



Índice

EDITORIAL

1. Presentación de la Revista (Daniel Rodríguez, Leandro Luciani Conde) 3
2. Editorial (Emiliano Galende) 6
3. Editorial (Francisco Torres González) 13
4. Cuidados y Necesidades de las personas afectadas por Trastornos Esquizofrénicos que viven en la comunidad. Documento para el consenso internacional propuesto por la Red Maristán (Coordinador: Francisco Torres González) 17

ARTÍCULOS

1. Criminología y psiquiatría: el trauma del primer encuentro (Eugenio Zaffaroni) 25
2. El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria (Sara Ardila, Emiliano Galende) 39
3. Equipos de salud mental, instituciones totales y subjetividad colectiva. Una experiencia de transformación institucional (Silvia Faraone, Ana Valero, Ernestina Rosendo, Flavia Torricelli) 51
4. Investigando sobre procesos de evaluación de programas de reinserción comunitaria de personas externadas de instituciones psiquiátricas (Sara Ardila, Alicia Stolkiner) 65
5. Del hospital psiquiátrico a la atención en salud mental comunitaria (María Cecilia López Santi) 77
6. El rol de los trabajadores de la salud en el contexto de las políticas reparatorias por violaciones de derechos humanos (Sabrina Balaña, Federico Kaski, Silvana Reinoso, Javier Rodriguez, Fabiana Rousseaux, Juliana Serritella) 85

DEBATES

1. Inicio a la Sección Debates 97
2. Entrevista al Lic. Yago Di Nella. Director Nacional de Salud Mental y Adicciones (María Teresa Lodieu y Leandro Luciani Conde) 98
3. Ley 26.657: El desmontaje del sistema represivo en salud mental (Leonardo Ariel Gorbacz) 112
4. Introducción a la Unidad de Letrados art. 22 Ley 26.657 (Mariano Laufer Cabrera y María Teresa Lodieu) 118
5. Entrevista al Dr. Mariano Laufer Cabrera. Coordinador de la Unidad de Letrados (María Teresa Lodieu) 119

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Dra. Ana Jaramillo, **Rectora**

Mg. Nerio Neirotti, **Vicerrector**

Dr. Daniel Horacio Rodríguez, **Director del Departamento de Salud Comunitaria**

Comité Editorial

Mirta Fabris, Ana Farber, Héctor Muzzopappa Oscar Tangelson, Daniel Rodríguez

REVISTA

SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Director: Emiliano Galende, Director del Doctorado Internacional de Salud Mental Comunitaria, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús

Director Asociado: Daniel Rodríguez, Director del Departamento de Salud Comunitaria

Comité Editorial

- Guadalupe Ares Lavalle - Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
- Alejandra Barcala - Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
- Silvia Faraone - Universidad de Buenos Aires
- Mariano Laufer Cabrera - Defensoría General de la Nación del Ministerio Público de la Defensa - Universidad de Buenos Aires
- María Teresa Lodieu - Universidad Nacional de Lanús
- Leandro Luciani Conde - Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
- María Cecilia López Santi - Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn
- Susana Yacobazzo - Universidad Nacional de Lanús

Comité Científico

- Victor Aparicio Basauri - Organización Panamericana de la Salud /OMS
- Mario Argandoña - Universidad Mayor de San Simón- Bolivia
- Cecilia Ausgburger - Instituto Lazarte- Universidad Nacional de Rosario
- Dinarte Ballester - Universidad Federal de Porto Alegre- Brasil
- Valentin Barenblit - Centre IPSI- Barcelona- España
- Miguel Caldas de Almeida - Universidad Nova de Portugal
- Luis Salvador Carulla - Universidad de Cadiz- España/OMS
- Raquel Castronovo - Universidad Nacional de Lanús
- Silvina Cavalleri - Universidad Nacional de Lanús
- Hugo Cohen - Organización Panamericana de la Salud
- Rubén Efron - Universidad Nacional de Lanús
- Daniel Frankel. - Universidad Nacional de Lanús
- Mabel Grimberg - Universidad de Buenos Aires

- María Graciela Iglesias - Universidad Nacional de Mar del Plata
- Gregorio Kaminski - Universidad Nacional de Lanús
- Alfredo Kraut - Corte Suprema de Justicia de la Nación
- Michael King - Royal Free Hospital-Universidad de Londres- Inglaterra
- Susana Margulies - Universidad de Buenos Aires
- Susana Murillo - Universidad de Buenos Aires
- Benjamin Vicente Parada - Universidad de Concepción- Chile
- Ariadne Runte - Universidad de Granada- España
- Sandra Saldivia - Universidad de Concepción- Chile
- Alicia Stolkiner - Universidad Nacional de Lanús - Universidad de Buenos Aires
- Francisco Torres González - Universidad de Granada - España
- Graciela Touzé - Universidad de Buenos Aires
- Miguel Xavier - Universidad Nova de Portugal
- Roxana Ynoub - Universidad de Buenos Aires
- Graciela Zaldúa - Universidad de Buenos Aires

Suscripción y correspondencia
saludmentalycomunidad@unla.edu.ar

ISSN: 2250-5768

Diseño de cubierta e interior, ilustraciones:
Vladimir Merchensky, www.tantatinta.com

Impreso en Argentina

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723. Prohibida la reproducción sin la expresa autorización por escrito.

© Los autores.

© Ediciones de la UNLa.

