

**ESTRATEGIAS DE EXTENSION SOCIAL Y COMUNITARIA PARA EL
ABORDAJE DE LA SALUD INTEGRAL
DEL VETERANO DE GUERRA Y SU GRUPO FAMILIAR**

Nombre y apellido: Mgter. Cecilia Figari
Pertenencia institucional: Subgerencia de Veteranos de guerra-INSSJP
Correo electrónico: cfigari@pami.org.ar

AGRADECIMIENTOS

A todos los que brindaron y brindan la oportunidad desde nuestra institución para que los talleres, estrategias y proyectos de salud integral comunitaria sean posibles,
A todos los integrantes de los equipos facilitadores y profesionales de las distintas UGL del país que hicieron y hacen posible este desarrollo a partir de su compromiso, su creatividad y la continuidad en la acción,
A la comunidad de VGM y grupo familiar, destinatarios de nuestra tarea con quienes construimos salud en cada taller y proyecto realizado,
Simplemente gracias por la confianza recibida.

INTRODUCCIÓN

Estas estrategias de extensión social y comunitaria (Inbar, 1995)ⁱ resultan del trabajo de un equipo interdisciplinario institucional y el compromiso en una acción continua, que tiene como eje principal la salud integral y de la salud mentalⁱⁱ desde una perspectiva salutogénica^{iiiiv} como uno de los factores positivos de la resiliencia comunitaria (Suárez Ojeda, 2002).

El desarrollo de estas estrategias ha implicado un proceso de trabajo sostenido y el mantener la escucha atenta en los diversos encuentros que se generaban, para diseñar propuestas a partir de lo que se detectaba como interés.

A los fines de la presentación, dividiremos el desarrollo en tres apartados que marcan distintos momentos de la construcción de este espacio.

ACERCA DE LOS FACTORES DE RIESGO Y LOS FACTORES DE PROTECCION EN LA COMUNIDAD VGM^v

Los miembros de esta comunidad estuvieron expuestos a diversos factores de riesgo. En primer lugar, el atravesamiento de un evento disruptivo (Benyakar, 2006) como lo constituye una guerra. Luego el “silencio-prohibición” de contar lo vivido y por

consiguiente la limitación que conlleva esta situación para tramitarlo. Sumado en muchos casos a la carencia de los apoyos afectivos necesarios, sean esta familia, pareja, vecinos, amigos entre otros; más la ausencia del Estado en políticas y programas que buscaran acercar asesoramiento o asistencia psicológica a aquellos que pudieran estar influidos por el evento y necesitar apoyo.

El acallamiento y el silencio generaron trastornos de diversa índole en distintas subjetividades. Muchos de estos trastornos constituyeron la causa de la pérdida de lo que ya tenían (Ej., la cantidad de separaciones que presentó esta comunidad en la posguerra). La estigmatización y el desempleo representaron para muchos, otro padecimiento. Estado de vulnerabilidad que en algunos casos se profundiza, con conductas de aislamiento significativas.

Bajo este sentimiento de desamparo social¹, aparece un factor protector fundamental como la creación de Centros de Veteranos de Guerra que, a través de lazos de cooperación y confianza como red de vínculos intersubjetivos con su valor de sostén identificador, portador de ideales comunitarios, generaron- y generan- un sentimiento de pertenencia. Bajo un nombre que los identifica comienzan a agruparse, a reconocerse, a sentirse contenidos, confiados (Vale recordar el lema de esta comunidad “No hay nada mejor que un Veterano para otro Veterano”). La pertenencia a la comunidad que se instituye en los encuentros en sus Centros, constituye la oportunidad para expresar lo vivido y contrarrestar los efectos de lo “no hablado”, actuado en muchos de ellos a través de la sustancia adictiva. No obstante, la construcción de esta identidad social ha sido la facilitadora del desarrollo de las fortalezas necesarias para atravesar las adversidades, resistir y conquistar logros sociales significativos desde una posición reivindicativa² (Rozenfeld, 2012) tales como los beneficios de la seguridad social (pensiones nacionales y provinciales, compatibilidad de pensión y trabajo, Obras sociales), acceso a la educación y/ o un empleo estable, entre otros. Ejemplo de ello, es la incorporación de VGM-Veteranos de Guerra de Malvinas- al INSSJP en el año 2005, junto al lanzamiento del Programa Nacional de Atención al Veterano de Guerra.

