



Facultad de Humanidades

Licenciatura en Psicología

Tesina:

**“El enfoque comunitario en salud mental: estudio de caso
Casaclub Baires.”**

Alumna: Tania Fligler

Tutor: Emiliano Polcaro

Matrícula: 20940

Correo electrónico: taniafligler@gmail.com

Turno: Noche

Año: 2022

Agradecimientos

A mis padres por tener confianza en mí y darme su apoyo incondicional en este camino y en todos los que he emprendido.

A mi pareja Gonzalo, el mejor compañero de vida que podría haber elegido y a quién amo infinitamente. Logra que quiera desafiarme a mí misma y seguir creciendo.

A mis compañeros que luego de tanto trabajo se convierten en colegas y en una red de apoyo indiscutible con la que puedo contar.

A mis amigos más íntimos a quienes considero mis hermanos.

A mis profesores y en especial a mi tutor, por darme las bases para convertirme en una profesional formada y con ética en el trabajo.

Por último agradezco inmensamente a toda la comunidad Casaclub, a la que considero un ejemplo de todo lo que pueden lograr las personas cuando forman una comunidad basada en la confianza y el respeto mutuo.

Índice

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
a. Presentación del tema.....	4
b. Problema de la investigación.....	6
c. Pregunta de la investigación.....	6
d. Relevancia y justificación de la temática.....	7
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	8
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos.....	8
ALCANCES Y LÍMITES.....	8
ANTECEDENTES.....	10
a. Formación de los manicomios y el inicio de su desinstitución.....	10
b. La manicomialización en el Territorio Argentino.....	14
c. Desmanicomialización en Argentina.....	15
d. Fountain House.....	19
ESTADO DEL ARTE.....	21
MARCO TEÓRICO.....	25
a. Concepto de Comunidad.....	25
b. Modelo Casaclub.....	30
METODOLOGÍA.....	40
• Hipótesis.....	40
• Procedimiento.....	40
• Muestra.....	41
• Instrumento.....	41
RESULTADOS.....	44
• El resultado de la pregunta inicial.....	44
• Resultados por enunciado del inventario.....	44
• Resultados por escalas.....	51
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	53
CONCLUSIONES.....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXO.....	63

Resumen

La problemática que desarrolla esta investigación implica la aplicación práctica de la Ley Nacional 26.657 que impulsa la creación de abordajes comunitarios en salud mental así como el cierre de hospitales monovalentes en toda la Argentina.

Se busca indagar sobre el funcionamiento de abordajes que incluyen la reinserción social, para lo cual se realizó un estudio de caso en Casaclub Baires.

Se eligió Casaclub Baires por seguir un modelo comunitario internacional, validado científicamente y reconocido por la Organización Mundial de la Salud.

Esta tesina profundiza sobre el sentido de comunidad, para ello presentara un marco teórico desde la psicología social comunitaria.

El foco del estudio se situó en la interrelación, cultura común y el sentimiento de pertenencia que conforma a la comunidad.

Palabras Claves: Comunidad, psicología comunitaria, interrelación, membresía, influencia, sentimiento de pertenencia, cultura común, conexión emocional, red social, modelo Casaclub, Clubhouse, reinserción social.

Introducción

a. Presentación del tema

Casaclub es un modelo de psicología comunitaria validado científicamente y reconocido por la Organización Mundial de la Salud como un sistema efectivo (OMS, 2021). Una de sus particularidades más interesantes es que su nacimiento surge del impulso de las propias personas externadas de los neuropsiquiátricos buscando crear eso que a la sociedad le faltaba proveer.

Cuando entendemos al poder desde la psicología comunitaria es un poder que se ejerce en los vínculos que se generan al interior de la comunidad, en relación a sus recursos y la capacidad de crecer en relación con otros actores sociales. Es decir no cerrarse en sí misma sino visibilizar y hacer escuchar su voz. Así en Nueva York en 1948 una pequeña minoría de pacientes externados que no querían estar solos lograron convocar a profesionales y personas comprometidas con el proyecto para hacerlo crecer.

Casaclub abre sus puertas a miembros con padecimientos psíquicos de bipolaridad, esquizofrenia y depresión (Anexo), es decir personas con trastornos que se consideran graves. Lejos de poner el foco en las partes afectadas de la persona se busca reforzar las fortalezas y habilidades y promover desarrollarlas aún más en un espacio compartido del cual son parte.

Goldman, Gatozzi y Tanabe en su trabajo de 1981 (tal como citan Saiz Galdoz & Chéves Mandelstein, 2009, p. 76) engloban a los padecimientos graves en el Trastorno Mental Grave y Crónico :

“Personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Asimismo muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos”.

Si bien los miembros de Casaclub tienen diagnósticos englobados en esa categoría, el modelo propone que el diagnóstico no define a la persona y es una apuesta a desarrollar la autonomía y vínculos sociales significativos.

Este tipo de abordaje de la salud mental es concordante con lo que sanciona la ley 26.657. La ley Nacional de Salud Mental y Adicciones que fue sancionada el 25 de noviembre de 2010, introdujo la perspectiva de los derechos humanos en el abordaje de los padecimientos mentales. Esto generó un cambio del paradigma biomédico a uno que entienda la salud como más que la ausencia de enfermedad.

La nueva ley de salud mental provee una mirada distinta en la cual una de las metas es la desmanicomialización y la integración social. Ésta impulsa la creación de modelos comunitarios de intervención.

El abordaje de personas con padecimiento mental, ya no es exclusivamente clínico y biomédico sino que se fomenta el trabajo interdisciplinario entre distintos tipos de profesionales e instituciones.

El contexto de encierro ha de ser reducido al mínimo tiempo posible, siendo siempre entendido como último recurso. La internación es un recurso que existe y puede ser necesario, pero solo cuando se presenta el riesgo cierto inminente.

Se entiende por riesgo cierto inminente que la persona pudiera poner en peligro a terceros, a sí misma o al patrimonio.

Además ha de intentarse que, de requerir una internación, ésta sea voluntaria, a partir de explicar al paciente sus derechos y porque se considera necesaria. Su duración ha de ser lo más corta posible, prolongarla tendrá que ser justificado por el equipo tratante. A consecuencia se fomenta que el tratamiento sea ambulatorio siempre que sea posible y cercano a su contexto comunitario. La salud no es entendida sólo desde la dicotomía mente-cuerpo, sino desde el reconocimiento de su componente biopsicosocial. La meta no es en sí curar, es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Una de las definiciones más difundidas de salud es: "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." (OMS, 2014).

La salud según esta definición abarca no sólo un bienestar físico, también disposiciones mentales y condiciones sociales en las que se desenvuelve la persona. Las condiciones sociales implican a su vez que la salud no se reduce a una responsabilidad individual, el Estado debe ser partícipe. Sin embargo muchos autores critican esta definición por ser utópica, nadie puede lograr un completo estado de bienestar. Es una expresión de deseo que no se

encuentra en la realidad (Gavidia Catalán & Talavera Ortega, 2012). Sin embargo, como agentes de salud, y de salud mental en particular, debemos buscar el máximo estado de bienestar posible para la sociedad. Tal como lo sugiere la definición de Saforcada y De Lellis:

“Salud es la situación de relativo bienestar físico, psíquico, social y ambiental -el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia sociocultural determinada- , considerando que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre las personas (entidad bio-psico-socio-cultural) y sus ambientes humanos (entidad psicosociocultural, biofísico-química y económico-política), teniendo en cuenta que estos componentes integran a su vez el complejo sistema de la trama de la vida ” (2006, p. 104).

Si bien En la Argentina existe la mencionada ley, el abordaje de la salud mental en comunidad sigue siendo una problemática actualmente relevante, ya que no se ha logrado implementar lo promulgado en un nivel que satisfaga las necesidades de esta población. Es un área nueva en la que se necesita seguir investigando, por lo cual este trabajo realizará un estudio de caso en Casaclub Baires con el fin de estudiar un modelo existente, su funcionamiento y su aporte para lograr la desmanicomialización y el tratamiento integral en comunidad de las personas con padecimiento psíquico.

b. Problema de investigación

Es necesario problematizar el aislamiento que históricamente han sufrido las personas con padecimiento psíquico sea cual fuese el motivo; múltiples internaciones, estigmatización social o simplemente pérdida de lazos significativos.

Entendiendo que a partir de identificar ese aislamiento estamos frente a una necesidad de resocialización, de construcción de nuevas redes sociales significativas, resulta necesario evaluar si contamos con modelos comunitarios que nos ayuden a lograr una reinserción comunitaria.

Si bien se busca conseguir un cambio internacional que implique un pasaje de la atención institucional a modalidades de tratamiento comunitario, continúan existiendo desigualdades sociales sustanciales que obstaculizan la capacidad de las personas con enfermedades mentales para vivir vidas autónomas y autodeterminadas (Mandiberg & Warner, 2013).

Si bien la ley 26.657 es un modelo a seguir y de vanguardia a nivel mundial, aún hoy no se ha logrado su implementación en el campo. Los neuropsiquiátricos y hospitales monovalentes siguen abiertos y no hay suficientes alternativas creadas.

Si bien entendemos que lograr la desmanicomialización es un proceso que necesariamente conlleva un tiempo, a doce años de la promulgación de la ley, existe aún una carencia de investigaciones que indaguen sobre los modelos de intervención comunitaria que ésta exige. Por lo cual es necesario investigar las instituciones existentes y crear nuevo material de análisis. Es necesario conocer en detalle el funcionamiento de estas instituciones con un enfoque social para la reinserción comunitaria de las personas con padecimiento psíquico, conseguir que la externación sea exitosa y no una puerta giratoria al hospital.

Así mismo la falta de estudios sobre la cuestión puede ser uno de los factores que dificulte la apertura de nuevas instituciones o alternativas a lo largo del territorio nacional.

Por lo cual hacer un estudio de caso de un modelo comunitario existente y evaluar si este logra constituir una comunidad es necesario para ampliar el conocimiento disponible.

c. Pregunta de investigación

Según lo analizado hasta el momento: ¿Casaclub Baires cumple con las expectativas del modelo avalado por OMS en cuanto a la conformación de comunidad?

d. Relevancia y justificación de la temática

Siendo que el paradigma actual de la salud mental ha virado hacia enfoques que incluyan la intervención en la comunidad, descentralizando las intervenciones de los hospitales, y en particular de aquellos monovalentes, consideramos necesario indagar en alternativas posibles, generando nueva información de cómo se sienten los usuarios, en este caso miembros, de dispositivos orientados a la reinserción social y laboral.

Mientras que el sentimiento de soledad se trata de una apreciación subjetiva, en que una persona se sienta sola, el "aislamiento se remite a aspectos objetivos, de estar separado de otros, la pérdida de la comunidad" (Muchnik & Seidmann, 1998, p.33)

No es un hecho menor el aislamiento social que sufren las personas con padecimiento psíquico. Evaluar si están consiguiendo con este modelo un lugar de pertenencia, una comunidad propiamente dicha es lo que buscamos dilucidar con este estudio exploratorio.

Es relevante destacar que al ser Casaclub Rosario la primera de habla hispana, y siendo Casaclub Baires la tercer Casaclub de Latinoamérica, poder ofrecer un estudio de en español puede ser un inicio a promover mayores investigaciones.

Objetivos generales y específicos

Objetivo general

- Investigar si la sede de Casaclub Baires cumple con los criterios del modelo comunitario regulado por Casaclub Internacional.

Objetivos específicos

- Indagar sobre el sentimiento de pertenencia, interrelación y cultura común de los miembros.
- Profundizar sobre el impacto del modelo Casaclub en la autonomía de los miembros.

Alcances y límites

El presente trabajo se desarrollará dentro del marco de la psicología social comunitaria. Se centrará en el estudio de las respuestas de los participantes al inventario SCI-2, por lo tanto será una investigación de campo exploratoria que buscará detectar si se presenta el fenómeno de comunidad.

Nos centraremos en indagar sobre el refuerzo de las necesidades, la membresía, la influencia, y la conexión emocional compartida de los miembros en Casaclub Baires. Profundizaremos sobre el desarrollo de la autonomía, entendida como la mayor capacidad de autogobierno posible a partir de la voluntariedad de la membresía y sobre la creación de redes sociales con otros significativos en la interacción de jornada laboral diaria.

Tomando el concepto de comunidad, se evaluará mediante el inventario el desarrollo o no de comunidad en el tiempo que Casaclub Baires lleva en funcionamiento. Se estudiará si los miembros de Casaclub Baires quienes tienen diagnósticos de esquizofrenia, depresión y bipolaridad, lograron conformar una comunidad a partir de las variables de: sentimiento de pertenencia, interrelación y cultura común.

Si bien existe la posibilidad de encontrar otros modelos comunitarios para personas con padecimiento psíquico que consideramos importante evaluar y replicar, tales como las viviendas asistidas o de medio camino, en la presente investigación no serán desarrollados como foco de la misma. Se limitará a estudiar el modelo Casaclub implementado en Casaclub Baires.

Queda en los límites de la investigación indagar sobre el tratamiento psicológico y psiquiátrico de los miembros de Casaclub, ya que este es externo al modelo Casaclub y depende de las decisiones individuales de ellos y sus familiares. Adentrarnos en ello excedería el encuadre del modelo Casaclub.

Consideramos interesante proponer como investigación a futuro un trabajo que analice la experiencia de Casaclub Rosario para profundizar más en la repercusión del modelo en Argentina.

Antecedentes

a. Formación de los manicomios y el inicio de su desinstitución

Los hospitales psiquiátricos se crearon en el siglo XIX, pero mantienen aún hoy la lógica de las instituciones medievales como el hospicio, los centros de caridad, el loquero o manicomio. Estos no fueron los únicos ejemplos de lugares de alojamiento y recepción de personas con discapacidad; a veces física, pero principalmente discapacidades de tipo psíquico, por ejemplo en la cultura árabe los Maristán fueron las instituciones que cumplían esta función (Galende, 2008)

Estas organizaciones fueron creadas con un fin aislacionista que segregaba a los desviados de lo aceptable socialmente, generando su marginación.

En la época medieval el hospital distaba de la representación social actual. Los hospitales no consistían un establecimiento médico, sino que eran regidos por lo caritativo-religioso. Eran asilos para enfermos, pobres, mendigos y los desamparados (Galende, 2006).

Durante siglos se equiparó al padecimiento psíquico con la criminalidad, la falta de moral e incluso con prácticas satánicas o de posesión de espíritus malignos, llegando al punto durante la inquisición de quemar al insano para lograr la liberación del alma. Al entenderse la criminalidad como consecuencia de la alienación, las poblaciones de las primeras cárceles contaba principalmente con personas con epilepsia, tuberculosis, sífilis, lepra y la llamada locura (Falcone, 2010).

Amarante (2009) define al alienado de la siguiente manera:

"En el sentido más común del término, alienado es alguien 'de afuera', extranjero, alienígena (el origen etimológico es el mismo). Podría significar estar fuera de la realidad, fuera de sí, sin el control de sus propias voluntades y deseos. Fuera del mundo, (...) Alienado, de alienare y alienatio, también significa volverse otro. (...) En la medida que alguien en esa condición de alteridad podría representar un serio peligro a la sociedad, por perder el Juicio, o la capacidad de discernimiento entre el error y la realidad, el concepto de alienación mental nace asociado a la idea de 'peligrosidad'. En cierto sentido, se puede considerar que a lo largo de todos estos años el concepto de alienación mental contribuyó para producir, como consecuencia inherente a la propia noción, una actitud social de miedo y

discriminación para con las personas así identificadas. Alienación, pérdida de la razón, irracionalidad, animalidad.” (p. 30-31).

La medicalización de los hospitales se crea a consecuencia del derrocamiento de la sociedad absolutista monárquica y autoritaria por los ideales de la Revolución Francesa de igualdad, libertad y fraternidad. Los hospitales atraviesan un proceso de democratización que logra que aquellos internados por órdenes reales previas sean liberados, o trasladados a instituciones sociales. El hospital pasa a ser para la atención de los enfermos exclusivamente.

