

I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2009.

¿Con qué herramientas contamos los psicólogos cuando trabajamos en comunidad?.

Parra, Marcela Alejandra.

Cita:

Parra, Marcela Alejandra (2009). *¿Con qué herramientas contamos los psicólogos cuando trabajamos en comunidad?. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-020/519>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eYG7/m3W>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

¿CON QUÉ HERRAMIENTAS CONTAMOS LOS PSICÓLOGOS CUANDO TRABAJAMOS EN COMUNIDAD?

Parra, Marcela Alejandra
Universidad Nacional del Comahue. Argentina - Universi-
dad Autónoma de Barcelona. España

RESUMEN

Las Políticas Comunitarias en Salud Mental son el resultado de la confluencia de dos corrientes de investigación y prácticas en salud pública, independientes entre sí, pertenecientes a ámbitos del saber distintos y cuyos trabajos se realizan en contextos socioculturales diferenciados: por una parte, las corrientes de las llamadas Psiquiatrías Comunitarias desarrolladas en el marco de las políticas de desinstitucionalización y, por otra, la corriente de la Atención Primaria de la Salud. Ambos modelos han influenciado las Políticas de Salud Mental Comunitaria en América Latina y en Argentina. Sin embargo, al igual que ha sucedido en otras partes del mundo, en general se ha hecho más énfasis en el proceso de desinstitucionalización que en el desarrollo de los servicios comunitarios (hospitales de día, centros de re-inserción social, consultas ambulatorias, etc.) siendo precisamente esto último lo que se hace necesario entonces reforzar. Aquí, lo que pretendemos, es reflexionar acerca de las estrategias de intervención comunitarias que se vienen desarrollando en el marco de la política de desinstitucionalización desarrollada en la Provincia de Río Negro (Argentina) y, específicamente, aquellas que fueron puestas en acción desde la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria en el período en que formamos parte de ella (1996-1999).

Palabras clave

Estrategias Intervención Comunidad

ABSTRACT

WITH WHAT TOOLS WE PSYCHOLOGISTS WHEN WORKING IN COMMUNITY?

The Community Politics in Mental Health are the result of the confluence of two streams of research and practice in public health, independent of each other, belonging to different fields of knowledge and whose work is performed in distinct sociocultural contexts: first, the flow of Community Psychiatric calls are carried out under the policies of deinstitutionalization, and secondly, the flow of the Primary Health Care. Both models have influenced the Community Mental Health Politics in Latin America and Argentina. However, as has happened elsewhere in the world in general has been more emphasis on the process of deinstitutionalization in the development of community services (day hospitals, centers for social re-insertion, outpatient visits, etc.) is precisely the latter which is necessary to strengthen. Here, what we want, is to reflect on community intervention strategies that are being developed under the policy of de-development in the province of Black River (Argentina), and specifically those that were put into action from the Residencia Inter-Community Mental Health in the period in which a part of it (1996-1999).

Key words

Strategies Intervention Community

1. INTRODUCCIÓN

Las Políticas Comunitarias en Salud Mental son el resultado de la confluencia de dos corrientes de investigación y prácticas en salud pública, independientes entre sí, pertenecientes a ámbitos del saber distintos y cuyos trabajos se realizan en contextos sociocul-

turales diferenciados: por una parte, las corrientes de las llamadas Psiquiatrías Comunitarias desarrolladas en el marco de las políticas de desinstitucionalización y, por otra, la corriente de la Atención Primaria de la Salud.

Dentro de las llamadas Psiquiatrías Comunitarias, la reforma psiquiátrica ha sido considerada fundamentalmente como un proceso de desinstitucionalización -o abandono de los viejos hospitales psiquiátricos por cierre o profunda transformación- y de implantación sustitutiva de servicios comunitarios de tipo residencial no hospitalario, ambulatorio y de atención intermedia (centros laborales, clubes sociales, residencias, pisos asistidos, centros de días, hospitales de día, programa de atención individual, programa de apoyo al hogar, etc.).

Por otra parte, la Atención Primaria de la Salud, puede definirse como una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad de las personas y del conjunto social a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Se trata de un instrumento eficaz, recomendado por la Organización Mundial de la Salud y ya aplicado por los sistemas públicos de salud de distintos países.

