

# Salud mental en Centroamérica: entre mitos y prejuicios\*

(Análisis de tres países:  
Nicaragua, El Salvador  
y Guatemala)

---

Marcelo Colussi\*\*  
Psicólogo, investigador de IPNUSAC

---

\* Trabajo realizado a partir de la ponencia presentada en el Congreso de Estudios Mesoamericanos, 8 de mayo de 2014, Guatemala.

\*\* [mmcolussi@gmail.com](mailto:mmcolussi@gmail.com); <https://www.facebook.com/marcelo.m.colussi>.

## Resumen

La salud mental es un tema especialmente perjudicado en el campo general de la salud. Se la suele asociar con estigmas vergonzantes, con exclusiones que invalidan. El vehículo recomendado para abordarla debería ser la atención primaria, en el sentido de devolver la palabra a la comunidad. La salud mental no se confina a una práctica clínica dentro del consultorio del especialista sino que debe plantearse como apertura a la palabra liberadora, a generar espacios donde todo el mundo pueda hablar de sus conflictos. Por el contrario, y más aún teniendo en cuenta que los tres países estudiados tienen un enorme rezago en el ámbito de la salud mental, lo que se ve es que el presupuesto asignado a esta área es mínimo dentro de las prestaciones públicas, y de esas asignaciones la mayor parte va a parar a los hospitales psiquiátricos, lo cual ratifica la tendencia de abordajes biomédicos y de hospitalización en vez de preventivos. Esa tendencia es la que debe ponerse en tela de juicio y modificarse.

## Palabras claves:

Salud mental, adaptación, psiquiatría, manicomio, control.



## Mental Health in Central America between myths and prejudices \*

### Summary

Mental health is an issue especially biased in the general field of health. It is usually associated with the shameful stigma, with exclusions invalidated. The recommended vehicle to address it should be the primary care within the meaning of the word back to the community. Mental Health is not confined to clinical practice within the specialist office but must arise as opening for liberating word, to create spaces where everyone can talk about their conflicts. On the contrary, even more considering that the three countries have a huge backlog in the field of mental health, what you see is that the budget allocated to this area is minimal within public services and those assignments most goes to psychiatric hospitals, which confirms the trend of biomedical and hospitalization preventive approaches rather. That trend is one that must be challenged and changed.

### Key words

Mental health, adaptation, psychiatry, madhouse, control.



## I

**L**os países de la región centroamericana tienen una historia común; por tanto, tienen también en común similares problemas, y de igual modo, similares búsquedas de soluciones para ellos. Esto se aprecia en todos los campos. Por lo tanto, no podría ser de otra manera para el tema de la salud mental.

Para adentrarnos en este ámbito, tomaremos tres países: Nicaragua, El Salvador y Guatemala. Sin dudas, hay rasgos propios muy particulares para cada uno de ellos; pero también elementos comunes que los homogenizan. Por lo pronto: los tres presentan grandes índices de pobreza en sus poblaciones (entre un 40 y 50% de la misma vive en esas condiciones; es decir, tomando los estándares fijados por la Organización de Naciones Unidas, con 2 dólares diarios). Otro rasgo común es que los tres vienen de grandes guerras internas que dejaron saldos tremendos, tanto en pérdidas humanas (muertos y discapacitados) como en daños materiales (valorados en los tres casos en miles de millones de dólares). Guerras que, en general, han sido muy poco trabajadas como factor que afecta la salud mental de las poblaciones en el mediano y largo plazos, por lo que sus efectos perduran aún, haciendo que en sus sociedades actuales se encuentren altas cuotas de violencia, expresadas de distintas maneras.

Estas notas comunes hacen que, salvando las diferencias propias de cada uno (como por ejemplo el marcado racismo y la composición con alta presencia de pueblos originarios en Guatemala, fenómeno que no se da en Nicaragua ni en El Salvador), son más los rasgos que los unen que aquellos que los separan.

