

Hacia un programa de Salud Mental comunitario: aspectos de un modelo sistémico de organización e intervención clínica *

A los profesionales de Salud Mental de Carabanchel que han trabajado, durante tres años, en el proceso de coordinación interequipos del Distrito.

«Lo simple no es más que un momento arbitrario de abstracción arrancado a las complejidades, un instrumento eficaz de manipulación que lamina una complejidad.»

Edgar MORIN, 1977

Carmen F. ROJERO **
Enrique ACOSTA ESTEVEZ ***
Serafín CARBALLO ****
Begoña OLABARRIA ****
Ricardo TAPIA **

1. INTRODUCCION

El trabajo de Salud Mental en los Centros de Promoción de Madrid, ha estado sometido desde su creación (1980) a un debate sesgado por ciertas posiciones teóricas reduccionistas que mantienen la necesidad de incluir en los servicios de Atención Primaria diferentes especialistas (de lo «bio», de lo «psico» y de lo «social»). Esperan de esta sumatividad un salto cualitativo y un cambio epistemológico que lograría integrarlos. Otro aspecto del sesgo se muestra en la necesidad de realizar cortes lineales (lo «asistencial»

como contrapuesto a lo «preventivo») en el proceso recursivo enfermedad-salud (*).

Como equipo de Salud Mental mantuvimos desde nuestra constitución en 1981, posiciones definidas en cuanto a la filosofía sanitaria. Ya en nuestra primera comunicación conjunta (1) nos comprometíamos en la necesidad de impulsar un modelo de salud basado en el concepto de *integralidad* tanto de lo biopsicosocial como de lo «preventivo» con lo «curativo». Las exigencias operativas que emanaban de este concepto tales como la territorialización de los servicios, la coordinación (para facilitar una posterior integración) de los recursos sanitarios del

(*) Agradecemos a la Dra. G. PRATA, Directora del Centro di Terapia Familiare Sistemica e di Ricerca de Milán, sus útiles críticas.

(**) Psiquiatra. C.P.S. de Carabanchel.

(***) Médico. C.P.S. de Carabanchel.

(****) Psicólogo. C.P.S. de Carabanchel.

(*) Entendemos por recursivo aquel proceso por el cual una organización activa produce los elementos y efectos que son necesarios para su propia regeneración, re-organización y existencia.

Ayuntamiento y de la Salud Mental en la red sanitaria general, la formación de los profesionales, la reflexión sobre los aspectos anteriores, etc. (2), fueron asumidas por nuestro equipo: atención única y exclusiva a la población residente en el Distrito de Carabanchel, coordinación de todos los equipos de Salud Mental del Distrito, etc.

En la primavera de 1984, dándose las condiciones para la resolución de una crisis institucional, el equipo se cuestiona sobre la adecuación de los modelos teóricos que posee así como la organización de su trabajo y la adecuación de ambos a la filosofía sanitaria que pretendía impulsar. Este cuestionamiento epistemológico se produce en un contexto de cambio de las competencias sanitarias de los C.P.S., de desarrollo de las primeras áreas de Salud Mental del Servicio Regional de Salud y de debates en torno al primer Anteproyecto de Ley General de Sanidad.

Los cambios en las competencias sanitarias de los C.P.S. produjeron la inclusión, dentro de su organigrama, de los profesionales de Atención Primaria (médicos generales y enfermeros) responsables de la asistencia a la población con Cartilla Médico-Farmacéutica Municipal (llamada con anterioridad población de la Beneficencia Municipal), pasando de hecho a ocupar una segunda línea de atención los especialistas que ya estábamos integrados en los C.P.S. (psiquiatras, psicólogos, ginecólogos, etc.). Esta inclusión redefinió automáticamente las funciones y objetivos de los C.P.S. en la medida que de ellos empezó a depender integralmente una población bien definida, manteniéndose los programas de Planificación Familiar y de Salud Parento-Infantil abiertos a toda la población del Distrito.

Nuestra responsabilidad sanitaria sobre la población de la beneficencia, nos permitió una mayor coherencia en nuestras intervenciones clínicas dado que podíamos trabajar integrando los aspectos preventivos con los curativos, los aspectos biológicos con los sociales y los psicológi-

cos o relacionales. Sin embargo, esta misma responsabilidad sanitaria sobre una población minoritaria nos cristalizaba como una red sanitaria marginal (3).

El mantenimiento de los programas preventivos destinados a toda la población del Distrito desdibuja la marginalidad en cuanto supone una cobertura universal, pero acarrea dos problemas:

1) Dicotomiza los cuidados en preventivos (desarrollados desde estos Centros) y curativos (responsabilidad de la red del INSALUD para el 92 % de la población) sin ninguna coordinación interinstitucional.

2) Mantiene el carácter marginal de estos Centros dado que la responsabilidad sanitaria sobre la mayoría de la población permanece en la red sanitaria principal.

De la variedad de estas informaciones, así como de la reflexión sobre el trabajo desarrollado y los errores cometidos, surge la necesidad en el equipo de Salud Mental de un cambio, de un salto cualitativo, de una nueva epistemología que permita tanto interseccionar los parámetros mencionados (filosofía sanitaria, competencias sanitarias de los C.P.S., recursos o servicios públicos del Distrito y las necesidades en Salud Mental del Distrito y las necesidades en Salud Mental del Distrito de Carabanchel) como ordenar la complejidad inherente al campo de la Salud Mental, que incluye distintos aspectos y distintos niveles que van desde la planificación a la resolución de problemas concretos en la consulta, pasando por la investigación, la reflexión sobre problemas clínicos, la intervención en conflictos intra e interinstitucionales, etc.

La epistemología que nos pareció la más adecuada fue la sistémica (*) para las necesidades de:

(*) Desarrollaremos en otro artículo los porqués de esta elección.

1. Basamentación científica conceptual e instrumental de la integralidad y del proceso enfermedad-salud (*).

2. Organización del pensamiento y de la reflexión en común sobre los problemas e interrogantes en Salud Mental que el equipo debe cotidianamente abordar e intentar resolver (tanto los que se entienden como de orden puramente clínico, como los que genera el trabajo comunitario).

3. Organización del trabajo del equipo de Salud Mental como un subsistema dentro del C.P.S. y dentro del conjunto de equipos de Salud Mental del Distrito.

4. Organización del trabajo terapéutico del equipo (en sus vertientes asistencial y clínica) y desarrollo de técnicas comunes de intervención destinadas a producir cambios terapéuticos en el menor tiempo posible, que puedan beneficiar no sólo al paciente designado sino también a su contexto más próximo (contexto operativo) lográndose así una integración de los diferentes niveles de la prevención (ROJERO, C.; SUÁREZ, T., 1981) (4).

