

24
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ELEMENTOS TEORICOS PARA UNA PRACTICA DE
EDUCACION PARA LA SALUD MENTAL**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
PRESENTA:**

LUIS GERARDO AYALA REAL

DIRECTORA: MAESTRA GLORIA CAREAGA PEREZ



MEXICO, D. F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Introducción

1. Acerca del concepto de Salud Mental	10
1.1. La problemática de salud mental	
1.2. La visión hegemónica	
1.3. La visión marxista	
2. El abordaje de las problemáticas de Salud Mental.....	27
2.1. Posibles puentes de la psicología social	
2.2. Dos líneas de acción y el horizonte de la problemática	
2.3. Algunos conceptos y una práctica educativa	
3. Hacia una propuesta educativa en el trabajo de educación para la Salud Mental	42
3.1. Una perspectiva popular	
3.2. Aportes de la educación popular	
3.3. Participación popular y promoción de la Salud Mental	
3.4. Trabajo interdisciplinario y los primeros auxilios en los problemas de Salud Mental	
4. Conclusiones.....	57
5. Perspectivas en el trabajo.....	64
6.- Bibliografía	69

Agradecimientos

- A todas aquellas mujeres y hombres que en algún momento y en algún lugar del país participaron en los múltiples talleres de Salud Mental. Con su participación, conocimientos y saberes enriquecieron mi práctica y mi experiencia en el trabajo educativo en Salud Mental.
- A los y las compañeras de Produsep A.C. especialmente a Benno, Emma y Oli, que juntos compartimos, vivimos y aprendimos en el desarrollo de proyectos de trabajo en salud vinculados muy cercanamente a la población.
- Quiero dejar constancia del profundo agradecimiento que tengo a Gloria Careaga, ya que el presente trabajo no hubiera sido posible sin su apoyo, paciencia y sabiduría, durante mucho tiempo conocí este trabajo, lo respetó y estimuló para que pudiera salir a la luz en forma de tesis.
- A Heriberto Sánchez Parra por su trabajo de transcripción y formato.

Dedicatoria

El presente trabajo de tesis quiero dedicarlo a los seres mas cercanos a mi corazón:

- **A mi madre, padre, hermanos y hermanas.**

- **A mis hijos Adolfo y Luis, así como a mi nieto Alex.**

- **Especialmente por su sensibilidad, inteligencia y mucho amor, que fueron muy importantes para mí en el desarrollo de esta tesis; a Gisela, mi compañera de la vida y a nuestro hijo Artemio.**

Introducción

Introducción

En el presente trabajo de tesis intento sistematizar algunos elementos surgidos de una práctica de educación popular e investigación participativa en el campo de la salud, utilizando como marco teórico algunos trabajos publicados por estudiosos que han reflexionado teóricamente sobre la problemática de salud y el Modelo Médico Hegemónico.

Inicio con una reflexión sobre el concepto de salud que sirve para orientar el análisis hacia un sentido integral y que la especificidad de la Salud Mental no se desligue del concepto de Salud.

No pretendo sólo una problematización intelectual del concepto, busco principalmente caracterizar una práctica y un campo de trabajo.

En esta idea tomo como referencias la visión marxista (Guinsberg, E.) y el Modelo Médico Hegemónico (E. Menéndez), para entender y profundizar sobre la Salud y la Salud Mental como productos socioculturales. Es decir pretendo ampliar la visión de Salud Mental hegemónica, que es biologicista y excluyente por una visión más integral, así como también invitar a pensar más en las acciones de Salud y no sólo en curar la enfermedad (Menéndez, E., 1990).

En relación a la categoría de "enfermedad" prefiero utilizar el término de malestares en el sentido que lo usa Mabel Burin, ya que hablar de "enfermedades" contribuye a estigmatizar a las personas y limita la visualización de las diversas problemáticas relacionadas con el campo de la Salud Mental.

Exploro una de las alternativas de Salud que la sociedad civil y sus organizaciones han implementado en los últimos años en México: la educación popular en Salud Mental.

Este capítulo señala elementos y da pautas que servirán en el futuro a la construcción de una propuesta metodológica para la promoción de la Salud Mental.

La educación popular en Salud busca aprender a ver desde el "otro", donde ese otro, son los grupos más pobres y marginados de esta sociedad, aprendiendo a trabajar junto con ellos y no para ellos, partiendo de sus saberes y conocimientos de Salud tradicionales, así como proporcionando información sistematizada y actualizada con una visión integradora, todo esta a través de generar procesos de capacitación y educación con grupos.

Revisar las experiencias en el trabajo popular de los últimos 10 años en México, me han permitido identificar la necesidad de promover e impulsar la más amplia participación de la población en las acciones de Salud y con esto quiero decir: lograr un máximo de involucramiento en las tareas de diagnóstico, planeación, programación y ejecución de los servicios incluyendo la toma de decisiones con la convicción de ir dejando este proceso en manos de la población.

La visión social de esta problemática es punto de partida y referencia constante. Se profundiza y resalta la idea de integralidad y se apuntan algunas posibles líneas de acción.

También menciono la importancia de conjuntar enfoques a través del trabajo en grupo y de la construcción colectiva de conocimiento con la participación de diversos saberes, entendido esto como el trabajo interdisciplinario.

Las conclusiones se presentan de manera resumida y tienen que ver con los principales logros y dificultades así como vacíos en el desempeño de este trabajo.

Finalmente, presento lo que yo considero perspectivas de este trabajo, y que apuntan hacia la profundización en el enfoque de género, específicamente desde la visión masculina en el trabajo educativo en la salud mental. Particularmente es mi interés continuar en esta búsqueda y se ubican preguntas e interrogantes en este campo que abren nuevos desafíos y retos en el trabajo.

Capítulo 1

Acerca del concepto de Salud Mental

Acerca del concepto de Salud Mental

Para iniciar este trabajo requiero, aunque sea someramente, reflexionar acerca del concepto de Salud Mental, así como hacer dos precisiones necesarias.

1. Considero el concepto de Salud Mental fundamentalmente polémico y complejo, se hace necesario aportar elementos que nos ubiquen y precisen a qué nos estamos refiriendo.
2. En esta exposición no pretendo llegar a una conceptualización de la Salud mental, solamente caracterizaré una problemática y un campo de trabajo.

Ubicaré mis reflexiones dentro de una perspectiva integral, es decir, desde la Salud en general. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad.

También es necesario ubicarlo en congruencia con los lineamientos de la Atención Primaria a la Salud (APS). Es en Alma Ata en 1978, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebra su asamblea y define una estrategia específica para lograr la salud para todos en el año 2000". Política definida desde 1977.

Dicha estrategia se conoce como Atención Primaria de Salud (APS). La declaración de Alma Ata señala que: "La APS es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante la plena participación, y a un costo que la comunidad y

el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" (1), uno de sus componentes básicos son :

- a) Programas dirigidos a poblaciones especiales: madre, niño, trabajador, edad avanzada, incapacitado
- b) Programas para la salud general: alimentación y nutrición, salud bucal, Salud Mental, prevención de accidentes, saneamiento ambiental.
- c) Programas para la prevención, protección y control de enfermedades (Kroeger, A. y Luna, R.,1987).

Y en congruencia también con el concepto de Promoción de la Salud derivado de las reflexiones y recomendaciones emanadas de la reunión celebrada por 32 países en 1984 en Ottawa, Canadá, donde se da un giro importante a la planificación en salud dirigida tradicionalmente a los servicios de atención médica para reorientarla en favor de una planificación para una población y un ambiente sanos (Carta de Ottawa, 1987).

Después de muchos años los sistemas de salud han sido incapaces de desarrollarse a la par que las necesidades sentidas de la población. Los gobiernos de varios países así lo conciben y mencionan que en los industrializados esta situación se materializa en no haber abordado a tiempo los

problemas derivados de los estilos de vida favorecidos por la abundancia, a **pesar** de las grandes inversiones en el sector salud. (Carta de Ottawa, 1987).

Son innegables los adelantos alcanzados en la materia, pero mientras los países "desarrollados" reflexionan sobre los problemas derivados de la abundancia, la realidad de los países "subdesarrollados" se debate entre la vida y la muerte por factores ligados a condiciones básicas de vida (alimentación, vivienda, servicios, educación, etc.)

México, como país perteneciente a la otra realidad, la del grupo de países que aún no tienen resuelto los problemas de salud generados por la pobreza, ¿cómo se relaciona con estas políticas, pronunciamientos internacionales emitidos en foros, cumbres, etc.?, y ¿qué elementos se pueden retomar para ser utilizados en su beneficio y de acuerdo a sus realidades?. ¿a través de qué instancias se impulsan estas políticas y que obstáculos existen para su implementación?

Las interrogantes son muchas, y no pretendo ofrecer respuesta a ellas, voy a centrarme en ir aclarando cómo entender el campo de trabajo de la Salud Mental y en un segundo momento aventurar una posible propuesta para trabajar algunas problemáticas desde lo que podría entenderse como un primer nivel de atención, es decir, la educación y la prevención en Salud Mental.

Si bien es cierto que el concepto de la OMS, mencionado anteriormente, cita como partes centrales (dando una idea aparente de integralidad) de su definición lo físico, mental y social, lo cierto es que es ambiguo, dice todo y nada, se define tautológicamente y no es operativo.

¿Dónde existe un pueblo o personas con estas condiciones ? ¿Cuál es esa enfermedad cuya ausencia se menciona?

Por tal razón, sin contraponerlo, pero sí intentando como adecuarlo a la realidad particular, a la realidad micro, donde interactúan personas (mujeres,

hombres, niñas (os), ancianas (os) y jóvenes), para que esta caracterización dé cuenta de lo que les sucede y contribuya a explicarnos con una mayor riqueza y complejidad las problemáticas que las personas de carne, hueso y alma viven y sufren. Es decir, entiendo por Salud la capacidad que tienen las personas para controlar su ambiente, situación que le permita la toma de decisiones, es decir, favorecer su capacidad para identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y modificar o adaptarse al medio ambiente.

Esforzarse por construir una idea positiva que ponga el acento en los recursos sociales y personales así como en las aptitudes físicas. Así la Salud se percibe como la fuente de la vida cotidiana (Carta de Ottawa, 1987). Sin que esto implique negar la existencia de la enfermedad y la necesidad de su atención y curación.

De esta manera se puede considerar la existencia de una forma saludable de enfrentar la "enfermedad" integrándola en una vida plena.

Ahora también es importante observar la salud a través del cristal del género¹ interrelacionándolo con lo cultural, lo social y el medio ambiente. Así, hablar de Salud Mental vale sólo como énfasis en un aspecto regularmente relegado y dejado en segundo término por las instituciones de salud.

Me referiré a la Salud Mental de una manera amplia que va más allá de las "enfermedades psiquiátricas" (importantes, pero que no serán materia de estudio en esta tesis). El campo de trabajo tiene que ver con una gama de problemas que responden a pautas disímiles y variables culturales e históricas;

¹ En los últimos años los estudios de género han ofrecido un enfoque distinto al análisis de las problemáticas de salud, es decir, las formas de socialización masculina y femenina tienen una relación directa con los principales problemas de salud de hombres y mujeres (relación que ya se encuentra documentada), presentándose como una herramienta fundamental que enriquece de manera muy importante las explicaciones y causas de los principales problemas de salud, sacando del ámbito estrictamente médico y abriéndose necesariamente a la interdisciplinariedad.

es decir, que varían según la cultura, el momento histórico, la clase social, la etnia, el género y la edad.

