

Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar?

Raquel GARCÍA LÓPEZ

Servicios de Salud Mental de Collado Villalba (Madrid)

RESUMEN

La interdisciplinariedad en la atención a la salud mental comunitaria es imprescindible. Esta forma de trabajo en equipo requiere una serie de características que son repasadas en el artículo. También se hace un análisis de la atención a la Salud Mental Comunitaria en las últimas décadas y de cómo la tarea interdisciplinar parecería que está en «horas bajas». Se hace ésta reflexión partiendo de ejemplos concretos de intervención en este campo.

Palabras clave: interdisciplinariedad, salud mental comunitaria, equipo terapéutico.

Community mental health, an interdisciplinary task?

ABSTRACT

Interdependence in the work of community mental health is indispensable. This form of teamwork requires a series of characteristics that are examined in this article. An analysis is also made of the work in Community Mental Health over the last few decades and how the task of interdependence seems to be in «low hours». This reflection is made based upon concrete examples of supervision in this field.

Key words: interdependence, community mental health, therapeutic team.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Salud mental comunitaria. Concepto. 3. Los profesionales de la salud mental comunitaria. 4. La complejidad de la interdisciplinariedad. 5. ¿Y la realidad? 6. Elementos para un debate. 7. Un ejemplo. 8. Post scriptum. 9. Bibliografía.

1. INTRODUCCIÓN

El ámbito de la Salud Mental es un campo de intervención interdisciplinar, por tanto es un lugar donde concurren diferentes profesionales, diferentes modelos teóricos de intervención, diversas formas de mirar una realidad, diferentes instituciones y mandatos institucionales e incluso diferentes ideologías políticas y sociales acerca de cómo ha de ser la atención. Entonces ¿por qué interrogarse si en Salud Mental la tarea es interdisciplinar? Como veremos creo que el título del artículo tiene su razón.

Antes de abordar la cuestión de la interdisciplinariedad me gustaría mostrar el campo de intervención de la salud mental. El análisis está centrado en la Comunidad de Madrid, lugar donde desempeño mi tarea.

2. SALUD MENTAL COMUNITARIA. CONCEPTO

El término de Salud Mental es el que aparece en el «Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid» para la atención psiquiátrica de sus ciudadanos. Es un plan que abarca un periodo de 5 años, de 2003 a 2008 y que fue aprobado al final de la anterior legislatura. Algunos de los Principios Generales del Plan son:

- Carácter público y universal de la asistencia.
- El ciudadano se define como el centro del sistema.
- Concepción de la atención integral de la asistencia psiquiátrica desde una perspectiva sanitaria, incluyendo actividades de promoción de la salud, de prevención de las enfermedades y de rehabilitación de las discapacidades.
- Integración de todos los recursos públicos destinados a la atención psiquiátrica y de salud mental.
- Facilitación de las acciones en el ámbito comunitario.
- No discriminación del enfermo mental, equiparándolo con cualquier otro tipo de enfermo.
- Necesidad de desarrollar los servicios de Rehabilitación Psicosocial y promover la Reinserción Social, con la necesaria coordinación con los Servicios Sociales.
- La formación de los profesionales y la investigación se definen como funciones básicas del sistema.
- Coordinación preferente con Atención Primaria Y Servicios Sociales, pero manteniendo una clara delimitación de funciones y recursos.

Algunos puntos del Modelo de Atención Propuesto son:

- Integral, porque integra aspectos psicosociales y biológicos.
- Global, es decir, que favorezca la coordinación con otros recursos.
- Insertado en la comunidad.
- *Interdisciplinar, esto es, promoviendo la creación de equipos multidisciplinares, con diferentes enfoques profesionales, en un ambiente de colaboración y de intercambio de opiniones e ideas. Además, se impulsará una ordenación y estructuración de la actividad que respete las competencias profesionales de cada miembro del equipo).*
- Territorializado.
- Integrado a los dos niveles de la atención sanitaria (Primaria y Especializada).
- La Formación Continuada de los profesionales y la Investigación se consideran estrategias del desarrollo asistencial (Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2005: 115-126).

De estos puntos cabe subrayar, por tanto, que la Salud Mental es un campo que debería reunir las siguientes condiciones: centrar el interés en el ciudadano; prestar igual atención a los factores sociales, psicológicos y físicos como causantes de la enfermedad mental; considerar igual de importante tanto corregir la patología como evitar la enfermedad o mantener la salud, utilizar recursos intra, extra hospitalarios y recursos sociales; emplear a personas de distintas profesiones provenientes de las ramas sanitarias, de las ciencias sociales y de la administración.

3. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

Si se hace un inventario de las distintas actividades que los profesionales de la Salud Mental tienen que desarrollar para abarcar la atención de este modelo, se podrían catalogar en una tipología denominada de «tipos extremos» (Guimón, 2002).

