


Salud mental colectiva: una revisión del concepto en la literatura académica de Brasil, Colombia y España


Collective mental health: a review of the concept in the academic literature of Brazil, Colombia and Spain

Dora María Hernández-Holguín^a

 <https://orcid.org/0000-0002-1050-6625>


E-mail: doram.hernandez@udea.edu.co

Beatriz Elena Arias López^b

 <https://orcid.org/0000-0002-3326-0402>

E-mail: beatriz.arias@udea.edu.co

Ángel Martínez-Hernández^c

 <https://orcid.org/0000-0002-5122-7075>

E-mail: angel.martinez@urv.cat

^aUniversidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, Colombia.

^bUniversidad de Antioquia. Facultad de Enfermería. Medellín, Colombia.

^cUniversitat Rovira i Virgili. Medical Anthropology Research Center. Tarragona, España.

Resumen

La noción de salud mental colectiva hace referencia a una propuesta alternativa a la perspectiva biomédica y conductual que ha ido adquiriendo centralidad en las publicaciones académicas de Brasil, España y Colombia, especialmente en las dos últimas décadas. Con el fin de comprender el sentido que adquiere dicha noción, se realizó un análisis del concepto desde una revisión narrativa que empleó criterios intencionados para la selección del material. Se identificaron matices particulares en cada país y/o sus problemáticas asociadas, en estrecha conexión con las particularidades históricas y socioculturales de cada escenario. Las violencias relacionadas con las lógicas manicomiales (Brasil, España) y aquellas derivadas del conflicto armado y la violencia política (Colombia) son las problemáticas en las que la salud mental colectiva aporta orientaciones epistemológicas y modelos de prácticas para el acompañamiento en contextos de sufrimiento social. El deslinde entre lo colectivo y lo comunitario es el principal reto conceptual que emerge de la intersección entre la salud mental y la salud colectiva.

Palabras clave: Salud Mental; Salud Colectiva; Violencia; Comunidad.

Correspondencia

Dora María Hernández-Holguín

Calle 70, 52-2. Medellín, Antioquia, Colombia. CEP 055450

Abstract

INTRODUCTION: The notion of collective mental health refers to an alternative proposal to the biomedical and behavioral perspective that has been gaining centrality in academic publications in Brazil, Spain and Colombia, especially in the last two decades. **METHOD:** In order to understand the meaning acquired by this notion, an analysis of the concept was carried out through a narrative review that used intentional criteria for the selection of the material. **RESULTS:** nuances were identified in each country and / or its associated problems, in close connection with the historical and socio-cultural particularities of each scenario. Violence related to asylum logic (Brazil, Spain), and those derived from armed conflict and political violence (Colombia) are the problems where collective mental health provides epistemological and practical guidelines for accompaniment in contexts of social suffering. **CONCLUSION:** the delimitation between the collective and the community is the main conceptual challenge that emerges from the intersection between mental health and collective health.

Keywords: Mental Health; Public Health; Violence; Community.

Introducción

La noción de salud mental colectiva ha sido propuesta como respuesta al abandono de lo social desde las prácticas de atención que se fundamentan en modelos como el biomédico. El propósito ha sido superar la tradicional definición dicotómica, articulada, por un lado, por una lógica de la enfermedad en negativo, en cuyo caso “salud” es la ausencia de enfermedad, y, por otro lado, aquella que se ubica en un sentido positivo, para la cual salud es sinónimo de “bienestar”, entendido como un completo estado de equilibrio biopsicosocial (Coelho; Almeida Filho, 2002; Hernández-Holguín, 2020).

Lo que se torna problemático en la perspectiva biomédica y conductual es la centralidad del tratamiento farmacológico, asumido prácticamente como la única alternativa legitimada por la academia, los medios de comunicación y el sector sanitario sin que medie una interacción con otros saberes, lo cual va en línea con el *modelo médico hegemónico* o MMH, definido por Menéndez (1988, p. 451) como:

El conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.

Para Mercedes Serrano-Miguel (2018), se trata de un modelo en el que ha primado el establecimiento de un orden jerárquico en las relaciones entre profesionales y usuarios. Su fuerte tendencia a la tecnificación y medicalización en las respuestas a los problemas de salud ha generado un sistema de consumo, cuya utilización lleva aparejada cierta despersonalización y mecanicidad en las relaciones terapéuticas, así como una progresiva exclusión de la subjetividad en los procesos de atención.

Por su parte, la perspectiva centrada en la búsqueda de la felicidad, independientemente de las condiciones cómodas o precarias de vida, promueve bienestar y armonía de las personas consigo mismas

y con los otros, mientras parece dejar de lado las condiciones sociohistóricas y culturales de quienes no cumplen con los parámetros sociales esperados. En realidad, en esta perspectiva, así como en la perspectiva biomédica y conductual, cuando se ha tratado de incluir lo social en los planteamientos y prácticas, se ha hecho de manera subalterna, solapada, funcionalista o mecánica.