Ambos modelos, tanto el de Psiquiatría Comunitaria como el de la Atención Primaria de la Salud, han influenciado las Políticas de Salud Mental Comunitaria en América Latina y en Argentina. Sin embargo, al igual que ha sucedido en otras partes del mundo, en general se ha hecho más énfasis en el proceso de desinstitucionalización que en el desarrollo de los servicios comunitarios (hospitales de día, centros de re-inserción social, consultas ambulatorias, etc.) siendo precisamente esto último lo que se hace necesario entonces reforzar.

En el presente artículo lo que pretendemos es reflexionar acerca de las estrategias de intervención comunitarias que se vienen desarrollando en el marco de la política de desinstitucionalización desarrollada en la Provincia de Río Negro (Argentina) y, específicamente, aquellas que fueron puestas en acción desde la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria en el período en que formamos parte de este espacio de formación (1996-1999).

Por un lado, nos interesa saber qué prácticas se están llevando adelante desde una residencia en salud mental que se desarrolla en el marco de un Programa de Salud Mental Comunitaria; por otra, nos importa conocer cómo se están pensando conceptualmente dichas prácticas. En ese sentido, consideramos relevante rescatar lo que venimos produciendo no sólo en términos de práctica sino también en términos de reflexión y discusión teórica.

Desde estas prácticas, reflexiones y discusiones quisiéramos respondernos, entre otras, las siguientes preguntas: ¿qué entendemos por salud mental comunitaria?, ¿qué hacemos cuando hacemos salud mental comunitaria?, ¿qué prácticas y qué reflexiones hemos generado dentro de este programa de salud mental comunitaria?, ¿qué estrategias de intervención comunitarias hemos desplegado?, ¿qué particularidades adquieren nuestras herramientas de intervención (entrevista, internación, visita domiciliaria, grupo, etc.) en cuando éstas se realizan en el marco de un proyecto de salud mental comunitaria?, ¿operacionalizan nuestras formas de intervenir los principios de la salud mental comunitaria?, ¿cuál es el espacio que le queda a la participación de la gente en nuestras estrategias de intervención?.

1. Hacia una caracterización de la tarea que hacemos en salud mental comunitaria...

Desde una lectura en la que estamos poniendo énfasis en los modos de intervención con los que contamos para trabajar en la comunidad podemos diferenciar, por una parte, las herramientas que utilizamos y, por otra, los contextos en los cuales desplegamos esas herramientas. A la vez también podemos distinguir algunos principios generales que guían nuestra acción.

HERRAMIENTAS CON LAS QUE CONTAMOS PARA REALIZAR INTERVENCIONES EN LA COMUNIDAD

Entendemos aquí por herramientas cada uno de nuestros instrumentos de acción, cada una de las maneras de nuestro hacer que hacen posible el proceso de trabajo que llevamos a cabo.

En las experiencias consideradas aparecen las siguientes herra-

mientas de intervención: conformación de grupos (de mujeres, de ayuda mutua, terapéuticos, grupos barriales para el trabajo comunitario, etc.); realización de diagnósticos comunitarios y/o situacionales; visitas domiciliarias; internación (en hospitales generales, en el domicilio; etc.); interconsultas; intervenciones en crisis; entrevistas individuales, de pareja, familiares y con referentes (durante la intervención en guardia, durante la internación, como parte del tratamiento ambulatorio y desde puestos periféricos); articulación con vecinos; talleres grupales (literarios, de expresión artística, de confección de peluches y forrado de caja, de noticias, etc.); tratamiento psicofarmacológico (control de medicación, medicación); derivaciones (a otros servicios hospitalarios, a servicios de salud mental de otra localidad, a otras instituciones); acompañamiento en y/o realización de gestiones y trámites para obtener vivienda, alimentación, pensiones, pases para medios de transporte, ropa, trabajo, etc.; solicitud de intervención de otras instituciones; inserción en empresas sociales; acciones de urgencia (denuncia policial, revisión y diagnóstico médico); utilización de los medios masivos de comunicación; organización de actividades (festivales, encuentros, etc.); apoyo a grupos organizados; reuniones-coordinaciones (intrahospitalarias, interinstitucionales, con la red social de las personas, etc.); realización de informes; elaboración de programas de capacitación; capacitaciones para el equipo; detección de casos desde el centro de salud o desde otras instituciones; asambleas comunitarias, asamblea con usuarios; patrullas; acompañamiento y/u organización del acompañamiento en diferentes actividades y momentos de la vida cotidiana (inserción en espacios comunitarios, tareas dentro del hogar, etc.); elaboración de proyectos de trabajo; etc.