¹ Falta de políticas de Estado específicas para este grupo, sumada a la única política visible que fue la de “Desmalvinización”.

² El resentimiento por la injusticia y el daño padecido dotaron de sentido al reclamo y a los actos de protesta (Rosenfeld, 2012)

Motiva mi primer encuentro profesional con ellos, las acciones de capacitación para el fortalecimiento de competencias básicas para el puesto de trabajo, mientras se relevaban otras demandas, dada la peculiar característica de esta población en la inclusión institucional: el carácter recursivo de su servicio (ellos gestionan los servicios para sus compañeros VGM). A través de la problemática de la población beneficiaria que ellos atienden, expresan y comparten vivencias en este entramado social-institucional. Muchos de ellos, se transformaron en tutores de desarrollo (Cyrułnik, 2001) acompañando el crecimiento de sus pares, confiando en el otro más allá de sus limitaciones ¿Qué mejor tutor de desarrollo alguien quien compartió el mismo evento disruptivo? “Yo salí ¿Por qué no vas a salir vos?”, es una de las frases que escuchamos. Junto con el testimonio dicho y escuchado aparece desde algunos de ellos entrelazada *la esperanza*, promesa existencial que permite el desarrollo de la capacidad resiliente.

Estas condiciones internas y grupales favorecieron el abordaje de temas que ellos mismos solicitaban, colocando como prioritarios el de “salud mental” y “stress postraumático”; proponiendo desde nosotros temas relacionados con los factores de riesgo y factores protectores, vulnerabilidad y resiliencia, resiliencia individual y comunitaria entre otros asociados a la promoción de la salud integral. Muchos de ellos, naturalizaron el trastorno mental- específicamente, el Trastorno de estrés postraumático- como consecuencia de su participación en el conflicto bélico ^{vi} y adoptándolo como una característica propia, inherente al Veterano de guerra. A través de este proceso de capacitación, algunos de ellos comienzan a cuestionar-se la característica adoptada y pueden hablar de que se trata la salud mental. En una de las clases, uno de ellos expresó: “Pensé que sabía de salud mental, pero no sé nada”, permitiéndose reflexionar sobre aquello que reclamaba.

ACERCA DE LAS BARRERAS PSICOCULTURALES

También es importante destacar que junto a este fuerte sentimiento de identificación entre Veteranos, detectamos un importante rechazo y resistencia a los profesionales de la salud mental, a los cuales se les atribuye una imposibilidad de escuchar o comprender lo vivido por ellos. Más allá de esta razón que exponen, no podemos dejar de recordar los otros nombres que recibieron como “*los locos de la guerra*” y los efectos de la estigmatización como factor colaborativo en esta resistencia al acceso a los servicios de la salud mental. Este efecto, en muchas ocasiones, también se hace extensible a las familias (Oviedo & otros, 2014).

En tal sentido, acordamos con De la Cuesta (2017), que estas reacciones afectivo-emocionales negativas van construyendo verdaderas *barreras psicosocioculturales* (Saforcada, 1999) que se interponen entre el sistema de servicios de salud y los usuarios, más allá de la disponibilidad existente de servicios de atención en salud en una localidad. De la Cuesta (2017) agrega que “las vivencias que se generan en este espacio virtual intersubjetivo de interacción interpersonal entre los miembros de ambos componentes del sistema de servicios de salud, formal e informal, retroalimenta las estructuras valorativo-actitudinales de sus correspondientes integrantes” (p.177).

Dicha autora en su investigación refiere los estudios de Landini (2014) como los de Comes y Stolkiner (2005, 2007), quienes consideran que el imaginario social y las representaciones pueden constituirse como barreras, redefiniendo la concepción de barrera simbólica, adoptando el aspecto relacional de este constructo, que implica el encuentro entre los sujetos y los servicios. Para Bianchi (2010) “la accesibilidad es un problema multidimensional que abarca las condiciones materiales de acceso y las representaciones sociales de usuarios, trabajadores y gestores respecto a los servicios y a los procesos de salud y enfermedad”. En concordancia con estas investigaciones (Comes y Stolkiner, 2007; de la Cuesta, 2017), se detecta en entrevistas individuales y grupales con VGM a través de estos años, como los imaginarios y/o representaciones sociales acerca de los profesionales de la salud mental como carentes de formación para la atención específica de su problemática; junto a las representaciones acerca de “su padecimiento”- en esta naturalización del TEPT como diagnóstico que porta todo VGM- como un estado psicopatológico inmodificable (con ausencia de expectativas de

cambio), colaborando todas estas representaciones en la construcción de las *barreras de la demanda* de la atención en salud mental para esta comunidad.

