

# Lo comunitario y la recuperación: ¿términos o nociones?

## *Community and recovery: Terms or notions?*

Han pasado cuarenta años de la desigual transformación territorial de la asistencia psiquiátrica en nuestro país, y más de treinta años, desde que el término recuperación emergiera con fuerza en la literatura científica, con énfasis en diferentes denominaciones, y concepciones. Unos términos sensibles son utilizados en los documentos institucionales y en los debates entre colegas, pero cuyas significantes implícitos denotan en muchas ocasiones, vacíos en sus contenidos, y más un uso del término por moda, por lo bien visto o lo normativamente correcto. Uno de los términos más empleados es “comunitario”. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? (SESPAS, 2018), y no digamos si fuéramos a adentrarnos en delimitar la “salud psíquica”, que forma parte del escenario.

Lo comunitario, su noción, en nuestra forma de captarlo viene definido, por la posición o la relación o interacción significativa del sujeto con un lugar y por el vínculo que mantiene ese lugar con el sujeto. No implica sólo una acción individual, sino que también requiere la acción sinérgica con y del propio entorno. Implica una relación bidireccional. Acentuar las cualidades específicamente humanas, tales como la elección, la creatividad, la agencia de sí mismo, y lo gregario forma parte de la acción y la respuesta significativa de lo comunitario, lo opuesto a la concepción de los seres humanos en términos mecanicistas y reduccionistas, producto de un determinismo biológico o ambiental e individualista.

Lo comunitario, lo gregario, lo grupal, lo comunal, forma parte de la naturaleza humana frente a las lecturas interesadas de Darwin, de la supervivencia competitiva. Lo comunitario es considerado como un espacio relacional, incluso un no lugar, favorecedor, de los procesos subjetivos interdependientes de socialización, autorealización, sentido de pertenencia y individualización.

En los procesos de inclusión y recuperación subjetiva, estos ingredientes deben sustanciarse y estar presentes, superpuestos, y hacerse explícitos operativamente. La negación de comunitario lo representan espacios Institucionales o no que permiten, mantienen y contribuyen a la segregación, el aislamiento, la cosificación y la anomia de los sujetos. Lo reclamado hace años en la institución negada (Basaglia, 1970), la ausencia de libertad, estaría presente hoy en muchas de las unidades de hospitalización y en los soportes de apoyo alojativo, lo que requiere una mirada y su consideración.

En el campo de las ciencias sociales, el término socialización ha presentado dos acepciones diferentes. (St. Martin, 2007): la primera remite al proceso de conformación y organización de los grupos sociales en los cuales se ven implicados factores políticos, económicos, simbólicos y culturales, mientras que la segunda se focaliza generalmente en el individuo y remite al proceso por el cual se adquieren los valores, las actitudes y las creencias de una sociedad particular, e involucra tanto procesos intrapsíquicos como la relación entre el individuo y los diferentes agentes de socialización. En términos generales, el uso del término “socialización” por parte de sociólogos (tales como Simmel y Marx), en el siglo XIX, fue más cercano a la primera definición, mientras que en el siglo XX prevaleció el uso relacionado a la segunda acepción, por parte de autores referentes de la psicología y la sociología (Morawski y St. Martins, 2011). Así mismo, en la teoría de aprendizaje social Bandura, 1976 aseveró que los humanos aprenden la mayor parte de su conducta a través de la observación de modelos: al observar a los demás nos hacemos una idea de cómo se efectúan las conductas nuevas y, posteriormente, esa información nos sirve como guía de acción. De esta forma, las personas adquie-

ren, sobre todo, representaciones simbólicas de las actividades representadas, que les sirven de guía para efectuar las acciones apropiadas, a esto es lo que se denomina también aprendizaje vicario. Bandura (1976, 2004) analiza la conducta humana dentro del marco teórico de la reciprocidad triádica: las interacciones recíprocas de conductas, variables ambientales y factores personales como las cogniciones. Según la postura cognoscitiva social, la gente no es impulsada por fuerzas internas ni controlada y moldeada automáticamente por estímulos externos.

