

SALUD MENTAL COMUNITARIA: UNA EXPLICACIÓN DEL MODELO

escrito por Emarely Rosa-Dávila¹, Marta A. Mercado-Sierra²  OPEN ACCESS  PEER-REVIEWED

Resumen

Al hablar de salud mental no se puede separar al ser humano de su entorno comunitario. Es importante reconocer la historia de vida de la persona que recibe servicios de salud mental, para de esta manera ofrecer un tratamiento efectivo. Este trabajo ofrece definiciones distintas del concepto de salud mental, así como una descripción del modelo de salud mental comunitaria, su desarrollo histórico. Además, contrasta el modelo médico o de intervención tradicional con el enfoque comunitario en salud mental.

Palabras claves

salud mental, política pública, base-en-comunidad, modelo médico, trabajo social, psicología comunitaria

Sumario

Introducción. Salud mental. Salud mental: definición. Enfoque comunitario en salud mental. Modelo de salud mental comunitaria. Características del modelo de salud mental comunitaria. Rechazo al modelo médico. Conclusión. Referencias.

[EN] COMMUNITY MENTAL HEALTH MODEL: AN OVERVIEW

Abstract

When speaking of mental health, we cannot separate the human being from his or her community environment. It is important to recognize the history of the person receiving mental health services, in order to offer effective treatment. This article offers different definitions of the concept of mental health, as well as a description of the community mental health model and its historical development. In addition, we will contrast the medical or intervention model and the community approach to mental health.

Keywords

mental health, public policy, community-based, medical model, social work, community psychology

Introducción

Salud mental comunitaria es uno de los términos utilizados para referirse al campo total o parcial de los aspectos comunitarios de la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales (Calderón, 1981). Según Bloom (1984), el término salud mental comunitaria se refiere a todas las actividades asumidas dentro de la comunidad en nombre de la salud mental. Para Amares (2006), la salud mental comunitaria consiste en el mejoramiento paulatino de las

condiciones de vida comunal y de la salud mental de la comunidad, mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud mental, de prevención de malestares y problemas psicosociales y de recuperación y reparación de los vínculos personales, familiares y comunales dañados y quebrados por la pobreza, las relaciones de inequidad y dominación y el proceso vivido durante el conflicto armado interno. Todo esto con la comprensión, el acuerdo y la participación activa de la

comunidad. Estos autores y autoras coinciden en que la salud mental comunitaria involucra la utilización de los recursos de una comunidad para dar servicios al máximo de sus propios miembros, además de las actividades que se llevan a cabo en una comunidad en nombre de la salud mental.

La salud mental comunitaria precede la psicología clínico-comunitaria. Esta subespecialidad se generó a partir del rechazo del modelo médico como exclusivo, lo cual caracterizó los inicios de la psicología comunitaria. Montero (2009) define la psicología clínico-comunitaria como

una subespecialidad de la psicología que parte de los saberes teóricos y metodológicos de las ramas clínica y comunitaria cuyo objeto de intervención terapéutica-investigación es el vínculo-relación persona-comunidad, entendido como un tejido de pautas y de significaciones y, cuyo propósito es impulsar la salud mental integral en el espacio recíproco de la unidad vincular, produciendo transformaciones en el binomio persona-comunidad a partir de la participación y el compromiso. (p. 14)

Con esto como base, el propósito de este trabajo es explicar de manera conceptual el modelo de salud mental comunitaria. Realizamos una la revisión de literatura dentro de

los siguientes temas: el concepto de salud mental (su definición), el enfoque comunitario en salud mental según el *Community Mental Health Act* de 1963, la definición de salud mental comunitaria y sus características y, por último, una revisión de estudios previos basados en este modelo. Entendemos que cuando hablamos de salud mental no podemos separar a la persona del contexto social, histórico y cultural en el cual está inmersa, (Vilar y Eibensgutz, 2007).

También, se discuten las características del modelo de salud mental comunitaria y se compara este modelo con el modelo médico. Como profesionales de la salud mental, nuestra práctica se basa en diferentes modelos de intervención. Por lo tanto, es importante que conozcamos modelos de intervención que parten desde las fortalezas de la comunidad, en beneficio de las persona que padece de alguna condición de salud mental. Se hace imprescindible conocer los contrastes entre modelos basados en enfoques diferentes para responder a la(s) realidad(es) de las comunidades y sus residentes.

Esta revisión está basada en artículos y libros acerca de los temas mencionados, pertinentes al trabajo social y a la psicología social-comunitaria en Estados Unidos, América Latina y Puerto Rico.

Culminamos este escrito con nuevas interrogantes que nos pueden guiar a nuevas rutas de investigación.