La propuesta está pues en construcción y de pruebas múltiples, que mira a los "otros" como sujetos sociales, activos, encaminada a desarrollar una concepción participativa sobre su salud mental, es decir, desde los propios protagonistas. La vida cotidiana adquiere una importancia central sin perder de vista y enfatizando el (o las) sujetos de que se trate {mujeres, niñas (os), jóvenes, hombres, ancianas (os)} centrándose en un proceso de concientización y transformación de sus condiciones de vida.

La problemática de salud Mental

Es obvio el insuficiente trabajo en relación con la dimensión de la problemática de Salud Mental, incluido el alcoholismo severo y la drogadicción.

En los inicios de nuestra experiencia de trabajo este estuvo referido, al igual que todo el campo de la Salud a problemas que competen a la parte física del ser humano, sin percatarnos que gran parte de la problemática de salud actual está ligada a la mental, por ejemplo:

1. Las diversas formas de violencia (uno de cada 100 habitantes de la ciudad de México ha experimentado, de manera directa e indirecta un hecho violento en su hogar, CAVI, PGJDF, 1996) verbal, psicológica y física, que se presenta en un número indeterminado de familias (la ONU estima que en la actualidad 7 de cada 10 mujeres ha sido agredida en el planeta), afectando principalmente a las mujeres, niños y niñas. La

violencia entre hombres, con el homicidio como primera o segunda causa de muerte, el suicidio y la violencia hacia los niños de la calle.

2. La presencia creciente del abuso en el consumo de alcohol constituye la primera causa de muerte entre hombres adultos, si juntamos sus consecuencias directas (cirrosis e intoxicación aguda) e indirectas (violencia y accidentes) (Menéndez, E. 1990)
3. Existe también la certeza y reconocimiento desde algún tiempo, de que un altísimo porcentaje de padecimientos o causas de atención en cualquier consultorio, en especial con adultos, obedece a problemas sicosomáticos, es decir, problemas de origen emocional, que se manifiestan físicamente. Observándose cómo en realidad el cuerpo, la mente y las emociones son inseparables.

Por otra parte, y producto de diagnósticos participativos realizados con promotores de salud de distintas partes del país y centroamérica y con el equipo de Salud Mental de Prodissep, A.C², muestran las problemáticas más comunes que enfrentan en sus localidades:

- Enfermedades, trastornos o malestares con un fuerte componente físico, pero con un trasfondo generalmente tensional: dolores musculares, insomnio, gastritis, colitis, dolores de cabeza, trastornos del apetito, cansancio, desánimo, algunas enfermedades de la piel, etc.
- Problemas en la familia que tienen que ver básicamente con la pareja: sexualidad, educación de los hijos, y adicciones, principalmente alcoholismo.

² Es una red de grupos no gubernamentales que tienen más de 10 años trabajando en el campo de la salud comunitaria, aglutina a más de 40 grupos que trabajamos en diferentes zonas de México, destacándose por su enfoque educativo, preventivo y de promoción de la salud

- Angustias, tristeza y depresión como parte de situaciones problemáticas de tipo económico y/o social y los “duelos congelados”.
- Además de toda aquella problemática que no llega a los Centros de Salud ni a los equipos populares de salud sino que son atendidos desde la medicina tradicional, como el susto, los corajes, mal de ojo, etc. (De Keijzer, B., Reyes, E. y Ayala, G.: 1995).

Finalmente, con la introducción de los estudios de género esta perspectiva está permitiendo observar e incluir en esta lista problemáticas de la vida cotidiana, de las relaciones de poder entre hombres y mujeres y los recursos de participación social de las personas en tanto sujetos y ciudadanos³, como ya se reconoce en diversas instancias de representación en México.

- En las mujeres: fobia, histeria, depresión y diversas formas de violencia y discriminación entre cuya pluralidad de causas sobresalen las formas de socialización femenina, la represión de la sexualidad y las prácticas sociales relativas a la maternidad y sus consecuencias (Burin, M.:1991) y en los varones los accidentes, suicidios y homicidios vinculados al consumo de alcohol, como expresiones de machismo, temeridad y violencia; rasgos característicos de una socialización masculina (De Keijzer, B.: 1993).

La crisis actual y los estilos de vida en nuestro país continúan deteriorando de manera grave y drástica las condiciones de vida y de trabajo y como consecuencia la situación de salud física y mental, aunque esto no se refleje en la estadística oficial. Cada región del país presenta situaciones específicas que explican la gravedad de los problemas: desde la violencia familiar y doméstica, la situación de los grupos indígenas a lo largo y ancho del territorio, hasta las

³ *Asamblea*, órgano de difusión de la Asamblea de Representantes del D.F., Vol. 2. N° 18, julio de 1996.

tensiones , desempleo, inseguridad social y adicciones en las ciudades grandes y medianas, pasando por la migración y el desarraigo en los estados fronterizos del norte del país.

La visión hegemónica

Para conceptualizar teóricamente la propuesta de trabajo en Salud Mental fue necesario recurrir al Modelo Médico Hegemónico, como un concepto que da cuenta de la institucionalización del aparato médico y del sector salud, en términos de relaciones de hegemonía-subalteridad respecto de las ideologías y prácticas curativo-preventivas a nivel popular

El Modelo Médico Hegemónico es producto de un conjunto de prácticas y teorías desarrolladas por lo que se conoce como medicina científica de fines de siglo XVII. Este modelo posee conceptos, clasificaciones terapéuticas y metodologías, así como una legitimación dada por criterios científicos como por el Estado. Estas prácticas y saberes médicos tienen que ver también con una serie de funciones (normar, controlar, legitimar) que adquieren carácter dominante a nivel del sector salud y de los conjuntos sociales (Menéndez, E.: 1990).

Siguiendo a Menéndez, es en los países capitalistas metropolitanos, en los países de capitalismo dependiente y en los llamados socialistas de Estado donde operan estos procesos, abarcando también el campo de la Salud Mental.

Ha sido a través de los médicos psiquiatras y su cuerpo de conocimiento con los que define y explica los principales problemas de Salud Mental, de tal manera que son los mismos psiquiatras los que están autorizados para tratar estos problemas, diseñar programas, atender pacientes, etc. Donde la biologización, la ahistoricidad y asociabilidad de los procesos mentales, el uso indiscriminado de fármacos y el tratamiento hospitalario y en algunas ocasiones terapia psicoanalítica (que surge con la II Guerra Mundial y la llegada de otras visiones y discursos provenientes de otras áreas "auxiliares" de la medicina,

Psicólogos, Sociólogos, Trabajadores Sociales, etc., ampliando el discurso médico hasta desarrollar una perspectiva denominada *Psicodinámica*)

Son los instrumentos clásicos de esta disciplina (Guinsberg, E.: 1981). Esta visión va construyendo una hegemonía que busca la exclusión ideológica y jurídica de cualquier otra alternativa de atención, sin embargo, el conflicto se resuelve con la transformación de las otras prácticas y saberes curativo-preventivos, sin destruirlos, sino generando soluciones de complementariedad (Menéndez, E. 1990)

Es así como dentro de este marco conceptual se inscribe esta experiencia de trabajo en Salud Mental realizada con varios grupos subalternos en diversas partes del país y dentro del campo de la salud en general.

Sin embargo la organización social ideológica, económica y política que impera sobre las prácticas médicas a través de mecanismos de reproducción social, favorece que la visión hegemónica se establezca como rectora, de los parámetros de lo *normal* y lo *patológico*, defina límites entre una y otra; clasifique según sus criterios y determine terapéuticas, elaborando un lenguaje propio a través del cual ejerce un poder y control principalmente sobre el *enfermo*.

Ha sido hasta fechas recientes que el campo de la Salud Mental se va construyendo mediante paradigmas que no corresponden con el dispositivo social cuya significación está marcada por el discurso médico dominante. (Burin, M. 1991, Botinelli, C. 1994, Farias, P, Miranda, R. 1994). Indiscutiblemente que estos han sido inspirados teóricamente con aportes fundamentales de M. Foucault y Pichón Riviere (de este último hago algunos comentarios a uno de sus trabajos más adelante).

La visión marxista

Quiero advertir que no pretendo una revisión profunda de autores que intentan articular psicoanálisis y marxismo como fundamento para una práctica en Salud Mental. En cambio si me interesa citar aportes y reflexiones de algunos que sirven de marco teórico y fundamento para el desarrollo de esta línea de trabajo.

La corriente psicoanalítica con su representante principal S. Freud ha generado estudiosos que tienden a vincular los criterios psicoanalíticos con valoraciones sociales desde Erich From a W. Reich, este último con influencia fuerte y directa del marxismo.

Ambos retoman la importancia de los impulsos que señala Freud pero “entendiendo que las limitaciones a las mismas son consecuencia de un proceso biológico que surge a la vida, incorporado a un contexto sociohistórico superador de lo meramente biológico para llegar a lo que es prototípico y distintivo del ser humano y su civilización (Guinsberg, E.: 1981).

Es del psicoanálisis ortodoxo que inicialmente se desprende una corriente denominada “culturalista” (Fromm, Horney, Sullivan), posteriormente otra ya más ligada al marxismo (W. Reich) que alcanza su apogeo en los años 70 con una creciente ideologización de sectores profesionales en Argentina.

Dicha ideologización se da básicamente por dos situaciones: una imposibilidad de negar los efectos concretos (en la práctica terapéutica) de un mundo cada vez más conflictuado, efectos presentes en las fantasías, delirios, sueños, etc., de todos y cada uno de los pacientes. Imposible ya el intentar explicarlo y reducirlos al mundo interior de los sujetos.

En segundo lugar, un hecho político que impacta de manera inmediata en consecuencias teóricas y terapéuticas; es la creciente lucha de los pueblos por su liberación.

Surgiendo así prácticas terapéuticas que intentan traducirse en propuestas teóricas, iniciando de esta manera una ruptura de la visión cerrada e individualista que caracteriza gran parte de la psicología (Guinsberg, E.: 1981).

Siguiendo con Guinsberg, este hace referencia a un economista (P. Baran) que explora de manera interesante al “hombre” concreto de la sociedad capitalista. ¿Y a la mujer concreta no?, aún con su sexismo, su análisis es importante por la luz que arroja en su intento de articular la clase social con la Salud Mental. Por lo cual va algo más de él.

“Para Baran, la clave se encuentra en lo que denomina racionalidad total (alta eficiencia de funcionamiento de las empresas, etc.), en discrepancia con la racionalidad parcial (funcionamiento global de la sociedad: desocupación, hambre, etc.): la consecuencia de tal discrepancia es la alienación del hombre, de sus medios de producción, alienación que ha ido marcadamente en aumento en la historia del capitalismo y que está fuertemente acentuada en su actual fase monopolista” (Guinsberg, E. : 1981).

La concentración de inmenso poder en pocas manos favorece el distanciamiento entre los medios de producción y el sujeto, que lo vive como un poder exterior y superior que lo domina y que es inaccesible su control.

Estas vivencias se reflejan en la estructura psíquica de los individuos, ya que tienen que adaptar sus potencialidades al funcionamiento de dichos medios, como única manera de participar en el proceso productivo.

