocion Operativa de la Institucion como Intergrupo.

3era. Informacion: Un esquema simple de Comunicacion (E-M-R)

7°- 2da; Etapa: Se realizaron 2 reuniones de cada uno de los 8 equipos. Consigna/: Que cosa hacen con la ~~consigna~~ tarea que tienen como Servicio? Que proyecto tienen?

8°- 1era. Entrevista con los Administradores: tema: Como hacen para encontrarse y ~~como~~ donde? A donde llamar y como?

9º- 2da. INTENSIVA (Duro tambien dos dias, Informacion y Grupo). 1era. Informacion: Ultima enunciacion de lo que fue la programacion. 2da. Informacion: Resistencias al cambio y Estereotipo. 3era. Informacion: Cono Invertido de P. Rivière.

10º- Informe de toda la Experiencia

c) EL PLANO DE LA SUPERVISION: Fue mantenida durante toda la experiencia; possibilitaba a su vez reajustar las consignas y planificacion.

d) ALGUNAS NOCIONES QUE CONSTITUYEN EL NUCLEO FUERTE

Operacional

Adoptamos un camino simil al que indicaba Bion frente a ciertos casos clinicos, iniciar el tratamiento con dos o tres teorias (o ideas) en la cabeza.

Una idea central fue la de Tarea, la otra la de Intergrupo, una tercera la de Canal de Comunicacion y una cuarta una representacion o imagen, la del Cono Invertido.

La nocion de TAREA cumplio varios roles al interno de la experiencia. Pudimos distinguir (al darla como consigna o tema a los equipos) diversos niveles, funciones y significaciones.

Habia una tarea universal dada por la Ley a la U.S.L. y a la cual cada Equipo debia "adaptarse". Una 2da. forma universal era el metodo o la forma o modalidad que cada USL tiene de actuarla. Pero luego cada equipo entendia como tarea propia otra serie de temas, incluidos o no, en aquel Universal.

Por ej; Para el Equipo del Consultorio Familiar, ademas de la tarea universal de asistencia y Prevencion senalada por la Ley el Equipo referia que ellos tenian tambien como tarea: El meter en conjunto las diversas opiniones (Sanitarias y Sociales) en un esquema de referencia (3era. tarea). Como 4ta. tarea, la defensa

frente a los otros de la dignidad profesional (sus especificidades, roles, etc.) y como 5ta. tarea: La relacion con el Tribunal (questiones de la adopción, etc.).

Lo mismo para el Equipo de la Edad Evolutiva, la 1era. y 2da. tareas universales, dadas por la Ley, atención a las diferentes edades del Desarrollo, pero ellos también nombraban una 3era. tarea: La Diagnósis (que ellos creían debían elaborar) y una 4ta. tarea: la relacion al intrno del Equipo.

Pudimos así observar que la Noción de Tarea al interior de una Intervención Institucional puede jugar el rol de Analizador; es decir, en este contexto, analizador es aquel elemento que permite que se desencadenen conflictos, tensiones o malos entendidos, y a veces hace caer las máscaras.

Aparecen las ilusiones de creación de una tarea, lo que permite observar los límites de una profesionalidad.

Por el otro lado pueden aparecer como agujero, como vacío, La Institución da un nombre pero no da la función o la finalidad Giulio Macaccaro, epidemiólogo Italiano decía: Lo primero es definir la función y después organizar el Servicio, porque sin esto no hay pertinencia entre organización y finalidad.

En relacion a la Noción Operativa de Intergrupo: esta claro que en esta experiencia la hemos utilizado y realizado a través de la programación.

Ella nos evidenció los mecanismos (de interconexión y de comunicación, por ej.) del proceso institucional) Además nos permitió ordenar un proceso de encuadre de la observación de la Institución.

Lo de Canal de Comunicación: Como decía Pichon Rivière, este elemento apareció como un universal atravesando el campo de la Experiencia. Tipos de mensajes, Imágenes de unos y otros,

fantasias de emision, malosentendidos y prejuicios fueron una sucesion permanente de elementos que significativamente aparecieron.

Por Ultimo el Cono Invertido: Representacion simple de una Evaluacion, permitio sobre todo en la ultima Intensiva, una comprension y un senalamiento sobre lo que sucedia. Cada uno se prgunto sobre su Pertenenica, Pertinencia y Cooperacion.

Marta De Biasi
Armando Baulis

Chioggia - 1986

MESA 11 : ORGANIZACION INSTITUCIONAL Y CONCEPCION OPERA-
TIVA DE GRUPOS.



PRESENTACION MESA 11

Maite Trapero Torio

LIBRO Nº 11 : ORGANIZACION INSTITUCIONAL Y CONCEPCION OPERATIVA DE GRUPOS.

PRESENTACION

Partimos de la base de que toda institución aparece como un fin en sí misma, que tiende a perpetuarse a concebirse como eterna, es decir, le es imposible plantearse su finitud; y que, por consiguiente, articula la organización que le permita perdurar.

Pero uno de los problemas que después se presentan, es que esa misma organización es la que va a crear dificultades para dicha permanencia, volviéndose en su contra, dificultades que se manifiestan mediante un deseo de cambio expresado a veces por los integrantes de la institución, otras veces por las demandas de los usuarios y otras por instituciones superiores que exigen determinados cambios.

Como vamos a escuchar en las comunicaciones que a continuación se van a exponer, hay todo un trasfondo de cambios sociales, políticos y administrativos que irrumpen en las instituciones desde las que se habla. Se trata de un momento instituyente que abre posibilidades de cambio y permite la inclusión del trabajo con una concepción operativa. Y es ahí desde donde se va a poder visualizar el sentido de los cambios en la organización institucional, cambios que desde nuestra concepción operativa de grupo son "contra-institucionales".

Maite Trapero

.....

"Proceso de Organización de los Servicios de Salud Mental
de Getafe"

Ma Luz Ibáñez
Rosina Vignale

PROCESO DE ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE GETAFE.

La idea que queremos hacer llegar en esta comunicación, utilizando para ello el análisis de nuestra propia experiencia, es que la estructura de una institución y lo que ésta produce están en relación dialéctica. Si nos paramos a examinar ese producto institucional, estaremos viendo la estructura institucional, examen que muestra si todo ello es en realidad acorde con el modelo teórico y la ideología que se aceptaron como punto de partida.

Si en cada institución no se posibilita la revisión del producto institucional se pierde, o se impide, la posibilidad de autocrítica, lo que conduce a la estereotipia del funcionamiento. Este funcionamiento estereotipado que se sostiene sobre un mito de modelo ideal y que no se confronta con nada, responde también a una ideología y a un determinado modelo teórico que, a veces, dista mucho de ser el mismo que la institución cree defender o propagar.

La otra idea central que nos gustaría poder transmitir es **resaltar que el equipo tiene responsabilidad ineludible en cuanto a que funcione la relación dialéctica** anteriormente dicha. La praxis siempre está ofreciendo información pero si no existe un espacio donde esa información se articule con los demás elementos de la estructura, ésta se hace inoperante.

Pasaremos ahora a explicar cuáles son los elementos para analizar la estructura y el producto institucional. Pero antes quisiéramos pedir que se escuche con ánimo de entendimiento, lo que queremos decir con el término producto, que quizá no es totalmente adecuado. Entendemos que en ocasiones hemos usado el mismo término para referirnos al producto y a los instrumentos que hemos empleado para "producir". Tal confusión esperamos aclararla en un posterior análisis de este mismo trabajo.

ELEMENTOS PARA EL ANALISIS DE LA ESTRUCTURA

Estos elementos son los que constituyen el encuadre, es decir: **la tarea** dada institucionalmente y redefinida constantemente por el equipo. **El equipo** con una dotación específica de profesionales. **El horario** y **el lugar** en el que se aloja la institución. Además en el **caso de instituciones toma especial relevancia las coordenadas político-administrativas** en que se enmarca la institución.

Cuestiones como a qué poder está sujeta la institución, quién nombra el jefe y los cargos, quién paga y quién aporta los locales y el material y cuáles son las vías dispuestas para la toma de decisiones y transmisión de ordenes, son elementos cuya variación influye también en el funcionamiento de la institución y que hay que tener en cuenta.

ELEMENTOS PARA EL ANALISIS DEL PRODUCTO INSTITUCIONAL

En el momento que comienza a funcionar la estructura, es decir, cuando el encuadre es aceptado por todos los implicados, se empieza a dar un producto institucional.

El producto institucional está conformado por el **trabajo hacia dentro** tendiente a procurar el desarrollo de la tarea, y el **trabajo hacia fuera** constituido por los instrumentos y acciones tendientes a la realización de esa tarea.

El **objetivo** general del **trabajo interno** es que se vaya posibilitando un ECRO institucional que tenga un buen grado de coherencia interna. Este ECRO nunca se establece de forma definitiva; siempre está en formación al ser dialéctico en relación con los ECROS individuales, el encuadre y la tarea.

Este objetivo general se diversifica en la práctica en otros objetivos más concretos, a saber:

- 1.- Adecuar la tarea institucional a los recursos del equipo y a la demanda concreta, es decir, adecuar oferta-demanda.
- 2.- Adjudicación de roles y funciones.
- 3.- Investigar, reflexionar y aprender sobre la propia práctica para realizar los ajustes o cambios necesarios.
- 4.- Poner en común criterios terapéuticos de abordaje.
- 5.- Participación del equipo en las indicaciones terapéuticas con el fin de que las intervenciones concretas estén enriquecidas con todas las aportaciones disponibles.
- 6.- Que todos los miembros del equipo accedan a las informaciones que puedan afectar a la tarea institucional.
- 7.- Elaboración de los afectos que dificultan las relaciones entre los miembros del equipo en el desarrollo de la tarea.

El trabajo hacia afuera lo constituye el conjunto de la oferta terapéutica, las labores de coordinación con otros servicios o dispositivos comunitarios y la docencia.

Los objetivos del trabajo hacia afuera son:

- 1.- Elevar el nivel de salud mental de la población.
- 2.- Atender toda la demanda de asistencia en salud mental de Getafe.
- 3.- Posibilitar toma de conciencia de la situación que resulte conflictiva, y la movilización de los recursos individuales y sociales.
- 4.- Coordinar los recursos comunitarios en orden a la prevención y promoción de la salud mental, así como a la reinserción

social de las personas atendidas en el Servicio.

Queremos mostrar cómo los cambios habidos en los elementos del encuadre determinan variaciones en el producto y, a su vez, estas variaciones propician nuevos cambios en la estructura, en un intercambio mutuamente determinado y enriquecedor. Cuando este proceso de mutua alimentación se corta, se enquistada la actividad, se estereotipa el trabajo del equipo.

Recurrimos a nuestra propia experiencia en Getafe. Describiremos un primer momento en que la dependencia del Servicio era municipal, luego un momento de transición y, por último, un momento en que la dependencia es de la Comunidad Autónoma de Madrid.

ETAPA MUNICIPAL

El Servicio de Salud Mental estaba incluido en el Centro Municipal de Salud que era un Patronato del Ayuntamiento de Getafe. A nivel de salud, el Ayuntamiento no tenía apenas responsabilidades en cuanto a salud, sólo las que se referían a vacunaciones y urgencias. Así, la tarea marcada institucionalmente era común a todos los Servicios del C.M.S. y se resumía en el tema: salud y participación.

La concreción de la tarea en cuanto a salud mental estaba a cargo del equipo y se desplegaron labores de promoción y prevención de salud, y apoyo a otros servicios del C.M.S. La asistencia era mínima en un principio, pero el trabajo en promoción y prevención removía conflictos y creaba expectativas en la población, lo que estimulaba cada vez más la demanda.

A su vez, el equipo pensaba que los niveles de promoción, prevención y asistencia en salud mental están relacionados y era bueno trabajar en todos los frentes. Por eso, tanto el Ayuntamiento como el mismo equipo estimaron necesario reforzar el Servicio e incluir un **psiquiatra** como recurso asistencial y admitir que los 3 **psicólogos** repartieran su tiempo entre promoción y a-

sistencia.

En resumen, el trabajo que se venía realizando creó nuevas necesidades; para responder a las mismas, se incrementó el equipo con nuevos profesionales, y de ese modo apareció lo asistencial como tarea asumida por el equipo. Cuando esto sucedió, el equipo quedó constituido por un psicólogo coordinador del Servicio, una psiquiatra, dos psicólogas y una monitora de salud.

El horario del Servicio era de 9 a 9 y luego de 9 a 7, lo que se ñalamos porque tenía que ver con el tipo de tareas a desarrollar.

El lugar fue primero un piso y luego el C.M.S. pasó a un local mucho más amplio de planta baja, lo cual significaba un paso adelante en la institucionalización del Centro. Más específicamente, los lugares de trabajo, es decir, los despachos de Salud Mental se asignaron según las funciones a desarrollar en ellos. No había despachos individuales pero sí había un despacho considerado como sede del equipo.

PRODUCTO INSTITUCIONAL: ETAPA MUNICIPAL

Para cumplir los objetivos del trabajo interno, el equipo se dotó:

De una reunión de equipo por semana, de 3 h. de duración que servía para trabajar la organización de los programas, transmitir información y revisar la dinámica interna del equipo. Las tres funciones, pues, estaban fijadas para la misma reunión y era el equipo quien decidía a cual había que dar prioridad, según las circunstancias. Esto sucedió así porque había una gran homogeneidad en cuanto a los ECROS de los profesionales que integraban el equipo. El ECRO del equipo tenía una gran coherencia interna y siempre era posible llegar a un acuerdo o reconocer un líder funcional.

De dos sesiones clínicas por semana de 1 h. de duración.

Con este encuadre y esta organización interna se abordó el trabajo hacia afuera.

La asunción de la tarea asistencial más la integración de la psiquiatra, el cambio de local y el aumento de la demanda, determinaron un cambio en las técnicas utilizadas tanto en evaluación como en tratamiento. Como producto de este momento institucional se empezaron a realizar las primeras entrevistas grupales de evaluación (PEG) que aparecen como alternativa renovadora y no excluyente de los otros modos de evaluación individual, familiar y de pareja que se venían realizando.

Habría mucho que hablar de lo que son las PEG y del significado que tuvieron en el equipo municipal e incluso el que siguen teniendo ahora en el equipo de la C.A.M., pero no vamos a entrar en eso. Explicaremos a "grosso modo" que consistían en que las primeras entrevistas de evaluación que las personas realizan en el Centro se llevaban a cabo en grupo. Esto se les anunciaba desde recepción y así un psicólogo y una psiquiatra coordinaban o dirigían estas entrevistas en las que participaban un máximo de 7 personas. En este espacio de evaluación grupal, además de obtener los datos para la evaluación y orientación de cada sujeto, y de hacer las indicaciones terapéuticas correspondientes, era posible instaurar o modificar un tratamiento farmacológico, realizar ciertos seguimientos, mantener a las personas en espera para tratamientos a los que no pueden acceder inmediatamente, sin que pierdan el contacto con la institución, etc.

Fue decisión del equipo asumir claramente una tarea asistencial y, asimismo, preferenciar lo grupal en la oferta terapéutica. Las PEG obligaron al equipo a cohesionarse ya que, tanto para evaluar como para hacer las indicaciones y las derivaciones, nadie podía funcionar aislado.

Como resultado de esta decisión de preferenciar lo grupal y como resultado de un trabajo interno importante, a lo largo de 3 años pudimos instrumentalizar diversos tipos de encuadres grupales. No vamos a detallarlos aquí (referidos en otra comunicación)

pero sí citaremos que funcionaron:

- **grupos terapéuticos** de adultos.
- **corredores terapéuticos** para jóvenes
- **corredores terapéuticos** para adolescentes.
- **un espacio grupal** para control de medicación.
- **psicoterapias individuales, familiares y de pareja.**

La investigación y la reflexión sobre la práctica permitió al equipo construir una ECRO coherente y dinámico y articular instrumentos de trabajo que daban respuesta a las diferentes demandas que aparecían.

En el momento de cierre de la etapa municipal el equipo se encontraba frente a algunos problemas para los que no pudimos articular respuestas como equipo municipal:

- una demanda cada vez más creciente
- una población demandante cada vez con problemas más graves: aumento de psicóticos y crónicos.

El proceso seguido por el Servicio le avocaba a ser un dispositivo de segundo nivel y, sin embargo, estábamos funcionando con una infraestructura y un sosten institucional más adecuado a la asistencia primaria. El cambio en un sentido o en otro era inevitable. Cuando el equipo elige plantearse nuevos recursos para abordar esta demanda se entra en lo que llamaremos etapa de transición.

SEGUNDO MOMENTO: LA TRANSICION

El equipo municipal de Salud Mental estaba claramente interesado en ser un dispositivo público para la atención de la salud mental. A nivel político, quien se estaba haciendo cargo de planificar y crear la red era la Comunidad Autónoma de Madrid. Así, empezaron las negociaciones Ayuntamiento - Comunidad Autónoma que duran aproximadamente un año.

Durante ese tiempo, se vive la pérdida de la situación anterior. Pérdida que no puede señalar ningún hito como punto de referencia; estábamos dejando de ser pero sin llegar a ser ninguna otra cosa.

Institucionalmente, es una etapa de cambio confusa y ambivalente que significa para el equipo municipal perder el lugar institucional, profesional y afectivo para remplazarlo por algo que no acababa de concretarse. Para las personas que venían como personal de la Comunidad fue una etapa paranoide en el sentido que se percibían como que venían a perturbar un orden y armonía preexistente.

Como datos estructurantes diremos:

- Que pese al convenio, se mantuvieron con respecto al personal dos dependencias institucionales y una sola (C.A.M.) con respecto a la tarea y a la organización interna.
- La tarea cambia y en este momento la estipula ya la C.A.M.: la atención en salud mental para el área de Getafe, con responsabilidad asistencial. Sin embargo, no están disponibles a nivel oficial los programas que concretan la tarea. El jefe "C.A.M." y "los municipales" acuerdan ir suprimiendo trabajo de promoción y que en lo asistencial todo se mantenga igual.
- Durante 5 meses el nuevo equipo está constituido por el Jefe de los Servicios (C.A.M.), 3 psicólogos, 1 psiquiatra y 1 auxiliar administrativo municipales. El resto del equipo se va incorporando a cuenta gotas a lo largo de un año.
- El horario cambia de 9 a 7 a 9 a 5, lo que actúa como un determinante más en cuanto al tipo de población atendida (menos gente que trabaja, más psicóticos).

- El lugar sigue siendo el mismo que ocupaba el Servicio de Salud Mental municipal, pero se inician obras de acondicionamiento para disponer de más despachos.

Con esta encuadre tan poco claro, en el que los elementos no acababan de concretarse (tarea, miembros, lugar), el producto institucional participa también de la confusión.