Salud mental

Al hablar de salud mental no se puede separar al ser humano de su entorno comunitario. Es importante reconocer la historia de vida de la persona que recibe servicios de salud mental, para de esta manera ofrecer un tratamiento efectivo. El trabajo comunitario en salud mental es más que una política, es una necesidad. Demanda que profesionales que ofrecen servicios tengan entendimiento de los valores, costumbres y creencias de la comunidad a la que sirve. No podemos ver a un sujeto separado de su realidad histórica, social y cultural. Según nos presentan Vygotsky (1927; 1931; 1934), Luria (1976; 1979) y Leontiev (1964) (citados en Rodríguez Arocho, 2007) autores de la Perspectiva Histórico Cultural, los procesos mentales dependen de las formas activas de vida en ambientes apropiados. Por otro lado, Calviño (2004), señala que cuando de prácticas comunitarias de salud se trata, aún se siente con fuerza la presencia del modelo médico, del modelo de la jerarquía profesional. Es un modelo de carácter asistencialista con poca capacidad de responder a las demandas

explícitas e implícitas de las comunidades. Lo entendemos como un modelo en el cual profesionales de la salud mental deciden cuál es el curso del tratamiento y parte de las necesidades de pacientes y no de sus fortalezas. Es un modelo que no toma en cuenta las fortalezas y los recursos con los que cuentan el ambiente y la comunidad.

Desde el trabajo social y la psicología social-comunitaria, son las personas que fungen como agentes comunitarios quienes tienen que construir sus propios cambios. Es desde las necesidades de las comunidades, desde sus demandas reales que se construye un espacio probable y factible de actuación. Los y las profesionales expertas debemos asumir roles mediadores y facilitadores de dichas actuaciones, pero nunca sustituyendo, suplantando, la función que corresponde a las personas que viven e interpretan de su realidad (Calviño, 2004).

Salud mental: definición

Al hablar de salud mental necesariamente hay que referirse al concepto enfermedad mental (Mebarak, De Castro, Salamanca & Quintero, 2009). Los y las autoras indican que, desde la antigua Grecia, a la mente se le llama alma o *psique* y se consideraba separada del cuerpo.

Si bien se ha pensado que la mente puede influir en el cuerpo y viceversa, la mayoría de los filósofos buscaban las causas de la conducta en una o en la otra. Esta división dio lugar a las tradiciones de pensamiento sobre el comportamiento resumidas como tradición sobrenatural, biológica y psicológica.

Como tradición sobrenatural se entiende que las causas de la enfermedad mental son agentes concebidos como divinidades, demonios, espíritus o algún fenómeno como los campos magnéticos, la luna o los astros (Mebarak et al., 2009). Toda enfermedad, incluyendo las clasificadas como mental, era atribuida a un dios-demoníaco infiltrado en el cuerpo de una persona (Carrasquillo Ríos, 1996). En la tradición biológica los trastornos se atribuyen a enfermedades o, a desequilibrios químicos y en la tradición psicológica la conducta se le atribuye a un desarrollo imperfecto y al contexto social (Mebarak, et al. 2009).

Es preciso escoger una definición que nos lleve a un entendimiento más abarcador de la vivencia del ser humano en su entorno y que a su vez sea menos amenazante para la persona. Es por eso que las siguientes definiciones son importantes para abordar el concepto dentro de este trabajo. La Organización Mundial de

la Salud (OMS) define a la salud mental como un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad (OMS, 2020). Vilar y Eibensgutz (2007) dan a esta definición una dimensión histórico social, haciéndola más amplia. Las autoras señalan que, aunque la última expresión de la enfermedad mental se halla en la subjetividad individual, el sufrimiento psíquico se inscribe en la persona-sujeto construida socialmente cuya historia está determinada por los recursos que socialmente le han sido dispuestos y accedidos para la satisfacción del deseo.

La salud mental se mantiene gracias a la capacidad que un sujeto tiene para diseñar objetivos y proyectos de vida, así como en la capacidad de allegarse los recursos necesarios para la consecución de tales proyectos. Esto no se logra sin la plena participación del sujeto en la sociedad. Por lo tanto, solamente se podrá atajar la enfermedad mental y promover la salud mental si es posible crear las condiciones idóneas para que los sujetos puedan vivir en

un estado de bienestar y puedan elaborar y llevar a cabo un proyecto de vida productivo y satisfactorio; donde tengan el derecho a un ambiente compatible con la salud y el derecho a servicios dignos cuando la enfermedad aparece (Vilar & Eibenschutz, 2007).

Por otro lado, Foucault (1979) concibió la enfermedad mental como surgiendo de la contradicción entre las estructuras de la experiencia social y la conciencia lúcida de esas contradicciones. Según el autor la enfermedad surge de dos tipos de contradicciones: las condiciones sociales e históricas que fundamentan los conflictos del medio, y las reacciones psicológicas que transforman el contenido de la experiencia en forma de conflicto provocando así alguna reacción en la persona.