29 de setiembre 3901

Remedios de Escalada - Partido de Lanús

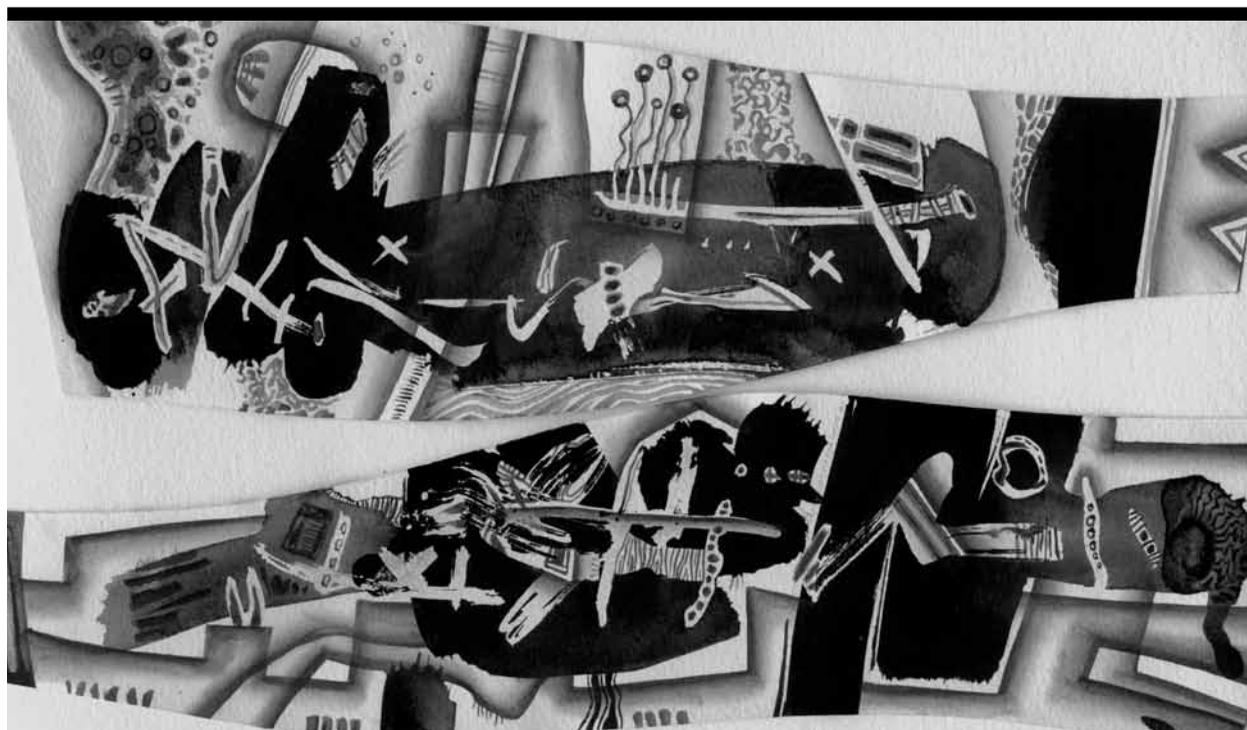
Pcia. de Buenos Aires - Argentina

Tel. +54 11 6322-9200 int. 227

publicaciones@unla.edu.ar

www.unla.edu.ar/public

El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria



Sara Ardila

Psicóloga. Magíster en Psicología Social Comunitaria. Doctoranda en Salud Mental Comunitaria. Docente Salud Pública/Salud Mental Cátedra II, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Becaria Posgrado Tipo II, CONICET – Universidad Nacional de Lanús.

Emiliano Galende

Médico. Psicoanalista. Director del Doctorado Internacional de Salud Mental Comunitaria, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.

Resumen

Este trabajo tiene como propósito discutir acerca del lugar que ocupa y el sentido que tiene el concepto de comunidad en la perspectiva y propuestas de la salud mental comunitaria. Para ello se realiza un recorrido histórico del concepto mismo de comunidad, partiendo de sus orígenes en la sociología del siglo XIX, ligado a la añoranza de aquello que se estaba perdiendo por las transformaciones en los vínculos sociales producidas por la revolución industrial, hasta llegar a su resurgimiento teórico a fines del siglo XX, ligado a la necesidad y demanda de se-

guridad. A su vez, se revisa el sentido que ha tenido el concepto de comunidad en los diferentes movimientos de reforma psiquiátrica, y el que ha ido cobrando en el contexto presente, señalándose algunos de los retos que enfrentan las propuestas de salud mental comunitaria en la actualidad.

Palabras clave: Comunidad. Salud Mental. Reforma Psiquiátrica.

Abstract

The purpose of this work is to discuss about the place and meaning of the community con-

cept in the context of community mental health. To achieve that purpose the concept of community has been historically reviewed since its origins in XIX century sociology -when it was connected to something that was missing due to the transformation of social links caused by the industrial revolution- until its theoretical revival at the end of XX century as part of the need of security. The meaning of the community concept in the different movements of psychiatric reforms is also reviewed as well as its meaning in the present context. Some challenges that community mental health proposals have right now are also pointed out.

Key words: Community. Mental Health. Psychiatric Reform.

Introducción

El concepto de comunidad ocupa un lugar central entre aquellos con los que se intenta caracterizar las propuestas de reforma de la atención psiquiátrica, dándole al mismo nuevos significados que se extienden desde asignar a los servicios de atención una radicación en el seno territorial, cultural y social de las comunidades, hasta abarcar a las prácticas profesionales, para que éstas se realicen con participación de usuarios, familias y la misma comunidad. Esto incluye a los programas conjuntos que desarrollan los servicios con organizaciones de la comunidad. En el centro de esta perspectiva comunitaria está la oposición a la internación psiquiátrica de tipo asilar, asegurando que el paciente pueda permanecer integrado en su comunidad en el proceso de atención y rehabilitación, potenciando su participación activa en el tratamiento. Iguales propósitos orientan los proyectos de integración social de personas que han padecido largas internaciones en hospitales psiquiátricos. Sin duda, que el conjunto de las propuestas que hoy se hacen bajo el concepto de “comunita-

rio” en el campo de la Salud Mental, plantean un modo nuevo de concebir lo comunitario. Se trata de incorporar nuevos significados a este concepto y a la vez definir nuevas prácticas ligadas a estos significados.

