

Revista Electrónica de Psicología Política

BIENESTAR PSICOLÓGICO COMUNITARIO

Dr. Elio Rodolfo Parisí
Lic. Juan Miguel Flores
Lic. Chiara Banci

Resumen

Frente a la realidad de la salud mental en Argentina, la cual viene siendo desatendida por el Estado y dejada en mano de servicios de salud privados, están surgiendo voces que reclaman intervención de parte del Estado a la hora de asegurar la salud mental a la comunidad. Sin embargo, podría pensarse que este reclamo pretende que se instaure un Estado asistencialista. La alternativa que proponemos es la de un Estado que tome la responsabilidad de facilitar a su comunidad los espacios y herramientas para que sea protagonista a la hora de defender su derecho a una salud integral, donde lo mental sea igualmente importante que lo biológico.

Palabras clave

Salud mental – Estado – Bienestar psicológico comunitario –

Abstrac

"In the reality of mental health in Argentina, wich have been disantended for the State and developed for Health Private Services. They are soliciteing intervention of State for the reclaim the mental health for the comunity. However we could thing the this reclaim pretend the creation of asistencialist State. We propose the option of the State who take the responsibility of facility to comunity the places and skills for been protaginsit and defender his rights of integrals health and the mental aspects is the same important that the biological."

Key words

Mental health – State - communitarian psychological Well-being -

Frente a la realidad de la salud mental en Argentina, la cual viene siendo desatendida por el Estado y dejada en mano de servicios de salud privados, están surgiendo voces que reclaman intervención de parte del Estado a la hora de asegurar la salud mental a la comunidad. Sin embargo, podría pensarse que este reclamo pretende que se instaure un Estado asistencialista. La alternativa que proponemos es la de un Estado que tome la responsabilidad de facilitar a su comunidad los espacios y herramientas para que sea protagonista a la hora de defender su derecho a una salud integral, donde lo mental sea igualmente importante que lo biológico.

Es decir, deberíamos atenernos a los conceptos vertidos por la OMS, respecto de la salud en general: "Estado de completo bienestar mental, físico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia". (O.M.S., 1946).

Si aceptamos como buena esta definición, estamos aceptando tácitamente que el estado mental también forma parte de la evaluación del estado de salud de cualquier sujeto. Porque, sin duda, no se puede ostentar un nivel óptimo de salud y un deficitario estado mental. Por tanto, el concepto de salud mental va implícito en el concepto de salud y además como algo indisociable. Al concepto de salud hay que entenderlo siempre en un sentido amplio e integral. Es un concepto dinámico, que está ligado a las condiciones de vida, a la ideología dominante, a los avances científicos y a la evolución de la cultura. De tal manera, las actitudes de la población respecto de la salud, han ido cambiando en la medida que se operan cambios en los valores sociales. Y estos han posibilitado que el concepto no sólo se centre en lo curativo de antaño, sino que en la actualidad se consideren aspectos tales como el entorno, los factores de riesgo, los estilos de vida, la educación sanitaria, la situación de clase, la situación económica y todo cuanto contribuya a su promoción, fomento y prevención. Por otro lado, no podemos concebir la salud como un valor absoluto sino relativo, y sujeto a múltiples contingencias. Así pues, al concepto de salud tenemos que entenderlo de manera amplia e integral y, además, como el equilibrio entre el hombre y su medio ambiente, como una manera de vivir que suponga el desarrollo de la potencialidad humana, que permita el goce pleno y armonioso de sus facultades, para disfrutar un bienestar individual y comunitario y para participar en el progreso común.

Se puede observar, desde la experiencia en el trabajo de campo (hospitalario, escolar, comunal, institucional –servicios penitenciarios- entre otros) que este reclamo por una atención psicológica es cada vez más frecuente por parte de la población, y que, por si misma, está buscando la generación de un concepto de bienestar psicológico comunitario, más que individual, tal como se prescribe la atención psicológica desde los marcos y abordajes teóricos convencionales. En vista de esta situación, se hace necesario que las instituciones formativas revean sus cuerpos de enseñanza incluyendo aspectos interdisciplinarios de abordaje comunitario.

