

El psicólogo clínico y el trabajo en el Equipo de Salud Mental

Juan Carlos DURO MARTINEZ
Centro Universitario de Salud Pública. Madrid

Resumen

El presente trabajo analiza las relaciones entre los psicólogos clínicos y los equipos de salud mental comunitaria. A lo largo de estos últimos quince años los psicólogos clínicos se han consolidado como parte sustancial de los equipos de salud mental, adquiriendo éstos un verdadero carácter multiprofesional. Sin embargo, el artículo plantea la necesidad de pasar de lo multiprofesional a lo interdisciplinario a partir de una concepción del equipo como dispositivo técnico intermedio entre el nivel grupal e institucional. El encuadre grupal, necesario para el desarrollo en equipo, posibilitará tanto la organización pragmática del trabajo como su devenir utópico en el proceso de re-creación de su tarea. Dicho proceso servirá como formación y evaluación continuada para los profesionales, al tiempo que los implica y les da mayor protagonismo en la toma de decisiones y en la organización de su propio trabajo.

Palabras clave: Psicología clínica, salud mental comunitaria, ECRO grupal, grupo, equipo, institución.

Abstract

This paper analyzes the relations between clinical psychologists and community mental health teams. Throughout the last 15 years, clinical psychologists have reinforced their position as essential members of the mental health team, thus affording it a truly multiprofessional character. However, the article establishes the necessity to go beyond the multiprofessional to the interdisciplinary starting from an understanding of the team as an intermediate technical mechanism between group and institutional level. The group setting, necessary for team development, will facilitate the pragmatic organization of the work as much as its utopian evolution in the process of recreation of its task. The aforementioned process will serve as training and continued assesment for professionals, while involving them and giving them a greater role in decision-making and in the organization of their own work.

Key words: Clinical psychology, community mental health, group referencial framework (ECRO), District Mental Health Care Team, institution.

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre el psicólogo clínico y su aportación e inclusión en los equipos de salud mental, especialmente en aquellos que desarrollan su trabajo en la comunidad. Por otra parte, la experiencia acumulada en estos últimos años nos permiten señalar otros aspectos de los equipos interdisciplinarios en salud mental comunitaria, tanto en orden a una posible conceptualización/compreensión de los mismos, como en línea a señalar algunos de las dificultades más habituales.

Psicología clínica y salud mental comunitaria

Lejos de hacer un repaso histórico general acerca de las relaciones entre la psicología clínica y la salud mental comunitaria, queremos referirnos aquí a la estrecha relación que ha habido en nuestro contexto histórico entre la aportación de los psicólogos clínicos y el nacimiento, desarrollo inicial y consolidación de los equipos de salud mental con vocación comunitaria.

La relación entre la psicología clínica y la psiquiatría en España podemos rastrearla básicamente a través de la inclusión de algunos psicólogos en servicios de psiquiatría en hospitales generales o en los mismos hospitales psiquiátricos para desempeñar especialmente tareas de psicodiagnóstico (Pérez García, 1982).

En la década de los setenta, coincidiendo con las primeras hornadas de licenciados en psicología (aunque fuera como especialidad de Filosofía y Letras) (ver la revista *Papeles del Colegio del Colegio Oficial de Psicólogos*, 1989) y con el auge de los movimientos sociales

y políticos de lucha contra la dictadura de Franco, comienzan a ponerse en práctica experiencias de trabajo psicológico-psiquiátrico en la comunidad.

A partir de la crítica teórico-práctica de la función represiva de las instituciones manicomiales y de los modelos exclusivamente médico-biologicistas de la psiquiatría dominante, comienzan a surgir movimientos y prácticas alternativas de transformación desde dentro de los hospitales psiquiátricos (Conxo, Oviedo, Bétera, Leganés) (Alot, Liñero, Seoane, Tato y Torrent, 1977; González De Chávez, 1986) y de intentos de nuevas formas de trabajo en la comunidad (Centro de Higiene Mental de Saconia, Cubo de Hortaleza, Colectivo de Psicoterapia y Psicohigiene de Madrid, los Centros de Higiene Mental de Barcelona, etc).

Estas iniciativas, no exentas de voluntarismo e ingenuidad (vistas a la luz de los veinte años transcurridos), comienzan a poner en contacto a diferentes profesionales interesados en el campo de la salud mental, tales como psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros, auxiliares psiquiátricos, entre otros.

Este primer esbozo de trabajo en equipo interdisciplinario, en buena medida bajo la batuta paternalista de algunos psiquiatras progresistas, posibilitó el caldo de cultivo para los dos siguientes momentos de institucionalización de la presencia de psicólogos (¿clínicos?) en los equipos de salud mental.

El primero tuvo lugar alrededor del comienzo de los años ochenta cuando ayuntamientos y diputaciones gobernados por los entonces llamados partidos de izquierda (PSOE y PCE) ponen en marcha distintas experiencias de carácter municipal y/o provincial.

