

La salud mental en la atención primaria

Begoña OLABARRIA (*)

CONCEPTO DE SALUD MENTAL

En 1948 la Carta Magna de la OMS aporta la siguiente definición de salud: «El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades». Esta definición de salud como estado de completo bienestar biopsico-social aporta importantes aspectos positivos como: a) la superación del tradicional concepto negativo de salud como ausencia de enfermedad; b) la inclusión de los factores psíquicos y sociales, y c) la imposibilidad de separar la salud mental de los aspectos físicos y sociales.

Sin embargo, esta definición puede situarnos ante un concepto estático y universal, siendo entonces necesario la ubicación en el «aquí y ahora» de la historicidad y el carácter dinámico de la salud, pues es evidente que nos encontramos en una realidad en permanente intercambio dialéctico.

Desde la perspectiva de la Salud Mental se ha definido ésta, tradicionalmente, como «la capacidad del sujeto de adaptación al medio». Se da como «natural» la bondad del medio y, en todo caso, como inamovible. Lo patológico resulta ser entonces lo que

no se adecúe a lo «natural». En palabras de A. BAULEO «estamos hablando de una definición ideológica altamente, recorrida por presupuestos tácticos de origen extracientífico».

Para nosotros, profesionales trabajadores del campo de la Salud, los fenómenos son siempre significativos dentro de un contexto social determinado, y que el proceso salud-enfermedad mental se refiere a las condiciones habituales y cotidianas de la vida, es hoy algo reconocido prácticamente por todos los profesionales. Nos preguntamos ahora a qué nos referimos cuando hablamos de cotidianidad. Desde la Psicología Social y Grupal Operativa y más específicamente desde la Psicohigiene consideramos al sujeto incluido significativamente en diferentes niveles estructurales: individual, familiar, grupal, institucional, en relación a un contexto social definido. Estos niveles están articulados dialécticamente y en función del «aquí y ahora» de cada caso concreto es necesario definirlos. En palabras de A. BAULEO: «Ya no actuamos sobre sujetos, grupos, instituciones, etc., como estructuras naturales aisladas, sino como expresiones manifiestas articuladas dialécticamente de un modo productivo que las condiciona latente y en el que estas estructuras

(*) Psicóloga. Centro Promoción Salud de Carabanchel. Madrid.

son agentes sujetos y agentes objetos de reproducción de aquél. Hablamos de complejas relaciones de intermediación». Así, las funciones precisas de sujeto y objeto productores-reproductores en cada organización social dada, en cada grupo, se realizarán en función del propio rol y «status» ocupado en cada uno de los niveles estructurales definidos anteriormente, apareciendo los mecanismos ideológicos latentes (como la disociación mente-cuerpo, la disociación individuo-sociedad, la disociación afecto-pensamiento, etc.) como los instrumentos que hacen cumplir determinaciones sociales en la relación dialéctica del sujeto con su contexto social circundante o realidad.

Desde esta perspectiva, propugnamos como polo de Salud la capacidad de interjuego dialéctico del sujeto con el medio (articulado en sus diferentes niveles estructurales) y no una relación pasivo y/o estereotipada que sería el polo de la patología, del extrañamiento, de la alienación. Esta concepción implica la posibilidad de incluir el cambio (funcional en cada nivel y en relación a otros niveles) en las relaciones, conductas, afectos, sentimientos, etc., ante las situaciones nuevas.

Si recogemos históricamente los estudios realizados sobre las causas psicosociales de la patología, nos encontramos con que precisamente, y de nuevo, el objetivo de los mismos se dirige hacia la detección y consiguiente eliminación de los posibles factores sociales-comunitarios determinantes de las patologías. Dice M. DE BRASI en la relación a la Psiquiatría Preventiva: «Su atención estuvo dirigida hacia las manifestaciones externas, sintomales, a través de las cuales ciertos sectores de una sociedad expresan los conflic-

tos o efectos inherentes a su misma organización social».

Indudablemente no sólo se dirigían a la prevención desde la enfermedad, sino que además olvidaban que estos síntomas son —siguiendo a M. DE BRASI— «expresión de los conflictos, efectos inherentes a su misma organización social». Este «olvido», naturalmente significativo, desvelaba el lugar ideologizado desde el que se marcan los desviacionismos producidos en los procesos considerados «naturales».

En pocos años diversas nociones se han ofrecido para señalar los momentos en que está justificado intervenir preventivamente desde la Salud Mental sobre individuos o grupos de una comunidad..La Escuela Inglesa aporta el elemento de «Transición Psicosocial» que sería todo elemento nuevo que aparece en un determinado medio psicosocial poniendo en cuestión el equilibrio del mismo. Cobra a partir de aquí nueva significación la noción de «crisis» como señalizador-detonante que permitiría la intervención clínica preventiva en tanto que aquélla sería el resultado de la imposibilidad de un individuo o grupo dado para resolver adecuadamente, funcionalmente, en un momento de transición.