Vayamos por parte. El desvastamiento del Estado de Bienestar ha sido un generador de altas situaciones de marginalidad. En la Argentina, de acuerdo con lo que sostiene Maristella SVAMPA, en su libro "La sociedad excluyente", este modelo de sociedad sirvió para una integración nacional y popular, caracterizándose por tres rasgos mayores: en lo económico un desarrollo vinculado a fomentar la industria nacional y el mercado interno. Es segundo lugar, el reconocimiento del rol del Estado como agente y productor de la cohesión social, por medio del gasto público social (reconocimiento a los derechos sociales) y, en tercer lugar, una tendencia a la homogeneidad social gracias a la incorporación de la clase trabajadora y la expansión de las clases medias asalariadas.

El Estado social favoreció la instalación de la ciudadanía social, esto sería, el disfrutar de derechos con alcances superiores a los laborales: estamos hablando de

los derechos de segunda generación -dentro de la concepción de los derechos humanos universales-: los derechos sociales y políticos.

Las políticas universalistas generadas por este Estado, produjeron una desmercantilización de las relaciones sociales, creando una solidaridad secundaria a favor de los sectores más débiles en la confrontación capital/trabajo.

El tránsito del Estado de Bienestar a un Estado mercantilista ha dejado, en primer lugar, el cuerpo social argentino dañado: desaparecidos, impunidad, deuda externa e interna, falta de solidaridad, marginalidad, hambre, indigencia e indignidad y una ciudadanía fragmentada.

Nuestro país tenía una clase media heterogénea que involucraba al 70% de la población, en tanto que en la actualidad, la pobreza alcanza al 40% de la población, mientras que los datos del desempleo siguen estando altos: más del 15% de la población activa está desocupada o subocupada.

Dentro de las más optimistas lecturas hechas por la dirigencia actual, es necesario aclarar que el Estado invertía más en salarios aún durante la época menemista, que en la actual gestión.

El experto en economía de las NNUU, Bernardo Kliksberg, en recientes declaraciones (4 de septiembre 2006), sostuvo que la Argentina mejoró, pero sigue en el infierno. Expresa que la pobreza argentina es persistente porque lleva muchos años en un país de enormes recursos naturales y con capacidad de alimentar a más de 300 millones de personas. Sostiene que es una pobreza enigmática, ya que este es uno de los países con la mayor riqueza de recursos naturales per cápita del planeta.

En el terreno de las problemáticas sociales, los síntomas de la desigualdad social y del abandono de persona realizado por el Estado, se pueden observar, brevemente, en el aumento en los siguientes padecimientos sociales:

Aumento en los suicidios adolescentes; aumento en el consumo de psicofármacos, con el agravante de que ha aumentado el uso indebido de los mismos: los medios sostienen que el fenómeno ha sido bautizado como la "medicalización de la vida cotidiana". El psicotrópico es consumido no como remedio, sino como una pastilla para el estilo de vida, para aliviar malestares de la vida actual. Actualmente se venden 1.200.000 unidades de tranquilizantes por mes y unos 450.000 antidepresivos; el segmento de estos últimos viene creciendo en los últimos años: a partir del 2004, la cantidad de pastillas vendidas creció un 14% según cifras de la Confederación Farmacéutica Argentina. Desde el estallido del 2001 (y sobre todo en 2003 y 2004), las ventas de psicofármacos se multiplicaron. Esto también responde a la lógica del consumismo.

También han habido excesivos aumentos en el consumo de alcohol en la población juvenil; incidentes relacionados con el consumo de alcohol y drogas; aumento en los ataques de pánico; el aumento en el desinterés por el estudio y una grave cuota de

escepticismo ante el valor del conocimiento por gran parte de la sociedad.

Hubo un significativo aumento en la presencia de bulimia y anorexia en la década de los 90. Por otro lado, la Argentina es la alarma de los cardiólogos. Hace ya un par de años que las enfermedades cardiológicas son la primer causa de muerte y esto ha venido en ascenso en los últimos años.

Se observa además, desde los enfoques médicos, que la depresión es en si misma un factor de riesgo, como la hipertensión o la diabetes. Además, la depresión, vinculada a la pérdida del trabajo o a situaciones económicas difíciles, incide en que la persona descuide factores de riesgo.