Estos centros, o bien incluyen monográficamente la atención psiquiátrica-psicológica (tales como los centros de higiene mental de Barcelona y su cinturón industrial) o incluyen la salud mental como una de las prestaciones básicas junto a la planificación familiar, la salud materno-infantil o la salud escolar, como fueron los centros municipales o de promoción de salud del Ayuntamiento de Madrid y otros ayuntamientos de su periferia (Getafe, Fuenlabrada, Leganés, Alcalá de Henares, San Fernando de Henares, Aranjuez, etc), (Duro, Sanchís y Suárez, 1986; Duro y García De León, 1981; Colmenares y Duro, 1981).

Estos centros de *nuevo cuño* incluyen, en todos los casos, a profesionales de la psicología clínica (Duro, 1981). Aunque es difícil afirmar cuál fue la aportación de estos profesionales al incipiente desarrollo de la salud mental comunitaria, podemos arriesgarnos a hipotetizar que su contribución fue decisiva, al menos en estos aspectos:

- En la consideración bio-psico-social de los problemas de salud mental y en el carácter profundamente comunitario de los servicios que se ocupan de atender a los problemas de salud. Recuérdese que están llegando los ecos de la Conferencia de Alma Ata, los efectos de los movimientos de reforma psiquiátrica en Italia (Basaglia, 1972), la influencia de las alternativas antipsiquiátricas inglesas (Cooper, 1972), de los centros de salud mental comunitaria de la era Kennedy en Estados Unidos (Castel, Castel y Lovell, 1980) y las teorías y prácticas de cambio en algunos países latinoamericanos (Argentina,

Chile), (Moffatt, 1974; Weinstein, 1974).

- En la inclusión de conceptos, metodología y técnicas provenientes de teorías psicológicas (psicoanalíticas, conductuales, psicosociales, sistémicas, etc), tanto para el abordaje diagnóstico y terapéutico en sus distintas variantes (individual, familiar y grupal), como para la misma intervención comunitaria con tareas de prevención, promoción y educación para la salud (mental), (Duro, Sanchís y Suárez, 1986).
- En la utilización de algunos de estos mismos conceptos, metodología e instrumentos para el funcionamiento de los propios equipos e instituciones tanto a nivel interno como en las relaciones con otros equipos, instituciones y/o comunidad.

En este breve repaso histórico, el segundo momento relevante lo podemos ubicar alrededor de 1985 con la elaboración del Documento Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985) donde por primera vez, aunque no de manera tan explícita como hubiéramos deseado los psicólogos (Colegio Oficial de Psicólogos, 1986a), se recoge la necesidad de la inclusión de los psicólogos en los equipos de salud mental y la necesaria regulación de la especialidad de la psicología clínica a través del sistema PIR.

Este respaldo *oficial*, de derecho, venía a sancionar lo que de hecho ya era una realidad y contribuyó a dar carta de naturaleza a los psicólogos en los equipos de salud mental, como lo muestra la puesta en marcha de las unidades de salud mental del INSALUD en 1985,

compuestas por psiquiatras, psicólogos, ATS y asistente social (Colegio Oficial de Psicólogos, 1986b).

Este proceso, que con desigual fortuna fue cristalizando en las diferentes comunidades autónomas, se fue concretando con el desarrollo de los planes de reforma psiquiátrica que permitió un considerable incremento de estos equipos como parte de una estrategia y reforma global en algunas comunidades autónomas (Andalucía, Asturias, Madrid, etc), (Instituto Andaluz de Salud Mental, 1990; García González, 1986; Prieto, 1986).

Podemos decir que en estos últimos cinco años, no sin dificultades y evidentemente con algunas comunidades autónomas a ritmo lento (Extremadura, Castilla-León, Galicia, etc), se han consolidados algunos proyectos de transformación y han visto la luz nuevas instituciones en salud mental (equipos comunitarios, hospitales y centros de día, unidades de rehabilitación, unidades de hospitalización breve, etc), habiéndose incluido psicólogos en todas ellas.

Si a esta situación le unimos las experiencias de formación de psicólogos clínicos a través del sistema PIR en algunas comunidades autónomas -Asturias (Cabero, Coto, Del Pozo, García, Pascual y Ripodes, 1986), Andalucía (Lorenzo y Vallejo, 1990; Roldán, Santiago y De la Higuera, 1990), Madrid, Navarra (Colegio Oficial de Psicólogos, 1992), etc.- y la convocatoria de plazas a nivel estatal por parte del Ministerio de

Sanidad,¹ podemos afirmar que una primera fase de consolidación de los psicólogos clínicos en los equipos de salud mental es una verdadera realidad, tanto en su dimensión operativa, como en su dimensión política y administrativa.

¿Quiere decir esto que ya podemos estar satisfechos? Sí y no. Sí, en tanto que vamos avanzando en la implantación social de la profesión, en este caso contribuyendo a la mejora de la atención pública en salud mental. No, en tanto que podemos y debemos seguir avanzando en nuestra contribución a las prácticas concretas, desde cierta seguridad y confianza de que nuestra presencia en este campo es aceptada e incuestionable. Desde esta convicción es de donde tiene sentido continuar nuestras reflexiones sobre la psicología clínica y el trabajo en equipo.