No fue hasta 1793 en Francia con los aportes de Philippe Pinel y Esquirol en que aparece el primer movimiento humanitario para los considerados dementes, el conocido tratamiento moral. Hasta ese momento se consideraba que al perder la razón se perdía la condición humana. A partir de Pinel se separa a los alienados de los criminales. Siendo médico en jefe del hospital Bicetre inició una reforma en la que abolió la práctica de encadenar a los internos e impuso que se redujeran los malos tratos. Pinel impulsó a mejorar la higiene, vestimenta y alimentación de los alienados, reglamentó el trato humano y lo logró a partir de modificar la visión social de estas personas (de la Fuente, 1990). Lo logró al hacer un viraje en la representación social de la época, transformándose de criminales olvidados y desposeídos a la categoría de enfermos que tienen derecho a que se intente su curación.

Mientras que en un inicio el aislamiento de los alienados está justificado por el principio de peligrosidad a partir de Pinel pasa a aislarse a los pacientes para distanciarlos de las causas precipitantes de su enfermedad. Este cambio se da en el contexto histórico bisagra entre el régimen absolutista y el de la revolución francesa. El gobierno deja de tener el poder de encerrar a las personas alienadas por órdenes reales para pasar a que la internación sea bajo criterio médico. La reclusión de los enajenados se justifica desde lo terapéutico. Con el tratamiento moral se busca manipular el estado de ánimo de los alienados utilizando estratagemas, frente a sus ideas delirantes y generando un ambiente agradable. Posteriormente, en Gran Bretaña, John Connelly desarrolla el manejo del paciente sin restricciones físicas y de forma humanitaria, llevando a la abolición de los métodos físicos de coerción mecánica, como el chaleco de fuerza, los manguitos de sujeción, cierres con piernas-manos y sillas coercitivas, en el manicomio de Hanwell. Lejos del ideal de curación entre 1867 y 1877 el número de enfermos mentales encerrados se incrementó en dos mil por año. El cambio en los manicomios se evidenció cada vez más que se trataba de un mecanismo de control social. Las pretensiones de un tratamiento moral se abandonaron y los manicomios se volvieron cada vez más carcelarios (Desviat, 2009).

El cuestionamiento a la institución total del manicomio como práctica hegemónica inició en Europa y Estados Unidos como consecuencia de la posguerra a partir de movimientos anti psiquiátricos que se oponen al modelo médico manicomial y buscan la redefinición del

concepto de Salud Mental. Se empieza a mirar con ojo crítico las prácticas de modalidad asilar de internación crónica y empiezan a pensarse en modelos alternativos a partir de entender que lo social influye en el modo de enfermar. Si lo social puede enfermar, lo social puede ser parte de la cura. Según Emiliano Galende “el daño mental sólo es comprensible en relación con los códigos simbólicos que cada sociedad en cada momento histórico pone en juego” (1990, p.82)

Cuando decimos que son de característica totalizante nos referimos a que los internos son desarraigados de su vida anterior, saliendo de la realidad suprema de la vida cotidiana, pasando a una zona limitada de significado con sus propias normas, con una cultura propia que el nuevo paciente debe internalizar (Berger & Luckmann, 1967). Este aislamiento vulnera sus derechos y fomenta la pérdida de lazos afectivos y su identidad.

Según Goffman:

"Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente." (1972, p.13).

Abordar la desmanicomialización requiere desnaturalizar los llamados manicomios, entenderlos como constructos sociales y no como una categoría a priori necesaria. Para eso sirve entender que no en toda sociedad existe el mismo discurso sobre la locura o su tratamiento:

“Es curioso: cuatro mil años de humanidad sobre este planeta, en los cuales no cabe duda la locura existió, (...). El problema de lo que después entendimos como fuera de la norma o anormalidad en el plano mental, durante cuatro mil años vivió en este mundo –de algún modo– bajo distintos órdenes, pero sin leyes específicas que los separaran de la sociedad y sin –tampoco– especialistas que pretendieran modificar los modos de pensar o de comportarse de estas personas.” (Galende, 2008, p. 399)

Cada sociedad está atravesada por un momento histórico definido por distintos discursos que la rigen y crean una realidad que se cristaliza en sus prácticas e instituciones. Una realidad ya establecida que dictamina lo normal, señala a partir de sus constructos lo anormal, y designa los instrumentos para el tratamiento para reencauzar a los que se desvían de lo preestablecido. Algunos ejemplos son las prácticas médicas aceptables, las categorías nosológicas, o diagnósticos, y los juicios de valor que conllevan para la persona que carga con el rótulo de enfermo mental.

En la obra *Vigilar y Castigar*, publicada en 1975, Michel Foucault hace un estudio de la relación entre instituciones totales: la fábrica, la escuela, el cuartel, la cárcel, el hospital y el manicomio. En esta investigación descubre aquello que tienen en común y el secreto de su eficacia, es el ejercicio del poder disciplinario (Foucault, 2000). El poder disciplinario se diferencia de la concepción clásica de poder:

“El éxito del poder disciplinario se debe sin duda al uso de instrumentos simples: la inspección jerárquica, la sanción normalizadora y su combinación en un procedimiento que le es específico: el examen. (...) La disciplina <fabrica> individuos; es la técnica específica de un poder que se da los individuos a la vez como objetos y como instrumentos de su ejercicio. No es un poder triunfante que a partir de su propio exceso pueda fiarse en su superpotencia: es un poder modesto, suspicaz, que funciona según el modelo de una economía calculada pero permanente.” (Foucault, 2005, p.175)

Este cambio en el ejercicio del poder hace que el poder funcione por mantenerse oculto. No es un soberano que elige sobre la vida y la muerte de su súbdito, ya no se ejerce necesariamente por la violencia física, sino a través de la mirada sancionadora. No sólo somos evaluados constantemente en nuestro entorno sino que a partir de internalizar lo normal, nos volvemos nosotros mismos observadores de la propia conducta y la de los otros. Lograr la desmanicomialización es un proceso complejo porque reproducimos y reificamos a los neuropsiquiátricos como la respuesta natural a la locura.

Para pensar el poder desde otra óptica siguiendo el nuevo paradigma de salud mental que impulsa la desmanicomialización hay que trabajar para que el poder logre ejercerse de un modo distinto. Para la psicología social comunitaria uno de sus principios básicos es que el poder y el control deben estar centrados en la comunidad lo que implica deconstruir el pensamiento que fomentan los centros de poder estatuidos socialmente quienes reproducen la falacia de que el poder reside en las instituciones, grupos o personas ajenos a la comunidad sobre la cual se ejerce dicho poder. Entender el poder desde la comunidad con capacidad de agencia implica fomentar que las comunidades se organicen para lograr desplegar el control necesario para lograr las transformaciones necesarias en su entorno y en sus relaciones internas y con el exterior de la comunidad (Montero, 2006).

b. La manicomialización en el Territorio Argentino

Podemos observar que en nuestro país hubo paralelismos con Europa en cuanto a las instituciones que abordaron a la persona con padecimiento psíquico.

En el territorio que actualmente conforma a la Argentina, a mediados del siglo XVIII cuando aún era una colonia, se fundó la primera institución que alojó personas con padecimientos mentales. El primer nosocomio era un anexo a un hospital llamado Real Hospital de San Martín de Tours y era conocido popularmente como el loquero. Este fue conducido por padres jesuitas hasta su expulsión en el año 1748 que pasó a manos de seis curas Betlemitas llegados de España. El hospital cambia de nombre a Hospital de Santa Catalina Virgen y Mártir, y comienza a recibir dementes que eran enviados desde la cárcel de Buenos Aires, el Cabildo. Se utilizaba a los enfermos como sirvientes o mano de obra, y aquellos que no podían trabajar se los encerraba en el loquero, antecedente del actual Borda. A partir de 1799 se utilizaron las instalaciones para los llamados incurables, locos y contagiosos quienes eran custodiados por un capataz (Falcone, 2010).

Es importante destacar que los primeros hospitales estaban regidos por la iglesia y que quienes desempeñaban sus tareas allí no eran profesionales médicos si bien tenían entrenamiento en el arte de curar. Para ser parte de la orden de los Betlemitas:

“los aspirantes recibían el hábito de novicio. Para alcanzar esta meta, debían reunir ciertos requisitos como ser <españoles>, hijos legítimos, presentar pruebas de su limpieza de sangre, demostrar que no tenían deudas pendientes con la justicia y que sus familiares no habían sido castigados por el Tribunal de la Santa Inquisición, ser solteros, sanos y libres de malos hábitos, y presentar pruebas de que llevaban una vida regular y de buenas costumbres. Todo ello avalado por testigos.” (Archivo general de la nación, 2011, p. 302)

La orden Betlemita fue la única orden monástica de América, su función fue la creación y administración de hospitales hasta 1822 con la reforma religiosa de Rivadavia en que fue suprimida.

En Argentina al igual que en Europa, los hospitales dejan de ser instituciones caritativas para convertirse en instituciones de la modernidad que sigue un paradigma médico. La influencia de Pinel inicia con Diego Alcorta quién escribe la primera tesis psiquiátrica de la república. Sin embargo esta tesis escrita en 1827 permaneció inédita durante setenta años, esta denunciaba que el Hospital de Hombres, conocido como el loquero, no lograba captar el tratamiento moral

que debía ser la función de toda institución asilar. En esa época el médico Meléndez pregona que: “por su autoridad decide sobre las admisiones al manicomio, y a pesar de que los certificados digan lo contrario, aunque se deban al médico de la policía, si un paciente remitido no es alienado le da el alta inmediatamente.” (Vezzetti, 1985, p. 54).

Según Alberdi (2003) la construcción y consolidación en que se afirman los dispositivos psiquiátricos de tradición del alienismo francés se ubican entre 1880 y el centenario, coincide en el momento en que la Argentina se incorpora al mercado mundial desde el modelo agroexportador, que fomentó un gran proceso migratorio. La salud pública pasa a tener un rol relevante para la política de la época que entendía al proceso migratorio como causante de la delincuencia, el anarquismo, movimientos obreros, y la locura. La autora menciona los años en que los primeros manicomios de la Ciudad de Buenos Aires se fundan: 1854 apertura del el Hospicio de Mujeres, en 1863 el ya mencionado Hospital de Hombres. Sin embargo es con la fundación de la cátedra de psiquiatría en 1886, que las bases del tratamiento moral del alienismo se empiezan a estudiar en profundidad.

c. Desmanicomialización en Argentina

La mirada exclusivamente desde el área clínica en el abordaje de la salud mental ha tenido un gran impacto en la historia mundial y en especial en nuestro país.

En Argentina la carrera de psicología surge en el año 1958. En esta etapa de desarrollo hubo una decidida impronta clínica en el quehacer psicológico influenciada por el modelo médico que orientó su formación. Esto promovió generaciones de psicólogos que aprendieron lo social desde términos y modelos intrapsíquicos, aunque paradójicamente en una primera instancia los psicólogos no contaban con un marco de legalidad para ejercer la profesión en la clínica. Los aportes de Pichon Riviere, quien genera los grupos operativos en hospitales, y de Bleger que plantea el rol del psicólogo centrado en un enfoque de prevención en salud mental con un enfoque social, fueron claves en la formación de las bases que permitirían intervenciones comunitarias en salud mental (Chinkes, Lapalma, Nicemboim, 1995). De todos modos para abordar la desmanicomialización en Argentina es necesario entender que antecedentes permitieron este proceso a nivel mundial.

Durante los años 1960 y 1970 en América Latina se produjeron una serie de cambios en los modos de hacer y pensar las Ciencias Sociales. Estos parten de modificaciones en Europa y Estados Unidos pero con sus particularidades históricas y sociales. Aparece el reto de poder enfrentar los problemas sociales y sus consecuencias sobre las conductas de individuos y grupos. Esto generó en la disciplina de la psicología un vuelco hacia una concepción centrada

en los grupos sociales, la sociedad y los individuos que la integran. El sujeto es entendido a partir de estos cambios como un ser dinámico, activo y constructor de su propia realidad. Así se logra producir un modelo alternativo al modelo médico que hacía prevalecer la condición de enferma y anormal de las comunidades en que se trabaja. La nueva perspectiva parte de los aspectos positivos y de los recursos de esas comunidades buscando su desarrollo y su fortalecimiento (Montero, 2004). Las nuevas perspectivas en salud mental especialmente entendiendo el rol fundamental de lo comunitario fomentaron cambios fundamentales.

En Italia, la reforma psiquiátrica encabezada por Franco Basaglia de 1978 fue un gran ejemplo a seguir por el resto de los países. Esa reforma generó el inicio del proceso de cierre definitivo de los hospitales psiquiátricos. Esto se logró a partir de la creación de programas basados en el territorio comunitario, para permitir que las personas con problemas de salud mental sigan su vida en el contexto social. La ley 180 que Italia pone en marcha en la década de los noventa fue la primera en el mundo que cambia las condiciones de vida, el trato y tratamiento de las personas con padecimientos psíquicos. Desde 1987 la Organización Mundial de la Salud ha reconocido la experiencia de Basaglia en Trieste como un enfoque innovador (Dell'Acqua, 2012)

El 14 de noviembre de 1990 los países unidos a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) firmaron la "Declaración de Caracas" que promueve la atención descentralizada y comunitaria de la salud mental. Se considera en crisis el modelo de atención tradicional de los hospitales monovalentes. Se discute la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina dentro de los sistemas locales de atención, a partir de considerar que el hospital psiquiátrico no puede ser el único modelo asistencial, ya que el aislamiento genera una mayor discapacidad social y genera condiciones desfavorables que hacen que peligren los derechos humanos y civiles de la persona internada. Asimismo la internación como única medida requiere de un aporte financiero mayor que no logra tener un aporte preventivo. Siguiendo las declaraciones de Alma Ata de Salud para todos en el año 2000 hay un compromiso de los países a adoptar estrategias que apunten a la atención primaria de la salud. La reestructuración de la asistencia a pacientes psiquiátricos implicaba apuntar a desarrollar programas basados en las necesidades de la población, fomentando modelos alternativos centrados en la comunidad que garanticen el cumplimiento de los derechos humanos (OPS, 1990).

En 1991 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Estos principios incluyen que todas las personas por derecho han de contar un trato digno y humanizante. Tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental y tanto desde lo asistencial como desde la perspectiva social, y a ser preservados de trato discriminatorio por su diagnóstico y toda explotación, sea económica, sexual, maltrato físico o

trato degradante de cualquier tipo. Serán entendidos como sujetos de derecho que pueden ejercer derechos civiles salvo que un tribunal de cuenta de incapacidad y esta puede ser revocable. Las personas tienen derecho a una vida en comunidad y a trabajar en ella en la medida de sus posibilidades. El diagnóstico de enfermedad mental ha de basarse en criterios científicos y no políticos, religiosos, raciales o de otra índole. Tienen derecho a recibir información clara sobre sus derechos al requerir una internación psiquiátrica y siempre que sea posible la internación ha de ser voluntaria (ONU, 1991).

En la Reforma de los Servicios de Salud Mental a 15 años de la Declaración de Caracas se manifestaron los avances y a su vez los obstáculos encontrados. Lejos de haber logrado cumplir el lema de la salud para todos en el año 2000, se replantearon las acciones a realizar y se generaron nuevos principios rectores para fomentar el desarrollo de la salud mental en las Américas. Los principios de Brasilia siguen insistiendo la importancia de reemplazar a los hospitales psiquiátricos por redes de servicios comunitarios. La creación de sistemas sanitarios basados en la inclusión social, la equidad, la promoción de la salud y la calidad de la atención (OPS, 2005).

En el 2009 la OPS plantea la estrategia y plan de acción sobre salud mental, para decidir las acciones a realizar entre el 2010 y el 2019. Plantean que si bien muchos de los países comprometidos con la declaración de Caracas lograron grandes avances, no sucedió lo mismo en los países de América Latina y el Caribe. Algunos de los problemas identificados fue la deficiencia en los servicios de salud mental indicando que la formación de grado y posgrado de los profesionales seguía basada en modelos curativos hospitalarios. Plantean cinco áreas estratégicas a mejorar: 1 Crear y aplicar: políticas, planes y leyes nacionales de salud mental; 2- Promover la salud mental a partir de la prevención de los trastornos psíquicos desde el desarrollo psicosocial en la niñez; 3 Prestar servicios de salud mental con foco en la atención primaria de la salud, creando o fortaleciendo un modelo comunitario de salud mental con eje en la descentralización, y participación social; 4 Fortalecer los recursos humanos, capacitando a los trabajadores de salud en la atención primaria de la salud; mejorar los contenidos de los programas de estudios universitarios de grado y posgrado tanto en la residencia de psiquiatría, posgrado en enfermería y psicología de la salud; 5 Fortalecer la capacidad para producir, evaluar y utilizar la información sobre salud mental, censar.