A ello debe sumarse la impunidad como una constante que atraviesa la historia de los países de la región. La cultura patriarcal-autoritaria ha sido, y continúa siendo, una marca definitoria. Por estas latitudes es cierto que “la vida no vale nada”. Todo ello tiene serias repercusiones al momento de entender (y actuar) en el campo de la salud mental. Si la línea constante es el desprecio por la vida, es muy difícil construir una cultura del respeto por el otro.

De algún modo puede decirse que el ejercicio del poder -de cualquier poder: el micropoder del varón sobre la mujer, del criollo sobre el indígena, del adulto sobre el joven, por supuesto del explotador sobre el explotado, del Estado sobre la ciudadanía- es siempre un acto de abuso, de impunidad. La vida del otro, y más aún si es de “inferior” categoría, no está considerada como importante. De ahí que pueda asistirse a las tropelías más inconcebibles, finalmente “aceptadas” o, al menos, normalizadas en el cotidiano.

Las dictaduras militares o los empresariados impunes marcan la dinámica histórica. Las fuerzas del orden (que, en realidad, más que cuidar y fomentar un real orden público, han funcionado siempre como ejércitos de ocupación) destacan por su impunidad. Ejemplos en la región sobran. La Guardia Nacional en Nicaragua, durante la dinastía Somoza, practicaba tiro al blanco con los “borrachitos” por la calle. Las masacres de la guerra contrainsurgente consideradas delitos de lesa humanidad en Guatemala, por las que fue condenado el general José Efraín Ríos Montt a 80 años de prisión incommutable, quedan relegadas de un plumazo porque una maniobra palaciega de los diputados determina que ahí “no hubo genocidio”, y 245 mil muertes pasaron al olvido, logrando que el sentenciado siga gozando de impunidad.

El derecho de pernada (*ius primae noctis*, rémora medieval que podría pensarse ya extinguida), si bien no existe legalmente, no deja de ser un hecho en muchas fincas de la región, sin que eso constituya un delito. Hasta el año 2005, en Guatemala -iya firmados los Acuerdos de Paz!- el violador de una mujer quedaba automáticamente libre de toda responsabilidad criminal si la ofendida aceptaba casarse con él.



En otros términos: la impunidad es una dinámica absolutamente entronizada en estos países, y quien detenta una determinada cuota de poder puede hacer lo que le plazca con su “inferior” seguro que, en general, será muy difícil que haya justicia (el conductor que atraviesa una luz roja del semáforo, el empresario que no paga impuestos, el ciudadano que soborna a cualquier autoridad para aligerar un trámite, el policía que está ebrio en horas de servicio). Todo ese bagaje de atentados contra el otro, toda esa carga de impunidad y autoritarismo ayuda a crear una cultura de sobrevivencia marcada por la violencia. Hablar de salud mental en estas condiciones abre retos.

Sociedades empobrecidas, violentadas, que vienen de experiencias de guerras tremendas y con historias de autoritarismo a sus espaldas (formas de gobierno autoritarias donde predominaron dictaduras militares así como relaciones sociales también marcadas por el autoritarismo vertical, por el patriarcado, por el adultocentrismo y la homofobia), todo eso da como resultado unas condiciones de vida que no propician precisamente la armonía, la paz social, el bienestar. En otros términos: que abren una inquietante pregunta sobre las condiciones que facilitan el equilibrio psicológico. Si se entiende que es “normal” adaptarse a convivir con la muerte, con el

sufrimiento, el dolor y la marginación, desde el inicio esto plantea una situación preocupante.

## II

Sabiendo de lo complejo del tema de la salud mental (noción mucho más político-social, ideológica y cultural que biomédica), tratando de entender por ella el “sano y productivo relacionamiento con el medio circundante”, es evidente que en estos tres países ahora estudiados sobran motivos que conspiran contra la misma. Si salud mental de alguna manera tiene que ver con “ser medianamente feliz”, con “poder resolver productivamente los problemas de la vida”, con “autorealizarse”, es evidente que en esta región todo eso es bastante difícil, por no decir casi quimérico. “*En Guatemala sólo borracho se puede vivir*”, expresó alguna vez el Premio Nobel Miguel Ángel Asturias. La expresión es aplicable a cualquiera de los tres países.