Estas últimas definiciones toman en consideración tanto al ser humano como su entorno. Casañas-Cruz (1999), señala que no podemos negar que existen varios elementos inherentes a la enfermedad mental tales como el dolor y la angustia que sufre la persona afectada, los fenómenos patológicos de origen orgánico, así como las condiciones sociales y culturales que podrían resultar en un patrón de conducta inusual. Es por esto que cuando hablamos de salud mental no

podemos separar a la persona del contexto social, histórico y cultural en el que está inmersa. De manera que mientras sigamos mirando la salud mental como de origen individual y biológico exclusivamente, no abriremos las puertas a nuevas posibilidades que podrían llevarnos a abordar el problema de otra manera. Para este trabajo utilizaremos la definición de salud mental desarrollada por Vilar y Eibenschutz (2007) y descrita previamente para referirnos al concepto, ya que es la más que se asemeja al enfoque comunitario en salud mental, el cual discutimos a continuación.

Enfoque comunitario en salud mental

En Estados Unidos el enfoque comunitario en salud mental comenzó a principios de la década de los 60s cuando el presidente John F. Kennedy firmó el *Community Mental Health Act* (Cohen, C & Reinhardt, 2018). A través de esta legislación se le otorgaban fondos a los estados por un periodo de tres años para la construcción de centros de salud mental comunitaria (CSMC) (Bloom, 1984). Rivera Mass, Fernández Cornier, Torres Rivera y Parrilla Cruz (2005) y Roca de Torres (2009) indicaron que, durante su presidencia, John F. Kennedy mostró un gran interés en mejorar los servicios de salud mental en los Estados Unidos.

Su visión del centro de salud mental era de un centro comunitario que formaba parte de un continuo de servicios que incluía desde el apoyo a la familia hasta la hospitalización. Durante su incumbencia se estimuló legislación que proveyó fondos para el desarrollo de centros de salud mental comunitarios. Ésta perseguía un acercamiento mayor de la comunidad hacia el problema de la enfermedad mental, promoviendo la descentralización de los servicios, además del uso limitado de barbitúricos (Casañas-Cruz, 1999).

Los CSMC estaban diseñados para ofrecer servicios comprensivos para personas con condiciones de enfermedad mental, ubicar los servicios cerca del hogar y proveer un conjunto de servicios integrados con los cuales se pudiera impactar un número determinado de personas. El aumento en personas atendidas en los CSMC tenía la intención de reducir la tendencia de hospitalizaciones por condición de salud mental. La reestructuración de la forma en que se ofrecían los servicios de salud mental cambió en el contexto de la responsabilidad fiscal. Las metas y prácticas de los CSMC, que demostraron ser efectivas, se revisaron a través del tiempo por los cambios políticos y económicos complicando así la provisión de servicios.

Bloom (1984) señaló que los centros, según requerido por esta legislación, tenían que ofrecer cinco servicios esenciales. Estos eran: a) hospitalización, b) cuidado ambulatorio, c) servicios de emergencias, d) hospitalización parcial y e) educación y consultoría. Luego se añadieron otros servicios: f) servicios de diagnóstico, g) de rehabilitación, h) cuidado antes y después del servicio, i) adiestramiento e, j) investigación y evaluación. Los servicios provistos en cada CSMC estaban disponibles para todas las personas residentes de la zona que el centro brindaba servicios, incluyendo a personas que no podían pagar por los mismos (Bloom, 1984).

Este mismo autor añadió que luego de un tiempo, estos centros llegaron a tener reglamentación que ayudó a asegurar la continuidad del tratamiento. Esta reglamentación disponía que:

- La persona elegida para tratamiento en uno de los servicios que ofrecía el CSMC, podría recibir los demás servicios que se ofrecían de necesitarlos;
- La persona que recibían los servicios era transferida de forma rápida de un servicio a otro;
- La información clínica de las personas recipientes de los servicios sería compartida en los niveles de ayuda que se encontrara;

- El personal de servicios de salud mental tenía la flexibilidad de moverse de un servicio a otro para dar continuidad a las personas que atendían; y
- No habría límite de tiempo de residencia, dentro del área en la que el centro ofrece servicios, para que las personas pudieran participar del centro.