El trabajo interno era dificultoso. Se articula una sola reunión semanal en la que estábamos todos los miembros con los que se contaba en ese momento. El mismo espacio servía para sesiones clínicas, organización e información; de la dinámica interna era imposible hablar, en realidad no se sabía ni quien formaba el equipo, los que vendrían funcionaban como fantasmas en estas reuniones.

No se sabía que tarea trabajar, puesto que a nivel oficial se estaba concretando y a nivel Getafe, nadie estaba seguro del mensaje del jefe "que todo siga igual".

Como resultado de la confusión que producen los cambios en la estructura institucional, el dispositivo asistencial se resiente y se inicia un movimiento regresivo hacia el modelo conocido ideológico. Las primeras entrevistas grupales empiezan a sufrir acotaciones y se intenta que tiendan a cubrir sólo el 15% del volumen a evaluar. Los miembros del equipo recién incorporados no sabían si podían respaldar ese tipo de evaluación, los miembros que la habían puesto en marcha en la etapa anterior se sentían cuestionados en el modo de hacer de su anterior etapa y, en cierta manera, boicoteados.

El trabajo con grupos terapéuticos que seguía a cargo de los miembros "antiguos" disminuyó, no se sabía el grado de aceptación que merecía el trabajo grupal para los restantes miembros, como expondremos en otra comunicación; los encuadres se hicieron más confusos y la calidad del trabajo bajó.

Aumenta, por el contrario, el trabajo en lo individual, tanto en evaluación como en tratamiento. Aclaremos que al referirnos a lo individual, nos referimos no sólo a la oferta terapéutica concre

ta, sino sobre todo al modo en que trabaja clínicamente el equipo. Cada miembro del equipo hace su trabajo fundamentalmente solo, es difícil compartir criterios de evaluación y las derivaciones a tratamiento se dificultan mucho. Aparece una tendencia a que cada uno se quede con casi todo lo que llega para evaluación.

Lo que pasó con la distribución de los despachos es emergente de toda esta situación y lo describimos porque resulta muy ilustrativo. De tener un despacho común y el resto a compartir según las necesidades asistenciales, se pasó en la etapa de transición a que cada miembro licenciado superior del antiguo equipo municipal se parapetó en un despacho. El jefe ocupó uno de los de nueva construcción al lado del de la secretaria y los restantes miembros que llegaban, se ubicaban en los dos despachos restantes o simplemente no tenían lugar asignado. La última psiquiatra que llegó al equipo no tenía sitio.

TERCERA ETAPA: SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL AREA DE GETAFE

En este proceso los elementos del nuevo encuadre van concretándose muy poco a poco. Consideramos que esta tercera etapa empieza cuando se firma de facto el convenio 85/86 entre Ayuntamiento y Comunidad Autónoma, y se inauguran los Servicios de Salud Mental. Esto sucede en el verano de 1985. Para esta época han llegado todos los miembros del equipo y en la nueva organización aparece un coordinador de programas.

Es decir, que el equipo en cuanto a miembros y roles queda así:

- 1 Jefe de los Servicios (psiquiatra)
- 1 Coordinador de Programas (psicólogo)
- 3 psiquiatras
- 2 psicólogos
- 1 asistente social
- 2 A.T.S. psiquiátricos
- 1 administrativo.

Además, en el convenio queda contemplada la homologación en cuanto a sueldos de los "municipales" con respecto a los "comunitarios".

La tarea, en este momento, se redefine a nivel oficial, pues aparecen **los programas** como directriz a seguir y es el momento en que el equipo la asume claramente y empieza a abordarla.

Con esta clarificación del encuadre, el producto institucional empieza su reorganización. Se introducen cambios en el trabajo interno. Se acuerda desdoblar la reunión de equipo en:

- una reunión **de organización de programas**, de dos horas semanales.
- una **reunión clínica** de dos horas semanales.

Después de hacer otro desdoblamiento, desgajando de estas **reuniones la información** para lo que se dedica una hora semanal.

Por último, se establece una reunión mensual para trabajar **la dinámica interna** del equipo.

Pensamos que esta diversificación en el trabajo interno tiene que ver:

- con la complejidad y "cantidad" de la tarea a cumplir.
- con la diversidad de ECROS individuales que amplía la **construcción del ECRO institucional**. Cuestión en la que este equipo **di**fiere del equipo de la etapa municipal.

Ahora es necesario dedicar más tiempo y más esfuerzo de discriminación para poder llegar a un consenso sobre los instrumentos a poner en marcha para el abordaje de la tarea.

En el trabajo hacia afuera se van dando también movimientos **reorganizativos**. Se ponen en funcionamiento **equipos de evaluación** para **adultos, adolescentes y toxicómanos**, que exigen poner en común dentro de cada equipo modalidades de evaluación y criterios para la indicación terapéutica.

Se inicia una revisión de las personas que están en seguimiento de algún tipo, con el fin de delimitar tratamientos, hacer derivaciones y crear nuevos espacios terapéuticos si es posible.

Se llega al acuerdo de primar lo grupal y la formación de grupos empieza a funcionar con más fluidez.

Se comienza a pensar en cómo abordar la problemática psicótica y se proyecta hacer **grupos de psicóticos**. Esto aparece como el planteamiento del equipo para resolver algo en lo que quedó atascado el equipo municipal.

El equipo se reparte las tareas en cuanto a tratamiento. En este momento, hay un cambio del "todos hacemos de todo" hacia una mayor discriminación en las funciones.

Si volvemos al emergente de los despachos, veremos el reflejo de todo este movimiento: se destina un despacho para lugar común y los demás se asignan a los miembros del equipo según sus funciones terapéuticas. Cada despacho lo comparten dos personas. Sólo el Jefe de los Servicios tiene un despacho no compartido, pero ahí se hacen las reuniones de equipo.

En estos momentos, aún con muchos problemas organizativos y clínicos que resolver, con muchas discriminaciones de roles y funciones por hacer y muchos conflictos afectivos por desentrañar, pensamos que hemos empezado a lograr esa coherencia interna necesaria para hacer un buen trabajo.

Por último, queremos resaltar la importancia de la responsabilidad del equipo de que la autocrítica sea un proceso permanente. Como hemos visto en esta comunicación, los factores que están interviniendo en la dinámica de un equipo son múltiples y, si no se someten a un proceso de revisión constante por parte de todos los miembros del equipo, se corre el peligro de que ciertos elementos se vayan enquistando.

Podemos llegar a creer que el desenvolvimiento de la relación dialéctica que hemos expuesto se da espontáneamente como si fuese un proceso mágico. Pero no es así, el equipo debe dotarse de los instrumentos que posibiliten el desarrollo creativo del trabajo.

Rosina Vignale - Psicóloga

Ma Luz Ibañez - Psicóloga

**"Equipo, grupo y marco institucional en Salud Mental
Infanto-Juvenil"**

Eva Sardinero García

ENUNCIADO, GRUPO Y MARCO INSTITUCIONAL EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

E. SARDINERO GARCIA

I.- INTRODUCCION:

Diferentes autores (A. Bauleo, O. Saidon, G. Baremblytt, E. Pavlowsky) han apuntado la idea de que para realizar un análisis de las prácticas grupales es necesario no olvidar el análisis institucional, es decir, el sentido histórico-político-económico-ideológico que subyace en su constitución y organización como grupo. Desde este lugar se vehiculizan tanto las teorías, como las técnicas, los métodos y la praxis que definen y son redefinidos por el propio grupo. Permitiendo una reflexión crítica acerca no solo de su identidad grupal sino de sus límites y el sentido de su práctica.

El objetivo de este trabajo sería traer unos puntos de reflexión sobre los que poder aportar algunas luces en los trabajos en grupos y organización institucional, sirviendo como base una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de reciente creación en el Principado de Asturias.

Desde hace 3 años, se está aplicando en Asturias un Plan de Transformación de los Servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica con unos principios de racionalización en el sector público, sobre bases ya concretas, y que fueron expuestas por el Dr. Garcia en las Jornadas Internacionales sobre Asistencia Psiquiátrica organizadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo en septiembre de 1983. En resumen estos planteamientos serían:

1- Delimitación de áreas de salud precisas y determinadas, como forma de intervención comunitaria.

2- Inclusión de los sectores de salud mental en el seno de las áreas de salud. Dependiendo de las características demográficas, necesidades y recursos.

3- Coordinación de recursos socio-sanitarios para evitar solapamientos, duplicidades e infrutilización.

4- Desplazar el papel predominante del Hospital Psiquiátrico hacia la comunidad.

5- Los casos que precisen de una hospitalización de urgencia se realizarán en los Hospitales Generales.

Este modelo de planificación de los Servicios de Salud Mental se lleva a cabo en base a un concepto nuevo y dinámico de lo que significa la salud y la enfermedad y que conduce a una reflexión permanente, no solo de los criterios seguidos hasta el momento en la atención al paciente sino también del nuevo esquema conceptual con el que actuamos, y que ha sido expuesto con anterioridad en otra de las ponencias de este Congreso y otro tipo de comunicaciones y trabajos.

→ Este plan de transformación ^{que se ha estado organizando} se ha ido organizando en base a una estructura de funcionamiento de Centros de Salud Mental para un área determinada, con dos Unidades diferenciadas para Adultos e Infanto-Juvenil. Equipo que, si bien tienen una tarea específica en relación con la demanda de población atendida, requieren un nivel de funcionamiento coordinado y continuado, articulándose a través de un conjunto de actividades: supervisión de casos, actividades docentes, elaboración de programas de salud, actividades comunitarias, etc. Ya que su proyecto de trabajo exige el establecimiento de criterios homogéneos en el abordaje comunitario para que, de este modo, puedan operativizarse en la práctica cotidiana. Así como la forma mas operativa y agil de derivación de una Unidad a otra y el cómo y cuándo resulta más conveniente hacerlo.

En este contexto se ha desarrollado el Programa Específico de caracter permanente de atención a la infancia y adolescencia en base a la creación de Unidades Específicas dentro de los Centros de Salud Mental. Dichas Unidades cubren una atención directa a la población infanto-juvenil del área en el cual se asientan y una labor de apoyo a un área colindante en la que el Centro de Salud Mental actúa como primer receptor y filtro a la Unidad Específica correspondiente. De una manera más amplia estos fundamentos teóricos y de planificación fueron expuestos por el Director Regional de Salud Mental de Asturias en las Jornadas de Salud Mental Infantil de la A.E.N. La composición general de estas Unidades Específicas sigue el mismo esquema de las Unidades de Adultos, formando equipos interdisciplinarios: Psiquiatras Infantiles, 1 ó 2 psicólogos para la etapa infanto-juvenil, 1 trabajador/a social, 1 auxiliar de psiquiatría y un auxiliar administrativo.

II.- DESARROLLO DEL FUNCIONAMIENTO EN EQUIPO:

→ Cuando hablamos de la constitución de un equipo y de su organización estructural como grupo, es necesario hacer referencia a la actualización histórico-política que lo enmarca como tal, así como a las características que le son propias.

→ Su creación se estableció en base a un Acuerdo entre Ayuntamiento de Gijón y Consejería de Sanidad, para atender las demandas de Salud Mental Infante-Juvenil en este área y no como un Equipo de Apoyo a la Escuela, como en un primer momento se pretendía desde la Corporación Municipal.

→ En lo concierne al segundo aspecto:

→ a) Se nos facilitó a nivel administrativo desde la Consejería de Sanidad, como paso previo a la apertura asistencial, un periodo de trabajo comunitario para un acercamiento a la realidad social sobre la que íbamos a desarrollar nuestra tarea.

→ b) En el momento de apertura de la Unidad no contábamos con la totalidad de los integrantes. Únicamente se cubrieron los puestos de las 2 psicólogas y la trabajadora social.

→ c) Como dato significativo e indispensable en todo grupo que se organiza, nos encontrábamos con la ausencia del psiquiatra infantil como responsable del equipo. Como lugar entendido no tanto en cuanto a persona real sino su función dentro del propio equipo.

→ d) Participación de uno de los miembros en otra Unidad de Salud Mental Infante-Juvenil, con las consiguientes ausencias periódicas en el nuevo equipo creado.

→ e) La formación tanto teórica como práctica de los miembros era desigual, aunque a priori pudiera pensarse como complementaria.

→ f) Un problema adicional fue la no coincidencia, tanto en el tiempo como en el espacio, de los 2 equipos constituyentes del Centro: Adultos e Infantil, con un año de diferencia entre la apertura de una y otra Unidad. Si bien es cierto, que el rodaje comunitario previo de la Unidad de Adultos podía agilizar nuestra integración interinstitucional tanto más cuanto que el coordinador del área pertenecía a dicho equipo y era el que cubría las funciones de coordinación en el equipo de infantil, la especificidad del campo del niño marcaba unas particularidades propias en nuestro trabajo.

→ Estos condicionantes, además de algunos otros correspondientes a las características del territorio que no es este el lugar para referirse a ellas, marcan un determinado encuentro en lo grupal, ya de por sí complejo, así como su propio suceder como grupo,

→ En este sentido, desde un principio y ante la percepción interna de la propia desmembración del equipo, se intenta desarrollar frente a los otros grupos externos una imagen ficticia de coherencia y de homogeneidad de criterios en su funcionamiento. Es decir, siguiendo a Bauleo (4), la acción va más encaminada a alcanzar el "nosotros", como ideal y focalizar todos los esfuerzos en este sentido hacia el afuera del equipo, perdiendo de vista el objetivo central para el que nos habíamos reunido: la identidad del equipo hacia el adentro. El grupo ofrecía así a sus integrantes un lugar de protección frente a la ejercitación hacia fuera que podría poner en evidencia esta desmembración en el adentro, disparándose, con este fin, mecanismos defensivos muy primitivos de proyección de angustias y miedos en los grupos externos, así como la dificultad de analizar la realidad.

→ Esta puesta en acción de resistencias se evidenciaba en el abordaje de nuestra tarea, entendida como un momento que configura la estructura de un grupo en su devenir histórico. Su característica más marcada venía dada por el estado de confusión-difusión que se desencadenaba en relación con las diferencias entre los integrantes del equipo. Dichas diferencias individuales tenían que ser absorbidas por el propio grupo para preservar una supuesta integración y de esta manera buscar una solución intermedia, como apunta P. Riviere (7), y hacer "como si" se abordara la tarea y se diera un funcionamiento interdisciplinar entre sus miembros. Como emergente significativo, ante esta situación, aparece la votación para llegar a un acuerdo, siendo el detonante algunos elementos de la formación. Como forma de postergar el análisis y la elaboración de lo que subyacía ante una elección o decisión grupal. Esta no resolución de miedos y ansiedades, que configuraban lo denominado por P. Riviere (8) el secreto grupal, condujo a una culpa por la exclusión de un miembro del equipo que llevó a un intento de reparación, compartiendo el daño imaginario que se había realizado, saltándose incluso los propios límites institucionales (negación de un tercero como lugar de Ley).

→ Ante la denuncia de "no funcionamiento en equipo", puesto que no se llegaba a una síntesis entre lo que se estaba jugando en lo manifiesto y que estaba remitiendo a lo latente funcionando en esa situación grupal, el grupo estructura un juego de alianzas y defensas paranoides en relación con este elemento perturbador que podría romper la adhesión de ese grupo aún inexistente. Es un juego de proyecciones y depositaciones de "lo malo" en uno y "lo bueno" en otros y reproches en relación con el lugar privilegiado, en el imaginario, que ocupa el denunciante y que ponía en evidencia una situación de lealtad en el interno del equipo.

→ Elemento significativo: la formación como emergente, ya que desveló un interjuego de roles y funciones latentes en la interacción grupal. Tomar una decisión, en este aspecto, suponía un dar cuenta de los esquemas conceptuales que cada uno de los miembros del equipo traía como referencia en relación con los otros y con la propia tarea. A la par que se reflejaban aspectos ideológicos en la forma de integrar roles diferenciados dentro del equipo, que en cierta medida se vivía como una pérdida de status frente al otro y que quedaba expresado en "todos somos iguales y participamos por igual en todas las tareas".

En la medida en la que todos participaban de todo se dificultaba la posibilidad de un funcionamiento estructurante, es decir, la elaboración de las presencias-ausencias que posibilitaran la significación del lenguaje en el interno del equipo, en tanto este lenguaje era obturado por la acción de una presencia total se configuraba el funcionamiento grupal en un lugar imaginario y narcisista (el equipo está completo, no hay falta).

→ Es decir, el mantenimiento, en un plano imaginario, no permitía el compromiso, ni pasar de lo singular a lo grupal-social. En la medida en que lo significado en el aspecto formativo no revertía tanto en el abordaje y enriquecimiento de la tarea, sino en cuanto enfrentamiento y poder frente al otro, ya que se establecía una relación dialéctica información-formación-información-poder.

A mayor cantidad de información se piensa que hay mayor formación, la cual posibilitaría un mejor manejo de la información lo que se traduciría en el interno del equipo en un papel predominante de ejercicio de poder versus liderazgo. Caso de cumplirse esta ecuación podría catalogarse, significativamente, como una ecuación

simbólica, para ello sería preciso el paso de significación cualitativa de la cantidad de información a la formación y de ésta al manejo de la información para conseguir el liderazgo que posibilite un lugar de Ley. Ahora bien, si la ecuación permanece, como así ocurrió, en un registro imaginario, no existe la significación cualitativa y se realiza un paso en lo real de lo meramente cuantitativo de la información al ejercicio de poder, tal y como expresa J.L. Pedraza en los registros de funcionamiento estructural en el seno de las instituciones de Salud Mental Infanto-Juvenil.

➔ Situación imaginaria y de omnipotencia grupal, en la que no tiene entrada la percepción de la falta y la carencia que el propio equipo intentaba por todos sus medios tapar. Ofreciendo resistencias a analizar lo que estaba ocurriendo con la introducción de un tercero, que ubicara y marcara las diferencias y el lugar de la Ley. Dato curioso ya que la significación de nuestro equipo viene dada por la atención a la salud mental Infanto-Juvenil y había una dificultad para "crecer" como equipo con la exclusión de una supervisión externa y la dificultad de escuchar al coordinador institucional, que resulta contradictorio con la gran importancia que, a nivel de lo real, se daba a la formación.