Para avanzar hacia una precisión de este concepto creemos necesario realizar un recorrido por el desarrollo histórico del concepto de comunidad y de las prácticas englobadas en “lo comunitario”, partiendo de sus orígenes en la sociología del siglo XIX, su resurgir hace algunas décadas, y de su lugar actual en los movimientos de “reforma psiquiátrica”.

El propósito de esta revisión es pensar acerca de una noción que, como sabemos, está en el corazón mismo del campo de la salud mental comunitaria, siendo de este modo uno de sus “cimientos conceptuales”, que en tanto tal requiere de cierto examen y análisis so pena de desmoronarse en el sentido que se ha dado al mismo en la perspectiva de una Salud Mental Comunitaria (Ingleby, 1980).

Despejar el sentido de por qué salud mental *comunitaria* y qué relación tiene con otros conceptos que han definido perspectivas semejantes, como salud mental *crítica*, salud mental *reflexiva*, salud mental *democrática* o salud mental de la *liberación*. De este modo, en lo que se quiere enfatizar es en el hecho de que el adjetivo de “comunitaria” para caracterizar a Salud Mental tiene una serie de implicaciones y constituye a la vez una “elección”. Así pues, ¿por qué, para qué y desde dónde hacemos alusión a lo comunitario en salud mental?

Una perspectiva histórica del concepto de comunidad

El concepto de comunidad, como parte del pensamiento sociológico, surge en el siglo XIX en el contexto de los cambios sociales producidos tras la llamada “Era de las Revoluciones”:

la revolución francesa en primer lugar y luego la revolución industrial de comienzos del Siglo XIX (Hobsbawn, 1994/1998), que dieron lugar a la modernidad y al liberalismo. Curiosamente son también los tiempos en que la medicina mental se consolida en Europa. En Francia, tiempos del segundo Napoleón, en 1838, Esquirol logra la aprobación de la primera ley sobre los enfermos mentales, ley amplia que sostiene tres pilares del dispositivo psiquiátrico hasta muy entrado el Siglo XX.

Transgrediendo la Declaración de los Derechos del Hombre, alterando el orden jurídico según el cual nadie puede ser privado de su libertad sino por medio de un proceso judicial, con derecho a la defensa en juicio y bajo sentencia de un juez, esta ley de 1838 otorga esta función judicial a los Directores de Asilos de Alienados, que pueden sin proceso, sin derecho a defensa y sin sentencia que fije un tiempo para la reclusión, disponer bajo un certificado médico la privación de libertad del diagnosticado enfermo mental. Lo segundo, es la creación en los 54 Departamentos de Francia de un Asilo de Alienados y finalmente se instalan en las facultades de medicina las cátedras de “Neuropsiquiatría”, que otorgan legitimidad académica a la nueva disciplina. Así desde su nacimiento “comunidad” y “psiquiatría” constituyen dos proyectos antagónicos para comprender y tratar a las personas con trastorno mental.

Son tiempos de revolución y cambios en la sociedad y la cultura europea, comienzos de la revolución industrial y surgimiento de un asalariado urbano que comienza a expresarse en la

sociedad, como resultado de esta nueva sociedad se asiste a una pérdida progresiva de la vida comunitaria, ligada a la tradicional vida rural. La comunidad, tal y como aparece descrita por los pensadores de la época, hacía alusión a las formas de relación que se estaban perdiendo con la entrada del liberalismo: aquellas caracterizadas por un alto grado de intimidad personal, profundidad emocional, compromiso moral, cohesión social y continuidad en el tiempo. Era en

ese sentido una noción “conservadora”, por medio de la cual se evocaba con nostalgia a aquellos aspectos de la tradición que se estaban perdiendo por el modernismo. Defender la vida comunitaria hacía parte de aquello que se oponía al cambio y al progreso, y era el reflejo y producto del desasosiego experimentado ante la fractura y pérdida de lo antiguo (Nisbet, 1966/1969).

Un trabajo clásico que evidencia la noción de comunidad es el de Tönnies, quien en 1887 publica su texto *Gemeinschaft und Gesellschaft* (Comunidad y Sociedad), el cual sintetiza los desarrollos que desde él y otros pensadores se habían hecho en esa época para hacer referencia a las formas de relación que antecedían al liberalismo (comunidad) y que se desarrollaron a partir de éste (sociedad).

Esta antítesis hacía referencia a dos formas distintas de organización social y sus formas específicas de socialización (Fistetti, 2003/2004). La “sociedad” implicaba un tipo especial de relación humana caracterizada por un alto grado de individualismo, impersonalidad, contractualismo, competencia, egoísmo, interés, racionalismo,

Despejar el sentido de por qué salud mental comunitaria y qué relación tiene con otros conceptos que han definido perspectivas semejantes, como salud mental crítica, salud mental reflexiva, salud mental democrática o salud mental de la liberación.

dad y cálculo. Por su parte, el prototipo de la forma de relación de la “comunidad” era la familia, incluyendo también las relaciones de amigos y vecinos, siendo sus elementos constitutivos los de sangre, lugar y mentalidad, es decir, de relaciones inmediatas. Estas dos formas de vínculos entre los individuos redefinen al mismo tiempo la construcción de las identidades sociales. En la forma tradicional de vida comunitaria la identidad social se basaba en dos pilares: la filiación y el territorio, de nacimiento o de vida. Ambos elementos requieren de la vida en común, de relaciones inmediatas en las que la mirada del otro establece los modos de reconocimiento de la identidad y ésta incorpora el sistema de normas que regulan los comportamientos prácticos, el sujeto de la comunidad posee así una subjetividad fuertemente ligada al territorio de vida. Ser de una familia, la filiación, ser de un lugar, el territorio, son la base sobre la cual se caracteriza el oficio como capacidades específicas que definen la posición en las jerarquías de la escala social. En muchos casos ambos, filiación y territorio, se reúnen en el nombre propio, agregando al apellido familiar el lugar de origen del individuo. Lo mismo ocurre cuando el oficio es agregado al apellido (carnicero, carpintero, etc.).