Años de diseño y planificación culminaron en esta legislación innovadora para que los servicios de salud mental estuvieran accesibles a través de todos los Estados Unidos. Se ponían en práctica técnicas de salud mental como la consultoría y la intervención en crisis, las cuales daban significado a prevenir y el tratar condiciones mentales de forma más rápida y exitosa que antes (Bloom, 1984). Según Ray y Finley (1994), la legislación para los CSMC sufrió muchos cambios en los enfoques de tratamiento y en las fuentes de fondos. Señalaron que el mandato original de proveer servicios comprensivos, servicios de salud mental con base en la comunidad dio un giro para trabajar con las personas que tienen condiciones emocionales severas y trastornos relacionados al uso de sustancias. Para la década de los 90s, los centros no proveían solamente servicios de salud mental, sino que tenían otra gama de programas como vivienda transicional y apoyo

social, diseñados para las personas con condiciones más severas que residían en la comunidad.

Ray y Kanapaux (2002) señalaron, además, que para 1976 el Congreso de Estados Unidos enmendó la legislación original en un intento de estabilizar y expandir el programa. Esa nueva legislación añadió también requisitos relacionados a asegurar la calidad de los servicios, sensibilidad cultural y la expansión de las áreas de servicios de los centros. Estos requisitos según los autores, más tarde se convirtieron en una carga económica para la administración de los centros.

Para 1978, ya los CSMC no podían alcanzar la intensidad en el tratamiento y el cuidado comprensivo que alcanzaban bajo la legislación original (Ray & Kanapaux, 2002). Según relatan estos autores, para ese año, de los 675 CSMC fundados, 60 ya no recibían apoyo económico del gobierno federal, mientras que 329 continuaban recibiendo apoyo. Aunque no mencionaron la situación de los 286 CSMC restantes, señalaron que aquellos que no estaban afiliados a los hospitales de la comunidad tuvieron dificultades grandes para recibir reembolsos por los servicios ofrecidos, lo que ocasionó mayores problemas económicos. Como resultado de esto, los CSMC pasaron de ser programas clínico-

comunitarios a ser programas de servicios sociales.

Los servicios que ofrecían los CSMC se basaban en el modelo de salud mental comunitaria, el cual discutimos como próximo tema.

Modelo de salud mental comunitaria

Para una mejor comprensión de lo que es la salud mental comunitaria, es importante definir el término comunidad. Aunque hay una gran variedad de definiciones del término, en este trabajo definimos comunidad como un grupo social diferenciado del resto de la sociedad, cuya conformación puede ser heterogénea o no; comparte una interrelación permanente viviendo en una misma localidad y presenta algunas características e intereses comunes a sus miembros (Amares, 2006).

Las características del modelo de salud mental comunitaria vienen en respuesta a la insatisfacción con algunas de actividades tradicionales en servicios de salud mental. Ante la visión de profesionales de esta área, Bloom (1984), señaló que para esa época los servicios tradicionales de salud mental:

- se separaron de las comunidades donde vive su clientela;
- se preocuparon demasiado por aquellos individuos que han encontrado la forma de llegar a

recibir el servicio en la clínica y muy poco por la población como un todo;

- se enfocaron casi exclusivamente en el tratamiento de la psicopatología y fallaron en dedicarse a identificar recursos adecuados que podrían ayudar a prevenir ciertas formas de psicopatología y promover la salud mental;
- fallaron en proveer un sistema organizado y coordinado de servicios que conozcan las necesidades de salud mental de la comunidad;
- en su énfasis al servicio directo, no desarrollaron programas de ayuda para otras agencias o personas como escuelas, el clero, enfermeras de salud pública, organizaciones de bienestar social, para que trabajaran más efectivamente con su clientela;
- enfatizaron la terapia a largo plazo y excluyeron la terapia a corto plazo que ayudaría a un número mayor de personas;
- no hicieron uso adecuado de las fuentes de personal no tradicionales;
- fueron negligentes en evaluar las necesidades de la comunidad al desarrollar servicios de salud mental; y
- fallaron en identificar aquellas características de las comunidades que aumentaban o inhibían el crecimiento y desarrollo que busca cambiar los aspectos sociales que producen estrés.

Por otra parte, Montero (2009), indicó que el movimiento de la salud mental en la comunidad fomentó la creación de un movimiento en Estados Unidos, dedicado a producir respuestas más efectivas a los trastornos mentales, que las formas tradicionales de psicoterapia, contextualizando dichos trastornos en las situaciones vividas por las comunidades. Murrell (1973), señaló que el aspecto crítico y la orientación psicosocial de la psicología comunitaria llevó a reconsiderar el origen de los trastornos mentales, estableciendo la relación entre las condiciones adversas generadas por los sistemas sociales y esos trastornos. Fue él mismo quien manifestó la necesidad de que se interviniera en las instituciones sociales causantes de ellos. Esa posición, según Montero (2009), introdujo la noción de responsabilidad social por el desarrollo psicosocial de las personas como anterior, y en muchos casos desencadenante, de la de incapacidad o discapacidad mental. Ya no bastaba con diagnosticar, sino que había que situar el problema mental en su contexto y buscar la solución en ambos. Así que se trabaja por la transformación social, no en o para las comunidades, sino con éstas. Para Bloom (1984), la salud mental comunitaria se puede describir a

través de 10 características que la distinguen, y que menciono a continuación.

