



BOLETIN

del

CENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACION EN PSICOLOGIA SOCIAL Y GRUPAL

6

BOLLETTINO N° 6

Redazione e Edizione di questo numero.

Paolo Roccalbegni.

Paola Scalari.

Ana Sánchez-Migallón Ramirez.

Venezia, Giugno 1985

EL LOCO DE LA COMUNIDAD

UNA INTERVENCION GRUPAL EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

Juan Carlos Duro Martinez.

Emilio Irazabal Martin.

I N D I C E

- I. COMENTARIOS INICIALES.

- II. RECONSTRUCCION DE LAS SITUACIONES ANTERIORES A LA PRIMERA ENTREVISTA GRUPAL.
ORGANIZACION DE LA DEMANDA.

- III. DESARROLLO DE LAS PRIMERAS ENTREVISTAS GRUPALES.
 - 1) En el Centro Municipal de Salud.
 - 2) En la Comunidad de Vecinos.

- IV. OPINION INTERPRETATIVA.

- V. ENCUADRE.

- VI. DESARROLLO DE LAS SESIONES GRUPALES.
 - 1) Presentacion del material con los primeros emergentes.
 - 2) Opinion Interpretativa.

I. COMENTARIOS INICIALES

El trabajo que presentamos a continuación pretende ofrecer una primera síntesis sobre la aplicación de nuestro esquema teórico (Concepción Operativa de Grupo), en el ámbito de la Salud Mental Comunitaria.

Para ello, tomaremos un trabajo realizado por nosotros dos como miembros del equipo de Salud Mental del C.M.S. (Centro Municipal de Salud) de Getafe, Madrid. Se trata de una intervención psicosocial que realizamos en una comunidad de vecinos de esa población durante los meses de enero, febrero y marzo de 1981.

La elaboración teórica y transcripción en este artículo ha sido hecha en diversas fases: una en el momento (fragor) de la propia intervención, con la suturación de la inmediatez; otra en los primeros meses de 1984, con uno de nosotros fuera de la institución (C.M.S. de Getafe); y la última, a comienzos de 1985 siendo ambos miembros del Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal.

No queremos dejar sin mencionar la participación en esta intervención comunitaria, del tercer miembro del equipo de Salud Mental por aquel entonces, Juan Antonio Colmenares, psicólogo como nosotros, quien también "experimentó" y "soportó" tanto las ansiedades

que nos despertó este trabajo, como las depositaciones masivas del colectivo de vecinos. Fenómenos éstos que, si bien guardan una relación causal con el "caso" y la metodología que utilizamos, resulta pertinente una cierta contextualización más general.

Getafe es una ciudad del cinturón industrial de Madrid, con una población de 150.000 habitantes.

Hasta 1980 careció de los recursos específicos en Salud Mental, a excepción de la consulta de neuro-psiquiatría en el ambulatorio de la Seguridad Social

En esta época, el Ayuntamiento crea el C.M.S. donde incluye un Servicio de Salud Mental. La creación de este recurso (así como su mantenimiento y posterior ampliación), obedecía a necesidades sociales, requerimientos de la población ante la precariedad de instrumentos y recursos con los que hacer frente a graves problemas sociales y de salud.

No es de extrañar que, en esta situación, el C.M.S. nace e inicia sus primeros pasos inmerso en una dinámica concreta (demandas sociales de comunidad, exigencia de rentabilidad por parte del Ayuntamiento, etc).

Dinámica no exenta de tensiones que vienen a añadirse a las específicas del mismo funcionamiento institucional, que en esa época (inicios del 81) se encontraba en un proceso de reestructuración, fruto del cual sería la consolidación del Servicio de Salud Mental.

Con estas breves notas, queremos señalar que el

contexto institucional en ese momento distaba de ser tranquilo y securizante. Difícilmente podía funcionar como "buen contenedor" de las ansiedades que promueve este tipo de trabajos.

El espacio del equipo lo articulamos sobre la marcha. Necesitábamos un tiempo previo a cada sesión grupal con los vecinos (pre-elaboración en la terminología de R.Kaës), donde comentábamos nuestras fantasías, temores, nuevos datos...Después de cada sesión también, aunque de manera distinta, y el tiempo solía ser mayor. Estos espacios (antes y después) se instituyeron desde el comienzo y funcionaron como "contención" del equipo. Rudimentario, pero funcionaba.

Podemos pensar hasta que punto esta situación institucional suponía un cierto déficit para nuestra tarea. Quizás. Además, no era una "variable controlada". Pero también podemos pensar que, gracias a la experimental y poco sofisticada organización del Servicio de Salud Mental (y del C.M.S. en su conjunto), pudimos realizar esta experiencia. A veces un exceso de burocratismo y estereotipia en lo institucional estrecha el campo y las posibilidades de intervención.

Existe otro contexto al que queremos referirnos en estos comentarios iniciales. Es el contexto teórico-técnico en que se enmarca este trabajo. La conceptualización en salud mental comunitaria esta comenzando en España.

Los trabajos en este ámbito (que los hay) han sido poco elaborados teóricamente, bien porque se realizaron en momentos en que primaba la acción ideológica y política, bien porque el tiempo no alcance todavía para visualizar los "efectos" de estos trabajos, o simplemente porque se carecía de los instrumentos teórico-técnicos requeridos para tal conceptualización.

En las publicaciones científicas de nuestro país (tanto psiquiátricas como psicológicas), existe un desfase notable entre los trabajos referidos a lo "individual" y los referidos a "lo colectivo".

Quizás estemos ante un "prejuicio epistemológico" que considera a lo colectivo como segunda categoría, exento de rigor y puro practicismo, o en el mejor de los casos, que "lo colectivo" está integrado en "lo individual", a través del "otro".

Decíamos al comienzo que fué a partir de nuestra pertenencia al "Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal, que dimos el último "empujón" a la elaboración de este trabajo.

Desde nuestro trabajo de investigación en el Departamento de Clínica Grupal, nos animamos a pensar alguna de las aplicaciones de la Concepción Operativa de Grupo. Es decir, hasta que punto esta concepción podía dar cuenta de fenómenos que suceden en lo que venimos llamando el área de la salud mental comunitaria.

Esta era nuestra curiosidad: investigar las posibilidades de trabajo en torno a supuestos emergentes sociales y/o comunitarios. La noción de emergente apunta a los momentos, las situaciones que "nos dicen" lo que está ocurriendo en nuestro campo, bien sea de observación, bien de intervención. Es elemento de diagnóstico, así como de pronóstico. Fué Pichón-Rivièrè quien comenzó a elaborar esta noción a partir de sus trabajos en psicoterapia del grupo familiar: "La emergencia de una neurosis o psicosis en el ámbito de un grupo familiar, significa que un miembro de este grupo asume un rol nuevo, se transforma en el portavoz o depositario de la ansiedad del grupo". (Pichón-Rivièrè)

Los desarrollos posteriores de Armando Bauleo permitieron una apertura del campo de observación: del grupo familiar a la estructura social y/o comunitaria. Lo que a primera vista aparece como una problemática individual, remite a una estructura grupal, y a su vez ésta misma estructura se expresa a través de los comportamientos, fenómenos, que suceden a los individuos.

Quizás esta visión pueda aparecernos conocida. Ya la antipsiquiatría remitía la locura a la estructura social. Además, nos hace recordar la vieja polémica entre las corrientes psicologistas y sociologistas en las ciencias sociales.

Dónde poner el énfasis: en el individuo, en la

sociedad ?. Son excluyentes o, por el contrario, son elementos en permanente interacción, en proceso dialéctico ?. Quizás la polémica no sea tan "vieja". Más bien, se "reactualiza" en cada momento de la práctica; en salud mental comunitaria solemos reproducir esta disociación : momento asistencial (individual), momento preventivo (social).

Actualmente, una de las líneas teóricas que incide en esta disociación y pretende superarla, es la grupal. Se conceptualiza al grupo como una intermedición entre lo individual y lo social, y se propone la metodología grupal como pertinente para la comprensión/intervención en salud mental comunitaria.

Fué ésta la metodología en la que nos basamos (con la comunidad y al interno del equipo) y la técnica operativa de grupo, el instrumento con el que intervenimos (estructura grupal - tarea - coordinación).

Para finalizar esta introducción, algunas notas sobre el material. No es un material bruto en el sentido de ser recogido "tal cual". No utilizamos instrumentos mecánicos como podría haber sido un grabador, así como tampoco existía el rol, llamémoslo de secretario, en el seno del equipo.

El material reconstruido en base a las notas tomadas durante las sesiones grupales y la puesta en común posterior del equipo. Contiene pues, un cierto sesgo, no solamente por la ausencia de instrumentos,

llamados objetivos (como el grabador), sino aquellos provenientes del mismo campo, como eran el tipo de dinámica grupal que se daba en cada sesión, y que podía facilitar o dificultar las anotaciones, así como la "modalidad" del equipo (el esquema de referencia, su distribución de roles, contratransferencia,...).

Es posible que las "mentes mas experimentalistas" puedan mostrarse reticentes, cuando no invalidar, la objetividad de un material en éstas condiciones.