Rápidamente hay que despejar un equívoco: la salud mental no está asegurada por una sumatoria de condiciones materiales concretas. Tener resueltas las necesidades básicas, vivir en un entorno agradable, comer todos los días, todo eso constituye una condición indispensable para la calidad de la vida. Pero no asegura por fuerza que, aún teniéndolo,



alguien no presente problemas ligados a lo que llamamos salud mental. ¿Se puede prever, o incluso asegurar, que alguien no se deprima, no se angustie, esté libre de conflictos, no se tiente y transgreda normas, no presente síntomas e inhibiciones, en algún momento no le encuentre sentido a su vida, no abuse de sustancias psicotrópicas, esté libre de prejuicios?

Plantear todo esto, aún sin definirla explícitamente, ya da un marco que permite entender por dónde va la idea de salud mental. Sin dudas estamos ante un concepto problemático, intrincado, polémico, porque no es una noción médico-biológica. Ponernos de acuerdo en torno ella implica abrir cuestionamientos sobre la ideología, sobre los poderes.

La noción de “normalidad” en este dificultoso y siempre resbaladizo campo de la salud mental no es un asunto bioquímico, anátomo-fisiológico. Por eso cuesta tanto definir qué hacer y qué no hacer cuando se interviene ahí. Mediar, practicar electroshocks o promover la prevención y grupos de contención no son cuestiones sólo biomédicas. Como no lo son, sólo por tomar algunos ejemplos orientadores sobre los que volveremos y que sin dudas grafican lo que tiene que ver con la salud mental, la homosexualidad o la tortura, cuestiones que nos convocan e interrogan.

En este campo, definitivamente, no cuenta tanto la “homeostasis” -concepto que viene de la biología y hace alusión a un equilibrio que definiría la normalidad- sino el mucho más fecundo de “conflicto”. El sujeto humano, el colectivo humano, no pueden entenderse si no es a partir de la idea de conflicto. Desde Heráclito en adelante, hace 2,500 años, esta idea atraviesa el pensamiento occidental, si bien el discurso que predominó, y sigue predominando, ve al conflicto siempre como “cuerpo extraño”. Conflicto, en este sentido, debe entenderse como motor, como deseo nunca satisfecho.

¿Qué desea un sujeto? Es la eterna pregunta de la Psicología. Sabemos que no se debe hacer... pero lo hacemos. La vida humana se rige, en muy buena medida, por la transgresión. ¿Por qué? ¡Debemos amarnos los unos a los otros!, se ha dicho por ahí..., pero la guerra es una constante. ¿Por qué? De despejar esas preguntas se trata en el análisis de estos intrincados temas de la salud mental.

¿Qué es, en definitiva, ser un enfermo mental? Esa es otra manera de preguntar por la salud mental. Se consideran enfermos a quienes no entran en la norma. Y ahí nacen los problemas: el paradigma para determinar quién entra en esa norma y quién no, es una delicada cuestión ideológica.



En la antigüedad clásica griega la homosexualidad era un privilegio, un lujo de los aristócratas varones. No de las mujeres, aunque fueran aristócratas; no de los plebeyos, aunque fueran varones. Hasta hace algunos años era una entidad patológica en las clasificaciones de las Enfermedades Mentales (la CIE de la Organización Mundial de la Salud, el DSM estadounidense, tan afecto en Centroamérica). Hoy día ya no lo son. ¿Son una opción sexual? ¿Sería mejor decir “una tendencia”? ¿O constituyen un pecado?... , pues hay gente que sigue pensando eso: “Adán y Eva y no... Adán y Esteban”, dijo una predicadora... también médica. Y si es un pecado, ¿es venial o mortal? Pero ¿cómo es que en algunos países se legalizan los matrimonios entre personas de un mismo sexo? Como vemos, no se trata de referentes biomédicos los que lo deciden; son cuestiones eminentemente político-sociales.