Acordamos con de la Cuesta (2017) que es necesario “incorporar un cambio de paradigma en salud, generando políticas acordes, en donde se tomen en cuenta factores psicosocioculturales de todo el sistema que lo compone, e implementar nuevos cambios en la formación de los profesionales y técnicos en servicios de salud, además de promover la participación de la población” (p.179).

Todo ello motiva el diseño de estrategias de extensión social y comunitaria.

TALLERES, ESTRATEGIAS Y PROYECTOS DE SALUD INTEGRAL COMUNITARIA- TEPsic

Las acciones de capacitación, el análisis y entrevistas sostenidas con VGM pertenecientes a distintos lugares del país, junto a los datos arrojados en los relevamientos sociosanitarios realizados entre los años 2007-2009 en tres provincias (Corrientes, Chaco y Formosa), dieron cuenta tanto de las problemáticas relevantes de salud integral en la comunidad como de las barreras de la demanda en la atención de salud mental.

Dentro del marco de acciones de prevención y promoción de salud integral contemplada en la Resolución N ° 191-DE/05, que da origen al Programa Nacional de Atención al Veterano de Guerra y grupo familiar del INSSJP, se inicia desde el año 2009 el diseño e implementación de talleres psicoeducativos en distintas provincias de nuestro país.

El primero de los talleres fue el de Resiliencia Relacional destinado al VGM y grupo familiar, cuyos objetivos principales son promover los recursos relacionales desde la propia comunidad, fortaleciendo a las parejas y a las familias e identificando factores protectores en salud, tutores del desarrollo y la transformación positiva de las experiencias difíciles de vida.

Progresivamente se fueron incorporando diversos temas y abordajes en la medida que se iban detectando nuevos intereses. Ejemplo de ello, la carencia de espacios para las mujeres, con características y problemáticas particulares dado el rol protagónico del

varón en los mencionados Centros, lo que nos condujo al diseño e implementación del Ciclo de Talleres de Salud integral para mujeres de VGM. Estos talleres ofrecen a las mujeres y familiares de los VGM un espacio de reflexión acerca del rol de la mujer, el cuidado de su salud, su desempeño como cuidadora informal en diversos ámbitos de la vida (como hija, pareja, madre). Más allá de las inequidades sociales basadas en la perspectiva de género, diversos estudios científicos demuestran que si bien la mujer tiene una mayor expectativa de vida que el hombre, no siempre vive con salud y calidad de vida. Temas como factores de riesgo y protectores desde la perspectiva de género, herramientas preventivas en salud mental, TEPT, adicciones, violencia familiar, situaciones conflictivas adolescenciales, resiliencia son algunos de los temas abordados desde una intervención promotora de salud profunda, integral y procesual, ya que este ciclo implica un encuentro mensual en un periodo de seis meses.

Posteriormente, los propios Veteranos de Guerra ante la demanda creciente del espacio para las mujeres- que continua hasta la actualidad- solicitan un espacio exclusivo para ellos. De este modo, se diseña el Taller de Reducción de daño (2011) y luego, el de Crecimiento postraumático (2012).

Así sucesivamente, evaluando, diseñando e implementando talleres y proyectos fueron desarrollándose estas estrategias en función de los intereses que se iban detectando. Al respecto, es interesante destacar que algunos referentes VGM solicitan hacer extensible la implementación de estos talleres a los colegios y a cárceles donde ellos realizan su tarea de malvinización, dando cuenta del grado de apropiación de esta actividad como parte del programa de atención de salud que se les brinda desde el INSSJP, a través de la SGVG y UGL de todo el país.

¿Cómo lo hacemos?