Así pues, los conceptos de “comunidad” y “sociedad” abarcaban muchas cosas: aspectos legales, económicos, culturales e intelectuales, aunque lo central de ellos lo constituye el tipo de relación social al que hacen referencia y los elementos mentales afectivos que llevan implícitos. (Nisbet, 1966/1969). Ya en el Siglo XX Habermas (1989) retoma esta diferencia entre vida comunitaria y sociedad en relación a la interacción comunicativa. En un trabajo anterior (Galende, 1990), partiendo de lo enunciado por Habermas respecto a la interacción comunicativa, definíamos dos sistemas diferenciados de interacción social: la *integración social sistémica* y la *integración socio comunitaria*. La primera es aque-

lla que caracteriza el ejercicio de ciudadanía, la pertenencia a una nación, el sistema de leyes y derechos, los significados culturales, bajo los cuales se organiza y funciona la vida en común. La segunda es propia de la vida comunitaria, en la cual las relaciones inmediatas y los sistemas de reconocimiento de las identidades se ajustan a sistemas normativos impuestos por la misma comunidad, es decir son definidas por la relación inmediata con los otros, normas que regulan los comportamientos prácticos de los miembros de esa comunidad, especialmente referidas a la violencia, el sexo, a las delimitaciones de la propiedad y a la utilización de los espacios compartidos. La diferenciación entre lo público y lo privado tiene su soporte principal en la vida comunitaria en la cual las personas interactúan. Las identidades sociales requieren de ese espacio comunitario donde se afirma el reconocimiento, la relación con los otros, la regulación que las normas hacen de la propia conducta. Un tema complejo y actual, que no abordaremos ahora, es que el sistema normativo de la vida social y el que rige la vida comunitaria deben tener formas concordantes, que van más allá de la interacción comunicativa, ya que se trata de significados culturales, valores morales, que interpretan y sancionan de manera diferente los comportamientos. Las comunidades que generan normas antagónicas con las de la sociedad global, tienden a su diferenciación y marginación de la sociedad, instalando el conflicto que las lleva al aislamiento de la sociedad o a la represión por parte de los poderes punitivos de la sociedad. Es observable que existen comunidades que están integradas, forman parte coherente, con la sociedad global, y otras que, reformando sus sistemas normativos locales, permanecen como espacios marginales de la sociedad.

Ahora bien, y en tanto que la noción de “comunidad”, como ya se ha dicho, surge en el contexto del desarrollo del liberalismo como oposi-

ción a las formas de relación que éste propiciaba y que a su vez lo hacían posible, puede señalarse que en cierto sentido todos los movimientos que se han opuesto al liberalismo, ya sean éstos de corte conservador o progresista -y a pesar de sus marcadas y profundas diferencias- comparten en algún punto cuestiones referidas a lo “comunitario” (Hobsbawn, 1994/1998). La defensa de la vida comunitaria en su versión conservadora siempre apela al valor de las instituciones establecidas, que considera eternas en el valor de las tradiciones, a preservar la rigidez de la moral, y a centrar en la familia como organización básica de la vida en común. En la versión progresista se defiende otro valor, el progreso, el cambio social, la superación de las desigualdades, que requiere de un valor central de raíz comunitaria: la solidaridad.

Sobre finales del Siglo XIX la sociedad ha cambiado y la vida comunitaria, mermada o en vías de desaparecer, justamente porque el desarrollo de la industria arroja a grandes masas de obreros rurales, artesanos y cuentapropistas del espacio rural al anonimato de la vida en las grandes urbes. La dicotomía entre comunidad y sociedad se replantea, el liberalismo avanza como ideología pero también como imposición del individualismo en oposición a la vida comunitaria. En este trastrocamiento profundo de la vida en común, la pérdida tanto de las relaciones inmediatas en la comunidad y la reformulación de la familia nuclear numerosa, propia de la vida comunitaria dominante en los pequeños pueblos, llega a una tensión extrema en la vida de las personas: los más ricos pueden prescindir de la comunidad y atender por sí mismos

sus necesidades, afirmando el individualismo liberal, pero los más pobres necesitados de los valores solidarios de su comunidad, y para quienes el individualismo es simultáneo a su explotación en las fábricas, requieren para su existencia de la solidaridad del grupo comunitario, presionan sobre los Estados y lleva a la respuesta de políticas de protección social, surgiendo así a fines del siglo XIX las primeras formas modernas de seguridad social en Europa (Alemania, Inglaterra, los países escandinavos y Francia, con diferencias entre unos y otros). las cuales implicaban una

forma de relación social diferente a la de los tipos puros de “comunidad” y “sociedad”. La seguridad social marca, según Tönnies, una evolución de la “sociedad”, siendo en cierto sentido una *pseudo-comunidad* (Nisbet, 1966/1969) en tanto recupera para el funcionamiento de la sociedad los principios y valores de la solidaridad y reciprocidad propios de la comunidad en los cuales se fundan los sistemas de seguridad social modernos. Se constituyen así dos sistemas diferentes, cuyo sentido aún persiste en las políticas públicas dirigidas a la protección social.

En Alemania, 1883, durante el gobierno de Bismarck, enfrentado con el partido socialdemócrata, se dictan tres leyes claves: se crea el primer seguro de salud, (en verdad seguro de enfermedad) obligatorio para todos los obreros de la industria, el cual pagaban con su salario los empleados dos tercios de su costo y un tercio su empleador. Este seguro era gestionado por entidades autónomas (en versión argentina, las Obras Sociales sindicales), bajo control del Estado. Se trató de una concesión del gobierno de

La noción de “comunidad” surge en el contexto del desarrollo del liberalismo como oposición a las formas de relación que éste propiciaba y que a su vez lo hacían posible.