En Argentina hay una provincia que fue pionera en implementar el compromiso internacional que tomó el país al aceptar los principios estipulados por la OPS y la ONU. Esa provincia es Rio Negro, que en 1991 sancionó la Ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Paden Sufrimiento Mental (N° 2.440). Esta ley promueve un sistema que atienda al ser humano en su totalidad, garantizando el tratamiento y la rehabilitación de toda persona con sufrimiento mental. Prohíbe la habilitación y funcionamiento de manicomios o neuropsiquiátricos públicos o privados que no proceda con el objeto de la recuperación y

resocialización más pronta posible. La internación será solo en caso imprescindible y durará el menor tiempo posible impulsando continuamente a lograr la externación y el tratamiento ambulatorio. El eje y causa de esta instancia terapéutica será la reinserción comunitaria, sosteniendo en todo momento la singularidad de la persona, la identidad, respeto irrestricto de la dignidad humana y su potencialidad de autonomía. “La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de su reinserción comunitaria, constituyen el fin último de esta Ley y de todas las acciones que de ella se desprenden.”(Ley 2.440, 1991, Art. 1).

A partir de la ley 2.440 otras provincias fueron realizando sus actualización en torno a la protección de derechos en materia de salud mental, Santa Fe en 1991, Entre Ríos en 1994, San Juan en 1999, Chubut en 2009, y San Luis, Córdoba y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en (Hermosilla & Catado, 2012).

Dos décadas después se sancionará una ley nacional que seguirá el camino iniciado por Río Negro. Hasta el 2010 sólo dos provincias habían cerrado los manicomios, Río Negro y San Luis (Moreno, Cerchiaro, Dovgan, & Díaz Arana, 2021).

La Ley Nacional 26.657 de Salud Mental y Adicciones que rige en todo el territorio nacional Argentino se basa en una perspectiva de protección de los derechos humanos de las personas con discapacidades psicosociales tomando ejes centrales como el valor de la autonomía, el ejercicio de la capacidad jurídica, el derecho a vivir de forma independiente y a ser partícipe en la comunidad.

La Ley 26 657 adopta un nuevo paradigma en discapacidad centrado en los derechos humanos, por lo cual el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que es un instrumento internacional de los derechos humanos de la ONU, reconoció que está en cumplimiento de la Convención de Caracas de tal modo que su reglamentación e implementación contribuye a que la Argentina cumpla con sus compromisos internacionales (CELS, 2017).

Esta Ley busca conseguir la eliminación de la discriminación, contar con el derecho a una vida autónoma y digna, la libertad para decidir, reconocer la diversidad y la plena participación de las personas con padecimiento mental en igualdad de oportunidades en los distintos ámbitos: civil, político, económico, social y cultural. Esta ley parte de una concepción comunitaria de la atención en salud mental.

La psicología comunitaria es aquella que trata de la comunidad y se realiza con la comunidad. Elabora un cambio de lo asistencialista-paternalista que pone al sujeto en un lugar pasivo, a la acción conjunta que promueve relaciones más horizontales y con un intercambio constante en que se busca desarrollar las fortalezas y capacidades de los integrantes de la comunidad, así

como reflexión de las problemáticas. La psicología comunitaria busca el cambio social a su vez que desarrolla un carácter científico aplicado. Un conocimiento aplicable a realidades concretas (Montero, 2004).

d. Fountain House

El principio de la historia de Casaclub inició durante la gran depresión de los años 40 en Nueva York. El movimiento que daría posteriormente las bases al modelo surge a partir de un grupo de personas con historial de internaciones psiquiátricas que quisieron realizar un espacio en que pudieran proveerse de amistades y asistencia los unos a los otros. Estos individuos eran un grupo de pacientes que fueron dados de alta de Rockland State Hospital y comenzaron a reunirse entre sí cambiando su rol de pacientes a personas que buscaban reinsertarse en la sociedad.

En Rockland State Hospital Elisabeth Schermerhorn y el psiquiatra Hiram Johnson buscaron ayudar a sus pacientes a desarrollar habilidades sociales entre ellos para prepararlos para la vida fuera del hospital. Los vínculos que formaron entre sí hicieron que la repercusión de las reuniones que iniciaron en el hospital superara todas las expectativas de los profesionales que las iniciaron (Karlsson, 2013).

Al dejar el hospital en lugar de disgregarse, los expacientes empiezan a reunirse en los escalones de la biblioteca pública de Nueva York a la vista de todos para modificar la percepción de la sociedad de cómo eran las personas con padecimiento mental. Además buscaban mantener un grupo de pertenencia que habían logrado forjar en la internación. Se ofrecían apoyo mutuo, ayudarse en su recuperación (Propst, 1997).

Estos pacientes externados del hospital psiquiátrico empezaron a reunirse informalmente, creando una especie de club. Inició como un sistema de apoyo y no como un servicio o tratamiento. El nombre Casaclub surge del vocabulario que utilizaban los primeros creadores del modelo al referirse a su trabajo en la comunidad y fue elegido porque consideraban que consolidaba el mensaje de pertenencia, el modo de trabajar y la membresía (Corcoran, 2013).

En el año 1944 Michel Obolensky, uno de los pacientes externados, junto con la voluntaria Elisabeth Schermerhorn organizaron la primer reunión oficial de WANA (acrónimo de we are not alone society), la sociedad de no estamos solos. Inicia con solo diez participantes. Para 1947 la necesidad de reorganizarse empieza a volverse evidente con el incremento de participantes y la falta de una organización clara, esto lleva a buscar el apoyo de la comunidad para conseguir un edificio propio para las reuniones. En 1948 donan una casa a WANA, esta casa tenía una pequeña fuente que dio origen al nombre de la fundación Fountain House. Al

conseguirse el espacio físico empiezan a estructurarse lentamente los horarios y las actividades, así como un modo de organización. Se crea una junta directiva con miembros y voluntarios. Las primeras actividades de Fountain House eran sociales y recreativas por las tardes (Doyle, Lanoil & Dudek, 2014).

Durante una seguidilla de años los directores ejecutivos de Fountain House van cambiando rápidamente sin lograr formalizar el modelo, ya que buscaban incluir la perspectiva clínica común a la época. Es recién en 1955 John Beard quién logra formalizarlo cuando se convierte en el nuevo director ejecutivo de Fountain House, para ello se nutre de su experiencia trabajando en una guardia psiquiátrica en la que había desarrollado una terapia grupal basada en la actividad. En estos grupos trataba de comunicarse y llegar a conocer a las personas con padecimiento mental severo a partir de realizar actividades conjuntas y grupales con ellos (Karlsson, 2013).

En la actualidad el modelo cuenta con más de 300 Casaclubes alrededor del mundo contando con programas psicosociales de empleo con apoyo, educacionales, recreativos, vocacionales, de promoción de la salud y de apoyo mutuo entre miembros (Raeburn, Schmied, Hungerford, & Cleary, 2015).

El Casaclub Internacional se sostiene por estándares que aseguren que la calidad del modelo se está aplicando. Estos estándares existen para que los derechos de los miembros sean cumplidos, nos referimos a las 37 normas que rigen al abordaje. Estas son revisadas cada dos años para actualizarlas y corregirlas según como se considere necesario a partir de las nuevas investigaciones y puntos de vista de todas las Casaclubes del mundo

Las normas de Casaclub se subdividen en los siguientes ejes: membresía, relaciones, espacio, orden del día, trabajo (que incluye el trabajo de transición, independiente o con apoyo), educación, funciones de la casa, fondos, gobernación y administración (Clubhouse International, 2018).

Estado del Arte

Si bien la ley de Salud mental puso como fecha límite para cerrar todos los hospitales monovalentes de salud mental siguen en funcionamiento.

Según el informe Vidas Arrasadas del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), en el 2007 la Argentina contaba con 25.000 personas en internaciones prolongadas por problemas de salud mental. En el 2019 según el informe ejecutivo de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones llevado adelante por el Ministerio de Salud de la Nación, el número de personas internadas era de 12.035. Esto señalaría que disminuyó en un 48,14% el número de personas internadas en ese lapso de tiempo. Esto parece indicarnos que pese a que los objetivos no han sido cumplidos se está desarrollando un proceso de cambio. Sin embargo el tiempo promedio de estas internaciones fue de 8 años, 12 en el sector público, lo que dista mucho del requisito de que las internaciones sean por el menor tiempo posible. Además en las internaciones voluntarias que se prolonguen por más de sesenta días corridos los equipos de salud han de comunicarlo al Órgano de Revisión y a un juez que evaluará si esta continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria. Si el motivo de que continúe la internación fuese por problemáticas de orden social, se debería incluir en programas sociales y dispositivos, para la externación a la mayor brevedad posible, según lo estipulado por el artículo 18 de la ley 26.657.

Que el promedio sea de 8 a 12 años podría indicar o bien que el Órgano de Revisión no da a basto con todos los casos, o que gran parte de las internaciones son por problemática social y por escasez de dispositivos comunitarios.

Este primer censo de la población en internaciones por motivo de salud mental fue llevado a cabo con la intención de:

“avanzar en procesos de reforma de los sistemas de salud hacia el fortalecimiento de Redes Integradas de Salud Mental con base en la comunidad, a través de acciones que fomenten el abordaje de la salud mental en el Primer Nivel de Atención, en los Hospitales Generales y la creación de Dispositivos Intermedios, como Habitacionales y de Inclusión Sociolaboral. En cuanto a los hospitales con internación monovalente, es necesario avanzar en procesos de transformación hasta su sustitución definitiva.” (2019, p. 6).

Esto indica que aún no se ha logrado fortalecer estas redes que integran a las personas usuarias de dispositivos de salud mental con la comunidad.

Según varios autores, se requiere mayor información epidemiológica de la que se dispone. Hay poca información y la que existe se encuentra fragmentada entre distintos niveles y perfiles institucionales, lo que no permite visibilizar los problemas de salud mental prioritarios en las distintas poblaciones de la República Argentina. Trabajar para obtener mayor información epidemiológica y poblacional será clave para la planificación de estrategias de redes de servicios que faltan actualmente (Moreno, Cerchiaro, Dovgan, Díaz Arana, 2021).

Eduardo Quiroga (2020) plantea 10 deudas a los 10 años de la sanción de la ley de salud mental. El primero de los puntos que denuncia ya lo hemos desarrollado y es que continúan existiendo los manicomios, de hecho aún existen 162 instituciones monovalentes entre las públicas y privadas. Contrario al cambio que se está buscando presenta el ejemplo de el Plan de Refuncionalización del Sistema de Salud Mental, firmado por Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y la Asociación de Médicos Municipales, que impulsa nuevas instituciones de internación monovalente. Esto violan la normativa vigente, y perpetúan el modelo biomédico y con un sistema tutelar.

El segundo punto es que centros de atención primaria que forman parte de la red de servicios generales y juegan un rol fundamental en la promoción, prevención, detección temprana y tratamiento precoz, son insuficientes. Se requiere que se creen más espacios de asistencia comunitaria y que estos sean accesibles a todas las personas que requieren participación comunitaria, fomentar el fortalecimiento de sus redes de apoyo y la creación de espacios.

En tercer lugar los hospitales polivalentes se han puesto en condiciones y no ofrecen servicio de salud mental, aún cuando ha sido demostrado que la atención en hospitales generales produce mejores resultados que la brindada en hospitales psiquiátricos, tales como: disminuir el estigma y la discriminación; el abordaje integral de la salud inserto a su vez en la salud pública; reduce el tiempo promedio de internación y las recaídas; permiten sostener y crear lazos afectivos, sociales; y el mantenimiento de actividades laborales. Además de tener mayor distribución geográfica.

La cuarta deuda es el que Estado no ha concretado políticas públicas con el fin de que las personas con discapacidad psicosocial puedan ser externadas:

“Los escasos dispositivos existentes en la actualidad son manifiestamente insuficientes para cubrir la demanda y suelen enfrentar grandes barreras para funcionar correctamente y sostenerse en el tiempo. Muchos de ellos no cuentan con apoyo estatal ni con el financiamiento necesario para dar respuestas de calidad.” (Quiroga, 2020, p.9)

Deben crearse más casas de convivencia, de medio camino, hospitales de día, centros de capacitación socio-laboral, servicios para la promoción y prevención de la salud mental, entre otros.

En número cinco plantea que la formación en las distintas tanto de áreas de la salud mental como la medicina y la psicología, como desde el ámbito jurídico, siguen siendo deficientes en su abordaje para el enfoque comunitario y en muchos casos reproduce el viejo sistema que estigmatiza las personas con padecimiento psíquico.

El sexto argumento es que las personas con discapacidad psicosocial no tienen recursos suficientes para exigir que se respeten sus derechos y no participan en la política pública por lo que la problemática se invisibiliza.

Séptimo y octavo, la discriminación sigue siendo la norma por falsos estereotipos que se reproducen y en prejuicios tales como el estigma de la anormalidad, la incapacidad y la peligrosidad; y se requieren más organismos de control y protección de derechos.

En noveno lugar: el presupuesto asignado para la salud mental comunitaria no llega al mínimo legal.

Por último el décimo y último argumento es que no existe información suficiente, para monitorear el estado actual del sistema. Según la ley ya deberíamos tener cinco censos realizados al respecto, pero sólo contamos con el del año 2019. Faltan estadísticos oficiales adecuados respecto a:

“como la cantidad de camas disponibles para internación por motivos de salud mental en los hospitales generales, la cantidad de servicios de atención ambulatoria y de dispositivos comunitarios existentes en el país, el número de vacantes con las que estos cuentan, la cantidad de profesionales necesarios y necesarias para garantizar un abordaje interdisciplinario en los diferentes niveles de atención, los recursos presupuestarios que se destinan a salud mental, entre otros.” (Quiroga, 2020, p. 19).

Según Carolina Arismendi y Luciana Eresuma la creación de los hospitales de día sigue enfrentado con prejuicios instaurados contra los dispositivos grupales de tratamiento. Para pasar de la guardia, o internación, al hospital de día fue necesario hacer un trabajo de capacitación de los profesionales en el nuevo dispositivo que incluye la grupalidad. La difusión de normas y pautas para la derivación al grupo y permanencia en él, fueron necesarios. El desafío de lograr equipos interdisciplinarios que aprendieran a trabajar de modo conjunto fue

evidente con los primeros fracasos en la implementación. Lejos de ser un camino lineal, lograr un dispositivo nuevo en salud mental implicó distintas instancias de aprendizaje. Una profecía autocumplida parecía observarse, desde el prejuicio a los dispositivos grupales a sus primeros fracasos. Esta evidenció la marca individualista de la formación en salud mental y del desconocimiento teórico de los aportes de Pichón Riviere, Bleger, Kaës, Bión, entre otros, exponentes en desarrollos relacionados al campo de lo grupal. Algunos de los temores de los profesionales eran que el grupo tuviera el efecto de aumentar la aparición de acting out o pasajes al acto. Se preguntan entonces: “¿Acaso, el sujeto no se conforma en el campo del Otro?” (2019, p. 54)

A partir de la observación y participación de un hospital de día la psicóloga Collazos (2019) describe el dispositivo a partir de los grupos que lo conforman. Observa los grupos de nuevos pacientes y de pacientes en instancia de dejar el espacio, grupos de duelo, multifamiliares, grupos de terapia ocupacional, de actividades de la vida diaria, talleres de cocina, y recreativos de baile, música, cine y uno en el que se realizan actividades de psicodrama. En la grupalidad se trabaja con los vínculos, con la dificultad de aceptar a nuevas personas y también con las salidas de otros del grupo, y con la movilización afectiva que produce tanto con los otros pacientes como con los profesionales. El proceso terapéutico no trata de un paciente aislado sino insertado en su propia familia, en el grupo, con el equipo tratante y con sí mismo en su vida personal.