Y para tomar el otro provocativo ejemplo propuesto, la tortura: ¿es normal practicarla? Se la condena por todos lados, pero sabemos que hace parte de las prácticas comunes de las distintas fuerzas armadas en cualquier parte del mundo, mejorándose día a día sus técnicas de aplicación. ¡Hasta existe una tecnología militar que enseña cómo resistirla en casos extremos! ¿Hay que ser un enfermo mental, un psicópata perverso para dedicarse a

ella, o hace parte del entrenamiento normal de un guerrero contemporáneo?

En los tres países en cuestión de los que ahora hablamos, está abolida. Pero, ¿realmente está abolida? En los linchamientos, práctica bastante común en Guatemala -demostrativos de la impunidad reinante-, se la usa sin ningún miramiento, y es población llamada normal la que tortura a un presunto delincuente antes de matarlo, a veces prendiéndole fuego. ¿Somos unos enfermos mentales entonces?

Sólo por ejemplificarlo con estos dos casos paradigmáticos -y con ellos abrir el debate- puede verse que las conductas humanas son mucho más complejas que simples respuestas a estímulos. Los perros condicionados de Pavlov explican algo, pero quedan corto ante la infinita complejidad de lo humano.

¿No hay deseo acaso? Todos sabemos que si fumamos podemos contraer cáncer... pero la gente fuma. Y todos sabemos que si se mantienen relaciones sexuales con un desconocido sin protección hay alto riesgo de contraer enfermedades infecto-contagiosas, VIH incluido. De todos modos, tres mil personas por día contraen este virus a nivel mundial, en muchos casos debido a prácticas sexuales de riesgo.



¿Puede explicar eso algún dispositivo instintivo-biológico? Y así podríamos plantearnos una lista enorme de preguntas/ problemas: ¿por qué ser “sexoservidora” no ofende tanto, pero ser “puta”, sí? ¿Y qué fuerza “instintiva” decide el racismo? ¿Cómo entender, desde disparadores biológicos, la monogamia oficial de Occidente –que incluye “canitas al aire” extraoficiales– o el harem de la tradición musulmana? Si el “instinto” de conservación fuera realmente un mecanismo animal que todos los humanos tendríamos, si eso nos llevara a comer como una necesidad imperiosa para seguir viviendo, ¿cómo explicar que habiendo mucha más comida de la necesaria para alimentar a toda la población planetaria la principal causa de muerte continúa siendo nada más y nada menos que ¡el hambre!?

Definitivamente, estamos hablando de temas sociales, de lucha de poderes, de ideologías que los justifican. En esto, la psiquiatría juega un papel definitorio; pero queda claro que la psiquiatría no es, entonces, una formulación hecha desde el saber científico: es una práctica de poderes. Y es la psiquiatría quien tiene la voz cantante en este complicado campo de la salud mental.

### III

A partir de presupuestos biológicos centrados en el campo de la enfermedad, en el proceso mórbido que rompe una normalidad, una homeostasis, se pudo haber construido toda una edificación diagnóstica que sanciona quién está “sano”, quién está “en equilibrio”, y quién se sale de esa norma. Y ahí tenemos el nacimiento de la psiquiatría clásica hacia fines del siglo XVIII, en Europa, prácticamente que llegó más tarde a nuestro territorio y donde se la ejerció sin mayores modificaciones.

Decir esto no es nada nuevo; ya se ha dicho y criticado en infinidad de oportunidades. Pero nunca está de más recordarlo. Las clasificaciones psiquiátricas se basan en una preconcebida -y nada crítica- idea de normalidad. De ahí que cualquier cosa que se aleje del paradigma propuesto como normal puede ser enfermo. Idea limitada, sin dudas, que merece ser repensada. ¿Qué clasifican las clasificaciones psiquiátricas? O dicho de otro modo: ¿de qué enfermedad nos hablan? ¿Son “enfermedades” la homosexualidad y la tortura entonces?