Este cambio epistemológico generó a su vez cambios en el equipo de Salud Mental y en las relaciones de éste con otros sistemas:

- Cambios en la relación con los pacientes y sus contextos significativos.
- Cambios en las relaciones con otros profesionales del C.P.S.
- Cambios en las relaciones con otros profesionales y equipos del Distrito.

De todos estos cambios hablaremos en el presente trabajo.

1.1. Consideraciones teóricas

Antes de exponer el objeto del presente artículo, nos parece necesario introducir algunos de los conceptos teóricos a los

(*) Signos que utilizaremos (como Edgar MORIN) para hacer referencia a la recursividad.

que vamos a hacer continuamente referencia.

«¿Qué es la organización? En una primera definición la organización es la disposición de relaciones entre componentes e individuos que produce una unidad compleja o sistema dotado de cualidades desconocidas en el nivel de los componentes o individuos» (5).

Para Edgar MORIN, existe una reciprocidad circular entre los conceptos de interrelación, organización y sistema: «Toda interrelación dotada de cierta estabilidad toma carácter organizacional y producen un sistema» (5).

Ni sistema ni organización son reductibles al concepto de estructura. La noción de estructura se refiere al conjunto de reglas de unión, de interdependencia, de relación entre los elementos que componen el sistema; está en la línea del «orden» intrasistémico (estabilidad y morfostasis del sistema) y no da cuenta ni del «desorden», ni de la complejidad organizacional ni de las emergencias sistémicas, ni de la dimensión temporal.

El concepto de organización incluye la estructura más los programas de actividades en función de las metas del sistema; por ende, incluye el factor tiempo y con él la morfogénesis del sistema.

No queremos dejar pasar el concepto de «emergencia sistémica», dado que su instrumentación en el trabajo comunitario (con familias, instituciones y, en general, con «grupos humanos con historia») nos parece de la mayor utilidad. Con él, hacemos referencia a las cualidades de un sistema que suponen una novedad y un salto cualitativo en relación a las cualidades de los elementos que lo componen considerados éstos aisladamente o dispuestos en forma diferente en otro sistema.

1.2. Objeto del presente trabajo

El objeto de este trabajo es presentar desde el pensamiento sistémico dos niveles lógicos de organización, así como las intersecciones entre ellos que corres-

ponden a los cambios señalados previamente:

1. Aspectos de la organización con los profesionales del Distrito de Carabanchel.

2. Aspectos de la organización del trabajo clínico con los usuarios.

Es nuestra intención mostrar cómo ambos niveles organizativos forman parte del mismo proceso de intervención que, a su vez, retroalimentan nuestra epistemología sobre la comprensión del proceso enfermedad-salud en sus manifestaciones psíquicas, lo que, a su vez, incide sobre la organización en sus distintos niveles, en un proceso recursivo.

II. ASPECTOS DE LA ORGANIZACIÓN CON LOS PROFESIONALES DEL DISTRITO DE CARABANCHEL

Esta organización ha sido creada *en* y está marcada *por* un contexto general con las características siguientes:

1. *Una incoordinación* de los diferentes recursos sanitarios sociales y psicopedagógicos cuyas competencias están además fragmentadas y mal definidas y cuyas acciones con frecuencia, se superponen y/o dejan vacíos asistenciales.

2. *Una ubicación* marginal de los Centros de Salud Municipales en cuanto a la red general del INSALUD, con competencias integrales sobre una población marginal (Beneficencia Municipal) y desarrollando programas preventivos (Planificación Familiar, Salud Materno-Infantil, etcétera) abiertos a toda la población del Distrito y que no son asumidos por el INSALUD.

3. *Una formación* de los profesionales de la salud y una planificación de la misma que determinan el mantenimiento de un modelo médico tradicional basado en una visión reduccionista del ser humano con la clásica compartimentación de mente y cuerpo, con la desintegración en él de los aparatos y subsistemas corporales, sin que exista un profesional definido

(médico de familia, pediatra) que actúe asumiendo la responsabilidad integral del caso, ni un modelo para integrar las informaciones obtenidas por los especialistas con las obtenidas del contexto socio-familiar.

La prueba es el hecho general de la no existencia en primera línea de historias clínicas que recojan: las informaciones del médico general o de familia, de los especialistas, de las hospitalizaciones, etc.

4. *Un proceso* de transformación de las estructuras sanitarias, que plantea la descentralización de la gestión de las mismas (transferencias a las Comunidades Autónomas), una integración de las diferentes redes y una organización del trabajo que permita a los profesionales intervenir no sólo en los aspectos biológicos de los pacientes sino también en los sociales y en los psíquicos. Esta situación de transformación, aún no concretada, genera por un lado incertidumbre en los profesionales y en las instituciones, pero permite una mayor apertura de ambos a nuevos enfoques, propuestas y perspectivas.

En el contexto más inmediato, hay que destacar:

— El proceso del trabajo realizado por el conjunto del equipo del C.P.S. alrededor, principalmente, de los programas de Planificación Familiar y Salud Parento-Infantil.

— El territorio en que trabajamos, con una población aproximadamente de 250.000 habitantes, constituido por clase media y trabajadores y por algunos núcleos marginales con población de la Beneficencia Municipal.

— La situación de los recursos socio-sanitarios que existen en el Distrito y que son los siguientes:

1. Recursos sanitarios:

1.1. Dependientes del INSALUD:

Nueve Consultorios.

Un Ambulatorio.

1.2. Dependientes del Servicio Regional de Salud (Comunidad Autónoma): Hospital Psiquiátrico Infantil «Fray Bernardino Alvarez» (transferencia prevista para el 1.º de enero de 1986).

1.3. Dependientes del Ayuntamiento:

Dos Casas de Socorro.

Unidad Geriátrica Municipal.

Centro de Promoción de la Salud.

2. Recursos sociales:

2.1. Dependientes del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: Equipo número 3 del INSERSO.

2.2. Dependientes de la Junta de Distrito: Equipo de Asistentes Sociales.

3. Recursos dependientes de Educación:

3.1. Ministerio de Educación y Ciencia:

Equipo Multiprofesional.

INRI (Instituto Nacional de Reeduación de Inválidos).

SOEV (Servicio de Orientación Educativa y Vocacional).

3.2. Ayuntamiento de Madrid (Concejalía de Educación): Equipo Psicopedagógico.

Cuando el Equipo de Salud Mental comienza a plantearse la necesidad de elaborar un «Programa específico de Salud Mental» (*) y de asumir las necesidades

(*) Los documentos elaborados por la Delegación de Sanidad no contemplaban la existencia de un Programa de Salud Mental pero tampoco se oponían a él. El entrecorillado se refiere a la expresión utilizada en las reuniones de los profesionales de Salud Mental de los C.P.S. donde se discutió siempre sobre esta necesidad y también sobre el concepto de «Programa». Desde el modelo sistémico, el Programa está en un nivel lógico inferior a la Organización, ya que éste incluye la Estructura más el Programa. La estructura es la constante de la Organización y los Programas, es lo variable. El Programa se desarrolla en el tiempo en función de las metas y objetivos a alcanzar.

del Distrito considerando los recursos públicos ya existentes, se contaba con competencias y profesionales de Salud Mental. Estos recursos dependían de redes institucionales diferentes y tenían competencias territoriales distintas.

