

## *La salud mental de base un campo con mayor responsabilidad cada día*

*"Estamos viviendo un momento en que se tiende a complejizar permanentemente la explicación de los hechos. Se producen análisis complicadísimos —destinados a grupos selectos— sobre situaciones simples porque la complicación está al servicio de la confusión, y ésta, a su vez, es un arma de dominio".*

*Franco Basaglia.*

La salud mental de base es un campo nuevo y, por eso mismo, no muy claramente reconocido. Cuando los bancos internacionales y similares (AID, Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, Banco Interamericano de Desarrollo) decidieron hacer verdaderas inversiones en materia de salud, allí por los años ochenta, surgió sin mayor preocupación institucional, o más bien como "maquillaje modernizante", el campo de la *atención primaria en salud mental*. Entonces se entendió que era llevar salud mental a las poblaciones carentes de todo. Donde consecuentemente no existían servicios especializados.

Ya admitida la necesidad de una metodología propia, basada en el trabajo comunitario, la propuesta inicial adquirió visibilidad y denominación (salud mental de base) por el lado de "contener" crisis colectivas, a veces masivas, en poblaciones sometidas a situaciones de "máximo riesgo". Es decir, gente que compartía una condición humanamente trágica, pero no tanto como producto de un desastre eventual y efímero, sino más propiamente como una vivencia inevitable y prolongada (pobreza, guerrilla, destrucción medioambiental no tecnificada).

En Centroamérica no nos llevó demasiado tiempo comprender que cuando trabajábamos en salud mental de base, nos enfrentábamos fundacionalmente a algo más profundo y transanitario que la carencia de víveres, la tala de árboles y los

asesinados. Algo que estaba a la base de todos esos fenómenos que afectaban la salud mental. Parecía poco técnico decirlo, por su incidencia política, pero medularmente nos estábamos enfrentando a las consecuencias, en la salud mental, de la violencia estructural (de una patogénesis institucionalizada, o de una lógica sistémica enfermiza).

A pesar de la orfandad teórico-conceptual, comprendimos técnicamente la importancia de trabajar sobre *situaciones* antes que sobre patologías o individuos. Así no sólo pudimos ubicar la afectación (o enfermedad) en las *relaciones* (nivel relacional) entre los grupos y las personas (fuera del individuo), también le agregamos el efecto de las instituciones (formales e informales) sobre la salud mental de base de cada ciudadano. Esto fue posible gracias a la visión de la forma en que la vida cotidiana codifica la subjetividad personal, y la determinación de esta cotidianeidad por parte de las instituciones de la sociedad (visión aportada complementariamente por Martín-Baró y Franco Basaglia).

Poco a poco se hizo evidente de que, si bien encontrábamos situaciones específicas de afectación que daban lugar a síntomas también específicos (situaciones psicosomatógenas, obsesivógenas, esquizofrenizantes, etc.), que más propiamente podríamos llamar microsituaciones, había un cúmulo de manifestaciones clínicamente inespecíficas, asociadas a condiciones psicosociales más elementales, las cuales, además, parecen servir de base para el desarrollo de las situaciones específicas

El paso siguiente fue identificar cuál era el tipo de esas condiciones psicosociales más elementales. Inicialmente hablábamos de la *insatisfacción de las necesidades humanas básicas* (que era evidente en las comunidades atendidas en la época de la guerra). Pensábamos que esas necesidades humanas, ostensiblemente insatisfechas, generaban los síntomas variables e inespecíficos encontrados a través de un proceso psicosocial prolongado de "ambientación" de la impotencia (que fue llamado por Luciano Carrino: *ciclo afectivo negativo*).

Se identifica un síntoma poco dramático, pero muy "de fondo" y constante, caracterizado por: insatisfacción con sí mismo, displacer, pérdida del apasionamiento por involucrarse en planes de cambio y disminución del interés por prever las nuevas secuencias posibles de la "película de la vida". Sin embargo, profundizando en el estudio de las situaciones de insatisfacción de las necesidades humanas básicas, tuvimos que admitir que dentro de ellas había un elemento invisible pero más esencial y determinante, que no era en sí misma la falta de cobertura a las necesidades identificadas. Así, para la salud mental de base no era lo mismo el hambre de un guerrillero ejercida voluntariamente (como sujeto), que el hambre de un refugiado, asumida pasiva e independientemente de la voluntad (como la lluvia, la noche y las estaciones, sólo que mucho más psicolesivamente por su carácter interhumano y restrictivo del ejercicio de poder socio-relacional de la persona).