En un extremo de la escala estaría el grupo de actividades que suponen que la Salud Mental (sobre todo la Psiquiatría) elige como objeto de su estudio y de sus intervenciones al cerebro humano, sin hacer mención del ambiente que lo circunda. Y en el otro extremo se encontrarían las concepciones que estudian los fenómenos sociales en conjunto y cómo modificarlos, casi sin tener en cuenta el cerebro humano. Aunque esta bipolaridad es artificiosa, sí nos ayuda a entender que la atención en Salud Mental abarca distintas corrientes y formas de mirar la enfermedad mental. La relación estaría formada en un extremo por la corriente biologicista, pasando por la corriente conductista, las doctrinas introspectivas como el psicoanálisis, las doctrinas de las relaciones interpersonales que relacionan los trastornos psíquicos con la interacción de los individuos en sus distintos grupos de pertenencia (modelo sistémico) y en el otro extremo estaría la concepción de abordajes llamados antipsiquiátricos, que consideran que lo que se debe tratar es la situación alienante de la sociedad y no al «supuesto enfermo mental».

3.1. ¿QUIÉNES SON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL?

La atención a la Salud Mental Comunitaria ha hecho siempre hincapié, entre otros aspectos, en la necesidad de una tarea realizada en equipo. Para ello se crearon los Equipos de Salud Mental, equipos formados por distintos profesionales y distintas áreas de conocimiento.

En cuanto a quiénes deben llamarse profesionales, el calificativo se ha extendido a todas las categorías de trabajadores en el campo de la Salud Mental, excluyendo a los administrativos y a los Servicios Generales.

Los profesionales que suelen formar estos equipos son: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y con frecuencia terapeutas ocupacionales.

Los componentes de los equipos aportan su punto de vista en las diferentes actividades que asume el Servicio. En general podría decirse que el psiquiatra aporta la visión médico-psiquiátrica; el enfermero la de las necesidades vitales generales; el trabajador social la visión social y familiar y el psicólogo clínico los datos provenientes de la exploración psicológica. Sin embargo en el contexto de la Psiquiatría Comunitaria la evolución que han sufrido las distintas ocupaciones ha hecho que puedan surgir tensiones en el seno de quienes las practican como veremos más adelante.

El psiquiatra, miembro esencial del equipo, con frecuencia como «director» o «coordinador» según el Atlas de la OMS (2001) es un médico que ha seguido una especialización universitaria superior en Psiquiatría, por lo menos dos años, en un establecimiento de enseñanza reconocida. A lo largo de los últimos treinta años la orientación teórica de los psiquiatras ha experimentado un cambio. En los años setenta, el modelo psicodinámico era el que predominaba, así como el movimiento antipsiquiátrico y las orientaciones psicosociales. Pero en los últimos años, la progresión del modelo biológico ha sido patente (las razones pueden ser varias y, aún no analizándolas en este artículo, se destaca como evidente la fuerza de la Industria Farmacéutica y la aparición de fármacos más efectivos).

El enfermero psiquiátrico, según el Atlas de la OMS (2001) es una persona diplomada en una Escuela de Enfermería reconocida en el ámbito universitario y que ha seguido una especialización en Psiquiatría aunque, en la práctica, apenas hay enfermeros especializados que trabajen en la Comunidad.

El psicólogo (Atlas OMS, 2001) es una persona que ha hecho estudios de Psicología en un establecimiento de nivel universitario reconocido y que ha seguido una especialización en Psicología Clínica. Las actividades de los Psicólogos se centran en la cooperación al diagnóstico y en la psicoterapia.

El trabajador social que interviene en el campo de la Salud Mental (Atlas OMS, 2001) es un diplomado que ha estudiado Trabajo Social en un establecimiento reconocido en el ámbito universitario. Las actividades del trabajador social se centran mayoritariamente en aspectos socio-familiares y aquellos otros relacionados con la provisión y orientación de recursos.

Los terapeutas ocupacionales realizan la actividad en un contexto grupal que favorezca la expresión espontánea de los participantes.

3.2. EL EQUIPO TERAPÉUTICO

Como se ha venido exponiendo, una de las características básicas de las intervenciones en Salud Mental Comunitaria es el trabajo en equipo. Según Arrazola *et al.* (Guimón, 2002), un equipo es «un pequeño número de personas con habilidades complementarias, comprometidas con un propósito común de cuyo logro se consideran mutuamente responsables, bajo el liderazgo de una de ellas».