En el campo de la salud mental, estos elementos se tornan especialmente sensibles, pues a pesar de la búsqueda de un trabajo interdisciplinario y de las pugnas por definir sus objetos, sus métodos y prácticas, es innegable que la lógica psiquiátrica más convencional sigue teniendo un lugar preferente frente a otras disciplinas que también participan en los procesos de acompañamiento a personas y comunidades en salud mental (Serrano-Miguel, 2018). Esta lógica, además, obvia el potencial de determinaciones sociales de la salud mental que están en juego y la participación activa que las personas con sufrimiento psíquico pudieran tener en su propio cuidado y atención. Martínez-Hernández y Correa-Urquiza (2017) retoman a Kleinman (1988) para afirmar que en estas condiciones se produce una “construcción burocrática del saber”, que defiende una jerarquía profesional de legitimidades entre psiquiatra, psicólogo, trabajador social, entre otros.

Estas inquietudes han aparecido incluso en las llamadas ciencias “duras”, que en algunos casos se han sumado a una suerte de revolución epistemológica para darle un lugar más protagónico al sujeto en la producción de conocimiento. Un ejemplo de ello en el campo clínico es la Medicina Basada en Narrativas (Greenhalgh, 1999) o modelos como la toma de decisiones compartida o apoyada por los profesionales (Simmons; Gooding, 2017).

La salud mental es de hecho un campo complejo, que ofrece orientaciones en pugna. En Brasil, la noción de salud mental colectiva ya estaba presente a finales de los 1980 en los cursos de formación de los profesionales de la salud mental. En este contexto Fagundes (2006, p. 95) describe el concepto no tanto en relación con el estudio de la salud de las poblaciones o del modelo preventivista, sino como del proyecto de una “política pública de expresión y afirmación de la vida en su diversidad, multiplicidad y pluralidad”. Se trata de un concepto que adquiere

sentido en el debate de movimientos sociales en salud colectiva en Brasil, Argentina (Spinelli, 2004), entre otros países latinoamericanos (Breilh, 2013), además de la influencia de la psiquiatría italiana y la reflexión sobre los procesos de reforma psiquiátrica que se empezaban a implementar.

En el caso colombiano (Hernández-Holguín, 2020), se ha evidenciado la escasez en la producción académica de perspectivas de tipo cultural y desde la determinación social de la salud mental, con algunos estudios que han abordado la lectura de la salud mental desde los planteamientos de la medicina social/salud colectiva latinoamericana. En España, las revistas de orientación más psicosocial como *Psiquiatría Pública* y las publicaciones que florecieron en la década de los 1980 en torno a la reforma psiquiátrica no han mantenido su vigencia, con excepción de la *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Ahora, en ambos países, la menor producción contrasta con la contundencia de los debates que instalan, donde se abordan asuntos como la patologización de la vida y las identidades, la medicalización del sufrimiento y los usos sociales de las categorías médicas (Arias-López, 2013; Correa-Urquiza, 2018), es decir, todo un debate ético sobre el sujeto, su sufrimiento y su experiencia, en clave de proceso histórico situado.

Lo provocador de estas propuestas nos motivó a esclarecer la emergencia de la noción de salud mental colectiva, que especialmente se enunciaba desde la voz de académicos brasileños (Fagundes, 2006), argentinos y españoles, y de forma incipiente en la producción colombiana. Así, el objetivo de este artículo es presentar una revisión narrativa dirigida a la problematización del sentido de lo que se nombra en la producción académica como salud mental colectiva, así como de los dos campos en intersección, la salud mental y la salud colectiva en cuanto a sus presupuestos, campos de acción, indagación y reflexión; a fin de encontrar las vías de confluencia o de divergencia en la producción académica procedente de Brasil, España y Colombia, para así ampliar el horizonte comprensivo de la forma como ha ido emergiendo la perspectiva colectiva de la salud mental en estos tres países.

Metodología

Se realizó una revisión de análisis conceptual (Guirao, 2015) con el interés de rastrear y lograr una mejor comprensión de la noción de “salud mental colectiva”, especialmente de sus antecedentes, el contexto de surgimiento, las derivaciones, atributos y énfasis, además de los referentes empíricos asociados en Brasil, Colombia y España. La búsqueda se hizo en las bases de datos Redalyc, SciELO, Dialnet, Biblioteca Virtual de Salud (BVS) y Google Académico, por medio de los descriptores “salud mental colectiva” y “salud mental and salud colectiva”, teniendo como idiomas de búsqueda español, portugués e inglés y una delimitación temporal desde 1998 hasta 2020. Se revisaron las fuentes bibliográficas de los artículos encontrados y otros textos recomendados por los autores. Se hallaron inicialmente 88 referencias, de las cuales se descartaron tres, correspondientes a reseñas de libros, quedando 85 entre artículos originales y de revisión, informes de investigación y libros. Estos fueron priorizados según pertinencia temática y metodológica. De los 58 textos identificados con alta pertinencia, se seleccionaron 38 para lectura completa y análisis categorial y 20 para triangulación, validación de los hallazgos y aportes en la escritura. El análisis categorial se hizo de manera intratextual e intertextual. Las categorías “reforma psiquiátrica”, “violencia y salud mental” y “salud mental colectiva / lo comunitario” son de carácter emergente, guiadas por el objetivo del análisis y que se revisaron en función de los énfasis para cada país, así como los puntos en común en los planteamientos sobre “salud mental colectiva” y “lo comunitario”. El análisis documental dejó ver la necesidad y la búsqueda de un concepto flexible, abierto y situado de salud mental que desde una perspectiva de salud colectiva ha llevado a construcciones disímiles, coherentes en este caso con las condiciones sociohistóricas de Brasil, Colombia y España.