Estan ya cuestionados para las ciencias sociales los modelos fisicalistas de observación y de intervencción. Es justamente la posibilidad y el riesgo de distorsión del material, así como su posible corrección (insight), uno de los elementos que diferencian las investigaciones sobre/con personas, de las investigaciones sobre objetos. Pero, aún contando con esto, todo el proceso de la intervención se desarrolló en base a tres variables fijas, las concernientes a la técnica: grupo - tarea - coordinación.

También nos surgieron dificultades respecto a como presentar el material, cuál debía ser el "índice" de este trabajo. Cómo hacer para que el método de exposición reflejara lo más fielmente posible el método de investigación ?. Optamos por el material ordenado en los tres momentos claves y diferenciados de la intervención: la demanda, el encuadre y la instalación del dispositivo grupal (sesiones grupales). Seleccionamos el material perteneciente

a cada momento, en el sentido de presentar básicamente aquellas partes que nos parecían poseían el rango de emergentes (tanto en la demanda, como en las primeras entrevistas y posteriores sesiones grupales).

Al mismo tiempo, ésta presentación abierta del material es una invitación a otras posibles lecturas por parte de colegas interesados.

Los epígrafes denominados "opinión interpretativa" no expresan necesariamente nuestras intervenciones literales en el grupo. Hubo interpretaciones que no fueron planteadas tal cual aparecen aquí. Por momentos teníamos la impresión de que había cuestiones que, si bien percibíamos, no las podíamos transmitir. Represión del equipo ?, complicidad coordinación-grupo ? .Quizás expresiones de nuestra contra-transferencia, (tanto con el grupo como con el Ayuntamiento, que fue quién nos "derivó" este caso).

Otras interpretaciones que aparecen en el texto, ni siquiera las percibimos en la situación. Son construcciones a partir de nuestro trabajo de elaboración posterior. El grueso de nuestras intervenciones en las sesiones grupales fueron señalizaciones sobre cómo el grupo iba desarrollando su tarea.

II. RECONSTRUCCION DE LA SITUACION ANTERIOR A LAS PRIMERAS ENTREVISTAS GRUPALES. ORGANIZACION DE LA DEMANDA.

Definimos este primer momento de la intervención como organización de la demanda , entendiendo por tal los movimientos que el equipo técnico efectúa (escucha, toma de decisiones) para hacer posible la realización de la primera entrevista grupal.

La organización de la demanda nos permitirá su escucha, el análisis que hagamos de la misma y el posterior establecimiento de un encuadre para su esclarecimiento y elaboración. Las situaciones que se producen antes de la recepción de la demanda por parte de los técnicos y sobre todo los pasos que dan éstos para escucharla, son de suma importancia en un doble sentido: por un lado, nos aportan algunos datos de la modalidad de expresión del conflicto; y por otro lado, nos habla, tiñéndola, de la concepción y metodología del equipo para el trabajo posterior.

Según se aborden cosas tan simples como una llamada por teléfono, citar a las personas inmediatamente o acudir al lugar del conflicto, etc., una intervención podrá seguir un rumbo u otro. Veamos cómo fue en el caso que nos ocupa.

El 19 de Enero de 1981, recibimos en el C.M.S. de Getafe, una llamada telefónica de nuestro Concejal de Sanidad del Ayuntamiento, comunicándonos que nos

había enviado unos vecinos de un bloque de viviendas de Getafe para que viesemos qué se podía hacer con el problema que planteaban. Los vecinos solicitaban la intervención del Ayuntamiento para que prohibiese vivir en ese inmueble a un vecino que la noche anterior había intentado agredir a otro vecino y que "estaba loco".

Esta llamada telefónica merece ya algún comentario por la importancia que tuvo en la actitud del equipo al recibir a los vecinos y más tarde a lo largo de toda la intervención.

A pesar de nuestro aparente papel de meros receptores del pedido del Ayuntamiento para que atendamos a los vecinos, ya empieza a jugar en nosotros mismos lo que podríamos definir como transferencia institucional, a saber, las fantasías, temores, sentimientos, etc, inconscientes de los miembros del equipo (a su vez pertenecientes a una institución, el C.M.S .) hacia otra institución, en este caso jerárquicamente superior, el Ayuntamiento. La contratransferencia institucional cobra su pleno sentido por el momento histórico y el contexto social en el que se produce.

Ambos aspectos (historia y contexto) permiten y posibilitan un determinado desarrollo institucional que marcará cómo se escucha una demanda y, en definitiva, como se interviene.

Por otro lado, la misma expresión de la demanda, es decir, su modalidad variará según estos mismos

factores. Así, por esbozar lo que consideramos más relevante, el hecho de que el Concejal nos derive a estos vecinos es posible por el mayor acercamiento y comunicación existente, entre instituciones municipales y vecinos, gracias al clima democrático reinante en España después de las primeras elecciones democráticas en los municipios y del triunfo de los partidos de izquierda, compuesto por miembros de la propia comunidad de Getafe.

Esto permite también que los vecinos "sientan" más derecho a que el Ayuntamiento les solucione los problemas de vecindad.

Volvamos a la contratransferencia institucional, el C.M.S. desde su puesta en marcha en Abril de 1980 y en estos primeros meses, estuvo sometido, objetiva y subjetivamente, a enormes presiones de "hacer muchas cosas" para dar "respuesta" a toda demanda de salud de la población y del propio Ayuntamiento, a quien, en definitiva, debíamos dar cuenta de nuestra rentabilidad y de quien dependía nuestra continuidad en el puesto de trabajo.

En estos momentos (enero 1985) el C.M.S. ha pasado su primera crisis institucional con lo que de inestabilidad conlleva para todos sus integrantes.

No es extraño pues, en este contexto, que el pedido del Concejal fuese vivido por nosotros como un encargo de solucionarle el problema a los vecinos para que estuvieran contentos con el Ayuntamiento e inclu-

so eso se tradujera en unos cuantos votos más para las siguientes elecciones municipales.

Esta fantasía contratransferencial del equipo, como portavoz de la institución, determinó hasta tal punto la intervención, que por momentos no sabemos si con nuestra actuación respondíamos a la demanda de los vecinos o a lo que nosotros considerabamos demanda del Ayuntamiento (contentar a los vecinos, "vulgar proyección" de nuestros deseos de contentar al Ayuntamiento).

Por último una nueva fidelidad venia a engrosar nuestra propia exigencia, esta vez procedente de los planteamientos teóricos institucionales a los que nosotros mismos contribuíamos activamente: la necesidad de la participación de los ciudadanos en la resolución de los problemas de la salud (cosa que no siempre era bien recibida por éstos). A pesar de todo este "enganche" contratransferencial, el momento instituyente de este nuevo dispositivo de salud nos permitió, por su poca formalización-burocratización, escuchar la demanda interrogándola, e implementar los recursos disponibles de una manera flexible y poco estereotipada.

Así nos dispusimos a realizar la primera entrevista grupal en el C.M.S. unos minutos después de esta ya famosa llamada telefónica.

III. DESARROLLO DE LAS PRIMERAS ENTREVISTAS GRUPALES

Aún cuando en este tipo de intervenciones no se pueda seguir tal cual el habitual modus facendi en el trabajo grupal (primera entrevista, contrato o encuadre grupal, sesiones grupales), consideramos imprescindible la realización de unas primeras entrevistas grupales para leer la demanda en sus aspectos manifiesto y latente, así como para ver las posibilidades de aceptación de un trabajo grupal que permita elaborar la situación conflictiva.

Hablamos de entrevistas grupales, en plural porque, a diferencia por ej. de una demanda grupal de formación donde puede ser suficiente con una entrevista, en estas intervenciones se necesitan diferentes movimientos por parte del equipo para poder establecer un encuadre de trabajo.

Estos movimientos implican toma de decisiones, gestiones con instituciones, etc; y sin los mismos no se llegaría a poder establecer nuevas fases del trabajo, como mostraremos más adelante. Este compromiso de gestión por parte del equipo (con el H. Psiquiátrico, con la familia, etc.) lo consideramos imprescindible ya que la información que genera servirá de tarea manifiesta, al menos en un primer momento, para la posterior relación entre ambas partes.

Describiremos las tres entrevistas realizadas con los miembros de la comunidad para efectuar posteriormente nuestra opinión interpretativa de las mismas.

1. Entrevista en el Centro Municipal de Salud.

Esta entrevista fue realizada por uno de nosotros al llegar los vecinos procedentes del Ayuntamiento. Después de explicitar que esta entrevista era para recoger datos y ver cómo podemos intervenir desde el C.M.S., los cuatro hombres cuentan que un vecino que ha estado enfermo mental subió ayer con un destornillador a casa de uno de ellos, diciendo que lo iba a matar e intentando tirar la puerta.

Los vecinos llamaron a la Policía Municipal que, sin oposición, le condujo al H. Psiquiátrico Provincial donde se encuentra ingresado en el momento de la entrevista.

Una semana antes había estado ingresado en el mismo hospital durante 7 días, anteriormente en el Hospital Psiquiátrico de Leganés y creen que algún otro establecimiento psiquiátrico, ya que "los papeles que lleva encima y que muestra a la menor oportunidad acreditan suficientemente su condición de enfermo mental".

Los datos que proporcionan acerca de este vecino son que vive solo, que pegaba a la mujer y ésta lo abandonó, que sus padres y hermanos viven en el pueblo y no pueden venir, que insulta a su madre,

que tendrá alrededor de 40 años, es alto y fuerte y que esta jubilado por esta enfermedad, la cual relacionan con un accidente de moto. Dicen que bebe bastante "porque lleva muchos años sin trabajar".