Un equipo incorpora todo el potencial que encierran las relaciones informales y la fuerza de la cohesión de grupo haciendo posible tareas que los miembros

aislados no podrían realizar individualmente. Las relaciones entre los miembros del equipo terapéutico son complejas y puede movilizar angustias que originan a veces disfunciones importantes. La relación con pacientes psiquiátricos produce cierta ansiedad. Además, existen aspectos subjetivos que cada profesional aporta a la relación (juicios de valor, estado de ánimo) que pueden influir en la relación con el paciente y que es indispensable que el profesional controle. Se pueden mantener actitudes rígidas o estereotipadas o proyectar los propios problemas en el paciente, aspectos que pueden tener que ver con la inexperiencia o con el temor a no saber responder adecuadamente. El trabajo en equipo facilita la supervisión y la «consulta» entre los diferentes miembros del mismo, lo que repercute en una mejor atención.

3.3. LA INSTITUCIÓN

La atención en Salud Mental, como en otros dispositivos de atención psicosocial, tiene como característica común que está desarrollada por equipos (grupos) formados por individuos que crean relaciones interpersonales de interdependencia, no solo respecto a las tareas sino también de carácter afectivo. Como es sabido, las relaciones que se pueden dar dentro del grupo pueden ser variadas: satisfactorias o insatisfactorias, de presión, de conformismo, de solidaridad, de pertenencia, de utilización. También el grupo puede generar cobertura para defenderse de la presión de la organización o de los individuos a los que va destinada su atención.

A su vez el grupo necesita una organización que articule la tarea para realizar el objetivo común, de tal manera que toda modificación en un elemento de la organización conlleva una modificación para todos los demás.

Los profesionales solemos mantener relaciones ambivalentes con la institución a la que pertenecemos, en la que nos podemos sentir protegidos pero a la que también podemos vivir como agresora.

Es conocida por todos la complejidad de la Institución pública en general y la aquí referida, la sanitaria en particular. Los canales comunicacionales administrativos y los métodos de control son dos ejemplos de las dificultades que los equipos encuentran a la hora de realizar la tarea y puede que esas dificultades «administrativas» sean las principales con las que se han de enfrentar o por lo menos las más difíciles de resolver (Guimón, 2002).

4. LA COMPLEJIDAD DE LA INTERDISCIPLINARIEDAD

Que el trabajo interdisciplinar es complejo está claro, pero también lo es que en Salud Mental es básico.

Sin embargo me gustaría pararme un momento en el concepto. Los términos *interdisciplinar* y *multidisciplinar*, son conceptos ampliamente manejados, con frecuencia utilizados indistintamente y en muchas ocasiones vacíos de contenidos.

El Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua define lo *interdisciplinario* como: Actividad que se realiza con la cooperación de varias disciplinas. Mientras que *multidisciplinar* lo define como: Que abarca o afecta a varias disciplinas Y por seguir con la ayuda del diccionario el término *disciplina* lo define como: Arte, facultad o ciencia.

Por tanto en Salud Mental tenemos que entender que la tarea ha de ser además de interdisciplinar, multidisciplinar pero no confundiendo los dos términos.

La multidisciplinariedad en salud mental hace referencia a una problemática que afecta a diferentes disciplinas, como la psiquiatría, la psicología, el trabajo social, la política sanitaria, etc., y como tal ha de ser abordada. Necesita por tanto que los distintos profesionales reflejen los diversos aspectos que operan en la realidad que se aborda.

La interdisciplinariedad hace referencia al modelo de trabajo, al método con que se desarrolla y a la forma en que se aplican los conocimientos y las técnicas. Es una puesta en común, una forma de conocimiento, de entender y abordar un fenómeno o problemática determinada. No es una suma de saberes, ni un conglomerado de actuaciones de un grupo.

Esta forma de trabajo supone una apertura recíproca, una comunicación entre los distintos campos, donde no caben los totalitarismos ni las imposiciones, pero tampoco los reduccionismos que limiten la propia complejidad de cualquier campo científico.

La tarea interdisciplinar se puede resumir en los siguientes puntos:

- Es la consecuencia del desarrollo científico tanto técnico como social.
- No se crea por la suma aritmética de saberes o de actuaciones, sino que se crea con la intersección de los conocimientos en la creación de un nuevo saber.
- El trabajo interdisciplinar no requiere que se haga desde un mismo equipo o institución.
- Tener claros los límites del saber de cada uno y respetar los campos de conocimiento de los demás.
- Supone interactuar sobre una realidad determinada con la idea de que una sola disciplina es insuficiente para abordarla (Menéndez Osorio, 1998).

Si se parte de una perspectiva biopsicosocial de la salud mental, difícilmente puede ser abordada desde otro tipo de atención que no sea la interdisciplinar. Para ello cada equipo debe ir construyendo sus formas de funcionamiento interdisciplinario. Un funcionamiento que no sólo abarca la relación de las distintas disciplinas, sino también la perspectiva de un trabajo «interparadigmático» (Tizón, 1992). Este término hace referencia a las distintas orientaciones o paradigmas existentes en el campo de la psicología.