Esta descripción nos muestra que existe una multiplicidad de formas de intervenir ante las situaciones que se nos presentan en nuestra labor cotidiana. Algunas de ellas han sido más desarrolladas conceptualmente en los distintos trabajos y son esas teorizaciones las que queremos exponer a continuación.

Son muchas las herramientas con las que contamos para nuestro trabajo pero son pocas las teorizaciones que vamos haciendo en relación a las mismas. Esto nos habla de que estamos transitando un camino nuevo dentro de la salud mental en donde la práctica va delante de la teoría, estamos transitando el camino de la salud mental comunitaria.

La falta de teorización, especialmente en lo que se refiere a las herramientas o formas de intervención, es característica general de los trabajos comunitarios realizados en América Latina. Por ello la necesidad y la urgencia de construir la teoría de nuestra práctica la cual sólo puede surgir de la reflexión que hagamos de nuestras experiencias de trabajo.

La acción, por la acción misma, no nos permitirá crecer como trabajadores de la salud mental comunitaria. Debemos echar mano a nuestra capacidad de reflexión sobre dichas acciones, de sistematizar lo que venimos haciendo.

Sabemos cuáles son las herramientas con las que contamos pero es necesario poder profundizar en el sentido de las mismas, en sus potencialidades y limitaciones, en el cómo, cuándo y para qué de cada una.

Al repasar las distintas herramientas descritas vemos que algunas de ellas -la visita domiciliaria, por ejemplo- son más específicas de la Psicología Comunitaria mientras que otras -como la entrevista- nos vienen más de una tradición clínica individual por lo cual creemos importante la teorización de las primeras y la reconceptualización de las segundas desde el contexto del trabajo comunitario.

Una entrevista, realizada en el marco de un programa de salud mental comunitaria, debe ser diferente a la realizada por alguien que trabaja sólo desde un consultorio con una visión individualizada de las personas. ¿Cuál es esa diferencia...?, ¿qué es lo que hace que un diagnóstico, que un grupo, que una asamblea sean comunitarias?, ¿qué diferencias tienen estas herramientas cuando son realizadas en el marco de un programa tradicional o en el marco de un programa comunitario?

Las herramientas por sí mismas no determinan qué tipo de trabajo (individual o comunitario) estamos realizando. Ellas facilitan, posibilitan o dificultan... pero no definen.

La complejidad de las formas de intervención implica, además, la necesidad de realizar nuestros trabajos en equipo. No todos puede-

mos hacer todo, pero sí dentro de un equipo podemos complementarnos de acuerdo a las potencialidades que cada uno tiene a fin de realizar lo mejor posible la tarea que tenemos que desarrollar.

Por otra parte, esta complejidad, nos habla de la necesidad de una permanente capacitación que tienda no a la especialización pero que sí que asuma las dimensiones de la tarea que tenemos por delante.

CONTEXTOS DE TRABAJO

Son cuatro los contextos de trabajo que aparecen en las distintas experiencias analizadas: Hospital - Institución; Puesto Periférico - Centro de Salud; Casas de Medio Camino - Estructuras Intermedias; Domicilios. Aquí también vemos que es necesario profundizar también las características, potencialidades y limitaciones de cada uno de estos contextos de trabajo.

Al igual que en el caso de las herramientas, algunos de ellos -el contexto domiciliario, por ejemplo- se ajusta mejor a los objetivos y características del trabajo comunitario. Sin embargo la pertinencia de cada uno de ellos debe evaluarse ante cada situación en particular a riesgo, de lo contrario, de utilizarlos de forma iatrogénica.

PRINCIPIOS GENERALES QUE GUÍAN NUESTRA ACCIÓN

El trabajo en equipo, la coordinación interinstitucional e intersectorial y el enfoque interdisciplinario.

POTENCIALIDADES DEL TRABAJO COMUNITARIO

En las experiencias revisadas aparecen muchas veces reflexiones acerca de lo que es el trabajo comunitario y acerca de sus potencialidades, obstáculos y necesidades.

En relación a las potencialidades del trabajo comunitario se sostiene que...