Bismarck a la socialdemocracia alemana, la clase obrera asumía en sus organizaciones un patrimonio colectivo para cubrir solidariamente, es decir, también comunitariamente, los riesgos de enfermedad. Por ley se fijaban los montos de cotización para obreros y patrones. En 1884 se dicta la primera ley de seguro contra los accidentes del trabajo. Los patrones debían aportar obligatoriamente a una caja corporativa para cubrir los costos resultantes de accidentes en el

trabajo y la invalidez resultante. En 1889 otra ley específica establece un sistema obligatorio de jubilación, al cual deben aportar los obreros durante los años de actividad y los patrones en partes iguales. El primer modelo histórico de Seguridad Social se constituye en 1911, bajo un gobierno liberal, dirigido a encuadrar a la población asalariada en un sistema de protección obligatorio. Vale recordar que el primer sistema de seguridad social fue creado por un gobierno conservador y dirigido a quitar a la

socialdemocracia la base social de la clase obrera y los sindicatos. Pero tanto los sindicatos como las primeras Obras Sociales sindicales, bajo regulación y control del Estado pero autónomas en su funcionamiento, se convirtieron en verdaderas experiencias de comunidades en base a la solidaridad. De esta experiencia surgirán las Mutuales, organizaciones autónomas basadas en la solidaridad entre sus miembros. Esta política se implementó en casi toda Europa y EEUU en la primera mitad del Siglo XX.

Luego de la Segunda Guerra Mundial surge una nueva concepción sobre el riesgo social y el papel del Estado sobre el mismo. Forma parte del llamado “Estado de Bienestar”. En 1942, por iniciativa de Beveridge en Inglaterra, se instituye lo que conocemos como sistema de Seguridad Social, un nuevo compromiso del Estado con los riesgos. Beveridge considera, y se plasma en ley, que la Seguridad Social tiene por fin liberar al hombre de sus necesidades, garanti-

zando el ingreso económico necesario para integrarse a la vida social, en los intercambios económicos y culturales. El riesgo social es todo aquello que amenaza el ingreso económico regular y continuo de cada individuo: la enfermedad, el accidente de trabajo, la muerte, la vejez, la maternidad, el desempleo. Se sanciona entonces un sistema global y coherente de protección social, cuyas características fueron: un sistema general, amplio pero no totalmente universal, dirigido a los asalariados, de se-

guro de desempleo; un sistema unificado, por el cual una misma institución, la Seguridad Social, cubre todos los riesgos definidos, evitando la fragmentación administrativa y de gestión de cada uno de ellos; un sistema uniforme de prestaciones regido por la equidad y la igualdad en la atención; un sistema centralizado, con alguna autonomía de gestión respecto del Estado. Paralelamente a la creación de la Seguridad Social en Inglaterra, Beveridge propone una política social de Estado dirigida a tres objetivos: ayudar a

Luego de la Segunda Guerra Mundial surge una nueva concepción sobre el riesgo social y el papel del Estado sobre el mismo. Forma parte del llamado “Estado de Bienestar”. En 1942, por iniciativa de Beveridge en Inglaterra, se instituye lo que conocemos como sistema de Seguridad Social, un nuevo compromiso del Estado con los riesgos.

las familias que no poseen vivienda propia, para el pago del alquiler de sus viviendas; la creación del Instituto Nacional de Salud y una política de pleno empleo, complementaria del seguro de desempleo. De este Instituto Nacional de Salud de Inglaterra surgirá el específico de Salud Mental pocos años después. Recordemos que cuando en Argentina se crea el Instituto Nacional de Salud Mental, en 1957, su estatuto sigue los lineamientos del Instituto inglés. Al mismo tiempo que se crea un sistema a través del cual el Estado asume una política amplia de protección social, se desactiva a los sindicatos obreros como organizaciones comunitarias encargadas de asumir los riesgos en base a la solidaridad. Vale tener presente estos antecedentes de la presencia de lo comunitario en las políticas públicas ya que serán posteriormente claves para el desarrollo de la reforma de la atención psiquiátrica y la perspectiva de lo comunitario en las nuevas estrategias de atención de la salud mental. En los países de Europa que posterior a la Segunda Guerra Mundial disponían de un sistema de Seguridad Social consolidado, la reforma contó y en gran parte fue impulsada por la Seguridad Social (Inglaterra, España, Francia y otros en menor escala). Los países que, como EE.UU., siguieron el modelo bismarckiano de seguros tuvieron muchas dificultades para impulsar esta reforma. La estrategia comunitaria en la atención y la necesidad de una intervención que involucre a los servicios sociales, se vio facilitada en países donde la relación entre el sistema de salud y los servicios sociales contaban ya con experiencia y organización.

El resurgir de la comunidad

La noción de comunidad, aunque presente a partir del siglo XIX, no se torna de nuevo tema de interés central para los sociólogos sino hasta fines de la década de los 80s del siglo XX. La ra-

zón de esto la ubica Bauman (2001/2003) en la disolución, o por lo menos el marcado deterioro y retroceso del Estado de Bienestar y de los sistemas de seguridad social que éste implicaba, los cuales como ya se mencionó, se originan a fines del siglo XIX en Europa, pero que tuvieron su época de oro tras el fin de la Segunda Guerra Mundial (Beveridge) como modo de resolver algunas de las razones que condujeron a la guerra, pero también como modo de hacer frente por parte de los países capitalistas a la amenaza que suponía por entonces la Unión Soviética y los avances del socialismo.