➔ /Si bien en un primer momento el equipo se mantenía en una etapa de indiferenciación/indiscriminación de roles y funciones. En un segundo momento se establecía una diferenciación en lo real, cotidiano o manifiesto, en las interrelaciones en base a un ejercicio de poder frente a la tarea real lo que dificultaba el desarrollo y elaboración de una tarea grupal. Situación que supuso, como un primer paso, la oposición y la negación de "lo instituido"-reglas institucionales presentes para, desde ahí, reordenar los roles y funciones según unas reglas imaginarias del interno del equipo. Pero no en tanto complementarios sino en cuanto superposición indiscriminada en el abordaje y esclarecimiento de dicha tarea. De esta manera, y siguiendo con el propio desenvolvimiento grupal marcado por la escisión "bueno-malo", era necesario agruparse para reconocer y discriminar lo que era "bueno" y segregar "lo malo". En este estado emocional, el grupo se mueve y actúa adjudicando y asumiendo un líder (depositario de lo bueno) capaz de aprovechar las oportunidades de huida y de oposición que engendra la aparición de una idea nueva, que llevaría a un desarrollo tanto del equipo como de la tarea, realizando una alianza con un líder persecutorio, que sería el emergen-

te de la resistencia al cambio. Situación que queda preservada en la medida en que el portavoz-denunciante se hace cargo de los aspectos negativos o peligrosos del grupo o de la tarea. Esta situación mantiene al grupo en una competitividad esterilizante, en la medida en que envuelve a los otros grupos externos a él y que se pone preferentemente de manifiesto dentro de la estructura institucional en que se ubica el equipo: campo sanitario. De tal suerte que el componente denunciante, que su campo de experiencia es precisamente el sector sanitario, ve relegado este contacto institucional en aras a otro campo de desarrollo infanto-juvenil como es el educativo donde otra parte del equipo ha desarrollado su experiencia.

Estructura que, si bien ha sido creada por los propios integrantes del equipo, se hace independiente de ellos y los sobredetermina (A. Bauleo, A) conduciendoles a una no toma de conciencia, ni por tanto de distancia, por lo que rigidifica e inmoviliza los roles asumidos versus otorgados.

➤ Sin embargo, el apremio en la solicitud de unos objetivos a corto plazo, hace que el grupo se resitúe teniendo en cuenta un principio de realidad en lo instituido y que, en función de éste, en algunos momentos de su desenvolvimiento haya que establecer otro tipo de alianzas desde un lugar profesional, cuando el ideal esperado en su trabajo no es alcanzado y/o aparecen dificultades en la proyección hacia fuera, en estos momentos el equipo bascula hacia una fraternidad teñida de cierta ambivalencia afectiva.

➤ Parecería que es desde lo instituido, como representante de lo social, así como desde los alcances de los objetivos con los que viene marcado un grupo, como se delimita el desenvolvimiento grupal. Sin embargo, en los propios integrantes del equipo actúan otros elementos estructurantes que redefinen aquellos y que, como ya se han ido diciendo, tienen que ver con el grado de madurez, marcos de referencia y las relaciones de poder que mediatizan el llegar a una síntesis de las diferentes informaciones que los integrantes traen consigo en el espacio-tiempo grupal, precisando de un salto de lo cuantitativo a lo cualitativo en interrelación con la práctica que conduzca al grupo a la toma de decisiones. No se trataría, por tanto, de una acumulación cuantitativa de saber, ni de una serie de individuos frente a una teoría y una práctica, sino más bien de una

interrelación-contrastación de lo teórico, como lugar de reflexión, con la práctica; así como de una articulación de las diferencias individuales en lo grupal, que permitirían un abordaje interdisciplinar de la tarea.

III.- CONTACTOS INSTITUCIONALES:

Los criterios de apertura de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil nos vino ya dado desde la Administración, a través de un camino comunitario;

1- Delimitación geográfica y conocimiento socio-demográfico de la zona.

2- Conocimiento de los recursos de que se disponía en dicha zona: materiales, humanos e institucionales, públicos y privados.

3- Derivado de lo anterior subyace un modelo funcional integrado de atención a la infancia, cobrando toda su significación el concepto de coordinación interinstitucional para el abordaje de la problemática presentada por el niño.

4- Atención integrada en tanto en cuanto los problemas de salud se abordan desde lo físico, psíquico y social como unidad y como forma de evitar la institucionalización de dicha problemática infantil, dando una respuesta en el propio ámbito de vida del niño donde surgen las necesidades y articulando una intervención no desde un solo equipo sino en conjunto con los otros lugares de vida del niño (educativo, sanitario, social, familiar).

5- Atención integral, en la medida en que un mismo equipo se hace cargo de una manera unitaria y coordinada de la promoción, educación para la salud, asistencia (diagnóstico y tratamiento) y de la reinserción y rehabilitación social.

6- Trabajo en equipo multidisciplinar en la composición e interdisciplinar en el funcionamiento, tanto más cuanto que subyace un concepto de comunidad, como espacio social del grupo, complejo en tanto proceso dialéctico de interrelación. Estos hechos conducen no solo a una metodología de estudio en profundidad de todas las partes de un problema, sino que comprende, a su vez, un abordaje interdisciplinar de una realidad social dada en un interjuego permanente de los esquemas teóricos traídos por cada uno de los

integrantes del equipo en contrastación con la práctica.

7- Integración paulatina en base a la actuación por programas.

8- Posibilitar la participación social a través de las instituciones de representación ciudadana, en aquellos aspectos concernientes con la salud de esa comunidad.

Si esto haría referencia a un orden de la realidad, importante para la ubicación de la experiencia grupal y de inserción social de un equipo, no menos importante son los dos niveles de integración interna de dicho equipo: dentro de un Centro de Salud, como unidad funcional específica, y que cómo tal debe desarrollar unos criterios homogéneos de metodología de trabajo comunitario y de atención a la demanda. Por otro, a nivel administrativo, con la particularidad de que este nuevo equipo creado, ha nacido en un momento histórico diferentes del Proceso de Reforma, que el resto de las Unidades de Salud Mental Infante-Juvenil y que, por este mismo hecho, no ha seguido todos los pasos ni el trabajo de análisis y elaboración que ha conducido al momento histórico actual, lo cuál dificulta, aún más, el aprehender e incorporar todos estos procesos de elaboración que en feed-back han revertido en el resto de las Unidades de Infantil.

Partiendo de las consideraciones anteriores es como se debe dar lectura al análisis que se pasa a desarrollar a continuación.

A- Cómo y quién selecciona los contactos:

Es cierto que el inicio comunitario plantea una serie de ventajas en relación con la programación de objetivos de nuestro trabajo, sin perder de vista los límites entre lo teórico y lo posible, nos permite abrir un análisis y elaboración del desarrollo de nuestra tarea, pero también plantea una serie de complejidades en abordarlo y de dificultades para desarrollarlo.

En primer lugar, ^{hay que tener en cuenta} el sentido que esta práctica grupal tenía para la Administración y nuestro acercamiento o distanciamiento de lo marcado desde ese lugar. Tanto más cuanto que el ejercicio de nuestra práctica venía enmarcada por una coyuntura histórica que nos precedía.

→ Un segundo elemento suponía el actuar sincronizado del equipo como forma de articular y elaborar unos criterios comunes para el trabajo comunitario y, por tanto, disponer de un esquema teórico de referencia que resultara operativo tanto para sus integrantes, como para la práctica concreta.

De esta suerte, para desarrollar este proyecto teórico, ya desde un comienzo estuvo ligado a unas estrategias grupales que seleccionarían las instituciones, unas prioridades para que los principios fueran materializados.

→ Por el propio momento grupal por el que transitaba el equipo, así como su inscripción social que le dio origen, se comenzaron los contactos institucionales por el campo educativo, donde se pusieron en evidencia la confusión de roles y funciones tanto intra equipo como interequipos, y que dificultaba su análisis en la medida que constituía lo latente institucional y funcionando en lo grupal.

→ El emergente grupal hace su aparición en el momento en que se plantean los contactos con el campo sanitario. Había estado relegado a un segundo plano y estaba siendo obturado por los contactos con el campo educativo. Jugándose aquí las reticencias e identificaciones que los componentes del equipo realizaban de cara a las instituciones con las que había que contactar.

Punto significativo, pues nuestra estructura institucional responde a una ordenación asistencial en el campo de la salud en general y de la salud mental en particular y en el seno de una Reforma de la planificación con unos objetivos y unos criterios precisos.

En la medida en que los conflictos que se jugaban, en el interno del equipo, no podían ser concienciados desde dentro, se bloqueaba el trabajo de elaboración de este último área, y la escisión de sus componentes se materializaba en el fraccionamiento de los contactos institucionales, ya que no eran alternantes, sino lineales en un único sector, con lo cuál no había una visión de conjunto, sino parcializada.

→ B- Cómo y quién establece el contacto: Metodología del encuadre:

→ Los criterios para concertar las entrevistas previo debate

en el equipo y siguiendo los conocimientos que los integrantes poseían de las experiencias de otros Centros, se realizaban telefónicamente por medio de la Trabajadora Social y cuyo contenido consistía:

- Presentación.
- Objetivos que se pretendían con dicho contacto.
- Fijar un día y una hora precisos en que se desarrollaría la entrevista.
- Lugar de la entrevista: que preferentemente se pretendía que fuera en el espacio físico de la institución objeto del contacto.
- Explicitar la persona o personas encargadas de llevarla a cabo.

→ Determinándose que
Curiosamente no se determinaba un límite de tiempo para la realización de la entrevista.

→ C- Cómo y quién prepara el contacto: Contenidos generales de la entrevista:

En un primer momento las técnicas para llevar a cabo la entrevista se realizaron por el conjunto del equipo. Aunque en un tiempo posterior del desarrollo de la tarea se valoró más operativo, siguiendo los criterios metodológicos apuntados por la Unidad de Adultos y la experiencia de otros Centros, el actuar en dos momentos distintos, eligiendo, en función de la disponibilidad del propio equipo y el trabajo a desarrollar, el profesional más indicado para realizarlo. En un principio se abordaría el trabajo de conocimiento de área, para posteriormente pasar a establecer los contactos institucionales, una vez que se hubiera recabado la información.

Esto, como es lógico, no se realizó en estos términos, dado el momento inicial de funcionamiento del equipo y tuvieron que aunarse ambas actividades.

→ En términos generales nuestros objetivos para realizar este tipo de contactos institucionales eran:

→ 1) Presentación: Dependencia administrativa, composición del equipo, área de nuestro territorio, tipo de cobertura, etc.

→ 2) Recogida de información de la institución con la que se contactaba: Actividades que realizaban, metodología empleada, datos de la propia institución y otros datos del territorio.

→ 3) Uno de los puntos centrales del trabajo del equipo hacia fuera, como finalidad de estos contactos, estaba en las posibilidades de coordinación interinstitucional en áreas de trabajo conjunto, como única forma de delimitar funciones de uno y otro lugar institucional de atención a la infancia, evitando invadir y solapar el terreno de otros. Siendo, por tanto, la integración y complementariedad de intervenciones de ambos equipos lo que conllevaría un abordaje globalizado de la problemática infantil. Realizándose en base a dos actividades: Formación conjunta y continuada y cobertura asistencial.

→ 4) Abrir espacios de reuniones conjuntas, si fuera de mutuo interés.

→ D- Cómo y quién desarrolla el contacto:

→ Si a primera vista se pudiera pensar que estaban claros los objetivos y la finalidad de la tarea, las dificultades se presentan en el momento en que se materializaba en la práctica. Ya que esta puesta en práctica denotaba una confusión de roles y funciones en el propio seno del equipo, apareciendo moldeado desde lo latente en las identificaciones que cada uno de los componentes realizaba en relación con su experiencia previa de pertenencia a otras instituciones y la dificultad de enmarcarse en una nueva pertenencia institucional, que establecía unos límites determinados dentro de los cuales el equipo tendría que emprender su desarrollo. Estableciéndose así no un interjuego y complementariedad en la diferenciación de roles de los integrantes del propio equipo, sino una nueva repetición de la indiferenciación y del "todos hacemos lo mismo".

→ A la par que subyacía el papel del liderazgo del grupo en el interno y frente a la otra institución y apareciendo, en lo manifiesto, en las vivencias de poder que suponía el que la dirección de la entrevista fuera llevada a cabo por un miembro u otro del equipo; con la consiguiente percepción de un rol privilegiado y de roles subsidiarios dentro del equipo y el conflicto por ocupar ese rol. Configurándose así un funcionamiento no interdisciplinar, que no permitía un acercamiento a un análisis institucional y convirtiéndose, en esta medida, en una pelea grupal no ajena a la detentación del poder.

→ E- Cómo y quién evaluaba el contacto:

→ Si difícil era cambiar el esquema referencial que cada uno de los integrantes traía al equipo y lograr con ello una síntesis grupal, más dificultades conllevaba la evaluación posterior sobre la forma de configurar y desarrollar ese contacto. Tanto más cuanto que en la dinámica de lo externo (institución-objeto) se daba una interacción y participación de la dinámica interna (equipo-sujeto), estableciéndose así una unidad de relación entre uno y otro contexto.

→ Aunque se intentaba analizar el rol jugado por las instituciones con las que se contactaba, así como el rol desempeñado por los componentes del equipo, este análisis de la realidad quedaba obstaculizado por el movimiento del grupo en lo imaginario. En la medida en que de un lado, se proyectaba en lo externo los propios conflictos grupales se recogía una imagen no de la otra institución, sino de la propia dinámica interna, en una situación que podríamos atrevernos a decir de especular. Por otra parte, las identificaciones con el otro, como objeto institucional, se jugaban de diferente forma, tanto por sus integrantes como en relación con el tipo de institución que se trataba (sanitaria, educativa, social), siendo, por tanto, la percepción de la situación divergente en función del grado de depositación de fantasías en la acción de ese momento.

Esto interfería en las respuestas que nos ofrecía la otra institución, en cuanto a su acogida, en los contenidos generales de la entrevista, dado que no se trataba de una mera recogida de datos sino en el análisis de la posible colaboración y coordinación.

→ De esta suerte, el análisis cualitativo de la situación era más una sumación de visiones parciales que una visión global sobre la realidad en la que actuábamos. Y una negación permanente de lo encontrado en el otro como proyección del propio equipo (J.I. Pedreira⁶).

F- Planificación de reuniones futuras:

En la medida en que la dinámica grupal anclaba al equipo en el aquí y ahora de sus propios conflictos no resueltos ni analizados, las contradicciones se reflejaban en el modo de intervención comunitaria, restringiéndose ésta a una mera recogida de información y obviando uno de los principios sustentadores de dicha intervención comunitaria: la coordinación.

De esta suerte, la mera consignación y registro de hechos no permitía operativizarlos, en el campo de trabajo, de una forma programada y participativa, que constituiría el fin de los dos niveles anteriores (información y coordinación). Quizás habría que pensar que esta meta se conseguiría, si en todos los pasos que se realizan se integra una técnica de evaluación que prime lo cualitativo sobre lo cuantitativo, con el fin de provocar una modificación en el campo sobre el que actuamos. Su mayor dificultad es la necesidad de romper con unos esquemas referenciales internos que los integrantes ya traen al equipo y de enfrentarse con unos nuevos, que pueden provocar inseguridad y surgimiento de ansiedad ante esa pérdida sentida.

La situación a la que nos enfrentábamos en nuestro equipo era nueva en la medida en que el esquema referencial (Proceso de Reforma Psiquiátrica) no había sido vivido ni, por tanto, aprehendido desde sus inicios y que no se conocía bien. Así como el propio campo de intervención del equipo, la comunidad entendida como campo móvil y que precisa de un análisis permanente con continuo cambio de los esquemas referenciales grupales e individuales. Ni que decir tiene que esto comporta un cuestionamiento y autoanálisis permanente del compromiso grupal y del individuo en particular, así como del corpus teórico preestablecido.

IV.- CONCLUSIONES:

Un trabajo institucional en la comunidad, como elemento estructural del funcionamiento en un equipo de salud mental infanto-juvenil de base comunitaria, requiere un abordaje interdisciplinar como forma de acercamiento y de comprensión de la totalidad comunitaria, concebida como situación en permanente cambio; en la medida en que la interacción que dicho grupo provoca en ella, revierte, a su vez, en una nueva configuración del primero. Es necesario pensar que el trabajo grupal va a estar sometido a las propias contradic-

ciones que en el proceso de evolución y maduración de ese equipo ocurren en el abordaje de su tarea.

→ La configuración de su estructura como equipo precisa de tres elementos: Tarea, Integrantes del Equipo y la Supervisión.

→ A- Tarea:

→ Vendría definida por el establecimiento del objetivo para el cual se reúnen los miembros del equipo, precisando de unas reglas que aseguren su cumplimiento. Reglas que, a su vez, delimitan el campo del desenvolvimiento grupal, puesto que en ellas se hace patente el sistema institucional que, en nuestro caso, marcarían un orden de prioridades en relación con una construcción de estrategias para poder planificar una coordinación de recursos comunitarios y la posterior evaluación de esos objetivos.

→ Para que este proceso se lleve a cabo y el equipo alcance un mayor nivel de conceptualización y síntesis grupal, se precisa saber despojarse de lo traído al grupo para así poder integrar elementos nuevos, que la confrontación con la experiencia concreta exigen. No tanto porque dicha reconstrucción suponga que el esquema previo sea bueno o malo, sino porque sería un modo de enriquecer el aprendizaje grupal, llevando de la mano a una toma de decisión en su praxis grupal y adaptación activa a la realidad. Sin embargo, el problema, ligado a lo anterior, es el grado de compromiso y responsabilidad ideológica que como grupo involucra el abordaje el abordaje de la tarea.

→ B- Integrantes del Equipo:

→ Para abordar los objetivos que se proponen en relación con la tarea y de ahí planificar un proyecto, es preciso llegar a una integración de todos sus miembros. lo que, a su vez, depende:

→ 1) De los procesos de información y formación de los miembros del equipo.

→ 2) De los roles profesionales que interactúan en él.

→ 3) De los procesos de identificación interna en el propio seno del equipo.

En el desarrollo de este trabajo hemos podido observar la complejidad que supone llevar a cabo una coordinación del grupo, por la influencia de todos estos elementos, y la dinámica de progreso-

retroceso que el propio grupo, como tal, tiene en su transcurrir histórico.

Si bien es cierto que la heterogeneidad de los integrantes de este grupo podría conducir a un más enriquecedor y productivo trabajo del equipo, la tarea no estaba exenta de dificultades en la medida en que los procesos de información y formación variaban considerablemente de unos miembros a otros y quizá, como característica más sobresaliente, no todos provenían del campo clínico.

En segundo lugar, se daba un gran vacío en cuanto a la ausencia del psiquiatra infantil, no tanto como especialidad profesional, sino en cuanto su función, dentro del equipo, en cierta medida, provocó la lucha por ocupar ese rol.

Por último, los procesos de identificación interna en el seno del equipo estarían en relación con la madurez de cada uno de los integrantes y la posibilidad de reclizar una toma de distancia en relación con una situación dada, para llevar a cabo un análisis de lo que se está poniendo en juego en cada situación concreta. Además de las experiencias previas que son aportadas al grupo por sus integrantes individualmente y que siempre conllevan, en tanto confrontación con el otro, una modificación o cambio de lo previo.