Resultados

El 41,3% de los textos analizados son publicaciones de Brasil, el 32,8% de España y el 25,9% de Colombia. La revisión de la literatura deja entrever que el marco sociohistórico en el que

emerge la *salud mental colectiva*, ya sea en sus fundamentos o en la manera directa de nombrarla, se articula al proceso de reforma psiquiátrica en Brasil, de posreforma en España y al contexto del conflicto armado en Colombia. En todos los casos, la violencia aparece como fenómeno y forma de relacionamiento impulsado desde la confluencia de saberes disciplinares y *profanos*, que cuestionan las nociones y relaciones naturalizadas que desconocen la experiencia del sufrimiento y promueven la estandarización y mercantilización de la respuesta social en un clima de estigmatización y exclusión, que refuerza un círculo vicioso de violencias.

Otro asunto común es la incorporación y reivindicación de lo comunitario, ámbito que habiendo sido utilizado de manera funcionalista por la salud mental preventivista es un espacio privilegiado en el que se expresa la salud mental de manera integrada y compleja.

Contextos de enunciación de la salud mental colectiva: reformas psiquiátricas y violencias

Tanto España como Brasil experimentaron difíciles momentos de dictadura militar a mediados del siglo XX, cuyo momento de resolución e inicio de democratización se dio a la par de un importante movimiento por la defensa de los derechos de las “personas psiquiatrizadas”, que ya se venían denunciando a lo largo del siglo los abusos y malos tratos que vivían estas personas en los manicomios.

En España, la democratización implicó menos participación social que en Brasil, y la reforma psiquiátrica fue orientada por instancias gubernamentales hacia la desinstitucionalización y el ofrecimiento de servicios multidisciplinarios de salud mental en la comunidad. Solamente después, los movimientos en *primera persona* (Correa-Urquiza, 2018) de usuarios de servicios de salud mental y sus familias sumaron sus voces para convocar en la última década a la reflexión de experiencias alternativas a los servicios tradicionales y de los derechos de las personas diagnosticadas con trastorno mental, a la crítica de medidas coercitivas y a la reivindicación de modelos de atención participativos más horizontales. Han venido a recordar algo que sí tenía centralidad

en las reformas brasileña e italiana, pero no tanto en la española: que la reforma debe ser permanente para no recrear procesos de manicomialización en los espacios de atención comunitaria en salud mental y que debe estar abierta a las necesidades de los usuarios. El papel de estos movimientos se sumó a la sensibilidad de un grupo de profesionales que ya habían tenido un rol protagónico en la reforma psiquiátrica española (Desviat, 2012) o que más tardíamente intentaron canalizar esta sensibilidad mediante proyectos formativos, como el Postgrado en Salud Mental Colectiva de la Universitat Rovira i Virgili (edición incipiente en 2004 con el grupo de Salud Mental Colectiva de Porto Alegre) y la creación de espacios de defensa de los derechos de los usuarios (Correa-Urquiza, 2018) y de investigación (Pié-Balaguer; Correa-Urquiza; Martínez-Hernández, 2021). En el caso de Cataluña, la emergencia de la noción “salud mental colectiva” está vinculada a la estrecha relación de estos investigadores con profesionales, gestores e investigadores de la salud mental brasileña y argentina.

La Reforma psiquiátrica brasileña se dio con una mayor afinidad con la psiquiatría democrática de Italia, movimiento que demanda un análisis histórico-crítico con respecto a la sociedad y la forma como se relaciona con el sufrimiento y la diferencia, en cuyo contexto la superación del aparato manicomial es entendido “no solo como la estructura física del hospicio, sino como el conjunto de saberes y prácticas científicas, sociales, legislativas y jurídicas que fundamentan la existencia de un lugar de aislamiento, segregación y patologización de la experiencia humana” (Amarante, 2016, p. 30). Otro antecedente en la experiencia de Brasil se consolida en 1980 con la propuesta de salud colectiva, la cual surgió como un movimiento epistemológico, ético y político comprometido con la transformación social, en contra de intervenciones asistencialistas; alternativa a la salud pública tradicional y a la medicina preventiva (Paim; Almeida Filho, 1998), y encontró mayor complejidad en las relaciones “promoción-salud-enfermedad-cuidado” como parte de sociedades complejas y contradictorias, en contextos históricos particulares.