Concomitante con la caída del comunismo en la Unión Soviética, el llamado Estado de Bienestar comienza a amenguar sus funciones en la protección social. La hegemonía de la vida en grandes ciudades, casi el 70 % de la población de Europa habita en grandes urbes, replantea la existencia misma de comunidades reales. Esta casi desaparición de la vida comunitaria tiene sus consecuencias, entre otras, la reformulación de la construcción de la identidad social. Ésta ya no se constituye en base a la filiación ni al territorio, tampoco es determinante el oficio o la profesión, el anonimato en la gran ciudad relativiza aquellos significados y valores de la moral tradicional que regulan la relación entre los semejantes. El valor y la función reguladora de la mirada del otro sobre la conducta propia se atenúan o desaparecen, llevando a cada individuo, y en cada relación con el otro, a establecer por sí mismo los valores éticos de su comportamiento hacia sus semejantes de trato y sociedad. En ausencia de relaciones inmediatas, de amistad, vecindad, pareja y familia, compañeros, la idea de comunidad, se ve progresivamente asociada a la búsqueda de “seguridad”, concomitante con el dominio de la desconfianza con los otros. La seguridad personal se constituye en problema a la vez que en anhelo, y pasa a ser un objetivo de la vida para muchos de los habitantes de la gran

ciudad. Para ellos, el mundo se ha hecho hostil y lleno de riesgos personales. La vivencia de esta inseguridad hace también que aquello que el Estado de Bienestar había desarrollado como política de protección social se dirija ahora crecientemente hacia una demanda de seguridad. Muchas de las nuevas formas de comunidad van a estar orientadas por esta búsqueda de seguridad. Como señala Bauman, esta nueva idea de “lo comunitario” resulta ser más una reacción previsible a la acelerada licuefacción de la vida moderna (Bauman, 2001/2003) que responder a la necesidad de un encuentro confortable y apaciguador con el otro. Siguiendo a Manuel Castells (1999) se puede observar que aquello que organizaba a los grupos humanos en función de un proyecto (político, cultural, de cambio o transformación social) se ha desplazado a una forma de asociación marcada por la necesidad de defensa frente a un mundo y una sociedad que se percibe hostil (desde los grupos étnicos, minorías sexuales, villeros, desocupados, hasta los que con más potencial económico se refugian en los clubes de campo o los consorcios habitacionales). Obviamente no son estas formas de comunidad las que resultan favorables para las perspectivas de lo comunitario en salud mental, ni para las estrategias de intervención dirigidas a prevenir o rehabilitar los sufrimientos mentales.

Estas nuevas comunidades no pueden equipararse a las que añoraran los sociólogos del siglo XIX, ya que están impregnadas por las cuestiones propias de los nuevos tiempos. La necesidad de comunidad renace pero vestida con los ropajes propios de las contradicciones de la época actual, en la cual se vive la descomposición-disolución de la soberanía del Estado, produciéndose como efecto una pérdida del territorio como dador de identidad y un movimiento simultáneo de habitar un nuevo territorio ya no para la vida en común sino para la defensa en común. Con-

viven así el arraigo regresivo con la extraterritorialidad rizomática (Fistetti, 2003/2004). Así pues, la búsqueda de seguridad que ofrece la comunidad termina muchas veces resquebrajando aún más las posibilidades de conseguir o mantener una “seguridad” más amplia que podría ir más allá de las fronteras de la propia comunidad. Es en este sentido que Bauman (2001/2003) plantea que el reto de lo comunitario en la actualidad está puesto del lado de lograr que la comunidad que se entreteja, atienda y se responsabilice de la igualdad del derecho a ser humanos y de la igualdad de posibilidades para ejercer ese derecho.

Salud mental en la comunidad

Ya hemos señalado que los cuestionamientos referidos al tratamiento de las personas con trastorno mental surgidas tras la segunda guerra mundial y representadas en los movimientos de reforma psiquiátrica, presentan como uno de sus elementos comunes la referencia a la comunidad o a lo comunitario (Ardila, 2008). Un tema fundamental es común al conjunto de las propuestas de reforma de la atención psiquiátrica clásica o asilar: el centro de la ideología asilar ha sido, y sigue siendo en sus defensores actuales, la separación (en muchos casos definitiva) del paciente de su comunidad, esto es, separarlo de las vicisitudes de la vida en común. Con Salud Mental en la Comunidad lo que se postula como eje central de la atención y la rehabilitación es, por el contrario, preservar o recuperar en el sufriente mental su capacidad en relación con los otros de su comunidad, la vida en común con sus semejantes, en la sociedad que le toca habitar. Esto tiene un sentido profundamente racional: la mayor parte de los trastornos mentales afectan en el sujeto su capacidad social, condiciones subjetivas para vivir con los otros, soportar los conflictos de la vida

en común, desarrollar habilidades para generar vínculos satisfactorios. Esta incapacidad, parte central en los trastornos psicóticos y afectivos severos, es la que la psiquiatría asilar no comprendió y, bajo la idea de tratarlos, se propuso acentuar sus efectos a través del aislamiento del enfermo. Con Salud Mental en la Comunidad el primer sentido, y la primera intervención, es preservar en todo lo posible los vínculos comunitarios, familiares y sociales del paciente, a la vez que toda estrategia de rehabilitación debe orientarse a la integración social del sujeto afectado (en el mismo sentido que propugna el documento de la OMS, Rehabilitación Basada en la Comunidad).