El desempleo, que afecta dramáticamente a los sectores populares con menos nivel de instrucción, también deja su huella entre los mejor posicionados para la carrera, lanzados a un medio hipercompetitivo e inestable; las mezquinas pistas de aterrizaje que ofrece el mercado laboral para jóvenes muchas veces superformados que, aun así, no encuentran terreno propicio para carretear y levantar vuelo.

Otra falta de respuesta estatal proviene de la exasperante lentitud del sistema educativo para adecuarse a los nuevos requerimientos del mercado del trabajo y para frenar los alarmantes índices de deserción escolar.

También podríamos incorporar, como fenómeno social de alto riesgo, la escasa preparación para la vida sexual, algo que puede leerse en el avance del SIDA y del embarazo adolescente.

También están presentes en la juventud, los estereotipos estigmatizantes que pesan como amenazas de exclusión sobre buena parte de la población juvenil, además de la dificultad para construir proyectos de futuro y el consecuente y paulatino desaliento que va ganando los corazones de muchos de aquellos que todavía están en edad de andar acariciando sueños.

Otro dato inquietante se refiere al consumo de drogas. El Informe Mundial sobre Drogas del año 2005 elaborado por la ONU nos señala que el consumo mundial de drogas aumentó un 8% y que Argentina está al tope de una de las tablas del informe, la que registra la prevalencia anual de abuso de consumo de cocaína en la población de entre 15 y 64 años de América del Sur. Detrás, siguen Chile y Colombia. En la tabla que mide el consumo de marihuana, Argentina ocupa el tercer lugar, detrás de Chile y Colombia.

El Estado neoliberal dependiente del capitalismo internacional, focalizó la ayuda social hacia los sectores bajos, por medio de políticas que cubrían sólo, en algunos casos, las necesidades básicas (nos referimos a alimentos y seguros paupérrimos de desempleo, planes trabajar, jefes y jefas de hogar, entre otros) dejando de lado el

abordaje universalista que comprende al sujeto como poseedor de múltiples derechos y al Estado como garantizador de los derechos mencionados.

Paradójicamente, se ha producido lo que algunos especialistas en derecho mencionan como una inflación legislativa: mientras en la reforma constitucional de 1994 se incorporan la totalidad de las legislaciones de Naciones Unidas referidas a los derechos humanos, en la realidad argentina, no hay juez que legisle al respecto, ni Estado que las cumpla o las haga cumplir.

Este Estado traspasa fondos –escasos por cierto- a los sectores sociales, dejando que estos sectores se organicen por sí solos; esto sería, que por sí solos recreen las herramientas y la manera de auto sostenerse. Esta forma de control social, que margina bajo la bandera de la inclusión, denosta profusamente la atención de la salud en general y de la salud mental en particular.

¿Qué concepto de salud mental puede sostenerse desde la óptica de la desigualdad, la mezquindad social –proveniente de las clases pudientes- y la ceguera de las macro teorías psicológicas dominantes?

Ahora bien, parte de la sociedad se organizó dentro del caos reinante. Surgieron identidades de resistencia, que forjaron posiciones alternativas de subsistencia y redes de sobrevivencia. Nos referimos a la organización de grupos tales como comedores populares, piqueteros, clubes de trueque, asambleas barriales, ONG, que tejieron redes y mallas sociales en las cuales redescubrieron la necesidad del reclamo por los derechos abandonados, y pisoteados por el modelo económico mencionado.

Entre esos derechos y en lo que atañe a este trabajo, comienza a llamar la atención la importancia que le adjudican a la salud mental los sectores desguarnecidos. En nuestra experiencia en el trabajo en la comunidad, con personas de sectores altamente vulnerables, hemos escuchado su demanda de contención, apoyo -tanto individual como grupal- en la resolución de su cotidianeidad.

Consideramos que cuando se constituyen como sujetos de demanda es porque se consideran sujetos con derechos: esto los ubica en espacios sociales de los cuales el sistema los priva. Cuando ellos hacen demandas de atención psicológica, en las que involucran a su grupo primario y a su grupo social, es porque consideran que la salud mental es un bien en sí mismo, tanto como el trabajo, la educación, o el esparcimiento.