Marcelo Pericia pone en cuestión el nombre de los dispositivos *grupales*. Estos acercamientos alternativos para abordar la salud mental son los enfoques comunitarios, nombrarlos dispositivos es reducirlos a una mera técnica. Plantea que siguiendo el pensamiento de Foucault, Deleuze, y Agamben que la palabra dispositivo conlleva teóricamente al disciplinamiento, subordinación, que deriva en mecanismos de poder. Hay una diferencia sustancial entre dispositivo y disposición. Si bien no hay un modo único de llamarlos, él plantea algunas opciones como: *estados de convivencialidad*, *estancias en común* y la idea de estancias surge de la idea de pluralizar el *estar en común* o el *estar con a estares*, esto ya nos ubica en otras coordenadas de creación de subjetividad. A su vez remara la diferencia entre grupo y comunidad. La idea de grupo, según él, supone un disciplinamiento al modo de estar con otros pocos en un espacio cerrado. Rescata de todos modos que la grupalidad se puede dar por fuera del grupo, no son sinónimos. Hay grupos que se forman de modos no voluntarios. El propone pensar la desmanicomialización con la asamblea como núcleo. En la asamblea participa quién así lo desea (Pose & López Pappano, 2019).

Marco Teórico

a. Concepto de Comunidad

Para abordar el concepto de comunidad en este trabajo se tomará como referencia el desarrollado por la autora Mariane Krause Jacob (2001), ya que es uno de los más vigentes que aborda la cuestión logrando sortear contradicciones de investigaciones previas. Ella da cuenta de que las definiciones tradicionales de comunidad estaban fuertemente ligadas al componente territorial, que hoy en día desde la globalización a la virtualidad permitida por las nuevas tecnologías ya no es un impedimento para indicar quienes pueden o no ser parte de una misma comunidad. Va a plantear que incluso hay casos en que una comunidad puede generarse entre personas que no se han visto cara a cara. “La comunidad empieza a construirse de manera virtual, debido a la pandemia COVID 19 y las medidas de aislamiento físicas preventivas obligatorias. Hasta que en marzo 2020 abre sus puertas para seguir construyendo la comunidad.” (Fundación Casaclub, 2022).

Siendo que el caso que vamos a estudiar tuvo que sortear las dificultades de la pandemia covid-19 atravesando la virtualidad como único modo de interacción en ese período, es fundamental plantear nuestra posición de que incluso en esos difíciles momentos ya se estaban iniciando los lazos que podrían constituir comunidad.

“En su sentido más amplio y genérico, una comunidad está formada por personas que comparten características o intereses comunes, que participan y se implican en actividades conjuntas y que pueden tener en común, aunque no necesariamente, un objetivo específico. Algunos de los elementos en torno a los cuales se puede formar una comunidad son, por ejemplo, el idioma, la cultura, la visión del mundo, la edad, el espacio geográfico, el estatus social, la profesión, etc. (Coll Salvador; Bustos Sánchez; Engel Rocamora, 2007, p.89)

Como ya hemos mencionado, no circunscribiremos como componente fundamental la territorialidad, además en este trabajo no incluiremos concepciones de comunidad ideal, ya que si bien sirven como meta, son inalcanzables y por ende no podrían ser encontradas en una investigación empírica de una comunidad real.

En Hacia una redefinición del concepto de comunidad (Krause, 2001) plantea cuatro ejes de análisis para discutir el concepto comunidad:

- La distinción entre el concepto y su valoración: aquí presenta la problemática de que buscar la comunidad ideal en el campo conlleva el riesgo de creer que ya no existen

comunidades, en lugar de divisar las transformaciones que han suscitado al atravesar distintos contextos históricos. Cuando hace referencia a la valoración ideal arriba a la conclusión que esa debería ser la meta y no el punto de partida. La comunidad real tiene problemáticas que emergen en la interacción y debemos desarrollar instrumentos que permitan una praxis del psicólogo social comunitario en pos del fortalecimiento de la misma.

- Relativización del enraizamiento territorial de las comunidades: en el contexto actual se desvanecen los límites territoriales de otrora. Si bien hay comunidades que comparten territorio, existen hoy otras que no lo hacen. Deja de ser un componente definitorio.
- La necesidad de enfatizar la dimensión subjetiva e intersubjetiva en el concepto de comunidad: este eje implica que dentro de los componentes mínimos para definir comunidad deben ser prioritarios los que apunten al vínculo, a las relaciones subjetivas e intersubjetivas. Esta dimensión se entiende desde el sentido de comunidad o sentimiento de comunidad que no puede faltar. Según Sánchez Vidal “El sentido de comunidad es el sentimiento de que uno es parte de una red de relaciones de apoyo mutuo, en las que se puede confiar, el sentimiento de pertenecer a una colectividad mayor.” (Krause Jacob, 2001, p.53).
- La noción de continuidad y de adscripción exclusiva a una comunidad: en la actualidad es común que una persona pertenezca al mismo tiempo a más de una comunidad y se identifique con más de un grupo, conllevando efectos en su identidad social e individual. La autora retoma los escritos de 1992 de Gergen quién planteaba que hoy en día la cantidad de relaciones humanas se han multiplicado y conocemos distintas maneras posibles de ser. En cuanto a la permanencia hay una tendencia a una mayor flexibilización con una duración menor en el tiempo. La pertenencia no es necesariamente de por vida ni de generación en generación. Implica una voluntariedad a pertenecer durante el tiempo que así se desee.

Siguiendo el pensamiento de Mariane Krause Jacob encontramos los elementos mínimos y suficientes para hablar de comunidad: pertenencia referido a “sentirse identificado con”, interrelación como existencia de contacto y comunicación, que según esta autora puede ser virtual o presencial entre sus miembros, y cultura común por la existencia de significados compartidos.

Kurt Lewin enfatiza la importancia del grupo para formación y cambio de actitudes, parámetros para evaluar la propia conducta y confirmar incluso la propia identidad. El grupo es entonces formador de normas y comportamientos a los que sus miembros muestran conformidad (Seidmann, 2003, p.14). Las 37 normas del modelo Casaclub pueden integrar una cultura común a la que los miembros voluntariamente muestran conformidad y el modo particular de encarnarlas en Casaclub Baires le da una identidad propia que la distinguiría de otras Casaclubes, esto se fortalece en la interrelación.

El término de sentido de comunidad fue planteado por primera vez en 1974 por Seamour Sarason, quien lo describió como “el sentido psicológico de comunidad” para hacer énfasis en lo subjetivo del concepto. El sentido de comunidad lo entiende a partir de: la percepción de similitud con los otros, una interdependencia consciente, unido a la voluntad de mantener esa interdependencia y el sentimiento de pertenencia a una colectividad mayor que uno mismo. (Távora Vásquez, 2012).

McMillan y Chavis (1986) creadores del inventario de sentido de comunidad (SCI) definieron al concepto sentido de comunidad, como el sentimiento de pertenencia y de mutua influencia que comparten, además de esperanza en que sus necesidades serán satisfechas por el hecho de permanecer unidos. Para analizar el sentido de comunidad plantearon 4 elementos: el refuerzo de las necesidades, la membresía, la influencia, y la conexión emocional compartida.

El refuerzo de las necesidades consta de que importantes necesidades de los miembros sean satisfechas por ser parte de esta comunidad y que la comunidad trabaja por lograr dicha satisfacción. También que tienen otros significativos con quienes hablar cuando tienen un problema. Son miembros que comparten valores, necesidades y objetivos similares.

La membresía refiere a conocer a los miembros y ser reconocido por ellos, tener relaciones basadas en la confianza a las que se le dedica un tiempo y esfuerzo. La membresía forma parte de la identidad de las personas que conforman una comunidad y se objetiviza en signos, símbolos y expresiones de pertenencia.

Berger y Lukmann explican que la objetivación es el proceso en el cual los productos externalizados de la actividad humana alcanzan un carácter de objetividad. El ser humano es productor de su propia realidad. En 1967 los autores referían que:

“Un caso especial de objetivación, pero que tiene importancia crucial es la significación, o sea, la producción humana de signos. Un signo puede distinguirse de otras objetivaciones por su intención explícita de servir como indicio de significados subjetivos. Por cierto que todas las objetivaciones son susceptibles de usarse como signos, aun cuando no se hubieran producido con tal intención originariamente.” (2015, p. 52).

La influencia tiene distintos aspectos, por un lado implica como los miembros influyen a la comunidad, como la comunidad influye en sus miembros y la influencia de la comunidad en otras comunidades. Además explora si la comunidad tiene buenos líderes y la importancia para los miembros de encajar en la comunidad, la importancia que le adjudican a lo que otros miembros piensan de ellos.

Moscovici y Doms declaran que:

"ya nada justifica que se ubique al individuo o al sub-grupo en el papel de blanco de la influencia, sino que resulta necesario considerar al individuo como fuente potencial de influencia. Al mismo tiempo, se entiende que la influencia social no sólo puede servir para el control social y ayudar a que cada uno se adapte a una realidad social determinada, sino que además contribuye al cambio social.(...) ya no podemos considerar que el proceso de influencia se desarrolle en una sola dirección" (1985, p. 74-75).

La influencia es entonces mutua, puede provenir de un individuo, grupo o institución. Puede ser constructiva, destructiva o neutra, no tiene una única valoración y puede también ser resistida podemos conformarnos a la opinión de otros o mantener nuestra opinión. No toda influencia es negativa, no se reduce a obediencia y acatamiento. La conformidad es un tipo de influencia que puede ser pública o privada. La privada es aquella en que la persona verdaderamente acuerda o está conforme con la mirada de la mayoría. La influencia de las minorías en cambio es la que fomenta el cambio social (Brehm & Kassir, 1990).

La conexión emocional compartida es entendida como la importancia que adjudican los miembros a ser parte de la comunidad, a pasar tiempo con otros miembros y disfrutar de ese tiempo compartido, no solo en actividades cotidianas sino compartiendo celebraciones, feriados, (es decir actividades recreativas como los programas sociales de Casaclub), pero también situaciones difíciles o desastres (como por ejemplo acompañar a un miembro que atraviesa una descompensación o una internación). También incluye el preocuparse por los otros miembros, tener esperanza en el futuro de la comunidad y esperar seguir siendo parte de ella por mucho tiempo.

La conexión emocional implica vínculos significativos que forman parte de su red social:

"El constructo o supuesto conceptual de 'red social personal' o 'red social significativa' ancla (...) que las fronteras del individuo no están limitadas por su piel sino que incluyen a todo aquello con lo que el sujeto interactúa-familia, entorno físico, etc.-podemos agregar que las fronteras del sistema significativo del individuo no se limitan a la familia nuclear o extensa, sino que incluyen a todo el

conjunto de vínculos interpersonales del sujeto: familia, amigos, relaciones de trabajo, de estudio, de inserción comunitaria y de prácticas sociales.” (Sluzki, 1996, p. 37).

La pertenencia planteada como condición indispensable por Krause está implicado en la dimensión de la membresía (McMillan y Chavis, 1986; Chavis, Lee & Acosta, 2008) en tanto refiere al sentimiento de estar identificada con los otros de la comunidad. La persona ha invertido parte de sí misma en para formar parte del grupo, genera un límite entre miembros y personas que no pertenecen. Los límites en la comunidad fomentan seguridad emocional para crear vínculos significativos entre sí a partir de la interrelación, la comunicación en el tiempo que puede ser positiva o negativa según Krause (2001).

De todos modos cabe destacar que estos límites están en permanente cambio, por lo que son difusos y permeables. Las relaciones que se dan en la comunidad son siempre mediadas por un sistema de símbolos compartido, es decir una cultura común.

En la interrelación con otros se genera un fenómeno de mutua influencia. La influencia es entendida desde la percepción que tienen los individuos de su poder para afectar los actos y decisiones de la comunidad, pero al mismo tiempo se genera desde la comunidad hacia los miembros. La influencia incluye la dinámica de grupo, su grado de cohesión. Debe estudiarse en ambas direcciones recíprocamente: desde la minoría (individuo a la comunidad) cómo desde la conformidad que puede generar la mayoría (comunidad) sobre el individuo.

Para Montero (2004) es importante que se encuentre la satisfacción de las necesidades por medio de acciones comunitarias. El sentido de comunidad también puede conllevar la satisfacción de las necesidades en común, por ejemplo en el caso particular de Casaclub Baires puede ser participar en una jornada laboral para la reinserción social o en programas sociales recreativos, para la reinserción social. Las necesidades están en concordancia con los valores:

“Esto equivale a decir que una comunidad, para ser llamada tal, deberá compartir - al menos en cierto grado- una visión de mundo, una interpretación de la vida cotidiana. Esta cultura común es construída y reconstruída permanentemente a través de la comunicación. Puede o no incluir la existencia de determinados ritos, conductas o incluso objetos de significado cultural. Lo esencial es que contenga representaciones sociales propias (...) y por lo tanto interpretaciones compartidas de las experiencias que se vivan comunitariamente.” (Krause, 2001, p. 56)

La conexión emocional compartida se relaciona a una cierta dependencia entre sí. Se observa en la importancia que se le otorga a formar parte de la comunidad. Krause y Chavis discrepan en cuanto a la importancia de la valoración. Chavis considera importante el disfrutar compartir tiempo junto y eventos importantes como feriados, celebraciones o haber atravesado desastres juntos. Atravesar una historia en común o identificarse con la historia de la comunidad.

La comunidad no puede ser estudiada por fuera de su realidad concreta, por lo cual es necesario que definamos nuestro marco teórico desde ciertos conceptos fundamentales del modelo Casaclub en el cual la Casaclub Baires se inscribe.

b. Modelo Casaclub

Casaclub es un modelo de psicología comunitaria, validado científicamente para personas con esquizofrenia, bipolaridad y depresión.

Este modelo psicosociales está dirigido a algunas de las personas más vulnerables y marginadas de la sociedad. El modelo Clubhouse se ha convertido en un proveedor de renombre internacional de rehabilitación psicosocial centrada en la recuperación (Raeburn, Schmied, Hungerford & Cleary, 2015).

Para la acreditación de una Casaclub ha de demostrarse que se está siguiendo el modelo para lo cual existe una declaración de derechos de los miembros y un código de ética para el personal que allí trabaja que se instituyen en las normas internacionales. El seguimiento de las normas es la base para evaluar la calidad de una Casaclub. La misma debe garantizar un lugar de pertenencia, que fomente relaciones significativas, tener un lugar al que siempre se pueda regresar.

Casaclub no es un modelo de abordaje terapéutico por lo que en las Casaclubes no hay terapias de ningún tipo. No se recetan ni distribuyen medicamentos, ni se ofrece psicoterapia. Los integrantes de Casaclub tienen sus propios equipos terapéuticos de profesionales de la salud mental por fuera de la institución, pero dentro de la misma no son pacientes, son miembros.

Las Casaclubes ponen el foco en ayudar a los miembros a participar en el mercado laboral, conseguir oportunidades educativas, una vivienda comunitaria, el bienestar y actividades de promoción de la salud, así ha demostrado en múltiples estudios que logra reducir las tasas de hospitalización y su duración, mejorar las relaciones sociales, la satisfacción de las necesidades y la calidad de vida (McKay, Nugent, Johnsen, Eaton, & Lidz, 2018).

Los abordajes de salud mental van más allá de la clínica, tomando el artículo 2 inciso b de la ley de salud mental de la ciudad de Buenos Aires se reconoce:

“la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo;” (Ley 448, 2000)

Por lo tanto la consecución de los derechos de los miembros al trabajo, recreación, acceso a la cultura, la vivienda y educación, implican un trabajo en la mejora de la salud mental e integral de los miembros.

Un día en una Casaclub se centra alrededor de la jornada laboral diaria en que sus miembros eligen qué tareas del funcionamiento general de la institución quieren desempeñar y por cuánto tiempo. No hay presiones o refuerzos externos para generar la participación de los miembros. Estas tareas tienen el propósito de descubrir y desarrollar el perfil laboral de cada uno de los integrantes, así como ayudar a que recobren su autoestima, su confianza en ellos mismos y no es una capacitación para un trabajo específico. No hay remuneración ni recompensas artificiales y las tareas de la Casaclub no benefician a entidades o individuos ajenos, esto es para prohibir la explotación de trabajo de los miembros.

Si bien cada uno decide qué días y cuánto tiempo participar en la jornada, la Casaclub debe estar abierta 8 horas por día, no menos de 5 días a la semana, para igualar una jornada habitual en el mercado laboral, es decir dar la oportunidad a sus miembros de participar tantas horas como si estuvieran en un trabajo de tiempo completo.

Las tareas han de ser siempre con sentido para fomentar el sentirse responsables y útiles. Hay igual oportunidad de acceso a todas las oportunidades ofrecidas. Todos los miembros tienen derecho a realizar cualquier tarea que deseen más allá de su diagnóstico o nivel de funcionamiento (Hallinan & Nistico, 1994). Pueden en caso de ser requerido pedir ayuda a otro miembro o al personal.