En la comunidad de vecinos lleva 607 años así y en las reuniones que han hecho con él "habla como cualquiera de nosotros o mejor". En estas últimas semanas empeoró la situación porque a media noche puso el tocadiscos a todo volumen en la escalera y a raíz de que, según él, nadie le socorrió comenzó a amenazar a los vecinos con explotar botellas del gas, poner goma-2, les negó el saludo, etc, hasta el episodio de la noche pasada, dirigido a un vecino que vive en el piso de encima y que cuando fué presidente de la comunidad le denunció a la policía.

Cuentan que los niños dicen: "míra mamá, el loco" y que varias mujeres han tenido ataques de nervios por la tensión, teniendo que llevar a alguna a Urgencias del Ambulatorio, aunque también reconocen que no les ha hecho nada directamente.

Los vecinos dicen: que "lo que queremos es que no lo suelten de ahí" y amenazan "si no, nos vamos a hacer cargo de él", "tendremos que encargarnos nosotros de matarlo". Dicen que "lo hemos admitido en la comunidad" pero "hemos llegado a un límite que no podemos pasar". Por último, expresan que lo de la locura esta muy visto y que los médicos apoyan a A.

La entrevista se desarrolla en un clima agresivo hacia la institución sanitaria y los médicos, repre-

sentados por el entrevistador, aunque los cuatro no muestran la misma vehemencia en las afirmaciones ni el mismo grado de angustia. Esta entrevista dura alrededor de una hora. El compromiso que adopta el equipo es de interesarse por la situación, conocerla mejor y ver como puede ayudar a su resolución.

Con tales presupuestos, quedamos en ir a realizar una entrevista con la comunidad de vecinos ese mismo día por la noche y llamar al Hospital Psiquiátrico para enterarnos de cuál es la situación de A. y sus perspectivas.

Llamamos al Hospital Psiquiátrico Provincial y nos dicen que le van a dar de alta al día siguiente, por lo que solicitamos ser recibidos por el médico que lo atiende antes de que A. vuelva a casa. Al coincidir que el día siguiente era día de visita, queda concertada una entrevista con dicho médico.

2. Entrevista en la Comunidad de Vecinos

Al llegar al portal de esa comunidad nos estaban esperando alrededor de 40 personas, la práctica totalidad de los habitantes de esa comunidad. Su relato es bastante similar al de la entrevista de la mañana, aunque recalcan que la comunidad está atemorizada, siendo algunas mujeres las más ardientes defensoras de que A. no vuelva de allí.

Todos se muestran unánimes al expresar su decidida voluntad de dar los pasos necesarios para que lo

encierren "para siempre" en algún sitio.

El pedido al C.M.S., como delegado de la autoridad del Ayuntamiento, es que resuelva la situación con el encierro. Al aclarar nosotros que el C.M.S., no tiene competencias para pedir (y menos obligar) el ingreso de nadie, aumenta su agresividad hacia nosotros que aparecemos en cierto modo a favor del "loco peligroso". El C.M.S., aclarado su lugar no ejecutivo en la posible reclusión, se compromete junto a los vecinos a interesarse por el caso y a gestionar su solución. En esta línea, informamos de la conversación mantenida en el hospital y de la cita concertada para el día siguiente a la que invitamos a algunos vecinos para que expusiesen la situación al médico que se ocupa de A.

3. Visita al H. Psiquiátrico, 20 de Enero 1981.

Vamos al H. Psiquiátrico dos miembros del equipo con cuatro vecinos de la comunidad. Al entrar a la planta nos encontramos con A. que saluda a los vecinos muy cortésmente y al que le explicamos su citanmente el motivo de nuestra presencia allí y la situación en su comunidad de vecinos. Él se muestra tranquilo y se refiere a unos ruidos que escucha en el piso de arriba y que son insoportables para él.

En la entrevista con el médico, los vecinos le piden con cierta presión que lo ingresen en alguna

institución cerrada, a lo que el médico se niega.

El diagnóstico es de psicosis postraumática y el tratamiento es de Lonserem retard. El médico dice que durará el ingreso de 15 a 20 días y que después le dará el alta para que vuelva a su domicilio y que si el enfermo nos colabora en el tratamiento (no es éste el caso) se le podría enviar a Málaga a un hospital cerrado con su autorización o de la familia.

Nosotros hablamos de la posibilidad de efectuar un apoyo y seguimiento una vez dado de alta, así como procurar que vaya al hospital a las consultas externas cada 20 días. Quedamos en volver a visitar al médico al cabo de 9 días para ver como sigue la situación.

Los vecinos salen con mucha angustia del hospital y descontentos de la respuesta del médico.

4. Segunda entrevista en la comunidad de vecinos, 21 de Enero de 1981.

A esta reunión en la comunidad asiste solamente una de las personas que fueron al hospital con nosotros y se mantiene en silencio durante toda la reunión.

Asiste igualmente, avisado por los vecinos, un hermano de A. . El ambiente es muy tenso y de abierta agresión hacia nosotros, especialmente hacia un miembro del equipo que es quien da la información del hospital.

Es unánime el pronunciamiento contra cualquier posibilidad de vuelta a la comunidad e insisten en buscar una institución cerrada para su ingreso. Plantean ir a hablar con el Gobernador si es necesario.

Nosotros nos comprometemos a enterarnos de los pasos legales que ellos tienen que dar para procurar su ingreso en un establecimiento cerrado. Les informamos que volveremos el día 29 al H. Psiquiátrico y que les proponemos trabajar con ellos en grupo sobre la angustia que les ha provocado y provoca toda esa situación, cosa que admiten quedando en concretar cómo se va a hacer este trabajo.

IV. OPINION INTERPRETATIVA.

En primer lugar, hemos de remarcar de nuevo la importancia de la primera entrevista grupal como fuente de datos e instrumento evaluador del clima grupal.

En este caso, algunos emergentes visualizables en la entrevista realizada en el C.M.S. nos sirvieron para "diagnosticar" la crisis y proponer una hipótesis de intervención. El estar operando, en el momento de la entrevista, con una concepción teórica acerca de los problemas comunitarios y de salud mental, nos permitió articular un siguiente paso técnico (entrevista grupal en la comunidad) que enmarcaba definitivamente nuestro modo de afrontar esta demanda.

Las respuestas dadas en la línea de la gestión

(llamada telefónica al H. Psiquiátrico) antes de la entrevista en la comunidad, permite introducir un elemento informativo en el trabajo grupal que servirá de tarea manifiesta para la implantación del dispositivo grupal en la comunidad.

Analizaremos a continuación algunos emergentes y nuestra opinión interpretativa de esta primera entrevista grupal.

El primer emergente nos surge al llegar al C.M.S. estos cuatro vecinos hombres, junto con la demanda que nos exponen, "un vecino que ha estado enfermo mental subió ayer a casa de otro diciendo que lo iba a matar". A estos vecinos los consideramos portavoces del grupo comunidad de vecinos por lo que expresan algo común a todos, y el hecho de haber acudido al Ayuntamiento con esta demanda nos hace pensar, más que una crisis individual, en ciertos conflictos entre los miembros de una colectividad.

El comportamiento de este vecino, detonante de la crisis en la comunidad, es presentado en lo manifiesto como un fenómeno irracional, atribuido exclusivamente al cerebro de ser un diagnosticado de "enfermo mental" por las autoridades sanitarias. Este hecho perfectamente aceptable y tranquilizador para ellos, les permite presentarse ante nosotros.

En las dos entrevistas realizadas en la comunidad de vecinos hay que destacar la masiva asistencia de los vecinos, lo que indicaba que realmente el problema

ma les afectaba a todos, y la presencia del director y subdirector del C.M.S. que no eran integrantes del equipo de Salud Mental, lo que nos muestra a su vez, la importancia que la crisis tenia para la institución. Los emergentes en la primera entrevista giran alrededor del temor que tienen los vecinos, y particularmente las mujeres, de que vuelva A.

Continúa el insistente pedido de que se mantenga a A., recluso para siempre en un establecimiento cerrado. Los datos más relevantes son que una mujer se desmayó y tuvieron que llevarla a Urgencias del Ambulatorio cuando A. subió a casa del otro vecino; y que A. nunca les había hecho daño a nadie, sólo amenazaba.

Las mujeres son las más ardientes defensoras de la exclusión de A., se muestran como las más débiles, las que han tenido ataques de nervios. Se da así una repetición de la división social de los roles masculinos y femeninos. Los hombres-maridos son los que salen fuera de casa a ganar el sueldo, en este caso a gestionar (recordemos que todos los que van al Ayuntamiento y al C.M.S. son hombres, cosa que se repite en todos los casos a lo largo de la intervención), y las mujeres-esposas las que permanecen todo el día en casa y las que "se ponen nerviosas". A. en la medida que no trabaja y esta todo el día en casa, rompe con esa estereotipia social y la cuestiona, lo que provoca la envidia de los otros hombres y el temor de las mujeres.