Eso nos induce a creer que tras la demanda mencionada existe la firme necesidad de contar, por parte de estas comunidades, con un Bienestar Psicológico que estaría enraizado en lograr mejores condiciones de vida y que respondería a un proceso dialéctico de causa y consecuencia: es necesario contar con una adecuada salud mental para enfrentar al sistema que margina y una vez que esto se consigue, la salud mental se ve enriquecida.

La trama no sólo debe ser entendida desde una lectura correcta de la demanda psicológica que realiza la comunidad mencionada, sino que debe ser acompañada por una serie de factores, con el fin de poder complementar la demanda social:

- a- una definición de la salud mental desde las teorías macro dominantes en psicología, que implique una apertura ideológica, en la que se deje de situar al sujeto de la clínica únicamente como sujeto de clase media y con problemáticas de clase media;
- b- una serie de herramientas teóricas que sostengan, articulen e implementen abordajes de tipo comunitarios;
- c- un rol del psicólogo que pueda desprenderse del lugar tradicional, y situarse en espacios creativos, activos y comprometidos con la realidad social -que transita a diario- y que lo involucran como ciudadano;
- d- un Estado activo, responsable, que garantice y que sea promotor de la salud mental comunitaria.

En el caso del papel de la psicología, es necesario repensar una psicología capaz de interpretar el devenir de una sociedad fragmentada, empobrecida, lastimada, desconfiada, temerosa y neutralizada políticamente. Una psicología que defina ideológicamente sus lealtades, es decir, al servicio de qué intereses produce conocimientos y prácticas. En función de esa definición, se gestará un concepto de salud mental y de ella se desprenderá un abordaje determinado.

Escucharemos desde las macro teorías dominantes quejas al respecto. Una de las recurrentes se refiere a que ellos toman al sujeto como sujeto social. Pero, en los hechos, en el ejercicio de sus prácticas profesionales los observamos cómo carentes de herramientas -que no son incorporadas por que sus discursos científicos no lo permiten- para poder trabajar eficazmente frente a las demandas psicológicas actuales.

La complejidad creciente de la realidad mundializada y atravesada por un modelo hegemónico, exige una tarea en la que la psicología no puede enfrentar desde un único lugar de saber la numerosa conflictiva actual. Y acá está uno de los puntos de bifurcación de este trabajo: la psicología debe aceptar la irrupción -en sus múltiples campos de trabajo- del apoyo interdisciplinario.

Es imprescindible descorrer los temores y resistencias que suelen tensionar la acción disciplinaria. Es inevitable dar la entrada a

otros actores en la trama material. Debemos aceptar la realidad teórica y práctica respecto del hecho de que necesitamos abreviar en otros espacios científicos, profesionales y prácticos.

Marín (ob.cit.) sostiene que es fundamental no perder de vista el carácter generativo y constructivo del conocimiento, que esto nos llevará a preguntarnos acerca de qué conocemos. ¿Qué es posible conocer acerca de los sujetos y de su realidad desde nuestras matrices de pensamiento? ¿Cómo conocemos el mundo de la comunidad desde su mundo y desde el nuestro? ¿Cómo o desde dónde relacionamos ambos mundos, sin que se produzca una fusión que nos confunda?

Ahora bien, extendiendo el interrogante anterior, cómo compartimos diagnósticos, certezas y abordajes con otras disciplinas que, en la mayoría de los casos, provienen de epistemes diferentes, que definen el mundo, el hombre, la sociedad, el conocimiento o la salud, de diferente manera.

El psicólogo, desde la adopción de una postura crítica no puede desconocer que lleva consigo su mundo en la formación profesional, en sus teorías, sus métodos y sus formas de conocer. Si no es consciente de ello, no logra el encuentro con el plano interdisciplinario ni tampoco en el abordaje comunitario, por tanto, corre el riesgo de pegarse a los procesos cotidianos de la comunidad o a los de su marco teórico y perder la especificidad del papel que desempeña en la comunidad. En lugar de la implicación se produce la fusión, que no le permite luego hacer la construcción de conocimientos de segundo orden, es decir desde su disciplina.

Si el psicólogo desconoce la episteme de las diferentes disciplinas con las que debe interactuar, esto es la versión que las otras disciplinas tienen del mundo y la manera en que resuelven los conflictos, su conocimiento, sus técnicas y sus procedimientos se empobrecerán y correrá el riesgo de quedar imantado por su teoría, circulando alrededor de su propio episteme, la que se termina convirtiendo casi en una deidad, pero que lo aleja del conocimiento del otro como resultado de una complejidad.