La metodología psicoeducativa adoptada en los Talleres presenta como componentes principales (Herrera, 2003):

- ▯ ASPECTOS INFORMATIVOS
- ▯ ORIENTACIÓN Y MANEJO COTIDIANO DE PROBLEMAS
- ▯ CLIMA DE AYUDA MUTUA /REDES DE APOYO

- ▯ MIEMBRO DE LA COMUNIDAD COMO AGENTE ACTIVO
- ▯ PROFESIONAL COMO FACILITADOR

En tal sentido, los talleres constituyen una propuesta de abordaje en salud mental que ofrece material informativo, educacional y terapéutico, facilitando la integración social a través de las redes de apoyo que se van generando entre los participantes con las distintas actividades propuestas.

Los temas de los talleres de salud integral abordados por el equipo son seleccionados por la propia comunidad según oferta existente o diseñada específicamente ante la detección de nuevos intereses, por género y por grupo etario. De este modo, surgieron posteriormente propuestas de actividades deportivas y recreativas como socioculturales generando espacios para el encuentro en familia o con la comunidad en general como respuesta localmente situadas.

¿Con quienes lo hacemos?

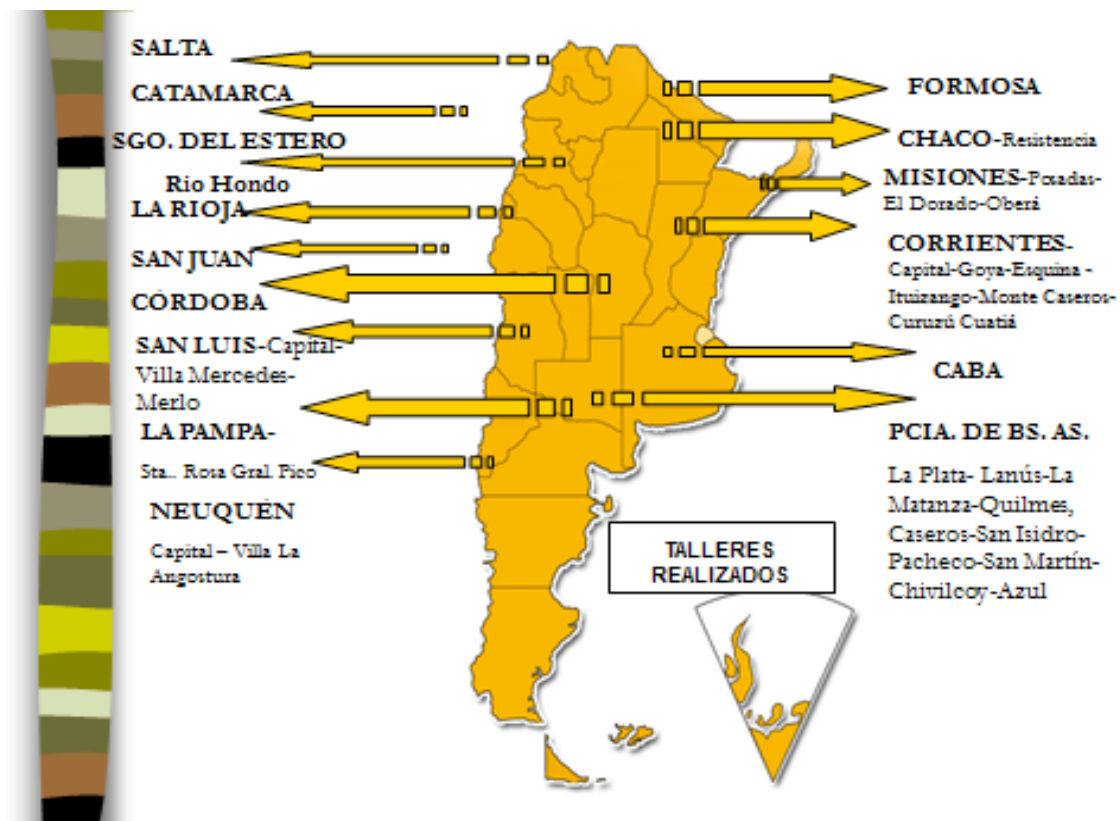
En el transcurso de estos años, en los equipos profesionales participaron psicólogos, médicos, asistentes sociales; técnico en minoridad y familia; estudiante de psicología con el objetivo de conformar un equipo mínimo de dos facilitadores para la coordinación y desarrollo de cada taller; destacando la relevancia de la participación de un VGM dentro del equipo Facilitador. Su pertenencia institucional y representación en las distintas unidades de Gestión local de todo el país del INSSJP es fundamental para la articulación de la actividad con las comunidades locales.