Del equipo multiprofesional al equipo interdisciplinario

Con lo expuesto hasta ahora podríamos decir que hemos enfatizado la aportación/presencia del psicólogo clínico como integrante de un equipo multiprofesional, donde lo novedoso -y por tanto relevante- sería la suma/yuxtaposición de distintas profesiones socialmente definidas para trabajar en un campo determinado (la salud mental en este caso).

Habríamos conseguido, esquemáticamente hablando, ampliar cuantitativamente la variedad (y el número) de profesionales que van a intervenir en un mismo objeto/campo de trabajo.

¹ Hito que acaba de conseguirse con la publicación en el BOE de 23 de Octubre de 1993 de la convocatoria de 51 plazas de formación de psicólogos clínicos a través del sistema PIR a nivel nacional.

La razón de base que justifica la inclusión de nuevos profesionales será, consiguientemente, la ampliación de la caracterización del objeto de trabajo (bio-psico-social) y la necesidad de adecuar nuevos especialistas (los psicólogos clínicos) para abordar la específica faceta psicológica de los problemas de la salud mental.

La organización del trabajo en equipo tenderá a basarse en un reparto de los pacientes en función de algunos de los criterios más o menos dominantes en la cultura psiquiátrica (por ejemplo a los niños los ven los psicólogos, a los adultos los ven los psiquiatras, los problemas neuróticos leves los atienden los psicólogos, los pacientes neuróticos graves y psicóticos los atienden los psiquiatras, etc).

El trabajo en común, en el caso que lo haya, tenderá a hacerse desde el celo y la defensa corporativa, disciplinaria y profesional, en muchos de los casos con más preocupación de defender la identidad (precaria a veces) profesional que de entender la problemática en su complejidad.

A nadie se le ocultará que, más allá de cierta legitimidad corporativa-profesional, se trata también de un frecuente mecanismo defensivo-resistencial para evitar la angustia confusional inherente al nuevo trabajo compartido y a la confrontación personal con la *enfermedad mental*.

Desde nuestro punto de vista, aún siendo positivo el salto dado por la psicología en los equipos de salud mental, sería francamente insuficiente si entendiéramos que nuestra aportación se limita a buscar nuestra parcela de poder *empujando* a otros profesionales (psiquiatras por supuesto), para tener un espacio autónomo y específico en el campo de la salud mental.

Quedarnos en el planteamiento del equipo multiprofesional, además de suponer que no ha habido ninguna ruptura epistemológica en cuanto a la conceptualización de la salud mental, y por ende de las formas técnicas de abordarla (lo que indudablemente para nosotros no es cierto), remite a una concepción mecanicista y fragmentadora de los problemas de salud mental (por un lado los aspectos biológico-psiquiátricos, por otro lado los psicológico-conductuales o intrapsíquicos y por otro los sociales).

Este planteamiento conlleva necesariamente una jerarquía y preponderancia de lo biológico-psiquiátrico (por razones históricas y de poder que no vamos a desarrollar) frente a lo psicológico y de esto último frente a *lo social*, reproduciéndose en los equipos la misma escala de poder que se da a nivel social (psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales...).

Se puede fácilmente deducir qué tipo de organización jerárquica y de toma de decisiones primará en los centros que funcionen según este modelo de trabajo *en equipo*. Este fue el planteamiento explicitado por el INSALUD a la hora de definir las funciones de los miembros del equipo de salud mental atribuyendo al psiquiatra, y sólo a él, las funciones de dirigir al equipo (Colegio Oficial de Psicólogos, 1986a; Lamata, 1986).

Desde nuestra experiencia, aún habiéndose dado modos de funcionar cercanos al modelo que acabamos de criticar sucintamente, hemos intentado contribuir a unas prácticas más acordes a una concepción del equipo interdisciplinar que se fundamenta en consideraciones de orden teórico acerca de la salud mental y de orden técnico-organizativo

acerca de los grupos y las instituciones (Duro, 1988).

Salud mental comunitaria y trabajo en equipo

Para ir articulando un nuevo concepto de trabajo en equipo interdisciplinar (¿transdisciplinar?) (Saidon, 1988), tendremos que explicitar nuestra concepción sobre el objeto de intervención para, así, buscar la máxima coherencia entre la conceptualización y los instrumentos de los que nos dotamos para la intervención (sean diagnósticos, terapéuticos ... o de organización y modo de funcionar, como es el trabajo en equipo).

Partimos de una concepción psicosocial y comunitaria en salud mental, que entiende el proceso salud-enfermedad sobredeterminado por factores de índole sociocomunitario (económicos, laborales, condiciones de vida, etc) y de carácter sociocultural y psicosocial (formas y estilos de vida, relaciones interpersonales, intergrupales e interinstitucionales, etc), cuya expresión podemos analizarla a nivel individual, grupal-familiar, grupos secundarios, institucional y social/comunitario (Duro, 1991a).