En estos momentos, el equipo técnico aparece como aliado del "loco" por lo que despierta fuerte agresividad de los vecinos. Creemos que este sentimiento respondía a una deposición en el equipo técnico de aquellas partes del grupo-comunidad que deseaban intentar de nuevo la convivencia con A.; pero que no podían expresarse por el miedo a "ganarse las iras" de otros vecinos.

El mecanismo de segregación se ha cumplido en todas sus partes. Los vecinos, definidos como sanos, proyectan en una persona ansiedades, temores y fantasías no resueltas a nivel de la comunidad; esta persona se hace cargo, por su historia personal, de esas depositaciones, coincidiendo la verticalidad de la historia del individuo. En tercer lugar, al no poder soportar la permanente presencia de alguien que se ha hecho cargo de algo angustioso para ellos, lo segregan cumpliendo así la expulsión total: a nivel interno depositándolo en el loco y a nivel externo expulsándolo de la comunidad (proyección-deposición-segregación).

El pedido manifiesto es claro, que el poder sancione la exclusión del loco (eso ya lo han conseguido con el ingreso en el Hospital Psiquiátrico), y que lo mantenga excluido para siempre en nombre de una "convivencia en paz". El pedido a nosotros como delegados del Ayuntamiento va en la línea de que evitemos el que vuelva a vivir en la comunidad, y al ser técnicos

de la salud mental refuerza ese planteamiento. Su fantasia es que con el encierro de A. acabaran los problemas de la comunidad.

El pedido latente lo rastreamos a partir de emergentes tales como "habla como cualquiera de nosotros o mejor" lo que muestra que no esta tan clara la diferencia entre sano-enfermo, buena-mala persona, ya que lo consideran ambivalentemente.

Si A. puede hablar tan bien como cualquiera de ellos, también puede tener unos problemas como ellos.

Esta ambivalencia se muestra así mismo por un lado en la tensión y agresividad que muestra en la entrevista, y por otro, por su deseo de enfrentar el problema de otra manera ya que vienen perdiendo trabajo, aceptan tener una entrevista en la comunidad, etc.

Este pedido latente de ayuda para entender una situación desconcertante e incomprensible para ellos, es lo que nos permite poder analizar la demanda, reconvertirla y articular un encuadre de trabajo.

Esta demanda esta cargada de agresividad hacia nosotros, que podemos representar la condensación de distintas instituciones sanitarias y municipales, que no les solucionan el problema pero, al mismo tiempo, podemos soportar esa agresividad que a nivel de comunidad ellos no la pueden elaborar.

El hecho de que nosotros no demos una respuesta inmediata y satisfactoria a su demanda y que no aceptemos "a pie juntillas" lo que para ellos (y la ideo

logía dominante) es evidente (su versión), provoca agresividad hacia nosotros que les obligaremos a pensar en ellos mismos, en su historia como comunidad.

Puede "haber sangre", "tendremos que encargarnos de matarlo" dicen los vecinos, como indicando la gravedad de la situación pero también el esfuerzo que les puede costar a ellos enfrentarse a los conflictos.

Esta primera entrevista se caracteriza por una fuerte desconfianza hacia nosotros como representantes de "lo oficial" al tiempo que una cierta confianza en que podemos resolver algo porque les escuchamos y les prometemos ayudarles en la solución del caso.

La clarificación de nuestras nulas competencias en materia de reclusión de personas en instituciones psiquiátricas, contribuyó a rebajar exigencias hacia nosotros, al menos en lo manifiesto.

Al mismo tiempo, nuestra pertenencia a una institución pública les permitía tener mayor audiencia en las instituciones sanitarias, un motivo más por el que continuarón la relación con nosotros.

La propuesta de ir conjuntamente al hospital los vecinos y el equipo de Salud mental, para hablar con el médico, y la celebración de una nueva entrevista con los vecinos, es aceptada porque responde tanto a la fantasía de "borrar del mapa" al loco, como a la de su reintegración en la vida comunitaria. El hecho de ir a ver a A. al hospital dentro del horario reservado a las visitas de los familiares, nos permite leer

el comportamiento de los vecinos como el de un grupo familiar.

En la segunda y última entrevista grupal, realizada en la comunidad, el emergente principal lo encontramos en la ausencia de las personas que han ido al hospital con nosotros y en el mutismo absoluto de la única que esta presente. Uniendo este hecho y el clima agresivo hacia el equipo, que se hace cargo de dar la información del hospital, podemos pensar en la dificultad existente en el grupo para expresar el deseo de integración de A.

V. ENCUADRE

El encuadre esta constituido por aquellas variables fijas que nos permiten intervenir en el campo y observar los fenómenos que en el ocurren. Los clásicos elementos que lo componen son: tiempo espacio, roles, tarea (y dinero si es práctica privada).

Hablamos de variables fijas, y no rígidas, en el sentido de controladas. Su propia modificación cobra sentido y puede ser analizada a partir de lo acordado en el encuadre por las partes contratantes (coordinación-grupo).

Si bien en el modelo pedagógico de los grupos de formación o en el modelo clínico de los grupos tera

peúuticos, el encuadre y su mantenimiento nos plantea pocos problemas, no ocurre lo mismo en una intervención en crisis como la que nos ocupa.

Veamos cómo fijamos el encuadre para el trabajo grupal y hagamos algunas anotaciones al respecto.

Tiempo: La duración de cada sesión la fijamos en una hora y media semanal, pero no estipulamos el número de sesiones totales. Así la propia dinámica grupal nos marcó el número de sesiones y el final de la intervención.

Espacio: El lugar de las sesiones acordamos que sería en un piso vacío, propiedad de la comunidad. Así fue en todas las ocasiones previstas, aunque hubo dos sesiones "añadidas" que se celebraron en el C.M.S., posibilidad no incluida pero tampoco excluida en el encuadre. La flexibilidad jugó a nuestro favor, en este caso.

Tarea: Fijamos como tarea la elaboración de la ansiedad que les producía la situación. Esta tarea era compleja y comprometida, en el sentido de que planteaba la problemática a nivel de la estructura grupal, más allá de la suma y característica de los individuos.

De esa manera, atendimos su demanda (latente) sin "someterlos" a la demanda (manifiesta) exclusión/in-clusión de A.

La explicitación y aceptación por su parte de un encuadre grupal, da un marco de contención imprescin

dible para elaborar la tarea grupal. Nuestra hipótesis, acerca de la aceptación del setting que proponemos, se refiere al papel que hasta ese momento hemos jugado en esta crisis comunitaria.

Al realizar un trabajo de liaison entre las distintas instituciones (comunidad de vecinos, hospital psiquiátrico, familia y Ayuntamiento), sin estar incluidos ni "al servicio de" ninguna de ellas, gozamos de una gran ventaja a la hora de interrogarles a todos. Estamos descentrados de todas las partes al tiempo que conectamos con ellas.

Introducimos a la comunidad en el H. Psiquiátrico con la visita efectuada por los vecinos con nosotros.

La imagen del encuentro de A. con cuatro vecinos, en nuestra propia presencia, muestra que es posible la comunicación, aunque se hayan tenido que desplazar a una institución securizante. Porqué no se podrá hacer en la propia comunidad, en la vida cotidiana? Podrían ser las preguntas latentes que comienzan a hacerse los vecinos.

Roles: Al interno del equipo se fueron diferenciando dos tipos de roles en la medida que avanzaba la dinámica grupal y nosotros mismos tomabamos conciencia del proceso: uno de informante y otro de coordinador.

Estos roles no fueron explicitados para el grupo y no se jugaron con la "pureza" que se dan en otro tipo de trabajo grupal. Independientemente de la adjudicación de cada papel a personas concretas, lo que

siempre se incluyó en esta intervención fué la información y la coordinación, o mejor dicho, desde la coordinación se incluía la información como elemento "disparador" de la dinámica grupal.

La persona que generalmente informaba a los vecinos de las gestiones realizadas con el hospital y con la familia se mantenía algo más distanciada del aspecto estrictamente coordinador (señalamientos e interpretaciones). La información constituía siempre el primer elemento de la sesión grupal.

En cuanto a los integrantes del grupo, dimos la consigna de que viniese quien quisiese, es decir, toda aquella persona que tuviese relación con la vida de la comunidad y deseara hablar de ello. Resaltemos pues, que el encuadre se incluyó la posibilidad de que, cuando lo deseara y pudiese, viniera A. al grupo.

La inclusión de A. en las sesiones grupales a través de la información que nosotros dabamos acerca de las gestiones realizadas con el H. Psiquiátrico, es otro aspecto de la integración de las partes disociadas, que esbozamos anteriormente.

VI. DESARROLLO DE LAS SESIONES GRUPALES.

Dentro de este ítem incluimos todas las reuniones tenidas con los vecinos desde la realización del encuadre grupal hasta la última visita a la comunidad.

Como ya dijimos en el epígrafe V (encuadre), consideramos que, tanto las reuniones previstas y rea-lizadas con la comunidad de vecinos, como aquellas que "quisieron realizar" en en C.M.S., tienen el rango de sesiones grupales. Hemos analizado sesión por sesión, presentando en primer lugar, el material con los principales emergentes, para después plantear nuestros comentarios interpretativos.

Primera sesion, 4 de Febrero de 1981.

Informamos de la entrevista con el médico y de que el hermano de A. se va a hacer cargo de él. Después de una visita al Hospital con algunos vecinos y de conectar con la familia de A. realizamos ésta primera sesión. .