Para Onocko-Campos y Furtado (2006), el conflicto, las tensiones y las transformaciones en

el campo de la salud mental, asociadas a la reforma del Sistema Único de Salud de Brasil, deben ser analizadas en términos de rupturas epistemológicas cuyo alcance no es solo conceptual, sino que debe ser evidente en las prácticas. Por ejemplo, en relación con “la locura” los autores proponen cuestionar los principios que consolidan la lógica psiquiátrica, centrados en las ciencias naturales; el concepto de enfermedad mental, como error, sinrazón o peligrosidad; el aislamiento y la institución asilar como recursos terapéuticos, y el tratamiento moral presente en las terapias normalizadoras. Estas reflexiones cuestionan la salud mental con respecto a la lógica asilar como práctica central tanto ante diagnósticos psiquiátricos como ante otras problemáticas asociadas a la vida en sociedad.

El caso de Colombia es diferente. Por un lado, no vivió periodos de dictadura prolongada como España y Brasil, sino un corto periodo que dio paso a un acuerdo entre los partidos políticos tradicionales para la monopolización del poder, lo que minó la participación social, aportó al origen de guerrillas alzadas en armas y generó un proceso de deslegitimación social de la democracia, con una compleja historia de violencia y conflicto armado sostenido por décadas. Esto sumado a una histórica violencia estructural marca un contexto provocador de sufrimiento para muchos colombianos. De otro lado, en el sector salud se llevó a cabo una reforma al sistema de seguridad social en 1993, con un evidente corte mercantil, que no solo dejó por fuera las estrategias de trabajo comunitario, sino que además relegó a un segundo plano la atención y cuidado de la salud mental, la cual apenas empezó a retomarse alrededor de 2005-2007 (Hernández; Sanmartín Rueda, 2018).

En Colombia no podría hablarse en estricto sentido de una reforma psiquiátrica, toda vez que el discurso antimanicomial no ha tenido un contexto institucional ni social que le dé pleno sentido. Lo que se encuentra a lo largo de estas décadas es el posicionamiento de la salud mental como terreno de interés para las víctimas del conflicto armado, asunto que se concreta en la inclusión de la perspectiva psicosocial en la Ley de víctimas de 2011. Paralelamente, empieza a posicionarse un abordaje de la salud mental desde la medicina

social/salud colectiva, en el marco de experiencias comunitarias, que desde su necesidad de enfrentar el sufrimiento asociado a la violencia social y política ha desarrollado prácticas sociales dirigidas a la búsqueda de la paz (Rettberg; Quishpe, 2017), muchas de las cuales constituyen prácticas de cuidado de la salud mental. Esta particularidad ha permitido un acercamiento desde una mirada no patológica ni medicalizada del sufrimiento, causado por la guerra, y la posibilidad de producción de salud en relación con la construcción de paz y otras prácticas de resistencia social.

Este breve recorrido permite entonces afirmar que, en Brasil y España, el término salud mental colectiva aparece muy ligado a los debates de sus explícitas reformas psiquiátricas, mientras en Colombia está relacionado con el logro de mayores comprensiones en torno a las situaciones derivadas de la violencia política y el conflicto armado en ese país.

Las violencias en el debate de la salud mental colectiva

La relación salud mental y violencia se puede encontrar en varios momentos y situaciones: en los debates después de las dos guerras mundiales del siglo XX; en la lucha contra las dictaduras y el reclamo de la libertad y la democracia; en los movimientos contra instituciones de opresión, dentro de lo que caben los hospitales psiquiátricos y que llevaría a Basaglia a nombrar como *crímenes de la paz* (Basaglia; Ongaro, 1977) el trabajo de intelectuales y técnicos a favor del manicomio; e igualmente las formas de relacionamiento que producen sistemas de inequidad e injusticia social. Todo esto se convierte en una lucha contra todas las formas de violencia, afincada en las luchas por la defensa de los derechos humanos.

Cooper (1980 citado en Correa-Urquiza, 2010, p. 171) ya afirmaba que: “La violencia está en el centro de nuestro problema”, es decir, la salud mental colectiva resuena con las relaciones de dominación, exclusión, expropiación y anulación de las personas; es un campo que se deja interpelar por dinámicas de subordinación, de imposición del poder, lo cual incluye tanto manifestaciones de fuerza física como formas más sutiles y simbólicas

de imponerlo. La salud mental colectiva expresa entonces pretensiones inclusivas y de carácter libertario, que reconoce el potencial que tienen las personas para comprender su lugar sociohistórico y actuar en consecuencia, así como para ser gestores de apoyos y cuidados solidarios.

Derivaciones y énfasis

En Brasil, como ya se señaló, la salud mental colectiva acompaña las críticas a los modelos de salud mental comunitaria reproductores de las lógicas psiquiátricas. En España, anima las prácticas de trabajo con la comunidad para integrar a las personas con diagnóstico psiquiátrico, especialmente dinamizadas a través de experiencias creativas, como es el caso de Radio Nikosia (Correa-Urquiza, 2010) y otras experiencias basadas en la dialogicidad y las narrativas o en el arte, que cada vez se han ido abriendo a la sociedad en general sin que haya de por medio un interés clínico declarado, a pesar de sus efectos terapéuticos. En Colombia, la riqueza de las iniciativas comunitarias en poblaciones afectadas por el conflicto armado aporta a esta alternativa con sus apuestas culturales, artísticas, de memoria histórica y del vínculo comunal y con la tierra para el cuidado de la vida.