Por otro lado, cabe destacar que la participación del profesional psicólogo desde este abordaje colabora significativamente en la transformación de su rol dentro de la comunidad, desde la imagen amenazante detectada en aquellos primeros encuentros, hacia una imagen colaborativa y de confianza para la orientación y/o derivación individual, grupal y/o familiar (Acevedo y Figari, 2012).

Actualmente contamos con un equipo de tres psicólogos desde Nivel Central y enlaces regionales de talleres en algunas UGL del país para este trabajo en red. Estos enlaces son referentes de área/división, tanto profesionales como administrativos, que por su tipo de profesión, interés y compromiso, presentan un perfil adecuado para cumplir con

este rol, junto a sus tareas como referentes del área. Para esta tarea, trabajan conjuntamente con miembros de los Centros de VGM, y son los encargados de detectar los intereses, generar la convocatoria, brindar el espacio y los recursos físicos para el desarrollo de los talleres. También en la actualidad están diseñando -con el apoyo y orientación del Nivel Central, SGVG- sus propios proyectos locales, que conformarán el listado de oferta de talleres y proyectos con los que contamos a nivel país. Cabe destacar, “Camino a una alimentación saludable” de Santa Rosa, La Pampa; “Archivo Oral de la memoria –Sur de Santa Fe” y el destinado a hijos, titulado “Nuevas voces para pensar Malvinas: la palabra de los jóvenes de hoy”, que será inaugurado en la ciudad de Rosario a fines de noviembre.

Por otro lado, este año comenzamos con la figura del referente comunitario (especialmente esposas de VGM) quien convoca y genera espacios para el encuentro entre pares, siendo tarea del equipo la del acompañamiento con materiales para los temas que desean abordar.



En el transcurso de estos ocho años, participaron 2707 participantes en 155 talleres en 39 ciudades de 16 provincias de nuestro país. Estos resultados son presentados a los fines de un análisis cuantitativo, pero la mayor riqueza en el transcurso de estos años ha sido la posibilidad del encuentro y el intercambio expresado al cierre del taller. Solo compartiremos unas pocas frases representativas, que constituyen uno de los factores principales por el cual los TEPsic continúan hasta hoy.

Algunas frases de lo que se llevan:

- "A veces nos olvidamos de conocernos. A veces caminamos por un solo caminito y ustedes nos mostraron otros..." TRR, Esquina, CORRIENTES (2009)
- «En este taller para Veteranos de Guerra, lo sobresaliente que yo saqué en blanco es que el Veterano puede integrarse a la sociedad, a pesar de que en momentos se aísla. Estos encuentros nos dan ganas de seguir luchando por nosotros y nuestra familia.» TRR, Resistencia, CHACO (2010)
- "Aprender a delegar/Si nos cuidamos nosotras, podemos cuidar a los demás/Aprender a hacer algo por nosotras" CTM, NEUQUÉN (2011)
- «Aprendizaje de patologías y salud. Vi que soy "normal" o que tenemos una familia "normal" después de todo; y que los problemas que tuvimos o tenemos pueden resolverse con ayuda hasta de los profesionales de la salud. Este encuentro permite a todas ayudarnos y curar heridas" TM, NEUQUÉN (2011)
- «Que detrás de la vida de un Veterano, hay otra vida que merece ser vivida" TRR ,CABA(2012)
- «Me llevo mucha calidez humana y saber que ante mucha adversidad, el amor grupal sana las heridas más profundas» TRR,, VILLA MERCEDES,SAN LUIS (2013)
- «Muy bueno el espacio para expresarse y encontrarse con personas con las mismas inquietudes» TA,CHIVILCOY , BS.AS.(2014)
- » -"Verdaderamente muy emocionante. Hermoso compartir y afirmo que no solamente son Héroes los que cayeron, también los que están entre nosotros «MERLO,SAN LUIS (2015)
- La herramienta que me brindaron los profesionales (que es la risa) que se transforma en alegría para ser feliz, a pesar de todo RIO HONDO,SGO DEL ESTERO,(2017)