En los equipos suele haber un modelo dominante (en mi opinión, en este momento en Salud Mental es el modelo biológico), siendo necesaria la participación de otros modelos teóricos que complementen y que corrijan las desviaciones del modelo dominante.

Tizón hace referencia a la interdisciplinariedad en Salud Mental entendiéndola de tres formas bien diferenciadas:

1. Entendida únicamente como un trabajo conjunto, en un mismo dispositivo o local, de profesionales que realizan sus funciones y roles tradicionales.
2. La basada en la «difusión-confusión» de los roles de los distintos profesionales.
3. La entendida como remodelación de los roles profesionales en función de las necesidades y favoreciendo el intercambio de ideas entre los mismos.

La primera conlleva un bajo aprovechamiento de las capacidades y recursos de los diversos profesionales, con la consiguiente disminución de su eficacia. La segunda, defendida por parte del movimiento antipsiquiátrico en años anteriores, tiene el inconveniente del poco aprovechamiento que se puede llegar a hacer de los conocimientos, habilidades y capacidades de cada uno de los profesionales. La última creemos que es la que más favorece la interdisciplinariedad así como la tarea de un trabajo compartido.

Desde mi punto de vista, la atención en Salud Mental comenzó por la segunda de estas formas, posteriormente se pasó a la tercera y en el momento actual cada vez se encuentra más cerca de la primera.

5. ¿Y LA REALIDAD?

La pregunta ahora es cómo en la realidad, en el día a día, se traduce y se desarrolla ese trabajo interdisciplinar, aplicado a la intervención clínica, a la planificación de recursos, a la satisfacción tanto de los distintos servicios que intervienen en un área o territorio como a la de los individuos a los que va dirigida esa acción.

La realidad es que para llevar adelante una tarea común nos vamos a encontrar con la exigencia de trabajar con compañeros con «identidades» muy diferentes (Rodríguez A., 2001). Identidades diferentes tanto personales, como profesionales. Sin tener en cuenta las personales (referidas a la biografía no profesional), habrá que tener muy en cuenta las diferencias profesionales tales como: pertenecer a diferentes disciplinas, modelos teóricos, niveles jerárquicos, satisfacción en el grupo, alianzas, triangulaciones, etcétera.

La psiquiatría, la psicología, el trabajo social etc., que reflejan los diversos aspectos que operan en la realidad que se aborda, pero también otras ramas del conocimiento como la educación, la política, la sociología, la antropología, la legislación e incluso la lingüística. Por tanto, la realidad que se aborda y la función del equipo va más allá del propio equipo de Salud Mental, dando origen a una red sobre la que verdaderamente se sustenta la práctica de la salud mental comunitaria. La interdisciplinariedad trascendería a los propios equipos.

Antes de abordar el trabajo interdisciplinar en los equipos de Salud Mental, se hace necesario explicar la realidad asistencial actual que tiene una repercusión clara en la forma de realizar la tarea.

Al principio del artículo nos referíamos al Plan de Atención a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid que regula y marca las directrices de cómo ha

de ser la atención. El Plan hace referencia explícita al modelo *interdisciplinar* de atención a la Salud Mental. Aún a riesgo de equivocarme, estoy segura de que si preguntamos a cualquier profesional de la red de Atención de Salud Mental diría que «trabaja en interdisciplinariedad» y que cree además que ha de ser así. Sin embargo no estaría de más hacer algunas reflexiones sobre la realidad que conozco.

Es sabido por todos que la atención psiquiátrica ha sufrido cambios a lo largo de los últimos años. Hasta los años ochenta la atención era casi exclusivamente «manicomial»; es decir, la asistencia se daba en los hospitales de carácter monográfico y poco más. Con la reforma psiquiátrica, la atención a la población se territorializa, a diferencia de la psiquiatría tradicional que atendía de forma individual y sin tener un territorio asignado. Esto supuso un cambio sustancial no sólo para la población atendida, sino también para los profesionales que procedían de la atención psiquiátrica tradicional, teniendo que afrontar nuevos modos y formas de abordar la enfermedad mental. Entre estas nuevas formas, el trabajo interdisciplinar.