Al llegar a la comunidad de vecinos, querian que informáramos en el rellano de la escalera porque la casa que habíamos utilizado anteriormente estaba en obras (era la del vecino de arriba de A.). Ante nuestra insistencia en entrar en algún piso, abren un piso vacío.

Después de informar nosotros, los vecinos mues-tran muchos recelos de que el hermano se haga cargo de él y más todavía de que se lo lleve al pueblo con

sus padres; de todas maneras, acuerdan abrir un compas de espera en tanto que sepan que decide el médico y el hermano. Cuentan que están muy tranquilos sin él, pero que la idea de que vuelva les aterroriza, que los niños no quieren bajar por la escalera y pasar por la puerta. Nadie ve la posibilidad de que A. vuelva allí

El clima es de "calma tensa" y es dificultoso que hablen de lo que a ellos les provoca esta situación.

Se muestran en todo momento como un bloque cohesionado. Esta entrevista dura una hora y media.

Opinión interpretativa.

La primera sesión grupal estuvo a punto de ser abortada por las resistencias grupales, ya que no querían dejarnos pasar de la escalera. El hecho de mantener el encuadre, en el que estaba incluido el tener un sitio más o menos cómodo donde informar y charlar, permitió el que los vecinos buscasen un piso vacío de su inmueble para tener allí la reunión.

Este cambio de local nos mostró que se había pasado a otro momento en la intervención, en el que el problema se debatía en un piso propiedad de toda la comunidad, y no donde se hiciera anteriormente a la entrevista, que era la casa con el que se metió A.

Aclarado el lugar de la reunión, dimos la información del contacto con la familia de A. que se comprometía a hacerse cargo de él. En estos momentos, todas las instituciones en juego están relacionadas por

medio del C.M.S. (la comunidad de vecinos, el hospital y la familia).

Este papel del equipo en la crisis creemos que fué muy importante ya que, frente a la ruptura y discontinuidad que supone una crisis, es fundamental el trabajo de integración y elaboración de las distintas partes "rotas", tanto a nivel individual, grupal como intergrupalo o interinstitucional.

A pesar de esta facilitación de la comunicación entre algunas de las partes implicadas, a nivel grupal la ansiedad dominante es la ansiedad paranoide, ya que los vecinos desconfían tanto de que la familia se haga cargo de A., como de nosotros que aparecemos como amenazadores para ellos mismos. La resistencia al cambio está instalada, no hay resquicio, pero, a pesar de eso, están hora y media en la sesión, lo que muestra su deseo de cambio.

11 de Febrero de 1981. (Por la mañana).

Hablamos telefónicamente con el H. Psiquiátrico. El hermano estuvo allí y se va a hacer cargo de A. en un alta experimental de fin de semana para ir al pueblo.

Segunda sesión, 11 de Febrero de 1981. (Por la tarde).

Vienen cuatro vecinos al C.M.S. aunque no habíamos quedado con ellos. Nos dicen que han llamado por teléfono al pueblo de A. y han hablado con M., su mujer.

En esta entrevista no viene el vecino de arriba y éstos cuentan que A. nunca se ha metido con ellos, que incluso una vez un vecino se enfrentó con él y A. se metió a su casa como huyendo; dicen que les da miedo enfrentarse cuando tiene la locura. A propósito del conflicto entre A. (el loco) y J. (el vecino de arriba), cuentan que J. fué presidente de la comunidad hace 3 años y que en una ocasión llamó a la policía indicándole en qué puerta vivía A..

Desde entonces A. mira para arriba y todas las descargas van para J.

A cerca del ruido que A. manifiesta como queja de la casa de J., dicen que éste último hace unos 6 años tenía un máquina de coser con motor pero que la quitó hace tiempo; ahora parece que hace cosas de vidrio para productos químicos.

Cuentan que quieren que A. cambie su puerta porque es la única que "desentona" de las demás, al ser de distinto color. A, cambió la puerta porque una vez le dio una patada y la rompió.

Cuentan que se llevaba mal con su mujer, ésta no se quería acostar con él porque cada vez le hacía un muchacho, "no sabía llegar donde tenía que llegar"

Que a pesar de que la arrancaba de la cama, nadie vio que abusase de ella, "sólo la he visto pegar una vez". Que era muy fiel a su mujer ya que le habían propuesto "ir de putas" y dijo que no, que él sólo estaba con su mujer.

Cuentan que una hermana soltera de la mujer, de unos 18 años vivió con ellos por un tiempo y que A. "quería abusar de ella" por lo que se fué al pueblo.

Posteriormente, cuando A. fue al pueblo, se peleó con el novio de la chica. Los vecinos afirman que es ta chica estaba mejor que su mujer y que ellos también se la "habrían tirado", aunque tratando de conquistarla de otra manera.

Después de separado de su mujer y sus hijas, estuvieron viviendo con A., una madre madre soltera con dos niños y sus propios padres, a los que A. no tragaba y echó porque "consumían mucho aceite".

Dicen que A. es muy desconfiado, aunque se dirigió a ellos para que le ayudasen a saber como podía ver a su hijas, a las que, al parecer, no tenía acceso.

Un vecino expresa que él tiene confianza para decirle lo que sea. Dicen que es por la noche cuando se altera más, nunca de día y que en las reuniones de comunidad siempre se ha hablado con A. y él ha manifestado un claro propósito de enmienda.

Por último los vecinos plantean que si A. viene a la casa, a la familia de arriba le va a dar "un patatús" y que alguno de ellos ya planteó que "si a A. lo llevan a un sitio donde lo van a cuidar, firmo, pero que si se lo van a volver más loco, no firmo".

Otro vecino plantea que "no lo quiere , ni bueno, ni malo".

En esta entrevista los vecinos que vienen muestran su temor a las reacciones de los otros vecinos que

dicen enfurecidos: "ya nos vamos a volver atrás ?"

Terminan la entrevista diciendo: "Como para decir ahora que a A. le quiero, ... me matan!!".

Quedamos en ir a la comunidad a informar de la conversación con el Hospital.

Opinión interpretativa.

En la segunda sesión grupal se produce un cambio importante: en lugar de mantener la cita nuestra con todos los vecinos en su local, se presentan al C.M.S varios hombres. Estos intentos de modificación en el encuadre (lugar, día) son en parte continuación de los habidos en la anterior sesión, nos hablan de las resistencias a hablar de algunas cosas entre la comunidad (hombres-mujeres, vecinos y familia del piso de arriba de A.), así como la dificultad de expresar sentimientos afectivos hacia A. en la comunidad, por lo que tiene que salir fuera para hablarnos (hablar-se). Se repite pues, con nosotros, sus modalidades de comunicación.

En esta segunda sesión surgen algunos elementos que cuestionan la supuesta irracionalidad del comportamiento de A.

- El temor de que A. agrediera a alguien es una fantasía, ya que anteriormente no sólo no se ha pegado con nadie, sino que incluso mostró miedo en aquella ocasión en que alguien se enfrentó a él.

- El comportamiento del loco hacia el otro vecino tie
ne sentido en la historia de la comunidad, ya que es
te vecino fué presidente de la comunidad y lo denun
ció, además de que tuvo una máquina de coser en su
casa hace algunos años, con lo que la acusación de
A. sobre los ruidos se explica perfectamente.
- La problemática central de A. estriba en su mala re
lación con su mujer siendo públicos, para los veci
nos, los problemas íntimos (sexuales) que tienen en
tre ellos y que les llevaron a la separación.

Aunque estos datos nos los dan los vecinos, toda
vía no aparecen para ellos relacionados con la crisis
de A., ya que al mantener ellos esa disociación, evi
tan reconocer la parte de razón que A. tiene en el
conflicto y cuestionarse la suya propia. Con todo,
aparece un cambio en relación a A. y quizás hacia no
sotros mismos: por un lado, manifiestan la confianza
que tienen con él y por lo tanto el cariño hacia A.
de parte de algunos de los vecinos. Y por otra, apa
recen las primeras discrepancias entre ellos acerca
del confinamiento a perpetuidad de A.

Al final de la sesión y como último emergente, apa
rece la causa determinante del cambio de encuadre:
"Como para decir ahora que a A. le quiero,..me matan!"

Estos sentimientos y hablar de los problemas sexua
les de A., sólo pueden ser hablados fuera del grupo o
mejor, por una parte del grupo en la que está deposi

tado los sentimientos afectivos positivos. Los hombres se hacen cargo de esa parte, favorecidos quizás porque en el equipo de Salud mental que interviene en esta crisis sólo hay hombres.

La unión de estas partes disociadas corresponde al equipo que así, transitoriamente, se hace cargo de integrar esas disociaciones para, dándoles un sentido, devolvérselas al grupo de manera que las fantasías puedan expresarse y entenderse en el contexto histórico de la comunidad.

Vemos que se va pasando de la segregación del loco a la inteligibilidad de un comportamiento leído como emergente institucional y a la redistribución de la ansiedad depositada masivamente en una persona y en una situación.

Tercera sesión, 13 de Febrero de 1981.

Vamos y nos tienen preparado un piso donde reunirnos. Informamos de que A. va a estar de alta el fin de semana con su hermano , y el ambiente se pone tenso y agresivo contra nosotros: "estamos igual que el primer día", "si no podéis hacer nada más, vamos al Alcalde". Los vecinos aseguran que el hermano no se va a hacer cargo de él y que A. ira a visitarlos el fin de semana.