Aventura también dos conclusiones que bien podían ser elementos para una teoría de la neurosis. La irracionalidad y la agresividad del ser humano como

producto de un sistema de normas, procedimientos, hábitos de pensamiento que no satisfacen ya las necesidades humanas sino por el contrario obstaculizan y limitan su desarrollo, es decir, la irracionalidad y agresividad no tienen su origen en la naturaleza humana, sino que expresan su resistencia a aceptar como única vía la racionalidad capitalista. La segunda tiene que ver con la casi anulación de la espontaneidad del ser humano. "La espontaneidad pasa a ser desdeñada y temida no solo como fuente de desorganización en la rutina productiva, sino también como una amenaza a la estabilidad del orden social" (Guinsberg, E. : 1981).

En síntesis, la actitud racional orientada hacia el mercado y la supresión de la espontaneidad inducida por él, ajusta por igual a los privilegiados y no privilegiados a los requerimientos del sistema capitalista, negando partes humanas como la libertad para el desarrollo individual y la capacidad para experimentar gratificaciones sensoriales, bloqueando su afectividad y fomentando una agresividad disciplinada y dirigida hacia el "éxito", eliminando a sus rivales en la competencia (Marx lo denominaba alienación del hombre sobre sí mismo).

Otro autor que nutre la perspectiva marxista es G. Berlinguer. El dice que las enfermedades mentales son las más humanas. Berlinguer explora principalmente el ámbito del trabajo en la búsqueda de relaciones entre lo social y la psique del "hombre" en su época histórica y descubre que "donde la explotación es más primitiva se empobrecen las funciones humanas más simples (desnutrición, fatiga muscular, etc.); pero donde la explotación está más perfeccionada, resultan afectadas funciones más evolucionadas; no ya (o no sólo) las de la vida vegetativa, sino las de la vida de relación" (Guinsberg,

E., : 1981). Observa asimismo que la depresión es el problema más frecuente y lanza una explicación psicosociológica.

“La causa debe buscarse en la mayor conciencia actual de la necesidad de enfrentar problemas, que el hombre no sabe solucionar y que debido a ello se habrá perdido la fe en sí mismo, en los objetivos afectivos, en la relación con el prójimo, en la capacidad de experimentar placer” (Guinsberg, E.: 1981).

Otro autor que destaca y que se inscribe en esta línea marxista es Caruso I. El intenta replantear la visión psicoanalítica en relación con la sociedad, señala que “el psicoanálisis es la crítica de las motivaciones individuales de un proceso general, pues el proceso histórico es vivido y representado individualmente”(Guinsberg, E.: 1981).

Con Caruso se genera una especie de socialización del psicoanálisis, por decirlo de alguna manera, éste será social en tanto comprenda que analiza intercambios sociales y al mismo tiempo es influido por ellos, cambiando la perspectiva de las categorías freudianas; los “mecanismos de defensa” son mecanismos de intercambio, entre el hombre y el mundo, la “naturaleza del hombre es lo cultural y lo social, provocando con esta concepción también cambios en el objetivo de la terapia psicoanalítica (Guinsberg, E.: 1981).

En contraposición a la visión hegemónica, esta aproximación se ubica como una posición contraria y hasta antagónica, acerca de la salud Mental refiere: “El concepto de Salud Mental no debe ser considerado en ningún caso dentro de una perspectiva de liberación de una enfermedad, menos de un padecimiento biológico. Debe concebirse como la realización del ser humano como ser social” (Gómezjara, F.: 1981).

Pero, y bien, ¿cómo concretizar esto en la práctica?

Se puede pensar incluso que no puede mejorar la Salud mental de la población hasta en tanto las contradicciones de clase no estén resueltas ya que “la Salud Mental se encuentra relacionada sobre todo con la estructura de clases existente, es decir, propietarios de los medios de producción (burguesía), y no propietarios de los medios de producción sino sólo de su fuerza de trabajo (obreros, campesinos, profesionistas, empleados, subempleados) lo que implica situaciones existenciales determinadas de antemano por la posición clasista a la que se pertenece” (Gómezjara, F.: 1981).

Sí bien sus referencias a la estructura de la sociedad tienen fundamento, su discurso parte del referente de enfermedad, igual que el discurso hegemónico, es decir ambas posturas, la hegemónica y la marxista aún con categorías distintas tienen su punto de partida en la enfermedad, sea ésta biológica o social y con esto no quiero decir que no sea importante atender la enfermedad, sino que esta experiencia de trabajo enfatiza en la Salud, y más específicamente en las prácticas colectivas que contribuyen a la Salud Mental.

De esta manera, cuando hablo de salud Mental no estoy reduciendo a las personas a sus procesos psicológicos internos, ni me refiero solamente a un actuar positivo de tal o cual persona, ni explico las problemáticas como consecuencia mecánica de la estructura social., sino que además lo hago tomando en cuenta su condición y situación de género, así como su edad y la etnia a la que pertenecen, es decir, no se puede referir al “hombre”, subsumiendo a todos los sujetos bajo este concepto, tenemos que explorar qué sucede en su interacción a mujeres, hombres y niñas (os), ancianos (as) y adolescentes.

Un enfoque más amplio e integral de la salud Mental sería pues aquel que tenga como ejes de análisis:

- a) **La relación dialéctica entre el individuo y el contexto sociocultural.**
- b) **La relación entre lo físico y lo psíquico en un enfoque que no divida al individuo.**
- c) **Las diferencias en las problemáticas determinadas por las relaciones de género.**
- d) **Relación entre asistencia y prevención, elementos complementarios de un proceso de abordaje integral de la comunidad y sus necesidades.**
- e) **La búsqueda permanente del bienestar y la calidad de vida.**

“Dentro de este enfoque la categoría de salud--enfermedad dependen de la relación conocimiento científico-modo de producción dominante en las diversas culturas. Implica no atarse a juicios de valor, sino desarrollar una práctica que tome en cuenta las necesidades del campo, la participación de la población en la planeación, implantación y evaluación de una respuesta a la problemática sociocultural (factor determinante del fenómeno Salud-Enfermedad Mental) el trabajo grupal e interdisciplinario como la metodología adecuada para plantear nuevos conceptos que den cuenta y enriquezcan esta práctica (Weinstein, L.: 1977) (el subrayado es mío) .

Capítulo 2

El abordaje de las problemáticas de la Salud Mental

El abordaje de las problemáticas de la Salud Mental

La necesidad de contar con estudios e investigaciones que documenten nuestra experiencia de trabajo en Salud Mental, que le proporcionen categorías de análisis para la sistematización, y con esto favorecer la articulación de un marco teórico, me condujo a revisar el trabajo de dos autores: Ignacio Martín-Baró y Armando Bauleo. Intento trazar algunos puentes desde la psicología social, que coadyuvan a resolver el cómo abordar algunas problemáticas de Salud Mental desde el campo educativo.

Este abordaje pretende diferenciarse de lo que están haciendo las instituciones psiquiátricas y los diversos tipos de terapeutas privados. Este trabajo orienta su quehacer desde otro sujeto social, es decir, desde las llamadas Organizaciones no gubernamentales (ONG's)

He optado por la Psicología Social como un pilar teórico que me proporciona elementos e instrumentos de análisis de la realidad social para la construcción de una propuesta de trabajo en el campo de la Salud Mental, específicamente para su abordaje educativo preventivo.

Posibles puentes desde la Psicología Social

Ignacio Martín-Baró hace un análisis y revisión de la Psicología Social desde su surgimiento y posterior adscripción a las ciencias sociales, este análisis y revisión es desde un punto de vista crítico a la que ha sido la posición más aceptada y difundida principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica. Al desarrollar esta visión crítica Martín-Baró sienta las bases filosóficas de otra

Psicología Social que enfatiza el mostrar los procesos objetivos de producción y reproducción social, y la adopción de un enfoque global sobre el objeto de estudio, es decir, su punto de partida es, en palabras del mismo Baró: “La realidad cotidiana tal como es vivida por la mayoría de la población de Centroamérica y más particularmente la salvadoreña”. Y continúa: “Elegimos precisamente aquellas situaciones, procesos y fenómenos que nos parecen reflejan mejor los conflictos claves que afronta hoy el pueblo centroamericano (Martin-Baró, l. *Fecha*).

De ese modo es claro que la Psicología Social no es sólo la Psicología de los grupos, no puede reducirse solamente al funcionamiento de los grupos grandes o pequeños, es decir, lo social no es lo mismo que lo grupal, aunque todo grupo humano sea obviamente de naturaleza social, donde lo específico social es la acción de individuos o grupos en cuanto referida o influida por otros individuos o grupos.

Las personas no nos encontramos en el vacío, tenemos historia, actuamos en diversas situaciones o circunstancias sobre redes de múltiples vínculos sociales. Baró también sintetiza en tres preguntas la sustancia de tres enfoques fundamentales de la Psicología Social: *¿qué nos mantiene unidos en el orden social establecido?*, *¿qué nos integra al orden establecido?*, *¿qué nos libera del desorden establecido?*

Identificándose con la tercer pregunta que se convierte en un enfoque relativamente nuevo, y sin pretender desplazar a las otros dos, sus presupuestos críticos permean todos los ámbitos explorados, así se pueden ubicar tres perspectivas nuevas: la visión de la realidad social como construcción, el enfoque conflictivo del orden social y el papel político de la Psicología Social.

Por lo tanto, aunque el orden social sea un necesario marco de referencia, este no lo hace criterio normativo respecto a las personas y grupos. Por lo tanto si es importante saber qué integra a las personas al orden social establecido, más exigencia es saber cómo las personas pueden cambiar ese orden, liberarse de sus exigencias e imposiciones y construir un nuevo orden social diferente, más justo y más humano (Martín-Baró, Y. : s/fecha)

Con estos elementos, Baró se hace una pregunta central, ¿en qué medida una acción ha sido configurada por el influjo de otros sujetos y de qué manera su sentido total le viene precisamente de su referencia esencial al ser y hacer de los demás? De ahí se desprende la necesidad de la búsqueda de la significación social de las acciones

Así pues, para Baró, la Psicología Social estudia el comportamiento humano en la medida en que es significado y valorado, donde lo valorado y significado relaciona a la persona con una sociedad concreta. Esta es una ciencia parteaguas, que intenta mostrar la conexión entre dos estructuras: la estructura personal (la personalidad humana y su consiguiente quehacer concreto) y la estructura social. La Psicología Social examina ese momento en que lo social se convierte en personal y lo personal en social, ya sea que ese momento tenga carácter individual o grupal, es decir, que la acción corresponda a un individuo o todo un grupo.

“La Psicología Social, como el estudio científico de la acción en cuanto ideológica”, (Martín-Baró, : s/fecha) donde la acción es una síntesis de objetividad y subjetividad de conocimiento y valoración, no necesariamente consciente. Entendiendo por ideología una falsa conciencia que presenta imágenes que no corresponden a la realidad, a la que encubre y justifica a partir de los intereses de la clase social dominante.

Baró también subraya la necesidad de trabajar desde la visión del dominado. No obstante esta elección demanda del profesional una serie de valores por los que el profesional puede o no optar en la vida.

Este planteamiento de trabajar desde la visión del dominado abre una veta de enorme riqueza, aunque compleja el análisis, ofrece la oportunidad también de que las posibles alternativas surjan precisamente desde los que sufren el problema.

