

Psicología comunitaria y salud mental

Pedro T. Sánchez* y Juan B. Tormo**

Recientemente tuvimos la ocasión de asistir en Valencia al IV Encuentro Nacional de Psicología Comunitaria; el presente trabajo es producto de la reflexión que realizamos sobre algunas de las proposiciones que se hicieron en aquel foro, y que pretenden caracterizar el modelo comunitario.

Aparece la Psicología Comunitaria como alternativa frente al fracaso de los sistemas tradicionales de atender los problemas del hombre (léase modelo biomédico), y se propone un nuevo modelo integral de salud, el modelo biopsicosocioecológico. Se antepone, en fin, el nuevo modelo comunitario frente al antiguo modelo clínico.

Desde nuestro punto de vista, el nuevo modelo propuesto no es propio ni exclusivo de la Psicología Comunitaria, y tampoco es nuevo. Dado que el modelo comunitario forma parte de un amplio movimiento en las ciencias sociales y sanitarias cuyos antecedentes podemos encontrar, al menos, a principios de este siglo. El movimiento comunitario, como movimiento fundamentalmente interdisciplinar, recoge, entre otras, las siguientes aportaciones:

— El movimiento de higiene mental americano, la psiquiatría de sector francesa, la psiquiatría comunitaria anglosajona.

— La escuela sociológica del psicoanálisis americano (p. e., Sullivan o Karen Horney).

— La teoría general de sistemas de Von Bertalanffy y la teoría cibernética de Wiener.

— Las influencias antropológicas de Margaret Mead, Ruth Benedict, Malinowski o Levy-Strauss.

— Las aportaciones de la psicología social (p. e., George H. Mead,



Kurt Lewin, Festinger, Newcomb o Moreno).

— La sociología, con Durheim, Simmel, Tönnies, Weber, Dunham, Faris, Bastide o Pellicier.

— Los estudios ecológicos de la Escuela de Chicago.

Aunque siempre es posible, como afirma Chatelet (1), «... construir una mitología genealógica que, situando cada doctrina en un lugar precioso, reconstruye el orden conquistador del pensamiento. Sin duda, el análisis de los textos nos permite descubrir comienzos o rupturas. Pero lo que comienza mantiene en parte aquello contra lo que comienza».

SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD

Desde la perspectiva de la Psicología Comunitaria el concepto de salud debe reunir una serie de características, entre las que destacan:

1. La salud no debe ser concebi-

da sólo como ausencia de enfermedad.

2. La salud es un concepto dinámico formulado por la comunidad.

3. La salud como derecho y autorresponsabilidad de la persona.

4. La salud como materia interdisciplinar.

5. La salud como problema social y político.

Todas estas características del nuevo concepto de salud han sido, sin embargo, ya explicitadas por la OMS. Así, en su declaración de constitución (1946) se define a la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no mera ausencia de enfermedad» (2). Posteriormente, en el tercer informe del comité de expertos en salud mental se afirma: «La salud mental, tal como la comprende el comité, implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armonio-

* Psicólogo, Centro Salud Mental Massamagrell.

** Profesor de Filosofía de Instituto.

sas con otros, y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social o de contribuir en ello de modo constructivo. Implica también su capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos...» (3). Esta definición es consolidada en el décimo informe, donde se alude a la necesidad de fomentar el concepto de salud mental «positiva» (4).

Ahora bien, una concepción dinámica de la salud fue, asimismo, formulada en el cuarto informe, donde se señala que cualquier intento de evaluación del grado de salud mental por medio de un indicador o de un patrón de medida debe efectuarse en función del sistema de valores admitidos en la colectividad a la que pertenezca el interesado (5). En el décimo informe se añade, al hablar del fomento de la salud mental en la población, que: «Los principios fundamentales de la higiene mental guardan estrecha relación con el patrimonio cultural de la población, por lo que su enseñanza debe organizarse de modo que no choque con las creencias y valores de la colectividad en la que haya de llevarse a cabo el programa educativo.» (6)

La autorresponsabilidad personal en la salud ha sido señalada: «... es necesario que la sociedad aprenda a colaborar en la prevención de los trastornos mentales, en el tratamiento y en la rehabilitación del enfermo.» (7) Y consolidada en la declaración de Alma Ata, donde se propone que «la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación» (8).

La utilización de estas referencias no pretende negar el modelo comunitario de salud, con el que compartimos muchos de sus presupuestos, como se muestra en trabajos anteriores (9) (10) (11). Más bien se trata de defender la idea de que el movimiento comunitario es consecuencia del fracaso de los modelos mecanicistas lineales que imperaban en las ciencias humanas con la aparición de la teoría de sistemas (12).

