

"MODELOS DE INTERVENCION DE LOS EQUIPOS SOCIO-PSICOPEDAGOGICOS MUNICIPALES DE CATALUÑA"

Ana Canto Mateu

Rosa Tort Arnau

El objetivo de nuestra comunicación es exponer la evolución de los modelos de intervención de los Equipos Socio-Psicopedagógicos Municipales de Cataluña. Querríamos, explicitar que el proceso evolutivo que aquí señalaremos, simplifica la realidad como cualquier esquema o síntesis que se realiza. No todos los equipos desarrollan en el momento actual un modelo de intervención uniforme, ni el utilizar preferentemente un tipo determinado de modelo (clínico psico-pedagógico o comunitario) excluye que en la tarea cotidiana se enriquezca con instrumentos de trabajo o aportaciones teóricas pertenecientes a los otros modelos.

Los equipos municipales, surgen en Cataluña alrededor del año 73, prioritariamente en zonas carenciadas socialmente, para dar respuesta directa a una demanda asistencial, puntual y urgente, formulada por algunas escuelas públicas más sensibilizadas ante el elevado porcentaje de fracaso en la escolaridad.

Demanda, necesidad y expectativas profesionales, coinciden en aquel momento en un mismo espacio: la escuela. Esta es considerada por los

profesionales a la vez receptora y generadora de múltiples conflictos, que tiene su más amplia expresión en el llamado "fracaso escolar". Existe el convencimiento, por parte de los profesionales de los equipos, que el origen del "fracaso" no hay que buscarlo tan solo en el niño. Su emergencia debe buscarse por un lado, en la penosa situación de desarraigo social, a la que se ve sometida gran parte de la población infantil que acude a la escuela pública y por otro lado, a la falta de adaptación del propio sistema educativo a las características de esta población.

Se inicia, de esta forma la progresiva construcción de un modelo de intervención profesional que tiene como objetivo prioritario disminuir la sintomatología, actuando paralelamente sobre los factores que se intuyen como elementos potenciadores o causantes del conflicto.

Desde entonces hasta la actualidad hemos ido modificando constantemente, el enfoque del trabajo concreto, en los diferentes ámbitos donde actuamos (familia, escuela, barrio...) redefiniendo sucesivos modelos de intervención: clínicoasistencial, psicopedagógico y comunitario.

Esquemáticamente, en relación a la escuela, podríamos describir tres momentos:

Primer momento: Trabajo en la escuela:

A través de la intervención en las aulas de educación especial, el psicólogo inicia el conocimiento de la realidad escolar. El trabajo en las escuelas es, al principio clínicoasistencial, tanto por el sujeto al cual va dirigida la atención, "niños con déficits", como por los instrumentos de trabajo utilizados. En este primer momento coinciden: la demanda asistencial de la escuela y la familia, el encargo profesional y la utilización por parte de los psicólogos, de los instrumentos de intervención más prestigiados (proceso diagnóstico, devolución de resultados, orientaciones terapéuticas, etc.

Segundo momento: Trabajo para la escuela:

La práctica pronto evidenció las fuertes limitaciones del modelo clínico en la escuela, porque en esta, las demandas al psicólogo tienen que ser contempladas desde las peculiaridades de un contexto institucional que es complejo en cuanto a su composición y objetivos. La experiencia de trabajo cotidiano, el mejor conocimiento de la institución escolar y de la realidad en la que se trabaja, las reflexiones individuales y colectivas de los equipos, llevan a una nueva definición del trabajo psicológico, priorizando la prevención y el trabajo en y con la institución escolar, entendiendo por tal el conjunto de sujetos y grupos participantes en la tarea aprender-enseñar.

Se inicia el trabajo psicopedagógico que tiene como objetivo principal actuar en la globalidad de la escuela. Sin dejar de lado el trabajo asistencial anteriormente descrito, se prioriza una actuación de carácter preventivo, que va dirigida a mejorar las condiciones educativas de la institución escolar. Ello obliga a la búsqueda de nuevos instrumentos de trabajo psicológico, que respondan tanto a la necesidad de atención individual en el aspecto educativo como, a los objetivos de prevención y globalización.

En esta práctica:

Se potencian instrumentos de observación individual y de clase.

Se crean servicios de asesoría psicopedagógicas a nivel institucional y de pueblo.

Se intenta participar en las reuniones de claustro y ciclo, potenciar seminarios con maestros para posibilitar cambios en la dinámica institucional.

Se inicia el trabajo con padres, organizando charlas sobre aspectos psicológicos, participando en reuniones de clase etc...

Entendemos que una de las características del trabajo psicopedagógico es no priorizar la intervención del psicólogo sobre el niño, sino sobre/con los adultos educadores que tienen como tarea estimular y cuidar el desarrollo personal del escolar.