A través de diagnósticos participativos con diversos grupos de población que hemos trabajado se han generado resultados muy interesantes:

1. Favorecer que la persona que sufre la problemática, la pueda describir tal como la vive y siente. Es decir, se abre un espacio de escucha para que la persona exprese su sufrimiento y malestar.
2. Al escuchar que existen otros (as) con problemáticas semejantes, y cómo la han enfrentado, se da un intercambio favorecedor de un ambiente colectivo ante el problema (un sentimiento de no estar solo).
3. Se generan alternativas creativas y novedosas, al mismo tiempo que las personas entran en un proceso de empoderamiento⁴ al tener el control de problemáticas que en otro contexto les resultaban ajenos e inaccesibles, provocando actitudes de dependencia de otros (médicos, terapeutas, etc.).

Quiero aclarar que sin pretender ser terapéutico este trabajo, la metodología utilizada facilita el proceso de aprendizaje (ya que el trabajo es fundamentalmente educativo) y provoca efectos terapéuticos.

⁴ El concepto de empoderamiento lo utilizo en el sentido de un poder de autoafirmación y no de dominio sobre otras personas.

Trabajar en salud Mental con el lente de los estudios de género con diversos grupos, desde la visión del “otro” (dominado, oprimido, etc.) es actualmente un trabajo que venimos desarrollando con el equipo de Salud y Género A.C.⁵ (influido de manera importante por el laboratorio de masculinidad inicialmente y después por el seminario de masculinidad del PUEG). Aunque en este trabajo no voy a profundizar, lo menciono como parte de los resultados ya que para mí representa un punto de llegada, pero también de partida hacia nuevos retos.

¿Cuál es la relación entre masculinidad hegemónica y el malestar de las mujeres? ¿Cómo se construye la Salud Mental de los varones? ¿Cuáles son los costos en la salud de los hombres, dada su condición social de privilegio? Estas son algunas preguntas que nos hacemos y que estamos trabajando y en otro trabajo desarrollare.

Coincidiendo con Baró, algunos de los fundamentos teóricos que están atrás de la metodología educativa en el trabajo de Salud Mental llevan implícito:

- a) Desarrollar una visión de la salud como construcción.
- b) Un enfoque conflictivo del orden social.
- c) Un papel político de la Psicología Social.

De la lectura de Armando Bauleo recupero elementos del grupo, la estructura grupal, así como aportes para el análisis del proceso grupal, como otro posible puente desde la Psicología Social para el trabajo en Salud Mental.

Si se pudiera recortar la Psicología Social como una disciplina que se ocupa de la mediación en la relación individuo sociedad, el grupo es un modelo y un hecho de mediación imposible de dejar de lado. Es decir, atenderá lo que

⁵ Salud y Género A.C. Somos un equipo mixto (mujeres y hombres) de profesiones diversas que nos dedicamos a realizar trabajo de capacitación, asesoría e investigación en salud con perspectiva de género a grupos e instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

sucede a los sujetos, pero simultáneamente el modo de producción y la clase social: el momento histórico social e individual.

De entrada pareciera que existe una contradicción entre Baró y Bauleo en relación a su concepción de grupo, ya que mientras Baró señala claramente que la Psicología Social no se reduce a la Psicología de los grupos, para Bauleo es lo central de su propuesta. Cabe señalar sin embargo que cuando Bauleo se refiere al grupo no se ubica dentro de la corriente tradicional de dinámica de grupos, de la cual Kurt Lewin explicita que esta vertiente no es Psicología Social.

Se hace necesario referir aunque brevemente la concepción de grupo desde la óptica de Bauleo. Como inicio, él distingue la experiencia grupal del concepto de grupo. Este último implica que se está hablando desde la posición de quien observa o facilita la experiencia grupal, pero aunque experimenta la vivencia su función le permite un "descentramiento", es decir, un guardar cierta distancia que permite operar e interpretar lo que a los otros les sucede.

Esta función junto con las funciones de los integrantes van conformando estructura que posibilitan el desarrollo del movimiento grupal.

Cuando habla de grupo se refiere a estas estructuras, a esta instancia y no a la experiencia como tal. "Esta instancia imaginaria, construida por el aporte de los integrantes del grupo real, va a mantener posteriormente cierta autonomía de ellos y va a intervenir provocando o estimulando ciertos comportamientos en aquellos mismos integrantes. El poder de esa estructura está posibilitado por las aspiraciones ahí depositadas, por las proyecciones y por su carácter mítico que la constituirá en tótem, por el cual se deben efectuar ciertas acciones para cumplir la ley que ese mito objetiviza (Bauleo, Armando,; s/fecha).

Los grupos pueden ser muy diversos: de aprendizaje, terapéuticos, trabajo, autoayuda, etc. ¿Cómo sería pues la acción en cada uno de estos grupos? Entendiendo por acción las transformaciones realizadas en el medio social, a través de sus integrantes o como grupo en su totalidad y no el accionar interno de su trabajo.

Es en este contexto que se debe ubicar el accionar de un grupo y no perderse en acciones sin planificación en el exterior grupal.

Toda la parte operativa de la propuesta del trabajo en Salud Mental es a través de grupos, temática estudiada por él, así como por Enrique Pichón-Riviere, para la coordinación y facilitación del trabajo en los talleres de capacitación son retomados aspectos que profundizaré más adelante, ya que también encuentro un cruce o articulación de lo planteado por Bauleo con la educación popular.

Como ya se ha mencionado, la tarea esencial de esta propuesta es educativa, es decir, abrir espacios que favorezcan la generación de procesos de reflexión y análisis a través de los grupos interesados en la problemática de salud.

Otro aspecto fundamental de la propuesta tiene que ver con la participación social de los sujetos y es en el grupo precisamente, como dice Bauleo, donde se dirime permanentemente la plenitud e impedimentos de la participación social de los sujetos.

Es decir, los grupos con los que trabajamos se convierten en microespacios donde se favorece una relación horizontal, se recupera la palabra de cada participante, tomándose en cuenta su experiencia y sus saberes en salud.

Siguiendo a Bauleo, esta estructura imaginaria proporciona al grupo cierta atmósfera de convivencia, de pacto, de secreto y receptáculo de inquietudes. Nos descifra también que existe otro nivel propio del grupo, que es la aparición

de un código del grupo (el secreto, el paso de la individualidad a lo grupal, la instalación de la identidad grupal y la historia de lo que sucede). Otros autores junto con Bauleo, observan que es posible diferenciar tres etapas en el desenvolvimiento grupal: indiscriminación, diferenciación y síntesis.

El reconocer que existe teoría, investigación y práctica en la temática de grupo nos ha permitido acercarnos a ese trabajo potenciando las posibilidades del nuestro, es decir, toda esta teoría lleva una intención que va más allá del grupo mismo: y esta es pasar de la contemplación a la transformación. Entendiendo que el grupo es como una mediación entre sujeto y sociedad en un espacio-tiempo en el cual se entrecruzan estructura mental y estructura social.

El coordinador, terapeuta o responsable, junto con las reglas formales explicitadas previamente, serán los elementos que indicaron el sistema institucional en el cual el grupo se inscribe.

Dos líneas de acción y el horizonte de la problemática

Inicio con recortar lo que para esta propuesta significa el abordaje de la problemática en Salud Mental:

- a) Está orientada hacia un trabajo educativo y preventivo bajo los conceptos de promoción de la salud.
- b) Surge al interior de un trabajo de formación de promotores de salud, es decir, no se pretende formar promotores de Salud Mental sino que los promotores de salud ya formados incorporen en su repertorio la visión de la Salud Mental como un recurso complementario para su práctica en el

campo de la salud, es decir, trabajar en salud como una sola, integralmente.

En los años 70 la OMS, junto con todos los países del mundo, define su política de salud, y como forma de implementarla una estrategia denominada Atención Primaria de Salud (APS), donde la salud mental es incorporada de manera integral y relevante. hablar ahora en la actualidad de APS y Salud Mental específicamente nos conduce a ubicarnos en un punto de partida para el abordaje de las problemáticas de Salud Mental.

Es necesario también contar con un panorama epidemiológico de la situación de Salud Mental, destacando que no se trata de una epidemiología que responda solamente a los criterios derivados del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, E.,: 1990) sino más bien una epidemiología sociocultural (ver Hersch, P.), es decir, donde se incorporen también malestares, sufrimientos psíquicos y padecimientos de la medicina tradicional, que si bien no son conceptualizados como de Salud Mental entran en relación con las emociones, los afectos y la subjetividad. Apunto también que sería muy interesante incorporar en la epidemiología un enfoque de género, que diera luz sobre las problemáticas de hombres y mujeres para ir desentrañando no solamente la multicausalidad de las problemáticas sino cómo se construyen dichas problemáticas (Turbet, S., : *s.fecha*).

“En la mayoría de los países las causas principales de defunción son la violencia, ocurren 1250 muertes violentas y miles de heridos. Según la OPS en México las muertes violentas, constituyen la 2ª causa de muerte en los hombres de 15-24 años y el homicidio 12 veces mayor que el de las mujeres (OMS-OPS, 1990).

La mortalidad del hombre mayor de 45 años en es el doble de la mujer, y la primera causa de muerte en estos hombres son los accidentes, la segunda el homicidio y la tercera la cirrosis hepática. El suicidio es mayor en los hombres, el alcohol está presente en el 60% de los accidentes, en el 50% de los suicidios y en el 57% de las detenciones" (Menéndez, E., 1990)

En un programa de radio reciente (enero de 1997) escuché de la Dra. Obregón, de Coesida en el Estado de Querétaro, que el Sida se convirtió en la tercera causa de muerte en varones a nivel nacional

"La quiebra de la familia, demostrada en la mayor tasa de divorcios y separaciones y en el debilitamiento de los lazos entre generaciones, dificulta la educación de los hijos, hace más vulnerable a las familias afectadas y puede contribuir a la desintegración de la comunidad" (OMS-OPS, 1975).

Por otro lado, es importante señalar que todas las formas de estrés social inciden directamente en la Salud Mental de hombres y mujeres (aunque no de la misma manera) y no se favorecen mecanismos de compensación que las sociedades humanas han ido desarrollando, y existe una tendencia cada vez más clara a cubrir o menospreciar los impactos que tiene en la población la problemática de la Salud Mental favorecida incluso por la estadística demográfica, ya que ésta mide tradicionalmente mortalidad mas que morbilidad subestimándose su dimensión real en la función social y laboral así como en la calidad de vida, situación que no se refleja en la mortalidad propiamente dicha.

Aunque la situación de Salud Mental es difícil de medir vale la pena ir planteando la necesidad de hacer seguimiento de problemas importantes como la violencia, el suicidio, los problemas psicosomáticos y las adicciones.

Cada vez es más evidente la necesidad existente en el campo de la Salud Mental de estudiarla con la perspectiva de género, de reconsiderar y analizar la

situación específica de mujeres y hombres así como su interrelación. Podemos observar problemáticas donde los varones somos actores principales, afectando a mujeres y niñas (os) y a otros hombres también. Problemáticas que al ser abordadas desde la visión de los varones, con un sentido autocrítico, nos reflejan que todas estas tienen elementos en común y que están estrechamente relacionadas con la socialización de género, es decir, con las maneras y las formas en que somos educados los varones y las mujeres en esta sociedad (De Keijzer, Herrera, Reyes.: 1994).