Características del modelo de salud mental comunitaria

La primera característica (Fuks, 2010) que distingue la salud mental comunitaria de actividades más tradicionales, relacionadas a la salud mental, es su énfasis en la práctica desde la comunidad, contrario a la práctica en un ambiente o escenario institucional. Una segunda característica, según este mismo autor, es el énfasis en la comunidad total, más que en el individuo. Como tercera característica está el énfasis en la promoción de salud versus la prevención de enfermedad (Fuks, 2010). Estas segunda y tercera características son rasgos distintivos de la orientación de salud mental comunitaria y juntas representan la aplicación de conceptos de salud pública en el campo de la psicopatología.

La salud mental comunitaria es una respuesta puntual, adecuada y consistente con las necesidades médicas, sociales y psicológicas reales de una población (Fuks, 2010). Es el ofrecimiento de una amplia formación de servicios, programas y facilidades para que toda persona que esté buscando ayuda, pueda encontrar entre estos

servicios, opciones pertinentes a sus necesidades (Casañas-Cruz, 1999). Incluye actividades de una comunidad, que ocurren fuera del hospital, aunque ciertos tratamientos estén incluidos en esas actividades. Es un servicio organizado por la comunidad y para la clientela, que debe estar accesible a la gente, lo que significa que exista la facilidad de llegar a él (Feldman, 1974).

La cuarta característica según Bloom (1984), es el énfasis en los servicios continuos y comprensivos. Servicios continuos se refiere al ofrecimiento de cuidados de la salud a través del tiempo. Esto sugiere intervención temprana y mantenimiento de procesos terapéuticos. El cuidado comprensivo se refiere a la capacidad de proveer una gama de servicios para corresponder a las necesidades de la clientela (Casañas-Cruz, 1999). Esto requiere la habilidad de coordinar diferentes tipos de servicios, así las personas que reciben los servicios y su familia pueden obtener provecho de estos sin fragmentación (Fuks, 2010). Un programa de salud mental debe ser un sistema de servicios con un flujo fácil de participantes entre las partes que lo componen. Además, debe partir del espectro de las necesidades de la comunidad.

Bloom (1984), indicó que la quinta característica es el énfasis en servicios

indirectos, más que en servicios directos. Un ejemplo de un servicio indirecto es la consultoría, en la cual un o una profesional de salud mental intentan hacer una intervención significativa en la vida de un grupo de gente, trabajando con personas que tienen acceso a ese grupo, tales como maestros y maestras, líderes religiosos y religiosas, o enfermeras o enfermeros de salud pública, más que directamente con integrantes del grupo a ser servido. Otro servicio indirecto es la educación en salud mental, a menudo, utilizando los medios de comunicación de masas para alcanzar a un gran número de gente, sin verlas cara a cara, para así mejorar su bienestar psicológico. Se recalca la salud mental de la comunidad, en lugar de la salud mental individual. La salud mental comunitaria busca el bienestar psicológico y social de un grupo mayor como lo es una población particular o comunidad total. Intenta satisfacer las necesidades de esa población y para eso recalca la prevención, más que la cura de la enfermedad.

La sexta característica es el énfasis en los movimientos de estrategias clínicas innovadoras diseñadas para conocer las necesidades de salud mental de un número más grande de personas, más prontamente, más efectivamente y más eficientemente que como se ha logrado previamente

(Bloom, 1984). De los acercamientos usados para alcanzar estos objetivos, los más efectivos han sido la terapia a corto plazo y la intervención en crisis. Ambos conceptos están basados en la premisa de que la intervención es a corto plazo. Si se lleva al tiempo preciso y si se ejecuta bien, puede ser efectiva en un programa de salud mental comunitaria.

Como séptima característica está el énfasis en el proceso de planificar programas de salud mental realistas y sensibles (Amares, 2006; Bloom, 1984). Esto incluye realizar un estudio demográfico de la comunidad a la que se va a servir, especialmente las necesidades de salud mental no conocidas, identificando la población que está en alto riesgo de desarrollar alguna condición o enfermedad mental, coordinando servicios de salud mental y priorizando para lidiar con problemas que directa o indirectamente están relacionados a disturbios emocionales. Va más allá del tratamiento médico empleado para las condiciones mentales existentes en cierta parte de la población. Intenta prevenir y controlar la enfermedad mental, partiendo del punto de vista de que la misma no es un asunto individual, sino que surge de condiciones sociales, políticas, económicas y ambientales específicas a una población determinada (Casañas-Cruz, 1999).