Es verdad que en los hospitales psiquiátricos «convivían» diferentes profesionales, diferentes disciplinas. También diferentes modelos teóricos de entender la enfermedad, pero la atención se daba desde «compartimentos estancos». La forma «interdisciplinar» (¿o multidisciplinar?) estaba claramente jerarquizada a modo de «equipo de cirugía» y estrictamente organizada, donde el papel de cada profesional estaba claramente definido y no se podía cambiar. En mi recuerdo está la experiencia de trabajo en una institución psiquiátrica durante años, donde el trabajador social, aunque formaba parte del equipo de planta sólo intervenía a petición de otros profesionales, del psiquiatra, de la enfermería, del administrador, etc. para subsanar alguna «deficiencia social» del paciente internado. Lo que quiero decir es que la aportación del Trabajo Social como saber o como disciplina al equipo se hacía solo «a petición» porque el mandato institucional de la atención era otro, no el de un abordaje interdisciplinar.

Con la reforma psiquiátrica el mandato institucional cambia. Se crean los equipos multidisciplinarios y se propone una atención interdisciplinar. Los equipos son insertados en la comunidad y van a tener que dar respuesta a toda una serie de nuevas demandas de atención que antes quedaban fuera de la atención psiquiátrica. Los profesionales se empiezan a relacionar con diferentes formas de «enfermedad» y «sufrimientos» que no aparecían en la psiquiatría tradicional. Se cambia el objetivo, la asistencia tradicional está basada en la enfermedad, el trastorno y en la curación, mientras que en la atención comunitaria se quiere poner el acento en la prevención y la promoción de la salud.

Los servicios comunitarios son las nuevas formas de dar respuesta a las necesidades y demandas sociales e institucionales. Se crean equipos de profesionales con distintas denominaciones: equipo técnico, equipos de atención, trabajo en equipo, equipo interdisciplinario etc. En definitiva se habla de un tipo de organización para trabajar: la perspectiva grupal. Esta nueva perspectiva de organización va a implicar un cambio en la manera de observar e intervenir. Las

prácticas individualistas, no participativas van a ser insuficientes para entender y hacer frente a la complejidad de las demandas asistenciales (Tizón, 1992).

La reforma psiquiátrica propone una atención global a la salud mental, siendo el espacio comunitario el referente básico de atención a la población. Esta nueva forma de atención va dando contenido y justifica la necesidad del trabajo en equipo.

Este nuevo «servicio público» de atención a la Salud Mental tiene que analizar y dar respuesta a las nuevas demandas que recibe. Son demandas que en la mayoría de los casos, cuestionan las respuestas técnicas rutinarias, reclamando la participación de diferentes saberes y también de diferentes profesiones. Son demandas que provocan ansiedades por su complejidad, por su dispar contenido. El equipo aparece entonces no sólo como una necesidad, sino como una forma organizada de dar respuestas más coherentes y coordinadas a esas demandas.

La tarea se ha de hacer en equipo, de modo interdisciplinar, pero también entre equipos. Se crean nuevos espacios de intervención, pero también de reflexión (por ejemplo salud mental y sistema educativo). Todo ello supone un abordaje interdisciplinar entre equipos que no pertenecen a una misma estructura.

Parecería pues que en la atención a la Salud Mental el profesional aislado no podría sobrevivir y que el modelo pone el énfasis en que su hacer no sea otro que el interdisciplinar.

6. ELEMENTOS PARA UN DEBATE

Hasta aquí un repaso de lo acontecido en las dos últimas décadas, donde probablemente el enfoque interdisciplinar era asumido y defendido por muchos de los profesionales.

Los elementos para un debate que quiero plantear vienen de una percepción por supuesto subjetiva, pero también compartida por muchos otros profesionales de la Salud Mental. Esa percepción es que cada vez más disminuye el trabajo que se hace desde una perspectiva interdisciplinar. Los equipos siguen siendo multidisciplinarios, pero el método, el modelo de trabajo interdisciplinar es más una denominación sin contenido, un deseo o una ilusión que una realidad.

Hoy los equipos se entienden como un grupo de profesionales, ligados por el tiempo y el espacio, cuyo propósito es desarrollar una tarea común, definida de forma más o menos explícita por un marco institucional. Los equipos están sujetos a sus propios cambios, procedentes tanto de los individuos, (formación, personalidad, intereses, experiencia) como de la institución (plantillas, programas, recursos) (Vega S., 1997).

En los últimos años, aunque se sigue desarrollando la mayor parte de la atención en los recursos asistenciales comunitarios, el modelo de intervención es a diferencia de las décadas anteriores un modelo cada vez más médico-biológico que a mi entender se está convirtiendo en actuaciones cada vez más compartimentadas de los profesionales.

Esta posición está teniendo como efecto la ausencia de debates teóricos y de discusión dentro de los equipos. Se están generando situaciones de incertidumbre que tienen un efecto de ambigüedad e imprecisión, cuando no de contradicción.