Otra característica es la amplitud del campo profesional que puede referirse a :

- lo psico-afectivo
- lo psico-social
- lo cognitivo

Y en el que sujetos de la intervención pueden ser:

- individuos (niños, padres, maestros...)
- los grupos (clase, grupo, padres...)
- las instituciones y sus subsistemas
- el medio

Tercer momento: Trabajo con la escuela:

En estos últimos años la evolución del propio trabajo nos ha llevado a poner el acento, como profesionales de la Salud Mental, en la globalidad de la vida del niño y los espacios en la que esta transcurre: familia, escuela...

la, barrio. Así pues, la escuela deja de ser el lugar prioritario donde desarrollamos nuestra tarea, para constituirse en un núcleo de actuación importante en tanto en cuanto es una institución de la comunidad. Es a partir de aquí que los equipos municipales iniciamos la intervención comunitaria.

Entendemos por trabajo comunitario, el conjunto de intervenciones que van encaminadas a potenciar todas aquellas acciones orientadas a posibilitar la participación, comunicación y la solidaridad de la propia comunidad en la búsqueda y creación de recursos con capacidad de transformar, normalizar y mejorar la calidad de vida.

Consideramos la comunidad como una colectividad que no tan solo comparte un territorio sino que constituye a partir de la conjunción dinámica de diversos factores, historia, vivencias y creencias, formas de relación y expresión... La comunidad se configura así como un núcleo de identificación en el que se posibilita y toma su significado el sentimiento de pertenencia.

Si partimos que el objetivo genérico del trabajo comunitario es potenciar la calidad de vida, desde nuestra especificidad como psicólogos, el objetivo global será el cuidado de la salud mental de los sujetos y grupos que componen una comunidad, siendo objetivos específicos:

- Potenciar el desarrollo de las capacidades y potencialidades de sujetos y grupos.
- Analizar los condicionamientos y situaciones que perturban el buen desarrollo integral de la comunidad.
- Hacer propuestas de modificación estructural de los elementos que generan los conflictos.

En este contexto y a partir de estas premisas, que nuestra intervención en el trabajo comunitario podemos considerarlas básicamente preventivas y educativas ya que va dirigida a favorecer cambios de comportamientos y actitudes.

El trabajo comunitario, visto desde la psicología, comporta pues, una nueva forma de intervención que rompe con modelos anteriores. Significa un cambio trascendente en la prestación de servicios de atención primaria de salud, así como en la actitud profesional y en los objetivos y métodos.

*¿Porqué basamos nuestra intervención sobre los ejes de la **prevención y la educación**?*

a) **Prevención** es un concepto que implica relatividad. Obliga a definir res-

pecto a qué, la tarea o actuación propuesta se puede denominar preventiva. Al mismo tiempo obliga a subrayar desde donde se plantea, a quien va dirigida, cuales son sus objetivos y con qué instrumentos y técnicas se aborda. Planteamos la prevención a partir del concepto de salud, no de enfermedad o patología como en el modelo clínico.

Partimos de la idea que la mejora de la calidad de vida, puede prever la aparición de conflictos, en la medida que incide estructuralmente en sus desencadenantes. Por tanto la prevención situada en el enfoque social comunitario está en la esencia misma del modelo ya que tiene su actuación en el seno mismo de la comunidad, incidiendo sobre las diferentes instituciones y sectores de la población, sobre las condiciones y situaciones de la vida cotidiana para mejorar su interrelación.

b) Educación, entendida no tan sólo como la transmisión de un saber, sino como un proceso continuado, que debe ser compartido por los miembros de la comunidad, en la que se hace imprescindible la participación y corresponsabilización de todos, para lograr así cambios de valores, actitudes y comportamientos.

En la medida que una comunidad puede comprender sus dificultades, necesidades y aspiraciones y plantearse en consecuencia alternativas, esta comunidad avanza, se desarrolla.

¿Como planteamos nuestra intervención?

Nuestra intervención no ha de partir solamente de la demanda, como en el modelo clínico, sino que también debe estructurarse a partir de ofertas planificadas que se concretan en programas de actuación comunitaria.

El análisis de las necesidades y situaciones de riesgo de una comunidad y de los individuos que la integran, nos evidencia su origen multicausal. Ello implica que el abordaje de este tipo de trabajo se plantee desde la interdisciplinariedad, entendida no tan sólo como la suma o coordinación de diferentes profesionales ante una determinada tarea, sino como la lectura de la situación global, desde las diferentes disciplinas. La intención es llegar a unas conceptualizaciones, planteamientos y estrategias complementarias. Todo esto se traduce en la elaboración de programas únicos, en los cuales cada disciplina tendrá su intervención específica.

Pasamos a describir a continuación el planteamiento del trabajo comunitario en una población, del cinturón industrial de Barcelona, que cuenta con cerca de cien mil habitantes, de los cuales el 80% inmigró entre los años 1960-75. En su historia hallamos una tradición de lucha obrera y popular, pero hoy ha de hacer frente a los graves problemas derivados de

la crisis (el índice de paro está entre los más elevados de Cataluña). El 75% de la población infantil está escolarizada en centros públicos (3 guarderías municipales, 18 escuelas de E.G.B., 2 politécnicos, 2 institutos de B.U.P. y una escuela de educación especial) la mayoría de los cuales fueron construidos en los años de lucha popular y aún conservan algunas características de su precipitado proceso de creación: desorganización de los niveles, carencia de patios, barracones, etc. El gobierno municipal, mayoritariamente de izquierdas, ha de enfrentarse a los innumerables problemas heredados del pasado, bajo la presión de un exíguo presupuesto.

