

Notas sobre la práctica del psicólogo en los Equipos Comunitarios

Francisco CASADO CAÑERO
Equipo de Salud Mental de Distrito.
Dos Hermanas (Sevilla)
Salvador PERONA GARCELAN
Programa PIR. (Sevilla)

En el presente trabajo, a partir de la experiencia en *Equipos de Salud Mental de Distrito*, se ofrece una reflexión sobre aquellos elementos teóricos que, a juicio de los autores, han de encontrarse tras una praxis renovadora en el marco de la psicología comunitaria.

Papel de los equipos comunitarios en el modelo andaluz de salud mental

En Andalucía, el proceso de transformación de la atención en salud mental queda marcado por las competencias que el Estatuto de Autonomía reclama para la Administración Autónoma. En este sentido, la atención a la salud en general queda como competencia exclusiva del Gobierno Andaluz, estando previsto en su desarrollo la transferencia de los servicios e instituciones públicas destinadas a tal fin. Ello permite la unificación de los recursos y servicios en una red única e integrada que abarca el conjunto de todo el territorio y todas las prestaciones, el actual Servicio Andaluz de Salud (SAS). Esto vale asimismo para la atención en salud mental, que queda incluida en el esquema sanitario general como una prestación más a los usuarios, rompiendo con ello con la secular marginación a que se veía sometida, prestada hasta entonces de un modo básico en los hospitales psiquiátricos con criterios de beneficencia.

Para la estructuración y coordinación de la atención en salud mental es creado el tres de julio de 1984 el Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM), que tiene como finalidad completar durante un periodo transitorio la integración de los servicios y dispositivos que, procedentes de varias administraciones (Administración Institucional de la Sanidad Nacional, Diputaciones Provinciales, INSALUD, y Universidades), prestaban atención en este campo; estando prevista su disolución cuando el proceso de integración antes descrito queda culminado en el desarrollo completo de un modelo de atención en salud mental que parte de los siguientes axiomas:

a) *La integración de la salud mental en la atención sanitaria general como una prestación más.* Esto viene indicado por la inclusión de los equipos de atención específica a nivel comunitario -los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD)- en un segundo nivel de apoyo a los Equipos Básicos de Salud (EBS), sobre los que pivota la

atención primaria. Estos equipos constituyen la puerta de entrada del sistema sanitario, y el filtro que establece la derivación y la atención de aquellos casos que no precisen intervención especializada. Este mismo axioma determina la ubicación del dispositivo de Atención Especializada para el tratamiento de los procesos agudos (la Unidad de Salud Mental del Hospital General) en los centros hospitalarios como una unidad más.

b) *El acento sobre lo comunitario y el nivel de atención primaria frente a lo hospitalocéntrico.* Así queda situado sobre los equipos ubicados en este nivel, más específicamente los ESMD, el peso fundamental de la intervención. Dentro de su ámbito de responsabilidad está el seguimiento en todo momento de los casos, aún cuando les sea prestada atención en otros dispositivos, que cobran así una dimensión de recurso de apoyo.

c) *La especialización funcional en las diferentes intervenciones en salud mental en distintos equipos, que configuran así una trama de servicios coordinada y jerarquizada funcionalmente.* De este modo, al contrario que otros modelos como el italiano, hay una diferenciación entre las funciones del equipo comunitario, el ESMD (básicamente de apoyo a los EBS, tratamiento de los casos derivados, y coordinación con otros servicios), y otras labores como la rehabilitación, la atención de procesos agudos, y la de pacientes crónicos, desarrolladas por equipos específicos. Ello implica la necesidad del establecimiento de unos fluidos canales de comunicación y derivación entre los diferentes dispositivos, así como un desarrollo armónico y compensado de los mismos para su correcto funcionamiento. De esta manera se logra que la continuidad terapéutica sea preservada a través de la coordinación entre los dispositivos de una misma área y el seguimiento efectuado por los ESMD de los usuarios de su distrito independientemente del servicio en que sean atendidos.

La organización funcional de dispositivos antes descrita posee, asimismo, una estructura geográfica que abarca al conjunto del territorio de la Comunidad Autónoma.

ma y que se articula en función de las siguientes unidades:

- *Zona Básica de Salud*. Abarca una población de 10.000 a 25.000 habitantes, a las que corresponde un EBS.