C- Supervisión:

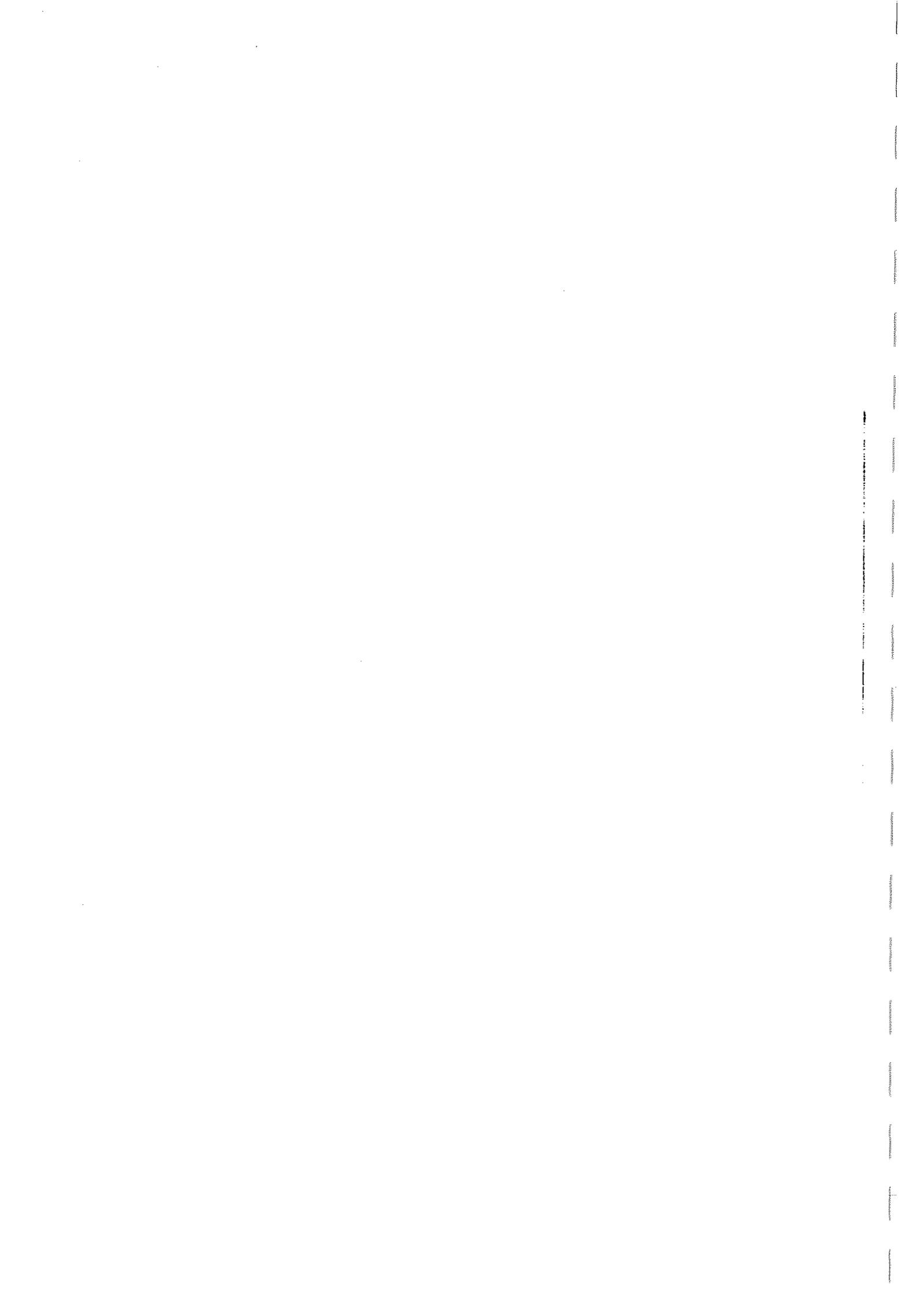
Como lugar de escucha de un tercero que de cuenta y permita el vencimiento de los obstáculos que paralizan al grupo en la elaboración y centramiento de la tarea, permitiendo la estructuración y configuración de un proyecto grupal y la integración de sus miembros en la captación de aquél.

No hay que olvidar que nuestra tarea, como lugar de lanzamiento de la labor grupal, viene delimitada por la cobertura a la infancia y a la adolescencia, que es un grupo que acaba de nacer, que es joven, con unos planteamientos nuevos. Que tendrá que ser "alimentado" modificándose con el transcurso del tiempo, los conocimientos y la experiencia. Que en este camino tendrá que apropiarse de lo que es útil y desechar lo que es destructivo, que se juegan los roles sexuales desde el lugar de donde está el folo y quien lo posee.

→ En su devenir histórico tendrá que ir dejando de lado un funcionamiento dual para pasar a integrar las diferencias, dando entrada al tercero que como función de Ley, introduzca el lenguaje en el equipo.

BIBLIOGRAFIA:

- (1) BAULEO, A.: "Contrainstitución y Grupos". Ed. Fundamentos. Madrid, 1977.
- (2) BAULEO, A. y cols.: "La Propuesta Grupal". Ediciones Folios, Mexico, 1983.
- (3) BAREMBLITT, G. y otros: "El Inconsciente Institucional". Serie Convergencias. Nuevomar. Mexico, 1983.
- (4) EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTIL DEL SECTOR VII DE MIERES. CONSEJERIA DE SANIDAD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS: "Metodología de Trabajo Comunitario en la implantación de un Servicio de Salud Mental Infantil Comarcal". II CONGRESO DE SOCIOLOGIA. Santander, 1984.
- (5) GARCIA, J.: "La Organización y Ejecución de un Programa de Atención en Salud Mental Infanto-Juvenil incluido en los Planes de Reforma en Asturias". I^{2S} JORNADAS DE LA SECCION DE SALUD MENTAL INFANTIL. A.E.W. Madrid, 1985.
- (6) PEDREIRA MASSA, J.L.: "El trabajo intra e interinstitucional en Salud Mental infanto-juvenil" Seminario organizado por el Instituto Andaluz de la Salud Mental. Sevilla, 1.985.
- (7) PICHON-RIVIERE, E.: "EL PROCESO GRUPAL. DEL PSICOANALISIS A LA PSICOLOGIA SOCIAL I". Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 1981.
- (8) PICHON-RIVIERE, E.: "Teoria del Vínculo". Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1980.



"REFLEXIONES SOBRE UNA EXPERIENCIA DE DIRECCION TECNICA O DE UBICACION - EN UN ESPACIO INSTITUCIONAL DE CONFLUENCIA ENTRE EL NIVEL TECNICO Y EL - NIVEL POLITICO" (1º Título: 31 ENERO 1.986).

"REFLEXIONES SOBRE UNA EXPERIENCIA FRUSTRADA DE DIRECCION TECNICA EN UNA INSTITUCION EN CRISIS" (2º Título: 7 MARZO 1.986).

COMUNICACION A LA MESA 11: "ORGANIZACION INSTITUCIONAL Y CONCEPCION OPERATIVA DE GRUPO" DE LAS JORNADAS " LA PRAXIS GRUPAL". MADRID 8 y 9/III/86

JAVIER SEGURA
MEDICO DE FAMILIA Y COMUNIDAD

"REFLEXIONES SOBRE UNA EXPERIENCIA DE DIRECCION TECNICA O DE UBICACION- EN UN ESPACIO INSTITUCIONAL DE CONFLUENCIA ENTRE EL NIVEL TECNICO Y EL- NIVEL POLITICO".

"REFLEXIONES SOBRE UNA EXPERIENCIA FRUSTRADA DE DIRECCION TECNICA EN -- UNA INSTITUCION EN CRISIS".

Lo relatado a continuación se centra en mi experiencia de trabajo, du-- rante dos años, en los servicios municipales de Salud de un ayuntamien- to del Area Metropolitana de Madrid. Fui contratado a finales de 1.983- como "médico de familia y comunidad" para trabajar en areas aparentemen- te tan heterogeneas como la Planificación Familiar y la Salud Ambiental.

Al igual que en otros ayuntamientos del Area Metropolitana de Madrid -- se había asistido en esta institución desde 1.979-1.980 a una creación- y expansión de servicios de salud y sociales y a una mayor asunción de - las competencias sanitarias municipales. Por una parte se cubrían unas- demandas sociales de la población que los servicios de la administración central no abordaban (planificación familiar, preparación al parto, a- tención a toxicomanos, etc) y por otra se trataba de cumplir las compe- tencias sanitarias municipales dejadas hasta entonces en manos de los - sanitarios locales (salud ambiental, higiene de los alimentos, vacunacio- nes, matadero municipal, etc).

La creación de la Delegación de Salud y Bienestar Social del Ayuntamien- to y su progresiva expansión giró alrededor de la figura de su concejal delegado, único concejal que permanecía en la segunda legislatura, que- profesionalmente era Técnico Sanitario. Se apoyaba en una Dirección Téc- nica y una Unidad Administrativa.

Frente a esta estabilidad en la Dirección Política contrastaban los su- cesivos cambios en el Dirección Técnica. Baste decir que a los pocos me- ses de empezar yo a trabajar, dimitió el tercer Director técnico que - había tenido la institución en un periodo de cuatro años. El siguiente - duró 9 meses y el último, que fui yo, apenas alcanzó los cuatro meses - en el puesto.

Como veremos este suceso era un autentico "sintoma" de la crisis o en-- fermedad que padecía la institución. Esta pretendía resolverla con la - sucesiva investidura y posterior cese-dimisión-inmolación de un chivo-- expiatorio: el Director Técnico.

A partir de 1.983 los presupuestos economicos de la Delegación empie--- zan a recortarse y se evidencia una tendencia a evitar nuevas contra- taciones y nuevos servicios, e incluso a ir reduciendo los existentes, - con el fin de llegar a cubrir exclusivamente las competencias sanitarias municipales que marcará la nueva Ley de Régimen Local.

Estos cambios en el rumbo político eran la fuente de la crisis institu- cional que se vivía a nivel técnico. No respondían, sin embargo, a un -

programa político manifiesto. Solo pudieron ser identificados al cabo del tiempo, a través del comportamiento de la institución, es decir a través de los sucesivos cambios en su organización interna y en sus intervenciones sobre la comunidad.

A partir de aquí podemos empezar a reflexionar sobre una de las grandes contradicciones que vivía esta institución. No existía un programa político pero se hablaba del funcionamiento de los técnicos por planes y programas. Esto se concretaba en solicitar al Director Técnico un proyecto técnico para el año siguiente de cara a la confección de los presupuestos y a denominar como "programas" las actividades de los técnicos (por ejemplo, se denominaba "Programa de Planificación Familiar" a la consulta de anticoncepción, "Programa de vacunaciones y Salud Escolar" a las actividades de vacunación y de reconocimiento médico escolar", etc).

Así pues, al Director Técnico se le demandaba un proyecto de trabajo desde la Dirección Política que no le comunicaba su proyecto político o que carecía de él ¿Que salidas tenía el Director Técnico?.

En principio dos:

1º Elaborar y desarrollar un proyecto técnico sin proyecto político, es decir un proyecto que no constituye una traducción al campo técnico de un proyecto político. Como no existen proyectos técnicos "autónomos" o "puros", es decir, sin contenido político, este vendrá determinado por la ideología del técnico. Es decir, con esta salida el Director técnico se politiza y asume indirectamente una función del Director Político.

Este camino solo será permitido si hay una sintonía ideológica entre los Directores técnicos y políticos ó si al Director Político le interesa que el proyecto este fuertemente asociado al Director Técnico. De esta forma podrá cambiar, cuando le convenga, de proyecto cambiando al Director Técnico sin que varíe la Dirección Política.

2º Segunda medida: El Director técnico renuncia a desarrollar un proyecto. Hace una vaga declaración de intenciones y objetivos que nunca llegaran a ser evaluados. Limita su función a ser gestor de las actividades que se realizan: control de horarios y productividad del personal, problemas presupuestarios que van surgiendo, etc.

La función planificadora ^{es} sustituida por la recepción de las constantes y puntuales demandas que le haga la Dirección Política.

La Acción Política al no basarse en un programa político responde a una serie de "reacciones" puntuales a los movimientos que se producen en la institución y en la comunidad: presión de una asociación de vecinos, necesidad en un momento dado de venta de imagen política, alianzas y rivalidades con otros políticos de la institución o de

otra institución, etc.

Esta acción política "a reacción" tendrá que ser traducido al nivel técnico por el Director Técnico, quien tendrá que renunciar a la posibilidad de programar actividades.

En el lenguaje de la institución se hablaba de funcionamiento por programas, pero en la realidad estos no existían pues carecían de las características de un programa, es decir de una clara definición de objetivos, de una metodología, un tiempo y unos recursos para alcanzarlos y sobretodo de una evaluación al final de ese tiempo de los objetivos alcanzados y de las dificultades surgidas.

Se habían diseñado programas al iniciarse las actividades varios años atrás. En algunos de ellos estaban definidos claramente los objetivos y en otros no tanto. Estas actividades no eran evaluadas al pasar el tiempo.... se convertían en rutina.....se "institucionalizaban".....los profesionales que las realizaban a veces no eran los mismos a lo largo del tiempo.

Los cambios que se realizaban en estos llamados "programas" eran una respuesta mecánica a la demanda de la población o a la necesidad de desplazar recursos humanos de un programa a otro nuevo que se creaba en el proceso de expansión. Estos cambios solían ser realizados por la Dirección política y la Dirección técnica con esa o nula participación del técnico que ejercía la actividad. Al pasar unos años era imposible por parte de este técnico hacer una memoria histórica del "programa" que él llevaba y explicar los "porqués" de los cambios producidos a través del tiempo. A la Dirección técnica le era más difícil todavía por llevar generalmente poco tiempo en la institución, venir de fuera de esta y estar suficientemente ocupada en "apagar los fuegos" de las demandas diarias que recibía tanto del nivel técnico como del nivel político.

En consecuencia solo la Dirección Política podía tener una memoria histórica y elementos de evaluación de las actividades que podía transmitir o no a la Dirección Técnica de turno.

Sin embargo la institución hablaba de EVALUACION a través de la confección anual de una MEMORIA. Se pedía a los técnicos que hicieran un recuento de sus actividades a lo largo del año. Era una evaluación cuantitativa y economicista que servía de control de producción de los trabajadores y su gasto, sin pararse en el contenido del trabajo y las dificultades surgidas. A su vez servía para que el Ayuntamiento controlara a sus concejales. Debido a estas características, en la confección de la memoria tenía generalmente más peso la unidad administrativa que la Dirección Técnica.

En realidad, al no haber proyecto político, no podía haber evaluación política, y por tanto no se permitía que hubiese evaluación técnica, pues esta habría permitido el pensar más allá de lo institucionalizado

y a preguntarse del "porqué" de la institución, es decir del "porqué"-político.

La situación de crisis también se manifestaba en contantes cambios en el organigrama. En la organización funcional de los técnicos se podía ver de nuevo esta distancia entre el discurso institucional manifiesto y la realidad vivida. Se hablaba en los papeles del ideal del "trabajo en equipo" y de "lo multidisciplinario" tal como marcaba la moda de la época.

En la realidad se trabajaba individualmente en compartimentos estancos que se llamaban "unidades" o "programas", integrados a veces por una sola persona, no existiendo intercambio de experiencias por la base. Este mismo hecho favorecía el enfrentamiento histórico entre los profesionales "sanitarios" y los profesionales "psico-sociales" al no haber un espacio y un tiempo para ir arrimando los respectivos esquemas referenciales. Esta situación llegó a desembocar en una segregación total entre lo llamado "salud" y lo llamado "Bienestar social" y a crearse ~~dos~~ Direcciones-Técnicas diferentes.

El aislamiento en el trabajo de cada profesional y la inexistencia de un espacio de intercambio de información entre los técnicos y entre estos y la Dirección, traía consigo la constitución de espacios alternativos de relación en las pausas del trabajo, alrededor de un café o de unas cañas de cerveza. Estos espacios permitían por una parte dar salida a la afectividad y por otra parte hablar del trabajo de cada uno, intercambiándose quejas sobre la Dirección y comentando lo que podría ocurrir en las "altas esferas" a través de los bulos o rumores que aportaban los que se decían más informados y que en definitiva no eran más que mensajeros involuntarios que utilizaba la Dirección a su antojo.

A veces la Dirección Política utilizaba estos espacios de cafés o cañas directamente para dar o recibir información, saltándose a la Dirección Técnica.

Estos lugares pues contribuían al mantenimiento de la institución y de su estructura esquizoide:

- En ellos se producía una información oscura con dobles mensajes.
- En ellos se depositaban las quejas diarias que resultaban estériles al no salir de este espacio.
- Mediante ellos se separaba lo afectivo de lo racional, es decir que por una parte estaba el trabajo racional a nivel individual y por otra el espacio de las cañas de carácter colectivo y afectivo; en resumen: se impedía un encuadre de trabajo colectivo en el que estarían incluido tanto lo racional como lo afectivo y donde se pudiera analizar la relación entre ambos.

Así estaba la situación cuando a principios de 1.985 ocurre un hecho - insolito: La Dirección Política, aparentemente por presión de los técnicos, legaliza un espacio y un tiempo de reunión de estos técnicos a solas para elaborar un "Programa de Educación para la Salud", que posteriormente se convierte en un espacio de reflexión y definición sobre los objetivos y la organización de la institución.

El Director Técnico que es ajeno a este espacio ve usurpadas sus funciones, con el beneplacito de la Dirección Política y por tanto tiene que dimitir. Una vez que se ha producido esto, la Dirección Política me ofrece a mí el cargo de Dirección y da por finalizadas las reuniones de los técnicos.

Los técnicos que se habían creado una ilusión de AUTOGESTION con sus reuniones, donde se definían posibles alternativas al organigrama vigente, tienen la fantasía de que ellos han echado al Director y que por tanto podrían echar a otro nuevo.

A su vez, asocian la interrupción de sus reuniones con la nueva ocupación del espacio de la Dirección Técnica, es decir fantasean: "Nosotros no tenemos el poder porque existe la Dirección Técnica"... si no existiese esta la Dirección Política nos tendría que tener en cuenta".

Para colmo el nuevo Director es el compañero suyo de ayer, que por tanto tiene conocimientos sobre ellos y los puede traicionar con la Dirección Política valiendose de estos conocimientos. Era el primer Director que no venia de afuera. Este hecho dificultará durante todo el proceso la diferenciación entre el espacio de Dirección Técnica y el espacio técnico.

("Todos seguimos siendo iguales" "O estás con nosotros o estas con la Dirección Política").

Ni los técnicos aceptaban fácilmente esta diferenciación, ni por mi parte me resulto facil el aceptar estas separaciones y la soledad que suponía. Me costó bastante comprender que esta diferenciación facilitaba - mas cosas de las que impedía, es decir reconocer la necesidad de un espacio de contención de los técnicos. Si la Dirección Técnica no se lo proporcionaba lo haría la Dirección Política.