La jornada laboral diaria se organiza a partir de no menos de dos reuniones dirigidas por sus propios miembros una para organizar la mañana y otra para organizar la tarde, la cantidad dependerá de la cantidad de unidades funcionales con las que cuente según el tamaño de cada comunidad. En estas reuniones se saludan, se pregunta si algún miembro tiene un anuncio que desee compartir, preguntan hasta qué hora se quiere quedar cada uno y se leen las actividades para que cada uno pueda elegir cuales quiere llevar a cabo ese día. No es

obligatorio realizar ninguna de las tareas, cada uno tiene el derecho a utilizar el espacio según como se sienta ese día. Habrá miembros que se anoten en más actividades y otros que preferirán hacer foco en la interacción social o en compartir el espacio. En la reunión también preguntan si alguien necesita ayuda. La ayuda puede ser para desempeñar una tarea o por cualquier motivo personal con el que la persona considere que sus compañeros puedan apoyarlo. Finalmente se desea disfrutar la jornada y la casa entra en actividad.

Los miembros son quienes registran su participación en la sede. Por ejemplo no se les toma asistencia ni se hace informes de su participación sino que son ellos quienes firman la carpeta de asistencia, o cualquiera que consideren necesaria para registrar su trabajo o participación. No todos los miembros de una Casaclub son miembros activos, que concurren asiduamente. Hay miembros que pueden ausentarse por largo tiempo sin por eso perder su acceso a la membresía. Es su derecho retornar a la comunidad siempre que lo deseen mientras su retorno no signifique una amenaza. Para garantizar este derecho existe un seguimiento a la membresía un sistema eficaz de comunicación con aquellos miembros que no estén asistiendo, se aíslan o se encuentren atravesando una internación. Cuando una persona está atravesando una internación psiquiátrica hay derechos que deben respetarse uno de ellos implica el poder seguir en contacto con sus otros significativos.

Según el artículo 14 de la ley nacional de salud mental y adicciones:

“Las normas de internación o tratamiento que motiven el aislamiento de las personas con padecimientos mentales, ya sea limitando visitas, llamados, correspondencia o cualquier otro contacto con el exterior, son contrarias al deber de promover el mantenimiento de vínculos. (...) la obligación de la institución de brindar información, incorporar a la familia y referentes afectivos a las instancias terapéuticas e informar sobre las prestaciones que brinda, facilitando el acceso al conocimiento de las instalaciones e insumos que se le ofrecen a la persona. Se deberá promover que aquellas personas que carezcan de familiares o referentes, afectivos en condiciones de acompañar el proceso de tratamiento, puedan contar con referentes comunitarios.” (p. 72-73)

Evitar el aislamiento de sus comunidades es fundamental y un derecho.

La membresía no prescribe, no hay límite de tiempo, la Casaclub ha de ofrecer una comunidad que si la persona así lo desea pueda participar de por vida (Vorspan, 2014). El seguimiento a la membresía lo realizan los miembros activos.

En cuanto al personal de una Casaclub debe ser el suficiente para motivar y acompañar en la jornada laboral, pero lo suficientemente escaso para no reemplazar a los miembros en las tareas y para que sin la participación de sus miembros sea imposible el funcionamiento de la institución. Los trabajadores de una Casaclub se involucran en todas las áreas de la misma: jornada laboral, programas sociales, educativos, laborales, de vivienda. El staff de casaclub genera vínculos con los miembros desde una perspectiva comunitaria sin dividir su tiempo con otras actividades o responsabilidades que pongan en conflicto la naturaleza de la relación con los miembros. Por ejemplo el staff de Casaclub Baires no puede realizar roles en el área clínica de sus miembros.

Toda Casaclub tiene una identidad propia, lo que se refleja en un nombre y espacio físico propio que debe transmitir un sentido de dignidad además de ser adecuado en tamaño y atractivo. Es independiente de los hospitales de salud mental. No cuenta con áreas restringidas, todos los espacios son accesibles.

El acceso a la membresía sigue una reglamentación internacional de las condiciones de ingreso (Anexo). Siempre se inicia con una entrevista de admisión que evalúa si se cumplen con lo expuesto a continuación.

Según la reglamentación de Casaclub, el acceso a la membresía debe cumplir con ciertos requisitos. El solicitante para ser admitido ha de querer ser parte de la comunidad, es decir que debe estar interesado en asistir, ya que la participación parte del derecho de la voluntariedad.

La membresía significa pertenecer, encajar, tener un lugar donde siempre vas a ser bienvenido. La Casaclub está siempre abierta a cualquier persona que tenga una historia con padecimiento psíquico. Implica responsabilidad compartida y sentir como propia la Casaclub. Los miembros son participantes valorados como colegas, trabajan entre pares que tienen algo que contribuir al resto del grupo. Todas las personas son una parte importante de la comunidad y participan en trabajos importantes con sentido para el funcionamiento de la Casaclub. En todos los programas Casaclub se busca dar el mensaje: son bienvenidos, queridos, necesitados y esperados todos los días. El respeto mutuo es un derecho. No se utiliza con ningún miembro un lenguaje que lo reduzca a un diagnóstico ni a una etiqueta de discapacidad (Corcoran, 2013, p.2).

Un carácter fundamental de la membresía es su voluntariedad. Restituir derechos vulnerados es escuchar y devolver esa capacidad de toma de decisiones, desde acceder a la membresía, elegir en que participar y con quienes relacionarse. Puede acceder a la membresía quien tenga padecimiento psíquico, y desee participar siempre y cuando no sea un riesgo para la comunidad. (Glickman, 1992)

La voluntariedad para Zaffaroni se entiende desde dos sentidos primordiales de la palabra voluntad uno realista o aristotélico y otro idealista o hegeliano. Para el primero, la voluntad puede o no ser libre; para el segundo, la voluntad implica libertad (Domínguez, 2016, p. 2).

Nosotros adoptaremos la postura hegeliana en que la voluntad es libre y consideramos que respetar la voluntariedad es promover autonomía:

“Esta capacidad de optar por aquellas normas y valores que el ser humano estima como racional y universalmente válidas, es formulada a partir de Kant como autonomía. Esta aptitud esencial del ser humano es la raíz del derecho a ser respetado en las decisiones que una persona toma sobre sí misma sin perjudicar a otros.” (Franca-Tarragó, 1996, p.30)

Las personas son mucho más que su diagnóstico pero siendo este un modelo para personas con padecimiento mental, parte de los requisitos es que quien busca acceder a la membresía ha de tener un diagnóstico de padecimiento psíquico como trastorno bipolar, esquizofrenia o depresión.

Al hablar de depresión nos referiremos al trastorno depresivo mayor.

Para la comunidad científica, siguiendo el manual diagnóstico DSM 5 (2014) una persona padece un trastorno de depresión mayor cuando durante el mismo período de por lo menos dos semanas su estado de ánimo ha sido deprimido y/o ha presentado un pérdida de interés o de placer, es decir abulia y anhedonia, al punto de representar un cambio del funcionamiento previo. Se observa que 5 o más de la siguiente lista de síntomas han estado presentes:

1. El individuo u otras personas refieren que el estado de ánimo deprimido ha estado presente la mayor parte del día, casi todos los días. Se expresa como un sentimiento de tristeza, vacío, estar sin esperanza. Puede observarse a la persona al borde del llanto o con una notoria irritabilidad sobre todo en niños o adolescentes.
2. Deja de mostrar o sentir placero o interés por todas las actividades, o casi todas, casi todos los días durante la mayor parte del día.
3. Modifica más de un 5% del peso corporal en un mes, sea por disminución o aumento del apetito casi todos los días. En los niños puede verse como fracaso del aumento de peso esperado por su crecimiento.
4. Aumento o disminución marcada del sueño, entendida como hipersomnio o insomnio casi todos los días.
5. Presenta retraso psicomotor o agitación observable.
6. Pérdida de energía, fatiga casi todos los días.
7. Aparecen sentimientos inapropiados o excesivos, que pueden llegar a ser delirantes, de inutilidad y culpabilidad.
8. Disminuye la capacidad de concentración y toma de decisiones casi todos los días.
9. Ideación suicida que pueden ir desde: pensamientos de muerte recurrente, ideas suicidas sin un plan, con un plan determinado o un intento de suicidio propiamente dicho.

Los síntomas pueden causar un deterioro en lo social, laboral u otras áreas así como un malestar clínicamente significativo. Para que el trastorno depresivo mayor sea diagnosticado, el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

En el trastorno depresivo mayor la persona experimenta episodios depresivos pero nunca episodios maníacos o hipomaníacos ya que de presenciarlos estaríamos hablando de bipolaridad.

Según el DSM 5 entendemos que el trastorno bipolar engloba la bipolaridad tipo 1 y tipo 2.

Actualmente se considera que:

“Los criterios del trastorno bipolar I representan la conceptualización moderna del clásico trastorno maníaco-depresivo o psicosis afectiva que se describió en el siglo xix, diferenciándose de la descripción clásica sólo en que ni la psicosis, ni la experiencia de un episodio depresivo mayor a lo largo de la vida son requisitos.”
(DSM, 2014, p. 123).

Es decir que para diagnosticar a una persona con trastorno bipolar tipo uno debe haber experimentado al menos un episodio maníaco. La aparición del episodio maníaco y en caso de aparecer de depresión mayor requiere de un diagnóstico diferencial con: trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

Lo que entendemos por episodio maníaco es un período de tiempo claramente definido por un “estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días” (DSM, 204, 124).

El criterio temporal se desestima en caso de llegar a necesitar una hospitalización. En este período en que se genera la alteración del estado de ánimo, con marcado aumento de la energía o en la actividad han de aparecer ciertos síntomas que impliquen un cambio notorio de la forma habitual de comportarse. Han de aparecer por lo menos 3 de los siguientes o 4 si sólo se observa ánimo irritable: aumento en la autoestima o sentimiento de grandeza; sensación subjetiva de no necesitar descansar, considera haber descansado luego de dormir solo un par de horas; verborragia o presión del habla, un esfuerzo marcado por seguir la conversación, aparecen alteraciones del pensamiento como fuga de ideas o taquipsiquia entendida como una experiencia subjetiva en que los pensamientos fluyen a gran velocidad; alteraciones en la atención que generan facilidad de distracción frente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes; puede observarse un aumento de la actividad dirigida a un objetivo que puede ser

de orden social, laboral, académico, o sexual; en casos más extremos agitación psicomotora no dirigida a un objetivo; disminuye la percepción de riesgo y participa excesivamente en actividades con muchas posibilidades de consecuencias no deseadas, como endeudarse por compras desenfrenadas, inversiones imprudentes de dinero, fiestas, actividades sexuales sin protección o imprudentes. Para decir que se trata de un episodio maníaco además de cumplir con los síntomas mencionados, la alteración ha de ser lo suficientemente grave como para generar un deterioro en el funcionamiento social o laboral, que requiera de una hospitalización por riesgo cierto inminente, o por presentarse con características psicóticas. No se explica mejor lo sucedido por los efectos fisiológicos de una sustancia o una afección médica (DSM, 2014).

Si bien quien tiene bipolaridad tipo uno suele atravesar también episodios de depresión mayor e hipomaníacos estos no son criterios diagnósticos necesarios, pero basta con un episodio maníaco a lo largo de la vida para diagnosticar trastorno bipolar I.

El trastorno bipolar tipo II:

“requiere la presencia a lo largo de la vida de, al menos, un episodio de depresión mayor y, al menos, un episodio hipomaníaco, se ha dejado de considerar una afección "más leve" que el trastorno bipolar I, en gran parte por la cantidad de tiempo que los individuos con esta afección pasan con depresión y porque la inestabilidad del humor que experimentan se acompaña normalmente de un importante deterioro del funcionamiento laboral y social.” (DSM, 2014, p. 123).

Se han explicado ya los episodios de manía y de depresión. El episodio hipomaníaco implica por un período definido de tiempo, presentar un estado de ánimo anormal y elevado de forma persistente, a su vez es expansivo o irritable, con un aumento anormal de la energía. Su duración mínima es de cuatro días contiguos y se presenta la mayor parte del día, casi todos los días. En el tiempo descrito han de presentarse tres o más de estos síntomas o cuatro si el estado de ánimo es sólo irritabilidad:

“1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.

2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).

3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).” (DSM, 2014, p.132)

Los síntomas mencionados deben implicar un cambio notorio del comportamiento usual y se presentaron con un grado significativo, es decir que presenta un cambio inequívoco del funcionamiento de la persona y es observable por otros.

El episodio hipomaniaco nunca conlleva la suficiente gravedad para considerar manía, ya que nunca necesita hospitalización, no presenta sintomatología psicótica, ni causa una alteración importante del funcionamiento social o laboral.

La esquizofrenia está presente según el DSM 5 (2014) en una persona que presenta al menos dos de los siguientes síntomas: delirios; alucinaciones; discurso desorganizado que puede presentar disgregación o incoherencia frecuente; comportamiento desorganizado o catatónico; síntomas negativos como expresión disminuida o abulia. Además de los síntomas previamente mencionados el nivel de funcionamiento en ámbitos principales de la vida diaria se ven alterados: las relaciones interpersonales, el trabajo, el cuidado personal. Al menos dos de estos ámbitos están por debajo del nivel alcanzado previo al inicio de los síntomas. En los casos de inicio temprano en lugar de observarse deterioro de estas áreas, no se logra el nivel esperado de funcionamiento, sea laboral, interpersonal o académico. Para hacer un diagnóstico diferencial, los síntomas han de estar presentes durante un mínimo de 6 meses, y no deben haberse producido episodios maniacos o depresivos mayores durante la fase activa o han estado durante solo un breve período de tiempo. Es decir que el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas deben haber sido descartados. El

diagnóstico de esquizofrenia requiere que las alucinaciones o delirios hayan estado presentes en ausencia de episodios del estado de ánimo.

Aún tratada con éxito pueden persistir síntomas prodrómicos o residuales tales como síntomas negativos o dos de los siguientes: experiencias perceptivas inhabituales, creencias extrañas, ideas referenciales, pensamiento mágico, u otros síntomas del criterio A de forma atenuada que no llegan al umbral de delirios y alucinaciones como: discurso comprensible pero difuso o comportamiento poco habitual que no llega a ser desorganizado (murmurar para sí mismo) y anhedonia o abulia que son síntomas negativos que pueden llegar a ser graves. Los síntomas negativos suelen ser los primeros en aparecer. Una persona que ha sido socialmente activa puede retraerse.

No se puede explicar este trastorno por el efecto fisiológico del consumo de sustancias ni por otra afección médica. Puede tener comorbilidad con otros trastornos de inicio en la infancia pero los síntomas de la esquizofrenia han de estar presentes por un mes antes de realizar el diagnóstico.

Algunas características que apoyan el diagnóstico son (DSM 5):

“Los déficits cognitivos son comunes en la esquizofrenia y están muy relacionados con los déficits laborales y vocacionales. Estos déficits pueden consistir en un deterioro de la memoria declarativa, de la memoria de trabajo, del lenguaje y de otras funciones ejecutivas, además de una velocidad de procesamiento más lenta. También aparecen anomalías en el procesamiento sensorial y en la capacidad inhibitoria, además de reducciones de la atención. Algunos individuos con esquizofrenia presentan déficits de la cognición social, incluidos déficits de la capacidad para inferir las intenciones de otras personas (teoría de la mente), y pueden prestar atención a sucesos o estímulos irrelevantes y posteriormente interpretarlos como significativos, lo que puede conducir a la generación de delirios explicativos. Estos déficits a menudo persisten durante la remisión sintomática. Algunos individuos con psicosis pueden carecer de introspección o de conciencia de su trastorno (es decir, pueden tener anosognosia). Esta ausencia de "introspección" incluye la falta de conciencia de los síntomas de la esquizofrenia y puede estar presente a lo largo de todo el curso de la enfermedad.” (2014, p.101)

Las consecuencias funcionales de la esquizofrenia se asocian principalmente a la “disfunción social y laboral significativa. Los progresos académicos y la conservación de un empleo a

menudo se ven dificultados por la abulia u otras manifestaciones del trastorno, incluso cuando las habilidades cognitivas son suficientes para realizar las tareas requeridas. La mayoría de los sujetos consigue un empleo de categoría inferior al de sus padres y la mayoría, en especial los hombres, no se casa o tiene escasos contactos sociales más allá de su familia” (DSM 5, 2014, p. 104).