En esta entrevista, las mujeres, colocadas en un lado de la habitación, son las más vehementes defensoras de que se haga algo, exigir a la familia un pa

pel en el que ponga, que si viene por aquí que se lo lleve la policia, ir al gobernador, cambiar la cerradura de la puerta del portal, etc. En los hombres no existe tanta pasión y se dividen un poco más: hay algunos que se muestran mas comprensivos hacia A. y "escuchan" lo que nosotros decimos.

Nos comprometemos a dar parte a la Policía Municipal por si viene el fin de semana, llamar por teléfono al hospital y visitar al médico el jueves siguiente.

13 de Febrero de 1981 (por la noche).

Hablamos con la Policia Municipal, les damos los datos y decimos que si viene A. y les llaman los vecinos, lo lleven al H.Psiquiátrico ya que está de alta el fin de semana pero para estar en el pueblo.

Opinión interpretativa.

En la tercera sesión de grupo que se realiza en la comunidad, damos la información del alta del fin de semana de A. para irse con su hermano.

El grupo que ya está consolidado en un piso en el que siempre nos reunimos y al que los vecinos llevan sillas de sus casas, reacciona agresivamente hacia nosotros como una repetición de las primeras entrevistas. La única e importante diferencia es que se ha roto la cohesión en el terror y hay partes del grupo

(algunos hombres) que se muestran mucho menos temerosos de que A. vuelva, e incluso más comprensivos hacia él y hacia nuestros señalamientos.

Creemos que este movimiento grupal está relacionado con la sesión anterior, en la que una parte del grupo (algunos hombres) excluyeron a otra parte (las mujeres) de la sesión al ir al C.M.S. a realizarla. Vuelve a repetirse la estereotipada división de roles que, en parte, explica la ardiente postura de las mujeres respecto a la no aceptación de A.

Los hombres gestionan y hablan fuera de la casa y las mujeres sufren pero hablan y mandan en la casa-comunidad.

El mecanismo de exclusión de A;-hombre de la comunidad, no es otro que el mecanismo de exclusión por los hombres de las mujeres en la vida social y de aquellos por estas de las tareas doméstico-familiares. La unión genera conflicto, la exclusión tranquilidad". En esta comunidad, quizás como en todas, sólo se puede hablar de algunas cosas (sexualidad, vida familiar, etc.) si alguien es excluido; así los hombres pueden expresar sus fantasías y deseos acerca de las mujeres, y con un psicólogo hombre del equipo de Salud Mental.

El hecho de que A., por no trabajar y por expresar sus deseos y vida familiar públicamente, rompa la norma social establecida, no es ajeno a la génesis de esta crisis comunitaria.

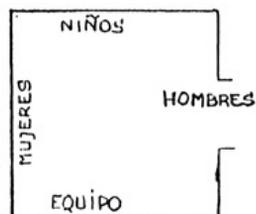
En esta tercera sesión nadie habla de la entrevista-sesión en el C.M.S., por lo que tenemos que pensar en una complicidad inconsciente entre equipo de Salud Mental y la resistencia al cambio en el grupo. Quizás atrapados por nuestra propia contratransferencia, no pudimos resolver los aspectos que íbamos integrando, o quizás es en este momento de reconstrucción cuando los podemos integrar y por eso entonces, callámos.

En cualquier caso, y como "mecanismo de seguridad" para los vecinos y para nosotros mismos, nos hacemos cargo de avisar a la policía por si A. viniese el fin de semana y hay problemas entre él y los vecinos.

Cuarta sesión, 18 de Febrero de 1981.

Vamos a la comunidad y vemos que en el portal hay una nota de la junta Directiva anunciando la reunión.

Subimos al mismo piso de la vez anterior. La distribución espacial es la siguiente:
La información de ese día hace referencia a que el Hospital nos había comunicado que el hermano de A. pasará a recogerle y le llevará a su casa o al pueblo.



Aparecen dudas de que el hermano vaya a vigilar a A., y temor de que éste se escape, "vaya allí" y "haga algo". Este "hacer algo" se refiere a las mujeres, temor de que las viole, ya que están solas todo

el día , ya que los maridos están fuera trabajando.

Posterior a un señalamiento sobre estos temores, se produce un movimiento de personas, (en la sesión) pasando dos hombres que parecían ajenos a esta problemática, a donde están situadas las mujeres.

Nos preguntan a continuación qué opinamos de ellos y les mostramos su pánico y del propio A. cuyos problemas les hacían pensar los suyos. Cuentan entonces que A., esta 8 años sin mujer, que se va con prostitutas, y un episodio de la mujer de A. pidiendo auxilio en la escalera, casi desnuda.

De nuevo en el grupo surge el que algunas personas estan enfermando de los nervios a causa de A., siendo los más beligerantes la familia del piso de arriba.

A un señalamiento nuestro sobre la diferencia de actitud entre los hombres y las mujeres, J. dice en tono agresivo: "quieres decir que las mujeres nos están coaccionando?". El clima en este momento es menos agresivo hacia nosotros y hay menos homogeneidad en los vecinos, que se muestra al final de la sesión cuando J. dice: "tendremos que coger la justicia por nuestra mano" y el presidente de la comunidad dice: "no estoy de acuerdo con eso".

Se termina esta reunión preguntándose si está loco o es un golfo.

Opinión interpretativa.

La cuarta sesión aparece convocada con una nota de la Junta directiva, lo que nos indica que nuestra presencia tiene un marcado carácter institucional: han asumido que les atañe a todos y que algo importante se va a hablar. Podríamos decir que está implantado un dispositivo grupal en esta comunidad.

Creemos que este "algo importante", nos lo muestra el primer emergente: el temor de que A. viole a las mujeres que están solas todo el día.

La dinámica grupal gira en torno a los problemas de A. con su mujer, su separación y por lo tanto, la posibilidad de que deseé a alguna mujer ya que al estar solo, a de ir con las prostitutas (según las mujeres). El grupo en estos momentos ha podido explicitar en conjunto sus fantasías con lo que disminuye la ansiedad y agresividad hacia nosotros.

La relación de los problemas de A., con los posibles problemas que cada uno tiene en su vida, o al menos lo que a ellos les puede hacer pensar la "turbulenta y pública vida de A.", les permite introyectar aspectos depositados en A. y mostrar públicamente en la comunidad las grietas que van apareciendo entre ellos como nos lo muestra el último emergente: "Tendremos que coger la justicia en nuestra mano". Respondiéndole otro vecino: "no estoy de acuerdo con eso".

Entre las dos sesiones y después de hablar con el hospital sobre el alta que le iban a dar inmediatamente , acuden al C.M.S. algunos vecinos porque "ha vuelto A.".Como no estábamos ninguno de nosotros,les llamamos por teléfono al día siguiente.

Conversación telefónica con los vecinos, 25 Febrero 85

Cuentan que están muy nerviosos, sobre todo los del piso de arriba de A., porque éste vino ayer y se fue al bar. Ellos avisaron a la Policia Municipal que fué a buscarlo. A. los vió y se escondió. La P.M. lo cogió y le llevaron al Ayuntamiento desde donde llamaron a su hermano para que fuera al piso de A..Allí se reunieron los hombres y vino el hermano, quien "a pesar de que dice que está en paro,ha cogido un taxi!"

Sigue la conversacion telefónica y cuentan que el hermano se lo llevó a su casa, porque A. traía un che que de dinero que le debían de su incapacidad. Dicen que, cuando A.llego al piso, le dijo a una vecina: "María, yo vengo enfermo". La vecina con la que hablamos, dice: "no queremos que se vaya" (lapsus),"no está bien","no queremos que viva solo". Dice también que llamo una tía de A.de Alcalá amenazádoles y diciendo que iba a venir a limpiar el piso, porque A. va a seguir viviendo allí. Al hermano y a la tía le dice que al día siguiente tienen una reunión con los psicólogos.

Para terminar, nos dice que a ella le da pena y que, cuando bajaba la P.Municipal uno dijo:"Vds. tienen que cogerle y aliñarle", "cuando haya sangre, entonces lo vais a aliñar". Por último, se queja de que como A. está todo el día en casa sin trabajar "estamos todas las mujeres sin defensa".

Quinta sesión, 27 de Febrero de 1981.

Vamos a la comunidad y nos cuenta que A. vino solo a la casa y que nada más llegar, llamó a la puerta de una vecina que, al verle, se puso muy nerviosa y quería desacerse de él, por lo que le dijo:"estoy mala y no puedo atenderlo". A. insistió y le preguntó algo sobre su frigorífico; en esta ocasión, la mujer abrió y estuvo toda la tarde en su casa.

Según ella, que estaba pendiente de él, "estuvo muy correcto" aunque estaba nervioso y se le enredaba la lengua, hecho que los vecinos atribuyen a que viene drogado del hospital.

Cuentan que después se cambió de ropa y se fue al bar derecho. Allí, al parecer, la Policía Municipal avisada por los vecinos, "le dieron caza" a pesar de que la P.M. no tenía orden de llevarlo (en alusión a que nosotros no habíamos cumplido lo que dijimos de notificarlo a la P.M.).