La salud mental es pues una tarea grupal, no sólo de los profesionales socialmente etiquetados a tal fin (psiquiatras, psicólogos, etc), sino de otros profesionales e instituciones que trabajan en lo social (educación, servicios sociales, sanidad, cultura, deportes, etc) e incluso de la propia comunidad en el camino utópico de autogestión en salud (Duro, 1988).

Al entender los comportamientos de los sujetos como emergentes sobredeterminados por niveles grupales, institucionales o comunitarios (Bleger, 1984),

la intervención técnica ha de incidir en aquel nivel (o niveles) más adecuado, procurando la transformación de todos y cada uno de ellos.

El trabajo en equipo y entre las distintas instituciones comunitarias, se convierte en una necesidad técnica imprescindible para el trabajo en salud mental desde una perspectiva psicosocial y comunitaria (Duro, 1991b).

En este sentido, la organización del trabajo en salud mental comunitaria, ha de incluir actividades en relación a la demanda de atención en salud mental (programas asistenciales), y programas de coordinación y apoyo a otros servicios e instituciones de la comunidad, que contribuyen a la prevención, promoción y educación para la salud (mental), la rehabilitación y la inserción social.

El dispositivo que ha de organizar de una manera coherente e integrada estos dos tipos de actividades internas y externas es el *equipo*. La organización del equipo tendrá que incluir pues, tanto el trabajo interno del mismo, como la coordinación con otras instituciones y recursos comunitarios (Duro, 1992). El preocuparse y ocuparse de la marcha del equipo se convierte de esta manera en una tarea que interesa a todos, desde los responsables político-administrativos, hasta los administrativos del equipo.

Sin embargo esta ocupación ni es sencilla ni tranquilizadora, más bien está tan llena de obstáculos que no es infrecuente que el equipo se limite a una mínima estructuración que dé, como sea (o pueda), respuesta a las demandas asistenciales, manteniendo (en el mejor de los casos) un tipo de funcionamiento al descrito anteriormente como equipo multiprofesional.

En muchos casos, a esta situación se llega después de un arduo proceso de intentos infructuosos de *hacer equipo* y con más de un profesional afectado por el síndrome del *burn-out* (Alvarez Gallego, 1991) y, en otros, adoptando de entrada un modo de funcionar individualista con cada uno *refugiado* en su despacho y con *sus pacientes* (Bauleo y Duro, 1988), acorde con algunas de las nuevas (viejas) tendencias tecnocráticas-profesionalistas (Castel, 1984).

¿Qué caracterización podemos hacer de un equipo para entender la enorme dificultad que en él encontramos y esbozar algunas vías de superación de dichas dificultades?

El equipo: entre el grupo y la institución

Nuestra hipótesis central acerca del trabajo en equipo la podemos resumir en que el equipo, como espacio teórico-técnico, se encuentra situado entre dos polos: lo grupal y lo institucional, *gozando* de las ventajas e inconvenientes que aportan estas dos instancias constituyentes del dispositivo equipo.

Desde un nivel muy pragmático, podemos decir que un equipo se constituye a partir de un mandato político-institucional, en el que se definen en abstracto los elementos de un primer encuadre. Este encuadre institucional marcará una tarea o finalidad manifiesta (ocuparse de la salud mental de un área, distrito o comunidad determinada), una agrupación seriada de profesionales para llevarla a cabo, un espacio (local), un tiempo determinado (horario de trabajo), unas jerarquías con roles más o

menos definidos, unas retribuciones económicas y algunas directrices más o menos concretas sobre cómo funcionar.

Este primer encuadre que permite encontrarse a los distintos integrantes del equipo, *dispara* un proceso grupal que, aunque permanentemente atravesado por lo institucional (Guattari, 1976), adquirirá grados de autonomía y producirá fenómenos o efectos solamente explicables si incluimos este nivel de análisis: el grupal (Bauleo, 1986).

Así el equipo, gracias a su dimensión grupal, irá *sufriendo* en el proceso de singularización y apropiación de la tarea institucionalmente marcada un pasaje desde los distintos Esquemas Conceptuales, Referenciales y Operativos (ECRO) (Pichón-Riviére, 1977) de sus integrantes (psiquiatras, psicólogos, etc) a un ECRO común grupal (Leal y Roig, 1990).

Este ECRO grupal lo podemos definir como el conjunto de conocimientos y experiencias (recursos teórico-técnicos) del equipo para abordar la tarea grupal (especificación en cada momento para el grupo/equipo de la tarea institucional). Este saber común al que todos han aportado anónimamente (Bion, 1980), incluye el cómo intervenir y va variando y enriqueciéndose a partir de la relación dialéctica entre el mismo ECRO grupal, la práctica asistencial, comunitaria, y la reflexión/elaboración sobre la misma (Duro y Irazabal, 1986a; 1986b).

Al mismo tiempo, como es bien conocido desde la psicología de los grupos, se van dando fenómenos de carácter emocional que teñirán la dinámica grupal con ansiedades, tensiones y conflictos alrededor del cambio/resistencia al cambio, dialéctica consustancial a todo transcurrir humano y social (Bauleo, 1977).