La psicología del ser, está lejos de la psicología del llegar a ser y de la psicología de la deficiencia. Esta visión empíricamente normativa para la especie humana, está regida por determinismo biológico, más que por patrones culturales históricos arbitrarios, sentencio Maslow. En la búsqueda del hombre por encontrarse a sí mismo, no puede dejar de lado que sólo se encontrará si abre su existencia hacia los otros y mirándolos se reconoce. Sólo ayudando a las personas a encontrar sentido a su vida podremos ayudarlo a vivir mejor. Autotranscendiéndose se hará responsable de su vida y de lo que ésta espera de él. Y, aun así, podría no estar conforme con el deseo de su bienestar. Todas las personas tengan el poder para ser los motores de su propio desarrollo personal no significa que todas lo hagan o lo logren por diversas circunstancias instrumentales o no. Eso implica que para Maslow la personalidad está relacionada con los aspectos motivacionales que tienen que ver con los objetivos y las situaciones que vive cada ser humano.

La noción de sentido de pertenencia, como un sentimiento de identificación y vinculación de la persona con el grupo y con el ambiente donde desarrolla su vida. Destaca su relación con el bienestar de las personas. la satisfacción de una persona al sentirse parte integrante de un grupo. El sentido de pertenencia se ha definido como un sentimiento de arraigo e identificación de un individuo con un grupo o con un ambiente determinado. Su existencia genera en la persona un compromiso con la construcción de significados que a la larga formarán parte de la memoria personal y del grupo al que se siente pertenecer. La participación en la construcción de esta memoria es activa y continua e implica un compromiso con desarrollo tanto personal como del grupo y

del lugar. En la literatura, se vincula el sentido de pertenencia con el principio de membresía y afiliación, en cuanto ésta determina un nivel de integración y de identificación con un contexto particular que genera una respuesta afectiva y supone un sentimiento común a todos los miembros de un grupo en el que a todos les importa el otro y se comparte la creencia de que las necesidades de uno serán satisfechas en la medida en que permanezcan juntos. Para Habermas, y por decirlo con palabras de Honneth (1997) “los seres humanos son capaces de desarrollar identidades personales solo en la medida en que pueden crecer dentro de un mundo intersubjetivo compartido de un grupo social y moverse dentro de él”. Las identidades son fuentes de sentido para los propios actores y por ellos mismos son construidas mediante un proceso de individualización (Castell,1999). Se sitúa la pertenencia en un ámbito identitario que proporciona sentido y cobijo a las prácticas cotidianas en una especie de complicidad definida por lenguajes comunes. Se establecen entonces códigos específicos para la interpretación de la realidad, sistema de valores, patrones de conducta, estilos de vida y formas de pensar y de sentir que pautan las acciones del diario vivir en conjunto con los demás. De la identidad legitimadora, identidad de resistencia y de proyecto, se construyen en un contexto histórico definido, A ese respecto, el antropólogo Marc Augé (1994) plantea que no hay identidad sin la presencia de los otros. No hay identidad sin alteridad. Lo que quiere decir que la identidad individual se construye a través de relacionarse con los demás y compartir significados y experiencias, de la misma manera que la identidad grupal se construye a partir de las interrelaciones grupales. El concepto de persona puede rastrear desde los griegos, el término “individualismo” es mucho más reciente y responde a los procesos que se manifiestan de forma más evidente a partir del siglo XIX. El individualismo se expresa así en los valores, creencias y prescripciones normativas que enaltecen la defensa y dignidad de la persona con base en un conjunto de derechos, libertades y responsabilidades que exaltan la libertad, autonomía, el respeto mutuo y responsabilidad cívica.