CONCLUSIONES

*Psicología no es meramente psicopatología y psicoterapia,
esta es una ciencia que estudia la complejidad humana
y debería implicarse en todas sus dimensiones.
Hay una necesidad de ampliar y reorientar el
estudio de la respuesta humana ante el trauma
con una mirada en el desarrollo
de nuevas formas de intervención
basadas en modelos más positivos,*

Mgter.Cecilia Figari
cfigari@pami.org.ar

División Estadísticas y Proyectos-Dto. Gestión Operativa
Subgerencia Veteranos de Guerra
INSSJP

*focalizando en la salud y la prevención
y en los factores que facilitan
la recuperación y el crecimiento personal*
Vera Posek, Carbelo Baquero y Vecina Jiménez, 2006.

“Pensar a un individuo no como víctima pasiva de sus circunstancias, sino como sujeto activo de la experiencia” (Galende, 2004) implica una posición respecto al abordaje de la atención en salud integral comunitaria con la población del VGM y grupo familiar; desde donde colaboramos en el diseño y desarrollo de los TEPsic.: Talleres, estrategias y proyectos en salud integral comunitaria^{vii}.

Desde un enfoque participativo, la construcción colectiva de los contenidos y el acompañamiento en los temas propuestos ha permitido generar un espacio de seguridad y confianza para la elaboración de las temáticas que preocupan y ocupan a su propia comunidad y en sus distintos niveles (individual, grupal, familiar); fortaleciendo capacidades y relaciones interpersonales, según condición de género y liderazgo dentro de las distintitas redes locales.

Los mecanismos institucionales contribuyen a su implementación en el marco del Programa Nacional de Atención al Veterano de Guerra y grupo familiar del INSSJP, más allá que la implementación de los TEPsic atraviese por momentos de interrupción ante la necesidad prioritaria de la cobertura en otros niveles de atención.

La implementación de acciones psicoeducativas, socioculturales y deportivas-recreativas con un enfoque interdisciplinario ha promovido no solo la detección temprana de situaciones de riesgo y su adecuada orientación individual y familiar, como la construcción de espacios de promoción y fortalecimiento de los factores protectores en salud (recursos individuales, lazos significativos familiares y comunitarios desde las redes de apoyo, la adquisición de conocimientos y habilidades para el cuidado de su salud, desarrollo personal y comunitario en un entorno saludable), desde una gestión participativa.

Por todo lo expuesto, se sostiene que la estrategia de extensión social y comunitaria es un abordaje posible y necesario para la atención en salud integral de la comunidad de VGM y grupo familiar, allí donde las barreras psicosocioculturales de la población obstaculizan el acceso a los servicios de salud.

