

## ORIGINALES Y REVISIONES

# La cuestión de la transdisciplinariedad en los equipos de salud mental

**RESUMEN:** Se analizan las correspondencias entre dos estructuras: la de atención a la salud mental desarrollada en el sistema público español y la de relaciones interdisciplinares en los equipos multiprofesionales constituidos.

**PALABRAS CLAVE:** Transdisciplinariedad, interdisciplinariedad, epistemología, equipos de salud mental.

**SUMMARY:** Two structures are brought to confront: that of mental health care as implemented in Spanish public system, and that of interdisciplinary relations in the lately developed professional teams.

**KEY WORDS:** Transdisciplinarity, interdisciplinarity, epistemology, mental health teams.

Entre los numerosos trabajos dedicados en nuestro país a analizar la práctica de la salud mental comunitaria, no son ciertamente muchos los que se ocupan de la articulación del quehacer interprofesional en el seno de los equipos. Tomadas en su conjunto, las alusiones al profesional de la salud mental constituyen un cuerpo tan sugestivo y variado como parcelar e insuficiente, que revela entre otras cosas la inexistencia de vectores de discusión más o menos estables. Si prescindimos de algunas guías extraordinariamente útiles sobre la cantidad y la calidad de los recursos (1, 2) o de aportaciones casi constantes a la planificación curricular (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9), las opciones se reducen a investigar supuestos síndromes profesionales derivados de la praxis (10, 11, 12), a intentar ordenarla desde muy diversas posiciones teóricas (13, 14, 15, 16) o a acometer certeras disecciones que de tanto en tanto reavivan la tradición del pensamiento crítico (17, 18, 19), en un panorama editorial cada vez más preocupado por los parámetros de cientificidad. Sin desestimar la pertinencia y la validez de todos esos análisis, se echa a faltar una indagación más sistemática sobre los efectos del modelo español de atención a la salud mental en la estructuración interdisciplinar del quehacer profesional. La carencia cobra con el paso del tiempo una importancia creciente, pues se añade a un panorama de relativa inhibición frente a disfunciones cada día más evidentes en los equipos de salud mental, con sus repercusiones no siempre correctamente interpretadas en las esferas de la motivación, la satisfacción profesional y la eficiencia. Aunque no han faltado tentativas de cuantificar tales repercusiones (11, 12), el patrón conceptual elegido por los autores parece más apto para apuntalar un determinado sistema de relaciones interprofesionales e intrainstitucionales que para ponerlo en cuestión. La noción típicamente anglosajona de *burn-out* vuelve más difícil cualquier tentativa de profundizar en las paradojas constitutivas de nuestro sistema público, empeñado a todas luces en suplantar al *homo faber* con

retales mejor o peor ensamblados y remunerados de militancia, samaritanismo y técnicas de mercado. Coincidió en parte con las tesis de Rendueles (18, 20), al considerar que ni el pseudosíndrome acuñado por Freudenberg (21) ni sus principales secuelas teóricas (22, 23) contribuyen a despejar la participación de tales paradojas en la destrucción del yo profesional. La tendencia ya generalizada a operar con la noción de *burn-out* como si de una nueva calamidad laboral se tratara, acogiendo como un signo de los tiempos y sin cuestionar el entramado de vicios estructurales sobre los que asienta (24), nos asemeja a unos albañiles cuyo empeño consistiera en rellenar las grietas de una casa mal cimentada.

Conviene por tanto rastrear en los rasgos más constitutivos de la llamada reforma psiquiátrica española, si lo que se pretende es analizar el funcionamiento de los equipos de salud mental tal como hoy los conocemos, elucidando los factores que contribuyen a ordenar en su interior las distintas disciplinas. Conviene también, si no se quiere perder el rastro, asignar a las relaciones interdisciplinares un rango inalienablemente epistemológico, independiente de cuantos factores organizacionales, intersubjetivos o normativos puedan estar contribuyendo a viabilizarlas. El quehacer en salud mental, una vez que se asume como empresa de carácter interdisciplinar, sólo puede resultar de un modelo operativo de conocimiento cuyos elementos esenciales (mayor o menor pertinencia, relevancia y revisabilidad de los fundamentos teóricos, mayor o menor congruencia de los distintos dominios epistemológicos) habrán de marcar el curso de los diversos procedimientos y su articulación bajo la forma de trabajo en equipo.

Al comentar una aportación en su día bastante influyente de Georges Gusdorf (25), Tom Bottomore ha trazado una distinción muy esclarecedora entre *interdisciplinariedad*, tomada en sentido restringido, y *transdisciplinariedad*. La primera implicaría «el encuentro y la cooperación entre dos o más disciplinas, aportando cada una de ellas [...] sus propios esquemas conceptuales, su forma de definir los problemas y sus métodos de investigación» (26). De más está decir que dicho encuentro surge por la necesidad de fortalecer los respectivos dominios conceptuales, o de airear, renovar, redefinir, los correspondientes dominios epistemológicos. La transdisciplinariedad, en cambio, requiere que varias disciplinas se organicen en torno a un único paradigma teórico, o adopten de forma conjunta una metodología particular, o, por decirlo en palabras del propio Gusdorf, se sitúen en una perspectiva de objetivos «que reúna en el horizonte del saber, agrupadas en una dimensión horizontal o vertical, las intenciones y preocupaciones de las diversas epistemologías» (25). Por su parte Morin y Piatelli-Palmarini (27), al trasladar la perspectiva multidisciplinar al terreno de la investigación sobre el hombre, postulan que no basta con reunir a las distintas disciplinas científicas en torno a una mesa redonda, pues el conocimiento en este caso «no depende de la yuxtaposición de 'factores' aislados, cada uno procedente de una determinada disciplina, sino de