Indudablemente el espacio grupal, está recortado a partir de las individualidades que lo forman y de lo permitido por la sociedad/institución en cada momento históricamente definido (Bauleo, 1984). De este modo, cada uno aportará, según sus conocimientos previos adquiridos en la formación de pre y postgrado, sus experiencias de trabajo en otros equipos y sus características biográficas-personales, aquellos elementos que sean más útiles para que el equipo pueda abordar exitosamente la tarea, aprovechando al máximo las capacidades y habilidades de todos y cada uno de los integrantes del misma, en lo que Pichón Riviére (1981) llamaba una epistemología convergente.

Sin ánimo de hacer un discurso corporativo, es indudable que los psicólogos clínicos en general, y en mayor medida los que tienen formación acorde con un enfoque psicosocial y comunitario que les permite atender problemas de carácter clínico individual enmarcados en su contexto grupal y comunitario con una perspectiva no predominantemente biologicista-individualizante, estarán en una favorable disposición de contribuir significativamente a este poso común.

Su aportación, matizada por la incorporación individual que cada psicólogo haya hecho, se plasmará, además de *en hacer ellos mismos*, en la capacidad de contribuir a que otros miembros del equipo puedan enfrentarse a la práctica asistencial y embarcarse en acciones de tipo grupal y/o comunitario (Duro, Ibáñez, López y Vignale, 1990).

Si esquematizáramos desde una perspectiva profesional cuáles serían los avatares de la aportación del psicó-

logo clínico al equipo interdisciplinario, podríamos decir que estará sujeto a los vaivenes de su especialización-socialización de conocimientos con otros miembros del equipo. Es decir, a partir de su profesionalidad sufrirá una cierta crisis del rol para adquirir una nueva especificidad (rol funcional a la tarea) (Bleger, 1971). Dicho de otra manera, partimos de un rol socialmente adjudicado y asumido (el psicólogo clínico ha de hacer...), nos ponemos en crisis al confrontarnos con otros profesionales, con el grupo/equipo y con la práctica y nos apropiamos (nosotros y los otros) de un nuevo rol y funciones acordes con las necesidades de la tarea, la organización del equipo/institución y nuestras capacidades, conocimientos y habilidades.

Estas funciones coincidirán, en parte, con aquellas aspectos del rol socialmente adjudicado y, en parte, se habrán aprendido en ese proceso grupal del equipo (por ejemplo, uso de psicofármacos, de psicopatología o de trabajo social).

Igual les pasará al resto de profesionales que podrán incorporar a partir de la aportación del psicólogo clínico, elementos para la evaluación/diagnóstico, tipos distintos de tratamientos psicológicos, modalidades de intervención grupal e institucional, etc.

Trabajo en equipo. Del pragmatismo a la utopía

Hemos dicho que el equipo se mueve entre el nivel grupal y el nivel institucional y que es a partir del encuadre institucional como el equipo empieza a funcionar, lo que implica que articule a

nivel interno un encuadre grupal (Irazabal y Martín, 1990).

La función de este encuadre grupal será la de *luchar* contra la tendencia a la institucionalización/burocratización que tienen todas las instituciones para cumplir su función de reproducción ideológica y por su función de defensa de las ansiedades psicóticas de los individuos que la componen (Menzies y Jaques, 1980). Así, el equipo/grupo se convierte (o puede convertirse) en una fuerza instituyente frente a lo instituido del equipo/institución (Lapassade, 1984).

La contradicción entre la necesaria organización institucional y la *necesaria desorganización*, que se dará a lo largo del proceso grupal, sólo se resolverá con una buena dosis de flexibilidad para soportar la ansiedad y la confusión y un permanente análisis de ambos polos (grupo e institución).

Esto implica procurar la mayor claridad posible de los encuadres al interior del equipo, con la mayor especificación de los canales de comunicación y toma de decisiones, en tanto en cuanto funcionamiento institucional y la mayor facilidad institucional para analizar los fenómenos grupales que se produzcan. Es decir, que entre el plano institucional (político-administrativo) y el plano teórico-grupal, tendremos que organizar un dispositivo técnico grupal a caballo entre el dispositivo grupal *de base* y la organización funcional del trabajo. Ese será el encuadre grupal.

Los encuadres para el funcionamiento del equipo pueden tener varias funcionalidades como, por ejemplo, organizar el trabajo en subequipos, sesiones clínicas, de formación, etc. Consideramos imprescindible un espacio grupal

del equipo en el que se pueda analizar su propio funcionamiento y organización general a partir del análisis, en la medida de lo posible, de los momentos grupales e institucionales por los que el equipo transite, incluyendo los aspectos afectivos-personales en relación a la tarea grupal (Buzzaqui, 1984).

Se podrá combatir así tanto la tendencia de los equipos hacia la grupalidad afectivo familiarista, que evita la discusión sobre la tarea, como la escisión racionalista de que una cosa es el trabajo y otra es la vida personal.