Conociendo la situación anterior sabía que el puesto de Dirección Técnica era un lugar depositario de tensiones de los técnicos por una parte y de la Dirección Política por otro ("era un colchón que recibía golpes por sus dos caras"), era el espacio que la institución hacia enfermar - para no enfermar ella.

Por ello, como yo no queria enfermar ni enloquecer, acepte el cargo condicionado al cumplimiento de un compromiso con los técnicos por una parte y con la Dirección Política por otra.

Esta última se comprometía a legalizar un tiempo y un espacio de trabajo en equipo, consentia en pactar conmigo un nuevo organigrama y la

confección del perfil profesional de las vacantes que habían quedado. - A su vez tanto el concejal como los técnicos se comprometían a no utilizar vías paralelas de información que puentearan a la Dirección Técnica.

Elaboré un proyecto técnico a petición del concejal, tras pedirle para ello inutilmente su programa político. Se aprovechó la demanda de la Memoria anual por el ayuntamiento para la confección de una memoria histórica cualitativa por parte de cada responsable de programa sobre este, definiendo el proyecto original, las variaciones a través del tiempo, sus causas y las dificultades encontradas.

Se institucionalizó una reunión semanal del conjunto de los técnicos con su Director y se empezó a intentar reuniones de técnicos que trabajaban en áreas homogéneas.

Para apoyar estos espacios se consigue sorprendentemente que el ayuntamiento apruebe y financie un grupo operativo de aprendizaje de los técnicos con un coordinador y un observador de fuera. El objetivo era facilitar la creación de un esquema referencial común por parte del futuro equipo y la adquisición de algunos instrumentos teórico técnicos para operar en el campo de la salud.

Estando así la situación la Dirección Política empieza a incumplir progresivamente su compromiso rompiendo la reciente programación con demandas compulsivas puntuales, presionando para que se terminen las reuniones de los técnicos con su director que son vividas paranoicamente, puentearando a este por los canales de información paralelos antes mencionados y finalmente revocando las nuevas contrataciones.

Por el otro lado los técnicos a la vez que empezaban a tomar conciencia de las contradicciones institucionales y la de sus propios esquemas referenciales, sufrían la movilización de una fuerte carga de ansiedades-confusionales y persecutorias que les impedían centrarse en la tarea y que se acababan estructurando como fuertes resistencias al cambio, que en lo manifiesto se pretendía. Como siempre estas ansiedades eran depositadas en la Dirección Técnica, que confiaba no seguir recibiendo las cuando los técnicos iniciaran su grupo operativo. Por desgracia no hubo tiempo, pues la experiencia desembocó en mi salida de la Dirección Técnica y de la institución poco después, y en lo que es más significativo: la supresión de este lugar "conflictivo" del organigrama de la institución ó mejor dicho la asunción de las funciones de la Dirección Técnica por la Dirección Política y la Unidad Administrativa.

MADRID 7 de MARZO de 1.986.

ADICION POSTERIOR (9 MARZO 1.986).- Creo fundamental incluir en mis reflexiones sobre mi experiencia un dato que he omitido voluntariamente -

por mantener el anonimato de dicha experiencia, pero sin el cual se renuncia a uno de los diversos planos de análisis de la relación entre la Dirección Política y la Dirección Técnica: el peso del rol profesional y del rol sexual de las personas que ocupan ambos cargos. En el caso que he expuesto la Dirección Política era una mujer y A.T.S. de profesión y la Dirección Técnica fue ocupada por sucesivos hombres, todos medicos. Este fenómeno aunque no determinante si matiza de una forma importante la dinamica de relaciones entre ambos espacios por el esquema-referencial de poder asociado a ambos roles y sobre todo a su interrelación.

**"Organizzazione Istituzionale e Concezione Operativa
dei Gruppi. L' Esperienza italiana di una Unitá Sanitaria
Locale"**

Lia Lucato

(Italia)

ORGANIZZAZIONE ISTITUZIONALE E CONCEZIONE OPERATIVA DEI GRUPPI.

L' ESPERIENZA ITALIANA DI UNA UNITA' SANITARIA LOCALE

Premessa

Due sono gli elementi che possono rendere difficile l'ascolto della mia relazione:

- 1) non parlo bene lo spagnolo, ma penso che questo punto sia superabile grazie alla Vostra comprensione;
- 2) parlerò di una esperienza abbastanza recente nella storia istituzionale italiana: quella della trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) attraverso la costituzione delle Unità Sanitarie Locali (U.S.L.) più nota a tutti, dentro e fuori il paese, come riforma sanitaria che comincia in Italia nel 1980.

Come vedete è un periodo relativamente breve, ma attraversato da una moltitudine di fattori da presentarsi come un periodo molto significativo nella storia delle nostre istituzioni proprio perché nodi non risolti, problemi aperti, conflitti e tensioni sociali ad esso legati configurano questa esperienza come un campo nel quale una tale condensazione di contraddizioni segnalano un movimento che molti vorrebbero vedere già esaurito.

In una parola possiamo dire che chi come noi crede alle possibilità di cambiamento di un paese, può vedere nella esperienza che l'Italia sta facendo in questi ultimi anni nel campo dei servizi per la salute una occasione per leggere le trasformazioni ^{in un} ~~nel loro~~ doppio registro: quello storico/sociale e quello concettuale.

Il mio intento sarebbe proprio quello di parlare di questo doppio registro di cambiamento dell'istituzione sanitaria italiana e per farlo Vi parlerò della mia esperienza di psicologa chiamata ad organizzare in una U.S.L. del Veneto, la n°31 di Adria, la rete di servizi territoriali nuovi previsti appunto dalla legge che prima dicevo essere nota come legge di riforma sanitaria, anche se il suo titolo è "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale".

Per restare nel tema di questa nostra tavola, devo chiarire che l'oggetto della mia relazione non sarà il cambiamento istituzionale introdotto in Italia dalla legge di riforma sanitaria.

Questo ci porterebbe ad una trattazione molto lunga e poco pertinente alla finalità delle giornate di lavoro dedicate alla prassi gruppale.

Assumerò pertanto il quadro istituzionale italiano come contesto nel quale l'opportunità di cambiamento fornita dalla legge, ha facilitato e reso possibile l'inserimento in una istituzione socio-sanitaria, la U.S.L. di Adria appunto, di un nuovo schema di riferimento che nel nostro caso è quello della concezione operativa dei gruppi.

Più sinteticamente potremo dire che già nella legge l'U.S.L. è definita a più livelli:

- 1) sul piano giuridico/ amministrativo essa è l'associazione dei Comuni, un organo istituzionale che riunisce in una data area un certo numero di Municipalità. *di 1° grado*
Su questo versante l'U.S.L. rappresenta una prima conquista di quel decentramento amministrativo già annunciato nella carta costituzionale fin dal 1949 nel più ampio quadro delle autonomie dei governi locali (Regioni).
- 2) Sul piano operativo e di funzionamento dell'U.S.L., in quanto struttura operativa dei Comuni, è l'insieme dei presidi, degli uffici e dei servizi che devono garantire, per conto dei Comuni associati, la prevenzione, la cura e la riabilitazione sui problemi di salute degli abitanti di quell'area geografica.
Su questo secondo versante l'U.S.L. è una riunificazione, molto complessa e complicata, di strutture, enti e soggetti pubblici e privati, che fino ad allora avevano garantito per conto dello stato l'assistenza sanitaria ai cittadini.
- 3) Per superare la stretta definizione giuridica e approfondire quella operativa potremo vedere l'U.S.L. anche come un complesso sistema di parti diverse (ospedali, medicina di base, consultori pediatrici, consultori familiari, centri di riabilitazione per infanzia, adulti e anziani, servizi psichiatrici, medicina scolastica, igiene pubblica e del lavoro, igiene e profilassi veterinaria, comparti amministrativi) tenute insieme tra loro da un quadro unitario di finalità per il benessere del cittadino.
Voglio dire che le parti nominate si collegano tra loro per mezzo di un compito comune: la difesa della salute; è questo compito comune che permette una convergenza tra le diverse parti riunite nella U.S.L. malgrado la ^{loro} diversità.
Vediamo ora quale organizzazione dovrà avere una tale complessità. Si prevede che in questo sistema ci siano più sottosistemi: alcuni dominanti, che vengono chiamati distretti, altri parziali, per esempio l'ospedale.

Abbiamo appena detto che l'U.S.L. appare come un sistema perché è veramente tale: un insieme di unità in relazione, e come tutti i sistemi può essere descritto o secondo struttura o secondo funzione, dipende se si vuole privilegiare il punto di vista statico (descrittivo) o dinamico (operativo).

L'U.S.L. nella sua forma compiuta dovrebbe esaurire tutti i bisogni sanitari e sociali dei suoi cittadini, ma questo dipende dalle forme organizzative che essa si dà.

Si sceglie per esempio il distretto come modalità di ricomposizione, in una data sub/area di tutto il territorio della U.S.L., delle componenti sanitarie e sociali la cui pratica è sempre stata separata, settoriale, monospecialistica, si otterrà un sottosistema, il distretto appunto che risulta un primo ambito di pratica globale.

In situazioni di estrema dispersione residenziale (che caratterizzano buona parte del nostro territorio nazionale) il distretto dovrebbe diventare il luogo fisico nel quale le persone incontrano una rete capillare e diffusa di servizi che operano in modo integrato e comunicante proprio perché hanno compiti comuni: ricomposizione del disagio sanitario e sociale, superamento delle pratiche specialistiche, rottura dello specialismo professionale, centralità della prevenzione.

Diciamo invece che l'ospedale è un sottosistema parziale perché, al di là di essere collocato centralmente nel territorio U.S.L., opera secondo una logica settoriale, monofunzionale: la cura.

È necessario chiarire che quando uso il termine distretto intendo dire una unità operativa che si configura come il primo naturale livello di organizzazione nel territorio; una unità topodemografica.

L'équipe distrettuale sarà la "squadra di lavoro integrata" di questa unità ed avrà quale luogo del suo intervento la popolazione di quel territorio.

Un altro aspetto importante da ricordare in questa nuova organizzazione della istituzione è che, in essa convivono vecchio e nuovo.

L'Unità Sanitaria Locale infatti eredita strutture e servizi che esistevano già; la novità consiste nell'opera di orientare diversamente tutto ciò secondo gli obiettivi di riforma stabiliti, ma soprattutto secondo nuove forme organizzative.

Quando io mi sono trovata, 5 anni fa, designata istituzionalmente quale psicologa a dirigere ed organizzare uno dei sottosistemi dell'U.S.L., quello dei servizi del territorio, mi sono trovata di fronte ad un compito di organizzazione/riorganizzazione legato ad un progetto politico espresso da chi governava l'U.S.L..

Il mio compito era : riorganizzare i servizi socio-sanitari del territorio preesistenti (non dovevo fare cose nuove, ma riorganizzare il vecchio) dell'area materno-infantile e dell'età evolutiva dove esistevano dati epidemiologici preoccupanti: alta mortalità infantile, alta abortività spontanea, zona endemica per malattie genetiche.

Il progetto politico era : partire dai distretti, cioè dal territorio per dare nuova direzione all'intera rete dei servizi dell'U.S.L., arrivando ad investire del cambiamento l'ospedale.

Le trasformazioni fondamentali che corrispondono alla nuova organizzazione sono essenzialmente di due tipi:

- a) sul piano delle strutture si passa da una organizzazione per servizi centralizzati a competenza specifica (Consultorio Pediatrico, Consultorio Familiare, Medicina Scolastica, Centro Sociale Riabilitativo preesistenti) ad una organizzazione per équipes socio-sanitarie preposte ad ogni area distrettuale, con competenza su tutta l'area materno/infantile e l'età evolutiva (0-18 anni) di quel territorio (5 sub aree distrettuali ± 5 équipes);
- b) sul piano degli interventi si passa da funzioni articolate per singole attività (diagnosi precoce, riabilitazione, interventi psico-sociali ecc.) a funzioni articolate per fasi evolutive (età) in base ai problemi specifici che le caratterizzano e che comportano l'integrazione tra sociale e sanitario sul versante della prevenzione, cura e riabilitazione viste nel loro continuum storico-processuale.

7

La mia idea guida in questo processo di distrettualizzazione è stata quella di riorganizzare i servizi del territorio come reti di relazioni aperte, flessibili, capaci di interagire con altri soggetti interni ed esterni dell'U.S.L., di intervenire sui fenomeni in maniera integrata, e in grado di modificarsi in relazione ai mutamenti possibili della realtà in cui sono collocati.

Servizi insomma come organizzazione in rapporto stretto con un compito, modificato il quale, si modificano anche i servizi intorno ad esso organizzati; e non servizi come istituzione preoccupati solo a mantenere e difendere se stessi (Bauleo).

Servizi quindi come momento di conoscenza e di trasformazione delle relazioni che si creano fra i soggetti comunitari ed istituzionali intorno ai fenomeni emergenti, visti come fattori di rischio specifico per una determinata fascia di età in un territorio dato.

Detto in altra maniera il mio compito/problema era quello di creare dei servizi che, lavorando sul cambiamento, diventassero essi stessi soggetti di apprendimento.

Come avrete avuto modo di osservare molti degli elementi della concezione operativa dei gruppi erano direttamente rinvenibili, nel campo in cui io sono venuta sviluppando la mia esperienza, quali elementi costitutivi la stessa esperienza istituzionale.

In primo luogo l'istituzione come rete di relazione tra soggetti collettivi, le équipes/gruppi; istituzione quindi come gruppo di gruppi, così come la definisce Pichon Rivière; in secondo luogo la esplicitazione di un compito, sì preso dalla legge, ma assunto come progetto per la riorganizzazione delle attività e la conseguente ridefinizione dei vincoli tra i soggetti/gruppi implicati; in terzo luogo la presenza di un coordinatore - io - la cui qualifica istituzionale è appunto quella di Coordinatore Sociale dei servizi dell'U.S.L..

E tutto ciò "accidentato" in un clima fortemente connotato al cambiamento, largamente attraversato da molteplici piani di trasformazione messi in moto allo stesso momento, come si è visto in Italia nell'ultimo decennio.

E' evidente a questo punto che il mio ricorso alla concezione operativa dei gruppi si intreccia strettamente con la concezione di cui io stessa ero

portatrice. Voglio dire che mi é molto difficile stabilire se in questa situazione nascente, se in questa costituenda esperienza di organizzazione dell'istituzione io ho fatto riferimento all'ECRO per risolvere i problemi che la situazione mi inviava, o se io ho potuto vedere i problemi proprio perché portatrice di questo ECRO.

Credo che sia necessario a questo punto guardare un po' più da vicino e parlare della mia implicazione.

Per far questo utilizzerò la nozione di controtransfert così come Devereux lo propone e poiché ogni ricerca é autopertinente e mette in gioco i propri modelli di autoreferenza la storia della U.S.L. di Adria ha la fortuna (o la maledizione) di essere al contempo la storia della mia interiorizzazione dell'ECRO e la storia della sua concreta possibilità di inserzione in un contesto istituzionale.

Dirò brevemente a questo punto (per restare almeno ^{un po'} fuori del tempo consentitomi) che io ho svolto il mio compito istituzionale di coordinatore organizzando il campo della parte a me affidata con attenzione ad impostare un setting gruppale.

Da dove partire? Quale scelta operare per prima?

Sono partita dalla elaborazione di un progetto/obiettivo materno infantile, cioè da uno strumento programmatico (non tanto un atto regolamentare), che riunisce compiti ed obiettivi nuovi articolati per fasi evolutive (fascie di età) e scanditi da un susseguirsi di interventi per tradurre gli obiettivi.

Così elaborato l'ho proposto come modalità per affrontare il compito di riorganizzazione dei servizi.

In questo senso il progetto/obiettivo ha assunto il compito di "pubblicizzare" il nuovo compito, quello della riorganizzazione U.S.L. da servizi a distretti, ma al contempo era la dimostrazione di come io avevo interpretato il compito a me affidato dall'istituzione.

Poiché sempre la realtà (e soprattutto quella istituzionale) é molto più complessa di come la possiamo pensare, e soprattutto poiché esiste un latente oltre che un manifesto, la mia preoccupazione, in quanto soggetto istituzionalmente investito é stata quella di esplicitare al massimo almeno quello che mi riguardava.

Sono passata quindi alla diffusione del progetto/obiettivo, con l'intento di far nascere su di esso il più ampio dibattito possibile tra tutti i soggetti/gruppi dell'istituzione.

Rimaneva poi da investire la parte degli operatori interessata e cioè tutti quelli facenti parte degli oltre 10 servizi dell'area materno-infantile e dell'età evolutiva fino a quel momento operanti.

A loro é stato chiesto di scegliersi per costituire le 5 équipes territoriali integrate previste come unici soggetti collettivi, operativi, intervenenti nelle 5 sub/aree (distretti) in cui era stato diviso il territorio U.S.L.

Quella della reciproca scelta da far giocare agli operatori mi é sembrata l'unica modalità dal momento che per formare i nuovi gruppi, le

équipes distrettuali, si trattava di sciogliere vecchivincoli maturati tra gli stessi operatori nei precedenti gruppi dei servizi.

La "rinnovata" istituzione insomma nasceva sulle ceneri della precedente e si trattava di rispettare il più possibile nella nascita della nuova almeno il criterio del libero accoppiamento tra i soggetti che l'andavano a costituire.

I tempi sono stati:

- 1980 studio e analisi della situazione ereditata
- 1981 ideazione estesa dello strumento programmatico: fare i distretti
- 1982 diffusione del progetto e sperimentazione di una sua parte (quella delle funzioni attinenti la scuola)
- 1983 insediamento ed avvio delle 5 équipes territoriali
- 1983-84-85 : un primo triennio di attività.

Preso "possesso", ciascuna delle 5 équipes del loro territorio, la modalità di coordinamento da parte mia nei confronti di questi gruppi ha mantenuto l'impostazione originaria: create le condizioni per la nascita si trattava di stare a vedere quali elementi, difficoltà, ecc. i gruppi avrebbero proposto per la loro crescita.

Esaminerò qui tre emergenti significativi scelti tra tutti quelli che si sono sviluppati nel triennio, voglio dire che i tre emergenti sono emergenti di un arco di tre anni.

1° Emergente

Le diverse équipes distrettuali utilizzano come pronome personale il "noi" (indicando così la loro appartenenza) di fronte ad un "Voi" che significherebbe l'istituzione o i suoi membri, in questo caso io.

2° Emergente

Le diverse équipes distrettuali sollecitano permanentemente, ma senza riuscire a specificarla mai, la formazione nelle sue molteplici forme, individuale, di gruppo, per singole categorie professionali, ecc.

Ogni richiesta fatta a loro ha come unica e ripetuta risposta la formazione.