La comunidad, lo comunitario, no solo es un espacio, sino un lugar o un no lugar. Pero sobre todo, una red de relaciones, de posibles vínculos

que en los que se construye y desarrolla las diferentes identidades de sujeto y sus oportunidades para el ejercicio de su libertad de decisión. En nuestro ámbito, la gestión del riesgo, es primordial pero no de manera defensiva, sino compartida. Los procesos de la práctica asistencial o de la toma de decisiones en la gestión deben favorecer el hacer individualidad desde lo comunitario y promover la socialización desde la individualidad. En este sentido, el ejercicio de la ciudadanía, de los propios equipos comunitarios, debe realizarse desde la movilización de los entornos, para hacer factible la igualdad de oportunidades, la inclusión y la construcción de comunidad, donde se desarrolla la vida.

Este proceso de intersubjetividad, es sustancial, para el reconocimiento como personas, lejos de las formulaciones identitarias, que suelen favorecer “ellos y nosotros” o “yo y los otros”. Es un proceso de reconocimiento más que identitario. Siguiendo los planteamientos de Sullivan (1962), la personalidad se forma mediante el traspaso de lo interpersonal a lo intrapsíquico. De este modo, como proceso humano, si las necesidades de una persona durante la infancia quedan cubiertas satisfactoriamente, logrará un sentido de autoconfianza y de seguridad; si no, desarrollará una tendencia a sentir inseguridad y ansiedad. Los modos en que experimentamos nuestro entorno físico y social cambian en función de la edad, del grado de dominio del lenguaje y de la correcta satisfacción de las necesidades. En este sentido Sullivan describió tres modos de experiencia: la prototáctica, la paratáctica y la sintáctica. Cada una de ellas se subordina a las que aparecen posteriormente. Los símbolos son validados a través del consenso con otras personas, lo cual da un sentido social al comportamiento. Desde una posición existencial, de acuerdo con Yalom, lo relevante es resolver aquello que preocupa y ocupa a todas las personas: la muerte, la soledad, la enfermedad, el dolor, y la propia existencia.

Los procesos de institucionalismo, no son solo genuinos de los manicomios, hoy llamados hospitales psiquiátricos, sino también pueden darse en los recursos de alojamientos alternativo o en “las acciones de las prácticas” de la llamada rehabilitación psicosocial. Probablemente en algunos lugares se realizan determinadas prácticas

y acciones comunitarias o rehabilitadoras donde no ha perdido toda su vigencia, incluso el término de transinstitucionalización. Ni tampoco lo comunitario es depositar la carga en las familias, haciendo que estas sean las responsables de los cuidados y soporte de las personas con trastornos mentales, ni las políticas oficiales del auto cuidado. La comunidad no es un espacio geográfico, un lugar de depósito, y de despropósito, sino, sobre todo, un espacio relacional y vincular que en los que se construye, se elabora y se desarrolla las diferentes identidades del sujeto. La red de apoyo social y la red de redes no es una suma de profesionales ni de recursos ni es una coordinación que nos satisface. La red de apoyo de redes es una experiencia vincular de corresponsabilidad desde una perspectiva clínica biográfica individual cuya función es resolver las necesidades del sujeto, desde el punto de vista de este, y no ocupar el protagonismo de su vida (Rodríguez Pulido, 2010).

La atención a las personas con trastornos mentales, aunque sea diversa y en diferentes espacios, debe tejerse en el interior de un conjunto de recursos dando sentido al cada uno de los espacios de la relación terapéutica. La red de soporte comunitario debe ser funcional y no fragmentada en áreas estancos, facilitando que prime la cooperación entre los actores de los distintos procesos. La construcción de comunidad como un entramado de vínculos en redes en los que madura y se desarrolla el sujeto. Reconocer a un sujeto suficientemente autónomo significa atribuirle nivel de capacidad en la construcción y formulación de pensamientos y acciones que parten de la conciencia de sí, y por ello, de la conciencia del otro como sujeto. Este significado es el que fundamenta la relación terapéutica y la clínica de la recuperación, saltando por encima de las palabras que encorsetan como “crónico” una temporalidad variable que debemos despojarla de su reduccionismo mítico vinculada al deterioro o “esquizofrenia” un constructor que la British Psychological Society Division of Clinical (2014) ha informado reiteradamente de los inconvenientes de su uso. Lo que sucede al que habla no deja impasible al que escucha.