interacciones en el seno de un sistema global *homo*, constituido precisamente por esas interacciones». El alcance de la mera interdisciplinariedad resulta por tanto insuficiente en este terreno de la investigación sobre el hombre como sistema global. Su papel se limita, según estos dos autores, a «establecer relaciones ‘diplomáticas’ entre las partes [...] y agudizar la sensibilidad respecto a los puntos de vista ajenos». Pero si lo que se pretende es dar cuenta del sistema en su conjunto, o incluso en su organización, entonces el mero encuentro entre las disciplinas dependientes de la biología y de las denominadas ciencias del hombre resulta insuficiente. La biología se mueve entre un «sistema homeostático de intercambios» (el organismo) y un «sistema de reproducción invariable» (la especie), mientras que las ciencias del hombre oscilan sin poder evitarlo entre la noción de aparato mental y la de «átomo social». La exigencia de un eje transdisciplinar que no se limite a conjugar unas visiones en modo alguno reductibles, ni subordinables, ni complementarias en el sentido de adicionales, sino que las reorganice en un nuevo nivel epistemológico, resulta por tanto bastante obvia. El problema radica en definir y ubicar ese nuevo nivel, esa otra instancia del conocimiento capaz de imponer su autoridad a las disciplinas particulares. La visión de Gusdorf al respecto no resulta demasiado optimista. «Podría tratarse de un metalenguaje o de una metaciencia», nos dice; «pero, en la estrategia del saber, la exigencia de un orden transdisciplinar apunta a una posición clave, con cuyo dominio sueñan todos aquellos a quienes acucia el afán de imperialismo intelectual. [...] La transdisciplinariedad, tal como viene a ser practicada» —concluye— «es un sillón vacío en el que todos ambicionan sentarse» (25).

La observación de Gusdorf es de hace veinte años. Por desgracia no sólo conserva toda su vigencia en nuestros días, sino que alcanza en mayor o menor medida a todas aquellas esferas del quehacer profesional cuyo objeto es el hombre y su conducta. La planificación, organización y desarrollo de la atención a la salud mental no constituye ni con mucho una excepción. Es más: en todo el entramado de poderes e influencias que han contribuido a formalizar entre nosotros dicho quehacer, el sillón al que se refiere Gusdorf ni siquiera ha llegado a quedar vacante. El devenir de la transdisciplinariedad en los equipos de salud mental se ha visto en todo momento y a todo trance vinculado a los avatares por los que ha ido pasando la psiquiatría, en tanto que disciplina aspirante a un estatuto científico sin sobresaltos y a una plena homologación en el marco del saber médico. Hubo un tiempo, en la prehistoria de los equipos de salud mental, en que la hegemonía del modelo médico tradicional pareció ceder. No digo que fueran buenos tiempos, pues el agolpamiento y la debilidad de los paradigmas presuntamente alternativos introdujo más desconcierto que renovación. Algunos autores se han referido a la instalación de aquellos protoequipos en un ideal falsamente igualitario, en cuyas aras se sacrificaban a veces las más obvias diferencias curriculares, se confundían

las opiniones o los buenos deseos con el criterio profesional y se cegaban con tópicos numerosos espacios interpersonales e interdisciplinares. En esa pseudología de la igualdad quedaban no pocas veces atrapados los propios pacientes, investidos de una responsabilidad y de un protagonismo que al fin y al cabo no ejercían (28). Pero, como a nadie se le esconde, la faz de los equipos de salud mental ha cambiado considerablemente en los últimos quince o veinte años. En línea con los demás países occidentales, la psiquiatría española se ha consagrado durante ese lapso de tiempo a mejorar su incómoda posición entre las especialidades médicas, adaptando su aparato conceptual y metodológico al discurso anatomo-clínico y asumiendo cada vez más abiertamente, con menos matices correctores, el modelo de las neurociencias (29, 30). Tal decantación implica un evidente repliegue en el plano epistemológico, y sus efectos no se han hecho esperar. Desde los rotundos pronunciamientos de Daniel Rogers (31) o Thomas Detre (32), publicados en prestigiosas revistas de la especialidad hace ya más de diez años, la exigencia de identidad entre mente y cerebro formulada por Churchland (33) no ha dejado de suscitar propuestas de asimilación de la psiquiatría por parte de las ciencias neurológicas (34). Por muy epistémica que pueda parecer en sus orígenes, esta ofensiva reduccionista apunta sin ningún género de vacilaciones a las instancias administrativas y a la reorientación de los fondos presupuestarios. En un editorial de hace dos años, Desviat (35) sintetizaba las diversas tentativas de escindir el quehacer psiquiátrico «propiamente dicho» de las políticas de salud mental, empujando estas últimas hacia el reducto cada vez más descapitalizado e incierto de los «asuntos sociales». Entre las distintas voces de alarma incluía algunas tan influyentes como la de John Henderson, para acabar presagiando un nuevo encastillamiento de la psiquiatría entre los muros del hospital, desde donde detraería recursos a los programas comunitarios de salud mental. La realidad no parece por el momento tan inquietante en España, donde el flujo de los recursos sigue aún produciéndose desde el hospital a la comunidad. Sin embargo –y es esto lo que me importa destacar– los afanes de la psiquiatría por delinear y ubicar su propio estatuto científico no han hecho otra cosa que proyectarse, por lo general de forma gravosa y empobrecedora, sobre los equipos comunitarios de salud mental. Pese a las constantes críticas recibidas desde la epistemología y la historia de la ciencia, la clínica psiquiátrica no logra desembarazarse de su carácter proteiforme, a caballo entre las categorizaciones del pasado, el *savoir de prestige* (36) que le proporcionan las teorías denominadas intrínsecas y un empirismo sedicentemente ateorico que mira de reojo hacia el laboratorio. El pragmatismo reparador de los primeros tiempos consigue pese a todo prevalecer a beneficio de inventario, bajo ordenamientos nosológicos quinquenalmente renovados que garantizan una indexación perfectamente homologada y conforme al saber médico. La doctrina resultante de tales operaciones tiende sus tentáculos hasta los equipos multiprofesiona-