3° Emergente

Sotto una motivata richiesta di stabilità istituzionale - diventare di ruolo, uscire dalla precarietà - appare da parte delle 5 équipes la richiesta più volte esplicitata, che l'istituzione deve loro un riconoscimento della fatica realizzata nel cambiamento da servizio a distretto.

Opinione interpretativa

Presi, questi tre anni, come un continuum, è chiaro che il primo emergente si riferisce ad un problema di ubicazione, un tentativo di stabilire che è chi e dove?

Nel secondo emergente la formazione appare come unica difesa che segnala che sono nel precompito giacché le domande di formazione si presentano senza nessuna organicità e anche senza sapere a che cosa la formazione doveva servire.

Il terzo emergente è un primo punto di confluenza, infatti il problema esplicitato con maggior chiarezza rimette ad un problema di identità, voglio dire che la domanda latente è: in che ^{cosa} ~~modo~~ ci siamo convertiti nel passaggio da servizio a distretto?

Mi fermerei qui, solo sottolineando un ^{ultimo aspetto} ~~ultimo aspetto~~: spero possa apparire chiaro che con questa mia relazione ho inteso indicare, o segnalare, non tanto un modello di organizzazione della istituzione, se non che il processo che un'istituzione vive quando si organizza (detto meglio, quando intende modificare la sua organizzazione).

febbraio 1986

Lia Lucato -

MODELLO DI SVILUPPO SISTEMATICO

1^a

FASE:

PRECEDENTE

LA RIFORMA:

SERVIZI

--	--	--	--	--	--

2^a

FASE:

ATTUALE

3^a

FASE:

RIFORMA RE

ALIZZATA:

DISTRETTO



MESA 12 : GRUPOS OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES



PRESENTACION MESA 12

Rosa Busturia Jimeno

GRUPOS OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES

El título de la mesa que vamos a trabajar hoy, se titula Grupos Operativos en las instituciones. A modo de introducción, quisiera señalar, que este tema, este título, a primera vista parece presentarse, claro, concreto, y recortado. Ahora bien, si nos detenemos un poco más en el título, no parece que insertar grupos Operativos en las Instituciones sea un proceso mecánico y simple por tanto. Me explico. Por un lado, sabemos que en las Instituciones ya conviven individuos, que organizados en grupos se interrelacionan entre sí. También sabemos que las Instituciones tienen una función que cumplir, que lleva a cabo a través de una organización específica.

Por otro lado, sabemos que nosotros cuando instalamos en las Instituciones un Grupo Operativo, también tenemos un objetivo que cumplir—la tarea—, y también con una forma de funcionamiento específica.

Cuando todos ellos se encuentran en una Institución concreta, y en un tiempo de trabajo determinado, Parece obvio que en "algo", deben unos a otros afectarse .

Este es el panorama que tenemos hoy para discutir. Los compañeros nos irán informando de distintos aspectos del mismo, que posteriormente, tras el descanso, discutiremos.

Rosa Busturia Jimeno.

" Grupo, sujeto e Institución "

Rafael García-Villanova

INTRODUCCION

El título de esta ponencia es: grupo, sujeto e institución. Esta centrado en estos conceptos tratando a demas dos aspectos subtulares que especifican el tema. La organización de la institución y la coordinación de grupos respecto a ella. Tratará de reunir en una pertinencia aspectos de diversas áreas científico-literarias, y por ello procurará una visión interdisciplinaria de un tema de interes reconocido y de importancia progresiva. Quisiera dejar bien claro que el objetivo concreto es el de problematizar.

GRUPO SUJETO E INSTITUCION:

LA COORDINACION Y LA ORGANIZACION.

Durante un proceso de institucionalización se inicia una despersonalización de los miembros, en especial de los miembros fundadores, ^{por el que} empiezan a aferrarse a lo que hacen sin nombrarse como autores y a desplazar esta autoría hacia un referente colchon que no es otro que el ente abstracto en el que trabajan.

La institución se hace acreedora de una objetividad sobre la que se deposita el peso de las responsabilidades; es el lugar receptor de un desplazamiento.

Al no haber yo, ⁽¹⁾ el interés (inter-esse) real por el que fue levantada la hace aparecer ante el público como una entidad neutra que juega con lo grupal transformándose en un invisible.

La institución crea así un silencio de hecho, una formalidad capaz de absorber la coherencia del yo individual, cuya sustancia tiene que ver con la lógica de las identificaciones, mediante la cual el yo se deshace como deseo para ilusionarse más tarde a través del rol.

La primera experiencia de la institución en el campo social es la de sintetizar su sentido en un anagrama. Se inscribe en un campo gráfico simplificado que después será descrito por los consumidores según la representación de sus necesidades, lográndose así una primera aproximación a su objeto (lo social), más allá de su presencia.

./.

Pero esta primera instancia no es pasiva sin embargo. El anagrama es una síntesis concreta que permite diversas remisiones. (2) envía significado en este plano de sustitución de la presencia a través de una permutación de elementos significados, como en una inversión que conduce progresivamente desde la lectura nuestra al campo desiderativo de los fundadores. Si tomamos por ejemplo el caso de una institución de beneficencia, la gratuidad de sus servicios introduce al público en la felicidad de un no compromiso aparente, en una ausencia de recargo cuyo efecto secundario es la captación de ese mismo público y su articulación en ella, en niveles de oralidad y de satisfacción en los que quedará fascinado. El contradón permite contrarestar la agresividad que todo regalo transporta como un secreto, ya que la fecalización -devolución- que positiviza el dinero -por ser abstracto-, introduce en un nivel de relación entre el público y la institución por mor del cual cada uno refuerza el grado de su independencia.

El efecto semántico y psico-social de una institución es el de una respuesta sin pregunta. Está ahí y estableciendo una dimensión simbólica (de articulación), en la que cada ciudadano reconstruye su propio sentido, su para que y la justificación de su yo, en la recojida y composición de lo que esta le supone. La institución es una emisora de signos polarizados en órdenes homólogos a los que el individuo conecta su deseo, órdenes éticos si es de justicia, ético-morales si es de salud o religiosa, productivos si es de producción de mercancías etc.. (3)

La relación entre esta y la sociedad se lleva a cabo en términos de relaciones sentimentales por las que el deseo se ancla en lo social, adhiriéndose a los valores y mediante las creencias y las imágenes gratificantes y no siempre conscientes, que forman la base de la unión de los adeptos en el plano ambivalente del interés/deseo,

en las que el individuo en la recogida de los signos se constituye como miembro imbricando en ella su laberinto interior.

Socialmente es imposible saber que es consciente y que no lo es. Hemos de distinguir que la institución no tiene solamente una expresión semiológica y lingüística según hemos visto que produce el anagrama. El aquí y el ahora, implica una ineludible existencialidad en las relaciones grupales que la sustentan, y que es una realización en la práctica de la composición grupal también de la sociedad.

Por su lado remoto, la institución se levanta según el modelo general de posibilidad que facilita el código de la cultura y la civilización. Concebir así la realidad social es concebirla bajo su ley interna por la cual el efecto lo es de la causa y proporcional a ella.

La institución es ^{per se} causa de grupos y efecto de ellos. Su dinámica de nacimiento, desarrollo y desintegración, provoca un resto de vital importancia si se toma el apriori espacio-temporal de la historia, como un fundamento que no puede no efectuarse en su interior determinando fantasmáticamente la tematización de su futuro. (4)

Pero es por esto y porque el emergente verifica la estructura, por lo que un grupo fundacional ha de entenderse como una materialización de lo continuo subyacente, una manifestación de esa playa sin orillas que es la estructura del socius y su historia, y en la cual flotamos como los grandes peces en el mar. (5)

¿Que es lo que congela el deseo del grupo?, ¿que hace de este fenómeno social/grupal una pieza uti?. La organización. Esta

media entre el grupo y su producción, descompone la coherencia y respecto al deseo se abre en forma de principio de realidad expresando esa consciencia que recibe al yo perdido antes, mediante el desempeño del rol. Se efectúa por reglas, reglas que son un soporte de los medios útiles para que se de un estado de poder, y que permite el abordaje de una analítica de las catexis preconscientes de deseo de transgresión y de reencuentro con el embrujo del objeto ilusionado.

Pero la organización es socialmente importante desde un punto de vista cuasi antropológico, en cuanto dispositivo de orientación del comportamiento, que confecciona la normativa gestual y de trato ceremonial conforme al modelo general de rito sin mito tan frecuente en el capitalismo. En este sentido la organización es la rotura de un infinito y tiene igual lógica que las técnicas globales de mantenimiento equilibrístico del sujeto en el orden pragmático de la realidad, como es el caso de la arquitectura o el vestido por ejemplo. Es al mismo tiempo la interrupción del sentido y su fundamento, funciona convirtiendo ciertas prácticas rutinarias en ciclo y que constituye parte del proceso desiderativo interno y del productivo externo. La base del progreso ascendente del individuo en la institución, cobra significado en la identidad entre el lugar social que contiene su yo -su referente-, y la interiorización del organigrama.

./.

Sujeto, grupo e institución se encuentran envueltos en una dimensión política del deseo y en una dimensión desiderativa de lo político que hace básicamente inestable a la institución, se trata de una implicación de ordenes antagónicos y paralelos que involucran a la libido y a la ideología y cuyo desnivel actuarial como un veneno, que la dejaría descoyuntada e inútil. La práctica de la coordinación nace pues de su sentido, redundando en una disminución de las tensiones ansiógenas, tanto como en un nivel político de estabilidad y de presencia de fines. La concepción operativa de los grupos atraviesa el campo racional del proceso capacitándolo para un orden de elaboración sin el cual la institución temblaría violentamente. Los trabajos iniciados por Pichon-Rivière y prolongados por Armando Bauleo en el ámbito comunitario contribuyen a introducir una analítica de este proceso espontáneo y a generar una tradición ordenada en la conexión crucial de estos vectores organigramáticos y grupales. La coordinación respecto a la institución, conjura el dominio estricto del organigrama que congelaría el funcionamiento estancando lo grupal en lo imposible de su omisión; compaginándose así el orden formal o vertical con el informal societario y grupal, o sea, el orden desiderativo mítico de la respuesta sin pregunta con su entronque en el otro orden ritológico del interés. La coordinación aplicada al ámbito formativo de la enseñanza o de la investigación interdisciplinaria, facilita la convergencia cardinal de esquemas referenciales distintos. En este último caso reduciendo al sujeto que profesa el saber, capacitando al mismo tiempo una práctica empirista que doblega el formalismo purista que toda ciencia parcial introduce en el objeto como una significación más.

./.

(1). -El yo es un continente depositario, un testigo y un implicado. En la medida de su enfrentamiento con el mundo social del que procede, estará a favor o en contra de los acontecimientos. El señor es el dueño del siervo, el esclavo es el que no tiene yo. El yo es un concepto que remite a una parcialidad que necesita un predicado, un quehacer o una reflexión por la cual se articula con otro o con otros. El yo se enuncia en una fractura del sentido, se completa con otra parcialidad por la cual al menos por ahí, serán ya -sujetos-.

El interés significa separación de seres y de trato entre ellos. El campo del deseo es directo en el individuo y discontinuo entre individuos. Es una dimensión social de la ontogenia que funda el campo libidinal social a través de las identificaciones con los valores y las adscripciones a las instituciones.

(2). -La representación hace a la presencia ya que el lenguaje y los signos son arbitrarios (respecto al referente). El valor pragmático que es directo en la presencia se transfiere al signo, trasladando el control ritual de los movimientos al control mental de los pensamientos. El signo o el anagrama son pues, una condición para lo contingente y modulan la voluntad y el deseo que ellos mismos crean.

Toda remisión es una exploración producida por el rasgo de ingenio que es el espejo en sí mismo. Tanto la lingüística con su significante/significado, la psicología con su latente/manifiesto y otros varios conjuntos de pares, se han desarrollado por la tradicional división entre cuerpo y alma o naturaleza y cultura, desarrolladas por la religión y la antropología respectivamente; los conjuntos de pares se basan en que la diferencia es creadora de sentido, esto es, crean una amenaza en cuanto que su rotura implica la salida del carácter de coherencia que se le atribuye a la realidad. Su validez es por esto impositiva ya que la entrada en delirio no es la dislocación entre los dos mitades del conjunto sino la rotura de ambas con el referente. Los anagramas mantienen dos presencias, una la del individuo en lo social y otra la del individuo en la realidad. (esta se funda en la ecuación: referente/signo).

(2).

(3). -Los valores tienen su origen en un fisiocratismo moderno y cualitativo el cual la naturaleza es el grado cero de la verdad, -verdad sin intención y sin historia-. Los valores son siempre un signo (cultura) que se adscribe a la materia como una función de la misma, o sea, hacen pasar la naturaleza a lo social a través de extraerle una pragmática, un uso dentro de una finalidad transitiva o de progreso y hacen pasar lo social a la naturaleza a través del pensamiento ideológico. La naturaleza es el objeto deseado de estos, y de ella hacen derivar el efecto de perpetuidad con el que nacen. De la cultura a la naturaleza se pasa por ejemplo con los métodos anticonceptivos naturales o el pan integral, y a la inversa, se puede levantar sobre la convención algo que es natural como es el caso de la regla, ya que este ciclo testarudo y lunar de la mujer es una ley de la fertilidad; su algoritmo permite su control por mor del conocimiento y si la llamamos regla, es para que no se pierda en el confin de la mujer y para soñar que puede sernos posible a los varones como ocurre con el parto en la cova. La ley es intransgredible la regla no, la mujer es insuplantable lo femenino no.

(4). -El fantasma es del regimen latente de lo potencial. En este regimen es imposible el reposo ya que no hay muerte total sin muerte de lo potencial tambien. Lo que no está en acto es un condicionante de ese acto, un estado pre en el que hay conjugadas unas condiciones, una suerte que conjura la contingencia del acto estableciendo sus condiciones de posibilidad, o sea, tematizando el futuro como un horoscopo (thema, atis).

(5). -"Por la manifestación de la fuerza lo interno se da a la existencia". Hegel

(6). -El estructuralismo es una meta ideología fundada en la significación de uso que tiene el espacio y el tiempo, a los cuales comprende por captura (deteniendolos). La función de uso del campo del análisis es tambien la justicia de su necesidad, en cuanto que interrumpe el proceso dinámico introduciendole sentido y haciendole pasar al campo funcional, mediante el termino ley al cual responde tanto la naturaleza como la cultura. La ley es un

(3).

concepto sin representación o un mito sin rito o una respuesta sin pregunta, nivel simbólico del acuerdo por el cual el mundo está a la altura de las circunstancias historico-narrativas que dan cuenta de él. Son mitos sin rito aquellas versiones ideológicas que no necesitan ceremonial (aparte del discursivo), como los refranes o los conceptos. Mitos con rito son los modelos metodológicos de la ciencia por ejemplo, y ritos sin mito son aquellos actos que inician un comportamiento específico modificando desde entonces la representación del mundo que tiene el sujeto, como es por ejemplo el primer beso romántico de dos quinceañeros.

(7). -Con el encuadre se garantiza la finitud de los términos en los que se llevará a cabo la observación y la intervención, por parte de los terapeutas y los coordinadores, estableciendo un soporte sobre el cual puede pensarse la dinámica horizontal, en la que lo grupal se impone como aparato teórico. El encuadre y la organización tienen un fundamento homológico al producir una realidad que casa con la estructura profunda de lo social-grupal.

"GRUPOS OPERATIVOS EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS"

**Ponencia a la Mesa "Grupos Operativos en las Instituciones"
de las Jornadas LA PRAXIS GRUPAL.**

Madrid, 7 y 8 de Marzo/86

Federico Suárez Gayo
Psicólogo Social

Tuve oportunidad de realizar un trabajo institucional en una Residencia de Ancianos de la provincia de Madrid durante - poco más de un año y que consistió fundamentalmente en la coordinación de Grupos Operativos. Creo que la experiencia puede aportar algunos elementos a la discusión sobre los efectos que pueden producirse en una Institución como consecuencia de la - introducción en la misma de un dispositivo grupal.

He estructurado la exposición del siguiente modo:

- 1- Esbozo de la problemática institucional observada al comienzo de la experiencia.
- 2- Desarrollo del trabajo grupal.
- 3- Modificaciones observadas a nivel institucional después de la intervención.
- 4- Discusión sobre los efectos, que espero hacer con Vds.

La Residencia es una de las 10 que la Comunidad Autónoma administra dentro de la provincia de Madrid. Está situada a -- unos 40 Kmt. de la capital y a 1 del pueblo más próximo.

Se encuentran allí viviendo cerca de 400 ancianos y hay -- unos 175 empleados. La Residencia tenía cuando llegamos (1980) siete años de antigüedad. Es una institución total (en el sentido de Goodman) confortable, muy lujosa y dispone de aparta-- mentos individuales para cada residente, con excepción de 16 -- habitaciones dedicadas a matrimonios.

Para conocer la problemática de la Institución entrevista mos a todo el mundo por pequeños grupos. Por decirlo en una -- frase, todos tenían problemas con todos.

El personal encontraba dificultades en el trato con los ancianos. Por lo que pudimos ver, estas dificultades o problemas de rivaban de la constatación de que el estricto cumplimiento de la labor para la que habian sido contratados no era suficiente para que todo marchase satisfactoriamente. El personal se siente exigido a hacer "algo más", a atender al anciano en otros planos o aspectos -no estrictamente de atención material, como por ejemplo escucharle- que no están institucionalmente reglamentados. Por ello se encuentran ante una ausencia de criterios o directrices claras para saber qué hacer frente a aquella "exigencia". El mantenimiento de esta situación llena de "ruido" la comunicación con el anciano y contribuye a la instalación de muchos malentendidos.

Pero además, esta ausencia de criterios, este sentirse liberado el personal a su buen entender para afrontar las situaciones cotidianas que les plantea el trabajo, tiene como consecuencia un deterioro en la relación profesional con el compañero (y en consecuencia una degradación también en la relación personal): al no saber con certeza a qué atenerse, ante un hecho concreto, la actuación de uno puede ser contraria a la de otro u otros, originándose así una fuerte competencia...

Acosado por las exigencias de los ancianos e incapaces de evitar los enfrentamientos con ellos, el personal se siente además desprotegido por la dirección que, en realidad, tampoco sabe cómo intervenir en esas situaciones.

Por lo que se refiere a los ancianos, estos vivían en el mayor aislamiento e incomunicación. La situación personal de la inmensa mayoría de ellos, al haber sido abandonados por la familia, se veía fuertemente agrabada en la Residencia por la inexistencia de actividades o proyectos a los que incorporarse. Con ello el anciano se veía encerrado -enterrado- en un apartamento del que, si no lo deseaba, sólo tendría que salir para comer. En consecuencia era la pasividad el rasgo dominante en

la vida de los residentes, y la comunicación entre ellos era rumor y crítica negativa.