Caminaremos permanentemente desde el pragmatismo que requiere el organizarnos para funcionar y responder a las demandas sociales, hacia la utopía que (como proyecto grupal e institucional) dirige nuestras acciones cotidianas. El trabajo en equipo no es algo que un día se llegue a conseguir, sino una ilusión en proyecto que permanentemente nos desilusiona.

La aportación de los psicólogos clínicos (aunque no sólo de ellos) puede ayudar a la aceptación de momentos de confusión, escisión, paranoia y depresión para alumbrar pequeños proyectos grupales de integración, creación y elaboración colectiva; sabiendo que este proceso de aprendizaje en espiral, afortunadamente, nunca tendrá fin.

Desde este punto de vista el trabajo en equipo, para nosotros, es también un instrumento de contención y autocuidado de los trabajadores de la salud mental donde se pueda, al menos, soportar e intentar elaborar el considerable monto de ansiedad propio del trabajo con la problemática de salud mental (García Carbajosa, 1990; Pedreira, 1990; Melendo, Botella y Arribas, 1988).

Formación, supervisión y evaluación continuada

A lo largo de estas páginas hemos ido viendo el carácter polisémico del trabajo en equipo. Nos hemos referido a él en tanto necesidad multiprofesional ineludible por las características del objeto de trabajo (coherente con una perspectiva psicosocial y comunitaria de entender el trabajo en salud mental) y como una manera de articular un dispositivo técnico de características grupales y atravesado por el nivel institucional. Esto permite elaborar un ECRO común al apropiarse de su tarea grupal, al tiempo que es un espacio de contención y elaboración de las ansiedades de los profesionales de salud mental.

Hablemos ahora sobre el trabajo en equipo como espacio de formación de sus integrantes (Bauleo, Duro y Vignale, 1990). Si bien hemos señalado anteriormente que parte de la aportación del psicólogo clínico al equipo interdisciplinario estará en función de su experiencia y formación previa individual (en clínica, en grupos e instituciones, en trabajo en equipo, etc), ahora remarcaremos el proceso del trabajo en equipo como un proceso de aprendizaje/formación grupal que, por momentos, se hace autogestionariamente y, por momentos, requiere la inclusión de alguien ajeno a la dinámica grupal e institucional para que pueda ayudar a esclarecer los conflictos y las resistencias al cambio que todo proceso implica (Saidon, 1984; Bauleo, 1991).

Aprender de la propia dinámica interna supondrá tomar conciencia de nuestras resistencias y sobredeterminaciones para, así, no sólo continuar

avanzando, sino entender mejor los conflictos y fenómenos que pasan *al otro lado de la barrera* (usuarios, grupos, instituciones, etc) (Monzón, 1989).

La supervisión institucional puede ayudar a desanudar complicidades intragrupal e institucionales que nos instalan en la repetición de ritos y mitos burocráticos y nos abocan al aburrimiento y el tedio más espantoso (Bauleo, 1988; Leal, 1993). El movimiento creativo nos empuja a la vida, la estereotipia nos recuerda la muerte. La reflexión permanente y la evaluación continuada de nuestro propio quehacer (individual y colectivamente), nos permitirá nuestro propio enriquecimiento y adecuar mejor nuestros servicios a las demandas y necesidades de la comunidad.

La evaluación del trabajo del equipo por el equipo, sin que excluya otras formas de evaluación externa, imprime un carácter de evaluación formativa al mismo proceso de análisis, al tiempo que implica a todos los integrantes en el funcionamiento del equipo/institución.

La satisfacción laboral (Vázquez, 1988) será otra variable que saldrá notablemente reforzada del proceso de trabajo en equipo, como lo indican las últimas tendencias de la gestión y organización laboral.

Trabajo en equipo y relaciones de poder

Por último, quisiéramos señalar la relación existente entre el fomento de la participación comunitaria en los programas y servicios de salud en general y el funcionamiento en equipo como participación de los profesionales en el control y toma de decisiones de la organización de su propio trabajo.

Si pretendemos que la población vaya asumiendo protagonismo y participación activa a la hora de enfrentar(se) a los problemas de salud, le hemos de transmitir a partir de nuestra práctica un modelo de funcionamiento participativo, democrático y comprometido de todos los trabajadores de la salud mental (Videla, 1991). Los valores de cooperación, solidaridad, confianza, etc, si no priman en el trabajo en equipo difícilmente se podrán transmitir en el trabajo con los usuarios/comunidad.

Indudablemente la participación de los profesionales pone en cuestión las formas tradicionales de las relaciones de poder entre las distintas profesionales (psiquiatras-psicólogos, psiquiatras-enfermeras, psicólogos-trabajadores sociales, etc), obligando a una readecuación interprofesional a partir de otros criterios (conocimientos, experiencias, habilidades) e incluso a unas nuevas relaciones jerárquicas en la institución, como muestra el caso de que ya haya otros profesionales no psiquiatras dirigiendo instituciones de salud mental.