La ideología psiquiátrica parte de supuestos, de una determinada normalidad, una homeostasis psíquica podría



decirse, que se rompe y que puede ser restaurada. Incluso hay toda una Psicología que aborda el tema con similar ideología. Y ahí tenemos el amplio campo de lo que, quizá provocativamente, podría llamarse “apapachoterapias”: habría una normalidad por un lado, feliz y libre de conflictos (algún famoso refresco se encargó de divulgar el mito que, bebiéndolo, podría alcanzarse la mentada felicidad), y hay enfermedad en su antípoda. La misión de quien trabaja en el campo siempre complicado de definir de la Salud Mental sería el técnico que restaura la felicidad o el equilibrio perdido. Las clasificaciones psiquiátricas serían el manual para el caso.

Pero ¿quién puede estar sano de inhibiciones, síntomas y angustias varias? Retomando algunos de los ejemplos que más arriba se mencionaban: ¿quién es más “normal”: el que fuma o el que no fuma? ¿El homosexual declarado, el que lo fustiga, el que lo acepta? ¿Y qué debe hacerse entonces si nuestro hijo o hija nos declara que es homosexual? Quizá sea imposible evitar que esos conflictos que definen nuestra humana condición dejen de provocar distintas manifestaciones: inhibiciones, síntomas, angustias. El punto está en cómo abordar todo eso, qué lugar darle, qué espacios reales desde los sistemas de salud existentes, incluso los de educación, se abren para abordarlos, para prevenirlos, para enmarcarlos sin estigmatizarlos.

Valga aclarar aquí que una noción que atraviesa indirectamente todo el ámbito cuando hablamos de salud mental, en tanto su antónimo, es el de “locura”. “¡Yo no estoy loco!” es la casi automática reacción cuando nos referimos a conflictos psicológicos. No hay dudas que todo lo que está en juego aquí rebasa con mucho una cuestión de homeostasis biomédica.

¿Por qué asusta/ruboriza/estigmatiza tanto esto de “estar loco”? Pues porque ahí se presentifican relaciones sociales de poder, de exclusión de unos sobre otros. La palabra *locura*, usada infinitamente cuando se habla de salud mental, no es en realidad un término científico. Se emparenta con la voz latina “locus”: lugar. El loco es el que ocupa un determinada lugar en la estructura social: el de marginado, el de hecho a un lado, porque no “sirve” para la estructura social dominante. Y ahí, en ese “lugar”, puede entrar cualquier cosa: un psicótico delirante, un marginal de cualquier laya, una prostituta envejecida, un bohemio anti sistémico.

Las sociedades se protegen a sí mismas; la cultura reproduce semejantes. Por tanto lo extraño, lo extemporáneo, tiende a ser neutralizado. El mecanismo para ello es la segregación, la exclusión. Minuciosamente enseña Michel Foucault (1986) que en la modernidad occidental (capitalismo industrial) se



perfeccionó el espacio de marginación de la irracionalidad, desarrollándose para ello los dispositivos “científicos” pertinentes: el asilo y el médico psiquiatra.

La locura no es sólo la enfermedad mental; es todo aquello que “sobra” en la lógica dominante. Michel Foucault lo estudió pormenorizadamente; de esa cuenta, describiendo la Salpêtrière -el mayor asilo de Europa en el siglo XVIII, abierto aún al día de hoy-, Thénon, citado por Foucault (1986) dice: *“acoge a mujeres y muchachas embarazadas, amas de leche con sus niños; niños varones desde la edad de 7 u 8 meses hasta 4 o 5 años; niñas de todas las edades; ancianos y ancianas, locos furiosos, imbéciles, epilépticos, paralíticos, ciegos, lisiados, tiñosos, incurables de toda clase, etc.”*. Marginal, entonces, puede ser cualquier cosa.