Esta incomunicación aislaba, pero a veces también protegía, porque cuando entre algunos residentes se daba una mínima amistad se originaba una fuerte dependencia. Era como si cada uno tuviera que protegerse de ser invadido por los demás. Era tal la necesidad afectiva que si dabas un poco de atención a alguien, luego no sabias cómo sacártelo de encima. (Esta problemática es en parte la misma que tenia el personal con los ancianos ante el atenderle en sus necesidades afectivas).

A partir de la observación de esta problemática organizamos un plan de intervención que consistió en el ofrecimiento al personal de un espacio grupal para profundizar en el conocimiento y análisis de su problemática. Dentro de este mismo plan — pensamos intentar con los ancianos la búsqueda de tareas comunes, entre ellos mismos y con nosotros, para trabajar grupalmente. Se hicieron varias convocatorias a los residentes que permitieron organizar algunos grupos con ellos, pero el principal problema al que tuvimos que dedicar toda la atención era que la mayor parte de los ancianos sólo aceptaban con nosotros una comunicación individual, no grupal. Pensamos entonces varias estrategias cuyos resultados no pudimos llegar a verificar por la finalización del contrato.

El personal, en cambio, aceptó nuestra propuesta y un 70% de la plantilla fué incluida en grupos. Organizamos un total de 11, que se reunieron una hora y media cada 15 días, durante 8 meses y cuya tarea fué la "problemática que tienen como trabajadores de una Residencia de Ancianos". Había, además, un grupo mensual al que acudían uno de los miembros de cada uno de estos 11 grupos, rotativamente, para intercambiar información, opiniones, etc.

Por lo que se refiere al desarrollo de los grupos, no me resulta posible en este trabajo explicar con suficiente detenimiento el proceso dinámico de cada grupo, ni mucho menos intentar una lectura del movimiento global de todos ellos. Haré un esbozo de las temáticas más significativas y una somera descripción general de su dinámica.

Al poco tiempo de comenzar los grupos fuimos vislumbrando una fuerte problemática latente que venía producida por el contacto cotidiano con los ancianos. Esta relación cotidiana provocaba en el personal una serie de ansiedades y miedos. Leo emergentes: "miedo a la muerte", "miedo a la soledad", "miedo a la enfermedad", "miedo al deterioro físico y psíquico", "miedo a la pérdida de seres queridos", "miedo al abandono familiar", "miedo a ser como éstos".....o sea, miedo a que les pueda ocurrir a ellos lo que veían en los viejos.

El conocimiento de que existían estos "miedos atroces", como los denominamos en la supervisión, permitía comprender mucho mejor la problemática manifiesta antes expuesta. Pero no resultaba fácil hablar de todo este afecto en juego. En algún grupo era fuertemente negada la existencia de este tipo de "temores"; en otros, cuando comenzaba a explicitarse el afecto ligado al trabajo, se provocaba tanta ansiedad que dejaban de reunirse por algunas sesiones; otros grupos me plantearon directamente un pedido de terapia.....

Los temores que aparecían eran al desbordamiento, al no poder controlar la situación depresiva, o a quedar atrapados por ella. Necesitaban que los grupos fuesen lugares muy contenedores de toda esta ansiedad, y creo que en eso se fueron transformado poco a poco. En esta línea cabe entender, por ejemplo, la asistencia a los grupos, que de ser muy variable en los primeros momentos se fué posteriormente estabilizando hasta hacerse constante.

De otro lado, y paralelamente al surgimiento de estos — "miedos atroces", se hablaban en los grupos de otras problemáticas —por ejemplo problemas laborales de turnos, vacaciones, organización de los servicios, etc.— frente a los cuales no se hacía nada —plantearlos a la dirección, acudir a los comités de trabajadores, etc.—. O sea, aparecían problemáticas diversas — que no podían ser discriminadas. Era como si los "miedos atroces", este latente, funcionasen como un tapón que no permitía comunicar y resolver otras problemáticas porque no se podían — discriminar de los "miedos". El afecto puesto en ellos resultaba paralizante de estos otros problemas. Gracias a la elaboración que iban haciendo los grupos de la problemática latente, fué posible ir discriminando y esclareciendo estos otros problemas y temas de tal manera que se pudiesen ir articulando soluciones. En los últimos momentos del proceso grupal ya se planteaban cuestiones laborales para las cuales se planificaban — gestiones a realizar cuyos resultados eran luego informados al grupo.

Así estaban las cosas cuando los grupos terminaron.

Tendría que decir algo sobre cómo fué desarrollándose la problemática de los "miedos".

Fuó un proceso de discriminación. El compromiso afectivo que el personal sentía con los ancianos era, antes de los grupos, paralizante. El personal quedaba pegado a una situación — que no sabía cómo resolver, de la que no sabía cómo distanciar se. El bloqueo que producía era tan fuerte en ocasiones, que — se necesitaba dramatizar la situación en los grupos como modo de traerla para poder luego hablarla y pensarla.

Poco a poco se fué viendo que en esa dificultad para ver las situaciones con un mínimo de distancia jugaban elementos — tales como situaciones familiares parecidas; problemas personales para responder a demandas de afecto; identificaciones con los residentes por su soledad, por ejemplo en empleados ya — próximos a la jubilación o viudos y viudas recientes; culpas — de algunos por sentir deseos de desembarazarse del padre enfermo, etc., etc.....

O sea, no podían tomar distancia de los problemas que — veían en los ancianos porque de otro modo y por otros caminos eran también problemas suyos no resueltos. Y los grupos hacían aflorar estas situaciones.

Cuando se podían discriminar estos problemas, o sea, entender que el problema del viejo era uno, el suyo personal otro, el que tenían con el compañero otro distinto, pero que a su — vez ellos confundían porque los desplazaban y se transformaba todo en un único problema: la relación con el anciano; a medida que se daba este proceso fué cuando, como dije antes, era — posible, por ejemplo, abordar cuestiones laborales que ya parecian solucionables.

Los grupos terminaron. Fué muy interesante para mi ver cómo cada grupo había hecho su propia elaboración de toda esta — problemática y ver cómo habían llegado a diferentes niveles de resolución de la misma.

Terminaron los encuadres con los empleados todos a la vez, después de una evaluación general que se hizo de toda la experiencia. Y nos quedamos sin nada que hacer con ellos. Pero esta sensación de vacío apenas tuvimos tiempo de sentirla mucho por que rápidamente se abrió un nuevo espacio con los trabajadores en el que nos incluimos: un equipo multiprofesional. Durante — los dos meses que nos quedaban de contrato nos reunimos periódicamente con él.

Entonces, la constitución de un equipo multiprofesional — en la Residencia fué una de las modificaciones observadas después de la intervención. Lo otro que mencionaré fué la creación de un Boletín informativo de los residentes, cuyo primer número apareció el día siguiente al que nosotros abandonamos la Residencia definitivamente.

El Equipo Multiprofesional se organizó cuando finalizaron los grupos. Pero con anterioridad a esto se venían dando contactos entre algunos sectores muy determinados del personal para cosas muy concretas y puntuales, pero que no llegaban a constituir espacios estables. Además, todo el personal (también la dirección) concebía la idea de que "coordinarse" era una cosa buena. Pero no pasaba de ser una idea. Así, pensamos que lo que hicieron los grupos fue facilitar al personal unos espacios para reunirse a hablar de su problemática, o sea, comunicarse. - Como fruto o efecto de esa comunicación (re)establecida se dió la posibilidad de cuajar una organización nueva de sus relaciones profesionales.

Con el Boletín lo que pasó fue esto: se concretó la idea y se decidió impulsarlo en el curso de unas reuniones mantenidas entre el personal y los ancianos....(cosa insólita). El deseo de que los ancianos hicieran o tuvieran un Boletín no era de ellos sino del personal, pero el Boletín no habría sido posible si los ancianos no lo hubieran apoyado. Lo apoyaron porque por primera vez fueron llamados a participar en algo que se preparaba para ellos y a organizarlo. En esto consiste lo insólito: aunque yo siga pensando que los viejos no saben lo que quieren y aquí estoy yo para decirselo, sin embargo puedo concebir que existen y que se les puede pedir que participen en algo. Los ancianos agarraron esta posibilidad de comunicación que se les ofrecía.

Creo que si cabe mencionar algún efecto institucional del trabajo grupal éste fue el establecimiento de ciertas posibilidades de comunicación entre todos ellos (residentes y personal). El Equipo y el Boletín son una expresión de estas posibilidades.

La exposición del trabajo termina aquí.

Para discutir con Vds. quiero plantear dos cuestiones que me quedo pensando.

1- Un problema terminológico o de precisión. Yo hablé de modificaciones observadas para referirme al Boletín y al Equipo, y llamé efectos de los grupos al mejoramiento de la comunicación institucional. Si esta discriminación es apropiada lo discutiremos ahora. A mi me ha servido para señalar que lo que los grupos hacen es poner en marcha un proceso de cambio en los sujetos que luego tiene, una vez finalizados los grupos, repercusiones, consecuencias o extensiones fuera de los mismos en otro nivel: el institucional.

En esta Institución y en ese momento, estas consecuencias fueron el Equipo y el Boletín porque el problema de la Institución era la comunicación.

2- Una situación contratransferencial. Los efectos que se produjeron en mí por los efectos que produjeron los grupos.

Plantearé un doble problema de poder y control.

Hay efectos institucionales del trabajo grupal capaces de modificar la estructura organizativa de la institución. Los grupos son un instrumento poderoso y creo que esto es percibido así por las instituciones. Yo me quedé sin trabajo porque no se hizo la renovación prometida.

Aquí entra el problema de control. La compañera -Ma José González, presente en la mesa- me enseñó una expresión que me permitió pensar esto un poco. Ella habla de "efectos posibles".

Es decir, los cambios posibles que la institución puede tolerar en su interior. Pero si la consecuencia es que yo me quedo en la calle ¿tengo que pensar en un control de esos efectos?.

Por último, ¿es posible controlar los efectos de un grupo?

La compañera, de nuevo en mi auxilio, habla de "gestión de los efectos". Aquí le cedo la palabra y espero gustoso el diálogo con Vds.

Federico Suárez Gayo

Marzo/86

**"El proceso de constitución y los efectos de los
grupos operativos en las instituciones"**

María José González Gutiérrez-Solana

EL PROCESO DE CONSTITUCION Y LOS EFECTOS DE LOS GRUPOS OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES.-

Quiero hablarles de algunos efectos de los G.O. en las Instituciones para poder entender mejor los pasos que nos parecen necesarios en su constitución.

Voy a exponer algunos puntos de la gestión teniendo en cuenta el trabajo realizado en 1.983 por Rosa Busturia y yo titulado "aproximación a la función del gestor desde el esquema de la Concepción Operativa de Grupo" y que supongo, algunos de Vds. conocen.

Es obvio que para instalar un Dispositivo Grupal hemos de pensar antes en las características de la demanda (qué, quien, para qué, en cuanto tiempo etc) las características de la tarea en ese tipo de Institución y en esa Institución precisa y en las razones que justifican la forma de trabajo en grupo operativo en ese caso.

Naturalmente que damos por sentado que ésta forma, el Dispositivo Grupal, es una elección entre varias posibilidades:

- trabajo con entrevistas grupales
- grupos de discusión
- seminarios teóricos con información y discusión etc.

Queremos señalar por tanto que no se trata de implantar el Dispositivo Grupal si ésta no es la forma conveniente a las características de la demanda y al momento adecuado del proceso con la Institución. Si obviando estas respuestas, se mantiene, o se insiste, creemos que remite a una forma de actuar del técnico, que de manera compulsiva trabaja con técnica operativa en cada ocasión que se le presente, sin escuchar si corresponde como respuesta adecuada.

Si decíamos en el artículo mencionado, que un efecto de la gestión era posibilitar determinados trabajos grupales, tanto como evitar otros, hoy es necesario avanzando mas, analizar los efectos que conocemos de esos G.O. en las Instituciones, con lo elaborado desde otro lugar de escucha, la supervisión, para añadir algo mas que avale la práctica grupal desde esta teoría operativa.

Hay dos lugares de efectos que podemos diferenciar.

1- el que se refiere mas específicamente a la Institución y a los problemas que se crean al desarrollar un G.O. en su espacio.

2- los que se refieren especialmente al equipo técnico, soporte de esa práctica y que aparecen en la relación establecida en el espacio institucional.

Me gustaría que pudieran ser tan diferenciados, pero temo que a veces en esta exposición aparezcan mezclados en la medida que, en algunos casos uno se da como efecto del otro, o pueden aparecer simultáneamente.

Quiero empezar por alguno de esos efectos que se manifiestan como rechazo.

Con frecuencia la Institución ante un D.G. actúa:

o -como desconociendo su propia demanda ¿un grupo así?

-el G.O. y su práctica, encuadres, tarea...setting.

-los resultados a que un G.O. puede llevar y que parece supuso dentro de un límite controlable, por eso rompe encuadres etc.

y también con frecuencia esto que se presenta así, no se trabaja por el equipo de Psicología Social (la Institución tiene que saber...) y se recibe como lo que es un mecanismo de rechazo. Pero esta dificultad hay que intentar solucionarla, no solo porque este efecto impide el trabajo grupal a este equipo, sino porque como tal efecto perdurará e impedirá volver a trabajar con un D.G. en esa Institución.

Para ver esto podemos partir de la situación en que se crea: pensemos como un equipo de Psicología Social (o un técnico) entra en una Institución (entendida en sí misma como una relación intergrupala) teniendo como bases teóricas, entre otras, aspectos de teoría contrainstitucional. Sabemos, por decirlo muy someramente, que determinados aspectos institucionalizados como: las relaciones jerarquizadas, los discursos estereotipados, las funciones rígidamente mantenidas etc. crean patología en los sujetos que a su vez soportan estos aspectos institucionalizados como defensa.

Es lógico suponer que algunas dificultades van a surgir ante esquemas tan opuestos:

a- el de quienes necesitan mantener esos aspectos en la Institución aunque pida algunos cambios

b- el de quienes se acercan con un E.C.R.O. desde el que pueden analizar esas dificultades que se dan en la relación institucional.

Y conseguir acercar ambos discursos Institución-técnicos permitirá intervenir sobre ese importante desconocimiento que impedía el trabajo con un D. G.

También sabemos que en muchas demandas institucionales se espera una respuesta omnipotente por parte del equipo técnico de Psic. Social "Con su intervención se va a cambiar...."

De nuevo, si esta relación no se aclara se va a dar como efecto una dificultad en la comunicación Institución-equipo que deja fuera el D. G.

Son ellos, los técnicos los depositarios de esa magia, no importa tanto el encuadre de trabajo, en este caso el G.O. Por eso creemos que las resistencias aparecerán como las dificultades para articular ese espacio, el G.O., dilatando el tiempo de comienzo, informando de otros problemas de la Institución en los que no se va a intervenir etc. Y esta especial dificultad, resulta más llamativa en aquellos casos en que la demanda de trabajo aparece especificada en torno a temas de "la comunicación" "problemas en la comunicación" etc. Parece ahí más manifiesto que hubo un deslizamiento en la transcripción de la demanda ya que por los efectos, la comunicación que interesaba era con los representantes institucionales, pero justo con ellos no se encuadró el trabajo de grupo.

Pasando a los efectos en el desarrollo de la propia técnica vemos que: esta técnica operativa y el discurso que conlleva rompe la forma habitual de relación que se da en las estructuras de los establecimientos sociales. Si pensamos en una Institución hospitalaria (con A.T.S., médicos, Auxiliares, A.S. etc) la implantación de un D.G. interprofesional va a obligar a pensar en un cambio de esa estructura social establecida, lo que conlleva acercarse al menos a un fenómeno de desconcierto. No es una reunión asamblearia donde aparentemente todos puedan hablar, ni una sección sindical donde se supone que la actividad concierne a todos los que están interprofesionalmente pero con sus diferencias de rol/función. En el G. O. se da un discurso el de los integrantes al que tiempo que se incluye la interpretación y el señalamiento de la coordinación.

Además cada miembro pasa de la categoría determinada por su titulación y función a otra categoría: la de persona integrante de G.O., igual a los otros, con lo que se va a romper eso que la Institución encuadra como una forma de relación. Pero esto puede producir de nuevo un efecto de rechazo por ese cambio que va a significar no pensar únicamente desde su rol/función, naturalmente

naturalmente que pasar al significativo sujeto implica el registro de los afectos. Pero quiero volver avanzando un paso mas.

Hay un juego con el tiempo y la tarea.

El tiempo del grupo no es el de la Institución, y va a surgir como un parentesis aparentemente desgajado del tiempo específico del trabajo en la Institución.

Este sentido del tiempo que va a tener su correspondencia de significación interna (tiempo interno) del sujeto, en el que pensar la tarea implica también el registro de los afectos en el G.O. va a permitir aun mas ese aparente efecto de desconcierto.

El tiempo y la tarea en el trabajo del G.C. no tienen en principio que ver con los objetivos específicos de la propia Institución, es frecuente que la demanda sea la inversa de su trabajo específico.

Asi, en el campo sanitario con su tarea manifiesta curar, surgen demandas de aprendizaje en distintas cuestiones, con lo que parte de su tiempo puede verse transformado en un tiempo de aprendizaje pagado por la Institución y trabajado con técnica operativa. O en la Institución escolar, desde su manifiesto enseñar, se transforme para el equipo docente en un espacio para aprender o solucionar conflictos, con las dificultades que esto va a producir.

Choca con la identidad del sujeto en su relación institucional, especialmente si el G.O. lo hace una parte del equipo de la Institución, o una parte del personal de una planta hospitalaria como ej. En el G.O. se produzcan momentos de confusión, de ansiedad, de regresión etc. que si no se resuelven en el espacio grupal, pasaran a la relación institucional ~~como~~ y se articularan por tanto como ruptura del trabajo grupal.

Si además se quiere mantener el D.G. en esa relación interestamentos de la que antes hablabamos y en Instituciones con fuertes estructuras estamentarias, sabemos que no va a poderse mantener porque el efecto será explosivo. Es mas pensamos que no es conveniente intentarlo por los efectos negativos que va a tener.

Habría que pensar en lo que si puede permitir utilizar la propia estructura en funcionamiento por estamentos. ¿Trabajar 1º con un solo estamento? ¿Continuar una tarea entre dos estamentos?... para poder ver esos aspectos de cambio que seguramente corresponden a tiempos mas dilatados, en los que también debe esperar el técnico de Psicología Social.