Después de un primer período de un año en el que nuestro equipo mantuvo contactos bilaterales que nos permitieron conocer la situación de los diferentes equipos, así como su disponibilidad para desarrollar un trabajo comunitario más coherente, propusimos en noviembre de 1982 un primer encuentro al que asistieron profesionales (psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales) en representación de los equipos e instituciones siguientes:

— Hospital Psiquiátrico Infantil «Fray Bernardino Alvarez».

— Equipo núm. 3 del INSERSO.

— Equipo psicopedagógico municipal.

— Equipo multiprofesional.

— SOEV.

— INRI.

— Equipo convivencia «Caño Roto»: asociación de carácter voluntario destinada a la ayuda de toxicómanos.

— Psicólogos y asistentes sociales de los Colegios Públicos: «Eduardo Callejo», Orfanato Nacional «El Pardo», Colegio de Huérfanos «La Unión» (**).

Aunque todos los profesionales que participamos en este encuentro veíamos necesaria la coordinación interinstitucional realizada por los responsables político-técnicos de estas instituciones, estábamos convencidos de que iniciativas como la nuestra de carácter estrictamente profesional podría estimularla y favorecerla. Sobre la base de esta creencia y tras la primera reunión, se inició un proceso de

(**) El Equipo Convivencia «Caño Roto» y los profesionales de estos Colegios citados no han sido presentados en la descripción de los recursos al no poseer una entidad institucional suficiente en relación al campo de la Salud Mental. Por ello aunque asistieron a algunas reuniones y han mantenido a lo largo del tiempo contactos, quedaron desvinculados de la organización interequipos.

coordinación interinstitucional liderado por los profesionales, estructurado en torno a reuniones mensuales (que siguen teniendo lugar en el presente) y cuyos objetivos generales fueron «el evitar duplicaciones y carencias en el tipo de servicios de Salud Mental prestados a la Comunidad».

Para poder cumplir este objetivo vimos la necesidad de dotarnos para el Distrito de una organización inter-servicios propia, cuya meta sería la creación y desarrollo de un Programa de Salud Mental Comunitaria para Carabanchel.

Esta organización, como todo sistema abierto, debería ser lo suficientemente flexible para responder a las necesidades de la comunidad. Para esto, hipotetizábamos que la propia organización generaría sus propios «recursos» (*) que trascenderían las competencias definidas institucionalmente para cada uno de los equipos o servicios. Efectivamente, esto es lo que se produjo en un determinado período del proceso. Así, en el caso de nuestro equipo de Salud Mental, nos llevó a asumir la cobertura en segunda línea de todos los niños del Distrito desde el momento del embarazo y hasta el cumplimiento de los siete años.

La organización interequipos se planteó desde el comienzo la necesidad de mantener un contacto continuo con la Institución u Organismo que en el futuro asumiría las competencias en Salud Mental. De este modo, la organización contactó y tuvo una reunión con responsables del INSAM en el momento que se planteó la necesidad de dotarnos de una ficha unificada de recogida de datos (**). Posteriormente, hemos mantenido un contacto a través de uno de los miembros de nuestro equipo.

Vamos a resumir estos tres años de existencia de nuestra organización co-

mentando sus más importantes realizaciones:

1. La elaboración e implementación de una ficha unificada de recogida de datos, editada por el Concejal-Presidente de la Junta Municipal del Distrito de Carabanchel que nos ha permitido no sólo el disponer de datos estadísticos de los años 1983, 1984 y 1985, sino también el dedicar muchas horas a confrontar y unificar conceptos tan importantes como el de «salud mental», «criterios de alto riesgo», «perspectiva biopsicosocial de la salud-enfermedad», «contexto», además de los propios ítems de la mencionada ficha.

2. Los cambios y/o ampliaciones que se produjeron en las competencias de casi todos los equipos o servicios que participaban en la coordinación y que, respondiendo a las necesidades de la comunidad de Carabanchel, tenían en cuenta la flexibilidad de nuestros propios organigramas institucionales además del respeto a sus competencias y funciones. La ya referida ampliación de nuestras competencias como equipo de Salud Mental sobre la población de Carabanchel de cero a siete años nos llevó a establecer una coordinación funcional con los pediatras del INSALUD, que ha generado un acuerdo interprofesional destinado a reglar sus derivaciones que, como primeras líneas con responsabilidad sanitaria sobre esta población, pueden realizarnos. Este acuerdo incluye también la información que nuestro equipo deberá facilitarles al final de la fase de evaluación del caso o durante su tratamiento.

3. La necesidad de una definición de las relaciones entre los diferentes servicios y entre éstos y la comunidad. Para ello, tomamos como base la discusión de los criterios de derivación entre los distintos servicios. Esto nos permitió definir la adscripción de los diferentes equipos a tres grandes sistemas: *Sistema Sanitario* (Hospital Psiquiátrico Infantil «Fray Bernardino») y Equipo de Salud Mental del C.P.S.), *Sistema de Servicios Sociales* (INSERSO), *Sistema Escolar* (Equipo Psicopedagógico Municipal, Equipo Multi-

(*) «Recursos»: en el sentido de las emergencias sistémicas.

(**) Dado que el INSAM estaba elaborando su propia ficha, nuestra organización decidió disponer de una propia hasta que la del INSAM pudiera ser operativizada.

profesional, SOEV, INRI). En un segundo lugar, la discusión de estos criterios nos llevó a deslindar las primeras y segundas líneas de atención en Salud Mental así como la adscripción de cada equipo dentro de su sistema a una de estas líneas. Pos-

teriormente, quedó establecida la coordinación entre los equipos del Sistema Escolar para asumir de manera compartida la responsabilidad de cobertura en primera línea de atención a todas las escuelas públicas del Distrito (ver Tabla I).

TABLA I

	Sistema escolar	Sistema sanitario	Sistema de servicios sociales
1.ª LINEA	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo Psicopedagógico Municipal. • Equipo Multiprofesional. • S.O.E.V. 		<ul style="list-style-type: none"> • Equipo núm. 3 del INSERSO.
2.ª LINEA		<ul style="list-style-type: none"> • Equipo Salud Mental del C.P.S. • Hospital Psiquiátrico «Frav. Bernardino Alvarez». 	

