

## La inexistencia del rol del psicólogo

(Crónica de un servicio de Salud Mental)

Javier Castillo

Cuando fui a entrevistarme con el psicólogo de uno de los centros de Salud Mental, que funcionan en nuestro país, partía de una idea mediatizada por el contacto previo que había tenido con este tipo de servicio y que me llevaban a pensar que la forma de funcionamiento de éstos dejaba muchas cosas que desear y de entre ellos, de forma especial, el papel poco claro que el psicólogo juega en este tipo de trabajos. Sin embargo, no esperaba que esta realidad se viera confirmada de forma tan cruda por el profesional a quien iban dirigidas mis preguntas.

La primera de éstas se dirigía hacia la función básica de este tipo de centros, así como el rol que viene a jugar el psicólogo en este colectivo. La respuesta a esta segunda parte no puede ser más clara, «no creo que exista el rol del psicólogo en este servicio». Partiendo de aquí me facilitó una serie de datos interesantes de ser analizados.

El objetivo básico de los servicios de Salud Mental es la rehabilitación de los pacientes que, en algunos casos, previamente han estado internados en el manicomio y general las condiciones para que no se vuelva a producir el internamiento o no se produzca por primera vez. Es claro que este objetivo se inscribe dentro de los presupuestos de la llamada psiquiatría democrática, que pretende acabar con los manicomios, facilitando una atención que no aisle y favorezca la adquisición de habilidades sociales básicas, que vayan en beneficio de un aumento de la calidad de vida del paciente. El perfil de atención es, como cabe esperar, el del cuadro psicótico y en muchos casos bastante deteriorado.

El equipo lo compone un número importante de profesionales; 3 psiquiatras, 1 psicólogo, 1 ATS, 1 asistente social, 1 monitor, 3 auxiliares

psiquiátricos, 1 administrativo. El director del centro es un psiquiatra.

Es lógico que entre un número importante de profesionales aparezcan discrepancias y que exista una dirección que dote al servicio de coherencia, pero lógicamente dentro del respeto al papel que el profesional tiene asignado y, por tanto, a sus competencias. Pero, ¿y el psicólogo? ¿Qué papel tiene asignado? En boca de nuestro colega, «las migajas de la psiquiatría».

No es nuevo que la llamada «locura» haya sido y es un tema casi exclusivamente médico. Sigue existiendo por parte de algunos profesionales de la psiquiatría un desprecio a la labor que el psicólogo podría realizar y que a mi entender se tornaría básica. Entre estas labores podríamos incluir la de la psicoterapia. En el centro objeto de este análisis la psicoterapia con psicóticos está prohibida por parte del director; aunque los otros dos psiquiatras por bajo mano permiten se realice alguna actividad de estas características, en la mayoría de veces compartida con ellos (existen problemas de espacio y el psicólogo no tiene despacho propio).

No se trata de entrar en una justificación teórica de la psicoterapia con psicóticos, pero pienso que en la actualidad es un hecho innegable su utilidad, dependiendo del tipo de psicosis y del deterioro que ésta tenga su más o menos validez. Desde la psicoterapia de apoyo a una de corte más o menos analítico, podemos encontrar un buen complemento a la labor farmacológica que el psiquiatra lleva a cabo. No podemos olvidar que justamente las críticas de la psiquiatría democrática van hacia la «momificación del paciente» y esto, evidentemente, se ve favorecido con una farmacologización abusiva y exclusiva. No podemos ocultar la

realidad de que algunos pacientes por su deterioro se vean abocados casi irremediamente a esta situación, pero ¿por qué renunciar, a nivel general, a un instrumento que puede servirnos de gran utilidad?

Al hablar de esta cuestión, surgió de forma inevitable un tema que a nuestro parecer tiene gran importancia en el análisis de estos problemas, la formación del psicólogo. Nuestro colega me comentaba cómo la pobre formación con que la facultad dota a los profesionales que se van a dedicar al ámbito clínico es un factor básico a la hora de plantearse un nivel de competencias importante. La sensación de «tener muy poca idea» junto con la aparente coherencia del lenguaje biologista del psiquiatra, que en muchos casos ni siquiera es comprensible, son elementos que contribuyen a la sensación de inferioridad del psicólogo. Aunque esto es muy real, tampoco podemos olvidar como contrapartida que existen múltiples cursos de especialización impartidos por escuelas e instituciones que, aunque no de forma total, van posibilitando el acceso al mundo de la formación clínica, siendo la psicoterapia un elemento básico dentro de este campo. Y dentro de la necesaria formación, ¿por qué el psicólogo no puede realizar prácticas en los servicios de Salud Mental?