les de salud mental, imponiéndose como un eje transdisciplinar indesbancable en la estructuración de su quehacer. Esa forma de colonización doctrinal se instala de tal modo en las agendas que ni siquiera estamos en condiciones de evaluar sus efectos sobre las dos principales vertientes de nuestro trabajo: la del conocimiento científico y la del quehacer clínico (30). En lo concerniente al primero, tanto Berrios (37) como Villagrán y Olivares (38) destacan el escaso valor heurístico de algunos síntomas que se mantienen a todo trance incuestionados desde hace dos siglos, y cuya persistencia redundará más en sostener el *corpus* teórico de la psiquiatría que en hacer progresar la investigación. Por su parte Fuentenebro (39, 40) se refiere a la degradación o dilución paulatina de una serie de constructos de acreditada validez clínico-semántica, debido a la intrusión de criterios nosotáxicos totalmente espurios y ajenos a los objetivos de la clínica. En cuanto concierne a esta última, la acumulación indiscriminada de registros que tiende a adueñarse del discurso psiquiátrico introduce opacidades tanto más desorientadoras cuanto que se confunden, se solapan o se escamotean las referencias al *locus* de control (38).

Pero no es el propósito de este artículo terciar en la controversia sobre el estatus científico de la psiquiatría, sino en todo caso constatar sus efectos en la práctica de la salud mental, tomando como referencia el caso español. Con objeto de hacerlo ordenadamente, me referiré en primer lugar a la historia natural de los equipos comunitarios de salud mental y a su confrontación con el marco conceptual que conocemos como biopsicosocial, para finalmente analizar sus correspondencias en la planificación curricular y en el diseño de los perfiles profesionales.

«Para las políticas de planificación y de organización comunitaria, algunos psicólogos y asistentes sociales acaso resulten más eficaces que los psiquiatras». Las palabras son de Gerald Caplan (41), y están escritas hace casi cuarenta años. Al menos en una perspectiva muy general, los textos orientados a ordenar la atención a la salud mental en las distintas comunidades españolas parecen haber tomado en cuenta la juiciosa observación de Caplan, pues no acostumbran incluir pronunciamiento alguno sobre el rango profesional exigible a los responsables de área, de distrito o de comunidad. Sin embargo, la proporción de profesionales no psiquiatras ocupando dichos cargos ha decrecido dramáticamente desde el inicio de la reforma hasta nuestros días. En el área de Gran Canaria, que cuenta con casi 700.000 habitantes y una red de salud mental aceptablemente estructurada, la tasa de profesionales de la psicología ocupando puestos de gestión ha descendido desde un 17,4% hasta un 4,3% en sólo cuatro años, pese a tratarse de un área de salud con un *ratio* psicólogos/psiquiatras superior a la media española (0,66:1). En casi todos los casos el relevo se produjo a petición de los propios interesados, y entre los motivos aducidos nunca faltó el de la desmotivación para las tareas administrativas. Si añadimos que tal desmotivación no se ha producido hasta la fecha entre los psiquiatras de esa misma área, nos enfrentamos a una situación cuando

menos significativa. O se equivocaba Caplan en sus previsiones, o algo hay que no funciona en la actual orientación de nuestros servicios. Mi opinión al respecto coincide con la reflejada por algunos profesionales de la psicología (42), que ven en las rutinas medicalizadoras de los servicios de salud mental un sesgo que los aparta de sus objetivos, un serio impedimento para el trabajo interdisciplinar y una forma de malbaratar el concurso de las restantes profesiones. Bien es cierto que ese sesgo no siempre vino impuesto por los propios psiquiatras, sino –sobre todo– por el rango y la configuración que con el tiempo ha ido adoptando la atención a la salud mental en la cartera de servicios del sistema general de salud. Las nociones de atención integral, integrada e integradora van poco a poco terminando por quedarse en eso, en una exhibición conceptual más o menos vistosa, toda vez que los parámetros de rendimiento asistencial insisten en reproducir sin grandes matices el patrón médico-quirúrgico al uso, y los profesionales apenas disponen de tiempo para poner en común estrategias individualizadas de seguimiento, o para concertar intervenciones globales y no sólo farmacológicas con los equipos de atención primaria, o para reconocer conjuntamente con los servicios sociales, *in loco* e *in extenso*, los apoyos y las dificultades que el paciente encuentra en su propio entorno, o para desarrollar programas específicos con poblaciones en riesgo, o para establecer líneas de investigación y criterios de calidad cuyas coordenadas no sean las de Oklahoma. Forzado por tales circunstancias, el enfoque interdisciplinar tiende a convertirse en una fórmula de consenso ante el imperativo de acotar el terreno y estratificar las intervenciones: un instrumento cuya virtud consistiría no tanto en desentrañar la demanda como en desmenuzarla y volverla institucionalmente digerible. Tal primacía de los referentes coyunturales deja por completo a la deriva la cuestión del eje transdisciplinar, posibilitando el surgimiento de discordancias apenas admisibles en la organización y aun en las pautas de funcionamiento de unos y otros equipos, demasiado expuestos en la práctica al talante personal e ideológico de sus responsables. Por lo demás, todo ese conjunto de disfunciones parece complementarse con determinadas tendencias crecientemente constatables en las estructuras de atención primaria. Los profesionales de los centros de salud, abocados en algunas comunidades a un asistencialismo cada día menos integrador, más rígidamente protocolizado y prescriptivo, rara vez encuentran tiempo para reflexionar sobre la naturaleza multidimensional y compleja del trastorno mental, o para proceder a aproximaciones suficientemente comprensivas en el tratamiento del mismo. En consecuencia (y aunque en modo alguno nos hallemos ante un hecho generalizado) son numerosos los médicos de familia que tienden a eludir o menospreciar la interlocución con los miembros no médicos del equipo de salud mental, por considerar que poco o nada pueden aportar a sus expectativas de colaboración y asesoramiento. Y es así, con un polo en tales expectativas y el otro en unos indicadores de eficiencia conceptualmente inapro-