Hemos ya descrito los padecimientos que atraviesan los aspirantes a la membresía. Entendiendo que son personas con trastornos psicológicos severos se exige que han de estar en tratamiento con profesionales tratantes, su psiquiatra y psicólogo, por fuera de la Casaclub. Como hemos mencionado previamente el abordaje no es clínico sino comunitario y busca trabajar interdisciplinariamente con los profesionales de cada miembro de ser necesario.

Es una exigencia una evaluación y derivación del psiquiatra que explicita si considera que su paciente está en condiciones de enriquecerse al formar parte de la Casaclub y si está en condiciones en ese momento de asistir y participar. También se pide un esquema completo y actualizado de medicación. Se le solicita a los psicólogos una historia psicosocial completa y actual de los últimos 90 días.

Siendo que el modelo está orientado a personas adultas que toman sus propias decisiones, en Siguiendo la ley 26.579, en Argentina hay que ser mayor de 18 años para ser mayor de edad, por lo cual para poder ser miembro es requisito haber cumplido los 18 años, pero no hay un límite máximo de edad para poder acceder.

Es fundamental para el modelo que los miembros no tengan que cumplir un horario fijo, sino que cada quien sea libre de disponer de su tiempo. Por este motivo es necesario que la persona sea capaz de llegar de forma autónoma y retirarse del mismo modo de la Casaclub.

El potencial miembro debe estar libre de consumo problemático de sustancias, ya que no cuenta con el equipo necesario para abordarlo, sin embargo pueden tener una historia de consumo previo.

Es necesario evaluar que la persona no represente una amenaza o riesgo para la comunidad. No refiere exclusivamente a riesgo cierto inminente que sería una instancia en la que se requiere de una internación, sino que el riesgo puede ser la falta de respeto, o no aceptar las normas que conforman el modelo.

La Casaclub busca ante todo ser una comunidad de apoyo mutuo.

Metodología

Hipótesis

Casaclub Baires conforma una comunidad desde el cumplimiento de los estándares de Casaclub Internacional en el año y medio de su funcionamiento.

Procedimiento

Realizaremos un trabajo de campo en el que se entenderá a la comunidad desde la perspectiva de la autora Krause en que indagaremos si se generó sentimiento de pertenencia, identidad y una cultura común estaremos hablando de una comunidad real.

Para nuestra investigación se seleccionó el Inventario de Sentido de Comunidad versión 2 (ISC-2) de Chavis, Lee y Acosta. Esta nueva versión de la escala que consta de 24 reactivos con respuestas tipo Likert presentó un índice de confiabilidad = 0.94.

El ISC-2 explora los factores constitutivos del sentido de comunidad propuestos por Krause, entendiendo como componentes del constructo la pertenencia el sentirse parte de e identificado con; los componentes de interrelación la comunicación, interdependencia e influencia mutua; y por último el componente de la cultura común, la existencia de significados compartidos (2008). “este inventario es la técnica de medición cuantitativa del sentido de comunidad más usada en las ciencias sociales. Ha sido empleada en diversas culturas (Medio Oriente, Norteamérica y Sudamérica) y en múltiples contextos” (Ante Lezama, & Reyes Lagunes, 2016, p. 2489).

Durante 4 días al terminar la reunión de la jornada laboral diaria se les pidió a los miembros que mantuvieran sus lugares en la mesa para que escucharan un anuncio. Se informó sobre el estudio en cuatro ocasiones, ya que no todos los días concurren los mismos miembros.

Les explicamos a los miembros activos presentes que estábamos interesados en poder investigar el modelo Casaclub. Aclaramos que las respuestas serían anónimas, que la participación no sería obligatoria y que podían cambiar de opinión y no responder el formulario si así lo deseaban. A su vez pedimos que respondieran sinceramente recordando que si bien sabríamos quienes habían participado esa información sería confidencial y que las respuestas serían anónimas. Explicamos la diferencia entre confidencialidad y anonimato.

Confidencial se refiere a que lo de que se mantendrá la reserva de lo hecho o lo dicho en confianza, en este caso quienes conformarían la muestra. Anónimo en cambio refiere a

que lo dicho o escrito no lleva el nombre de su autor, en este caso que no sabríamos quién respondió qué.

Se preguntó luego quienes estarían interesados en participar, se entregó un consentimiento informado por escrito en el que firmaron estar de acuerdo con participar en el estudio. Luego se compartió el formulario de Google forms con el Inventario de Sentido de Comunidad versión 2 a los que dieron su consentimiento.

Muestra

Población: 70 miembros (38 miembros activos).

Muestra: 14 miembros.

Al tomar la muestra la población de Casaclub Baires contaba con 70 miembros de los cuales 38 es el número de miembros activos. A partir de ello se consiguió una muestra de 14 miembros. Todos ellos concurren activamente a Casaclub Baires.

La muestra es de tipo no probabilístico. Es un muestreo casual ya que se incorporó a los sujetos accesibles y voluntarios que cumplieran con los criterios de ser miembro de Casaclub Baires y ser un miembro activo, es decir que asistiera en el último mes a la institución.

La muestra representa un 50,66% de los miembros activos de Casaclub Baires.

Instrumento SCI-2

Según Chavis, Lee y Acosta (2008) antes de realizar el inventario hay una pregunta que debe realizarse. Esta pregunta no es parte de las escalas, sirve para ayudar en la interpretación de los resultados. Se correlaciona con el índice total del sentimiento de comunidad (es decir la sumatoria del puntaje total de cada participante, dividido el número de participantes y luego dividido el número de preguntas del inventario, lo que da un resultado entre 0 y 3 referido a las respuestas posibles de: Nada, Algo, Mayormente, Completamente).

¿Cuán importante es para usted tener un sentimiento de comunidad con otros miembros?

Las opciones de respuesta son: 1= Prefiero no formar parte de esta comunidad' 2= No es importante en absoluto' 3= No es muy importante' 4= Algo importante' 5= Importante' 6= Muy importante

El inventario SCI-2 cuenta con 24 enunciados que comprenden el índice de sentido de comunidad revisado.

La primer versión del SCI fue realizado en el año 1986, comprobó ser un fuerte predictor de comportamientos tales como la participación, sin embargo fue sujeto a críticas por limitar sus respuestas a verdadero o falso. Las respuestas dicotómicas generaban grandes limitaciones que en su versión revisada fueron sorteadas.

El SCI-2 fue estudiado en 1800 personas y su coeficiente alfa de = .94. A su vez las subescalas probaron una confiabilidad de entre 0 .79 y 0 .86.

¿Cuán bien lo representan cada uno de los siguientes enunciados respecto a cómo se siente acerca de esta comunidad?

Opciones de respuesta: Nada - Algo – Mayormente - Completamente

1. Tengo importantes necesidades más satisfechas porque soy parte de esta comunidad.
2. Los miembros de la comunidad y yo valoramos las mismas cosas.
3. Esta comunidad ha conseguido satisfacer las necesidades de sus miembros.
4. Ser miembro de esta comunidad me hace sentir bien.
5. Cuando tengo un problema, puedo hablar de él con los miembros de esta comunidad.
6. La gente de esta comunidad tiene necesidades, prioridades y objetivos similares.
7. Puedo confiar en gente de esta comunidad.
8. Puedo reconocer a la mayoría de los miembros de esta comunidad.
9. La mayoría de los miembros de la comunidad me conocen.
10. Esta comunidad tiene símbolos y expresiones de pertenencia, como ropa, señales, arte, arquitectura, logotipos, puntos de referencia y banderas que la gente puede reconocer.
11. Dedico mucho tiempo y esfuerzo en formar parte de esta comunidad.
12. Ser miembro de esta comunidad forma parte de mi identidad.
13. Encajar en esta comunidad es importante para mí.
14. Esta comunidad puede influir en otras comunidades.
15. Me importa lo que otros miembros de la comunidad piensan de mí.
16. Tengo influencia sobre cómo es esta comunidad.
17. Si hay un problema en esta comunidad, sus miembros pueden conseguir que se resuelva.

18. Esta comunidad tiene buenos líderes.
19. Es muy importante para mí formar parte de esta comunidad.
20. Paso mucho tiempo con otros miembros de la comunidad y me gusta estar con ellos.
21. Espero formar parte de esta comunidad durante mucho tiempo.
22. Los miembros de esta Comunidad han compartido eventos importantes como: feriados, celebraciones o desastres.
23. Tengo esperanzas en el futuro de esta comunidad.
24. Los miembros de esta comunidad se preocupan por los demás.

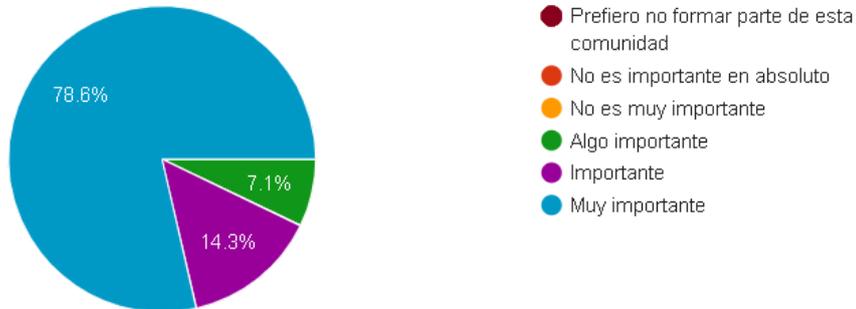
El modo de puntuar los 24 enunciados es el siguiente: Nada = 0; Algo = 1; Mayormente = 2; Completamente = 3.

Existen 4 escalas que conforman el inventario: Refuerzo de las necesidades, Membresía, Influencia, Conexión emocional compartida

El Refuerzo de las necesidades se evalúa a partir de los enunciados; 1' 2' 3' 4' 5' 6; La Membresía está conformada por las respuestas a 7' 8' 9' 10' 11' 12; la Influencia es representada en 13' 14' 15' 16' 17' 18; y por último la Conexión emocional compartida incluye las restantes, 19' 20' 21' 22' 23' 24.

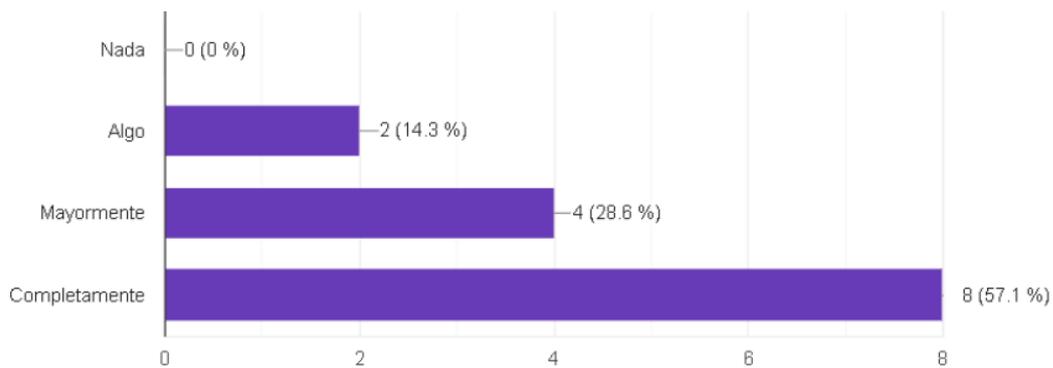
Resultados

A. El resultado de la pregunta inicial:

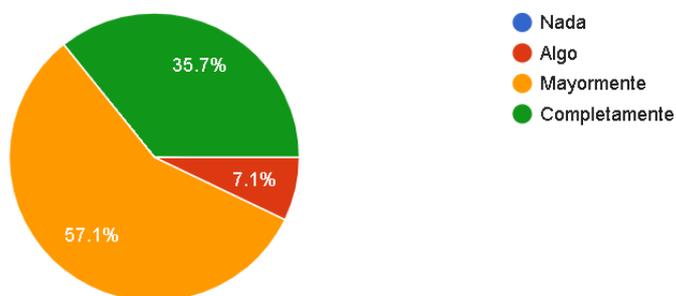


B. Resultados por enunciado del inventario:

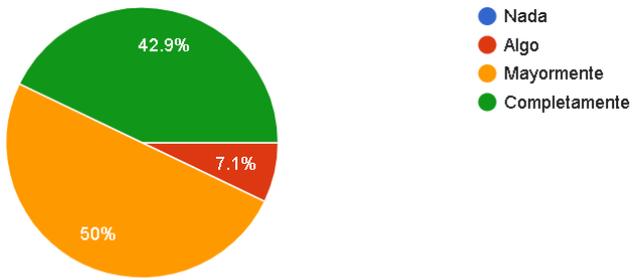
1. Tengo importantes necesidades más satisfechas porque soy parte de esta comunidad.



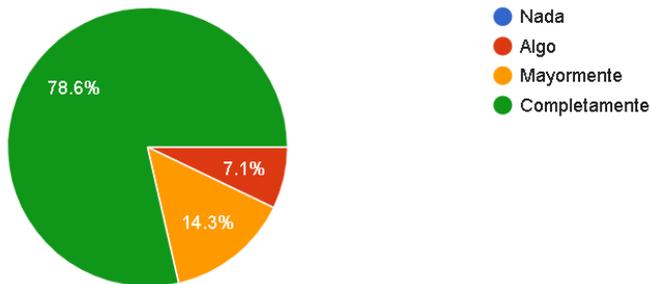
2. Los miembros de la comunidad y yo valoramos las mismas cosas.



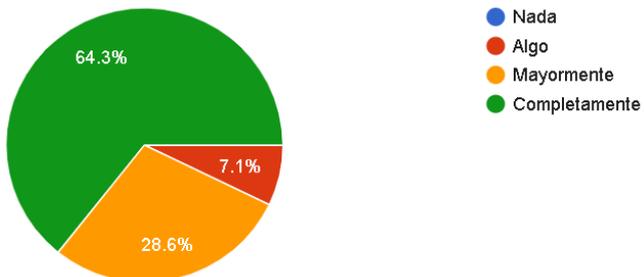
3. Esta comunidad ha conseguido satisfacer las necesidades de sus miembro



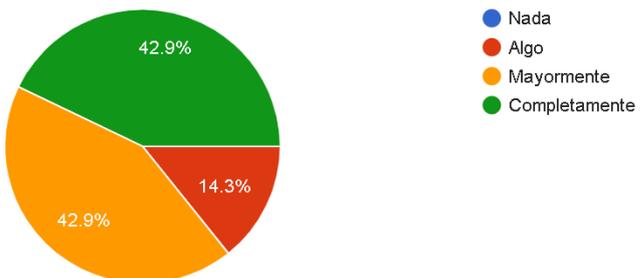
4. Ser miembro de esta comunidad me hace sentir bien.



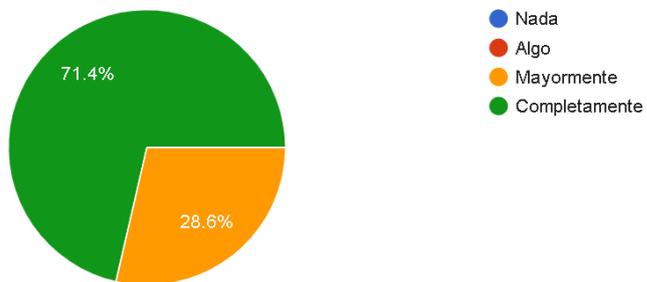
5. Cuando tengo un problema, puedo hablar de él con los miembros de esta comunidad.



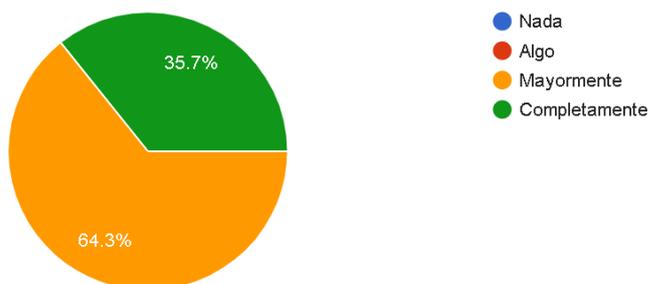
6. La gente de esta comunidad tiene necesidades, prioridades y objetivos similares.