Cuando contrastamos las diferentes consecuencias en la salud mental de base de la misma hambre física (y demás necesidades básicas insatisfechas), es decir, de la soportada por decisión propia y de la "caída del cielo", comprobamos que existía un factor cualitativo: *el sentido* que tenía el hecho para cada persona. Para el guerrillero, esa hambre representaba una consagración de su dignidad e identidad, y un paso en la conquista de un ideal. Poseía, por lo tanto, pleno sentido. En el caso opuesto, para la víctima pasiva de la guerra, el hambre era sólo un sufrimiento sin sentido ante el cual no podía hacer nada. Ahora, alcanzamos el punto de precisar: ¿Qué entendemos cuando hablamos de que la situación tiene o no sentido? Calificamos no por un juicio de valor que la situación tenga sentido (el hambre del guerrillero), sino porque le permita a la persona *funcionar como sujeto*. Si la situación (interhumana) no le permite al individuo erigirse como sujeto, de alguna forma (ya sea produciendo el cambio o sacándole provecho a la situación) no tendrá sentido para él. Al funcionar como sujeto, la persona ejerce su *poder socio-relacional*. Definimos a éste, siguiendo a Martín-Baró, como la capacidad de satisfacer las propias necesidades humanas por medio de las relaciones sociales.

Llegamos a la conclusión de que el determinante fundamental para que una situación no-específica pueda considerarse afectante, es la *falta de ejercicio de poder socio-relacional*. Lo que afectaba la salud mental de base en los refugios y comunidades perjudicadas por la guerra no era simplemente la insatisfacción de las necesidades humanas básicas, sino esa insatisfacción en cuanto a la privación del ejercicio de poder socio-relacional.

Muchos expertos en la atención de poblaciones, en situaciones de graves privaciones, establecieron el término *resiliencia* para definir una resistencia superior para soportar los sufrimientos de la vida. En realidad, planteada en una forma mecanicista, la palabra parecería aludir a un poder místico, y no ayudaría a investigar el proceso por el cual el identificado "resiliente" consigue erigirse como sujeto de la situación aparentemente muy adversa.

Fuera de las situaciones físicamente forzadas de la guerra, hay un indicador objetivo que nos permite detectar el grado de privaciones de ejercicio de poder socio-relacional de las situaciones: la inequidad de ingresos. Un siglo atrás, las necesidades de los trabajadores eran sólo de techo, comida y ropa sencillos; sin luz, ni agua potable, ni televisión, ni revistas, ni teléfono, ni automóvil, ni vacaciones (el descanso semanal era de medio día, los domingos y con obligación de ir a misa). Pero no sufrían de epidemias de afectaciones de la salud mental de base. En cambio, si sometiéramos a un grupo de trabajadores de una ciudad del "primer mundo" a esas condiciones de vida, prácticamente todos presentarían alguna afectación de su salud mental de base. En una comprobación vivida real y totalmente en nuestro tiempo, se ha demostrado muchas veces que las manifestaciones de *violencia*, entre las personas de una población determinada, no siguen fielmente al

descenso o ascenso de las condiciones materiales (monto de los salarios), sino de las variaciones de *equidad*. Es decir, del aumento o de la disminución *relativas* de las diferencias a nivel adquisitivo (diferencias salariales). Cuanto más diferencias de ingresos, más violencia. ¿Qué quiere decir esto para la salud mental de base? Primero, que lo que se está midiendo a través de la variación de diferencia de ingreso como indicador, que podríamos llamar *variación de la equidad*, es el ejercicio de poder socio-relacional de los integrantes de esa población estudiada. Segundo, que la disminución del ejercicio de poder socio-relacional es lo que afecta la salud mental de base.

¿Por qué señalamos a la equidad-inequidad como indicador primordial de la falta de ejercicio de poder socio-relacional? Bueno, porque el poder socio-relacional se usa, precisamente, para satisfacer las propias necesidades humanas; hacia eso se dirige. (No hablemos de poder físico, sino de la capacidad de satisfacer las propias necesidades humanas a través de las relaciones sociales). Entonces, en el caso del trabajador del siglo pasado, no sufría por la falta de un televisor, etc., porque aún no se le había creado esa necesidad; no ejercía su poder socio-relacional para poseer televisor y, por lo tanto, la falta de un televisor no significaba limitación del ejercicio de poder socio-relacional; ni obviamente inequidad en relación con el resto de la población que tampoco lo poseía. Pero, en un obrero suizo actual, el no tener un vehículo es vivido como inequidad. De manera que si no accede a su automóvil es porque tiene una falta de ejercicio de poder socio-relacional.