Además del organigrama, la estructura de la organización interequipos incluía las reuniones mensuales de todo el sistema y también las reuniones puntuales o periódicas destinadas a la derivación de casos o a la elaboración de estrategias comunes de intervención en otros, etc. Esto llevó al establecimiento de ciertas reglas relacionales entre las primeras y segundas líneas tales como: «no se puede derivar un caso sin previo contacto con la segunda línea», «la primera línea no puede indicar un determinado tratamiento», etc.

La organización inter-equipos desarrolló durante estos tres años, diferentes subprogramas tales como el de la elaboración de la ficha unificada de datos, que requirió la creación y trabajo de una Comisión específica, que es también la responsable de las estadísticas unificadas anuales, o el subprograma de actividades actualmente en curso destinado al estudio de la situación de la Salud Mental en un barrio marginal del Distrito, para lo que la organización, entre otras cosas, invitó a una reunión a todos los equipos que, también marginalmente, trabajan en él.

Simultáneamente, nuestro Equipo de Salud Mental del C.P.S. adoptó una epis-

temología común y, como consecuencia, creó una nueva organización del trabajo en Salud Mental con los otros profesionales y subsistemas del propio C.P.S. En este sentido, el hito fundamental tuvo lugar en la primavera de 1984 y lo constituyó el paso del Equipo de Salud Mental a la segunda línea de atención en los diferentes programas, tales como las entrevistas de parejas en el Programa Parento-Infantil y grupos de parejas (6), (7), grupos de Planificación Familiar (8), etc., y el abandono de la atención a la demanda espontánea.

Esta decisión produjo cambios que afectaron a los programas preventivos del C.P.S. y concretamente a los profesionales que en ellos trabajan. Así, las matronas y ginecólogos asumieron los grupos de parejas dentro del Programa de Planificación Familiar y las matronas las primeras entrevistas y grupos de padres en el Programa de Salud Parento-Infantil, teniendo que aprender a desenvolverse y a manejarse ante diferentes situaciones relacionales, familiares y grupales con el asesoramiento del Equipo de Salud Mental.

Como este cambio de nivel de nuestro equipo coincidió con la inclusión, dentro del organigrama del C.P.S., de los profe-

sionales responsables sanitarios de la población de la Beneficencia Municipal, tuvimos que negociar reglas relacionales para la derivación de casos, y tuvimos también que crear espacios (reuniones semanales o quincenales) en los que se estudiarían situaciones o casos problemáticos para las primeras líneas, decidiéndose conjuntamente si una derivación estaba indicada o era más adecuado y aconsejable un seguimiento asumido por la primera línea con la supervisión del Equipo de Salud Mental. En definitiva, establecimos un nuevo *método* de trabajo entre la primera línea responsable sanitaria y el equi-

po especializado en Salud Mental. Esto creó cierta tensión, acostumbrados como estaban los médicos generales a funcionar de «guardias de tráfico» entre los pacientes y los especialistas. En un segundo tiempo, algunos de estos colegas han podido apreciar las ventajas no sólo de estar arropados por los especialistas, sino también de tener una perspectiva más global de las demandas o problemas que les plantean sus pacientes y familias.

El organigrama de los servicios del C.P.S. en relación al Equipo de Salud Mental, quedó, pues, así establecido (ver Tabla II):

TABLA II

1.ª LINEA	Programa Planificación Familiar	Programa de Salud Pa- rento-Infantil.	Equipos de Atención Primaria: • 3 Médicos genera- les y ATS. • 1 Pediatra y ATS.
2.ª LINEA	Equipo de Salud Mental		

Pero, ¿cuáles eran las ventajas que se derivaban del hecho de estar situados como equipo especializado en Salud Mental en la segunda línea de atención sanitaria?:

1. Este tipo de estructuración permite al médico de cabecera y al pediatra (y a los equipos que con ellos trabajan) asumir la responsabilidad sanitaria de manera integral de sus pacientes y familias y, consecuentemente, de las demandas que ellos plantean.

2. En la medida que los equipos de atención primaria asumen la atención de los problemas de Salud Mental, considerándolos como problemas humanos retroalimentados por un determinado contexto, se reduce la estigmatización de sus pacientes, así como la derivada de ser usuario de los servicios especializados.

3. Dada la alta prevalencia de las manifestaciones y síntomas psíquicos del enfermar, la función del especialista ya no será únicamente el atender las situaciones y casos más complejos sino también ampliar su capacidad de intervención a tra-

vés del trabajo en común, pero diferenciado, con los profesionales de primera línea.

Desde nuestra experiencia, pudimos constatar la fragmentación que se produce cuando los tres aspectos (bio/psico/social) se suman a través de la actuación de los profesionales respectivos en la misma primera línea. Por otra parte, esta estructuración horizontal facilitaba un desdibujamiento de las responsabilidades que del médico general pasaban a la asistente social y de éste al psiquiatra/psicólogo o viceversa.

Desde nuestra perspectiva sistémica, esta estructuración del equipo en segunda línea, nos permite además tener una visión más amplia y compleja de la trama relacional en la que está inserto el sujeto. El conocimiento del «contexto significativo» (*) en el momento de la derivación y

(*) Concepto utilizado por la escuela de Milán que hace referencia a la intersección sistémica que incluye todas las variables que entran en juego en la disfunción individual y relacional.

de la demanda incluye al menos al paciente y su familia (una de cuyos miembros es con frecuencia el demandante), así como a la primera línea de atención sanitaria (médico general o pediatra y enfermeros) y la relación entre ellos. Esto permite un desvelamiento y mejor comprensión del «juego» interaccional (**) y crea también un contexto más adecuado para la intervención «terapéutica» (***), cuyos instrumentos serán coherentes con este tipo de comprensión contextual.

En cuanto al problema de la estigmatización del paciente con problemas y síntomas psíquicos, en gran medida viene producida por la descontextualización y, por lo tanto, por la designificación de éstos (9), (10), (11), (12) y se va operando en lo que SCHEFF denomina «ensamblaje de módulos sistémicos interactuantes» (****). Según nuestro criterio, comienza en un determinado juego en el sistema familiar, continúa con la «transgresión de reglas residuales» (13) (*****) en el sistema social y termina con lo que también SCHEFF denomina «módulo del control social» (11) (*****). Cualquiera de ellos o su conjunto pueden constituir en un momento dado un sistema de «amplifi-

cación de la desviación» (14) (*****) cuyo producto es la estigmatización del paciente.

Los tres puntos primordiales que constituyen de hecho un triángulo estratégico en la cadena de eslabones, estarían constituidos por:

a) La intersección entre el sistema familiar (a través de algunos de sus miembros) y el sistema sanitario (habitualmente para nosotros el equipo de atención primaria).

b) La intersección entre la primera y la segunda línea sanitarias (el equipo de atención primaria conecta con el Equipo de Salud Mental).

c) La intersección entre el sistema familiar y el Equipo de Salud Mental.