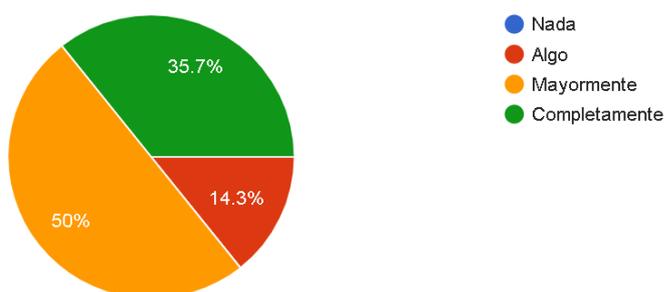
7. Puedo confiar en gente de esta comunidad.



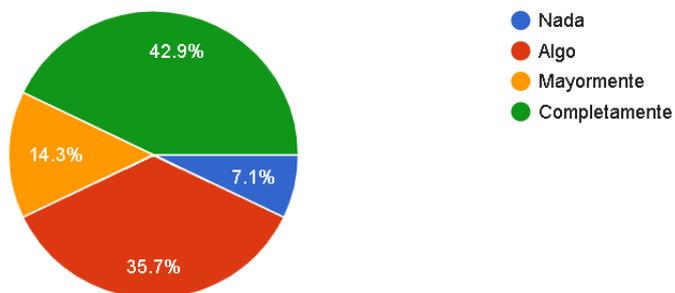
8. Puedo reconocer a la mayoría de los miembros de esta comunidad.



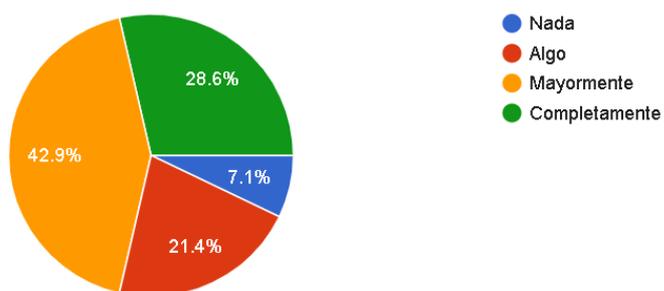
9. La mayoría de los miembros de la comunidad me conocen.



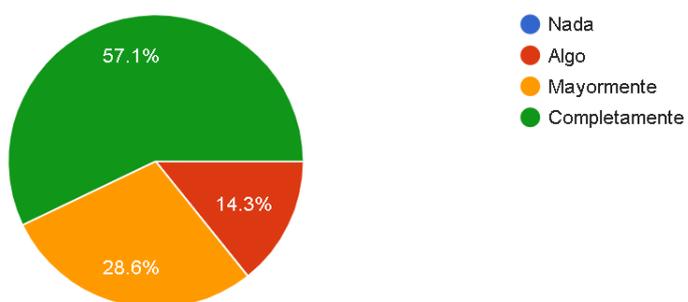
10. Esta comunidad tiene símbolos y expresiones de pertenencia, como ropa, señales, arte, arquitectura, logotipos, puntos de referencia y banderas que la gente puede reconocer.



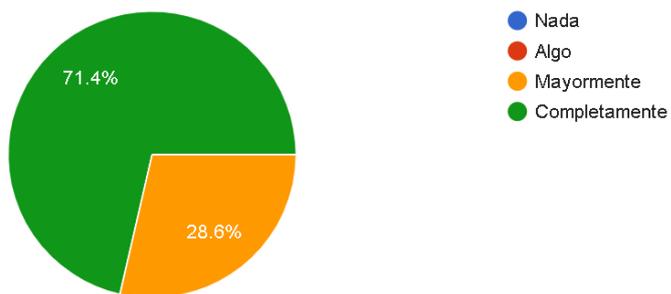
11. Dedico mucho tiempo y esfuerzo en formar parte de esta comunidad.



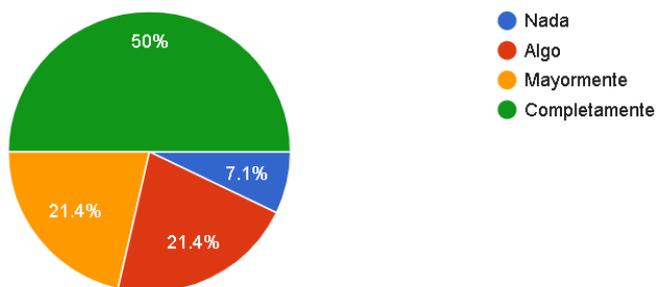
12. Ser miembro de esta comunidad forma parte de mi identidad.



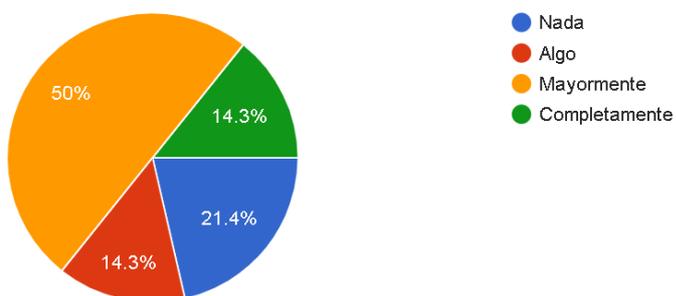
13. Encajar en esta comunidad es importante para mí.



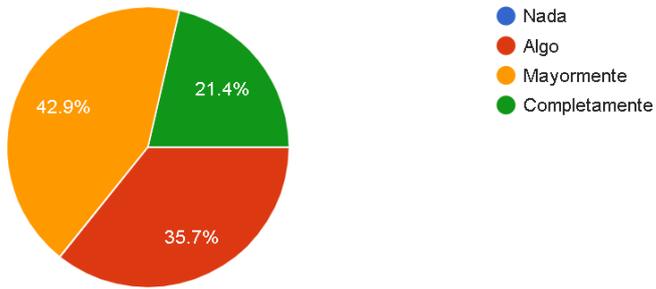
14. Esta comunidad puede influir en otras comunidades.



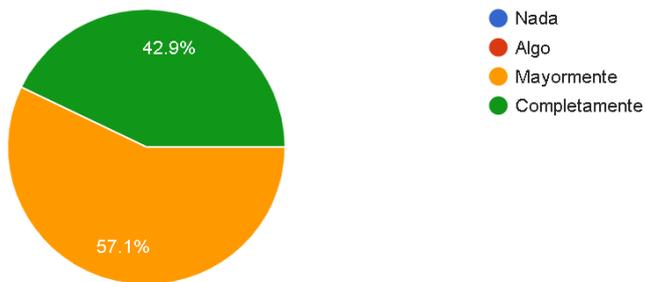
15. Me importa lo que otros miembros de la comunidad piensan de mí.



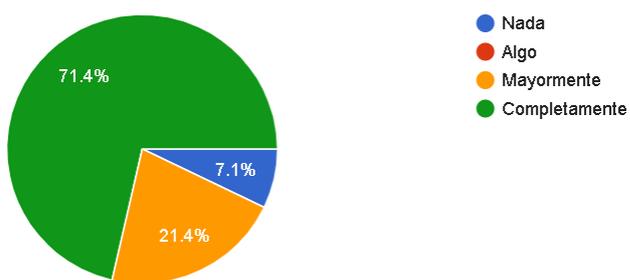
16. Tengo influencia sobre cómo es esta comunidad.



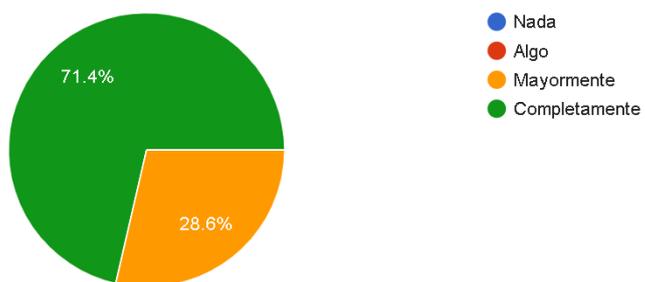
17. Si hay un problema en esta comunidad, sus miembros pueden conseguir que se resuelva.



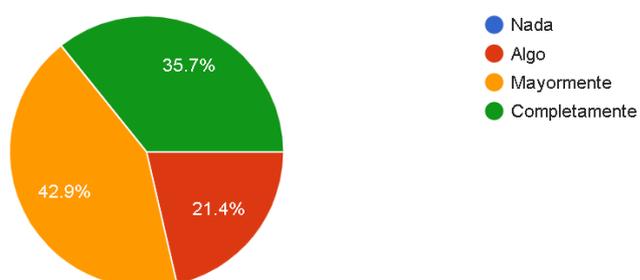
18. Esta comunidad tiene buenos líderes.



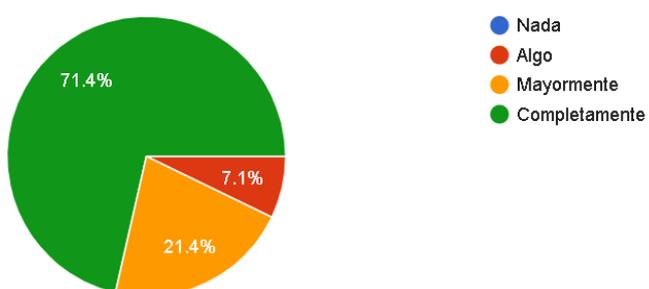
19. Es muy importante para mí formar parte de esta comunidad.



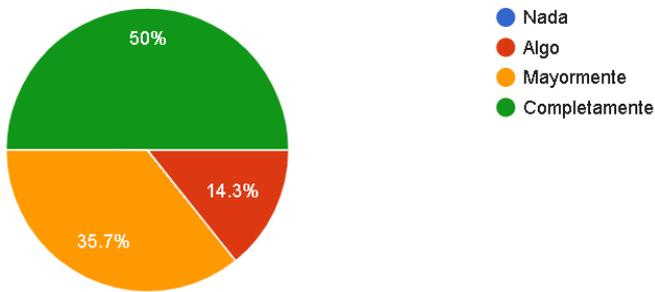
20. Paso mucho tiempo con otros miembros de la comunidad y me gusta estar con ellos.



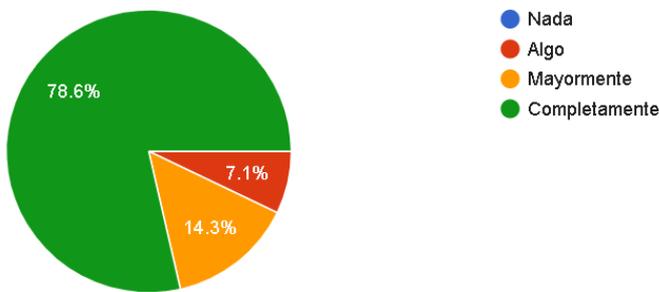
21. Espero formar parte de esta comunidad durante mucho tiempo.



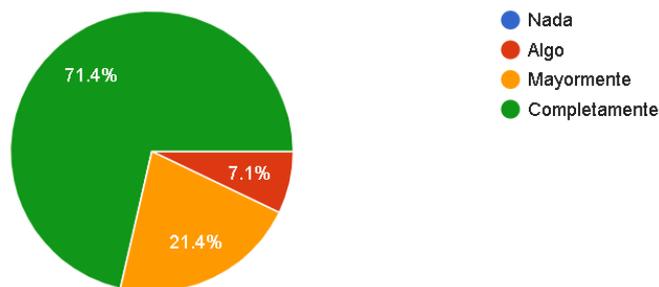
22. Los miembros de esta Comunidad han compartido eventos importantes como: feriados, celebraciones o desastres.



23. Tengo esperanzas en el futuro de esta comunidad.



24. Los miembros de esta comunidad se preocupan por los demás.



C. Resultados por escalas:

En el siguiente cuadro el valor total por escala es la sumatoria de los valores de los 6 enunciados que la componen. El valor transformado es el valor total dividido 6 para obtener un

valor entre 0 y 3 correspondientes a las respuestas: Nada, Algo, Mayormente, Completamente. El índice total del sentimiento de comunidad es la sumatoria de todas las escalas, se divide 24 el número de enunciados para obtener un valor entre 0 y 3 correspondientes a las respuestas: Nada, Algo, Mayormente, Completamente. La respuesta promedio de los miembros por escala es igual a la sumatoria de todos los puntajes no transformados dividido la cantidad de enunciados referidos a la escala y luego dividido la cantidad de miembros que componen la muestra.

Muestra	Escala				Índice total del sentimiento de comunidad
	Refuerzo de las necesidades Valor total (valor transformado)	Membresía Valor total (valor transformado)	Influencia Valor total (valor transformado)	Conexión emocional compartida Valor total (valor transformado)	
Miembro 1	18 (3)	15	16 (2.66)	17 (2.83)	66 (2.75)
Miembro 2	17 (2.83)	16 (2.66)	16 (2.66)	17 (2.83)	66 (2.75)
Miembro 3	11 (1.83)	9 (1.5)	9 (1.5)	10 (1.67)	39 (1.62)
Miembro 4	14 (2.33)	12 (2)	13 (2.17)	18 (3)	57 (2.38)
Miembro 5	13 (2.17)	16 (2.66)	14 (2.33)	13 (2.17)	56 (2.33)
Miembro 6	13 (2.17)	14 (2.33)	9 (1.5)	17 (2.83)	53 (2.21)
Miembro 7	16 (2.66)	16 (2.66)	15 (2.5)	17 (2.83)	64 (2.67)
Miembro 8	18 (3)	15 (2.5)	18 (3)	18 (3)	69 (2.87)
Miembro 9	10 (1.67)	10 (1.67)	11 (1.83)	9 (1.5)	40 (1.67)
Miembro 10	18 (3)	13 (2.17)	16 (2.66)	17 (2.83)	64 (2.67)
Miembro 11	18 (3)	13 (2.17)	9 (1.5)	16 (2.66)	56 (2.33)
Miembro 12	13 (2.17)	13 (2.17)	14 (2.33)	16 (2.66)	56 (2.33)
Miembro 13	16 (2.66)	18 (3)	16 (2.66)	17 (2.83)	67 (2.79)
Miembro 14	10 (1.67)	10 (1.67)	10 (1.67)	11 (1.83)	41 (1.71)
Total de puntaje promedio por escala:	14.64	13.57	13.29	15.21	56.71
Respuesta promedio de los miembros	2.44 (entre mayormente y completamente)	2.26 (entre mayormente y completamente)	2.21 (entre mayormente y completamente)	2.53 (entre mayormente y completamente)	Sentido de comunidad total 2.36 (entre mayormente y completamente)

Análisis de los resultados

A partir de la pregunta inicial podemos afirmar que ningún miembro es parte de la comunidad por obligación, lo que está en concordancia con las normas de Casaclub. Ningún miembro respondió que ***prefiere no formar parte de la comunidad***, que ***no es importante en absoluto*** o que ***no es muy importante formar parte de la comunidad***.

Se corrobora que la membresía es voluntaria tanto en la teoría como en la práctica.

Casi todos los miembros consideraron que ***es importante*** o ***Muy importante*** formar parte de la comunidad. Solo un miembro consideró que es ***Algo importante***. Al hacer la relación de la primer pregunta con el índice de sentido de comunidad total (que ha demostrado tener alta correlación entre sí), es que se sienten ***Mayormente*** o ***Completamente*** representados con el sentido de comunidad. Según el análisis de los resultados se observa que el Sentido de Comunidad existe. Esto demuestra que Casaclub Baires conforma una comunidad.

La escala de refuerzo de las necesidades puntuó en un 2.44, lo que se refleja en que la respuesta promedio de la comunidad está entre ***Mayormente*** y ***Completamente*** de acuerdo con que la comunidad satisface importantes necesidades personales.

Comparando la respuesta de menor y de mayor valor en la escala observamos que: el menor valor de la escala remite a los miembros 9 y 14. Sus respuestas son de 1.7 de puntaje, entre a ***Algo*** de acuerdo y ***Completamente*** de acuerdo. Esto implica que en promedio nadie puntuó ***Nada de acuerdo*** en el refuerzo de necesidades.

Los valores más altos son de los miembros 1 y 8, sus respuestas fueron de un puntaje máximo que corresponden a ***Completamente*** de acuerdo.