La revisión que desde la Psicología Social y Grupal Operativa —y en concreto desde la Psicohigiene— planteamos sobre ambos conceptos es la necesidad de situarnos, fuera del marco fenomenológico, en un marco estructural de niveles articulados dialécticamente: individual, familiar, grupal, institucional y en relación a un medio socio-comunitario dado. Es así que el problema ya no se sitúa en la aparición del conflicto (que se puede mostrar explícito en uno o varios de los niveles anteriormente reseñados), dado

que la noción de «conflicto» lleva inherente una proposición: el cambio. Sólo el cambio (que conlleva ansiedades, fantasías, etc.) ante cada situación nueva, propuesto funcionalmente en cada uno de los niveles estructurales antes definidos, posibilita el interjuego dialéctico y, por lo tanto, el mantenimiento del equilibrio en un proceso de salud-enfermedad. Ya no será el conflicto lo que definirá lo patológico, sino, por el contrario, el bloqueo de lo conflictivo, el bloqueo del cambio, la relación rígida y estereotipada.

Desde aquí entendemos ya que la prevención incluye, definitiva y definitivamente, la promoción de la salud en evitación de la estereotipia. Como dice BASTIDE: «Las etapas fisiológicas que marcan el paso de un momento de la vida a otro y que han sido consideradas como factores particularmente importantes en la aparición de las enfermedades mentales, no parecen actuar sino a través de la significación social y simbólica de estas etapas, no directamente. Son las representaciones colectivas de estas etapas las que constituyen el elemento «patógeno»; articuladas dichas representaciones colectivas —podemos añadir— estereotipadamente en un individuo o grupo determinados incluidos en un contexto definido en un momento histórico determinado.

Es evidente, dicho esto, la necesidad de articular, por inseparable lo bio-psico-social, la llamada Salud Mental en los Programas de Atención Primaria/Pensamos que es la Atención Primaria la que permite abordar la cotidianidad contextualizada en un espacio-tiempo preciso, lo que permite visualizar claramente en lo cotidiano las situaciones múltiples que requie-

ren el cambio y donde surge el conflicto. Y es esto precisamente lo que permitirá al profesional en salud mental trabajando integrado con los demás profesionales en un equipo interdisciplinario en programas integrales bio-psico-sociales, promover el cambio en sus intervenciones sobre lo cotidiano.

EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Nos enfrentamos, pues, al problema del trabajo en equipo interdisciplinario.

Porque desde la Psicología Social y Grupal Operativa sabemos que la mera información bibliográfica o temática no es motor de cambio de la práctica asistencial de los profesionales de un equipo, sino que dicho cambio es el producto de la movilización y elaboración de las ansiedades que se producen en un grupo de trabajo al enfrentarse con su tarea (dentro de la cual estaría la aportación bibliográfica), abordaré ahora el trabajo en un equipo interdisciplinario.

La práctica asistencial en los dos últimos siglos ha pasado de ser prestada en un primer momento por un solo profesional del que se esperaba que diera cuenta de todos los aspectos en juego de un campo impreciso, a un segundo momento en el que se estableció el equipo multiprofesional (dada la cantidad de áreas científicas establecidas) que propuso la reunión en un mismo espacio físico de un número de profesionales de la salud de diferentes especialidades para actuar sobre un campo complejo donde se estaban produciendo fenómenos que eran abordados de manera parcelada por los diferentes técnicos.

Nos planteamos ahora la opción del equipo interdisciplinario como superadora de las dos fases anteriores, desde la perspectiva de trabajar desde la salud, entendida como proceso integral. Entendemos que la noción de equipo interdisciplinario supone la constitución de un grupo de profesionales de diferentes especialidades que, como dice C. ESCUDERO, «sobre la base de una tarea común asumida individual y grupalmente, cubra las áreas que le son propias en función de cada especialidad y de la tarea explicitada». Es decir, el equipo interdisciplinario, lejos de ser el lugar de la confusión de roles y campos, pasa a ser el lugar del conocimiento y articulación práctica de las diferentes parcelas del conocimiento.

Señalaré aquí lo que considero un aspecto central de la tarea de un equipo interdisciplinario que trabaja en Atención Primaria: Ofrecer programas concretos de atención donde se integren los aspectos bio-psico-sociales en juego, para lo que los profesionales deben trabajar (en un primer tiempo muy intensamente y posteriormente a todo lo largo del desarrollo de su trabajo) en el sentido de ajustar sus diferentes esquemas referenciales y construir uno básico común a todos a partir del cual sea posible la definición de una tarea común a todos, lo que posibilitará a cada uno trabajar desde su campo específico instrumentando técnicas adecuadas en función de la tarea grupal.

Señalo la necesidad de considerar el desarrollo de una dinámica grupal específica abordable desde el momento en que el equipo como tal se dota de una tarea a desarrollar. La realización de una u otra forma de dicha tarea marcará el interactuar metodológi-

co del equipo en dos sentidos: el exterior y el interior al propio equipo.

Hacia el exterior será necesario considerar, básicamente, los siguientes aspectos en un trabajo en equipo interdisciplinario:

1) Las relaciones del equipo con los usuarios y con la comunidad.

2) La modalidad de dichas relaciones.

3) Las relaciones del equipo con la institución de la que dependan.

4) La modalidad de dichas relaciones.