A partir del año 84, diferentes Departamentos del Ayuntamiento (Sanidad, Servicios Sociales, Enseñanza, Juventud) que ya habían iniciado, independientemente, una acción sectorizada por barrios, constituyen equipos comunitarios, para elaborar programas conjuntos y globales de actuación.

Se priorizan tres barrios, cuyas características son bien distintas, pero que permiten desde sus diferencias encontrar elementos que favorecen y enriquecen la reflexión y evaluación de la tarea.

El primero de estos barrios podemos describirlo como el núcleo de población inmigrada más antigua y estable de la ciudad. Las entidades cívicas y las instituciones están consolidadas.

La coincidencia de estos dos elementos: el nivel de madurez institucional (guarderías y escuela) y la propia organización del barrio nos lleva a pensar en la viabilidad de comenzar el trabajo comunitario. Ello permite no sólo avanzar en la mejora de las condiciones de vida de la comunidad, sino también encontrar instrumentos de trabajo que puedan ser aplicados posteriormente a los otros barrios menos estructurados.

2º barrio: Se trata de un núcleo de población nuevo, constituido por viviendas de protección oficial, por tanto, la mayor parte de sus habitantes proviene de la asistencia pública: chabolitas, deshaucios, etc. Es un barrio marcado por la carencia, el aislamiento y una desbordante demanda asistencial, en el que tan sólo una intervención preventiva en la línea comunitaria, puede hacer posible un descenso de la demanda asistencial, y una mejora en la comunicación y relación colectiva.

La homogeneidad del barrio permite además enmarcar la intervención en un único programa de actuación.

3º barrio: Podemos describirlo como el más masificado (50% de la población total). A pesar de que es el barrio donde se han abocado más

recursos y esfuerzos profesionales por parte del Ayuntamiento, continúa la falta de comunicación y aislamiento de la población. La falta de estructura, estabilidad y comunicación hace inevitable plantear un núcleo de intervención comunitaria. El primer objetivo, es pues, establecer un equipo interdisciplinar coherente y estable que no reproduzca la dinámica que se da en la población.

Los equipos comunitarios están compuestos básicamente por los siguientes profesionales: un psicólogo, un asistente social, un educador de calle, una trabajadora familiar, un médico o A.T.S. y un técnico de juventud. Estos trabajan con sectores de la población (AA.VV.. AA.PP. maestros, etc.) según el núcleo de intervención que se prioriza en cada uno de los barrios.

El orden de prioridades para fijar la tarea se realiza bajo los siguientes criterios:

-Rehacer la historia de la comunidad y ver las entidades barriales relevantes que pueden implicarse en las actividades que conjuntamente se prioricen.

-Encontrar un eje temático a partir del cuál poder trabajar conjuntamente, tendiendo a que la población utilice a los técnicos como recurso para hacer viable el proyecto. Para ello es fundamental llegar a acuerdos sobre una base de ideología compartida.

-Proponer aquellos programas o actividades que ya funcionan, antes que sugerir otras nuevas.

-Potenciar actuaciones preventivas, antes que asistenciales.

-Y priorizar aquellos núcleos de intervención que nos permitan contrastar y comparar con otras experiencias similares realizadas en otros barrios. Ello nos proporciona elementos para el análisis y evaluación de nuestro trabajo.

No queremos finalizar, sin dejar constancia, que este modelo de intervención comunitaria del que venimos hablando, ha de contar con una clara definición política que favorezca la puesta en marcha de los proyectos en los que, por su puesto, ha de participar la comunidad.

Valencia, noviembre, 1986.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

BLEGER, J.: **Psicohigiene y psicología institucional**. Paidós, Buenos Aires, 1976.

CANTO, A y LEAL, J.: **Equipos psicopedagógicos hacia un modelo de intervención globalizado y con un enfoque comunitario**. Ponencia presentada en el II Congreso de Salud Mental en la Infancia. Lérida. Mayo 1986.

MARTI-SENSAT, R.: **Dos formas de prevención en la escuela**. Ponencia presentada en el II Congreso de Salud Mental en la Infancia. Lérida. Mayo 1986.

RENAU, D.: **¿Otra psicología en la escuela?. Un enfoque institucional y comunitario**. Laia 1985.

ROIG, M.: **Carencia-Prevención: Uno de los ejes del enfoque comunitario**. Ponencia presentada en el II Congreso de Salud Mental en la Infancia. Lérida. Mayo 1986.

ROIG, M.: **Los Equipos socio-pedagógicos municipales**, Monográfico de *Cuadernos de Pedagogía*. Diciembre 1983.

EQUIPO PSICOPEDAGOGICO MUNICIPAL DE CORNELLA DE LLOBREGAT (Barcelona): **Líneas esenciales de intervención Psico-pedagógica**. Ponencia presentada el colectivo de Psicólogos. Madrid 1983.