Salud Mental en la Comunidad es también un proyecto en construcción, es decir, se trata de un giro de la atención psiquiátrica en tres dimensiones: a) pasar de la hospitalización psiquiátrica asilar a servicios próximos a la comunidad y al territorio de vida del paciente, esto es lo que denominamos “servicios comunitarios”; b) pasar de una práctica de la prescripción basada en la autoridad del profesional a una consideración del sujeto en toda su dimensión y complejidad, esto hace a una ética en las prácticas de salud mental, más allá de la asimetría de la relación terapéutica, el paciente debe ser tratado como un semejante, respetando su dignidad y reconociendo sus derechos; c) pasar de un enfermo como sujeto pasivo de su tratamiento a un sujeto activo, participe y protagonista de su tratamiento, lo cual además de

contar con su “consentimiento informado” para toda decisión de tratamiento se trata de incluir a su familia, y en lo posible a miembros significativos de su comunidad, en el proceso de atención. Lo esencial de la perspectiva comunitaria en salud mental consiste en atender en primer lugar el “lazo social”, en el que radica la capacidad del sujeto para establecer vínculos con los otros que le permitan la vida en común. Este es también el núcleo de la reforma de la aten-

ción: que el sujeto pueda permanecer en el seno de su familia y su comunidad durante el proceso de atención; atender desde el comienzo de su trastorno psíquico al cuidado de su integración social, lo cual implica que toda intervención requiera de un enfoque intersectorial (empleo, vivienda, ingreso económico); que la atención y rehabilitación temprana se realice en espacios sociales o comunitarios, donde la interacción con los otros y la integración social sea lo más próxima a su reali-

dad social, cultural y de territorio de vida.

Creemos que salud mental y comunidad ha superado los primeros tiempos en que ambos conceptos fueron vinculados. Por ejemplo la “Comunidad Terapéutica” surgida en Inglaterra en los años cincuenta del siglo pasado, en donde el término “comunidad” hacía referencia en términos generales a un tipo de funcionamiento dentro de la institución psiquiátrica proponiéndose suprimir el orden jerárquico propio del hospital psiquiátrico. Cabe recordar que Maxwell Jones (1968/1970) enmarcó su trabajo y el mode-

Un tema fundamental es común al conjunto de las propuestas de reforma de la atención psiquiátrica clásica: el centro de la ideología asilar ha sido, y sigue siendo en sus defensores actuales, la separación (en muchos casos definitiva) del paciente de su comunidad, esto es, separarlo de las vicisitudes de la vida en común.

lo de comunidad terapéutica en lo que denomina “psiquiatría social” en tanto categoría más amplia, señalando que la “psiquiatría comunitaria”, incluida en la social, pondría un mayor énfasis sobre la práctica aplicada al nivel de la *comunidad*, fuera del hospital. Así pues, el sentido que le dio a la comunidad en la psiquiatría M. Jones es el del “afuera de la institución”, el contexto habitual de vida, objetivo que no se logró ya que las Comunidades Terapéuticas en su experiencia práctica, funcionaron en el “adentro” de la institución asilar y se mostraron poco efectivas para la transición de los pacientes hacia la comunidad. Su resurgir en los últimos años, especialmente destinadas al tratamiento de individuos con consumo de drogas, muestra justamente su capacidad de transformarse en instituciones de encierro, alejadas de la vida comunitaria real del afuera. También se han reformulado los objetivos iniciales de la política de Sector surgida en la Francia de postguerra. Uno de sus exponentes, Hochmann (1971) señalaba que el trabajo de la política del Sector se realiza desde la psiquiatría *comunitaria*, término acuñado en EE.UU. en los años sesenta, la cual implicaba un triple movimiento para la psiquiatría: el del espacio terapéutico (desde el hospital hacia el ambiente natural), el del poder terapéutico (desde el psiquiatra hacia otros profesionales) y el del beneficio terapéutico (desde el sujeto hacia la *comunidad*). Para Hochmann el término comunidad debe utilizarse para designar “(...) *el medio de origen del enfermo, la fábrica en la que trabaja, la ciudad en la que vive, su barrio, su casa, etc.*”

Por último, la experiencia realizada en EE.UU. en los años sesenta y setenta del siglo pasado, también ha sido progresivamente abandonada en ese país y el concepto de “preventivo” y “comunitario” utilizado en aquella experiencia, ha modificado su sentido. Según Caplan,

“(...) *la Psiquiatría Preventiva es una rama de la psiquiatría, pero es también parte de un esfuerzo*

comunitario más amplio, en el cual los psiquiatras aportan sus contribuciones especializadas a una totalidad mayor. La psiquiatría preventiva, en mi opinión, debe ser amplia, y ocuparse de todos los tipos de trastornos mentales en personas de todas las edades y clases, porque enfocamos el problema total de la comunidad y no solamente los problemas de individuos y grupos particulares”. (Caplan, 1985: 35).

Este objetivo de ampliación de la prevención se entiende hoy como el carácter preventivo que debe tener la atención desde el primer episodio del trastorno mental, a fin de evitar tanto la cronificación que provocaban las internaciones prolongadas como la implementación desde el primer episodio de una rehabilitación temprana. Posiblemente muchas de estas nociones han pasado a formar parte del “sentido común” de la salud mental comunitaria: el afuera del hospital, el territorio, el trabajo con *algo más* que grupos e individuos, el cuidado de la integración social y el énfasis en cierto modo de relación ligado a la idea sociológica clásica de comunidad.

Interrogantes finales

El recorrido realizado por el desarrollo del concepto de comunidad y su inclusión en los movimientos de reforma de la atención psiquiátrica, nos conduce a pensar en qué medida la comunidad añorada de antaño descrita por los sociólogos del siglo XIX, hasta qué punto es la que está en la base de las perspectivas y las propuestas de la salud mental comunitaria.