De donde:  $\Delta$  inequidad =  $\Delta$  ejercicio de poder socio-relacional.

Un mayor ingreso o la posesión de mayores bienes y capacidades brinda a una persona mayor poder transaccional (en un sentido psicosocial y cotidiano) frente a los demás. (Abstrayéndolo del aspecto no-interactivo que otorgue el usufructo de recursos materiales que multipliquen la capacidad personal).

El otro componente del poder socio-relacional es el acceso a *redes sociales*, lo cual se pone dramáticamente en evidencia en Centroamérica cuando se comprueba que muchas familias consiguen menores ingresos que el valor de la alimentación de todos sus miembros y, sin embargo, mueren de hambre. Las múltiples y pequeñas transacciones cotidianas logradas mediante la activación de sus redes sociales los mantienen vivos. Cuanto mayor acceso a redes sociales tiene una persona: mayor es su poder socio-relacional. (Claro que las redes se ubican, a su vez, en distintos niveles de poder material.)

Y aquí llegamos a una conclusión matemáticamente alarmante para el futuro mundo globalizado y regido por la *cultura urbano-informático-consumista*: si el mantenimiento de la salud mental de base implica el ejercicio del poder socio-relacional y éste se consigue haciendo pesar los ingresos-bienes-capacidades y/o accediendo a redes sociales, al disminuir las redes sociales (que es la tendencia actual), la gente necesitará cada vez mayores ingresos económicos para mantener

su salud mental de base. Es decir, al absolutizar la globalización el criterio de eficiencia, se ha iniciado un proceso progresivo de deterioro de las redes sociales que hace caer el ejercicio del poder socio-relacional y (en consecuencia) el mantenimiento de la salud mental de base, progresivamente, en el nivel de ingresos-bienes-capacidad.

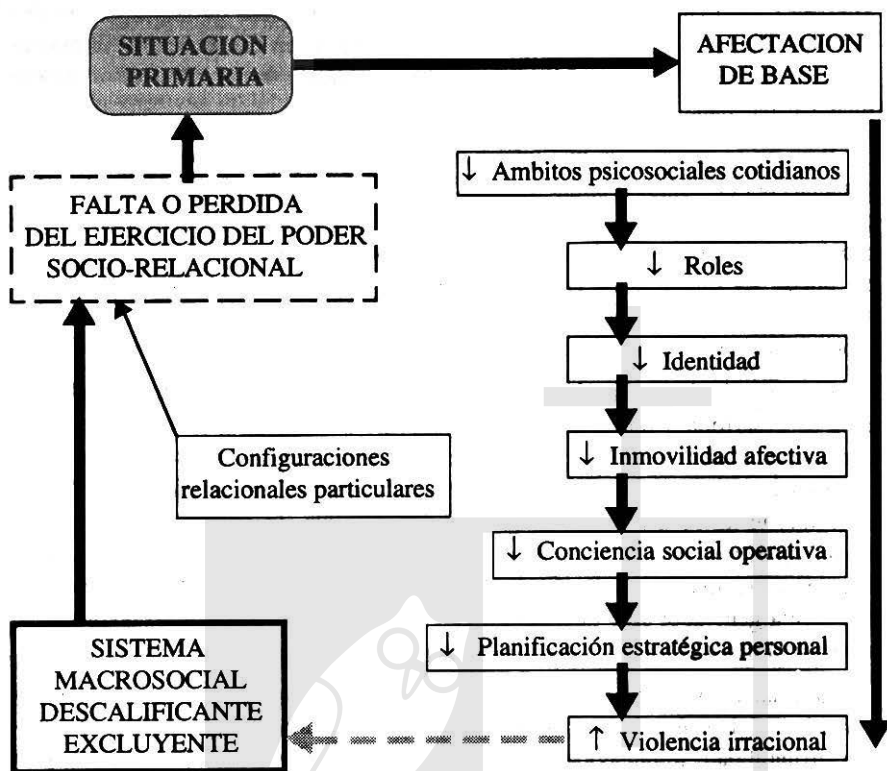
Pero no se necesita de una guerra para encontrar situaciones que priven a las personas del ejercicio de poder socio-relacional. En realidad, la misión de la salud mental de base es el estudio y atención de estas situaciones a las cuales denominamos: *situación primaria*. Para destacar su naturaleza elemental, la situación primaria puede ser producto de la propia lógica de funcionamiento del macrosistema social descalificante-excluyente o, en casos especiales, consecuencia de configuraciones relacionales particulares.