El psicólogo clínico, por su formación y progresiva experiencia en el campo de la salud mental, está en disposición y con capacidad técnica para asumir, como el que más, liderazgos que supongan desempeñar roles de responsabilidad en la dirección y coordinación de equipos de trabajo tanto a nivel interno como de coordinación con otras instituciones.

La psicología clínica y el trabajo en equipos en salud mental han ido de la mano en estos últimos quince años (Avila, 1987). Hoy, al igual que en sus comienzos, constituyen un tándem inseparable cuyos elementos se enriquecen

mutuamente en la medida que, no sólo los psicólogos, sino todos los trabajadores de la salud mental y la misma comunidad/sociedad, sigan interesados en profundizar en el complejo y apasionante campo de la salud-enfermedad.

Referencias

- ALOT, A.; LIÑERO, J.; SEOANE, A.; TATO, R. y TORRENT, L. (1977). *Conxco: manicomio e morte*. Pontevedra: Xistral.
- ALVAREZ GALLEG0, E. (1991). El síndrome del *burn-out* o el desgaste profesional (I y II). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39, 257-275.
- AVILA, A. (1987). La psicología clínica en España: perspectiva de una década. *Papeles del Psicólogo*, 36-37, 84-89.
- BAULEO, A. (1977). *Contrainstitución y grupos*. Madrid: Fundamentos.
- BAULEO, A. (1984). *Ideología, grupo y familia*. México: Folios Ediciones.
- BAULEO, A. (1986). Efectos del proceso grupal. En E. Paulovsky. *Lo grupal 3*. Buenos Aires: Búsqueda.
- BAULEO, A. (1988). Interrogantes surgidos cuando se realiza una organización de servicios. En A. Bauleo. *Notas de psicología y psiquiatría social*. Buenos Aires: Atuel.
- BAULEO, A. (1991). La supervisión institucional. En A. Bauleo. *Clínica grupal, clínica institucional*. Buenos Aires: Atuel.
- BAULEO, A. y DURO, J.C. (1988). El dispositivo grupal en la investigación clínica. En A. Bauleo. *Notas de psicología y psiquiatría social*. Buenos Aires: Atuel.
- BAULEO, A.; DURO, J.C. y VIGNALE, R. (1990). Sobre la formación en salud

- mental. En J.C. Duro.; A. Bauleo y R. Vignale. *La concepción operativa de grupo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- BASAGLIA, F. (1972). *La institución ne-gada*. Barcelona: Seix Barral.
- BION, W.R. (1980). *Experiencias en gru-pos*. Buenos Aires: Paidós.
- BLEGER, J. (1971). *Temas de psicología. Entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- BLEGER, J. (1984). *Temas de psicología. Entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión. (cuarta reedición).
- BUZZAQUI, A. (1984). Algunas reflexio-nes teóricas en torno a los equipos técnicos y los grupos. *Centro Inter-nacional de Investigación en Psico-logía Grupal y Social*, 4, 71-85.
- CABERO, A.; COTO, E.; DEL POZO, J.; GARCIA, M. L.; PASCUAL, J. y RIPODES, P. (1986). Experiencia PIR en Asturias. *Papeles del Colegio*, 27, 11-12.
- CASTEL, R. (1984). *La gestión de los ries-gos. De la antipsiquiatría al postanálisis*. Barcelona: Anagrama.
- CASTEL, R.; CASTEL, F. y LOVELL, A. (1980). *La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo norteamerica-no*. Barcelona: Anagrama.
- COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS. (1986a). Sobre el documento de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. *Papeles del Colegio*, 26, 38-41.
- COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS. (1986b). Unidades de salud mental: normas de funcionamiento. *Papeles del Colegio*, 26, 22-26.
- COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS. (1989). Profesión y Colegio. Memoria de una década. *Papeles de Psicó-logo*, 36/37, 64-111.
- COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS. (1992). El programa PIR. *Papeles del Psicólogo*, 53, 16-18.
- COLMENARES, J.A. y DURO, J.C. (1981). Experiencia en salud mental. Centro Municipal de Salud de Getafe. *Revista de Trabajo Social*, 81, 75-94.
- COOPER, D. (1972). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- DURO, J.C. (1981). El trabajo del psicólogo en el Centro Municipal de Salud de Getafe. *Papeles del Colegio*, 0, 19-21.
- DURO, J.C. (1988). Salud mental. Contri-buciones a nuevas prácticas comuni-tarias. *Revista de la Asociación Espa-ñola de Neuropsiquiatría*, 25, 237-257.
- DURO, J.C. (1988). La salud mental como tarea grupal. *Psiquiatría Pública*, 3, 52-56.
- DURO, J.C. (1991a). Una perspectiva psicosocial y comunitaria en salud mental. *Informatiu*, 7, 23-31.
- DURO, J.C. (1991b). El trabajo en equi-po: ¿es posible en la sociedad actual? *Medifam Vol. 1, (3)*, 111-113.
- DURO, J.C. (1992). La coordinación: una nueva función en salud mental co-munitaria. *Clinica y Salud*, Vol. 3, 3, 281-288.
- DURO, J.C. y GARCIA DE LEON, D. (1981). Centro Municipal de Salud de Getafe. *Revista de Documentación Social*, 43, 127-144.
- DURO, J.C.; IBÁÑEZ, M. L.; LOPEZ, L. y VIGNALE, R. (1990). Dispositivos grupales en salud mental comunitaria. En J.C. Duro; A. Bauleo y R. Vignale: *La Concepción operativa del grupo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- DURO, J.C. e IRAZABAL, E. (1986a). El loco de la comunidad. Una interven-