También es cierto que distintos autores se han ocupado de estudiar la frecuencia de los trastornos mentales específicos para cada sexo, afirman que existe un predominio de las mujeres en las neurosis (en relación tres a uno con respecto a los hombres), en las depresiones (de dos a uno a tres a uno), en las psicosis seniles, en los intentos de suicidio (de tres a uno a cinco a uno), en la anorexia nerviosa (diez a uno), etc. Los hombres predominan en cambio en las toxicomanías y en los trastornos sociopatológicos (cinco a uno), y en las hospitalizaciones por retraso mental (dos a uno) (Turbet, S.: s/fecha).

Como podemos apreciar, el comportamiento humano está muy relacionado con las causas de enfermedad y muerte, sobretudoo entre los jóvenes, tanto en países en desarrollo como en los desarrollados (OMS-OPS, :1975).

Y si a este panorama le agregamos los altos índices de alcoholismo y farmacodependencia, que año con año incrementan cifras de modo preocupante, incorporando nuevos actores como mujeres y niños.

“Prácticamente todas las encuestas corroboran que junto con el tabaco, el alcohol es la droga de mayor consumo en adolescente; las mismas señalan que entre un 30% y un 60% de los adolescentes, entre los 14 y 18 años, beben” (Menéndez, E.: 1990).

Asimismo, “si la juventud que hoy fuma continua haciéndolo, la mitad de ellos perecerá por su hábito, y de esa mitad, el 50% fallecerá a mediana edad. De persistir las actuales tendencias de fumar, en los próximos 30 o 40 años, la epidemia del tabaco será responsable de la muerte de 10,000 personas al año y el 70% de aquellas ocurrirá en los países en desarrollo” (comentarios hechos por el director de la OMS, Hiroshi Nakajima, con motivo de la celebración a nivel internacional del Día Mundial sin tabaco, 31 de mayo de 1995, *La Jornada*).

También diversas fuentes de información indican que el consumo femenino de alcohol es más bajo que el consumo masculino, sin embargo, el análisis de datos hospitalarios establece que se estaría dando un incremento del consumo y de la patología femenina, pasando la relación de bebedores problema de una mujer por cada nueve hombres a 5 mujeres por cada 9 hombres (Menéndez, E. : 1990).

Algunos conceptos y prácticas educativas

La necesidad nos ha llevado a desarrollar una estrategia doble, es decir, mientras se profundiza y amplía el concepto de Salud Mental se va construyendo una propuesta educativa que se va haciendo al andar.

A través de un proceso educativo donde la misma población define su problemática de Salud Mental de manera colectiva en pequeños grupos, rescatando el valor de su cultura, costumbres, formas de pensar y de abordar los problemas.

El ámbito de este abordaje es el de la promoción de la Salud a través de acciones educativas a nivel comunitario rural y/o popular, priorizamos las

tareas educativo-preventivas por sobre las asistenciales, procurando un enlace con los diferentes niveles de atención.

Finalmente, una dificultad que se percibe en la implementación de acciones bajo esta visión es que hasta hoy parece un espacio vacío de profesionales que se dediquen a desarrollar esta línea en el terreno de la promoción. Por definición los programas de Salud Mental son multidisciplinarios y multisectoriales, por lo que no hay ningún grupo profesional natural que pueda asumir la responsabilidad central de su gestión.

“A menudo los psiquiatras se desinteresan de los aspectos psicosociales de la salud, la asistencia sanitaria y el desarrollo social, por otra parte, los expertos en salud pública carecen a veces de experiencias psicosocial y clínica para ocuparse del tratamiento de enfermos mentales” (OMS-OPS, : 1975).

Mientras que “la demanda actual de psicólogos para la acción comunitaria se ha materializado ya en una psicología comunitaria relacionada sobre todo con programas y acciones para la salud mental” (Javiedes, L. León, E. Careaga, G., 1987).

Sin embargo, aún son pocas las acciones y programas que estén orientados sobretudo a desbloquear la falsa respuesta que representa el síntoma, para establecer la pregunta y abrir el proceso de búsqueda de propuestas más constructivas y esto sólo es posible si se intenta develar el sentido de la demanda formulada inicialmente al sistema médico, entendiéndola como una demanda de reconocimiento, incorporando todos aquellos síntomas que no son demandados al sistema médico, porque son considerados “naturales” o propios de la situación de las mujeres y de los hombres, y porque no son retomados por la epidemiología tradicional (Turbet, S.: s/fecha).

Capítulo 3

Hacia una propuesta educativa en el trabajo de educación para la Salud mental

Hacia una propuesta educativa en el trabajo de educación para la Salud mental

Una perspectiva popular

Hablar de lo popular en el trabajo de educación para la salud mental puede parecer un tanto extraño. Al plantear una perspectiva popular me refiero a hacer un intento para tratar de mirar desde el "otro", donde ese otro son los explotados, grupos minoritarios, marginados, etc.

Esta perspectiva representa un reto, pues además de intentar la mirada desde el "otro" pretende también al mismo tiempo les sea de utilidad a ellos mismos y así diseñar un modelo teórico-metodológico con y para estas poblaciones. Donde un primer momento consista en entender la lógica de los elementos que constituyen su práctica, experiencia y conocimientos y como se pueden enriquecer con otros conocimientos. Me refiero a las prácticas terapéuticas que podríamos llamar como de un primer nivel de atención (y sin que a esta la llamen así), que los mismos grupos sociales han sido capaces de desarrollar ante la existencia de problemáticas, y sin mas medios que su gran capacidad solidaria, humana y de "sentido común", situación que en el campo de la salud los pueblos indígenas han desarrollado muy ampliamente.

Las prácticas populares de apoyo y prevención que parteras y médicos tradicionales conocen y manejan, frente a la gran variedad de dificultades y crisis de la vida cotidiana, para estudiar y revalorar la importancia y efectos de la religiosidad popular y la contribución de las redes sociales de vecinos y de parentesco que ayudan a hacer mas llevadera la vida. (De Keijzer, B. :1994)

Todo este proceso es producto de “Una riqueza cultural entendida a través de generaciones, con orígenes prehispánicos, que aporta una visión diferente a la de la medicina occidental pues se considera que esta es fragmentaria, biologicista, deshumanizada y mercantilizada, mientras que el tipo de atención popular es holista, solidaria, integradora por si misma a un marco teórico, en dónde se da la armonía con la naturaleza, el cuerpo y el grupo social”. (Guerrero, G. 1988).

En México, algunos estudiosos de la medicina tradicional como Villa Rojas, Aguirre Beltrán y Carlos Zolla nos ofrecen muchos estudios e investigaciones acerca de las respuestas desarrolladas por los pueblos indígenas para enfrentar todos aquellos problemas relacionados con la salud, sin embargo en esta tesis no pretendo profundizar al respecto, solamente quiero enfatizar el amplio y profundo conocimiento existente a nivel doméstico y popular así como de la medicina tradicional que interactúan conformando una amalgama cultural de saberes, para dar paso a un verdadero sistema de salud negado permanentemente por la visión médica hegemónica.

Una perspectiva popular sería pues, con y para los sectores explotados, marginados, etc. comprendiendo sus saberes, su conocimiento, develando sus elementos educativo-preventivo articulándolos en un modelo teórico metodológico.

Aportes de la educación popular

La educación popular representa un recurso importantísimo para el trabajo de educación para la salud mental, pues existen múltiples y variadas experiencias en diversos ámbitos (capacitación técnica, formación política, alfabetización, salud, etc.) que siguiendo una serie de premisas básicas de cuestionamiento y crítica a la Pedagogía dominante, recuperando la existencia en lugar de repetirla, medirla y cuantificarla traduciendo este repensar en una práctica social que va definiendo el concepto mismo de educación popular, es decir donde este se va construyendo y modificando permanentemente. (Nuñez, C. 1990).

Así la educación popular es aquella que “busca constituirse, a través del proceso pedagógico que realiza, en un instrumento al servicio de las clases populares a través de fortalecer y desarrollar la conciencia y la organización de clase.” (Céspedes, E. y Col.: 1983).

Contribuyendo a la organización del pueblo no nada más en la lucha contra el sistema capitalista, sino adoptando actitudes más propositivas y construir a través de procesos autogestivos, nuevas alternativas a sus problemas, diferenciándose de procesos micro de desarrollo, ubicándose más cerca de un sentido histórico de transformación. (Nuñez, C. 1990.)

Oscar Jara nos dice “Partir de la práctica, teorizar sobre ella y regresar a la práctica; partir de lo concreto, realizar un proceso de abstracción y regresar de nuevo a lo concreto” (Jara, O. : 1982). Es decir la educación popular basa su planteamiento metodológico sobre la teoría dialéctica del conocimiento. Lo concreto es la práctica, lo que la persona sabe, vive y siente partiendo de las distintas situaciones y problemas que tiene que enfrentar en la vida cotidiana.

Esto facilita el proceso educativo y despierta mayor interés en los educandos pues toma en cuenta sus necesidades, sus experiencias, su manera de sentir y de percibir las cosas.

¿Qué es la educación popular? Intentare una síntesis de las características mas importantes de la educación popular que considero se articulan de mejor manera en el trabajo de salud mental:

Es concientizadora: Entendiendo por concientización un proceso que busca que la visión del mundo de los participantes en un proceso educativo se desarrolle hacia la clarificación de la razón de sus problemas, y de sus causas, así como la flexibilidad suficiente para buscar permanentemente alternativas de solución que contribuyan en la transformación de las situaciones que se viven.

Enfatiza en la comprensión de que la realidad es algo cambiante y en transformación constante y por lo tanto las personas pueden influir sobre ella y tener un papel protagónico. También ofrece una visión total de la realidad, en la que todo está vinculado y tiene una razón, donde los fenómenos históricos se relacionan con los acontecimientos económicos, políticos y viceversa.

Es política: Su intención es la socialización de los conocimientos; El conocimiento en general ha sido un símbolo de poder y se ha concentrado en pequeños grupos, la educación popular contribuye a la socialización del conocimiento en diferentes campos para que el pueblo organizado pueda con más lucidez y herramientas defender sus intereses. El poder popular se basa en la organización pero también en recursos humanos bien preparados capaces de interpretar la realidad, de resolver problemas y buscar soluciones. (Jara, O. 1982).

Es práctica: Pretende favorecer que las clases populares desempeñen una práctica nueva que les permita ir conquistando cada vez mejores condiciones

de vida y trabajo, de ahí la importancia de que la educación popular esté integrada en los procesos productivos, políticos, culturales, de salud, etc. , es decir, ligarse permanentemente a las actividades sociales de la vida humana. Tomando en cuenta la problemática cultural de los sectores con que trabaja utilizando y potenciando las expresiones artísticas populares como material pedagógico, para devolver el conocimiento sistematizado a sus creadores transformando así en un conocimiento científico, estructurado y global un proceso en el que el educador es también educando (Jara, O.: 1981).

Y participativa: Favoreciendo que los sujetos se apropien del conocimiento no solo de los contenidos teóricos sino también de la metodología, facilitando que cada participante comparta su experiencia y esta se convierta en el objeto de conocimiento, poniendo en práctica una pedagogía problematizadora, propiciadora de alternativas, auxiliándose de métodos y técnicas de trabajo que favorezcan la participación en todos los sentidos. La educación popular no debe ni puede ser autoritaria, vertical, sino horizontal, dialógica y colectiva. (Céspedes, E. y Col.:1983).