En este momento, el mayor número de las demandas que se hacen al sistema de salud mental comunitaria tienen un carácter psicosocial. Demandas que requieren el reto de la colaboración entre profesionales y entre equipos y de la creación de espacios interdisciplinarios, cuya jerarquía se establecerá en función de la habilidad necesaria para esa intervención y no dando respuestas rígidas ni corporativas. Sin embargo los espacios comunes que faciliten el análisis y la intervención son cada vez menores y la sensación es que se tiende cada vez más a dar respuestas no psicosociales si no medico-biológicas. Las distintas razones de por qué está ocurriendo esto, no son para analizarlas aquí, pero hay un aspecto a tener en cuenta, la identidad profesional viene dada también por los mandatos y las exigencias institucionales y habría que preguntarse cuáles son en este momento las de la salud mental.

7. UN EJEMPLO

El equipo al que pertenezco, un Servicio de Salud Mental Comunitario, está formado por siete psiquiatras, dos psicólogos, dos enfermeras, un trabajador social y dos auxiliares de enfermería, más el personal administrativo. La población a la que tenemos que atender es de alrededor de 180.000 habitantes.

Como equipo no tenemos un marco teórico de referencia concreto. «Convivimos» distintas profesiones y modelos teóricos de intervención que abarcan el biologicista, el cognitivo conductual, el dinamicista y el sistémico. Además se ha de trabajar en colaboración con otros equipos, también multidisciplinarios, como son los equipos de servicios sociales, de atención primaria, de educación, etcétera.

¿Cómo coparticipamos ante la complejidad de la realidad que nos toca compartir? ¿Se trabaja desde una perspectiva interdisciplinar?

El equipo tiene una reunión semanal donde participamos todos los profesionales. El espacio está definido como un espacio de puesta en común, donde hay un líder reconocido (el jefe, médico psiquiatra responsable del Servicio), que regula la reunión.

Los contenidos de la reunión pasan desde lo meramente informativo por parte de los distintos miembros del equipo (comentarios de otras reuniones, informaciones referidas a las distintas disciplinas), a la puesta en común de casos y derivaciones de unos profesionales a otros. En ocasiones este espacio es compartido con otros profesionales que se incorporan a la reunión para coordinar la intervención con pacientes atendidos por diferentes equipos (Centros de Rehabilitación Psicosocial, o de Servicios Sociales).

El equipo, que lleva una trayectoria de 15 años, ha pasado a lo largo de este tiempo por distintos avatares: ampliación del mismo, incorporaciones de mode-

los teóricos, cambios de profesionales por razones administrativas, aumento de la presión asistencial, presiones de la institución, etcétera. También ha pasado por distintos estados de ánimo tanto como grupo, como individuales. Si tuviera que definir el estado actual creo que sería el de «quemame» (burn out) más o menos intenso según cada profesional. Y si algo caracteriza la tarea es la presión asistencial a la que el equipo está sometido.

Periódicamente, la reunión se comparte con el equipo de Rehabilitación Psicosocial de pacientes con enfermedad mental crónica del Distrito.

Es bien sabido que estos pacientes, en ocasiones, son de difícil abordaje, generan cansancio e involucran a un número importante de profesionales y recursos; razón por la que su abordaje requiere claramente de una intervención interdisciplinar.

Antes de proseguir debemos hacer algunas aclaraciones:

Los recursos de rehabilitación psicosocial de enfermos mentales graves y crónicos tienen una consideración importante en el marco de la atención a estos enfermos. La rehabilitación es un elemento central en la atención comunitaria, ya que ofrece estrategias de intervención psicosociales útiles y efectivas para facilitar la mejora de la autonomía y funcionamiento social de estos enfermos.

En la asistencia en la Comunidad de Madrid, los pacientes atendidos en estos recursos son los derivados por los Servicios de Salud Mental Comunitarios; es decir los atendidos en los Equipos de Salud Mental Ambulatoria de cada Distrito. La derivación de enfermos no depende sólo de un diagnóstico, si no también de las dificultades para realizar por sí mismos una vida lo más autónoma posible e integrada.

Para una comprensión más ilustrada de este planteamiento, narro a continuación dos casos reales:

CASO 1

Julia de 49 años, con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide, que acude al recurso de rehabilitación desde hace tiempo, está presentando dificultades en su proceso de rehabilitación. La dificultad consiste en la escasa contención que la familia está ofreciendo en este momento. El equipo de Rehabilitación (Psicóloga, Trabajadora Social y Coordinadora del recurso) valora que esta situación puede suponer un retroceso importante para la paciente, que hasta ese momento había ido progresando de forma significativa. Desde una perspectiva psicosocial, se proponía el ingreso temporal de la paciente en un recurso residencial de la Red, con el objeto de que recibiera un mayor apoyo. Se consideraba que, de no ser así, los avances conseguidos en el área de autocuidados se podían perder.