MODELO CLÍNICO- MODELO SOCIAL

Desde la Psicología Comunitaria se nos presenta un antagonismo entre su modelo social y el modelo clínico (individual). Esta oposición nos hace retroceder a una vieja polémica que cíclicamente aparece con fuerza en el campo de la salud mental, cual es si la «locura» es un problema del individuo o de la sociedad (13).

El punto clave de la aplicación de un modelo social en salud mental se centra en la posible interrelación existente entre los trastornos mentales y el contexto ambiental, tal como fue sugerido por los trabajos pioneros de Park & Burgess, en la Universidad de Chicago, y de Faris & Durham durante la década de los años 30.

Desde nuestra propia concepción, la relación entre salud y enfermedad debe entenderse como un continuo entre dos polos, en el que inciden múltiples aspectos: sociológicos, ecológicos, antropológicos, psicosociales, biológicos y un amplio etcétera (14).

Para nosotros, independientemente de la génesis que se pretenda formular en la aparición y desarrollo de un trastorno mental, éste no puede ser concebido sino por la existencia del «hecho» psicopatológico. Y para poder dar cuenta de la existencia del «hecho» debemos recurrir necesariamente a la noción de persona tal y como es conceptualizada por la Filosofía (15). El «hecho» psicopatológico es, pues, un hecho personal en la medida en que es vivido originalmente por un individuo, que es único en la historia y autónomo en su organismo. Y, sin embargo, el «hecho» psicopatológico, como cualquier otro fenómeno psíquico, trasciende a la persona y se transmuta necesariamente en un fenómeno psicosocial que afecta y es afectado por el entorno, por la comunidad.

Así pues, nos encontramos ante un hecho necesariamente personal y, por lo tanto, circunscrito en la historia a una sociedad y a una cultura determinadas. Únicamente nuestro propio énfasis puede dicotomizar los aspectos individuales o sociales de la cuestión.

Y al establecer —desde un plano fundamentalmente teórico— dicha dicotomía sólo se está simplificando la relación existente entre los con-

ceptos para acotar un campo propio desde el cual establecer una perspectiva diferente, abordando el mismo «hecho».

Por tanto, la aplicación de un modelo social o individual al «conocimiento de la locura» no implicaría más que un cambio de perspectiva, que no necesariamente entendemos como antagónico. Pero si la pretensión del modelo es formular una génesis del trastorno mental, que en el momento actual es genéricamente infalsable, entonces se deriva necesariamente en una discusión ideológica, como la sobrevinida con la aparición de la sociobiología humana.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) CHATELET, F. (1976). *Historia de la Filosofía*. Espasa-Calpe, Madrid.
- (2) OMS (1946). *Declaración de Constitución*. OMS, Ginebra.
- (3) OMS (1953). *Tercer Informe Comité Expertos Salud Mental*. OMS, Ginebra.
- (4) OMS (1961). *Décimo Informe C. E. Salud Mental*. OMS, Ginebra.
- (5) OMS (1955). *Cuarto Informe C. E. Salud Mental*. OMS, Ginebra.
- (6) OMS (1961). Véase cita 4.
- (7) OMS (1961). Véase cita 4.
- (8) OMS (1978). *AMA ALTA, La atención primaria de salud*. OMS, Ginebra.
- (9) SÁNCHEZ, P. T. (1988). «Documento base para la realización de un programa de área en intervención comunitaria.» Inédito. CSM Massamagrell.
- (10) SÁNCHEZ, P. T. (1988). «Un programa de intervención comunitaria: una experiencia.» Poster, II Congreso Nacional de Psicología Social, Alicante.
- (11) SÁNCHEZ, P. T. (1988). «Anotaciones en torno a la reforma psiquiátrica.» *Informació Psicològica*, 36, 8-9.
- (12) SÁNCHEZ, P. T.; MUSITU, G.; TORMO, J. B., Y GRACIA, E. (1988). «Análisis de la aportación de la Cibernética a la Psicología de los procesos mentales y Salud Mental.» En *Cibernética, Ordinadors i Teoria de Sistemes*. Ed. Palavecino, J. C., Tarragona.
- (13) SÁNCHEZ, P. T. (1984). *Perfil psicosocial de los ingresos psiquiátricos*. Memoria Licenciatura. Inédita, Universidad de Valencia.
- (14) SÁNCHEZ, P. T. (1988). Véase cita 9.
- (15) THUILLEAUX, M. (1980). *Conocimiento de la locura*. Península, Barcelona.