Estos elementos utilizados como recurso metodológico para la práctica en educación para la salud mental han contribuido a desarrollar nuestra experiencia comunitaria con el equipo de salud mental de Prodessep A.C. (Salud Mental y Participación Social, ponencia presentada en foro: Participación Comunitaria en Salud: "Experiencias y tareas para el futuro", Colegio de Sonora, Equipo de Salud Mental de Prodessep. 1994).

En el terreno de la salud mental el solo hecho de favorecer la socialización de conocimientos e intercambio de experiencias, permite que las personas tengan una mayor participación ya que al apropiarse de la información logran una mayor capacidad para intervenir, decidir, elegir y buscar soluciones con

respecto a los problemas de salud mental que les atañen. Además contribuye a romper con el esquema de relaciones asimétricas entre el médico y la población y a mermar la autoridad pedagógica de éste, utilizada hasta ahora para imponer sus criterios, que en su mayoría corresponden a la visión hegemónica en salud (mencionada en el capítulo I).

Estos conocimientos pueden contribuir a enfrentar problemas inmediatos y sencillos de salud mental. Con una capacitación suficiente para funcionar como un primer nivel de atención, desarrollando la capacidad de autoatenderse, reforzando todas aquellas prácticas colectivas que contribuyan a la salud mental y fomentando una actitud más crítica a las recomendaciones dadas por los médicos; promoviéndose también la responsabilidad ante el consumo excesivo de medicamentos y sus efectos secundarios, una actitud crítica ante el negocio de la comercialización que se hace con los mismos y su carácter paliativo ante este tipo de problemáticas, contribuyendo a romper la idea de que la salud mental es cosa sólo de Médicos, Psiquiatras y Psicólogos.

Participación popular y promoción de la Salud Mental

Tradicionalmente la promoción de la salud en general es asumida como una tarea de los trabajadores de la salud, aunque en el abanico de funciones ésta no sea la más relevante, a pesar del énfasis puesto en los discursos, así las tareas asistenciales y curativas ocupan un primer plano.

A nivel mundial la participación comunitaria y popular en los distintos programas de salud aparece insistentemente mencionada, sin embargo, las prácticas de participación comunitaria y popular en el México contemporáneo aún son insuficientes. Lo que existe está ligado a instituciones de salud oficiales sin un referente concreto a la salud mental, con excepción de algunas experiencias No Gubernamentales (Prodessep A.C. México 91-94 y algunos trabajos realizados con población refugiada Guatemalteca, en Chiapas Campeche, Quintana Roo y D.F. principalmente)

En general los programas de salud que plantean la participación, ésta es sólo como estrategia de operación, es decir sólo se presenta en ciertos niveles e incluso llega a decaer por falta de seguimiento y apoyos económicos o cambio en los responsables de su ejecución. Es decir la participación no se favorece en todos los niveles: Diagnóstico, planteamiento de problemas, priorización de los mismos, planeación, ejecución y evaluación del trabajo.

La promoción de la participación va acompañada invariablemente de acciones educativas, sin embargo, los contenidos y metodologías de la Llamada “Educación para la salud” no contribuye a generar procesos verdaderamente participativos, aunque hay que reconocer que han existido programas a nivel local o regional que en momentos específicos han logrado niveles de

participación muy importante, pero que han sido controlados o desalentados (ver experiencias del IMSS, Coplamar poco documentadas).

Con referencia a la metodología y contenidos de esta "educación para la salud" destaca en lo general un enfoque que responsabiliza a la víctima (persona o familia), centrando la causalidad y la solución de los problemas en su comportamiento (comportamiento sexual, beber sin moderación, etc.) sin considerar las condiciones de vida y trabajo, el ambiente sociocultural, y las relaciones de género ya que como bien apunta Benno de Keijzer: "Encontramos mensajes introyectados en la población que se siente culpable e inferior, que deposita la solución de sus problemas de enfermedad en el médico y que lógicamente ve disminuidas o anuladas sus posibilidades de participación en la solución de estos problemas" (De Keijzer, B. :1990).

Básicamente la metodología utilizada es una reproducción de la que se utiliza en el sistema escolarizado: vertical y autoritaria, donde no se enseña a pensar ni a construir conocimientos, solo se da instrucción y datos y más datos, que muchas veces ni siquiera se organizan, revisan, ni adecuan a las características socioculturales de la población, donde el "educador" es el que sabe y el educando tiene una actitud pasiva y receptiva.

La gran mayoría de las escuelas enseñan a encajar en el orden social existente en lugar de cuestionar o tratar de cambiarlo, y esto es posible imponiendo reglas, llegar a tiempo, portarse bien, animando al alumno a competir más que a cooperar; aprender de memoria más que a pensar.

Por otra parte, en relación al aspecto educativo, y más referido a la salud mental existe otro nivel que se vive en el contacto directo con la Institución Psiquiátrica. En este contexto, quien tiene la desgracia de vivirlo acumula un saber y una experiencia acerca del trato que se recibe, de la falta de respeto al

“enfermo”, a sus concepciones y prácticas, traduciendo esta en vivencias frustrantes por la reafirmación de falta de poder que se tiene sobre los problemas de salud mental y su manejo, determinados a ser tratados principalmente con fármacos, ya que otro tipo de tratamiento esta fuera del alcance de la mayoría de la población o se carece de información adecuada a donde recurrir o que hacer en tales casos.

Otro aspecto que me parece importante mencionar es el relacionado con el desconocimiento que se tiene sobre como funciona eso que se ha dado en llamar “Comunidad” y que generalmente se le entiende como una entidad homogénea y pasiva e incluso apática sin cuestionar el por que de estas actitudes, ya que estas últimas pueden ser una forma de participación pero manifestando rechazo, desinterés o desconfianza en él o los programas que se pretenden promover.

Es común escuchar entre los que trabajan en comunidad decir que la gente esta desorganizada, que es floja, y que no quiere trabajar. Mostrando con esto sólo un total desconocimiento de otras posibles formas de organización que operan en torno a los vínculos familiares, el trabajo, amigos, la religión, etc. y que no necesariamente encajan en las estructuras organizativas formales y que tienen que ver más con alguna especie de red social. (Rosenberg, F. :1992).

El conocimiento y las practicas populares en la atención de problemas de salud mental, al no ser comprendidos y evaluados, se les resta importancia o simplemente no son tomados en cuenta, por ejemplo, alrededor del nacimiento y la muerte existen una serie de prácticas populares, que dependiendo de la cultura estas pueden ser diferentes, en el fondo todas tienen una función terapéutica, aunque la población en general no lo refiera así. En el caso de la muerte, la velación del difunto, juega un papel terapéutico en la familia, ya que

permite despedirse y trabajar la separación de un ser querido, y como diría Freud, realizar un trabajo de duelo para hacer menos dolorosa la vida.

De este modo en este planteamiento de participación popular y promoción de la salud mental, estas van de la mano, enfocando este trabajo como una labor educativa a través de la formación de promotores de salud con adiestramiento en los problemas de salud mental. Donde sus principales tareas serán grupales funcionando como facilitadores de procesos de intercambio de experiencias y socialización de saberes, abriendo espacios de discusión y reflexión, buscando sobre todo un efecto mayor que el alcanzado sólo con acciones curativas. Cuidando de no utilizar prácticas autoritarias, ya que estas inhiben los cambios necesarios para alcanzar mejoras en la salud mental.

La manera como se enseña algo es tan importante como lo que se enseña, y lo fundamental de la manera de como se enseña es la atención, el respeto y el interés mutuo.

“La educación en la salud de la comunidad es apropiada en tanto que ayuda a la población más débil a ganar más control sobre su salud y su vida”. (Werner, D. y Bower, B.: 1984). Hace falta sin embargo ampliar las investigaciones y profundizar sobre las distintas maneras en que aprenden las personas. A nivel rural es común encontrar gente que no acudió a ningún sistema escolarizado y lo más probable es que no este familiarizado con las clases, conferencias o pláticas. Tradicionalmente las personas aprenden mejor a través de otros medios (jugando, con cuentos, copiando, etc.).

La educación para la salud mental tiene, pues, entre sus primeros retos el ir adaptando la enseñanza a formas tradicionales de aprendizaje de la población con la que se trabaje, es decir adecuarla a las maneras a las que se este acostumbrado.

Revisando las prácticas que realizamos desde el punto de vista del método utilizado y de como establecemos relación con el o los grupos. El promotor de salud mental puede hacer mejor su trabajo si el aprende haciendo.

Es fundamental que uno también, al igual que el promotor se exponga compartiendo experiencias propias, esto facilita que el grupo se abra y verbalice cosas de mayor relevancia, resulta más educativo facilitar que la gente descubra las cosas discutiéndolas y reflexionando que proporcionar soluciones o respuestas preconcebidas.

Por último quiero decir que el fomentar la participación popular en la promoción de la salud mental es atreverse a poner en juego la cuestión del poder, ya que como dice B. de Keijzer " Participar significa cuestionar el poder, distribuirlo, democratizarlo". (De Keijzer, B.:1990). Y no solamente ser enlace y ejecutor de acciones secundarias diseñadas y planteadas en los altos niveles de decision o simple usuario de los servicios de salud.

Trabajo interdisciplinario y los primeros auxilios en los problemas de Salud mental

Ubicada la problemática de salud mental en el contexto de la APS, así como el trabajo de promoción de la salud mental con sus componentes educativos preventivos, y en el entendido de que son las familias y las comunidades los espacios por excelencia donde se realiza este primer nivel de atención.

Con la comprensión de que las problemáticas de salud mental forman parte de la realidad, histórica, social, económica, política y cultural, y no nada más biológica, y es que la especificidad de cualquier disciplina se queda limitada para abordar por sí sola estas problemáticas (Baró, Y.: s/fecha).

De este modo es como planteo la necesidad de un trabajo interdisciplinario (Antropología, Medicina, Psicología, Sociología, Enfermería, Trabajo Social, etc.) con un enfoque popular e inmersos en programas de campo en el nivel comunitario.

La conformación de equipos de trabajo, articulados con las diversas organizaciones sociales, en donde confluyan distintos enfoques y saberes, dimensiona de manera importante el trabajo de las diferentes disciplinas, al mismo tiempo que suma esfuerzos de los distintos actores sociales en la construcción de alternativas de solución. La interdisciplinariedad que no tuvimos en nuestra formación profesional se tiene que construir también.

El trabajo de promoción de la salud mental no debe ser considerado de ninguna manera exclusivo de algún grupo profesional, sino que es indispensable una sana apertura con las distintas disciplinas y favorecer la participación de cualquier persona interesada, sea profesional o no.

El involucramiento de la población en este trabajo a todos los niveles es un reto interesante que debe explorarse con menos prejuicios, aclaro que no se trata de formar Psiquiatras o Psicólogos populares, no, el sentido es otro, es posibilitar la socialización de conocimientos en salud mental socialmente necesarios para poder enfrentar los principales problemas de las clases populares y de los diversos grupos de población, partiendo de sus saberes y experiencias previas, incorporando todo aquello que contribuya a la salud mental.