Estas particularidades también expresan un lugar diferencial de la participación del Estado. En Brasil, son acciones en gran medida lideradas desde entes gubernamentales, con lo cual la salud mental colectiva asume formas institucionalizadas de despliegue y funcionamiento. En España, se encuentra una asociación colaborativa mixta entre lo público institucional y las organizaciones sociales, aunque existe una diversidad en las diferentes comunidades autónomas que son las que tienen las competencias en atención sanitaria, servicios sociales y educación. En el caso de Cataluña, por ejemplo, hay una red pública muy tercerizada donde operan organizaciones y fundaciones que se articulan en la prestación de servicios con modelos de atención muy diversos que incluyen desde las orientaciones biomédicas más hegemónicas hasta modelos alternativos como el diálogo abierto (open dialogue) finlandés (Seikkula et al., 2006). En Colombia, por su parte, las acciones parecen

circunscribirse principalmente a los intereses de organizaciones sociales y académicas, y en menor medida de propuestas estatales.

Brasil, como se dijo antes, logró llevar la propuesta de salud colectiva a su sistema de salud, en una época de posdictadura y de democratización, aunada a una nueva Constitución, en la cual la salud mental tomó un lugar relevante. Allí se combinaron perspectivas de la salud colectiva y otras de la salud mental, encontrando confluencias sobre la concepción de la subjetividad y la posición frente al sufrimiento humano, además de elementos estratégicos relacionados con una nueva concepción de la clínica ampliada y la territorialización de los servicios. La primera hace referencia a una clínica centrada en el sujeto más que en la enfermedad y en las circunstancias socioeconómicas de los grupos, en la cual emerge la salud (Silva et al., 2007). La territorialización de los servicios, por su parte, se concreta en los Centros de Atención Psicosocial, en los cuales se propone una salud mental que produzca cuidados más allá del sufrimiento psíquico, es decir, orientados a la producción de la vida (Ferreira et al., 2016).

Las prácticas sociales en salud se asumen como el escenario en el cual también se da la producción de subjetividad, la resingularización de las relaciones y la concepción del “loco” como actor social y sujeto político de derechos, que discute el tratamiento, la institucionalización y participa e interfiere en el campo político (Torre; Amarante, 2001). Se promueven las *articulaciones interdisciplinarias* (Bedin; Kochenborger Scamparo, 2012) partiendo de la comprensión del proceso salud-enfermedad en su carácter social, cultural, biológico, económico, entre otros factores que pueden afectar las formas de vida. Uno de los logros en este sentido es el proceso de autonomización que ha ido ganando el campo artístico-cultural en Brasil (Amarante; Torre, 2017), desde el cual se están produciendo rupturas con el paradigma psiquiátrico. Las experiencias que involucran el arte y la cultura expanden los espacios de ciudadanía y circulación social de los sujetos con angustia mental o vulnerabilidad psicosocial, no desde una instrumentalización, sino desde instancias de promoción de su potencial artístico, cultural y político.

En España, la propuesta de salud mental también se vio marcada por los discursos de desmanicomialización, para lo cual se crearon redes de servicios de atención en salud mental que se fueron articulando a iniciativas comunitarias. Allí también se replanteó la concepción de sujeto, las relaciones entre saberes, una posición ética frente a la aflicción y el sufrimiento, y aunque no se hallaron asuntos de la planificación, sí se encontraron producciones que resaltan el valor de la cultura y el arte como elementos facilitadores en el proceso de creación de nuevas identidades, más allá del rótulo de los diagnósticos psiquiátricos.

Frente al sujeto con sufrimiento mental, los textos revisados en perspectiva de salud mental colectiva proponen enlazar la enfermedad objetivada por las disciplinas con la experiencia subjetiva de la aflicción, como dos campos de análisis que se entrecruzan con las condiciones materiales y estructurales que determinan e impactan al sujeto y su trastorno (Correa-Urquiza, 2018). Así como en las producciones brasileras, la producción española hace un llamado por un sujeto histórico y político, que participa activamente en su recuperación.

En el contexto español se introduce el concepto de “lateralidad” a partir del cual la salud mental colectiva se define, desde la permeabilidad entre diversos saberes, como una hermenéutica de las relaciones entre los saberes que operan en la construcción de la salud y, por lo tanto, es múltiple, mutable, dinámica y política (Martínez-Hernández; Correa Urquiza, 2017). Un ejemplo de esta permeabilidad de saberes se ha dado en proyectos de la *Guía GAM* (Serrano-Miguel, 2018) para la Gestión Autónoma de la Medicación, una experiencia que se ha llevado a cabo en Canadá, Brasil y España, y que parte de la legitimación de la experiencia subjetiva de los usuarios de servicios de salud mental y el aumento de su capacidad de negociación con el personal de salud en lo concerniente al uso de medicamentos y otras decisiones en torno a su tratamiento.