La participación comunitaria desde el neoliberalismo se trata de disminuir cada vez los compromisos del estado de bienestar a favor de

umentar responsabilidad de personas en sus autocuidados. En los modelos comunes, centrados en la dimensión individual, la corrección de factores de riesgo modificables y la recomendación de estilos de vida y conductas saludables, ahondan en la victimización y la culpabilización de los sujetos, ajenos a sus contextos. Esta visión pretende responsabilizar al individuo de su estrecha dimensión comunitaria rebajando el compromiso que las “comuna” y del “estado” en sus acciones para que la sociedad ejerza su capacidad de garantizar la igualdad de oportunidades. Desde la Declaración de Alma Ata (1978) y la Carta de Ottawa (1986), diversos organismos internacionales han señalado la participación comunitaria como fundamental para aumentar el bienestar de las comunidades y mejorar la salud de las poblaciones. Sin embargo, aquí su aplicación no ha sido fácil y ha tenido diversos desarrollos. Existen leyes en la mayoría de las comunidades autónomas que incluyen la participación como parte fundamental del sistema sanitario, y órganos de participación como los consejos de salud están regulados desde la Ley General de Sanidad, la 14/1986. Pero estas leyes no están desarrolladas homogéneamente en los distintos territorios, quedando en su mayoría como algo puramente testimonial o convirtiendo estos órganos de participación en herramientas para trasladar información, con composiciones poco equilibradas y una tendencia a tratar mayoritariamente aspectos del ámbito asistencial sanitario, sin incorporar el enfoque comunitario. A la par han surgido organizaciones informales de participación, tanto de trabajo específico en salud como de incidencia sobre los determinantes sociales, en su mayoría vinculados a colectivos vecinales y sociales o centros de salud.

Los profesionales comunitarios, los de la mayoría social, apoyan mover los recursos sociales en su espacio de acción, para que sea factible y real a las personas sus derechos y su Libertad de decidir como ciudadano, aunque es cierto que esto requiere una conciencia social de los profesionales, como personas, no una conciencia de “cuerpo” en ninguno de sus sentidos. Promover e impulsar la «acción comunitaria» o «acciones para mejorar el bienestar de la comunidad» es mover el entorno para la igualdad de oportunidades y hacer factible los ingredientes antes descritos. Claro esto no se enseña en las facultades de me-

dicina actuales y menos aún en los programas de formación de residentes cuyo adoctrinamiento relativista y reduccionista viene estrechando las posibilidades para nuevos escenarios innovadores y creativos, y los que emergen sufre una “gettificación” con enormes obstáculos para romper los marcos en los que fueron generados. No sería comprensible una atención comunitaria en Salud sin una atención comunitaria en Salud mental. En nuestro ámbito podría adaptarse y tomar como ejemplo, para ordenar “un conjunto mínimo de acciones en la cartera de servicios orientada hacia la acción comunitaria” el modelo de acciones comunitarias propuesta desde la atención primaria de Asturias, al ámbito de la salud mental (Informe SESPAS, 2018), previa adaptación del modelo a nuestro medio, en los niveles: Nivel 1. Asistencia individual y familiar con orientación comunitaria: «pasar consulta mirando a la calle», Nivel 2. Trabajo grupal con orientación comunitaria: «educación grupal trabajando sobre las causas de las causas», Nivel 3. Acción comunitaria en salud o participación en procesos comunitarios: «el centro de salud no es el único centro de salud». En este sentido, puede resultar de utilidad o de referente categorizar los procesos comunitarios presentes en el territorio según algún criterio de acuerdo con un documento reciente de Public Health England (Shouth, 2015). En los Estados Unidos la brecha entre la ciencia y los servicios en el tratamiento en la esquizofrenia en el mundo real es el 95% (Drake et al., 2009). No digamos lo hondo de esta brecha en la cartera de los servicios de salud mental en nuestro país. Frente a los propagandistas de que la psiquiatría comunitaria no tiene más espacio para profundizar en su cultura organizacional y de acción comunitaria, decimos que podría caminarsse sobre este híbrido.