La vida social que hoy habitamos dista mucho de aquellos significados vinculados con la vida comunitaria. En las sociedades desarrolladas las políticas y los valores del individualismo han llevado a un crecimiento notable de las desigualdades, al interior de los países entre individuos, entre grupos étnicos, excluidos sociales, grandes sectores viviendo en los márgenes de las ciudades, al margen de los derechos y del ejercicio

de la ciudadanía, expulsados de los intercambios económicos y culturales. Esta situación solo fue posible por el impulso que los valores del mercado dieron al individualismo, construyendo el sujeto consumidor actual, dedicado a un éxito personal, económico o de fama, creyendo que esto es fruto de su desempeño individual. El liberalismo presentó esta cultura del individualismo como un valor absoluto y una utopía de igualdad: dedicados a su propia vida cada individuo puede prescindir de la solidaridad, es decir, los otros son rivales o competidores, pero no necesarios para los logros personales. Esto funciona bien para los más ricos de la sociedad, pueden prescindir de la solidaridad y la desigualdad no es su problema. Para los más pobres la desigualdad, con sus consecuencias prácticas, configura su destino, solo la solidaridad les posibilita actuar sobre sus vidas, enfrentar y transformar su situación. Bajo estas condiciones la comunidad, la vida en común y la solidaridad, se asocia fuertemente con la pobreza y la exclusión social. Uno de los valores centrales del trabajo con la comunidad en salud mental consiste justamente en ayudar a la integración del sujeto en la comunidad, su participación en los procesos colectivos, ya que de algún modo el trastorno mental también es una fuerza que empuja al individuo a aislarse de su grupo y su comunidad. En este objetivo se acuñó el concepto de “cuidados psicosociales” en salud mental, de modo tal que los procesos de atención están simultáneamente dirigidos a la construcción de vínculos comunitarios.

La vida social que hoy habitamos dista mucho de aquellos significados vinculados con la vida comunitaria. En las sociedades desarrolladas las políticas y los valores del individualismo han llevado a un crecimiento notable de las desigualdades...

A la vez este sujeto individualista incorporó rápidamente los valores mercantiles, esto es, por vía del consumo todo objeto se califica por su valor mercantil, también el otro de la relación puede ser tomado como objeto de un consumo. En la vida de las grandes ciudades nos hemos acostumbrados, en general sin conciencia de esto que a la vez es causa de notables sufrimientos, a esta lógica particular por la cual las relaciones entre personas pasaron a ser relaciones

entre personas y cosas, el otro de una relación en su lugar de objeto de uso e intercambio, es sustituible, desechable, abandonado, y sobre todo no amado o necesario. Ambas dimensiones sociales, el individualismo y la mercantilización, son obstáculos a la vida en común, a la comunidad, y han contribuido fuertemente a la desaparición de la vida comunitaria como experiencia y a la solidaridad como va-

lor de los vínculos con los semejantes. Por esta vía, la vida comunitaria queda asociada a la pobreza por un lado y al desamparo social por otro (los que no tienen con que competir en el mercado de las cosas ni de las personas). Como sabemos la vida comunitaria se añora en las condiciones de la vida rural, porque observamos masas de desplazados del campo a los márgenes de las ciudades, desplazados por la miseria en sus territorios de vida o desalojados de su comunidad por el avance del “progreso económico”. También sabemos que los inmigrantes en los países de Europa, los hispanoparlantes en EE.UU., junto a los negros, comparten sus condiciones de vida social con nuestros inmigran-

tes del interior que se alojan precariamente en las villas miserias, con desocupados, excluidos de la sociedad. Esta población es también la más vulnerable en su salud y salud mental, la más necesitada de la solidaridad y también la que más requiere de la perspectiva comunitaria que analizamos.

Que un campo como el nuestro de la salud mental decida tomar dentro de su definición misma a una noción que, como lo señalara Hobsbawn (1994; cit. Bauman, 2001/2003), nunca se ha usado de forma más indiscriminada y vacía que en las décadas en las que las comunidades en sentido sociológico se hicieron difíciles de encontrar en la vida real, nos obliga a esta reflexión. A lo mejor, precisamente por eso, es decir, en tanto constituye un concepto que, pese a las diferencias entre enfoques y modelos, puede remitir a cierto consenso, al menos al consenso producido por la “buena sensación” de la que habla Bauman (2001/2003), de que algo “bueno” se hace cuando se hace algo “comunitario”. La cuestión que queda, no obstante, es la del riesgo que implica para el propio campo el ubicarse en este lugar. Trabajar en la perspectiva comunitaria en salud mental no puede ser solamente un compromiso o una militancia social, requiere a la vez una exigencia racional, científica en algún grado, de comprender y explicar las condiciones que toma en la actualidad la vida en común, esta existencia inevitable con los otros de trato y sociedad. Es en ella donde buscamos comprender los avatares del sufrimiento mental y donde queremos construir colectivamente, los profesionales junto a la comunidad, los procedi-

mientos para cuidar y reparar la vulnerabilidad y los daños de la vida psíquica.

Referencias bibliográficas

- Ardila, S.E. (2008). *La Transformación de la Atención Psiquiátrica en el Marco de las Reformas de los Sistemas de Salud: Opciones para las Prácticas de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud Colombiano*. Tesis de Maestría en Psicología Social Comunitaria, Universidad de Buenos Aires.
- Bauman, Z. (2001/2003). *Comunidad: En busca de seguridad en un mundo hostil*. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI.
- Caplan, G. (1964/1985). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Castells, M. (1999). *La Era de la Información. Vol. II. El Poder de la Identidad* México D.F: Ed. Siglo XXI.
- Fistetti, F. (2003/2004). *Comunidad. Léxico de Política*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental: La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Habermas, J. (1989). *Teoría de la Acción Comunicativa. Racionalidad de la Acción y Racionalización social*. Madrid: Ed. Taurus.
- Hobsbawn, E. (1994/1998). *Historia del siglo XX*. Buenos Aires: Ed. Crítica.
- Hobsbawn, E. (1994). *The Age of Extremes*. Londres: Michael Joseph.
- Hochmann, J. (1971). *Hacia una psiquiatría comunitaria*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Ingleby, D. (1980). Comprender las enfermedades mentales (pp. 23-86) En Ingleby, D. (ed) *Psiquiatría Crítica: La política de la salud mental*. Barcelona: Ed. Crítica.
- Jones, M. (1968/1970). *La psiquiatría social en la práctica*. Buenos Aires: Ed. Americalee.
- Nisbet, R. (1966/1969). *La formación del pensamiento sociológico 1*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.