Otra característica es la exploración de las opiniones del personal que ofrece servicios. Más que ver a la persona profesional en psiquiatría, trabajo social, enfermería y psicología clínica, como los únicos proveedores de servicios de salud mental, la salud mental comunitaria busca crear nuevos tipos de personal. Éstos tienen menos adiestramiento formal que el y la profesional de salud mental, pero son capaces de utilizar sus propias experiencias y destrezas para asumir un rol terapéutico en el centro de salud mental (Amares, 2006; Bloom, 1984). Por ejemplo, una persona que se haga cargo de acompañar a un familiar a sus citas de tratamiento para su condición emocional, posiblemente con el tiempo, tendrá un conocimiento amplio sobre los servicios que ofrece el sistema, cómo accederlos o cómo trabajar con una persona que recibe los servicios de salud mental en un momento de crisis. Esta persona puede desempeñarse como facilitadora en un centro de salud mental comunitaria, utilizando su experiencia y sus conocimientos para ayudar a crear estrategias de prevención, promover servicios directos y alertar a quienes ofrecen los servicios sobre necesidades de la población que aún no ha recibido servicios.

Para Bloom (1984), Amares (2006) y Fuks (2010) la novena característica es su compromiso con lo que usualmente llaman control comunitario o involucramiento comunitario. Estos términos significan que la persona profesional en salud mental no se le considera como la fuente exclusiva de información acerca de las necesidades de salud mental de la comunidad o como la mejor forma de conocer estas necesidades. Más bien, se espera que el centro de salud mental se una a identificar las necesidades de la comunidad, proponga y evalúe programas, llegue hasta estas necesidades y planifique para desarrollar programas futuros. Este concepto sugiere que el CSMC opera con la comunidad y en nombre de ésta.

Una última característica es el interés en identificar las fuentes de estrés dentro de la comunidad (Bloom, 1984; Amares, 2006 & Fuks, 2010). Más que continuar con el supuesto tradicional de que la psicopatología se origina dentro de la persona, se mantiene en la persona y se puede reducir sólo efectuando cambios en la persona. Es el identificar cuál es la situación o problema social que aqueja a las personas que viven en la comunidad, que se están viendo afectadas. Es, además, sacar el foco de la condición de la persona

y enfocarlo a su ambiente. En un sentido general, la salud mental comunitaria es un punto de vista; una forma de ver las cosas. Se reafirma en que los servicios de salud mental deben estar accesibles donde y cuando se necesiten, que estos servicios serían más efectivos si se integran con otros servicios humanos y que sería bueno asignar recursos para aumentar los efectos positivos reduciendo, de la misma manera, los efectos negativos de las experiencias de vida.

Rechazo al modelo médico

La manifestación del modelo de salud mental comunitaria en América Latina, como rechazo al modelo médico, cambió el modo de ver la situación, los roles de las personas involucradas en ellas, el modo de la relación entre las mismas y la responsabilidad por las transformaciones a producir. Las razones para el rechazo del modelo médico según Montero (2009) fueron las siguientes:

- Su incapacidad de responder a los nuevos retos conceptuales que se presentaban a profesionales de la psicología que querían trabajar en el ámbito de las comunidades y ejercer una psicología clínica que respondiese a los retos y urgentes necesidades de las sociedades latinoamericanas.

- La orientación en términos de déficit está principalmente dirigida a intervenciones tardías en el desarrollo del trastorno. Cuando el problema ha avanzado, tiene un peor cariz y es más difícil de resolver y ha causado más daño a la persona. La prevención secundaria y terciaria.
- La concepción de las personas como “clientes” en una relación de prestación de servicios orientada por un modelo de compra-venta de servicios, demasiado estrecho e inadecuado para un ámbito social no sólo mayor, sino además muy diferente.
- El enfoque clínico está centrado en la persona individual, pudiendo extenderse a la familia o al grupo terapéutico, pero no más allá de ese horizonte.
- La separación entre los problemas sociales y los trastornos individuales.
- Dudas acerca de la capacidad de la psiquiatría y la medicina para lograr intervenciones preventivas y sociales con la participación activa de las personas interesadas. (p.15)

De la misma manera Serrano-García, et al., (1998) ofrecen sus críticas al modelo médico. Entre ellas mencionan que, bajo ese modelo, personas profesionales en psiquiatría, tratando de validar su posición en la profesión médica, han recalcado desmedidamente los aspectos biológicos de los trastornos psicológicos y han tratado de entenderlos como mal funcionamiento del cerebro. Señalan, además, que los y las investigadoras médicos se dedican a estudiar fenómenos parciales y consideran irrelevantes todos los aspectos fuera de esa visión. Añaden que la visión cartesiana de la separación mente-cuerpo es evidente en la división de la profesión médica en dos campos separados, con poca comunicación entre sí y que promueve una visión de la salud y la enfermedad en la que los estados emocionales no desempeñan ningún papel. Montero (2009) hizo una comparación entre el modelo médico y el modelo psicosocial comunitario la cual presento a continuación (ver Tabla 1).