Esto quiere decir también que no solo se proporcione información para realizar diagnóstico, sino trabajar la concreción de un concepto de salud mental, construido junto con ellos, no biologizado sino social, donde además de identificar las causas sociales de los padecimientos y como se distribuyen según las condiciones de vida y trabajo, se explore el como se construyen estas problemáticas, enfatizando los aspectos que favorezcan el autocuidado con el propósito de incorporar la mayor cantidad de recursos al trabajo promocional de salud. El trabajo preventivo-educativo sin herramientas terapéuticas es impensable, así que sin menospreciar ninguna terapéutica se precisa la necesidad de ir armando como un mínimo de saberes y conformar lo que hemos dado en llamar los primeros auxilios en la salud mental favoreciendo el manejo de múltiples opciones alternativas y que estas se sepan utilizar correctamente (alopatía, homeopatía, acupuntura, herbolaria, medicina tradicional, etc.)

Huelga decir que existen otras problemáticas que no esta a su alcance resolver y que corresponderían más a un nivel Institucional, sin embargo lo que se pretende es que estos problemas puedan ser detectados a este nivel y ser oportuna y correctamente canalizados por los promotores o las familias afectadas, de tal modo de facilitar una mayor injerencia sobre las maneras en

que la Institución enfrenta estos problemas, favoreciendo un mecanismo de vigilancia que repercute en la mejoría de la calidad de los servicios.

Resulta sumamente enriquecedor en la comunidad el trabajo en equipo y más si este tiene distintas formaciones profesionales, ya que esto ayuda a que un problema sea abordado desde distintos enfoques abonando también a que las soluciones sean más de fondo.

Es decir, emprender acciones educativas planeadas y diseñadas colectivamente entre profesionales y promotores, estimulando el hacer equipo y no enfrentar la problemática individualmente.

Existen experiencias diversas en distintos países del mundo en relación con el trabajo realizado con promotores de salud, que capacitados son capaces de ofrecer respuestas a muchas interrogantes que se viven en las comunidades.

Los primeros auxilios en los problemas de salud mental tienen que ver con todos aquellos malestares que comúnmente llegan al médico general y que las más de las veces son tratados con fármacos y muchas otras ni siquiera son detectados oportunamente.

Para esto hemos ido adaptando una serie de técnicas sencillas que pueden ser manejadas por los promotores en el contexto de la atención inmediata, por ejemplo:

Técnicas de entrevista, aprender a escuchar, desarrollo de empatía, aprender a aconsejar, manejo de stress y tensión, técnicas de relajación, masajes, etc.

Conclusiones

Conclusiones

El trabajo educativo en salud mental desde la Psicología Social, ha significado para mí la posibilidad de desarrollar mis capacidades profesionales, al mismo tiempo que construir nuevos espacios educativos para que múltiples grupos de población también encontraran respuestas a algunas de sus necesidades de salud.

Al terminar mi formación profesional, existía una creencia de que sólo en las Instituciones de Salud o en la práctica privada se podía realizar algún trabajo como profesional de la Salud Mental.

Sin embargo, mi encuentro con otros profesionales Médicos(as), Antropólogos(as), Biólogos(as), Abogadas, etc. en medio de un desastre natural : el sismo de 1985, en la Cd. de México, encontramos ante dramas humanos jamás imaginados nos obligó a intentar respuestas a lo que en ese momento era prioritario, a echar mano de los recursos con los que se contaba, y a dar lo mejor que teníamos cada uno de nosotros

Durante mucho tiempo las ONG's (organizaciones no gubernamentales) fueron marginales a los programas institucionales de salud mental, sin embargo, la sistematización de su trabajo, sus logros y obstáculos, han hecho aportes, hallazgos y contribuciones al campo de la educación para la salud mental:

- Redimensionamos el trabajo con grupos, al desplazarnos de los esquemas exclusivos de terapia grupal, a la apertura de "talleres" (lugar donde se construye algo) como un ejercicio educativo, donde

se intercambian vivencias, saberes y conocimientos, se reflexionan, analizan, y construyen nuevos saberes.

- Desarrollamos metodologías novedosas y creativas para trabajar con población abierta, donde los participantes se potencian como personas, al favorecerse formas de participación y organización más horizontales, donde las personas son sujetos que se apropian de conocimientos y saberes a partir de sus propias necesidades.
- Desarrollamos también, materiales educativos, que utilizados en diferentes momentos y contextos, con poblaciones diversas, generaban retroalimentación que enriqueció muchísimo el trabajo.

Es pertinente mencionar que esto fue posible a que en el grupo participaban integrantes de diferentes disciplinas que nutrían con diversos marcos teóricos: Antropología, Medicina, Psicología, Pedagogía, los cuales ofrecían coherencia y sustento a nuestra práctica, que en momentos era muy empírica.

Realmente fue un trabajo de tejido fino, el ir encontrando articulaciones y conexiones entre los problemas de Salud Mental, la Antropología, y la Sociología.

Lo atrevido, lo irreverente, fue irrumpir en una práctica social, aún sin tener certezas, lineamientos claros ni definidos, fue el hacer cosas movidos en gran parte por cierta intuición o deseo, cansados de las burocracias y el acartonamiento de respuestas. Se requería algo fresco, creativo, vivo.

Es importante decir también que esto no se dió espontáneamente, la sociedad en general vivía crisis y cambios profundos en todos los campos, la realidad nos empujaba a estar a tono con las necesidades.

Este trabajo se acerca más a un ejercicio de práctica social en el campo de la salud mental con un fuerte componente educativo, nutrido con planteamientos

teóricos de la Antropología Médica (Menéndez), de la Psicología Social (E., Guinsberg, E., Baro, I. Bauleo, A. Wenstein, L) y de la Pedagogía (Freire), etc.

Los (as) Psicólogos Sociales que trabajamos en esta línea, estamos abriendo un campo de trabajo: La Educación Para la Salud Mental, identificando problemáticas de salud mental, ubicando nuestro quehacer en la promoción de procesos educativos, organizativos y sociales.

Las problemáticas de salud mental más recurrentes, observadas de manera relacionada o articuladas entre sí con el alcoholismo son: Cirrosis, accidentes, homicidios, suicidios, violencia a las mujeres (física emocional y sexual), maltrato a los niños, desnutrición, E.T.S. , VIII-Sida, embarazos no deseados, y otros relacionados con la sexualidad y la salud reproductiva.

Estas constituyen una rama de problemas de salud vinculadas a la situación de género también, es decir reflejan mucho de las formas y estilos de vida, nuestros procesos de socialización, la cultura en que vivimos, las maneras en que nos relacionamos y manejamos nuestras emociones, así como la inequidad entre los hombres y las mujeres con los consecuentes costos para su salud. En las mujeres por su situación de subordinación y en los varones por su situación de privilegio.

Resulta interesante saber que estos problemas han sido planteados principalmente por mujeres, tanto en diagnósticos participativos en grupos de mujeres, como en planteamientos surgidos del movimiento feminista (datos epidemiológicos muestran al alcoholismo y sus consecuencias como primera causa de muerte. Menéndez)

El tener en cuenta el género como uno de los organizadores privilegiados de la realidad, de la subjetividad y de las identidades ha permitido, comenzar a pensar en la estrecha relación existente entre los malestares femeninos, su

especificidad con el modo de vida, con la vida cotidiana de las mujeres, así como la contraparte masculina (esta última insuficientemente estudiada). Lo que ha posibilitado poner de relieve la importancia que los roles o las actividades designadas genéricamente tienen en la producción de efectos emocionales y psicológicos.

Esta es la intención que nos mueve cuando nos referimos a problemas de la salud mental, sacar de lo "natural" conflictos que se producen en la cotidianidad, que se encubren y se hacen visibles solo bajo la caracterización de "enfermedades", para ubicarlos en un discurso distinto que los enfatice y les otorgue nitidez. Definimos como problemáticas a aquellas situaciones que transformamos en conflictos, (con apoyo de una metodología problematizadora), situaciones que en tanto las padecemos, las convertimos al mismo tiempo en un asunto a discutir. Se trata como de trasladar un padecimiento a la categoría de conflicto, de algo para ser discutido. Transformar los padecimientos en problemáticas, cuestionando su habitualidad, rompiendo el hábito de cotidianidad que los ha vuelto invisibles.

Sin lugar a dudas están pendientes muchas interrogantes sin resolver, y otras tantas más que van surgiendo en el desarrollo del trabajo, sin embargo estos logros significan también la entrada a nuevos retos para el futuro:

Las propuestas metodológicas para el trabajo de promoción y educación para la salud mental tienen que construirse, potenciarse y ser revisadas o reconstruidas, a la luz de nuevos acontecimientos y saberes, es decir generar procesos educativos, en lugar de sistemas o modelos cerrados.

Apoyándose en un concepto de salud integral amplio que tome en cuenta a las personas como sujetos capaces de decidir y controlar su vida, que se exponen y son afectadas por las condiciones de vida y de trabajo, inmersas en

un momento histórico, pertenecientes a una cultura específica y viviendo una situación y condición de género que convierte las diferencias sexuales en inequidades sociales.

Reivindico a la educación popular como elemento clave para la construcción de metodologías educativas en salud . En el entendido que ésta tendrá que ser cuestionada desde una perspectiva de género, es decir, los sujetos de la educación no son mujeres ni hombres agéntricos. Podríamos hablar de la Educación Popular nutriendose de la Pedagogía de Género y la Pedagogía de Género de la Educación Popular.

Reflexionar sobre el alcoholismo (como un ejemplo de problema de salud mental), principal adicción en donde los hombres somos protagónicos, adicción que permite a los hombres transgredir mandatos sociales, al mismo tiempo que justificar sus actos “estaba tan tomado que ni me acuerdo lo que hice”, expresión muy frecuentemente escuchada, para dar paso a expresiones de violencia como recurso para resolver diferencias o imponer autoridad.

Estas expresiones de masculinidad hegemónica en México son cultural e historicamente construidas a través de complejos procesos de socialización que van mas allá de la educación familiar, involucrando a las instituciones del Estado también, a tal extremo de hacer aparecer como “naturales gran parte de estas características” estos procesos de socialización, tienen diversas formas de expresión regionales, sin embargo existe una característica que es recurrente y común en las diferentes partes del País.

El beber alcohol (en cualquiera de sus formas), el fumar o el acceder a cualquier otro tipo de drogas (legales o ilegales).

Si realizamos un primer análisis de ésta práctica nos encontramos con un ritual de transición simbólica hacia esa condición social de privilegio llamada

“hombre” y que lo aleja y diferencia de esa otra condición menospreciada y devaluada llamada “mujer”. Ritual que pone a prueba desde la infancia la adolescencia y sigue operando a lo largo de toda la vida, la valentía, fuerza y temeridad, atributos todos ellos asignados socialmente a las personas que nacen con sexo masculino. Dicho ritual posee discursos, que se reproducen mecánicamente gracias a la introyección enajenada de la identidad masculina. “para que se vaya haciendo hombrecito”, “entrele, no se raje”. Son expresiones muy utilizadas en México y al mismo tiempo la puerta de entrada a un fenómeno complejo y amplio que llamamos **las adicciones**.

Esto no quiere decir que el alcoholismo sea un problema exclusivo de los hombres, ya se menciona que en las mujeres va en aumento su incidencia.

Sin embargo los programas o las acciones preventivas y curativas están orientadas preferencialmente a los hombres.