En tanto que, si desconoce la episteme de la comunidad, esto es la versión que la comunidad tiene del mundo, aún cuando en apariencia su intervención prospere, la comunidad se acomoda a los deseos del psicólogo y responde a ellos, como también lo hace a las intervenciones de las instituciones del Estado. Pero, cuando el

psicólogo sale del campo de intervención, la comunidad reacomoda su práctica a su mundo habitual. De modo que los conocimientos teóricos prácticos que el psicólogo posee podrían socializarse con la comunidad luego de que la cultura de la comunidad se haya manifestado.

Nuestra posición respecto del concepto de Bienestar Psicológico Comunitario, no involucra únicamente al papel de la psicología como disciplina humana, también implica el papel del Estado, como regulador y como garantizador de la convivencia social. Esto implica que el Estado debe resguardar su lugar como agente de equilibrio social: el Bienestar Psicológico Comunitario también provendrá de una adecuada repartición de la riqueza, del ejercicio de las instituciones, del funcionamiento de la ley y de la aplicación de los derechos humanos.

Como se está lejos de esos postulados, la praxis psicológica debería contribuir a la reflexión respecto de las subjetividades que genera y da forma el sistema neoliberal actual, para que la salud mental sea un producto social y no una imposición del mercado. Al interior de esta reflexión, el concepto de adaptación al sistema debe ser el más discutido.

El entender a la salud mental como un producto social sería el posibilitar que la comunidad en su conjunto elaborará qué es lo que se entiende y se define por "sano", y no que la "salud mental" sea definida por los cenáculos de poder, que buscan legitimar un determinado orden social, que está al servicio del mercado.

Ese Bienestar Mental se irá definiendo de acuerdo con el contexto, con la geografía, con la historia, con la cultura, con las necesidades definidas por la comunidad; y la psicología aportará, como un actor más, su bagaje intelectual puesto al servicio de la comunidad.

Acá le quitamos el lugar de importancia que suele tener la psicología, para destacar como sustantivo el bienestar comunitario. Es decir, las teorías, la formación del psicólogo, deben esperar que surjan las demandas de la comunidad y no imponer sus demandas teóricas y culturales.

En el trabajo comunitario que se desarrolla desde del proyecto de investigación "Psicología Política" (Universidad Nacional de San Luis, Argentina), a través de PSF Argentina, realizado en la Ciudad de San Luis, con poblaciones en riesgo social, se viene observando que,

en la medida en que la involucración social de los psicólogos y de los estudiantes de psicología es pertinente con la comunidad con que se interactúa, la riqueza de la interacción, no sólo nutre –desde lo esperado convencionalmente- al sujeto, sino que enriquece al psicólogo: éste articula una praxis que es producto de la experiencia y que se va modificando de acuerdo con las demandas, las necesidades y las posibilidades.

BIBLIOGRAFÍA

- FRANCO, Y. (2000) *Subjetividad: lo que el mercado se llevó*. Revista Herramienta, Nº 12. Bs. As.
- KLAPPENBACH, H. (2003): *La Globalización y la Enseñanza de la Psicología en Argentina*. Revista Psicología em Estudo, v.8, nº 2, p. 3-18. Maringá, Brasil.
- MARÍN, L. (2006). *Otra Psicología es posible*. Revista Electrónica de Psicología Política. Año 4 Nº 10. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de San Luis, Argentina.
- MONTERO, M. (1984) *La Psicología Comunitaria; orígenes, principios y fundamentos teóricos*. Revista Latinoamericana de Psicología, Volumen 16, Nº 3, pags. 387-400. Colombia.
- PARISI, E. (2006) "Psicología, interdisciplina y comunidad" Revista Enseñanza E Investigación en Psicología. Julio - Diciembre 2006 Vol. 11 No. 2. México.
- PARISI, E. y RODRÍGUEZ KAUTH, A. (2006) "Claves de la Argentina del Siglo XXI". Ediciones Cooperativas. Buenos Aires, 2006.
- SVAMPA, M. (2005). *La Sociedad Excluyente*. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo. Ed Taurus. Bs. As.