La familia de la paciente, marido y dos hijos varones, aunque habían participado algo en el proceso rehabilitador, estaban dando señales de cansancio. Por otra parte, la colaboración que se les pedía para mantener en la casa el programa diseñado en el equipo estaba siendo muy escasa.

En nuestro equipo (psiquiatra, enfermera y trabajadora social), desde una perspectiva «médica», no se consideraba necesario el ingreso temporal ya que, aunque la familia no estuviera colaborando de una forma muy efectiva, la paciente no carecía totalmente de apoyo familiar (uno de los motivos de ingreso en este recurso). Además, desde el punto de vista de su enfermedad, se encontraba estable y cumplía con el tratamiento farmacológico adecuadamente. El equipo de salud mental había tenido «problemas» con la familia de la paciente y se temía que, tras el ingreso, aquella «se acomodara» a la situación y resultara difícil el momento de la vuelta a la casa (esta visión de la familia, además, no era compartida por todo el equipo de salud mental).

Finalmente se aceptó la propuesta del equipo de rehabilitación y se ingresó a la paciente, consensuando previamente los objetivos del ingreso con la familia.

Pasados dos meses, los objetivos que se habían buscado con el ingreso temporal se estaban consiguiendo. Que la paciente estuviera en un recurso más «contenedor» que la familia, estaba facilitando la intervención rehabilitadora, y al mismo tiempo la familia podía «descansar». Facilitar este «descanso» a la familia, supuso también que estuviera siendo más receptiva a apoyar y continuar las indicaciones que se le proponían desde el recurso de rehabilitación y que últimamente no estaban siendo mantenidas en el domicilio de la paciente.

CASO 2

Unos meses más tarde se plantea una situación parecida con otra paciente. Maite de 39 años, con un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, soltera, que vive con un hermano y la esposa e hijo de éste. Hace bastante tiempo que está acudiendo al centro de rehabilitación con buenos resultados. La familia siempre ha sido muy colaboradora, especialmente la cuñada que es quien asume el cuidado de Maite. En palabras del equipo de rehabilitación «incluso demasiado implicada», lo que ha supuesto en ocasiones una dificultad en el trabajo que se está llevando a cabo con la paciente. Piensan que la relación es de «mutua dependencia» entre ambas mujeres establecida por un tipo de vínculo poco favorable para conseguir una mayor autonomía. Además creen que Maite está siendo «utilizada» en parte en el conflicto de pareja entre el hermano y su mujer.

Estar en medio del conflicto ha tenido una repercusión grave en su enfermedad, con la aparición de una «crisis» en la que la paciente amenaza con irse de la casa. La familia vive esto como una «rebelión» injustificada después de todo lo que ellos están haciendo por ella. Están muy enfadados y el conflicto entra en escalada.

La psicóloga del centro de rehabilitación está muy preocupada y cree que podría parar la «crisis» una separación temporal de la familia con un ingreso en el recurso residencial del área.

Por parte del equipo de salud mental no se considera necesario el ingreso temporal. Las dificultades que se están presentando no son muy diferentes de las que se daban desde el principio en las consultas médicas. Se piensa que las amena-

zas tienen un componente manipulativo y desde un criterio «médico» no hay razón para un ingreso en un recurso residencial. Además se cree que este ingreso «desresponsabilizaria» a la familia de la crisis y en su experiencia está la «alta colaboración» familiar en el tratamiento médico.

Finalmente no se llega a un acuerdo sobre la intervención, prevaleciendo la visión del «saber médico» en una relación asimétrica entre los equipos.

Pasado un tiempo y después de que la paciente acudiera varias veces a urgencias psiquiátricas sin que se procediera a un ingreso hospitalario, la familia decide cambiar de recurso asistencial y nos llega noticia de que está siendo atendida en otras consultas psiquiátricas. Esto supone, desde el punto de vista administrativo, que no puede acudir al centro de rehabilitación, por lo que el proceso rehabilitador queda interrumpido.

CONCLUSIONES

La construcción más o menos detallada de la intervención en ambos casos nos va a permitir reflexionar sobre la interdisciplinariedad.

Como hemos visto en los ejemplos descritos, más allá de sus peculiaridades intrínsecas, lo que diferencia uno de otro es que en el segundo, los profesionales de ambos equipos (el de salud mental y el de rehabilitación), no logran ponerse de acuerdo.

No logran co-construir una realidad que dé nuevos significados, quedando cerradas nuevas posibilidades. Las dificultades en el caso aparecen tanto en la relación con los profesionales como con la familia. Como resultado del desacuerdo, la familia opta por «desaparecer».