BIBLIOGRAFIA Y SITIOS WEB

- Acevedo G. y Figari C. (2012). *Estrategias de intervención comunitaria en salud integral*. XII Jornadas de salud mental y comunidad. FEPPA. Paraná, Argentina.
- Acevedo G. y Figari C. (2012). *Resiliencia Relacional y otras estrategias de intervención*. Jornada Malvinas, organizado por el Dto. Psicología Clínica Univ. Kennedy. CABA, Argentina.
- Acevedo G. y Figari C. (2015). *Silencio y olvido, memoria y reconocimiento, comunidad y palabra: veteranos de guerra de Malvinas y grupo familiar*. IX Congreso Argentino de Salud mental Lecturas de la memoria. Ciencia, clínica y política"- AASM –II ° Congreso regional de la World Federation Mental Health-.CABA, Argentina
- Acevedo, G.; Figari C. y Ocampo M. (2009). *Semejanza, Confianza y Esperanza. Alternativas en las estrategias de intervención en la población de Veteranos de Guerra de Malvinas*. IV Congreso Argentino de Salud Mental. Bs. As., Argentina.
- Acevedo, G.; Figari C. y Ocampo M. (2010). *Alternativas en las estrategias de intervención en la Comunidad de Veteranos de Guerra*. Jornada Ministerio de Defensa e INSSJP. CABA, Argentina.
- Acevedo G.; Figari C. y Ocampo M (2012). *Estrategias de intervención comunitaria en salud integral. Comunidad de Veteranos de Guerra y su grupo familiar*. I Congreso de Psiquiatría, Salud Mental y Psicología de las FFAA. CABA: Argentina.
- Benyakar, M. y Lezica, A. (2006). *Lo traumático: Clínica y Paradoja*. Tomo II (pp.107-130).Bs.As. Biblos.
- Cyrulnik, B. (2001). *Realismo de la esperanza*. Madrid: Gedisa.
- De la Cuesta, P. (2017). Barreras psicosocioculturales para la accesibilidad en salud y en salud mental. En Espacio interdisciplinario en Salud mental de la República (comp.)*Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. (p.173-188). Psicolibros Universitario: Uruguay.
- Herrera, P. (2003).*Bases para la elaboración de talleres psicoeducativos: Una oportunidad para la prevención en Salud mental*. Universidad Académica de Humanismo Cristiano. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/95176109/Bases-Para-La-Elaboracion-de-Proyectos-Psicoeducativos>
- Inbar, J. (1995). Estrategias de intervención psicológica en situaciones de crisis masivas. *Perspectivas sistémicas*, N°35. Disponible en: <http://www.redsistemica.com.ar/inbar2.htm>
- Manciaux, M. (2005). *La Resiliencia: Resistir y rehacerse*. Madrid: Ed. Gedisa.
- Rozenfeld, A. (2012).*La Resiliencia: Esa posición subjetiva ante la adversidad*. Bs.As.: Letra Viva.
- Sivak, R.; Ponce, A.; Huertas, A; Horiwaka, C.; Díaz Tolosa, P.; Zukerfeld, R. y Zukerfeld, R. (2007).*Desarrollo resiliente y redes vinculares*. Premio APSA 2007.Disponible en: <https://es.scribd.com/document/57721987/Desarrollo-resiliente-y-redes-vinculares>.

- Tedeschi, R. & Calhoun, L. (2004) Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. Vol. 15(1) 1-18.
- Vera Posek B.; Carbelo Baquero B.; Vecina Jiménez, M.L. (2006). *La experiencia traumática desde la Psicología Positiva: Resiliencia y Crecimiento postraumático* Papeles del Psicólogo .Vol.27 (1), pp. 40-49. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1283.pdf>

ⁱ Inbar define a la estrategia social y comunitaria (“reaching out”) como aquella “dirigida a identificar y acercar asesoramiento o asistencia psicológica a aquellos que pudieran ser influidos por el evento y podrían necesitar apoyo. Entre los principales rectores del abordaje en crisis, el principio de la **Pro-Actividad** enfatiza la importancia de acercarse diligente y eficazmente a aquellos afectados directos o indirectos en vez de esperar que ellos se presenten espontáneamente y pidan ayuda. A pesar del tiempo transcurrido y que este tipo de estrategias se consideran eficaces en una inmediata implementación, observamos también su relevancia para una población con el tipo e intensidad de barreras psicosocioculturales sostenidas en el tiempo.

ⁱⁱ “Salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definido como un estado de bienestar por medio de la cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir a sus comunidades(...)Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos”(OMS, 2004).

ⁱⁱⁱ

^{iv} Actitud de generar salud-prevención.

^v Adaptado del trabajo “Semejanza, Confianza y Esperanza. Alternativas en las estrategias de intervención en la población de Veteranos de Guerra de Malvinas” (Acevedo, Figari y Ocampo, 2009).

^{vi} Sin dejar de considerar el peso que posee en esta comunidad la representación social del Anexo 40 en términos de reconocimiento y no como enfermedad o trastorno que genera limitaciones en la vida cotidiana.

^{vii} No es casual la sigla recientemente propuesta. Allí donde nos encontramos con la naturalización del trastorno del estrés postraumático –su sigla es TEPT–tanto desde los Veteranos como desde las familias, como una consecuencia inevitable por su participación en el Conflicto bélico del año 1982, nuestros equipos interdisciplinarios buscan aproximar herramientas desde la salud integral comunitaria (representado bajo la sigla sic). Por otro lado, la polisemia del sic nos lleva al adverbio [sic], que entre paréntesis, indica que lo dicho puede no ser expresada de modo correcto pero se toma de modo literal y que sintetiza la frase frecuentemente escuchada: “Yo soy VGM .Yo tengo TEPT” en esta naturalización del diagnóstico como representación de su padecimiento, que aún muchos VGM siguen sosteniendo, independientemente de portar este diagnóstico.

.