Nuestro objetivo es el de intervenir «terapéuticamente» en todas y cada una de estas intersecciones a fin de romper la cadena de eslabones que constituye el proceso de amplificación de la desviación y cuyo producto es la estigmatización del paciente.

Este sería en el momento presente el organigrama global de nuestro Equipo de Salud Mental (ver Tabla III).

El mantener la coherencia con este tipo de organigrama en el que nos situamos en segunda línea de atención implica el que *realmente* nunca tratamos la demanda que nos viene planteada directamente por el usuario o un miembro de su familia, si no es en el caso del Subprograma de Recepción y Evaluación de la demanda (realizado en un 80 % a través del teléfono y del que hablaremos posteriormente). Todos nuestros «casos» nos han sido, pues, derivados por las primeras líneas de atención.

(**) El concepto de «juego» es un concepto transdisciplinario, utilizado en Psicología, Sociología, Economía, Política, etc., como esquema de representación de la realidad y de las relaciones interpersonales.

(***) Desde el enfoque sistémico son «terapéuticas» aquellas intervenciones que producen un cambio en el juego relacional disfuncional (del que el comportamiento sintomático no es más que un segmento), frente a las intervenciones asistenciales cuyo objetivo es el mantenimiento del juego relacional y, por ende, de la morfoestasis.

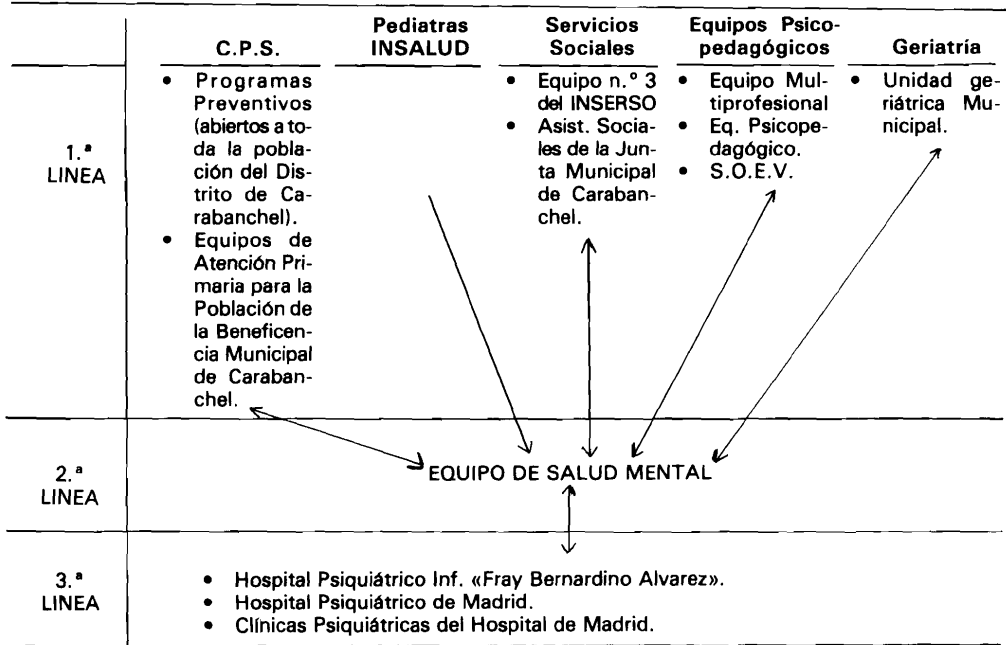
(****) La teoría del trastorno mental propuesta por SCHEFF, T., es un «ensamblaje de módulos sistémicos interactuantes»; cada uno de esos módulos es un sistema con sus propias contingencias.

(*****) Las «reglas residuales» son para GOFFMAN, E., ciertas reglas relacionales sociales que se rigen por consenso y que suelen ser implícitas. Su violación o transgresión no proporciona rótulos explícitos (criminal, amoral, etc.) por lo que a veces se cataloga al transgresor como enfermo mental.

(*****) El «módulo del control social» opera de tal modo que el desviado tiende a jugar el juego estereotipado de tal.

(*****) MARUYAMA se refiere a la Segunda Cibernética hablando de los procesos causales mutuos de desviación-amplificación (o «círculos viciosos» e «intereses compuestos»), «en suma, todos los procesos de relaciones causales mutuas que amplifican una oposición insignificante o accidental, crean desviación y se apartan de la condición inicial».

TABLA III
ORGANIGRAMA GLOBAL ACTUAL DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL



La reflexión promovida por nuestro paso a la segunda línea de atención sanitaria en el CPS, nos ha llevado a plantear la necesidad de un cambio en nuestro organigrama y también en nuestra organización interequipos en el Distrito, pues si, como decimos (siguiendo la declaración de Alma Alta, 1977, OMS), la responsabilidad sanitaria queda asumida por el equipo de atención primaria (médicos generales, pediatras y ATS), lo que posibilita a su vez que dicho equipo pueda desarrollar una perspectiva integral en el proceso salud-enfermedad, ¿hasta qué punto el continuo aceptando derivaciones de las primeras líneas de los sistemas escolar y de servicios sociales, estamos nosotros como segunda línea, dentro del sistema sanitario, no sería cortacircuitar a los responsables sanitarios de la primera línea?, ¿hasta qué punto no estaríamos entrando en una organización incongruente con el principio antes señalado?

El hecho de considerar al equipo de Salud Mental como un equipo especializado en segunda línea dentro del sistema sanitario, no implica el abandono, sino que lo subraya y ressignifica, del principio según el cual las intervenciones «terapéuticas» desde el campo de la Salud Mental y más específicamente en la comunidad han de centrarse en la contextualización de la demanda y por ende, y de manera significativa, en las intersecciones anteriormente expuestas, además de en las intersecciones del paciente designado y su familia y de éstos con los sistemas implicados con la demanda.

Consecuentemente, aunque el equipo de Salud Mental desde un punto de vista organizativo, sea una «simple» segunda línea especializada dentro del sistema sanitario, en lo que se refiere a su praxis, habrá de continuar trabajando con los diferentes sistemas existentes en la comunidad en posición *meta* respecto a los mis-

mos, a fin de poder abordar la «complejidad» relacional característica de los juegos humanos y más de los disfuncionales.