piados, que termina por consagrarse un eje transdisciplinar a remolque de lo establecido, cuyo trazado guarda más relación con la prevalencia de esquemas tradicionales en el seno del sistema sanitario (en concordancia con lo anticipado por Gusdorf) que con una orientación de las actuaciones según el marco conceptual tantas veces reclamado de lo biopsicosocial.

Tal desfase entre el modelo propuesto y su materialización es un hecho a la vista de cualquier observador, y entre nosotros no han faltado análisis que contribuyan a elucidarlo. En opinión de Huertas (43), el hecho de que el modelo comunitario de salud mental tardara más de dos decenios en abandonar su etapa de desarrollos teóricos, intentando tomar cuerpo en plena crisis del Estado de bienestar, bastaría para explicar todas las dificultades y las limitaciones que han acabado por entorpecer su implantación. Ahora bien, el Estado de bienestar andaba ya embalando los muebles cuando el referente de lo biopsicosocial inició su meteórica carrera en el campo de las disciplinas clínicas. La propuesta de un eje transdisciplinar basado en un sistema de sistemas es formulada por Engel en 1977 (44), y nadie podría dudar a estas alturas de su rápida y generalizada aceptación en el ámbito de la clínica médica, al que su autor se dirigía de manera expresa aunque no excluyente. Tan favorable respuesta debiera haberse extendido a todas aquellas políticas de salud que más congruentes se mostraban con el marco conceptual propuesto por Engel, entre las que con toda legitimidad cabría destacar la de salud mental comunitaria. Pues bien, eso fue ni más ni menos lo que ocurrió. A medida que han ido familiarizándose con él, médicos generalistas y médicos de hospitales han ido manifestando su adhesión a un modelo comunitario, interdisciplinar y comprensivo de la salud mental (45, 46, 47, 48, 49, 50, 51). Nada autoriza a pensar que esa adhesión no sea sincera; otra cosa muy distinta es que las condiciones para su materialización resulten propicias en la práctica (47, 50, 52, 53). Y es precisamente en el análisis de tales condiciones donde más útiles y esclarecedores nos resultan los análisis de Huertas. Llevado hasta sus últimas consecuencias, el referente de lo biopsicosocial enfrenta a los Estados con un modelo de medicina de corte irrenunciablemente humanista, ajeno a los intereses de la gran industria y comprometido sin reservas con lo público. La incapacidad estructural de los Estados neoliberales para impulsar dicho modelo convierte en meras utopías los proyectos más genuinamente transdisciplinares, propiciando en las ciencias de la salud una suerte de embotellamiento biologicista que más tarde o más temprano alcanza a los niveles conceptual y metodológico, al hacerlas pasar por el gollote de la intervención farmacológica o quirúrgica. La inflación de ese tipo de intervenciones viene siendo denunciada desde muy distintas perspectivas como uno de los principales excesos de la medicina contemporánea (54, 55, 56, 57), cuyo desarrollo ya no es concebible sin grandes márgenes de beneficio para la industria (58, 59, 60, 61). Conviene sin embargo no olvidar, complementariamen-

te, que es la intervención sobre el cuerpo del paciente lo que otorga al médico una posición privilegiada y singular, sin posible parangón en todo el amplio panorama de las disciplinas científicas; una posición en la que hasta los riesgos profesionales alcanzan a ser reciclados para engendrar mayor *status*. No es por ello casual que, en el complejo entramado de las relaciones interdisciplinarias, los psiquiatras más celosos de su *status* sean al propio tiempo los más proclives a las intervenciones de tipo biológico. Tal proclividad se racionaliza no pocas veces en la convicción de estar accediendo al *hardware* del sujeto enfermo, mientras que los restantes profesionales de la salud mental se limitarían a operar con el *software*.

Todo este conjunto de falacias circula de modo no siempre explícito en el interior de los equipos, sustentando peligrosas inercias que nada tienen que ver con el trabajo interdisciplinar. Una de ellas es el asiento progresivo de fórmulas más o menos perversas de división del trabajo, cuyo patrón podría muy bien ser el siguiente: patologías «pesadas» sin cronificar, terapias biológicas y relaciones con el resto del sistema sanitario a cargo del psiquiatra; patologías «ligeras», psicoterapias y programas rehabilitadores para el psicólogo; funciones conectivas y complementarias, a más de las relaciones con los demás sistemas, para el resto del equipo. [En algunas latitudes, este modo de trabajar está desplazando el interés por las cuestiones interdisciplinarias hacia los colectivos que más ineluctablemente se debaten en ese espacio: enfermeros y trabajadores sociales (62, 63, 64, 65, 66)]. Otra lamentable inercia es la que aglutina en compartimentos estancos a los partidarios de tal o cual corriente teórica, fortalecidos muchas veces en sus posiciones por la inanidad de algunos enfoques pretendidamente integradores. De estas dos formas ya casi tópicas de desviación, la primera tiende a producirse en áreas o distritos rígidamente jerarquizados, por lo general sometidos a fuertes presiones de la demanda o del propio sistema. En cuanto a la compartimentación por corrientes o afinidades, parece más propia de equipos con pobres criterios organizativos y de gestión, o con escaso sentido de la dimensión pública. Una y otra se corresponden, como tantas otras distorsiones funcionales de nuestros equipos de salud mental, con determinadas insuficiencias que atañen al perfil curricular de los profesionales. Me referiré muy brevemente a ellas.