Al parecer vino el hermano y dijo a los vecinos que le estaban hinchando la cabeza a A. Los vecinos

dicen que anoche el peligro era el hermano.

En este momento, una mujer relata que tiene un tío en una situación semejante a A. y que, si lo dejaran se moriría de asco. Después de señalar nosotros el enfado que tienen por el abandono de A. por su familia, hablan de la obligación de las familias de ocuparse de personas que lo necesitan y de la no obligación de los vecinos de aguantarlos. En ese momento, bajo J. diciendo que tiene que salir de viaje y que su mujer se ha ido con su hermana.

De nuevo las mujeres que han hablado con el dicen que A. tiene muy poco de loco. Un hombre presente manda callar a las mujeres y estas empiezan a discutir entre ellas sobre las relaciones entre A. y su mujer. Señalan que las niñas de 16-17 años son las que más temor tienen de A.

Opinión interpretativa.

Así como en anteriores sesiones la presencia de A. era traída a través de nuestras informaciones del hospital, esta sesión comienza con la información, ya sabida, de que A. había sido dado de alta y había estado en la casa. De nuevo la exclusión, aunque esta vez en lugar de enviarlo al H. Psiquiátrico, fue a casa de su hermano. Todavía en este momento, el grupo-comunidad, no puede aceptar a A.

A pesar de que estaba fuera del hospital y que el encuadre iba explicitado que a las sesiones de grupo viniese quien quisiese y que tuviese relación con la vida de la comunidad, no vino a esta sesión.

El grupo se mueve en la misma ambivalencia que cuenta la vecina que lo recibió: por un lado, le dice que esta mala y no puede atenderle, y por otro, a poco que A. insiste, le abre sus puertas y le tiene toda la tarde en casa.

En el grupo aparecen movilizados sentimientos que nos hacen pensar más en un grupo familiar que en una comunidad de vecinos donde las relaciones son más o menos ajenas. El comportamiento de los vecinos desde esta perspectiva se asemeja al de unos padres que castigan a un hijo que se porta mal, rebelde y disco lo para ellos y las normas familiares.

La comunidad de vecinos ha sido (y lo sigue siendo en gran medida) una familia sustituta para A. desde que se separó de su mujer; incluso cuando tenía a las hijas con él, alguna vecina se ocupaba de ellas.

La asociación de una vecina relacionando la situación de A. con la de un tío suyo que se encuentra en una tesitura semejante, nos remite a una reactualización del grupo familiar interno. La agresividad (mejor la queja) que en estos momentos muestra el grupo se refiere más al abandono de A. por la familia, que al propio comportamiento de éste, al igual que esta proyección de la agresividad hacia el hermano de A.

encubre el sentimiento de culpa de los vecinos por haber expulsado de nuevo a A. La familia de A. "es mala" por abandonarlo al igual que ellos por excluirlo.

En el final de esta sesión aparece desplazado el temor a las jóvenes de 16-17 años (ninguna de las cuales ha ido nunca a las sesiones de grupo), temor que se relaciona con la fantasía de que se "dispare" la sexualidad (como en la adolescencia). La comunidad como grupo familiar con un miembro no controlado en sus manifestaciones, incluidas las sexuales, teme que el resto de los integrantes se movilicen y se trastoque las normas y valores dominantes "normales".

Las relaciones de A. con su mujer, que dieron lugar a su separación, aparecen como posible identificación para cada matrimonio, actuado en el grupo por la separación (momentánea) de los vecinos de arriba, que en esta sesión, lo notifican (la mujer se va con la hermana y el sale de viaje).

La ausencia de esta familia, que coincide con la presencia de A. en la comunidad, nos va anunciando que el grupo difícilmente puede aceptar la integración de ambas partes, lo que nos llevara a ir forjando la hipótesis de que en este momento de su historia como comunidad, necesitan de la exclusión de alguien para poder funcionar "normalmente".

Sexta sesion, 2 de Marzo 1985.

Vienen al C.M.S. tres vecinos, uno de ellos el presidente de la comunidad, para preguntarnos cómo se puede seguir. Cuentan que A. está en la casa y que dos de ellos han hablado individualmente con él aconsejándole que no beba. A. dice que no quiere irse al pueblo y que se va a quedar en su casa.

Dicen que A. sigue con "lo de los ruidos" y dicen riendo que "a lo mejor J. hecha un polvo y hace ruido "que ponga el colchon en el suelo!!"

El pedido que hacen en este momento es "a ver si vosotros podeis hablar con él y presionar para que deje de beber" ya que, "como está solo, se aburre y se va a beber", cosa que "le pasaría a cualquiera, ya que yo también en el verano que mi mujer se va al pueblo, me voy al bar y eso que no bebo".

Cuentan que en el barrio dicen que los de esa comunidad no tienen humanidad y que A. dijo: "vengo de la cárcel". También les dijo que llevaba tres meses sin cobrar la pensión de incapacidad y critican a la familia que no se ha preocupado de él hasta ahora: "son peores la familia que él"; ahora dicen, el hermano se preocupa porque A. ha recibido un cheque con los atrasos.

Señalamos en ese momento que algo ha cambiado, ya que A. ha entrado en las casas, han hablado con él y, al parecer, no tienen tantas ganas de matarlo.

A raíz de este señalamiento, los vecinos dicen que A. quiere amistad otra vez, pero que es "hacer el pa ripé" ya que "es muy malicioso y sabe mucho".

Opinión interpretativa.

En esta sesión se repite la modalidad de comunicación existente en la comunidad: los hombres hablan entre ellos y, en parte, A. habla por todos ellos y habla de la sexualidad, lo que nos es mostrado por su asociación de los ruidos con los "polvos". Se explica así la modificación del encuadre como en la segunda sesión.

Se produce una fuerte identificación entre los hombres con A., sobretodo en la situación de abandono de este por la mujer ("cuando mi mujer se va al pueblo, me voy al bår", dice un vecino) y un alto nivel de comprensión y afecto hacia A. ("esta enfermedad nos puede pasar a cualquiera").

La dificultad de aceptar nuestros señalamientos sobre el aprecio que le tienen a A. nos remite a la famosa distinción de Cooley entre grupos primarios (familia) en los que lo primordial son los lazos afectivos, y grupos secundarios (trabajo) ligados a las relaciones de producción. El afecto parece reservado para la familia y entre los vecinos, que no hay lazos de sangre, es difícil aceptar entre ellos estos sentimientos.

Por otro lado, aparecen variaciones importantes respecto a situaciones anteriores. A. está en la comunidad y se ha restablecido un cierto nivel de comunicación con él.

Esta situación plantea un cambio en la demanda originaria; ya que el pedido no es de exclusión, sino de que con nuestra autoridad moral le incluyamos en la vida comunitaria como debe ser (nos piden que le presionemos para que no beba).

Séptima sesión, 4 de Marzo de 1981.

Estan A; y tres vecinos, todos hombres. No hay nada más que dos sillas. Saludamos a A. que es la primera vez que asiste a una sesión grupal (y por lo tanto, que lo vemos fuera del hospital). Llegan dos mujeres mayores que suelen asistir a las reuniones, pero que nunca han dicho nada. Después, el hermano de A., una s mujeres que pasan al fondo de la habitación y otras que se quedan en la puerta sin entrar del todo.

Nosotros hacemos una breve historia del conflicto de la comunidad desde el intento de A. de tirar la puerta de J. y recordamos el encuadre de esas sesiones.

Empieza A. diciendo que no ha tenido enfrentamientos directos con nadie de la comunidad, excepto con

J. por los ruidos que desde 1976 le molestan; además J. llamó a la policía en una ocasión y esta le pegó a A. .Hablan sobre los ruidos y un hombre discute con A.

Este dice que a veces le dan crisis y se pone a cantar o pone el tocadiscos para pedir auxilio, que las crisis es porque no sabe nada de sus hijas y por que desde hace 4 años, no hace uso del matrimonio, ya que la chica que se trajo hace un año no la tocó.

Los vecinos hablan de que "eso no es moral pero no nos importó", ya que siempre que no se meta con nosotros, que haga lo que quiera".

En estos momentos, algunas mujeres expresan el miedo que les produce A.; "me dan miedo las amenazas a la comunidad, que va a explotar botellas del gas", a lo que A. contesta que "fue una amenaza para que dejaran de hacer ruidos" y añade "quien mucho habla, poco hace".

A continuación, el presidente de la comunidad, en un tono firme pero afectivo, dijo: "no te permito que hagas una más" a lo que A; contestó, echándole la mano: "si oigo ruidos, voy a llamar a algún vecino y si él no los oye, voy a decir: me voy al Alonso Vega, es por el trauma". Dice que a J. no le va a hacer nada. Otra mujer se enfrenta a A. diciendo que hoy quien hizo ruido era él.

Planteamos a A. la posibilidad de hacerle una entrevista individual en el C.M.S. a lo que accede y

quedamos con los vecinos en volver la semana siguiente, aunque ellos querían que fuésemos el domingo, "para hablar sobre la convivencia".

Opinión interpretativa.

En la séptima sesión, dos meses después del inicio de nuestra intervención, se reúnen por primera vez los vecinos con A. y su familia (hermano) en nuestra presencia, aunque no asiste la familia de arriba (ya anunciado en la quinta sesión).