En Colombia, los artículos revisados nos muestran que los avances y abordajes en clave de salud mental colectiva se han hecho por fuera de la institucionalidad y de los sistemas formalizados de atención en salud. La reforma al sistema de salud, paradójicamente en el marco de una nueva

Constitución política, representó un retroceso para la salud mental en el país (Hernández-Holguín; Sanmartín, 2018), de tal manera que las comunidades afectadas por el conflicto armado, la violencia política y la violencia estructural se han visto abocadas desde sus prácticas sociales a cuidar su salud mental, en articulación muchas veces con sus luchas sociales. La salud mental colectiva aparece como un marco de referencia que da cabida a saberes diversos y posibilita formas creativas de producción social de salud mental, modeladas por las condiciones sociales, históricas, económicas y culturales de las comunidades. Bajo este abordaje, la salud-enfermedad supera su connotación dicotómica para convertirse en “elementos constitutivos de un proceso que ocurre siempre en sociedad y en cultura y son, por tanto, históricos [...] un objeto complejo, multidimensional y dialécticamente determinado” (Ruiz-Eslava, 2009, p. 133, 136).

Desde estas perspectivas se da primacía al sujeto y su acontecer cotidiano, sus relaciones y conexiones, trascendiendo los rótulos y los diagnósticos; fomentando las voces de los colectivos que los sostienen e incorporan. De ahí que surjan propuestas de resistencia, reivindicación y cuidado *atadas* a lo que da sentido a la vida, por ejemplo, la vida campesina: la producción de alimentos y la relación con los territorios, en cuyas experiencias, ajenas a la pasividad, es posible ubicar procesos salutogénicos (Arias, 2016) o la tranquilidad y estabilidad que representa el buen vivir y la armonía para las comunidades indígenas (Ruiz-Eslava, 2015). En estos acercamientos, la categoría “sufrimiento”, por oposición a la categoría “trastorno”, permite politizar e historizar el proceso de constitución de los sujetos (Arias-López, 2013), en concordancia con la singularidad de la experiencia vivida y de los eventos de la vida cotidiana.

Deslindes y aclaraciones

La noción de *salud mental colectiva* en los tres escenarios elegidos parece tener orientaciones epistemológicas y rutas metodológicas insinuadas o declaradas, pero no claridad en sus elementos conceptuales. Por ejemplo, lo comunitario es un concepto que aparece en los tres casos de forma

indiscriminada y ambigua, lo cual genera un nodo problemático, en tanto vuelve confuso lo que se nombra como *salud mental colectiva* y lo que se nombra como *salud mental comunitaria*. Recuérdese que, en estricto sentido, este último es un término formalizado que nombra un modelo de atención propuesto por la Organización Mundial de la Salud como alternativa al modelo psiquiátrico de atención a las personas con diagnóstico, cuya connotación parece obedecer más al legado del modelo preventivista y de la salud comunitaria norteamericana, orientado al traslado de los servicios médicos hospitalarios al ámbito de la comunidad y no tanto al propósito de democratizar las prácticas de atención.

A pesar de sus ambigüedades, la salud mental colectiva incide en el proyecto de producir de forma colaborativa y con todos los actores implicados un escenario de salud mental y de proyectos de vida que vaya más allá de las aspiraciones del modelo definido como comunitario. De esta forma, intenta resolver el *décalage* entre un sistema de servicios centrado en la curación/paliación del trastorno y una demanda de los usuarios y sus familias que es muy diversa, pues incluye las necesidades básicas, empleo, la no discriminación por razón de diagnóstico y la recuperación de los derechos de ciudadanía, entre otras demandas. La salud mental colectiva puede entenderse como una alternativa al agotamiento de la noción de salud mental comunitaria por no dar respuesta a necesidades y aspiraciones que estaban ahí; también por la banalización del concepto de lo comunitario y su circunscripción a la dimensión retórica más que a las prácticas, pues un dispositivo no es “comunitario” por ubicarse meramente en un barrio, sino por ser un modelo de atención que aspira a la integralidad y a la relación dialógica con los grupos sociales que asiste. La falta de formación en ciencias sociales en el sentido de la salud colectiva por parte de los profesionales de la salud mental ha sido también una causa de este agotamiento, pues no se les ha dotado de instrumentos para realizar un análisis etnográfico y de situación de las comunidades donde operan o para incorporar modelos dialógicos y participativos. De allí que los autores de España hacen un llamado a revisar la categoría de *lo comunitario*:

Así, pueden observarse abordajes que no son sino una mímica de lo comunitario y que terminan asfixiando semánticamente a los individuos [...]. No se trata tanto de poner el énfasis en el *dónde* de lo comunitario -que también-, sino en el *cómo* de la concepción y la articulación de las prácticas y de la transformación de los hábitos relacionales entre sujetos, experiencias y relatos. (Correa-Urquiza, 2018, p. 581, 583)

Un elemento central en esta problematización es entender que en la perspectiva comunitaria es fundamental el “lazo social”, en el que radica la capacidad del sujeto para establecer vínculos con los otros, que le permitan la vida en común (Ardila; Galende, 2011). La comunidad como vínculo se relaciona con un proyecto fundado en un conjunto de creencias, valores, actitudes y sentimientos compartidos en lo cotidiano, que posibilita la *construcción de un nosotros* como tarea política en contextos de pluralidad y tensiones (Torres Carrillo, 2013).