Al analizar en un extenso trabajo los primeros siete años de la reforma psiquiátrica italiana, De Salvia (67) pasaba revista a los principales factores que la obstaculizaron y mencionaba en primer lugar el problema de la formación y la recualificación. Según su criterio, el obstáculo era particularmente serio allí donde los trabajadores no contaban con suficiente experiencia antiinstitucional, lo que los convertía en presas fáciles de cuantas «psicoglesias» les iban saliendo al paso como ideologías de recambio.

Por su parte Vázquez-Varquero (68), al referirse a la importancia de la investigación en los equipos de salud mental, ha subrayado su facultad de contrarrestar

«las inercias de institucionalización presentes en todos los proyectos de reforma psiquiátrica», favoreciendo de paso la coherencia y la integración interdisciplinar.

Con toda seguridad, un buen equipo de salud mental ha de fraguarse en experiencias que discurran entre esas dos coordenadas: proyectos muy rigurosos de desinstitucionalización con apoyo en la investigación interdisciplinar. Lo primero supone disponer de una red unitaria, compleja y bien trabada de recursos alternativos, que contemple la implicación de todos los profesionales en cada uno de sus niveles. Lo segundo comporta una organización del trabajo capaz de posibilitar algunas líneas básicas de estudio: análisis epidemiológico, investigación clínica, evaluación de programas y servicios, desarrollo y validación de instrumentos y diseños (68). Pero a las condiciones mencionadas hay que añadir todavía una tercera, indispensable a mi juicio para evitar las desviaciones apuntadas más arriba. Me refiero a la profundización en los fundamentos de la práctica interdisciplinar tal como hoy la conocemos, empezando por sus referentes en apariencia más incuestionables: la clínica psiquiátrica con todo su correlato nosológico, la psicopatología clásica con sus diversos epígonos. Lejos de incurrir en los cuestionamientos fútiles o maximalistas de hace algunas décadas, el objetivo es que tales referentes lleguen a utilizarse con un máximo de rigor crítico, es decir, desde una doble perspectiva de reflexión histórica y exigencia epistemológica; en ningún caso como guías para estar todos de acuerdo.

Sólo la concurrencia de estas tres condiciones permitiría el desarrollo equilibrado de las distintas disciplinas –también el de las distintas aproximaciones teóricas y sus correspondientes líneas de estudio e investigación– en el interior de los equipos de salud mental, desterrando las variadas formas de «fagocitosis» interna a las que alude Menéndez-Orsorio (16). Pero, lamentablemente, en los contextos donde se produce la formación de nuestros profesionales muy raras veces llegan a verse reunidos esos indispensables requisitos. Al inicio de los noventa, las observaciones llevadas a cabo por Sanjuán, Munárriz, González y Gómez-Beneyto (69) llevaron al primero (70) a concluir que existían dos tipos de *retratos robot* aplicables en España a los psiquiatras en formación: una parte de ellos carecería de suficientes cauces para la investigación siquiera sea académica, mientras que a la otra le sobraría academicismo y le faltaría bagaje comunitario. Por lo demás, tanto unos como otros contarían con importantes deficiencias en cuanto a la formación psicoterapéutica reglada y a la supervisión estable de casos. Tales carencias constituyen, seguramente, el efecto más soterrado y duradero entre cuantos conviene asignar al *impasse* descrito por Huertas. Debido a la larguísima demora experimentada por las reformas en nuestro país, la clínica psiquiátrica se ha visto absurdamente compartimentada durante decenios en tres sectores institucionales muy dispares: el hospital psiquiátrico, el hospital universitario y las sociedades psicoterapéuticas. Los dos primeros se han repartido, sin el menor grado de comple-

mentariedad, la formación oficial de los profesionales. El tercero tal vez haya podido contribuir de forma inconstante, oficiosa y no siempre reglada a paliar sus carencias. Las consecuencias del *impasse* alcanzan hasta a los más recientes y rigurosos proyectos formativos de posgrado, tiñéndolos de una cierta incongruencia. Cuando la Comisión Nacional de la especialidad elabora por vez primera un programa de formación relativamente orientado a trabajar en la comunidad (5), una gran parte de los recursos se encuentra todavía concentrada en el medio hospitalario. Ante un panorama tan poco alentador cobran pleno sentido algunos asertos del propio Sanjuán, como el de considerar que los especialistas «no sólo se enfrentan de repente a un ámbito para el que no fueron formados, sino que han de crear ellos mismos ese ámbito» (70). Cierto que, en el plano de las afinidades electivas, la creciente inclinación de los residentes de psiquiatría hacia posiciones biologicistas (69, 71, 72) muy poco habrá de ayudarles en la creación de ese ámbito interdisciplinar de atención comunitaria. Pero en descargo de los profesionales en formación tal vez proceda esgrimir el escaso esfuerzo desplegado por las instituciones públicas en la integración sistemática de los conocimientos, su inhibición en lo que concierne a la práctica reglada de la psicoterapia y el inevitable correlato de «psicoiglesias» al que hiciera alusión De Salvia.