5) Las relaciones del equipo con otras instituciones de la comunidad.

6) Cuáles son aquellas instituciones y qué tipo de relación se ha establecido.

7) Qué atención diversificada en los diferentes programas (y en las actividades de los mismos) ofrece a los usuarios y a la comunidad.

8) Si se produce un ajuste funcional o disfuncional entre las necesidades de los usuarios, de la comunidad y las posibilidades objetivas y subjetivas del equipo y todo ello en relación a la tarea explícita.

9) Cómo se realiza el análisis de cada demanda previo a la intervención.

10) Cómo realiza el equipo el seguimiento de las actividades que realiza.

En relación al segundo aspecto — el interno del propio equipo — será necesario considerar básicamente:

1) Los roles en juego en la dinámica grupal específica en el aquí y ahora del equipo.

2) La movilidad o rigidez de roles.

3) Por dónde pasa la transmisión de información.

4) Cuáles son las ansiedades que se despiertan en el equipo ante el desarrollo de la tarea y qué mecanismo usan/tienen para abordarla.

5) El nivel de desarrollo de la tarea en relación a la dinámica interna y al contexto en que se realiza.

Pensamos que sólo considerando los dos aspectos anteriores —el externo y el interno al grupo que conforma el equipo— en relación a la tarea y considerándolos en permanente interacción, podemos hacer frente a las más frecuentes estereotipias que en un trabajo interdisciplinario en atención primaria sobre la comunidad aparecen en el exterior y el interior del mismo. Reseñaré brevemente algunas de estas estereotipias:

- La disociación cuerpo-mente.
- La disociación afecto-pensamiento.
- La disociación individuo-sociedad.
- La confusión de campo y/o su antítesis la «propiedad privada» del campo profesional.
- La disociación equipo-lugar del conocimiento frente a usuarios-lugar del desconocimiento.
- La asimetría disfuncional de roles en la relación equipo-usuarios (reproducción esterotipada del poder técnico).
- La disociación entre la «vida profesional» donde se coloca el pensamiento y el conocimiento, y la «vida personal» donde se coloca el afecto, las emociones.
- La despersonalización del usuario en la relación con los profesionales, lo que implica su no compromiso en su propio proceso de salud-enfermedad, con la consiguiente deposi-

tación de omnipotencia en los profesionales, lo que cierra el círculo de esta estereotipia.

ITEMS A CONSIDERAR DESDE LA ATENCION PRIMARIA PARA EL ABORDAJE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Finalmente, expondré muy brevemente los items que desde la Psico-higiene considero básicos para trabajar en atención primaria problemas de salud mental en la comunidad.

He de referirme, de nuevo, a que ya podemos hablar de niveles estructurales articulados dialécticamente en espiral, cuando nos referimos a «comunidad». Indico esto porque los items que a continuación señalaré son instrumentos que permiten realizar un análisis de demanda y/o una evaluación de una determinada situación que denominamos «emergente» (que podríamos definir como efecto de la estructura subyacente que al tiempo muestra y oculta el conflicto latente) y que se presenta en uno o varios de los niveles descritos anteriormente. Estos items serían:

1) Motivación psicológica.—Es decir, las implicaciones subjetivas organizadas en base a la historia personal.

2) Conciencia de situación.—Es decir, el grado de insight alcanzado.

3) Prejuicio instituido.—Es decir, la disociación, alienación, estereotipia establecida en el intercambio del sujeto, del grupo o de la institución con su contexto.

4) Ajuste Social.—Es decir, las distorsiones de la subjetividad a fin de adaptarla a lo establecido como «normal» en el propio contexto social.

Es necesario considerar que estos cuatro ítems se articulan, a su vez, en relación a cuatro factores:

- a) La historia del sujeto, grupo, institución, etc., a que nos refiramos.
- b) El tiempo.
- c) El contexto social (articulado estructuralmente).
- d) El pedido real que subyace a la demanda explícita.

Reseñaré aquí la deuda con BLEGER que definió desde la Psicohigiene tres ámbitos: Individual, socio-dinámico, institucional, incluidos en un contexto social definido. Si el aporte de BLEGER suponía la posibilidad de intervención desde la Psicohigiene en estos tres ámbitos con métodos de análisis e intervención precisos de acuerdo al ámbito al que se hiciera referencia, planteamos ya que hablamos de niveles estructurales en espiral en permanente relación dialéctica, de modo tal que

una demanda surgida en uno de los niveles, puede ser emergente no sólo de la estructura subyacente del nivel donde surge, sino también de otro nivel, por ejemplo el de grupo familiar. La Psicología Social y Grupal Operativa define el pequeño grupo, sea o no familiar, como «el lugar privilegiado donde se juegan los mecanismos ideológicos» (A. BAULEO), que atraviesan transversalmente los diferentes niveles a que antes hacíamos referencia.

Es, en este sentido, que toda demanda surgida en cualquiera de los niveles resulta ser social y, por tanto, abordable de modo específico desde la Psicología Social y Grupal Operativa.

Nos situamos, pues, ante complejas relaciones de intermediación al abordar las situaciones cotidianas desde la Atención Primaria que puede ofrecer un equipo interdisciplinario.