¿Cómo hacer algo “científico”, verdaderamente científico, serio y riguroso, en un campo tan preñado por los prejuicios como es lo que se mueve en torno a la salud mental? No plantear la salud en términos de enfermedad sino de promoción, de prevención. Dicho de otro modo: evitar hasta donde sea posible que la enfermedad aparezca. En el plano de lo psicológico, evitar que el prejuicio en torno a los malestares nos inunde, y terminemos así discriminando a cualquier cosa “extraña”, a cualquier “locura”.

En ese sentido, la atención primaria es el mejor camino para promover la salud. Desde la histórica conferencia de la OMS de Alma-Ata, en la ahora ex República Socialista Soviética de Kazajistán, en 1978, ese es el camino trazado para promoverla, y que los países que presentan los mejores índices sanitarios han seguido.

La pregunta abierta es cómo plantearse esta estrategia cuando se trata de salud mental. Sin dudas eso es difícil, y ya se ha dicho muchísimo al respecto. Si algo podemos aportar es dejar indicado que una atención que no niegue ni tape los conflictos en la esfera psicológica debe apuntar a hablar de ellos. Por allí debería ir la cuestión: no estigmatizar los problemas -comúnmente llamados, quizá en forma incorrecta, “mentales”- sino permitir que se expresen.

Dicho en otros términos: priorizar la palabra, la expresión, dejar que los conflictos se ventilen. Esto no significa que se terminarán las inhibiciones, la angustia, el malestar que conlleva la vida cotidiana, las fantasías, los síntomas. ¿Cómo poder terminar con ello, si eso es el resultado de nuestra condición? La promoción de la salud mental es abrir los espacios que permitan hablar del malestar. ¿Qué significa eso? No que podamos llegar a conseguir la felicidad paradisíaca, a evitar el conflicto, a promover la extinción



de los problemas. En tanto haya seres humanos habrá diferencias, y eso es ya motivo de tensión.

Por todo eso, la salud mental es, en definitiva, el propiciar los espacios de diálogo, de palabra y de simbolización para que el malestar no nos cope, no nos inmovilice ni tampoco para que sea motivo de estigmatización de nadie. En ese sentido “espacios de palabra” significa lugares donde se pueda hablar libremente. Eso pueden ser grupos, dispositivos que faciliten abordajes individuales sin estigmatizar, trabajo con parejas, charlas, espacios comunitarios. La salud mental no está encerrada en un consultorio: está en la palabra que permite conocerse a sí mismo. Eso, en definitiva, se puede dar en cualquier lado, en las calles, en las plazas públicas, en la comunidad toda.

## IV

Ahora bien: ¿qué se está haciendo en estos tres países -Nicaragua, El Salvador y Guatemala- en el campo de la salud mental?

Para decirlo con palabras textuales de quienes investigaron el tema y aportan datos precisos, permítasenos citar un estudio de la Organización Mundial de la Salud/Organización

Panamericana de la Salud (OMS/OPS, 2006). Puede leerse allí que, para todos los países investigados: *“Actualmente no existe una política, ni legislación sobre salud mental, pero sí planes para la implementación de acciones de salud mental [y algunas acciones específicas como] intervención en desastres”*.

Esto indica, desde ya, una posición definida con respecto al campo en cuestión: la salud mental importa poco, o no importa. Se mueve reactivamente, según mitos y prejuicios ya establecidos, sin hacerse necesario un instrumento jurídico que la enmarque.

De hecho, es el “pariente pobre” en el campo sanitario: *“De los gastos de salud solo el 1% está destinado a salud mental, y de éste [en los tres países casi por igual, es decir: alrededor de un 90%, o más] está destinado a gastos de hospitales psiquiátricos”* (OMS/OPS, 2006).