Consideraciones finales

Llegados a este punto podemos afirmar que el acercamiento a la *salud mental colectiva* en los tres países tiene como presupuesto de partida una crítica explícita al modelo médico hegemónico MMH. Para ello, se ponen en intersección dos campos que han ocupado lugares epistemológicos marginales, como *la salud mental* -no el saber psiquiátrico- y *la salud colectiva*, en que lo político y lo ético aparecen como ejes que transversalizan sus posturas teórico-prácticas. Las violencias y el sufrimiento derivado de contextos inequitativos, marginales y precarios son situaciones que han alentado a los investigadores de los tres países a buscar formas alternativas de comprensión y cuidado, anclados en los debates frente a la desmanicomialización, la defensa de los derechos humanos y de la vida en dignidad.

En esta aventura de interseccionar los campos en cuestión, se ponen como principios epistemológicos la permeabilidad y porosidad entre saberes diversos, el reconocimiento del sujeto y sus experiencias, la importancia del contexto en la determinación de

la salud y el valor de la vida cotidiana y las prácticas sociales como escenario para la producción de la salud mental, en tanto capacidad de relación y producción de proyectos vitales.

Un punto de confusión conceptual que muestra esta revisión es la manera como se incorpora la noción de *la comunidad y lo comunitario*. La alusión en muchos de los documentos académicos revisados a la salud comunitaria, a la salud mental comunitaria, a los servicios comunitarios, entre otros, impone un reto por deslindar sus alcances y connotaciones, cuando se ponen en clave de salud mental colectiva; por no hablar ya de la diferencia entre comunidad y sociedad, que nos llevaría por derroteros más complejos que no podemos abordar en este artículo.

Esto implica superar las miradas instrumentales que reducen lo comunitario a lo espacial geográfico, para avanzar hacia la noción de lazo social. Es decir, lo común hace alusión al lazo social que me permite vincularme con otros, mientras lo colectivo nos permite comprendernos como insertos en entramados culturales compartidos y modelados por determinaciones sociales diversas que le dan sentido al lazo social. Dicho de forma resumida: lo colectivo pone el lazo social a trabajar por un bien común. Lo colectivo, así, delinea un proyecto y, por tanto, una política más *para* la vida que *de* (gestión de) la vida.

En síntesis, a partir de la revisión realizada, podríamos afirmar que la *salud mental colectiva* es una propuesta consolidada en Brasil, defendida en España y emergente/marginal en Colombia, que se presenta como alternativa para la comprensión, la atención y el cuidado de las problemáticas asociadas a la vida de relación, generadora de sufrimiento. Aunque es de subrayar el peligro en el que se encuentra, ante la hegemonía de una epistemología mundo que ha impuesto un modelo geopolítico de verdad y ha negado la posibilidad de que, desde otros saberes y otros territorios (periféricos), se discuta sobre aquello ya ordenado por las nosologías y los protocolos clínicos, así como sobre el ordenamiento mismo (Martínez-Hernández; Correa-Urquiza, 2017). Este es el gran reto para quienes nos orientamos por la salud mental colectiva.

Referencias

- AMARANTE, P. *Salud mental y atención psicosocial*. Madrid: Grupo 5, 2016.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 21, n. 63, p. 763-774, 2017. DOI: 10.1590/1807-57622016.0881
- ARDILA, S.; GALENDE, E. El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria. *Salud Mental y Comunidad*, Buenos Aires, v. 1, n. 1, p. 39-50, 2011.
- ARIAS, B. E. Saberes locales campesinos sobre el alimento: aportes a la soberanía y la salud mental comunitaria. *Salud UIS*, Bucaramanga, v. 48, n. 2, p. 232-239, 2016. DOI: 10.18273/revsal.v48n2-2016008
- ARIAS-LÓPEZ, B. E. Salud mental y violencia política: atender al enfermo psiquiátrico o reconocer al sujeto de la micropolítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Bogotá, v. 42, n. 3, p. 276-282, 2013.
- BASAGLIA, F.; ONGARO, F. B. *Los crímenes de la paz*: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión. Madrid: Siglo veintiuno editores, 1977.
- BEDIN, D. M.; KOCHENBORGER SCARPARO, H. B. Práticas em saúde mental no Brasil: reflexões a partir da experiência de Porto Alegre/RS-Brasil. *Pensamiento Psicológico*, Cali, v. 10, n. 1, p. 89-106, 2012.
- BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Medellín, v. 31, p. 13-27, 2013. Suplemento 1.
- COELHO, M. T. Á.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-333, 2002. DOI: 10.1590/S0104-59702002000200005
- CORREA-URQUIZA, M. La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Madrid, v. 38, n. 134, p. 567-585, 2018. DOI: 10.4321/S0211-57352018000200012
- CORREA-URQUIZA, M. *Radio Nikoia: la rebelión de los saberes profanos (otras prácticas, otros territorios para la locura)*. 2010. 311 f. Tesis (Doctorado en Antropología y comunicación) - Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2010.
- DESVIAT, M. et al. Acciones de salud mental en la comunidad. In: CONGRESO DE SALUD MENTAL, 25., 2012, Tenerife. *Anais [...]*. Tenerife: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012. p. 920. Disponível em: <<https://consaludmental.org/publicaciones/AccionesSaludMentalenlaComunidad.pdf>>. Acesso em: 1 mar. 2018.
- FAGUNDES, S. *Águas da pedagogia da implicação*: intercessões da educação para políticas públicas de saúde. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- FERREIRA, T. P. S. et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 373-384, 2016. DOI: 10.1590/1807-57622016.0139
- GREENHALGH, T. Narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ*, London, v. 318, n. 7179, p. 323-325, 1999. DOI: 10.1136/bmj.318.7179.323
- GUIRAO, G. S. J. A. Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Revista de Enfermería*, Santa Cruz de la Palma, v. 9, n. 2, 2015. DOI: 10.4321/S1988-348X2015000200002
- HERNÁNDEZ-HOLGUÍN, D. M. Perspectivas conceptuales en salud mental y sus implicaciones en el contexto de construcción de paz en Colombia.

Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 929-942, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020253.01322018

HERNÁNDEZ-HOLGUÍN, D. M.; SANMARTÍN RUEDA, C. F. S. La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá, v. 17, n. 35, 2018. DOI: 10.11144/Javeriana.rgps17-35.psmc

KLEINMAN A. *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: Free Press; 1988.

MARTINEZ-HERNAEZ, A.; CORREA-URQUIZA, M. Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 13, n. 2, p. 267-278, 2017. DOI: 10.18294/sc.2017.1168

MENÉNDEZ, E. L. Modelo médico hegemónico y atención primaria. In: SEGUNDAS JORNADAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, 2., 1988, Buenos Aires, *Anais* [...]. Buenos Aires: Conamer-Arhrg, 1988. Disponível em: <https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2021

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000500018

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova” saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998. DOI: 10.1590/S0034-89101998000400001

PIÉ-BALAGUER, A.; CORREA-URQUIZA, M.; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Á. *Soltar amarras: una introducción a la salud mental colectiva*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya. 2021.

RETTBERG, A; QUISHPE, R. C. *1900 iniciativas de paz en Colombia: caracterización y análisis de las iniciativas de paz de la sociedad civil en Colombia, 1985-2016*. Bogotá: One Earth Future Foundation, 2017.

RUIZ-ESLAVA, L. F. La salud mental vista desde la medicina social latinoamericana. *Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud*, Bogotá, n. 11, p. 131-142, 2009. DOI:10.13140/RG.2.2.23757.87520

RUIZ-ESLAVA, L. F. Salud mental en tiempos de guerra, una reflexión sobre la relación conflicto armado-salud mental en la comunidad indígena Emberá en situación de desplazamiento forzado. *Revista de la Facultad de Medicina*, Bogotá, v. 63, n. 3, p. 399-406, 2015. DOI: 10.15446/revfacmed.v63n3.49820

SEIKKULA, J. et al. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, London, v. 16, n. 2, p. 214-228, 2006. DOI: 10.1080/10503300500268490

SERRANO-MIGUEL, M. *Del exilio a la ciudadanía*. Experiencias dialógicas en el marco de la Salud Mental Colectiva. 2018. 347 f. Tesis (Doctorado en Antropología y Comunicación) - Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2018.

SILVA, et al. A formação enquanto estratégia de mudança na saúde mental coletiva. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 51-58, 2007.

SIMMONS, M. B.; GOODING, P. M. Spot the difference: shared decision-making and supported decision-making in mental health. *Irish Journal of Psychological Medicine*, Cambridge, v. 34, n. 4, p. 275-286, 2017. DOI:10.1017/ipm.2017.59

SPINELLI, H. (Comp.). *“Salud colectiva”*: cultura, instituciones y subjetividad-epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Lugar, 2004.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da

saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001. DOI: 10.1590/S1413-81232001000100006

TORRES-CARRILLO, A. *El retorno a la comunidad: problemas, debates y desafíos de vivir juntos*. Bogotá: CINDE, 2013.

Contribuciones de autoría

Hernández-Holguín trabajó en la concepción y diseño de la revisión, en el análisis e interpretación de los datos, y en la escritura del artículo. Arias López participó en la concepción y diseño de la revisión, y en la escritura del artículo. Martínez Hernáez contribuyó con la revisión crítica y con la redacción de la versión final del artículo.

Agradecimientos

Este trabajo fue realizado con apoyo económico del Comité para el Desarrollo de la Investigación (Codi) de la Universidad de Antioquia, estrategia de sostenibilidad de los grupos de investigación; y de Colciencias (Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación) Doctorados Nacionales 647/2014.

Received: 17/8/2021

Approved: 28/2/2023