- *Distrito Sanitario*. Abarca aproximadamente 100.000 habitantes, a los que corresponde un ESMD.

- *Área Funcional*. En cada una de ellas existe un coordinador, correspondiendo a las mismas los siguientes servicios: Unidad de Salud Mental de Hospital General, Unidad de Rehabilitación de Área y Unidad de Salud Mental Infantil.

- *Provincia*. A nivel de cada una de estas existirán, como mínimo, los siguientes servicios: Comunidad Terapéutica y Hospital de Día.

Dentro de este marco de atención de la salud mental, y según el documento elaborado por el IASAM para la reforma psiquiátrica en Andalucía (1987, 1988), los ESMD constituyen un servicio situado a un segundo nivel de atención en el que se establece la entrada a los dispositivos especializados en salud mental; y que se componen de los siguientes profesionales: psiquiatra, psicólogo, trabajador social y personal de enfermería. Según estos mismos documentos sus funciones son:

a) Apoyo a los EBS, lo que incluye actividades de formación, asesoría, supervisión e interconsulta.

b) Atención a la demanda derivada desde los EBS desde una perspectiva bio-psico-social.

c) Atención a la demanda derivada desde los dispositivos sanitarios especializados.

d) Coordinación de la derivación de casos a dispositivos sanitarios especializados, entendidos éstos como elementos de apoyo para la atención de aquellas situaciones que, por sus características, desbordan la capacidad de intervención terapéutica del equipo, lo que no ha de implicar el abandono del seguimiento del caso.

e) Desarrollo de programas de investigación y formación permanente.

Reflexión sobre la práctica de los Equipos de Salud Mental de Distrito

Si analizamos las funciones que corresponden a los ESMD dentro del modelo de atención en salud mental y aquellas que, de un modo factible, son realizadas por los mismos, observamos un claro desfase. A nuestro juicio obedece a dos razones básicas:

a) La ratio establecida entre profesionales y población es insuficiente. Es un hecho de conocimiento común la saturación que registran los diferentes equipos, cuya atención progresivamente va deviniendo en modelos y hábitos similares a los propios de los antiguos ambulatorios de la Seguridad Social. Este problema se agrava con la tardanza y desgana con la que se van articulando los EBS, ya que sin un desarrollo adecuado de los mismos es absolutamente imposible realizar atención comunitaria con todo lo que implica: establecimiento de criterios de derivación y coordinación y apoyo, tanto personal como profesional, a estos equipos, que haría posible en un segundo momento la coordinación con otras instancias que intervienen en la comunidad.

Las experiencias desarrolladas por los ESMD Aljarafe, Macarena y Sureste en Sevilla, muestran cómo la existencia de una labor de coordinación posibilita el detectar necesidades, desarrollar programas en los propios

EBS y establecer, en su caso, criterios de derivación que faciliten la descongestión del servicio. Para ello es necesaria la existencia en los ESMD de un número suficiente de profesionales que permita librar espacios de la pura intervención terapéutica para el necesario y útil trabajo en la comunidad.

b) La otra razón radica en nuestros prejuicios y en nuestra formación. Generalmente consideramos la atención en salud mental desde un dispositivo comunitario, como una extensión de la clínica tradicional aceptada desde un doble paradigma; la atención medicalizada alienante de los modelos psiquiátricos, o la relación particular, personalista e individual, de la relación psicoterapéutica clásica que se inscribe dentro de la tradición de las profesiones liberales. Tanto uno como otro paradigma ignoran el hecho comunitario, ubican el problema en lo intrapsíquico del sujeto y establecen el proceso de curación a través de una relación peculiar entre el profesional dotado de omnisciencia y el paciente, que establece con éste una relación de total dependencia. Son formas de pensamiento en las que lo comunitario es para el profesional un mero referente externo que no determina la conducta, estando situado su problema en una serie de instancias internas, para las que lo social es un mero accidente. Este paradigma ha de llevar necesariamente a una serie de problemas en la atención a la comunidad que, de un modo ineludible, lo condena a repetir los vicios de esquemas que se consideraban ya superados y que son:

- 1) La degradación progresiva de la atención que se ofrece a los usuarios ante la necesidad de atender a una demanda que se hace creciente.
- 2) La saturación a que se ven sometidas las técnicas de tipo psicoterapéutico, que acaban convirtiéndose en una especie de privilegio de unos pocos usuarios (generalmente los más jóvenes, inteligentes, cultos, simpáticos y de mejor nivel económico) ante la imposibilidad de extender consulta, de al menos una hora semanal, durante un tiempo prolongado a un número amplio de usuarios.
- 3) La creación de abundantes «zonas de sombra» y «agujeros negros» que corresponden a aquella población que, por su misma falta de recursos y de conocimiento de su uso, no acude a los servicios sanitarios y sociales, presentando una demanda potencial que estimamos muy alta.
- 4) El progresivo abandono del trabajo comunitario, tanto la coordinación con los EBS, (que se limita al «volante del médico de cabecera») como la conexión con otros servicios presentes en la comunidad al sacrificarse a la labor asistencial que, por lo antes descrito, se convierte en mera urgencia. Esto hace que, por un lado, sean postergados los programas de educación para la salud y de prevención para los que, en muchos casos, carecemos de los conocimientos técnicos suficientes y, por otra parte, que o extrapolemos herramientas de trabajo extraídas de otros paradigmas -sobre todo de los procesos grupales- quedándonos tan solo en una prevención secundaria y terciaria derivadas de las demandas manifiestas.

Lo que acabamos de señalar hace que muchas veces, de modo inconsciente, revivamos los rasgos de la atención médica tradicional con todo lo que conlleva (Costa y López, 1984). Es por ello que consideramos

necesario desarrollar un proceso de profundización teórica y técnica a partir de la que vayamos construyendo un esquema de trabajo que aporte herramientas que nos permitan entrenar a los sujetos en las habilidades necesarias para afrontar satisfactoriamente las fuentes de estrés, tanto físico como social, tal como viene definido en el *Modelo de Competencia de Albee* (1980). En este sentido, es necesario redefinir los paradigmas a partir de los que trabajamos. Pensamos que esto es pertinente porque creemos que la intervención comunitaria no es una traslación, más o menos digna, de las terapias tradicionales a un ámbito comunitario, sino un nuevo paradigma que rompe con la psicología individualista y que sitúa al sujeto, al individuo, en una dimensión comunitaria esencial. Ello hace que tengamos que replantearnos de un modo global todos los elementos de nuestra intervención: el *diagnóstico*, que ha de dejar de hablar de enfermedad y de síntomas para analizar conductas en su contexto, su funcionalidad y el grado de adaptación a su medio social; las *técnicas*, que no han de pretender el *insight* o el crecimiento personal, sino la adquisición de las habilidades necesarias para el uso de los recursos propios y comunitarios frente a las situaciones de estrés; los *criterios de alta*, que habrán de incidir en la competencia del sujeto para comprender la realidad donde viva y para usar los recursos de que puede disponer para transformarla en la medida de lo posible.

En suma, esta forma de actuación lleva a intentar definir cuál es nuestro objeto de trabajo, nuestro concepto de hombre así como su inserción en la comunidad, rompiendo con una tradición individualista e intrapsíquica para adoptar una posición sociogenética y funcional de la conducta.

Elementos para el desarrollo de una praxis

De lo expuesto hasta el momento consideramos que podemos extraer una serie de elementos de reflexión que nos permitan ir elaborando la metateoría de nuestro quehacer científico y de nuestra intervención como profesionales en psicología comunitaria. La pertinencia de este análisis creemos que es clara, ya que tan sólo a partir de una delimitación explícita de nuestro campo de estudio -en este caso el individuo en comunidad- y de los necesarios compromisos sociales que estamos dispuestos a asumir, es de donde podemos trazar la línea a partir de la que configuremos los objetivos que nos permitan evaluar nuestro quehacer como profesionales. Esta exigencia es más notoria en nuestro caso ya que, lo asumamos o no, trabajamos en la comunidad. Por esto es necesario que consideremos en nuestra labor dos compromisos que creemos irrenunciables y complementarios:

a) Un riguroso desarrollo teórico y técnico de nuestro trabajo, que nos permita comprender, del modo más ajustado posible, los determinantes de las conductas de los sujetos y las comunidades objeto de nuestra intervención e, igualmente, la construcción a partir de este conocimiento de un conjunto de técnicas que posibiliten con el mínimo gasto de recursos -tanto materiales como humanos- resultados socialmente relevantes.

b) La ubicación de nuestra acción como profesionales dentro de un marco social, así como la comprensión de la dimensión social e histórica de los fenómenos que constituyen nuestro objeto de estudio. Esto nos obliga como psicólogos comunitarios, al igual que el resto de

los profesionales que inciden sobre la colectividad, a tomar una postura de compromiso con la comunidad desde y con la que trabajamos; sobre todo si consideramos que nuestro objetivo es la autonomía del individuo así como la de la comunidad.