No caben dudas que sigue primando una visión psiquiátrico-manicomial del asunto, quedando todo lo que tenga que ver con atención primaria, prevención y promoción sólo como declaración, como algo más cosmético que efectivo. La salud mental se sigue concibiendo en términos de enfermedad: es “sano” mentalmente... el que no delira. Una cuota de

malestar intrínseco a la civilización y el conflicto como dimensión normal de la dinámica humana, no existen en esta cosmovisión. Prima la visión biológico-estadística que busca silenciar el “disturbio”, lo “anormal”; de ahí la importancia del manicomio, de la reclusión, del abordaje curativo (por cierto con métodos cuestionables, como la hiper medicación, el electroshock, incluso el manual de autoayuda que brindaría el camino a la supuesta felicidad).

Todo lo anterior permite llegar a la conclusión que son menos las fortalezas que las debilidades las que pueden encontrarse en los tres países. En ese sentido pueden mencionarse como déficit a abordar en lo inmediato, a partir del informe de la OMS/OPS:

- *“La falta de legislación y políticas sobre salud mental (no existen mecanismos para la promoción y protección sistemática de los derechos humanos de los pacientes con problemas mentales)*
- *“La asignación de un bajo porcentaje de los gastos de salud en relación a los gastos de salud mental*
- *“La concentración de los recursos humanos y camas cerca de la ciudad más grande, [en los tres casos, la capital del país]*
- *“La ausencia de protocolos de atención para casos con trastornos mentales en el nivel primario y segundo nivel,*
- *“La ausencia de unidades de hospitalización psiquiátricas en el segundo nivel articuladas a los centros de salud,*
- *“El desabastecimiento de psicofármacos imprescindibles en el nivel primario como son los antipsicóticos de depósito y orales, antidepresivos, ansiolíticos y estabilizadores del humor,*
- *“Los escasos recursos especializados en psiquiatría en APS [atención primaria en salud], así como la ausencia de equipos de salud mental completos donde existe algún recurso,*
- *“La pobre capacitación que se ofrecen al personal de salud de temas de salud mental”.*

A partir de ello, las recomendaciones sugeridas por el documento de la OMS/OPS -que podemos hacer también nuestras para la ocasión- proponen inteligentes medidas alternativas para remediar/superar la situación, apuntando a revisar las áreas especialmente críticas:

1. *“Perfeccionamiento o reformulación de las políticas y planes nacionales de salud mental.*
2. *“Desarrollo de la legislación sobre salud mental.*
3. *“Mejoramiento de los sistemas de información estadística.*
4. *“Desarrollo de protocolos y guías para la Atención Primaria en Salud Mental.*
5. *“Diseño de programas de capacitación al personal de salud mental y al personal general de salud.*
6. *“Definición y desarrollo de un modelo de general de atención integrada entre los 3 niveles de atención de salud mental”. (OMS/OPS, 2006)*

Es innegable que hay una enorme serie de aspectos por modificar, a los que aún se podrían agregar otros, como la dispersión en las iniciativas vinculadas a este ámbito.

Por lo pronto, en los tres países más o menos por igual, tanto el Estado como la Seguridad Social brindan pocas respuestas a los problemas de salud mental, siendo suplidos ambos

por numerosas organizaciones no gubernamentales que, en muchos casos desde un desorganizado activismo reactivo, sirven como parche.

Ello se hace particularmente evidente en un tema crucial para los tres países dado por las heridas aún abiertas de las guerras internas vividas hace aún poco tiempo: sociedades post guerra donde son casi nulos los planes de recuperación psicológica de tanta carga negativa.

Esto último, es decir: la falta de abordaje del que quizá constituye el principal problema de salud mental de las poblaciones, junto a la dispersión un tanto caótica de las respuestas de la sociedad civil, evidencian la situación real del problema: la salud mental es aún un tabú enmarcado en enraizados prejuicios. Ir a un servicio de estos (psiquiatra, psicólogo, y aún otro tipo de prestadores como promotores comunitarios) es un estigma casi vergonzante. “Yo no estoy loco”, es la primera reacción. ¿Cuál sería el problema de reconocer problemas de esta naturaleza?