Un problema de inadecuación curricular no menos grave, aunque bastante menos específico de nuestro país, es el de los enfermeros psiquiátricos. A partir de un sofisticado estudio de dos años en cuatro comunidades del Reino Unido, Morrall (73) ha llegado a la conclusión de que los enfermeros de los servicios comunitarios de salud mental están expuestos *de facto* a un excesivo nivel de autonomía clínica, que se traduce en procesos de toma de decisiones «no supervisados y arbitrarios». En consecuencia recomienda proceder a estrategias de exposición ocupacional que eleven el nivel de profesionalidad de tales enfermeros, «con objeto de proteger (*sic*) al usuario de los servicios de salud mental». Algo muy parecido estaría ocurriendo, según las observaciones de Slade *et al.* (74), en el caso de los terapeutas ocupacionales. Con toda seguridad, la realización de ese tipo de estudios conduciría a conclusiones no menos alarmantes en nuestro país, donde sólo los médicos han dispuesto hasta ahora de cauces reglados para la formación de postgrado en el campo de la salud mental.

Pero es precisamente en esa dirección que los aires podrían empezar a cambiar. Enfermeros y psicólogos disponen ya en España de sendas normas reguladoras para acceder mediante la oportuna cualificación a los servicios de salud mental: los primeros tras un año de postgrado que los legitima como enfermeros psiquiátricos; los segundos, a través de un ciclo de tres años que constituye su especialidad clínica. Una excelente coyuntura, a mi parecer, para que viejos y nuevos profesionales nos replanteemos la cuestión de la transdisciplinariedad en el ámbito de la salud mental. Sólo una revisión de los actuales sesgos en las relaciones

interdisciplinarios permitirá a los especialistas de nuevo cuño encontrar su verdadero lugar en dicho ámbito. No me resisto por ello a terminar con unas palabras de Scott Falker, Senior Lecturer de la Universidad de Sidney y uno de los miembros más activos del Colegio de Enfermeros de Salud Mental de aquel continente: «La psiquiatría se ve crecientemente dominada por el ‘biologicismo’, esto es, por la premisa epistemológica de que cualquier verdad concerniente a la enfermedad mental puede ser descubierta, conceptualizada, explicada y remediada por medios biológicos. Históricamente, la enfermería en salud mental se ha visto influida por los movimientos filosóficos y las pautas de conocimiento propios de la psiquiatría. Es probable, por tanto, que la enfermería en salud mental se vea asimismo influida por esta aparente ‘biologización’ de la psiquiatría. Así como resultaría temerario y por supuesto absurdo sugerir que la investigación y los tratamientos biológicos no ayudan en el conocimiento y abordaje de la enfermedad mental, parece razonable y apropiado que los enfermeros de salud mental evalúen críticamente el alcance, la naturaleza y las ramificaciones de este aparente vuelco de la psiquiatría hacia una epistemología centrada en lo biológico. [...] La psiquiatría biológica, al menos en sus formas más extremas o doctrinarias, es potencialmente incompatible con el compromiso epistemológico que la enfermería tiene con el holismo. Y la enfermería en salud mental debería resistirse a abrazar una visión del mundo reduccionistamente biológica como es la que mantienen, implícita o explícitamente, los partidarios de la psiquiatría biológica» (75).

Una sinopsis tan clara y terminante apenas si requiere comentario alguno, aunque me permitiré una discretísima matización: el compromiso epistemológico de disciplinas como la enfermería no tiene por fuerza que ser holístico (es decir, no tiene por qué aspirar a explicaciones totalizadoras), pero sí situarse en una perspectiva de integración de los distintos conocimientos. Entendidas de este modo (y si llegaran a tomar cuerpo en las restantes disciplinas de la salud mental, incluida la propia psiquiatría), resistencias como la que propone Falker podrían constituir el germen de una nueva y genuina transdisciplinariedad.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M., «Recursos en salud mental comunitaria», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1991, XI (37), pp. 81-86.
- (2) MORÉ, M. A. (coord.), *Prestaciones básicas y estándares de calidad en los servicios de Salud Mental*, Madrid, Cuadernos Técnicos de la AMSM, I, 1998.
- (3) FERNÁNDEZ LIRIA, A.; RORMERO, A., «Más sobre formación en psiquiatría», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1983, III (7), pp. 99-102.
- (4) OLABARRÍA, B., «El problema de la formación postgraduada en Psicología Clínica», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1987, VII (21), pp. 309-314.
- (5) APARICIO, V., «La formación de médicos especialistas en Psiquiatría», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1987, VII (20), pp. 110-115.
- (6) AA. VV., «Monográfico: Formación en Salud Mental», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1993, Supl. II, pp. 1-55.
- (7) DESVIAT, M., «Los *curricula* de los profesionales de la Salud Mental», *Psiquiatría Pública*, 1991, III (2), p. 69.
- (8) OLABARRÍA, B. (Coord.), *La Psicología Clínica en los Servicios Públicos*, Madrid, Cuadernos Técnicos de la A.E.N., II, 1997.
- (9) ESCUDERO, C., «La Psicología Clínica en el marco de las transformaciones sociales y sanitarias», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1998, XVIII (67), pp. 421-423.
- (10) GUIMÓN, J. y otros, «Presencia en España del llamado Síndrome del Residente que comienza su formación en Psiquiatría», *Psiquis*, 1987, VIII (2), pp. 11-19.
- (11) ÁLVAREZ GALLEGU, E.; FERNÁNDEZ RÍOS, L., «El síndrome de *burnout* o el desgaste profesional (II): Estudio empírico de los profesionales gallegos del área de Salud Mental», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1991, XI (39), pp. 267-273.
- (12) OLMEDA, M. S., y otros, «*Burnout* en profesionales de Salud Mental», *An. Psiquiatría*, 1998, 14 (2), pp. 48-55.
- (13) FERNÁNDEZ ROJERO, C., y otros, «Hacia un programa de salud mental comunitaria: aspectos de un modelo sistémico de organización e intervención clínica», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1986, VI (18), 438-453.
- (14) PAOLINI, E., «Presupuestos teóricos y metodológicos para una gestión operativa de equipos interdisciplinarios en salud mental y toxicofilia», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1987, VII (23), pp. 597-605.
- (15) DE ÁNGEL, L. M., «Acerca de la posición del médico en las instituciones psiquiátricas», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1989, IX (28), pp. 23-37.
- (16) MENÉNDEZ OSORIO, F., «Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en salud mental», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1998, XVIII (65), pp. 145-150.
- (17) RENDUELES, G., «¿Cuánto es bastante en salud mental?», *Psiquiatría Pública*, 1996, 8 (6), pp. 367-374.
- (18) RENDUELES, G., «De la utopía a la incineración: antes la destrucción que la derrota», *Psiquiatría Pública*, 1997, 9 (2), pp. 123-133.
- (19) FERNÁNDEZ LIRIA, A., «La reforma psiquiátrica en España: En qué (y en qué no) metimos la pata (y qué podemos hacer)», *Psiquiatría Pública*, 1997, 9 (3), pp. 167-175.
- (20) RENDUELES, G., «El usuario gorrón y el terapeuta quemado», *Psiquiatría Pública*, 1992, IV (3), pp. 115-129.
- (21) FREUDENBERGER, H., «Staff burn-out», *J. Soc. Issues*, 1974, 30, pp. 159-165.
- (22) PINES, A., y otros, *Burnout: From tedium to personal growth*, Nueva York, Free Press, 1981.