Ambos polos no constituyen exigencias independientes entre sí, sino condiciones necesarias una para la otra, ya que si pretendemos transformar la realidad, ello ha de hacerse en función de una intervención que obedezca a un plan racional y cuidadosamente elaborado. Esto es tan sólo posible a través de un conocimiento científicamente fundado de la estructura de los procesos, sólo factible si consideramos al fenómeno dentro de su campo que, en el caso de la psicología, es la estructura social. En la conjunción de ambas exigencias se sitúa el imperativo categórico que ha de guiar nuestra labor y que ha de servirnos para huir tanto del voluntarismo en el que solemos caer -creemos que con una mera declaración política hacemos intervención comunitaria- como de un falso apolitismo tecnocrático que pretende olvidar lo ineludible -la dimensión básicamente social de nuestra labor- y que empobrece la riqueza de los fenómenos con los que trabajamos, al reducirlos dentro de un esquema individualista o enajenarlos en una dimensión de «grupo».

Especialmente peligrosa es la tendencia que poseemos de «psiquiatrizar» o «psicologizar» los fenómenos que observamos en la comunidad y las conductas emitidas en su ámbito, utilizando para ello modelos explicativos propios de la psicología individual o de modelos clínicos y olvidando que lo comunitario, lo social, posee unas leyes propias y definidas, cuya dinámica determina las conductas y esquemas de conocimiento de los individuos que forman esa comunidad (Leontiev, 1986; Luria, 1980). Para los profesionales que trabajan desde esta línea, lo comunitario no constituye más que un dato externo, un frío marco físico en el que desfilan los procesos intrapsíquicos y microsociales, grupales, que son los que consideran relevantes y los únicos sobre los que intervienen. Si en algún momento se realiza una intervención en ese ámbito social es puntual, referida a un caso individual y teñida de beneficencia. Asimismo es pobre el conocimiento y la comprensión que de las dinámicas sociales tienen los profesionales que trabajan desde esta perspectiva y que, en muchos casos, o son lisa y llanamente ignoradas así como la influencia que ejercen sobre los individuos, o son reducidas a esquemas psicológicos que, en la mayoría de los casos, acuden al fenómeno grupal como dato primario a partir del que se deduce la estructura posible de las instituciones y su dinámica. Con ello ignoramos la especificidad de lo social y el papel primario que juega en la construcción de lo individual, de lo psíquico, despreciando el trabajo y los datos que nos aportan disciplinas de nuestro mismo campo como la Sociología, la Economía, o la Antropología. Desde esta perspectiva, a lo más que podemos aspirar es a actuar en la comunidad repitiendo los esquemas de trabajo del modelo médico tradicional, que ve en el problema que trae el sujeto una enfermedad o trastorno que afecta a mecanismos endógenos y que resuelve a través de la intervención especializada de un profesional cualificado (con ello se imposibilita la construcción de las condiciones necesarias para la configuración de un *Modelo de Competencia* (Albee, 1980), cuyo objetivo es la adquisición, por parte de la población, de los recursos con los que hacer frente a sus problemas de salud.

Consideramos que los condicionantes teóricos expuestos han constituido uno de los problemas, junto con la falta de una nítida voluntad política por parte de la Administración, de los intentos de intervención comunitaria realizados hasta ahora. En ellos se ha combinado un claro militantismo político, evidente sobre todo en la reforma psiquiátrica en Italia y en la antipsiquiatría anglosajona, con unos esquemas aún anclados en concepciones mentalistas e intrapsíquicas. Ello hizo que los esfuerzos realizados por los profesionales sobre la comunidad estuvieran huérfanos de una clara comprensión de la misma así como de sus procesos, de la influencia de los determinantes económicos y de la funcionalidad de la conducta dentro de ella; anclados en unos modelos teóricos en los que lo comunitario y su papel formador del psiquismo o bien carecía de una formulación estructurada y analizable, o bien era oscurecido a través de confusas experiencias simbólicas o, incluso, reducido a esquemas de grupo primario. Todo ello hace que las diferentes experiencias en este campo hayan huido de una ubicación que les era imposible por los propios modelos teóricos usados, convirtiéndose en meros reductos ideologizados o deviniendo en vergonzantes ambulatorios que perpetúan un modelo que se proclama periclitado.