Ahí es donde debe entrar a jugar un nuevo paradigma: la salud mental no es sólo una cuestión de “especialistas”, de técnicos. La salud mental está en la promoción de nuevos y superadores modelos de relación entre la gente, en el

acabar con prejuicios estigmatizantes, en permitir hablar de los problemas y no tapparlos, encerrarlos tras los muros de un hospital psiquiátrico o silenciarlos con tóxicos (los legales: la psicofarmacología, el alcohol), o los ilegales (de marihuana en adelante).

La salud mental, por último, debe ir mucho más allá de un consultorio: está en la palabra que libera, en el hablar, en la comunidad que se organiza. Y eso puede hacerse en cualquier sitio, no sólo tras cuatro paredes. Pero ¡cuidado!: no se trata de improvisar cualquier cosa. Debe haber planes sistemáticos con clara dirección.

En eso, aunque hoy día esté especialmente alicaído, el Estado debe seguir jugando un papel crucial. Romper prejuicios no es sólo una cuestión de buena voluntad: hay que formular una política pública que lo aliente, lo impulse, lo haga realidad. Ello es imprescindible porque, como dijo Einstein: “*es más fácil desintegrar un átomo que un prejuicio*”.

### Referencias bibliográficas

- Antognazzi, I. y Lemos, M: F. (2006) *Nicaragua, el ojo del huracán revolucionario*. Buenos Aires: Nuestra América Editorial.
- Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos (1995) *DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Ed. Masson.
- Beristain, C. (1992). *Salud mental: la comunidad como apoyo*. San Salvador: UCA Editores.
- Braunstein, N. (1980) *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis. Hacia Lacan*. México: Siglo XXI Editores.
- Braunstein, N., Pasternac, M., Benedito, G. y Saal, F. (1982) *Psicología: ideología y ciencia*. México: Siglo XXI Editores.
- Colussi, M. “Las guerras. ¿Y después? Reflexiones a partir de dos experiencias de post-guerra en Centroamérica: Nicaragua y Guatemala”. Disponible en versión electrónica en *Revista Rebelión*: <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=170737>
- \_\_\_\_\_ (2014) “Psicología y psicólogos en Guatemala hoy”. En *Revista Análisis de la Realidad Nacional*, Año 3, N° 43. Guatemala: IPNUSAC.
- Foucault, M. (1986). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.



- Freud, S. (1974) *El malestar en la cultura*. Tomo I. Madrid: Biblioteca Nueva.
- \_\_\_\_\_ (1974) *El porvenir de una ilusión*. Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva.
- \_\_\_\_\_ (1974) *Esquema del psicoanálisis*. Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Goffman, E. (1972) *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Mannoni, M. (1991) *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*. México: Siglo XXI Editores.
- Martín-Baró, I. (2007) *Acción e ideología*. Psicología social desde Centroamérica. San Salvador: UCA.
- Moino, S. (2013) *Salud mental*. Aproximaciones teórico-prácticas. Guatemala: Observatorio de Salud Urbana – Guatemala.
- Montero, M. (2005). *Introducción a la Psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- OMS/OPS (2006). *Informe sobre los sistemas de salud mental en Nicaragua, El Salvador y Guatemala*. Managua: Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud
- Parra, L. (2009) *Aproximación a una caracterización de prácticas de apoyo psicosocial postconflicto*. Hacia una Psicología social en Guatemala. Guatemala: USAC.
- PNUD (2009) *Informe sobre desarrollo humano para América Central*. 2009-2010. Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Radda Barnen (1996) *Restaurando la alegría*. Diferentes enfoques de asistencia a la niñez psicológicamente afectada por la guerra. Estocolmo: Ed. Radda Barnen de Suecia.
- Testa, M. (1985). *Atención ¿primaria o primitiva? de salud*. Rosario (Argentina): Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Cuadernos Médico-Sociales, N° 34.
- The International Critical Psychiatry Network (ICPN). *"No more psychiatric labels"*. Disponible en: <http://www.criticalpsychiatry.net/?p=527>
- Yaría, J.A. (1982) *Abordaje psicoterapéutico de las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.