En el primer ejemplo la interacción e intersección de conocimientos de los distintos profesionales y disciplinas para realizar una labor, facilitó y produjo un nuevo saber y una nueva visión compartida. (una nueva realidad). El reto de la colaboración permitió la corresponsabilidad entre profesionales, paciente y familia. Colaboración en la que no se precisaba estar en un mismo equipo, ni depender de una misma institución. Pero sí asumir que el vínculo entre los equipos es de complementariedad, evitando actitudes de omnipotencia. Es cierto que hay que asumir identidades profesionales diferentes y mandatos institucionales diferentes, pero esto no debe limitar a la hora de analizar y responder a demandas que, por su complejidad, cuestionan las respuestas técnicas rutinarias.

Para el equipo de salud mental, la intervención que estábamos haciendo era adecuada. Se estaba consiguiendo el cumplimiento por parte de la paciente del tratamiento pautado, como confirmaba el psiquiatra y la enfermera. Los síntomas de la enfermedad estaban siendo controlados. Se había evaluado entre todos los profesionales la conveniencia de que la paciente acudiera al recurso rehabilitador y, después de un esfuerzo importante, tanto ella como la familia habían aceptado la derivación a dicho recurso, como se había confirmado por la trabajadora social. En definitiva, desde un análisis riguroso de la realidad según el

pensamiento «lógico-científico» del equipo de salud mental «las cosas iban adecuadamente».

El adoptar una postura reflexiva en la reunión con el otro equipo, nos hizo ver que lo observado no era inmune a los efectos de los observadores. Nuestra versión de la verdad, a la que nos aferrábamos, daba una opinión de lo que creíamos mejor para nuestra paciente, recomendando no ingresar en el recurso residencial.

La opinión de otros profesionales, cuyo pensamiento «lógico-científico» era otro, presentaba una versión de la situación diferente, entendiéndola también de una forma distinta, por lo que recomendaban el ingreso.

En síntesis, en el primer ejemplo la tarea se realizó de una forma interdisciplinar, teniendo claros los límites del saber de cada uno y respetando los campos de conocimiento de los demás y desde una relación simétrica. La visión que tenía el equipo de rehabilitación fue entendida y respetada. Entendida en cuanto a que en ese momento de la intervención, tanto con la paciente como con la familia, el «saber de la rehabilitación» tenía una versión de la situación más acertada que la que teníamos en salud mental. Abordar la situación de la paciente, organizando un proyecto unitario de intervención, no sólo no frenó el proceso rehabilitador, si no que evitó posibles «sabotajes» entre los sistemas implicados. Lo que no se pudo evitar en el segundo ejemplo descrito.

8. POST SCRIPTUM

No puedo terminar el artículo sin referirme, por lo reciente de la fecha, a lo ocurrido en la Comunidad de Madrid. Mientras iba pensando sobre como enfocar el artículo que se me había pedido, tuvo lugar el atentado masivo en nuestra Comunidad, que adquirió carácter de catástrofe. Al igual que tantos profesionales, pude participar en tareas cuyo objetivo era dar apoyo y paliar, en la medida de lo posible, las secuelas psíquicas del atentado.

La intervención, dada la complejidad en la cantidad y calidad de la catástrofe, hizo que la modalidad del trabajo no pudiera ser otra que en equipos. Equipos compuestos por las más diversas disciplinas, profesiones, administraciones y organismos, en definitiva en interdisciplinariedad.

La experiencia confirmó que cualquiera que sea la modalidad de atención, lo importante es concebir a los equipos de intervención como sistemas dotados de una «mente colectiva», que requieren colaboraciones estables que articulen los procesos de ayuda.

9. BIBLIOGRAFÍA

GARCÍA LÓPEZ, R.

- 2000 Intervenciones terapéuticas del Trabajo Social en Salud Mental. En *Trabajo Social Hoy*. Monográfico primer semestre 2000. Colegio Oficial de diplomados en Trabajo Social y AA.SS de Madrid, 116-117.

GUIMÓN, J.

2000 *Salud Mental Relacional*. Core Academic. Biblioteca de Salud Mental. Tomos 3 y 4.

MENÉNDEZ OSORIO, F.

1998 Interdisciplinariedad y multidisciplinaridad en *Salud Mental*. *AEN*. Nº 65 Enero/Marzo

PLAN DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2003-2008

Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad; 63-65

RODRÍGUEZ, A.

2001 Contextos de colaboración: entre el deseo y la realidad. En *Trabajo Social Hoy* nº 31. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AA. SS. de Madrid

TIZÓN GARCÍA, J.L.

1992 *Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria*. DOY-MA.

VEGA, S.

1997 Instrumentos de trabajo En Coletti, M., Linares, J.L. (compiladores) *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Paidós Terapia Familiar.