La escala de membresía obtuvo un puntaje promedio de 2.26, valor entre ***Mayormente*** y ***Completamente*** de acuerdo, lo que indica una tendencia a que los miembros de la comunidad confíen entre sí, dediquen tiempo en compartir tiempo juntos, que comporta interrelación y comunicación, comparten expresiones culturales de identidad y pertenencia.

El miembro 3 fue quién tuvo el menor puntaje (1.5) en la escala de membresía y su respuesta está entre ***Algo*** y ***Mayormente*** de acuerdo. Esto implica que nadie puntuó en promedio ***Nada*** en las respuestas de esta escala. El puntaje más alto fue del miembro 13, corresponde a ***Completamente*** de acuerdo.

La escala de influencia tuvo un puntaje de 2.21, valor entre ***Mayormente*** y ***Completamente*** de acuerdo, sin embargo debemos destacar que es la escala de menor puntaje, lo que sugiere que es el área en el que deberían ponerse mayores esfuerzos para consolidar la comunidad. Existen dos enunciados que se destacan porque el 100% respondió entre ***Mayormente*** y

Completamente de acuerdo. Uno es: “encajar en esta comunidad es importante para mí.” Sabemos que existen pocos espacios creados para la reinserción social y laboral de personas con padecimiento psíquico, que el sentimiento de querer encajar fuese tan elevado puede ayudarnos a dar cuenta de la importancia de generar más lugares de pertenencia. El otro enunciado es: “Si hay un problema en esta comunidad, sus miembros pueden conseguir que se resuelva.” Esto habla de la percepción sobre la capacidad de resolución de conflictos al interior de la comunidad. Los miembros son capaces de regular sus interacciones, en la comunidad Casaclub Baires.

El menor puntaje promedio en influencia, fue de los miembros 3, 6 y 11 que puntuaron en promedio (1,5) entre **Algo** y **Mayormente** de acuerdo. Ningún puntaje promedio correspondió a **Nada de acuerdo**. Los puntajes más altos fueron del miembro 8, su puntaje corresponde a **Completamente** de acuerdo.

La escala de Conexión emocional compartida puntuó en promedio 2.53, nuevamente un valor entre **Mayormente** y **Completamente** de acuerdo. Es la escala con valor más elevado, lo que habla de una comunidad en la que se han construido lazos significativos. Esta escala incluye la valoración, por lo tanto remite a una conexión emocional compartida positiva. Esto indica que al pertenecer a Casaclub Baires se ha ampliado la red social de sus miembros.

Conclusiones

Como hemos advertido siguiendo a los autores Berger y Luckmann (1967), los hombres son constructores de su propia realidad. Sin embargo esto no significa que modificar esta realidad construida sea sencillo. La realidad creada es reificada al pasar de una generación a la siguiente, se objetiviza y naturaliza.

Cuestionar nuestra realidad para construir otras formas posibles de existencia implica un trabajo de pensamiento crítico. Un ejemplo de pensamiento crítico que hemos estudiado en este trabajo es la ley 26.657, que pone en tela de juicio viejas instituciones establecidas, nos referimos a los manicomios, hospitales psiquiátricos monovalentes que funcionaron como depósitos de personas. Pero para realizar un cambio en nuestra realidad y en cómo nos relacionamos con los otros ese pensamiento crítico debe mostrarse en acciones concretas que sean coherentes con el cambio que se propone.

Hay siempre una dinámica dialéctica entre el productor y lo producido. Sin acciones concretas en el campo no lograremos hacer un verdadero cambio de paradigma.

En la presente investigación hemos logrado demostrar que Casaclub Baires es una comunidad. Esta comunidad logra reforzar las necesidades de los miembros, quienes tienen valores y objetivos similares.

En esta comunidad los miembros que son personas con padecimientos psíquicos severos logran armar vínculos significativos con quienes pueden hablar, y son capaces de solucionar los problemas que se generan en la comunidad en base a las habilidades sociales desarrolladas y una cultura común de significados compartidos.

Los miembros comparten un espacio en el que reconocen a los otros y son reconocidos a la vez. Esto es fundamental en una sociedad en la que históricamente las personas con padecimiento mental fueron aisladas y segregadas.

Se observa un sentimiento de pertenencia. Casaclub es una comunidad sin límite de tiempo, y si bien hoy entendemos que no es necesario pertenecer de por vida a una misma comunidad en el modelo Casaclub eso es una opción. Es una comunidad abierta de la que pueden irse o volver según sea su deseo.

La membresía corrobora ser voluntaria. La voluntad y la autonomía es uno de los objetivos principales del modelo además de ser consecuente con la vigente ley Argentina. Además la Casaclub Baires confirma ser parte de la identidad de sus integrantes. Es una identidad unida a destacar sus fortalezas sacando peso al diagnóstico. Una persona puede *tener* un diagnóstico, pero no *ser* un diagnóstico. Puede llevar esa etiqueta pero no ser reducido a ella.

Esta Casaclub presenta signos y expresiones de pertenencia con los que se sienten identificados.

Los miembros son influidos por la comunidad en su deseo de querer encajar, muestran conformidad, pero también reconocen su capacidad de influir a la comunidad. Se consideran agentes del cambio. En Casaclub se busca que los miembros sean agentes de su propia recuperación. Que se perciban como personas capaces, competentes, que su opinión importa, es uno de los puntos que consideramos fundamentales. También dicen contar con buenos líderes y esperanza en el futuro.

Los vínculos creados son basados en relaciones de confianza que se fortalecen en la cotidianeidad o en compartir tanto festividades como momentos difíciles. Se preocupan por otros miembros. Hay una conexión emocional que existe y se desarrolla. Existe esta conexión emocional compartida entre miembros que amplía su red social, pueden contar unos con otros. Logran vínculos formados de modo voluntario a partir de su decisión de participar en la comunidad, haciendo conexiones significativas por fuera de los lazos familiares.

La existencia de la conexión emocional compartida que hace que crezca la red social tiene consecuencias. La red social como:

“nivel intermedio de la estructura social resulta crítico para una comprensión más acabada de los procesos de integración psicosocial, de promoción del bienestar, de desarrollo de la identidad y de consolidación de los potenciales de cambio, y, complementariamente, ilumina también los procesos de desintegración psicosociales, de malestar y del enfermar, de trastornos de la identidad, y de perturbación de los procesos de adaptación constructiva y de cambio.” (Sluzki, 1996, p. 37).

Construir una red social y comunitaria es en si un potencial de cambio y bienestar, que termina con el aislamiento que pueden sufrir las personas con padecimiento psíquico por la escasez de espacios de pertenencia en la comunidad.

Consideramos que Casaclub Baires utiliza un enfoque comunitario que funciona y realiza su aporte en lograr la desmanicomialización, y la integración comunitaria necesaria en la Argentina.

Destacamos que los manicomios ya no son una institución legítima, y es necesario seguir estudiando e implementando enfoques comunitarios accesibles en todo el territorio Argentino.

Referencias bibliográficas

- Alberdi, J.M. (2003). Reformas y contrarreformas: políticas de salud mental en la Argentina. (1ª ed.). Rosario: UNR.
- Amarante, P. (2009). Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial. Buenos Aires: Topía.
- Ante Lezama, M., & Reyes Lagunes, I. (2016). Sentido de comunidad en el barrio: una propuesta para su medición. *Acta de investigación psicológica*, 6(3), 2487-2493.
- Argentina Archivo General de la Nación (2011) Fondos Documentales del Departamento Documentos Escritos Periodo Colonial / coordinado por Juan Pablo Zabala (19º ed.). Buenos Aires: Archivo General de la Nación.
- Arismendi, C., Eresuma, L. (2019). Hacia una conversión inquietante: del desborde institucional a la práctica grupal. CLEPIOS Revista de profesionales en formación en salud mental, 25 (2), 52-55
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014), Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). (5º ed). Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Berger, P. L. & Lukmann, T. (2015). La construcción social de la realidad. (1ºEd. & Trad. Silvia Zuleta) 24º reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu. (trabajo original publicado en 1967)
- Brehm, S. S., & Kassir, S., M. (1990) Psicología Social. Houghton Mifflin Company.
- CELS, M. (2008). Vidas arrasadas. Editorial siglo XXI, Buenos Aires.
- CELS (2017) El recrudescimiento del manicomio, en Derechos humanos en la Argentina: Informe Anual. Capítulo VII: 201-222. 1a ed. Siglo Veintiuno Editores. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/12/Capitulo7_IA17.pdf
- Chavis, D. M., Lee, K. S., & Acosta, J. D. (2008). The sense of community (SCI) revised: The reliability and validity of the SCI-2. In *2nd international community psychology conference, Lisboa, Portugal*.

- Chinkes, S., Lapalma, A., & Nicemboin, E. (1995). Psicología Comunitaria en Argentina. Reconstrucción una práctica psicosocial en la Argentina. *Psicología social comunitaria. Contribuciones latinoamericanas*, 27-68.
- Clubhouse International. (2018). International standards for Clubhouse programs.
- Coll, S. C., Sánchez, A. B., & Rocamora, A. E. (2007). Configuración y evolución de la comunidad virtual MIPE/DIPE: retos y dificultades. Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información, 8(3), 86-104.
- Collazos, V. (2019). La elección de rotación por otro Hospital de día. CLEPIOS Revista de profesionales en formación en salud mental, 25 (2), 92-95
- Corcoran, J. (2013). Clubhouse Communities Creating Opportunities for People with Mental Illness.
- Dell'Acqua, P. (2012). Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio. IDEASS Italia.
- Desviat, M. (2009). Jean Pierre Falret y la construcción de la clínica psiquiátrica. Átopos, 13, 50-59.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2019). Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental. Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
- Domínguez, M. (2016). El elemento subjetivo del desistimiento de la tentativa: la voluntariedad. *Instituto de Derecho Penal*, (4). 1-9.
- Doms, M., & Moscovici, S. (1985). Innovación e influencia de las minorías. In *Psicología social* (1). 71-116.
- Doyle, A., Lanoil, J., Dudek, K. J. (2014). Fountain House: Creating Community in Mental Health Practice. [Fountain House: creando comunidad en la práctica de salud mental]. Nueva York: Columbia University Press.
- Falcone, R. (2010). Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto.

- Foucault, M. (2000). Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. (34ª ed.). Buenos Aires: Siglo xxi.
- Franca-Tarragó, O. (1996). Ética para psicólogos. Introducción a la Psicoética. (1ª ed.). Bilbao: Editorial Descleé de Brower, S.A.
- Fundación Casaclub. (2022). En la WEB: <https://casaclub.org.ar/casa-club-baires/>
- Galende, E. (1990). Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires: Paidós.
<https://antipsiquiatriaudg.files.wordpress.com/2015/01/galende-emiliano-psicoanalisis-y-salud-mental.pdf>
- Galende, E., & Kraut, A. J. (2006). El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos. En *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos* (p. 268-268).
- Glickman, M. (1992). The voluntary nature of the clubhouse. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(2), 39-40.
- Gavidia Catalán, V., & Talavera Ortega, M. (2012). La construcción del concepto de salud. Didáctica de las ciencias experimentales y sociales. (26). 161-175
- Hallinan, L., & Nistico, H. (1994). From Pedestal to Personhood: Staff in the Clubhouse. In *National Mental Health Services Conference*.
- Hermosilla, A. M., & Cataldo, R. (2012). Ley de salud mental 26.657: antecedentes y perspectivas. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 134-140.
- Karlsson, M. (2013). Introduction to mental health clubhouses: How the Fountain House clubhouse became an international model. *International Journal of Self-Help & Self-Care*, 7(1).
- Krause Jacob, M. (2001) Hacia una redefinición del concepto de comunidad –cuatro ejes para un análisis crítico y una propuesta-. Revista de Psicología Universidad de Chile, 10 (2) p.49-60.
- Ley de salud mental de la ciudad de buenos aires N° 488, Decreto reglamentario 635/004. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, Decreto reglamentario 603/2013. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.
- Ley Provincial No 2.440. (1991). República Argentina. Provincia de Río Negro.
- Mandiberg, J. M., & Warner, R. (2013). Is Mainstreaming Always the Answer? The Social and Economic Development of Service User Communities. *The Psychiatrist*, 37(5), 153-155.
- McKay, C., Nugent, K. L., Johnsen, M., Eaton, W. W., & Lidz, C. W. (2018). A systematic review of evidence for the clubhouse model of psychosocial rehabilitation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(1), 28-47.
- McMillan, D. W., & Chavis, D. M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of community psychology*, 14(1), 6-23.
- Montero, M. (2004) Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2006) Teoría y práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad. (3ªed.). Buenos Aires: Paidós.
- Moreno, M., Cerchiaro, S., Dovgan, N., Díaz Arana, F. (2021). Experiencias de gestión e intervención en salud mental desde la ley de salud mental 26.657, programa de salud mental del municipio de San Martín, Buenos Aires, Argentina, 2021. *Revista argentina de medicina*, 9(3).
- Muchnik, E., Seidmann, S. (1998) Aislamiento y soledad. Buenos Aires: Eudeba.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Documentos básicos. (48.ª ed.). Ginebra: OMS.

- Organización Mundial de la Salud. (2021). Guidance and technical packages on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches: executive summary. In *Guidance and technical packages on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches: executive summary*.
- Organización de las Naciones Unidas (1991). Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Ginebra: ONU
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). Declaración de Caracas. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). Principios de Brasilia. Washington: OPS
- Organización Panamericana de la Salud (2009). Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental. Washington: OPS.
- Pose, P., López Pappano, N. (2019). Entrevista a Marcelo Percia. CLEPIOS Revista de profesionales en formación en salud mental, 25 (2), 68-71
- Propst, R. N. (1997). Stages in realizing the international diffusion of a single way of working: The clubhouse model. *New Directions for Mental Health Services*, 1997(74), 53-66.
- Quiroga, E. (2020) 10 años 10 deudas: Desafíos actuales para cumplir la ley nacional de salud mental. Derechos de las personas con discapacidad. Disponible en la WEB: <https://acij.org.ar/presentamos-el-documento-10-anos-10-deudas-desafios-actuales-para-cumplir-la-ley-nacional-de-salud-mental/>
- Raeburn, T., Schmied, V., Hungerford, C., & Cleary, M. (2015). Self-determination theory: a framework for clubhouse psychosocial rehabilitation research. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(2), 145-151.

- Saforcada, E. y De Lellis, M. (2006). ¿Políticas de salud mental o lo mental en las políticas de salud? En M. De Lellis, M. Alvarez González, J. Rosetto y E. Saforcada, Psicología y políticas públicas de salud. (1° ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Seidmann, S. (2003) Actitudes y cambio social. Facultad de Psicología, UBA. Buenos Aires: Departamento de Publicaciones.
- Sluzki, C. (1996). La red social: Frontera de la práctica sistémica. Barcelona: Gedisa.
- Távara Vásquez, M., G., T. (2012). Sentido de comunidad en un contexto de violencia comunitaria. Tesis de maestría. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
- Vezzetti, H. (1983). La locura en la Argentina. (1° ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Vorspan, R. (2014). What Makes Clubhouse Communities True Clubhouse Communities?. ICCD International Center for Clubhouse Development 13IS Plenary

Anexo

Requisitos de la membresía. Documento otorgado por la Fundación Casaclub.



"2022 – Comunidad de Apoyo Mutuo"

Casaclub Baires, siguiendo el modelo internacional Casaclub que desarrolla, tiene una reglamentación que fija las condiciones de ingreso de sus nuevos miembros.

Para ser admitido como miembro, el solicitante debe:

- Estar interesado en asistir a la Casaclub, ya que la participación es voluntaria.
- Tener un diagnóstico de enfermedad mental como trastorno bipolar, esquizofrenia o depresión.
- Estar en tratamiento terapéutico.
- Estar libre de consumir drogas.
- Ser mayor de 18 años.
- Ser capaz de llegar en forma autónoma a la Casaclub.
- No debe representar una amenaza para sí mismo o para la comunidad.

Si la persona está interesada en solicitar la membresía debe requerir una entrevista de admisión y posteriormente presentar la siguiente documentación:

1. Formulario de Ingreso
2. Fotocopia de DNI
3. Fotocopia de Certificado de Discapacidad (en caso de que tenga)
4. Fotocopia de Carnet de Afiliado Obra Social/Mutual/Prepaga (en caso de que tenga)
5. Una historia psicosocial completa actual (escrito en los últimos 90 días)
6. Una evaluación psiquiátrica actual y derivación (escrito en los últimos 90 días)
7. Formulario de Medicación.