Desconociendo que en el caso de las mujeres existe un alto índice de adicción, pero este se da través de medicamentos, encubriéndose como tal éste fenómeno.

Perspectivas en el trabajo

Perspectivas en el trabajo

Uno de los retos más interesantes en el desarrollo de este trabajo ha sido el de integrar en este proceso educativo la perspectiva de género, que está iluminando y ampliando explicaciones. Mirar que sucede en la educación, la salud, el trabajo, etc. desde esta perspectiva, es tarea por desarrollarse más, y una de las iniciativas más importantes, es el trabajo que se desarrolla en el PUEG UNAM.

En diferentes momentos de mi trabajo de tesis hago referencias a como el análisis de la salud mental ha sido influido por esta perspectiva, dando pauta para que mi interés se enfoque hacia un trabajo mas analítico de la relación entre masculinidades y la salud mental.

Considero que los primeros pasos tienen que darse abriendo espacios de reflexión, análisis y escucha entre hombres acerca de las formas de masculinidad y sus costos para la salud, situación que cuadyvará a generar procesos de deconstrucción de identidades enajenadas.

Explorar otras formas de socialización dentro de los grupos étnicos y culturales, regionales, que se apartan del modelo de masculinidad, seguramente ayudaría a recuperar prácticas ligadas a costumbres y/o tradiciones para identificar formas distintas de ser hombres o mujeres que nos separen de respuestas enajenadas de vivir la paternidad o la maternidad.

A encontrar dónde, cuándo y cómo se bloquean en los hombres ciertas capacidades humanas (por considerarlas femeninas) y por dónde deconstruir esta enajenación.

Reconstruir las condiciones en que los hombres se permiten mostrar sentimientos y debilidades, así como documentar casos en que se rompen estereotipos y transgreden normas.

Es patente el desconocimiento de los hombres respecto a su propio cuerpo y la escasa o nula reflexión en torno a su historia reproductiva.

Por otra parte cada vez es mas urgente la necesidad de identificar y sistematizar las diferentes formas en que los varones estamos presentes en el ejercicio de la sexualidad, la concepción, el embarazo y la crianza de los hijos, el momento del postparto (mas allá de los estereotipos), ya que aún son insuficientes las explicaciones desde la mirada de los varones

Asimismo, las problemáticas de salud mental tienen que ver con la subjetividad y esta se marca en el cuerpo, se expresa en el cuerpo y como dice G. Nuñez: "La subjetividad siempre es una materialidad del cuerpo, el cuerpo no sólo es objeto, sino también agente ya que promueve prácticas", de manera casi automática se piensa que el cuerpo es naturaleza, sin repensarlo un momento, sin embargo se hace pertinente aprender otras lecturas del cuerpo, a escuchar que nos dicen los malestares. G. Nuñez señala que el territorio del miedo es el cuerpo, que también la subjetividad siempre es materialidad del cuerpo, por lo tanto las limitaciones físicas se pueden vivir como crisis. La subjetividad ha sido construida mediante el discurso(os) sobre el cuerpo.

Es fundamental el trabajo y la acción para transformar las estructuras hegemónicas de masculinidad a través de procesos de reflexión y análisis autocrítico, trabajando la dimensión de ir reconociendo nuestros miedos y nombrar nuestras emociones.

Profundizar en la reflexión de las masculinidades con jóvenes, profesionales líderes de opinión, etc., ubicando limitaciones y posibilidades.

¿De qué manera la participación social de hombres y mujeres ha sido determinada por influencia patriarcal? ¿Cuáles son los costos que esto tiene para la salud de ambos?

¿Cómo se articulan el machismo y la masculinidad, con las maneras de ejercer liderazgos y el poder?

Las prácticas de autocuidado de hombres y mujeres prácticamente inexistentes en nuestro medio se pueden favorecer si nos apropiamos de las decisiones en torno a nuestro cuerpo y nuestra vida, si reflexionamos acerca de los estilos de vida y las maneras de maltrato a que exponemos a nuestro cuerpo en la actividad laboral, la vida cotidiana, etc.

Profundizar en los fenómenos de inequidad genérica desde ambos géneros (causas y consecuencias) puede contribuir a encontrar explicaciones más ricas y complejas de los problemas de salud y salud mental.

El identificar factores que reproducen estas inequidades en el campo masculino y femenino, aportará en beneficio de la equidad social.

Identificar cómo esta inequidad tiene costos para los hombres y a partir de ellos realizar trabajo preventivo con los propios hombres.

Reconociendo que la violencia contra las mujeres se presenta de muy variadas formas (emocional, verbal y física), llama fuertemente la atención la violencia física hacia mujeres embarazadas, por las relaciones que en ese momento se pueden ver entre sexualidad, poder, reproducción, paternidad y alcoholismo. Investigar cuáles son los niveles de conciencia de dicha violencia tanto en las mujeres como en los hombres es una tarea por realizar.

Repensar la presencia de los varones en el proceso de salud sexual y reproductiva, no solo como apoyadores de las mujeres y niños, sino

ubicándolos como agentes reproductores también, empezando a identificar las necesidades concretas de los hombres.

¿Qué piensan los hombres sobre sus derechos reproductivos en diferentes etapas: sexualidad, reproducción y crianza?

¿Qué tanto introyectamos en nuestras demandas los derechos de nuestras parejas?

En la práctica el alcoholismo y la violencia están ligados con la salud sexual y reproductiva. ¿Cómo releer el alcoholismo como condicionante de muchos problemas de salud? ¿Cuál es el sentido del juramento de no tomar?

Reflexionar y analizar la paternidad en tanto proceso social a diferencia de la maternidad, que es vista como un proceso natural.

¿Cómo viven los hombres el embarazo, parto y el ejercicio de la paternidad?

¿Cómo se involucran los hombres en las decisiones sobre la educación y cuidado de los hijos ?

¿Cómo hacer del ejercicio de la paternidad una oportunidad de desarrollo personal de los varones?

G. Nuñez comenta que la participación de los hombres en la crianza es un espacio para hacer del EROS una posibilidad de relación, de solidaridad, comprensión y amistad

¿Cómo son socializados los varones para establecer relaciones con el otro sexo? ¿Cómo influyen estos procesos en tener o no relaciones sexuales y en el uso o no de métodos anticonceptivos? ¿Qué decir de la resistencia de las mujeres al involucramiento de los hombres en la crianza de los hijos y en el trabajo doméstico?

¿Qué decir de la resistencia de los hombres a la toma de decisiones de las mujeres en el ámbito de la sexualidad y la reproducción.

Bibliografia

Bibliografía

1. Baró, I. M. "Acción e ideología", Psicología Social desde Centro América UCA Editores, San Salvador.
2. Bauleo, A., "Contrainstitución y grupos" Editorial Fundamentos, Caracas, Madrid, España.
3. Burin, Mabel "El malestar de las mujeres, La tranquilidad recetada", Paidós, Buenos Aires, 1990
4. Burin, Mabel "Subjetividad femenina y Salud mental", Coloquio Género y salud femenina CIESAS, mimeo 1993.
5. Canguilhem, G "Lo normal y lo patológico", Siglo XXI, México, 1984.
6. Cervantes, E. "Educación popular, extrainstitucional, una práctica y una concepción", Cuadernos de Investigación Educativa No 7, Centro de Investigaciones y Estudios Avanzados del I.P.N., México, 1982.
7. Céspedes, E. y Col. "Educación popular" momento reflexivo o intersubjetivo de la praxis, Centro de Estudios Educativos, México, 1983.
8. De Keijzer, Benno, "El Estado y la participación popular en salud ", México, mimeo, 1990.
9. De Keijzer, Benno, "Los símbolos saludables", Revista Ojarasca, 1994.
10. García Canclini, N. "Cultura y Organización Popular", Cuadernos políticos. Editorial Era No 19, México, 1984.
11. Gómez-Jara F., Avila, R., Morales, M.. "Salud comunitaria", Editorial Nueva Sociología, México, 1981.

12. González Chévez, L., Hersh-Martínez P. "Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural". Salud Pública revista Vol. 35 No 4, agosto de 1993.
13. Guerrero, A. "Perfil de nosologías tradicionales en el Estado de Morelos. Una crítica de su abordaje". INAH, Morelos, mimeo, 1988.
14. Guinsberg, Enrique, "Sociedad, salud y enfermedad mental". Cuadernos de Psicología, UAM, México 1981.
15. Jara, O. "Conciencia de clase y método dialéctico en la educación popular", Cuadernos de Investigación Educativa No 7, Centro de Investigaciones y Estudios Avanzados del I.P.N., México, 1982.
16. Jara, O. "Educación popular, la dimensión educativa de la acción política". Panamá CEASPA, 1981.
17. Javiedes, L. M., León, E., Careaga, G., "La comunidad, un nuevo campo problemático" de la Psicología Social, División de Estudios Profesionales, UNAM, México, 1987.
18. Kroeger, A. y Luna, R., Atención Primaria de salud. Principios y métodos, O.P.S., editorial PAX, México, 1987.
19. La carta de Ottawa suscribe un nuevo concepto: La promoción de la salud, Bol of sanit panam 103, 1987.
20. Menéndez, Eduardo "Cura y control". La apropiación de lo Social en las prácticas Psiquiátricas. Editorial Nueva Imágen, México, 1979.
21. Menéndez, Eduardo, "Alcoholismo II.- La alcoholización, un proceso olvidado..... patología, integración funcional o representación cultural", Cuadernos de la Casa chata, 150, México, 1987.
22. Menéndez, Eduardo, "Morir de alcohol", Alianza Editorial Mexicana, México, D.F., 1990.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

23. Programa de salud del adulto, salud mental, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C. 20037, EUA.
24. Protección y promoción de la salud OMS-OPS, 1975.
25. Rosenberg, F. "Redes sociales y migración" s/r , 1992.
26. Weinstein, Luis, "Salud mental y proceso de cambio", Editorial ECRO, Buenos Aires. 1977.
27. Werner, D., y Bower, B. "Aprendiendo a promover la salud ", Centro de Estudios Educativos A.C., México, y fundación Hesperian, Palo Alto, California, 1984.

Otra Bibliografía consultada

1. Barreiro Julio, "Educación popular y proceso de concientización", Siglo XXI Editores, 1978, México.
2. De Keijzer, Benno "La salud y la muerte de los hombres", mimeo, 1995.
3. Figueroa, Juan G. Apuntes de reunión sobre "Salud y derechos reproductivos en la especificidad masculina", Colegio de México, noviembre, 1996.
4. Freire Paulo, "La educación como práctica de la libertad", Siglo XXI Editoriales, 1985, México.
5. Freire Paulo, "Pedagogía del oprimido", Siglo XXI Editoriales, 1976, México.
6. Núñez, Guillermo, "Apuntes del seminario sobre masculinidad", celebrado en el PUEG/UNAM, septiembre, 1996.
7. Sánchez Díaz de L. Gisela "Ciudadanía y Derechos reproductivos. Propuestas educativas en los años 90s.", Anteproyecto de Investigación..., 1997.

8. Sánchez Díaz de L. Gisela "Significación de las necesidades de salud de las mujeres", mimeo, 1996.
9. Ulate, Jiménez, J. "El trabajo popular en salud y la generación de contrahegemonía", Tesis de grado, UAM -X, 1986.