El ambiente es de expectación y no podemos negar que a nosotros mismos nos embargaba cierta inquietud ya que también nuestro único contacto personal con A. fue el Hospital Psiquiátrico, y temíamos que nos identificara como gestores de su encierro, dificultándose por tanto, el trabajo de coordinación grupal.

El encuadre hecho por nosotros de nuevo, haciendo un breve resumen de la historia de la intervención hasta el momento, servía para dar un marco en el que hablar cada uno desde su lugar y rebajar la ansiedad grupal (incluida la del equipo de salud mental) ante la nueva situación. Igualmente, el encuadre remarcaba nuestro papel de esclarecedores y no de jueces que sancionan un comportamiento, con lo que se les devolvía la resolución del conflicto a los verdaderos protagonistas, los vecinos.

El hecho de que, al comienzo de la sesión, estén

tres vecinos hombres y que algunas mujeres que vienen se queden en la puerta al principio, nos muestra otro aspecto de la crisis: crisis de la comunidad entre los vecinos, representada por los dos bloques de hombres y mujeres.

El diálogo de A. con algunos vecinos, aún para discutir, permite aclarar las relaciones entre ellos, los miedos, cabreos, afectos, etc, sin necesidad de "actuarlos" (amenazas, poner el tocadiscos, subir a casa del vecino para agredirle, etc), con lo que se da un gran paso en la resolución de la crisis comunitaria.

La decisión de A. "si oye ruidos, voy a llamar a algún vecino y si el no los oye, voy a decir: me voy al H. Psiquiátrico, es por el trauma", nos muestra una modalidad solidaria de resolución del conflicto, sellada en un apretón de manos entre A. y el presidente de la comunidad, representación máxima de todos los vecinos. Igualmente A., muestra su deseo de integrarse en la comunidad al acudir al C.M.S. para realizar una entrevista individual, cosa que era del agrado de los vecinos.

El ultimo emergente de esta sesión (la petición de los vecinos para que fuésemos el domingo a tener otra reunión), plantea aspectos transferenciales: nos indica el temor de que sigan los problemas entre ellos y no puedan solucionarlos sin nosotros, al mismo tiempo que se nos incluye como "algo familiar"

(no profesionales con horario laboral) que les protege y les da seguridad.

Entrevista individual, Marzo de 1981.

Viene a A; al C.M.S. cuando lo habíamos citado. Cuenta que hace 12 años se dió un golpe con la moto cuando venía a estrenar el piso, a consecuencia del cual le operaron extrayéndole un hematoma y extirpándole parcialmente el lóbulo temporal.

Sufrió desorientación espacio-temporal y crisis de agitación psicomotriz. EN el E.E.G. se manifiesta una alteración difusa de todo el cortéx. Dice que algo esta obstruido y que tiene que hacer un acto para que espabile o sucederle algo involuntario, como un balonazo, un sobresalto, etc.

Habla repetidamente de que se encuentra acorralado sobre todo en casa "por no ver lo que le pertenece" (hijas o mujer), aunque manifiesta que su mujer no le atendía bien, le pedía que le pegase e incluso le ponía mujeres para hacer el acto matrimonial.

Antes del golpe, la relación con la mujer y sus tres hijas era divina, pero que después, tuvo otra hija que duda sea de la misma madre. El trauma dice que le influye porque no puede llorar ni reir, aunque antes le pasaba también, "si tenía ganas de llorar me atragantaba, me ponía nervioso", y explica que

cuando se agarrota, pone el tocadiscos y se desahoga a voces, "yo es que si no doy gritos, me vuelvo loco"

Respecto a los vecinos, dice: "yo creo que ellos estan bastante asustados porque se hacen culpables de no haberme hecho caso", "no me extraña que las mu jeres se hayan metido cónmigo para demostrar su dignidad, no me extrañaria que muchos pensarán que, como estoy solo con ellas todo el día, tuviera algo con alguna".

A. termina la entrevista insistiendo en su deseo de ver a sus hijas que estan encerradas en un colegio y diciendo que su mujer a lo mejor ha enfermado "al verme a mí en estado de coma". Los vecinos dice, alguna vez han comentado sus escandalos pero en plan de broma.

Surgen algunos problemas con esta entrevista.

Hasta que punto era una entrevista que "sobraba" desde lo grupal y respondía a la contratransferencia del equipo, en el sentido de que "teniamos que dejar constancia de aspectos diagnósticos y psicopatológicos individuales ?

Por otro lado, sorprende tanto la aceptación de A. como el agrado de los vecinos a que se celebrase la entrevista.

Por momentos pareceria reproducir la secuencia que vimos a lo largo del proceso, había determinadas cosas que sólo podían ser dichas fuera de la comunidad en el C.M.S. y "entre hombres".

Octava sesión, 13 de Marzo de 1981.

Vamos a la comunidad y el piso donde nos hemos reunido las veces anteriores está abierto, con dos sillas pero sin nadie. A los pocos minutos empiezan a llegar vecinos y todos dicen que se les había olvidado que había reunión y que eso era buena señal, porque quería decir que todo iba bien.

Una vecina avisa a A. y otra al resto de los vecinos. Baja A. y se juntan 10 vecinos, todos hombres. En un momento de la sesión se acerca una mujer que no traspasa el umbral de la puerta y se va, dice que la reunión es de hombres.

Plantean que todo va bien, que A. está portándose como un caballero y que está pintando la puerta de su casa del mismo color que todas, que habla con ellos y con las mujeres. Dicen que el primer interesado en no montar números es él, quién dice que su mujer no quería tener relaciones sexuales y le ponía otras como su hermana, a lo que él se negaba.

Los vecinos comentan que la hermana de su mujer estaba muy bien y se gastan bromas al respecto. Esto pasó hace mucho tiempo y ninguno lo habla con las mujeres.

A. habla de la añoranza que siente por sus hijas y que ahora está decaído a causa de la inyección que le ponen en el hospital. Los vecinos dicen que si, a cambio de eso, se encuentra más tranquilo, no es

malo y bromean sobre la repetición de los "números" de A. Preguntamos por los vecinos de arriba y dicen que los han llamado pero que no están.

Hablan de una reunión de la comunidad en la que acabaron los hombres yéndose a comer chuletas y las mujeres esperándoles en los balcones.

Quedamos en llamar para tener una entrevista dentro de un mes.

Opinion interpretativa.

En la octava y última sesión grupal el primer emergente lo encontramos en el piso vacío, abierto y con dos sillas (para nosotros?).

El contraste entre la primera entrevista grupal con cerca de 40 personas y A. ingresado en el H.Psiquiátrico, y esta última sesión con A.en su casa y nadie en el grupo, es llamativo.

Parecería que la exclusión de A. en la comunidad, anunciada por su participación en la sesión anterior vacía de contenido al grupo.El olvido de la sesión y la afirmación de que todo va bien, nos remite al silencio como expresión de la "normalidad" comunitaria.

Esta comunidad vuelve a funcionar "normalmente".

- A. "está portándose como un caballero (recordar que el último emergente de la cuarta sesión era si es

taba loco o era un golfo. Loco -golfo -caballero, interesante camino en la integración.

- A. pinta la puerta del mismo color que todas, borrando desde lo externo las diferencias entre las familias . Lo homogéneo, la igualdad es más normal, más conocida para todos y por lo tanto menos ansiógena.
- Al grupo sólo acuden hombres, repitiendo y acercándose al modelo de funcionamiento de las reuniones de comunidad, a las que raramente van las mujeres.
- Los hombres fantasean entre ellos sobre las relaciones con otras mujeres que no sean sus esposas, etc.

Todos estos indicadores de la normalidad están reforzados por el último emergente del recuerdo de cuando se fueron a comer y las mujeres les esperaban en el balcón.

El trabajo grupal finaliza aquí, incluso a pesar nuestro, que intentamos concretar una nueva reunión con los vecinos, seguramente por no aceptar que el final de esta intervención no lo decidíamos nosotros sino la propia dinámica grupal.

Sin embargo, tras el aparente final feliz, nos queda la hipótesis esbozada en la quinta sesión y corroborada en el seguimiento espontáneo del caso, que esa comunidad necesitaba expulsar a alguien para funcionar. Una vez incorporado A, es la familia de arriba la que desaparece.

Seguimiento.

Trascurrido un mes desde la última sesión grupal, llamamos por teléfono para fijar una nueva, tal y como habíamos quedado y hablamos con la mujer del presidente de la comunidad, que nos dice: "no se siente nada, como si no hubiese nadie, se cruza por la escalera, y saluda normal, se está portando bien, si hubiera querido armar algún follón, ya habría tenido tiempo...!"

Es ta vecina no ve necesaria esta reunión, pero queda encargada de consultarlo con su marido, quien dice: "como todo esta bien ahora, mejor dejarlo de momento".

Seis meses mas tarde , por medio de un matrimonio del bloque al que encontramos casualmente en el C.M.S. no enteramos de que A. esta bien y que acudió normalmente el otro dia a una reunión de la Comunidad.

Dicen que en general todo el mundo está bien excepto la familia de J. que habia desaparecido de allí y por quienes había ido preguntando la Policía (!!!!).

Desde entonces (Diciembre 1981) hasta estos momentos (Enero 1985) no hemos recibido ninguna otra demanda de nadie de esa Comunidad de vecinos.