- ción grupal en salud mental comunitaria. *Clínica y Análisis Grupal*, 41, 454-474.
- DURO, J.C. e IRAZABAL, E. (1986b). El loco de la comunidad. Una intervención grupal en salud mental comunitaria. *Clínica y Análisis Grupal*, 42, 657-676.
- DURO, J.C.; SANCHIS, Y. y SUAREZ, V. (1986). Desarrollo y perspectiva de los centros municipales y de promoción de salud de Madrid. *Papeles del Colegio*, 27, 23-34.
- GARCIA CARBAJOSA, M.A. (1990). El equipo terapéutico y la organización de servicios. En J.L. Pedreira y R. Fernández. *La contención*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- GARCIA GONZALEZ, J. (1986). La reforma de los servicios de salud mental en Asturias: Una aproximación político-organizativa y epidemiológica. *Papeles del Colegio*, 26, 15-22.
- GONZALEZ DE CHAVEZ, M. (1986). *La transformación de la existencia psiquiátrica*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- GUATTARI, F. (1976). *Psicoanálisis y transversalidad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- INSITITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL. (1989). *La reforma psiquiátrica en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Salud y Servicios Sociales.
- IRAZABAL, E. (1990). Apuntes para una psicología social de los equipos (de salud mental). En J.C. Duro; A. Bauleo y R. Vignale. *La concepción operativa de grupo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- LAMATA, F. (1986). Actuaciones del INSALUD en materia de salud mental. *Papeles del Colegio*, 26, 26-27.
- LAPASSADE, G. (1984). Grupos, organizaciones e instituciones. Barcelona: Gedisa.
- LEAL, J. (1993). Diálogo con Valentín Barenblit acerca de la supervisión institucional en los equipos de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, suplemento II*, 41-55.
- LEAL, J. y ROIG, M. (1990). Interdisciplinaridad: ¿paradigmas o ficción?. *Informattu*, 5, 8-14.
- LORENZO, L. y VALLEJO, F. (1990). El Programa PIR en Andalucía. Notas acerca de la formación y el rol. *Clínica y Salud*. Vol. 1, 2, 153-161.
- MELENDO, J.J.; BOTELLA, I. y ARRIBAS, A. (1988). *Psicosis: reflexiones en torno a la asistencia pública y a la continuidad de cuidados*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- MENZIES, I. y JAQUES, E. (1980). *Los sistemas sociales como sistema contra la ansiedad*. Buenos Aires: Horme.
- MOFFATT, A. (1974). *Psicoterapia del oprimido*. Buenos Aires: ECRO.
- MONZON, A. (1989). Grupos y equipos en salud mental. En el qué hacer en salud mental. *Libro de la VIII Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Canarias: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (1985). *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. Madrid.
- PEDREIRA, J.L. (1990). Reflexiones acerca del papel contenedor de la institución versus institucionalización. En J.L. Pedreira y R. Fernández. *La contención*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

- PEREZ GARCIA, P. (1982). Psicólogos en los hospitales. *Papeles del Colegio*, 4/5, 65-66.
- PICHON-RIVIERE, E. (1977). Conceptos de ECRO. *Temas de psicología social*, 1, 5-11.
- PICHON-RIVIERE, E. (1981). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. (Tomos I y II). Buenos Aires: Nueva Visión.
- PRIETO, L. (1986). La reforma psiquiátrica en Madrid. *Papeles del Colegio*, 27, 13-23.
- ROLDAN, G.; SANTIAGO, E. y DE LA HIGUERA, J. (1990). La formación postgraduada de psicólogos en el marco de la reforma psiquiátrica de la atención a la salud mental en Andalucía. *Encuentros en Psicología*, 15/16, 10-36.
- SAIDON, O. (1984). Supervisión y formación en instituciones públicas. *Boletín del Centro Internacional de Investigación en Psicología Grupal y Social*, 5, 70-80.
- SAIDON, O. (1988). Transdisciplinaridad y psicología social. *Boletín del Centro Internacional de Investigación en Psicología Grupal y Social*, 13, 131-138.
- VAZQUEZ, I. (1988). El trabajo multidisciplinario y la humanización hospitalaria. *Revista de Treball Social*, 111, 48-64.
- VIDELA, M. (1991). *Prevención. Intervención psicológica en salud comunitaria*. Buenos Aires: Cinco.
- WEINSTEIN, L. (1974). *Salud mental y proceso de cambio*. Buenos Aires: ECRO.