III. ASPECTOS DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO CLÍNICO CON LOS USUARIOS

Vamos a centrarnos en esta parte del trabajo en las situaciones en las que los equipos de primera línea nos han planteado una derivación y que, de común acuerdo, ésta ha sido aceptada. Ello supone que nuestro derivante y el demandante (paciente designado y/o un miembro de la familia) han llegado a un acuerdo sobre la necesidad y/o pertinencia de la consulta al equipo de Salud Mental. No abordaremos aquí la extraordinaria complejidad que dicho acuerdo puede revestir (y ocultar) y que constituye un elemento central para la correcta evaluación de la demanda (15), (16).

El acuerdo citado queda verificado en la llamada telefónica al equipo de Salud Mental, al Subprograma de Recepción y Evaluación de la demanda.

Nos proponemos dedicar una atención especial a este Subprograma y más específicamente a su instrumento paradigmático: la Ficha Telefónica (17).

El Subprograma de Recepción y Evaluación, además de recepcionar los casos que nos vienen derivados por los profesionales de las primeras líneas de atención, tiene establecido un servicio de orientación («consulting») a los ciudadanos del Distrito no incluidos en la cobertura asistencial que el equipo presta, con lo que tras una primera evaluación del problema presentado en el motivo de consulta, se les dirige al servicio público que les corresponda según los acuerdos establecidos entre los servicios de Salud Mental del Distrito.

La responsabilidad de este Subprograma queda en manos de dos miembros del equipo, quienes reciben todas las demandas de atención de los usuarios. Dichos responsables son los que realizan el «con-

sulting») o bien aceptarán la demanda de atención. En este último caso, explicitan que el hecho de recibir la demanda no implica necesariamente que serán ellos los responsables del caso, dado que este primer contacto va a servir para recoger las informaciones que utilizará el equipo para la preparación de la entrevista. La recepción resulta ser el primer paso del proceso terapéutico.

De este modo, estamos ya dando al sistema demandante informaciones significativas sobre la definición de la relación que el equipo hace: le transmitimos que la información que le solicitamos es muy importante para la comprensión y resolución del problema; le transmitimos *implícitamente* que no aceptamos coaliciones (secretas, etc.) (18), dado que la información que nos va a aportar va a ser utilizada por los terapeutas que tendrán la responsabilidad de su caso, en el marco de la primera entrevista y subsiguientes. Con ello, favorecemos nuestra «neutralidad» de la que hablaremos más adelante.

Decidimos en junio de 1984 en el contexto de la reorganización de nuestro trabajo, utilizar un nuevo instrumento técnico para la recepción de Salud Mental: la Ficha Telefónica, instrumento utilizado por la Escuela de Milán (19) y que hemos trabajado con PRATA, G., en sus seminarios (Seminarios en Madrid, 1983, 1984 y 1985).

La elección de la Ficha Telefónica respondió a la valoración como instrumento desde un punto de vista organizativo y desde un punto de vista clínico para nuestro trabajo.

El Subprograma de Recepción y Evaluación de la demanda, con la Ficha Telefónica, sintetiza e intersecciona las funciones organizativas de nuestro trabajo en el nivel de los equipos del Distrito y en el nivel del trabajo clínico.

En relación a la función organizativa en el nivel de las relaciones con otros equipos del Distrito, la Ficha Telefónica:

1. Permite la discriminación de aquellos casos que, de acuerdo a nuestras ac-

tuales competencias sanitarias corresponden ser atendidos por el equipo y aquellos otros que, de acuerdo al motivo de consulta planteado, a la cobertura sanitaria de que dispone y a la edad del paciente de que se trate, deben ser atendidos en otros servicios del Distrito.

Esta discriminación posibilita la aceptación inmediata del caso recepcionado o bien su remisión al servicio público específico que le corresponda. En definitiva, a través de la recepción con la Ficha instrumentamos el objetivo de nuestro equipo y de la organización intequipos de búsqueda de una racionalización de las prestaciones en Salud Mental para evitar duplicidades y carencias. Por otra parte, intentamos así garantizar que la atención a los ciudadanos de Carabanchel se realice dentro del ámbito territorial del Distrito.

2. Facilita una organización interna en cuanto a la adscripción de los distintos casos aceptados a los profesionales del equipo, garantizando un conocimiento suficiente para todos los miembros del mismo.

En relación a la función organizativa en el nivel clínico de la Ficha.

Partimos del hecho de que la recepción en un servicio de Salud Mental constituye el primer momento de contacto entre dos sistemas diferentes: el sistema demandante que usa un portavoz para la petición de consulta, portavoz que puede o no, ser el paciente designado, y el sistema del equipo de Salud Mental, que encarga a uno de sus miembros la realización de la recepción.

Al hablar de que se trata de dos sistemas distintos, estamos haciendo referencia a que cada uno se rige por un conjunto de reglas propias, tiene unas metas y unos objetivos específicos y que por todo ello, tiene cada uno epistemología o comprensión del síntoma, de los orígenes del mismo, del enfermar, así como del modo que han de ser abordados éstos. El hecho de ser el primer contacto entre estos dos sistemas, supone estar dando ya los primeros pasos en la organización de la rela-

ción entre dichos sistemas y por ende favorece o no la organización posterior del contexto terapéutico. Es, por tanto, el primer paso del proceso de la intervención terapéutica en el sentido ya explicado de un cambio en el juego relacional que mantiene el síntoma.

Dada la trascendencia de este primer contacto, es preciso realizar la Ficha Telefónica con arreglo a los siguientes principios:

1. *Directividad*: es la elección por parte del intermediario del equipo de la información que considera necesaria para la comprensión del problema; ello, a su vez, es una información para el demandante en cuanto a los objetivos del terapeuta y a la modalidad de relación (definición de la relación).

La definición de la relación es clara pero implícita y frente a ella, el demandante realiza sus propias propuestas de definición de la relación. Es a través de esta negociación que la variedad inicial de relaciones posibles entre el sistema terapéutico y el sistema demandante queda constreñida a un número limitado de posibilidades marcadas por los objetivos terapéuticos.

2. *Circularidad*: «Por ella entendemos la capacidad del terapeuta de conducir su investigación basándose en las retroacciones de la familia a las informaciones solicitadas por él en términos de relaciones y, por tanto, en términos de diferencias y cambios» (20).

Partimos de aportes de BATESON relativos a su conceptualización acerca de lo que tiene características de «mental»: «la mente sólo contiene transformaciones, preceptos, imágenes, etc... Una diferencia que hace una diferencia es una idea... No existen «cosas» en la mente, ni siquiera «dependencias» (21).

Asimismo, consideramos el desarrollo de la Escuela de Milán cuando dicen «la información es una diferencia»; la diferencia es un relación (o cambio en la relación)» (19). Por esto «las preguntas... son

formuladas a fin de informarnos de ciertas "diferencias"» (20) en las relaciones y «el terapeuta permanece neutral respecto a ambas partes, el que llama y los demás miembros del sistema» (20).