## ORIGINALES Y REVISIONES

- (23) MASLACH, C., «Understanding burnout: definitional issues in analyzing a complex phenomenon», En PAINE, W. S. (ed.), *Job, stress and burnout*, Beverly Hills, CA, Sage Publications, 1982.
- (24) STARRIN, B., y otros, «A review and critique of psychological approaches to the burn-out phenomenon», *Scand. J. Caring Sci.*, 1990, 4 (2), pp. 83-91.
- (25) GUSDORF, G., «Passé, présent, avenir de la recherche interdisciplinaire», *Rev. Int. Sci. Soc.*, 1977, XXIX (4), pp. 627-648.
- (26) BOTTOMORE, T.: «Introduction». En APOSTEL y otros, *Interdisciplinarité et sciences humaines*, Paris, UNESCO, 1982. Trad. esp.: *Interdisciplinariedad y ciencias humanas*, Madrid, Tecnos/Unesco, 1983.
- (27) MORIN, E.; PIATELLI-PALMARINI, M., «L'unité del'homme comme fondement et rapprochement interdisciplinaire». En APOSTEL y otros, *Op. cit.*
- (28) GUIMÓN, J., «El equipo suficientemente bueno. Reflexiones sobre la vulnerabilidad de los recursos humanos y comunitarios», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1985, V (15), pp. 501-504.
- (29) FUENTENEbro, F., «Crítica de la razón psicopatológica. La obra de G. E. Berrios», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1995, XV (54), pp. 513-526.
- (30) INGLOTT, R., «De las cadenas a los neurolépticos: el enajenado cumple dos siglos», *Disenso*, 1996, 15, pp. 25-27.
- (31) ROGERS, D., «Neuropsychiatry», *Br. J. Psychiatry*, 1987, 150, pp. 425-427.
- (32) DETRE, T., «The future of psychiatry», *Am. J. Psychiatry*, 1987, 144, pp. 621-625.
- (33) CHURCHLAND, P. M., *Neurophilosophy. Toward a unified science of the mind / brain*, Cambridge, MA, MIT Press/Bradford Books, 1986.
- (34) INGLOTT, R., «El quehacer colectivo en salud mental: cuestiones muy preliminares». En GONZÁLEZ, L.; INGLOTT, R. (coords.), *El que-hacer en salud mental*, Las Palmas de Gran Canaria, A.E.N., 1989.
- (35) DESVIAT, M., «La salud mental cuestionada», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1996, VIII (4), pp. 501-504.
- (36) LANTERI-LAURA, G., *Psychiatrie et connaissance*, París, Sciences en Situation, 1991.
- (37) BERRIOS, G. E., «Descriptive psychopathology: conceptual and historical aspects», *Psychol. Med.*, 1984, 14, pp. 303-313.
- (38) VILLAGRÁN, J. M.; OLIVARES, J. M., «¿Hay alguna psiquiatría que no sea biológica?», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1995, XV (54), pp. 527-542.
- (39) FUENTENEbro, F., «De las variaciones de la melancolía al concepto de dilución en psicopatología descriptiva», *Psiquiatría Pública*. 1994, VI (3), pp. 125-131.
- (40) FUENTENEbro, F., «El lugar de la psicopatología descriptiva», *Psiquiatría Pública*, 1995, VII (1), pp. 20-25.
- (41) CAPLAN, G., *Principles of preventive psychiatry*, Nueva York, Basic Books, 1962. Trad. cast.: *Principios de psiquiatría preventiva*, Buenos Aires, Paidós, 1966.
- (42) PALLARÉS, T.; VALLEJO, F., «Situación actual de la Psicología Clínica en los Servicios Sanitarios Públicos: I. Psicología Clínica en los Servicios Comunitarios», en OLABARRÍA, B. (coord.), *Op. cit.*
- (43) HUERTAS, R., «Salud pública y salud mental: El nacimiento de la política de sector en psiquiatría», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1991, XI (37), pp. 73-79.
- (44) ENGEL, G. L., «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine», *Science*, 1977, 196, pp. 129-136.
- (45) GENE, J., y otros, «Valoración de la motivación de los médicos de atención primaria por la salud mental», *Aten. Primaria*, 1985, 2 (4), pp. 209-212.
- (46) GARCÍA RUIZ, M., y otros, «Actitudes del médico hacia la Psiquiatría en un Hospital General», *Psiquis*, 1990, XI (1), pp. 29-35.