También podríamos hablar de otras funciones, como la contribución en el diagnóstico y la valoración de actividades realizadas en vías a la rehabilitación del paciente, pero esto se queda en «pasar algún test» y alguna «entrevista de información».

Tampoco vemos que las instituciones contribuyan a modificar el panorama. Conselleria, en principio, deseaba que los psicólogos dependieran de servicios sociales y ahora con el traslado de transferencias al



Instituto Valenciano de Salud. ¿De quién dependeremos?

Es claro que el problema de definición sigue siendo básico, pero lo es también aclarar que la llamada «locura» ha dejado de ser exclusivamente médica, haciendo falta una educación dirigida tanto a la sociedad en general como al médico y po-

lítico en particular que pongan en evidencia la necesaria colaboración de numerosos profesionales y entre ellos, el del psicólogo, para la buena intervención en estos problemas.

El análisis realizado se ha concretado en uno de los centros que funcionan en Valencia y, por tanto, se puede esperar que en otros existan

funcionamientos muy distintos, donde incluso el papel del psicólogo sea valorado y potenciado, pero existe una realidad general innegable, nuestras competencias dependen del libre arbitrio del psiquiatra que nos dirija.

## Anotaciones en torno a la reforma psiquiátrica

Pedro T. Sánchez

Centro Salud Mental Massamagrell

Hace aproximadamente dos años se inició un proceso de reforma de los servicios de salud mental de la Diputación de Valencia. El presente trabajo, es una reflexión sobre el desarrollo del objetivo prioritario de esa reforma: la creación de un dispositivo de salud mental comunitaria.

El primero paso estructural (y el único realizado hasta el momento) fue la apertura de 19 Centros de Salud Mental, que siguiendo la ordenación de las áreas sanitarias, atienden una determinada zona geográfica. A estos centros fueron adscritos equipos multidisciplinares compuestos por personal que procedía de los hospitales psiquiátricos. Así, por ejemplo, el CSM de Massamagrell, en el cual trabajo, está adscrito al Área Sanitaria 04, junto al CSM de Sagunto. El equipo del CSM de Massamagrell está compuesto por 3 psiquiatras, 1 psicólogo, 1 ATS, 1 asistente social, 1 administrativa, 1 monitor y 3 auxiliares psiquiátricos. Nuestra zona de trabajo es la comprendida entre Puzol-Vinalesa-Alboraia, que se corresponde aproximadamente a L'Horta Nord, con una población cercana a los 96.000 habitantes.

Los CSM se instauraron como estructuras intermedias entre la sociedad y los hospitales psiquiátricos,

por ello sus funciones principales son la asistencia en la comunidad, el filtraje de la demanda de hospitalización y el apoyo a la reinserción de los pacientes crónicos deshospitalizados. Es obvio pues, que en principio, los CSM no se crearon para asistir a la comunidad, sino en la comunidad.

### ASISTENCIA

La consecuencia directa del asentamiento del equipo en la comunidad, fue la necesidad de implicar y colaborar con los demás profesionales presentes en la zona, dada la gran diversificación existente en los recursos y competencias entre diferentes organismos e instituciones. Desde nuestro punto de vista, la salud mental no debe ser en ningún caso el reducto de unos grupos profesionales. Además, la experiencia indica que un factor fundamental para evitar el etiquetamiento y marginación de las personas con trastornos mentales, es la implicación más amplia posible de los agentes sociales y asistenciales del entorno.

Actualmente, en este grupo están en tratamiento aproximadamente 2 personas por cada 1.000 habitantes (no incluyéndose en nuestro campo asistencial ni las Toxicomanías, ni la SM infanto-juvenil para los que exis-

ten otros equipos especializados). De los cuales, al menos el 85% son crónicos (con largo tiempo de evolución) y en torno al 67% presentan diagnósticos de Psicosis. Además, se colabora habitualmente con otros profesionales, especialmente en el asesoramiento de diagnósticos y tratamientos.

Desde esta perspectiva, creemos necesario hacer las siguientes reflexiones sobre la planificación asistencial en la salud mental comunitaria:

— La actual dispersión de recursos y competencias crean abundantes problemas en la planificación y actuación, que revierten perjudicialmente en la atención a la población, por lo que se hace necesario la unificación y estructuración de todas las competencias y recursos desde un solo organismo sanitario. Así como debería institucionalizarse la cooperación entre dicho organismo sanitario. Así como debería institucionalizarse la cooperación entre dicho organismo y los servicios sociales dado que normalmente junto a los trastornos mentales se encuentran problemas sociales.

— Actualmente en la comunidad existen escasas estructuras asistenciales, de forma que se producen saltos cualitativos entre una instan-