Tabla 1. *Comparación entre el Modelo Médico y el Modelo Psicosocial Comunitario*

Modelo Médico	Modelo psicosocial comunitario
Visión estatuida de la salud y de la enfermedad.	Salud y enfermedad integran la construcción social de la realidad, por lo tanto, su comprensión responde a la cultura.
La enfermedad es externa a la persona, penetra y se aposenta en ella. Concepción del cuerpo invadido, tomado.	La enfermedad es el producto de un desbalance entre lo biológico, lo psicológico, lo social, lo cultural, lo económico y lo espiritual (Serrano, Bravo, Rosario, Gorrín, 1998).
El/a terapeuta sabe y cura.	El/a terapeuta sabe y cura contextualizando la enfermedad. Ese proceso se da con ayuda de la persona y de miembros de la comunidad donde se sitúa el problema.
Los procedimientos, técnicas y medicamentos son generados por un campo específico de la ciencia, elaborados por una industria específica y regulados por el/a terapeuta.	Se reconoce la capacidad de sanación del cuerpo humano, el efecto terapéutico de las relaciones humanas positivas y hay una aproximación cautelosa y prudente respecto de la administración de fármacos (Serrano, Bravo, Rosario, y Gorrín, 1998).
	Énfasis en el apoyo social como factor fundamental para la promoción y mantenimiento de la salud.
La enfermedad y la defensa contra ella es el concepto central.	Parte de la concepción de que la mayoría de las personas está sana. La salud predomina sobre la enfermedad.
La búsqueda de la salud se centra en la relación terapeuta-paciente.	La aproximación a las enfermedades o trastornos se hace desde equipos multidisciplinarios y con la participación de la persona o grupo a ser tratados, así como de su entorno relacional.
La responsabilidad y control por la curación reside en el/a terapeuta.	La responsabilidad y control son del equipo multidisciplinario y de la persona enferma (Serrano, Bravo, Rosario & Gorrín, 1998).
Hay desbalance de poder. Este reside en los proveedores de servicios de salud, que lo ejercen sobre pacientes y grupos.	El poder se ejerce con la comunidad y la persona interesada.

Nota. Tomado de “*Del Enfoque Psicosocial Comunitario al Enfoque Clínico Comunitario. Situar la Praxis en América Latina*,” por M. Montero, 30 de junio de 2009, conferencia presentada en el XXXII Congreso Interamericano de Psicología, p. 39. Reimpreso con permiso.

En el modelo médico (Montero, 2009), sólo los y las profesionales son expertas y tienen el conocimiento que entienden necesitan para trabajar con la población servida. Muchas veces toman decisiones sin explorar el contexto social-comunitario de la persona y sin explorar las opiniones de familiares o recursos de apoyo que comparten con quien recibe los servicios en diferentes ambientes. Montero indica que el modelo médico se centra en la búsqueda de la salud en la relación terapeuta-paciente y no se atiende la enfermedad desde los equipos de trabajo y con la participación activa de la persona que recibe el servicio como se implanta desde el modelo de salud mental comunitaria.

Conclusión

En conclusión, la salud mental debe entenderse entonces como la interacción compleja y balance entre lo físico y lo social, entre lo social y lo psicológico, entre lo material y lo inmaterial, que satisface a la persona y le permite interactuar positivamente en su entorno (Montero, 2009). Se necesitan políticas públicas que reconozcan que las personas tienen derecho a acceder a los recursos necesarios para recuperarse o mantenerse saludables. Además, adoptar modelos de salud mental en los cuales los procesos y los

elementos que lo construyan partan desde la cultura de cada país, viendo la salud mental desde una mirada integral con la cual se visualice a la persona desde su complejidad. Necesitamos personas que asesoren a quienes gobiernan en el proceso de implementación de servicios de salud mental. No necesitamos un sistema que resuelva el hoy sin pensar en las consecuencias del mañana. Necesitamos un sistema de salud mental en el que la persona pueda recuperarse y permanecer saludable en su comunidad.