- (47) BROWN, L. M.; TOWER, J. E., «Psychiatrists in primary care: would general practitioners welcome them?», *Br. J. Gen. Pract.*, 1990, 40 (338), pp. 369-371.
- (48) STANSFELD, S. A., y otros, «Attitudes to community psychiatry among urban and rural general practitioners», *Br. J. Gen. Pract.*, 1992, 42 (361), pp. 322-325.
- (49) THOMAS, R. V.; CORNEY, R. H., «Working with community mental health professionals: a survey among general practitioners», *Br. J. Gen. Pract.*, 1993, 43 (375), pp. 417-421.
- (50) WARNER, R. W., y otros, «Effects of a community health service on the practice and attitudes of general practitioners», *Br. J. Gen. Pract.*, 1993, 43 (377), pp. 507-511.
- (51) BARBER, R.; WILLIAMS, A. S., «Psychiatrists working in primary care: a survey of general practitioners' attitudes». *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 1996, 30 (2), pp. 278-286.
- (52) RIZZARDO, R., y otros, «The general practitioner and the psychiatric health service in Italy after the reform: opinions and experiences in an urban district», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1986, 73 (3), pp. 234-238.
- (53) VICENTE, V., y otros, «Las actitudes de los profesionales de atención primaria hacia los enfermos mentales y hacia la atención psiquiátrica», *Aten. Primaria*, 1992, 9 (4), pp. 197-202.
- (54) ILLICH, I., *Némesis médica*, Barcelona, Barral, 1974.
- (55) COCHRANE, A. L., *L'inflation médicale*, París, Galilée, 1977.
- (56) GOLUB, E. S., *Los límites de la Medicina*, Santiago de Chile, Andrés Bello, 1996.
- (57) GÓMEZ SANCHO, M., *Medicina paliativa. La respuesta a una necesidad*, Madrid, Arán, 1998.
- (58) GINTIS, H.; NAVARRO, V., *Crítica de Ivan Illich*, Barcelona, Anagrama, 1975.
- (59) ÁLVAREZ URÍA, F., «Salud sin límites. Datos para una sociología del proceso de medicalización», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1984, IV (9), pp. 4-17.
- (60) FERNÁNDEZ LIRIA, A., «La nueva desmedicalización de la psiquiatría», *Psiquiatría Pública*, 1998, X (2), pp. 81-82.
- (61) HERNÁNDEZ MONSALVE, M., «El psiquiatra y sus circunstancias en el nuevo mercado del psicofármaco», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1998, XVIII (68), pp. 729-733.
- (62) GILLIAM, T., «Psychiatric nursing in the community», *Nurs. Stand.*, 1989, 4 (5), p. 48.
- (63) SAVIO, M., «Psychiatric nursing in Italy: an extinguished profession or an emerging professionalism?», *Int. J. Soc. Psychiatry*, 1991, 37 (4), pp. 293-299.
- (64) GILLIAM, T., «The role of community mental health workers», *Nurs. Stand.*, 1994, 8 (34), pp. 33-36.
- (65) HANILY, F., «Mental health teams in the community», *Nurs. Stand.*, 1995, 10 (10), pp. 35-37.
- (66) GODIN, P., «The development of community psychiatric nursing: a professional project?», *J. Adv. Nurs.*, 1996, 23 (59), pp. 925-934.
- (67) DE SALVIA, D., «Orígenes, características y evolución de la Reforma Psiquiátrica italiana a partir del año 1978», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1986, VI (16), pp. 69-85.
- (68) VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L., «Prioridades en investigación en salud mental comunitaria». En GONZÁLEZ, L.; INGLOTT, R. (coords.), *op. cit.*
- (69) SANJUÁN, J., y otros, «La formación postgraduada de la Psiquiatría en España. La opinión de los residentes», *Psiquis*, 1987, VII (1), pp. 11-23.
- (70) SANJUÁN, J., «Sobre las psiquiatrías y los psiquiatras», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1993, Supl. II, pp. 3-6.
- (71) GUIMÓN, J., *Psiquiatras: de brujos a burócratas*, Barcelona, Salvat, 1990.
- (72) VEGA, P., y otros, «Encuesta sobre la formación PIR y MIR en Salud Mental en Andalucía», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1990, XI (36), pp. 35-41.

ORIGINALES Y REVISIONES

(73) MORRALL, P. A., «Professionalism and community psychiatric nursing: a case study of four mental health teams», *J. Adv. Nurs.*, 1997, 25 (6), pp. 1.133-1.137.

(74) SLADE, M. y otros, «Multidisciplinary mental health teams» *Int. J. Soc. Psychiatry*, 1995, 41 (3), pp. 180-189.

(75) FANKER, S., «Biological psychiatry and mental health nursing», *Aust. N. Z. J. Ment. Health Nurs.*, 1996, 5 (4), pp. 180-190.

Trabajo incluido en la Sesión Plenaria «*Los Servicios de Salud Mental Comunitaria. Controversias en su desarrollo y perspectivas: entre la eficacia, la calidad y la equidad*», del XX Congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (La Habana, octubre de 1998).

\* Rafael Inglott, psiquiatra. Director Médico de Salud Mental del Complejo Hospitalario Ntra. Sra. del Pino/Sabinal.

*Correspondencia:* Rafael Inglott Domínguez. Hospital Psiquiátrico Insular. Hoya de Parrado, 2. 35017 Las Palmas de Gran Canaria.

\*\* Fecha de recepción: 15-X-1998.