El resultado de la *situación primaria* es lo que llamamos "afectación de base". Esta se desarrolla a través de siete procesos psicosociales, en el siguiente orden correlativo ("en cascada"): *la debilitación de los ámbitos psicosociales cotidianos o sistemas cointegradores de la subjetividad personal, la pérdida de roles, la debilitación de la identidad, la inmovilidad afectiva, la pérdida de conciencia social operativa, la incapacidad de planificación estratégica personal* y, consecuentemente, una manifestación de *violencia irracional*. (Esta última no se opone al sistema generador sino que, dentro de ciertos límites de control, lo favorecen al acelerar la descalificación vertical-descendente; es decir, es útil al sistema.)

La *situación primaria* se traduce también a nivel clínico (como, trastornos psicosomáticos del sueño, de la concentración, de la memoria, del aprendizaje, cansancio, irritabilidad, impulsividad, malestar indefinido, adicciones (alcoholismo). A nivel psicosocial genera *violencia intrafamiliar* y consumismo compulsivo. Pero, además, deteriora gravemente el factor fundamental de protección de la salud mental, como es la *movilización afectiva* a través de las relaciones prosociales y de solidaridad humana. Definimos salud mental en términos de la actitud más integral a desarrollar y no como un *estado*, mecánicamente concebido, que aparece y desaparece por "arte" de una norma institucional e ideológica.

Cada día, con mayor claridad, se comprende la necesidad de desarrollar suficientemente una rama interdisciplinaria de la investigación que, apoyándose en la psicología social, las ciencias políticas y la antropología, tome como amplio objeto de estudio *la influencia de las instituciones sobre la salud mental de base de la población*. Entendida la salud mental de base como: *el bienestar integral derivado de la satisfacción de las propias necesidades humanas básicas por medio de las relaciones sociales*.

Creemos que estamos ante la responsabilidad de estudiar las consecuencias para la salud mental de base de las relaciones de poder, de descalificación y anulación de la capacidad contractual que son vitales a muchos sistemas más allá



de cualquier guerra. Ellas no dependen de culturas de autoritarismo, a la inversa, son generadoras de esa cultura. No se trata de perderse en el "árbol" de la antropología o de la psicología, sino de profundizar, desde la perspectiva de la salud mental de base, en el conocimiento del "bosque" del sistema que ha hecho orgánicas esas relaciones. Complementariamente, la búsqueda de precisión en la clínica de las afectaciones individuales, familiares, grupales, psicoambientales servirá para lograr mayor especificidad en los diagnósticos causales y más cercanía entre la práctica de cubículos y la intervención comunitaria.

Los sistemas macrosociales que funcionan con base en la descalificación "vertical" o en "cascada" de las personas, configuran instituciones que "succionan" el poder socio-relacional de las personas. Con ellos se aumenta el control del sistema sobre los individuos privados de ese poder. Entonces, se hace más fácil y "natural" someter las relaciones humanas a la ley del valor, que requiere establecer como norma universal la competencia excluyente y la generación permanente de mutilados psicossociales. Un sistema de esta naturaleza limita en los individuos su capaci-

dad de *reflejarse socialmente*, con lo cual debilita su calidad y accionar como sujeto, y alimenta el potencial vulnerante de las dinámicas de poder institucional y de la infinidad de objetos materiales, de la cultura hegemónica, que se constituye en los principales vehículos para internalizar ese sometimiento a su nivel subjetivo, volviendo más compleja y reactiva la afectación de salud mental de base.

San Salvador, febrero de 1998.

### Referencias bibliográficas

Basaglia, F. *et al.* *¿Psiquiatría o ideología de la locura?*, Barcelona: Editorial Anagrama, 1972.

Martín-Baró, I. *Sistema, grupo y poder*, San Salvador: UCA editores, 1993.

Sisti, E. *Salud mental de base*, San Salvador: UCA Editores, 1995.

Sisti, E. *Psicoestimulación de base*, San Salvador: Editorial Universitaria, 1997.