La investigación del motivo de consulta y del contexto del problema a través del rastreo de la información relacional nos facilita una primera comprensión que servirá para la labor posterior de hipotetización, y una primera delimitación del contexto significativo.

Dicho de otra manera, nos interesa conocer no solamente el síntoma, sino sobre todo cuándo surge, si coincide o no con otros hechos o cambios importantes dentro del sistema: bodas, muertes, adolescencias, etc.; sobre quién recae más el cuidado, qué soluciones han probado hasta ahora, quién las tomó, qué ocurrió, si las demás personas significativas están al corriente de la petición de consulta, si están de acuerdo o no, si han intervenido otros profesionales con anterioridad, cuándo, relación con los mismos, etc. En la medida que durante la realización de la ficha nos encontramos con un sólo de los miembros del sistema, resulta imprescindible no hacerse preguntas acerca de relaciones entre terceros (contrariamente a lo que hacemos durante las entrevistas terapéuticas), puesto que en ese caso, cometeríamos el error de proporcionarle un «status» de coterapeuta al demandante, lo que iría en contra de los objetivos terapéuticos (20).

La Ficha Telefónica relacional supone una información de primer orden para el demandante en cuanto da cuenta de la comprensión relacional del problema frente a la epistemología lineal propia del demandante.

Esta comprensión de la conducta humana, que nos mueve a realizar nuestras indagaciones desde el primer contacto de manera relacional resulta ser de una gran dificultad, dado que la linealidad del lenguaje condiciona nuestro pensamiento; SHANDS dice: «El lenguaje nos prescribe ordenar los datos deductivamente, de

manera lineal. Influidos y condicionados, sin advertirlo, por el método lingüístico aceptamos, aún reforzándola, la noción de que el universo está organizado según una base lineal y, por lo tanto, según el modelo causa-efecto. Puesto que el lenguaje exige sujeto y predicado, quien realice la acción y quien la soporte, concluimos que ésta es la estructura del mundo. Bien pronto descubrimos, frente a contextos difíciles y complicados, que no es posible encontrar un orden tan concretamente definido si no se le impone» (22).

Es, por tanto, imprescindible, desde una perspectiva sistémica, realizar un esfuerzo que permita salir de la linealidad causa-efecto en la comprensión del síntoma. No hay una conducta de un sujeto, que sea la causa de la conducta de otro sujeto, se trataría en este caso de «un error epistemológico» (21), en cuanto que supondría un corte en la secuencia de hechos relacionales que comportaría, a su vez, una puntuación arbitraria en la secuencia de éstos, aislando los comportamientos del contexto donde tienen sentido.

Así pues, la Ficha relacional como información alternativa promueve un posicionamiento del sistema demandante en relación a la comprensión del problema, a la relación con el equipo y al motivo de consulta.

3. *Neutralidad*: «Por neutralidad del terapeuta entendemos un determinado efecto pragmático que, el conjunto de sus comportamientos en la conducción de la sesión, ejerce sobre la familia (y no una disposición intrapsíquica suya)».

Esta definición la aporta la Escuela de Milán (21) para la realización de entrevistas terapéuticas. Sin embargo, consideramos que es un principio válido y necesario para la realización de la Ficha ya que éste es el primer contacto con el sistema demandante y en él se producen ya intercambios que definen ciertas reglas para la relación terapéutica.

También por ser éste el primer contacto, es una ocasión privilegiada para que el

sistema demandante realice a su vez propuestas de definición de maniobras relacionales dirigidas a la ruptura de la Neutralidad. Constatamos que las maniobras más frecuentes son del tipo: transmisión de secretos, intentos de coalición, seducciones e insidias en general (18).

La transmisión de información secreta o a espaldas del paciente, es una expectativa lógica de la familia dado que corresponde a una de las reglas relacionales más comunes entre el sistema sanitario y las familias de los pacientes. Desde el modelo sistémico el cambio de esta regla supone la ruptura de uno de los eslabones de la cadena que conduce a la estigmatización del paciente (*). «Para mantener esta neutralidad, es necesario evitar preguntas que puedan inducir al que llama a hacer comentarios y juicios pasados sobre el comportamiento, opiniones o sentimientos de los miembros ausentes» (20).

Si aceptamos las maniobras señaladas, estamos transmitiendo como información que el equipo acepta como posible esta modalidad de relación. Pragmáticamente esto supone que el equipo acepta la definición de la relación propuesta por el demandante de acuerdo a sus objetivos, quedando así los terapeutas atrapados dentro del juego relacional (¡antes de haber llegado a la primera entrevista!). Este hecho, que supondría la pérdida de neutralidad del equipo, invalidaría su capacidad terapéutica dado que, de acuerdo a nuestra epistemología, los síntomas son emergentes de un determinado juego relacional disfuncional. De este modo, la posterior organización de un contexto terapéutico resultará imposible y en su caso requerirá «contramaniobras» de los terapeutas para posibilitarlo.

El efecto pragmático de una Ficha Telefónica relacional define la situación a nivel «meta» del equipo respecto a él mismo y al sistema demandante. Es decir, se trans-

mite analógicamente al sistema demandante que el miembro del equipo que realiza la Ficha es sólo (y simétricamente, el demandante) un miembro de un sistema regido por reglas que están en un nivel lógico superior al de los individuos (22).

Para terminar, pensamos además que la Ficha relacional nos permite actualizar y verificar la motivación del demandante, aspecto siempre importante máxime cuando el equipo de Salud Mental se encuentra situado en segunda línea de atención.

Tras la fase de recogida de información, entramos en una segunda fase del Subprograma de Recepción y Evaluación de la Demanda.

Dicha fase tiene una doble función:

1. Realizar el trabajo de hipotetización por el conjunto del equipo sobre:

— La relación entre el sistema demandante y el profesional derivante en base a la confrontación de las informaciones obtenidas en el proceso de derivación y las aportadas por la Ficha Telefónica.

— La relación entre la demanda (que incluye el motivo de consulta) y el juego familiar disfuncional en curso y si la derivación forma parte o no de dicho juego.

— Las estrategias utilizadas por el sistema demandante a través de la llamada telefónica para incluir en su juego al equipo.

Entendemos por Hipotetización «la capacidad del terapeuta para formular hipótesis fundadas en las informaciones que posee. Con tales hipótesis el terapeuta establece el punto de partida de su propia investigación efectuada con métodos capaces de verificar la realidad» (21). Nuestras hipótesis siguen la propuesta sistémica en cuanto a que «deberán incluir a todos los componentes del sistema así como el proporcionarnos una suposición concerniente al funcionamiento relacional global» (21), esto es, al juego relacional del sistema.