- permite conocer otras formas de salud y de comunicación que las comunidades se van dando;
- posibilita un mayor acercamiento a la realidad de las personas con que trabajamos;
- facilita un mayor protagonismo del sujeto con el que trabajamos aunque no lo asegure;
- "...no puedo dejar de preguntarme cuáles fueron los resultados de las estrategias, qué rol nos asignó (la paciente) y qué rol asumimos, y si la acompañamos en sus demandas o más bien ella nos acompañó en las nuestras";
- rompe con un esquema de trabajo (consultorio) que limita y esquematiza el accionar;
- rompe también con esquemas tradicionales de intervención que marcan una relación verticalista entre quien está enfermo y quien cura;
- favorece el fortalecimiento de la capacidad de contención de las familias;
- genera vínculos de confianza con las personas: "el vínculo de confianza que habíamos construido fue la herramienta fundamental";
- sostiene la capacidad de seguir soñando;
- posibilita una mayor eficacia: "permanecer durante tanto tiempo en la misma comunidad brinda un elemento de gran valor y esto se traduce en resultados efectivos en cuanto a posibilidad de seguimientos, de controles periódicos y por sobre todo en cuanto a la creación de vínculos entre la comunidad en general y sus referentes en salud".

OBSTÁCULOS EN EL QUEHACER COMUNITARIO

Respecto a los obstáculos encontrados en el trabajo comunitario se encuentra que hay...

- dificultades para salir de la institución hospitalaria: "me encontré trabajando cada vez más dentro del hospital y con pocas posibilidades de lograr espacios para salir a la comunidad";
- dificultades para aprovechar los espacios de reunión los cuales si bien estaban dados desde lo formal pero no eran verdaderamente reflexivos;
- falta de discusión de los criterios con los que cada uno, desde las distintas instituciones y desde las distintas disciplinas a las cuales pertenecemos, nos acercamos a la práctica;
- desigualdad: ya que no todos los sectores cuentan con las mismas posibilidades de expresarse;
- sobreimplicación asumida en la tarea y pérdida de distancia a

partir de la necesidad de identificarse con el otro;
-límites de nuestras acciones: metas alcanzables muy pequeñas al lado de nuestros grandes sueños;
-retrocesos que a veces parecen anular los avances logrados;
-innumerables trámites burocráticos;
-desconocimiento de las raíces históricas, sociales y subjetivas que subyacen a las condiciones de vida de sectores de la población cada vez más amplios y la desvalorización del modo particular en que cada sujeto se adapta al padecimiento con el que convive a diario;
-asistencialismo: “actualmente (la paciente) subsiste sólo mediante la asistencia pública delegando de manera resignada la satisfacción de sus necesidades básicas en instituciones del Estado. Esto hace que me cuestione sobre nuestro modo de intervención y me dirija a buscar otros elementos de análisis que permitan definir estrategias más eficaces respecto al objetivo que nos proponemos: la promoción de la persona humana”;
-interrupción de las tareas que se vienen realizando por cambios en la política implementada.

Por último, algunas de las necesidades que surgen en este caminar tienen que ver con...

-pensar juntos acerca de las potencialidades de cambio que existen en la persona y en cuáles son los aspectos más arraigados y difíciles de modificar;
-de una evaluación permanente de lo trabajado y de lo no trabajado.

2. REFLEXIONES FINALES... ¿CUÁL ES EL SENTIDO DEL TRABAJO COMUNITARIO QUE REALIZAMOS?

Para finalizar, además de las consideraciones realizadas hasta aquí, queremos resaltar las potencialidades del Trabajo Comunitario y sus herramientas y también queremos señalar el eje por donde consideramos pasa la unidad de las distintas acciones descriptas... su sentido...

- la posibilidad de estar más cerca de los lugares donde se desarrolla la vida cotidiana de las personas;
- el regalo de generar confianza con las personas de la comunidad;
- el reconocimiento del otro como sujeto, como persona;
- la no prescindibilidad del otro para poder llevar a cabo un proyecto verdaderamente comunitario desde sus objetivos y desde sus formas de acción.

A lo anterior queremos agregar algunos pensamientos surgidos en trabajos anteriores que nos ayudan a entender por dónde para la unidad de nuestras acciones.

Creemos que esta unidad de las acciones que realizamos para intervenir en la comunidad pasa, sobre todo, por el sentido de las mismas y que... “una acción, para ser comunitaria, debe apuntar a fortalecer y a crear puntos de enlace de una persona con otra, de una familia con otra, de una organización con otra”.

Nuestras acciones deben apuntar a consolidar y fortalecer las redes sociales existentes, a crear una sociedad de inclusión no de exclusión, a construir entre todos “una sociedad donde quepan todos”.

BIBLIOGRAFIA

ARMESTO, A. (1996). Una evaluación del Programa Área de Atención Comunitaria de la Dirección de Prestaciones Integrales en Salud Mental. CONICOR, Córdoba.

AUTORES VARIOS (1999). Sistematización Trabajos Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria, Río Negro (1996-1999).