En este sentido, creemos de gran relevancia el debate de lo que significa psicología comunitaria ya que, a pesar de lo mucho que se ha hablado y escrito sobre el tema, no hay aún una comprensión cabal y generalizada de lo que puede significar.

La aportación que hemos pretendido hacer al mismo desde este trabajo es señalar la importancia de una clara elaboración metateórica que ubique el objeto de nuestra intervención: el hombre en comunidad, dentro de un ámbito de relaciones ontológicas. La pertinencia de esta tarea es clave, ya que tan sólo a partir de la definición que nos puede aportar es posible definir unas líneas de investigación claras, que nos indiquen los fenómenos que hemos de investigar y los planos de la realidad más relevantes. En nuestro caso consideramos que tan sólo a partir de los esquemas de la psicología científica puede realizarse tal tarea ya que, tanto por sus supuestos -materiales y monistas- como por la metodología de trabajo e investigación empleadas -la propia de las ciencias naturales-, es aquella que nos permite de un modo más claro analizar la conducta de los individuos como un fenómeno dentro de un marco social. Ello significa ubicar todos y cada uno de los pasos de la intervención dentro de la realidad social en la que se sitúa el sujeto, teniendo como meta la adquisición, por parte de los individuos que componen el grupo, de aquellas habilidades necesarias

para el afrontamiento de sus problemas. La realización de este objetivo, que configura el *Modelo de Competencia de Albee* (1980), tan sólo es posible a partir de un paradigma de trabajo que, aparte de considerar los elementos ya descritos, permita la deducción de unas líneas de intervención claras que incidan sobre conductas y habilidades de los sujetos. Sólo a partir de estos supuestos podemos aspirar a la socialización de los conocimientos que aporta la psicología, dando paso a la deseable desinstitucionalización del rol profesional (Illich, 1978; Ribes, 1982; Ribes *et al*, 1980) y alejándonos de toda clase de corporativismo reaccionario. De esta manera el rol del psicólogo deviene en agente de cambio que dota a los miembros de la comunidad de las habilidades necesarias para conocer y comprender los mecanismos de génesis de sus comportamientos y, a partir de ahí, planificar las intervenciones necesarias para transformarlos mediante la acción sobre sus determinantes y sus consecuentes. Con ello nuestra *praxis* deviene de lo individual a lo social y los criterios que definen su éxito no vienen dados por un hipotético estado, sino por la adquisición de unas habilidades en los sujetos; de este modo quebramos la dependencia del profano con respecto al técnico ya que convertimos la desaparición de este último en la meta de nuestro trabajo, construyendo con ello las condiciones para el ejercicio real de la libertad que, como ya fue señalado en el siglo XVII por Spinoza y el XIX por Marx, nace del conocimiento y de la potencia para usarlo en la transformación de la realidad.

Referencias

- ALBEE, G.W. (1980). A competency model to replace the defect model. En M.S. Gibbs, J.R. Lachenmeyer y J. Sigal (eds.). *Community Psychology*. New York: Gardner.
- COSTA, M. y LOPEZ, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- IASAM (1987). *Bases para la reforma psiquiátrica en Andalucía*. Documento editado por el propio organismo. Sevilla.
- IASAM (1988). *Bases generales para la atención comunitaria en Salud Mental*. Documento editado por el propio organismo. Sevilla.
- ILLICH, I. (1978). *La sociedad desescolarizada*. Barcelona: Barral Editores.
- LEONTIEV, A. (1983). *El desarrollo del psiquismo*. Madrid: Akal Editorial.
- LURIA, A.R. (1980). *Los procesos cognitivos: análisis socio-histórico*. Barcelona: Fontanella.
- RIBES, E., FERNANDEZ, C., RUEDA, M., TALENTO, M. y LOPEZ, F. (1980). *Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología. Un modelo integral*. México: Trilla.
- RIBES, E. (1982) *El conductismo: reflexiones críticas*. Barcelona: Fontanella.