El trabajo de hipotetización servirá como guía para la elaboración del programa

(*) Nos alegra que, por primera vez en nuestro país, se haya recogido en la Carta de los Derechos de los Usuarios, el derecho a que cada paciente pueda conocer la información que a su caso concierne.

terapéutico, que realizarán los responsables del caso y que puede incluir (a partir del contraste de las informaciones del derivante y del demandante) pasos previos a la primera entrevista con el profesional derivante.

2. La asignación del caso a los terapeutas responsables, quienes a partir de este momento y sobre la base de las informaciones recogidas y las hipótesis establecidas, prepararán la siguiente fase de la intervención clínica, en la que se habrá de establecer:

- *Delimitación del contexto significativo del problema presentado.*
- *Delimitación del contexto operativo, es decir, definición de las personas a las que se invitará a asistir a la primera entrevista.*
- *Preparación del programa de la entrevista.*

Los pasos descritos permiten la realización de la primera entrevista, dentro de la Fase de Evaluación Clínica, con un grado más elevado de precisión.

CONCLUSION

El enfoque sistémico se nos ha mostrado como un instrumento útil para:

- La conceptualización y reflexión teóricas.
- La organización de nuestro trabajo.
- La intervención clínica.

Esperamos con este artículo contribuir a crear un «corpus» teórico-práctico sobre el trabajo comunitario en Salud Mental que permita dar cuenta en cada caso del modelo epistemológico del que se parte.

Madrid, diciembre 1985

BIBLIOGRAFIA

- (1) ACOSTA, E.; CORCÉS, V.; OLABARRÍA, B. y otros: «Algunas consideraciones sobre los objetivos y funciones de los C.P.S. en el momento actual». Ponencia en las Primeras Jornadas de Salud de la F.S.M. Madrid. 1982.
- (2) F. ROJERO, C.: «Enfoque sistémico de la Prevención en Salud Mental», en *Paradigma sistémico y Terapia de Familia*, de SUÁREZ, T., y F. ROJERO, C. Ed. A.E.N. Madrid. 1983.
- (3) CARBALLO, S., y ACOSTA, E.: «Una experiencia comunitaria con agentes de salud en un contexto de cambio», en *Clinica y análisis grupal*. N.º 38. Páginas 599-619. Madrid. 1985.
- (4) F. ROJERO, C. y SUÁREZ, T.: «Prevención: enrucijada de intervenciones sistémicas», en *Rev. de Psicoterapia y Psicósomática*. Nueva Epoca. N.º 3. Madrid. 1981.
- (5) MORIN, E.: *El Método. I. La naturaleza de la naturaleza*. Ed. Cátedra, S. A. Madrid. 1981.
- (6) F. ROJERO, C. y OLABARRÍA, B.: «Programa de Salud Parento-Infantil del C.P.S. de Carabanchel: un Modelo de Prevención Primaria Precoz en Salud Mental». *Rev. de la A.E.N.* Año II. N.º 3. Madrid. 1982.
- (7) SUÁREZ, T. y F. ROJERO, C.: «Marca de contexto y conclusión de la Primera Entrevista de Familia», en *Rev. de la A.E.N.* Año IV. N.º II. Madrid. 1984.
- (8) ACOSTA, E.; CARBALLO, S., CORCÉS, V. y otros: «Un enfoque interdisciplinario en Planificación Familiar». *Papeles del Colegio Rev. Oficial del Colegio de Psicólogos*. N.º 4-5. Madrid. 1982.
- (9) GOFFMAN, E.: *Internados, Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. 1970.
- (10) LAING, R. y ESTERSON, A.: *Sanity, Madness and the Family*. The Tavistock Institute of Human Relation. Londres. 1984.
- (11) SCHEFF, T.: *El rol de enfermo mental*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. 1966.
- (12) SZASZ, T.: *El mito de la Enfermedad Mental*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. 1961.
- (13) GOFFMAN, E.: *Behavior in Public Places*. Nueva York. Free Press. 1964.
- (14) MARUYAMA, M.: «The Second Cybernetics: Deviation-Amplifying Mutual Causal Processes», en BUCKLEY, W. (Ed.): *Modern Systems Research for the Behavioral Scientist*. Chicago. Aldine. 1968.
- (15) SELVINI PALAZZOLI, M.; BOSCOLO, L.; CECCHIN, G.; PRATA, G.: «The Problem of the Referring Person», en *Journal of Marital and Family Therapy*. January. New York. 1980.
- (16) SELVINI PALAZZOLI, M.: «The Problem of the Sibling as the Referring Person». *Journal of Marital and Family Therapy*. January. New York. 1985.

(17) PRATA, G.: «III Seminario de G. PRATA en Madrid». Texto policopiado. Centro para el Estudio Sistémico de la Familia. Madrid. 1986.

(18) SELVINI PALAZZOLI, M., y PRATA, G.: «Insidie della terapia familiare». *Rev. Terapia Familiare*. N.º 10. Roma. 1981.

(19) SELVINI PALAZZOLI, M.; BOSCOLO, L.; CECCHIN, G.; PRATA, G.: «Paradoja y Contraparadoja». Ed. A.C.E. Buenos Aires. 1982.

(20) DI BLASIO, P.; FISCHER, J. M., y PRATA, C.: «The telephone-chard: A corner-stone in the first-

sesion with the family». *Rev. Journal of Strategic and Systemic Therapy*. Número especial sobre entrevistas sistémicas. Inminente publicación.

(21) SELVINI PALAZZOLI, M.; BOSCOLO, L.; CECCHIN, G.; PRATA, G.: «Hypothesizing, Circularity, Neutrality, Three Guidelines for the Conductor of the Session», en *Family Process*. Vol. I. N.º 1. New York. 1980.

(22) BATESON, G.: «Pasos hacia una ecología de la mente». Ed. Carlos Lohlé. Buenos Aires. 1976.

(23) SHANDS, H. G.: «The war with words». Mouton. The Hague. París. 1971.

RESUMEN

Los autores, miembros del mismo equipo, presentan en este artículo sus reflexiones acerca de la aplicación del modelo sistémico a dos niveles de su trabajo comunitario en Salud Mental en un Distrito de Madrid: el primero de ellos se refiere a la organización interequ岸os dentro del área; el segundo da cuenta de la utilización de un nuevo instrumento, la Ficha Telefónica, para la evaluación de la demanda y como primer paso de la intervención terapéutica.

SUMMARY

The authors, members of the same team, consider in this paper the use of the systemic model at two levels of their community mental health work in an area of Madrid: the first one concerns the organisation between the teams working in the area, the second one refers to a new instrument, the Telephone Chard to evaluate the demand as the first step in the therapeutic intervention.

PALABRAS CLAVES

Salud Comunitaria; Derivación; Organización interequ岸os; Integralidad; Evaluación de la demanda; Ficha Telefónica; Hipotetización; Modelo Sistémico.