El enfoque/modelo de salud mental comunitaria y nuestras reflexiones nos llevan a preguntas inconclusas. Desde nuestro contexto, desde el país de residencia de cada una nos podemos preguntar: ¿Están las personas que reciben servicios de salud mental en un tratamiento adecuado? ¿Cuál es la primera opción de tratamiento para estas personas, la psicoterapia o la medicación? Las políticas públicas y sociales de nuestro país (del lector), ¿se basan en un modelo de salud mental comunitaria? Si la comunidad es el centro de bienestar de las personas, ¿por qué no nos enfocamos en apoyar y fortalecer a las comunidades para que tengan los recursos necesarios para apoyar a sus residentes con condiciones de salud mental? Siendo tanto el Trabajo

Social como la Psicología Social-Comunitaria profesiones políticas, les invitamos a reflexionar sobre estos temas y a promover la investigación con el propósito de que cada persona que reciba servicios de salud mental pueda permanecer en el ambiente de mayor autonomía para ellos y ellas, según su condición emocional y sus recursos comunitarios.

Referencias

- Amares. (2006). *Salud mental comunitaria en Perú: Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Ministerio de Salud. [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/7F8766F4F4FEEBF805257C940055969B/\\$FILE/1_pdfsam_SaludmentalcomunitariaPer%C3%BA.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/7F8766F4F4FEEBF805257C940055969B/$FILE/1_pdfsam_SaludmentalcomunitariaPer%C3%BA.pdf)
- Bloom, B. (1984). *Community mental health*. Wadsworth.
- Calderón, N. (1981). *Salud mental comunitaria: Un enfoque nuevo de la psiquiatría*. Trillas.
- Calviño, M. (2004). Acción comunitaria en salud mental: Multiplicadores y multiplicandos. *Revista Cubana de Psicología*, 21(1), 37-44.
- Carrasquillo Ríos, C. (1996). *El enfoque comunitario en los servicios de salud mental del Estado entre 1940-1992* [Disertación doctoral inédita]. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.
- Casañas-Cruz, V. (1999). *La enfermedad mental y modelo de salud mental comunitaria: Evaluación de la implantación del modelo en los centros de salud mental de Puerto Rico* [Disertación doctoral inédita]. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.
- Cohen, C., & Reinhardt, M. (2018). Political Economy and neoliberalism: Their influence on community mental health practice, research and policy. In S. Rosenberg & J. Rosenberg (Eds.), *Community mental health: challenges for the 21st century* (3rd ed., pp. 328-344). Routledge.
- Feldman, S. (1974). Community mental health centers: A decade later. *International Journal of Mental Health*, 3 (2-3), 19-34.
- Foucault, M. (1979). *Enfermedad mental y la personalidad*. Paidós.
- Fuks, S. (2010). *Como un puente sobre aguas turbulentas: La experiencia del Centro de Asistencia a la Comunidad de Rosario*. Editoriales de LAA.U.GM.

- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M. & Quintero, M. (2009). Salud mental: Un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, 23, 83-112. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21311917006.pdf>
- Montero, M. (2009, junio). *Del enfoque psicosocial comunitario al enfoque clínico-comunitario: Situar la praxis en América Latina* [Conferencia presentada]. XXXII Congreso Interamericano de Psicología, Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Murrell, S. (1973). *Community psychology and social systems*. Behavioral Publications.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Salud mental: Ofrecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- Ray, C., & Finley, J. (1994). Did CMHCs fail or succeed? Analysis of the expectations and outcomes of the community mental health movement. *Administration and Policy in Mental Health*, 21(4), 283-293. <https://doi.org/10.1007/BF00709476>
- Ray, C., & Kanapaux, W. (2002). *Community mental health centers at the 40-year mark: The quest for survival*. <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SMA04-3938/Chapter02.asp>.
- Rivera Mass, E., Fernández Cornier, N., Torres Rivera, A., & Parrilla Cruz, C. (2005). *Análisis de la salud mental en Puerto Rico*. <http://nesile.tripod.com/analissaludmental.pdf>
- Roca de Torres, I. (1999). La psicología en Puerto Rico. En M. Alonso & A. Eagly (Eds.). *Psicología en las Américas* (pp. 242-254). Sociedad Interamericana de Psicología.
- Rodríguez Arocho, W. (2007). Formulación original de la perspectiva histórico cultural. *Crecemos: Revista Hispanoamericana de Desarrollo Humano y Pensamiento*, 9 (1), 70-79.
- Serrano-García, I., Collazo R., Bravo W., & Gorrín, J. (1998). *La psicología social comunitaria y la salud: Una perspectiva puertorriqueña*. Publicaciones Puertorriqueñas.
- Vilar Preyil, E., & Eibenschutz Hartman, C. (2007). Migración y salud mental: Un problema emergente de salud pública. *Revista Gerencia, Política, Salud*, 6 (13), 11-32. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v6n13/v6n13a02.pdf>