Si realmente cuando decimos que «hacemos» psiquiatría comunitaria, lo que estamos queriendo decir es que «trabajamos en un proyecto para mejorar el estado de salud de una comunidad o un colectivo», no con aquellas otras que se desarrollan desde otros sectores (social, cultura, educación o justicia, empleo) y eludimos los determinantes socioeconómicos de la Salud. Reducido el sujeto a un cuerpo biológico, y la vida humana a categorías de la vida orgánica (científicamente acotadas) pero eso sí, a costa de perder la existencia y la significatividad biográfica,

entonces tendremos que afirmar, que no son las mismas nociones que entendemos nosotros, aunque usemos los mismos términos, y esto tendrá su reflejo en la cultura organizacional de los servicios públicos.

Franco Basaglia sentenció en su obra la institución negada que resultaba demasiado fácil para el establishment psiquiátrico definir nuestro trabajo como falto de seriedad y de respetabilidad científica. “Este juicio sólo puede halagarnos, puesto que a fin de cuentas nos asocia con toda

la falta de seriedad y de respetabilidad atribuida desde siempre al enfermo mental, así como a todos los excluidos”. Es otro grito con entrañas.

### Francisco Rodríguez Pulido

Profesor Titular de Psiquiatría ULL, Responsable Programa Rehabilitación Psicosocial en Trastorno Mental Grave. Dirección Área de Salud Tenerife.

### María Ángeles Rodríguez García

Profesora Asociada de Enfermería en la ULL.

### Bibliografía

- ESPAS (2018). Informe ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? *Gaceta Sanitaria*, Volume 32, Supplement 1, October 2018, Pages 5-12.
- Basaglia F. (1970). *La institución negada Informe de un Hospital Psiquiátrico*. Barcelona Barral Editores S.A.
- St. Martin, J. (2007). “Socialization”. The politics and History of a Psychological concept, 1900-1970. Tesis de maestría, Universidad de Wesleyan. Disponible en: <[http://wescholar.wesleyan.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1001&context=etd\\_mas\\_theses](http://wescholar.wesleyan.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1001&context=etd_mas_theses)> [7 de enero, 2013].
- Morawski J.; ST. Martin, J. (2011). *The evolving vocabulary of the social sciences: the case of “socialization”*. En: History of psychology, 14 (1): 1-25.
- Bandura, A. (1976). *Social Learning Theory*. Prentice Hall.
- Bandura, A. Elder, G.H. Flammer, A. et al. (2009). *Autoeficacia*. Desclée De Brouwer, Editorial S.A.; Biblioteca de Psicología. Bilbao.
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Maslow, A. (2005). El hombre autorealizado. Hacia una psicología del ser. Editorial Kairos. Barcelona.
- Honneth, A., (1997). *La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales*, Crítica, Barcelona.
- Ovejero, A., (1999). *La nueva psicología social y la actual post-modernidad*, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo, Oviedo.
- Castells M.(1999). *La era de la información. El poder de la identidad*. Vol II. Siglo XXI Editores.
- Augé, M. (1994). *El sentido de los otros*. Paidós, Barcelona.
- Sullivan, H. S. (1962). *Schizophrenia as a human process*. W W Norton & Co.
- Yalom, I. (2016). *Psicoterapia Existencial*, Herder. Barcelona.
- Rodríguez Pulido, F. (2010). *La recuperación de las personas con trastornos mentales graves: modelo de red de redes*. Fundación Salud y Sanidad. Cabildo Insular de Tenerife.2010.
- British Psychological Society Division of Clinical (2014). Understanding. Psychosis and Schizophrenia. Revised version 2017, originally published 2014
- South J. (2015). *A guide to community-centred approaches for health and wellbeing*. London: Public Health England.
- Drake R E, Essock S M. (2009). The science-to-service gap in real-world schizophrenia treatment: the 95% problem. *Schizophrenia bulletin*, 35(4), 677-678.