Sabemos que el G.O. se presenta con su encuadre rígido, como desen-
cuadre de la Institución, ~~también como~~ ^{surgen} preguntas de la Institución
acerca de esa diferencia de discurso que el Grupo permite, en el
espacio dado, donde pensar "que estamos haciendo en esta función,
con este rol en esta Institución" tiene unas respuestas distintas
en ambos espacios Grupo-Institución. Tengamos esto en cuenta porque
nos permite decir que en la medida en que el G.O. se desarrolla
según el encuadre aceptado, para una tarea determinada y en base
al desarrollo teórico tendrá unos efectos contrainstitucionales,
que vendrán configurados por el proyecto de ese grupo. Esos efectos
serán permitidos por la Institución en ese instituyente que permi-
tió la inclusión del D. G.

Pero, si el Grupo se mantiene por: cambios de encuadre por
~~una~~ medida institucional o del propio grupo, (unido a los efectos
narcisistas de los técnicos a los que preguntáramos acerca de ese
cambio...) o si van apareciendo otros G.O. en la misma Institución
~~maxima~~ con ese efecto de prolongación temporal pensamos que los
efectos serán ~~desestabilizadores~~ para esa Institución, porque pen-
samos que entonces se produce la articulación del G.O. como un me-
canismo analizador permanente que incidirá sobre la forma de comuni-
cación que cada Institución crea. Sabemos también que esa forma que
constituye una defensa institucional para la identidad social del
sujeto, va a saltar desestabilizando lo institucionalizado que pre-
cisamente la Institución necesita mantener para evitar el caos.

Pensamos que el trabajo con un D.G. dentro de una Institución
se entiende desde la necesidad de aclarar o evitar un conflicto.
Naturalmente que esto no es explicitado así generalmente y viene
hablado desde alguna carencia: "nos hace falta aprender tal cosa",
"necesitaríamos reflexionar sobre..." etc. pero dejando fuera esos
aspectos conflictivos de la relación que pareciera van a ser resuel-
tos desde el Grupo al que entonces se le supone como un modelo de
aprendizaje de relación. Es así que al aflorar los afectos desde
la tarea recortada, el Grupo se presenta al menos, como inoportuno
porque rompe el espacio tradicional que de aprendizaje se tiene
y porque lo que iba a quedar disimulado del conflicto, o resuelto
pero casi sin hablarlo, se hace presente y ~~saxaxaxaxa~~ parece com-
plicar el espacio: o aprender o resolver el conflicto. Esto, que
parece la base de la acción técnica en "se aprende de otra manera?"

puede tener efectos de rechazo por presentar, poner al descubierto aquello que existía pero que no se presentó en la demanda.

Esto nos lleva al punto de partida.

En este proceso de constitución y siguiendo los pasos del trabajo de gestión, hemos llegado al convencimiento de la necesidad de escribir un informe previo a la intervención como soporte de articulación de esa demanda institucional, para evitar además algunos de los efectos antes descritos. Y esto porque:

-Posibilita delimitar, o incluir algunos aspectos supuestos del conflicto en la transcripción de la demanda.

d-Delimita la tarea

--Delimita el esetting grupal y también claramente la finalización de ese Grupo.

--Permite la comunicación con la Institución.

Y nos parece que sirve como defensa para el técnico que le despoja de esa magia omnipotente depositada, le evita el engaño de demandas simultáneas y suponemos que le posibilita hablar de resultados.

Como estos efectos de rechazo son más dolorosos, se queja una más, le duele, al repensar en ese 'porque' permite que se elaboren o se intente para evitar repeticiones. Pero ¿que pasa con los efectos positivos? ¿como se pueden registrar? Creemos que tienen que ver con el desarrollo normal del grupo:

-asisten los integrantes

-trabajan la tarea

-acaban con la posibilidad del proyecto que ellos mismos crean
pse pueden trabajar algunas resistencias que a lo largo del discurrir grupal la Institución crea.

Pero parte de los efectos positivos o negativos que se van a dar en la Institución son posteriores al tiempo en el que actuó el D.B. Es por esto que los técnicos que actuaron raras veces pueden dar cuenta de estos efectos.

Pero, ser llamados de nuevo, para nuevas tareas grupales en la misma Institución, sabemos desde ya que nos parece un efecto positivo.

Ma José González Gutiérrez-Solana

Madrid, Marzo 1.986

Jornadas sobre "Praxis grupal"

100

100

100

I N V E S T I G A C I O N : " A C T I T U D de la

P O B L A C I O N frente al C A N C E R " .

A P L I C A C I O N de los G R U P O S O P E R A T I V O S

en el C A M P O de la P R E V E N C I O N

A R G E N T U M - Prevención ,
Investigación y Asistencia
Psicosocial.

Presentación : Lic. Adrián Marcelo
Cardozo . Integrante del Equipo.

Este trabajo es el resultado de una integración-recreación de parte de la experiencia realizada a partir de 1982 por ARGENTUM, organización para la Prevención, Investigación y Asistencia Psicosocial.

Este equipo está integrado por :

Directoras : Lic. Clelia Volonteri - Lic. Noemí Fisman

Coordinador: Lic. Octavio Nero

Estadígrafo: Ing. Daniel Goldar

Equipo : Lic. Sara Gutraiman

Lic. Amelia Suárez

Lic. Adrián Cardozo

Lic. Claudia Lustman

Lic. Silvia Basteiro

Lic. Silvia Frýdman

Dr. Pedro Carranda

Rolando Sylwan

La enfermedad cáncer constituye un hecho concreto que implica y da lugar a un conjunto de fenómenos psicológicos complejos y a modificaciones de la conducta.

Esto suele llegar a ser tan serio y grave que complica y perturba toda la estructura familiar, influye sobre el paciente y la enfermedad y a breve plazo se crean situaciones, malentendidos, incomunicación, aislamiento, que hacen que todos se sientan mal y el paciente peor que nadie.

A ello se agrega que los tratamientos convencionales suelen ser de una agresividad tal que la situación física del paciente, las secuelas, complicaciones y resultados de lo que fue necesario hacer para tratar el tumor, contribuye en importante medida a lo que podemos llamar "una deshabilitación emocional".

Esto no le ocurre sólo al paciente sino que lo sufre todo su entorno. Ante la presunción de un diagnóstico de cáncer, los intervinientes: paciente - familia - equipo tratante, sienten hallarse en una situación de urgencia emocional. Se reactivan conflictos, reconocidos o no, aparecen sentimientos de culpa, emergen ansiedades y temores.

Pocas veces se sabe qué y cómo hablar. ¿Qué explicaciones dar? ¿Sabrá la verdad o no? ¿Quién engaña a quién? ¿Qué significa el cáncer para la familia? ¿Qué para el paciente? ¿Tienen la información adecuada o se guían por charlas de la sala de espera?...y así hasta el infinito en un desconcertante y destructor juego de incomunicación y malentendidos ... (de "El tratamiento de los aspectos emocionales del cáncer", Lic. Noemí Fisman, Lic. Matilde Kors y Dr. José Schavelzon).

La investigación "Actitud de la Población frente al Cáncer" fue llevada a cabo por la Cátedra de Psicohigiene y Salud Mental, Facultad de Psicología, de la Universidad de Buenos Aires, en 1982. Se realizaron 1.191 entrevistas a personas de ambos sexos cuyas edades oscilaban entre 15 y 75 años, pertenecientes a todas las categorías socio-económicas. Para que esta muestra fuera representativa de la población, se respetó la distribución por sexo, edad y clase socio-económica que indicaba el último Censo Nacional.

Se utilizó un cuestionario semiestructurado con preguntas abiertas y cerradas. En ningún caso existió inducción de respuestas pues no se le pidió al entrevistado que eligiera alternativas prefijadas. Sólo se recabaron las verbalizaciones espontáneas.

Dos objetivos básicos guiaron esta investigación :

- Llegar a conocer el nivel de información que nuestra población ha podido absorber sobre el tema y
- siendo ésta una de nuestras hipótesis tentativas, descubrir el grado de prejuicio que debe estar operando en la comunidad para que ésta sea una enfermedad ante la que la mayoría de las personas se declaran vencidas antes de intentar toda lucha.

Con las respuestas obtenidas en las entrevistas, se elaboró un análisis cuantitativo y cualitativo. De allí fue surgiendo el abordaje de temas más específicos, tales como : Conocimiento de Formas de Prevención, Diagnóstico Temprano, Información Diagnóstica al Paciente Oncológico y su Familia, y otros. Se detectaron también los grupos de "alto riesgo" ante la enfermedad, los prejuicios de la población acerca del cáncer y la deficiencia de los medios de información habituales para enfocar una tarea preventiva.

La necesidad de esta investigación se determinó a través de la observación-en la práctica hospitalaria- de pacientes en los que se evidencia la desesperanza en poder recibir ayuda, lo que determina con frecuencia que se concurre a la consulta cuando la enfermedad está ya muy avanzada.

Los resultados de esta investigación están demostrando que existe una dificultad concreta para comprender el significado e importancia del concepto Diagnóstico Precoz. Esto es mucho más notorio en las clases socio-económicas más bajas, donde la creencia fatalista de incurabilidad del cáncer está más arraigada.

Se inició una campaña de acercamiento a instituciones diversas para formar grupos operativos de discusión sobre los distintos temas emergentes de la investigación. De este modo, podrían contrastarse los datos obtenidos y ya analizados con los que surgieran en estas elaboraciones grupales.

Aquí se considera una de estas experiencias, realizada con un grupo de adolescentes de una escuela vespertina, cuyas edades oscilaban entre los 17 y los 23 años, alumnos del último año pre-universitario.

Los alumnos estaban informados de nuestra asistencia y del tema a abordar por intermedio de una profesora que facilitó nuestro acercamiento.

Luego de una breve presentación, se explicitó en qué consistiría el encuentro :

- Nos dividiríamos en tres grupos, de doce personas cada uno, inclui

dos un coordinador y un observador.

- Durante 40 minutos intercambiaríamos ideas, fantasías, emociones, acerca del cáncer; orientadas hacia "Información diagnóstica al paciente oncológico y su familia". Este último tema, más específico, no se explicitó, para no condicionar los emergentes grupales.

- Los observadores de cada grupo extractarían estos emergentes. Concluidos los 40 minutos, se reconstituiría un solo grupo y allí se volcarían.

- Se expondría una breve reseña de los datos obtenidos en el marco de la investigación y sus análisis cuantitativo y cualitativo. Luego se "abriría" al intercambio de preguntas, dudas, etc.; tendientes a la elaboración de las ansiedades, a despejar algunos prejuicios y a generar de tal forma en sí mismo un espacio de prevención primaria.

El proceso grupal garantizaría no sentirse solo frente al fantasma ineludible del Cáncer. Creemos en el grupo. Este "sabe" y "puede" sostener una situación de riesgo latente. Así, disminuye y mitiga lo siniestro, al convertirse en un espacio creativo, recreativo, imaginario; posibilitador de cambios operativos en el marco de la realidad. Atravesado por determinantes institucionales, ideológicos, políticos, etc. (al decir de Guattari).

Aquí nos remitiremos a la experiencia de uno de los grupos operativos.

Los integrantes del grupo se sentaron enfrentados al coordinador y el observador, callados y tensos. Nos presentamos brevemente.

Alguien dijo: "Creí que eran médicos que venían a dar una conferencia sobre el Cáncer". Portavoz de una sorpresa que fue manifestada también por otros compañeros. Desde el contenido latente se escuchaban dos preguntas: "¿qué tienen que ver los psicólogos con el cáncer? ¿no es éste un tema de médicos?" y "¿qué podemos decir nosotros sobre el cáncer si no sabemos nada de eso?" Se recreaba la situación de aprendizaje conocida: alguien que enseña a otro que escucha pasivamente porque no sabe ¿pero era éste el único obstáculo que el grupo debía superar?. Había otro mayor: el tema que nos convocaba.

El grupo intercambia, a través de múltiples representaciones internas mediatizadas por una tarea que provoca, convoca y evoca recuerdos, reflexiones; contribuye a redescubrir aquello que es la producción grupal.

La coordinación propuso nombrar todas aquellas palabras que se asociaban con la palabra cáncer. "Muerte", "incurable", "dolor", "impotencia", "sufrimiento", "irreversible". Lo siniestro circulaba en el grupo.

El cáncer es incurable." "Yo he escuchado que algunos se curan. Si se

toman a tiempo." "no, es incurable". Si se toman a tiempo...¿y cuál es la dimensión del tiempo para el cáncer? ¿hay un demasiado tarde?

"Depende del tipo de cáncer, algunos se curan". Alternancia de esperanza-desesperanza, curable-incurable, vida-muerte. El grupo demandaba una respuesta de coordinación que superara la situación dilemática.

Dicen que cuando la persona es joven avanza más rápido" Crecía la ansiedad paranoide : ahora el peligro estaba más cerca. "Bueno, pero si se enferma un viejo y se muere, ya vivió su vida". El temor seguí allí presente, compartido. Sin embargo, todo el grupo podía alejar el peligro desplazándolo a alguien diferente a ellos.

Alguien dice : "Yo tengo una tía que está enferma, la operaron y está bien". La localización-concreción de la enfermedad en alguien, hizo que el grupo se arriesgara a hablar con mayor soltura. Surgieron comentarios como : "Es jodido tener Cáncer y no saber si te vas a morir". Identificación y resonancia grupal. "¿Cómo se sintió tu tía cuando le dijeron que tenía cáncer?" "Al comienzo muy mal, luego se fue acostumbrando. Ahora está mejor."

Se preguntó sobre la conveniencia de decirle o no a un paciente que tiene cáncer. "Si una persona y a es vieja, casi que no importa". "Si es joven es muy complicado, porque tiene mucha vida por delante." Lo implícito o lo explícito. Lo nombrable o lo innombrable. La negación, si no se nombra no existe. Si no lo sabe no lo tiene. Mejor morir en la ignorancia.

Quedaron dos vertientes no conciliables. Unos decían que había que informar al paciente y otros que no. Los primeros se apoyaban en que si el enfermo no sabía qué tenía, no se cuidaba. Por ello no seguiría los tratamientos. Los otros sostenían lo contrario. Tan fuerte podría ser el shock de la información, que la persona podría entrar en un estado donde no le interesaría colaborar con su tratamiento. Persistía el criterio de incurabilidad. En una vuelta más de la "espiral", el grupo concluye que la información dependerá de cada paciente.

Y la familia, ¿qué papel juega? ¿Tiene que saberlo? "Si lo sabe la familia quizás sea más fácil decírselo al paciente". Se generó un diálogo alrededor del paciente, el médico y la familia. Preguntaron "¿No será mejor que la información de la enfermedad la dé el médico a la familia y ésta piense como decírselo?". "El paciente está en su derecho de enterarse de la enfermedad". "Quizás si un familiar fuerte o toda la familia lo sabe, pueden ayudarlo más al enfermo". "yo creo que sería importante que en los hospitales haya psicólogos para ayudar al enfermo frente a su enfermedad."

El grupo buscaba un camino para resolver la angustia e intentar sostener el peso afectivo y movilizante que genera el cáncer, desde lo grupal familiar.

Al volcar los emergentes de los distintos grupos aparecieron muchos en común, especialmente los relacionados con :

- los prejuicios de incurabilidad del cáncer
- la dificultad de nombrarlo
- la dosificación de la información diagnóstica en función de las características de cada paciente y
- la necesidad de informar a la familia

Ade más, hubo bastante coincidencia con las respuestas obtenidas en la investigación, en la que:

- el 55% respondió que el paciente SI debe ser informado.
- el 25% opinó que el paciente NO debe ser informado.
- el 20% contestó "depende".

En todos los casos se le pidió al entrevistado que fundamentara la respuesta. En los casos de respuesta afirmativa (55%) el motivo alegado en primer lugar es: TIENE DERECHO A SABER-ES SU VIDA. En segundo lugar, para QUE LA GENTE ACEPTE EL TRATAMIENTO:

El 25% que opinó que el paciente NO debe ser informado, alegó que el paciente puede deprimirse, desalentarse y es mejor que el paciente mantenga la ilusión.

El 20% que contestó DEPENDE, alegó como razón con mayor frecuencia: " hay personas psicológicamente débiles.

Señalaron la necesidad de evaluar al paciente, dosificando de acuerdo a ello la información proporcionada dentro de términos realistas.

En cuanto a la necesidad de informar a la familia el 91% respondió que SI, el 5% DEPENDE y el 4% que NO.

Los que contestaron afirmativamente fundamentaron su respuesta en que la familia puede brindarle ayuda emocional, aunque no todas pueden hacerlo según lo dicho por los que contestaron DEPENDE.

Algunas Reflexiones y Propuestas

• En nuestro país carecemos de una política Educativa Sanitaria sistematizada, con enfoques regionales en el área de Prevención y Diagnóstico Precoz del Cáncer.

Consideramos que no basta proporcionar información a la comunidad acerca del cáncer, su prevención y diagnóstico precoz. Es necesario también establecer fehacientemente cuál es la actitud de la población frente a la enfermedad, circunscribiendo el grado de información y de prejuicio.

cio en torno al tema.

.La población busca y/o recibe información sobre el tema, e n mayor medida, a través de los medios de comunicación masivos y sólo pocos toman en cuenta la opinión de médicos. Se concluye:

- a. la responsabilidad de los medios de difusión.
- b. la carencia de asesoramiento profesional.

. La creencia fatalista de incurabilidad, junto con la ecuación "cáncer = muerte" y la asociación con "miedo", "dolor", "impotencia", se halla muy arraigada en la población; especialmente en las clases más desprotegidas.

.Se manejan términos como "prevención" y "diagnóstico precoz," que no son comprendidos por la mayor parte de la población.

.Esta investigación detecta grupos de alto riesgo, caracterizados por "Falta de recursos- falta de motivaciones-creencias fatalistas - actitud de entrega". Estos grupos no deben recibir un bombardeo de información, sino que la actitud pesimista y desesperanzada debiera ser modificada por la acción de líderes comunitarios-agentes de cambio.

. Dicha información deberá acompañarse de una adecuada estimulación motivacional que tome en cuenta factores psicosociales, socioculturales económicos, políticos y religiosos.

.En consecuencia proponemos:

A) La medición sistemática de los cambios de actitud y conducta de la población y su incidencia en la morbilidad y mortalidad por cáncer.
 . La forma de evaluación propuesta es la realización periódica de investigación- realizadas a nivel nacional y comparada con otros países.

B) Propuesta de prevención primaria implica trabajar con el sector de la comunidad antes de que se establezca una actitud prejuiciosa, proponemos la realización de grupos operativos de discusión en las Escuelas con maestros, alumnos y padres; en las sociedades barriales, juntas vecinales, sociedades de fomento, etc. coordinados por psicólogos o psicólogos sociales debidamente entrenados.

El análisis de esta información permitirá la elaboración de un programa de Educación Pública en relación al tema cáncer y facilitará la formación de espacios de CONTENCIÓN y ESCLARECIMIENTO de la angustia que este tema genera.

Madrid, Marzo de 1986

