

De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave

Ana Cecilia Augsburger¹

Resumen

El presente artículo busca analizar los criterios y las categorías utilizados para el diagnóstico y clasificación de los problemas de salud mental, considerando que los mismos constituyen un

Palabras clave

Epidemiología. Salud mental. Clasificación de enfermedades. Sufrimiento psíquico

Key words

Epidemiology. Mental health. Classification of illnesses. Psychic suffering.

Introducción

La epidemiología de los problemas de salud mental constituye un campo que cobra especial relevancia internacional a partir de las últimas dos décadas. Como bien señala la Organización Mundial de la Salud, los trastornos mentales se encuentran entre los más graves de todas las clases de enfermedades debido a su alta prevalencia, a su cronicidad, a la prematuridad de su aparición en la vida de las personas, y a la severidad de las incapacidades que producen (OPS; 2000).¹ Sin embargo, la gravedad del

1. Psicóloga. Magister en Salud Pública. Investigadora del Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Rosario (CIUNR).

componente imprescindible en el que se funda la investigación epidemiológica. Se analizan para ello en primer lugar las limitaciones de las taxonomías vigentes a nivel internacional poniendo el énfasis el cuestionamiento de la noción de enfermedad mental. En segundo lugar se describen algunas de las transformaciones sociales que atraviesan y configuran los problemas actuales del campo de la salud mental, proponiendo la categoría de sufrimiento psíquico como indicador con mayor capacidad comprensiva para la reelaboración del objeto de la epidemiología en salud mental.

Abstract

This article examines the criteria and categories used in the diagnose and classification of mental health problems, considering that they constitute an indispensable component in which the epidemic investigation is founded.

In the first place, it analyses the limitations of the standing taxonomies at international level, emphasizing the notion of mental illness.

In the second place, some of the social transformations are described: those social issues that cross and configure the current problems in the field of mental health.

It proposes the category of psychic suffering as indicator, with more understanding capacity on the re-elaboration of the object of Epidemiology in mental health.

diagnóstico epidemiológico formulado en el plano internacional no parece acompañado por un desarrollo teórico metodológico oportuno. La epidemiología psiquiátrica emerge como un campo de conocimiento claramente maltratado y retardatario (Sampaio; 1998).

El presente artículo propone una reflexión sobre uno de los puntos de mayor conflicto disciplinar, buscando simultáneamente identificar y describir el problema como también avanzar en propuestas tendientes a su superación. Los procesos de clasificación de los problemas mentales son un componente imprescindible en el que debe fundarse la investigación epidemiológica en salud mental, por lo que las categorías o lógicas con que se agrupan aquellos deben ser sensibles y adecuadas a los problemas actuales que presenta la salud mental de los individuos y las poblaciones. En este sentido, las transformaciones y crisis que atraviesan tanto la vida en sociedad como las condiciones de vida en el ámbito familiar son espacios de generación de situaciones críticas que pueden contribuir a la generación de padecimiento psíquico, por consiguiente deben construirse categorías que las describan adecuadamente, sin considerarlas necesariamente en términos de patologías.

Por otra parte, la coexistencia de diversos marcos conceptuales para comprender y explicar la génesis del sufrimiento psíquico y de la enfermedad mental, ubica el diseño de las herramientas diagnósticas y la definición de lógicas o criterios de clasificación de los problemas de salud mental como un campo de amplias controversias teóricas y técnicas. El establecimiento y la utilización de las taxonomías vigentes a nivel internacional está estrechamente ligado a las posibilidades y límites de desenvolvimiento de la epidemiología en salud mental, y a la producción de información epidemiológica en los contextos locales.

La clasificación de los problemas de salud mental: de la enfermedad mental al sufrimiento psíquico

El proceso de clasificación de las enfermedades mentales es un componente necesario en el que debe fundarse la investigación epidemiológica en el campo de la salud mental. Una clasificación de enfermedades se define como un sistema de categorías a las cuales se asignan entidades mórbidas de acuerdo con criterios preestablecidos. El propósito que le da origen es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de morbilidad y mortalidad recolectados en diferentes regiones o países, y en distintos momentos históricos.

En el dominio específico de los problemas de salud mental las normativas existentes con mayor desarrollo y difusión se organizan sobre una descripción taxonómica de las enfermedades mentales con base en la nosografía psiquiátrica. Con ese componente disciplinar se elabora el capítulo V de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud que reúne los llamados trastornos mentales y del comportamiento y también la elaboración posterior de la Asociación Americana de Psiquiatría, cuya última renovación es conocida como DSM IV.

En ambas taxonomías la categoría central que organiza el proceso clasificatorio es la de “trastorno mental”.^{11,111} Su definición alude a un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar (dolor), a una discapacidad (deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además este síndrome o padrón no debe ser meramente una respuesta cultural aceptada a un aconteci-

miento particular (por ejemplo la muerte de un ser querido). Cualquiera sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son considerados trastornos mentales. Son los mismos autores responsables de la clasificación quienes confirman la multiplicidad de significados con los que el trastorno mental se ha comprendido: malestar, descontrol, limitación, incapacidad, patrón sindrómico, etiología o desviación estadística. Cada uno de ellos puede ser un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto. También sus redactores sostienen que la distinción entre trastornos “mentales” y “físicos” es desafortunada, pero no ha conseguido reemplazarse por una más adecuada. Estas dificultades por ellos señaladas se ubican como un punto clave en la tarea de problematizar las categorías utilizadas para describir y clasificar los problemas de salud mental.

A lo largo del tiempo se han formado diversas ideas y nociones acerca de la salud y de la enfermedad mental, también se han construido explicaciones heterogéneas sobre las formas en que las mismas se generan. Los grupos sociales han consensuado y sistematizado modalidades propias de conocimiento sobre la enfermedad y la salud configurando un conjunto de nociones y representaciones sobre esos objetos. Esos conocimientos y nociones, propios de un momento histórico particular, organizan tanto un saber popular, resultado de prácticas cotidianas, como un cuerpo teórico y conceptual entramado en prácticas profesionales específicas. En este marco, el campo de la producción científica de los objetos designados como salud y enfermedad acumula desarrollos muchas veces contradictorios y antagónicos. Los obstáculos teóricos que parecen estar presentándose conducen a que diversos autores coincidan en se-

ñalar lo dificultoso que resulta avanzar sobre una conceptualización de la salud y de la enfermedad y destacan la multivocidad de significaciones que le son asignadas (Berlinguer, 1993; Almeida Filho, 1994).

En la misma dirección señalando las dificultades para avanzar en una conceptualización precisa sobre la enfermedad, son los aportes de M. Grmek. Adoptando una perspectiva epistemológica echa luz sobre lo infructuoso de los esfuerzos realizados acentuando en qué medida el sustantivo enfermedad y la adjetivación de lo patológico son a la vez términos vagos e imprecisos. Destaca la confusión entre la enfermedad vivida y su conceptualización médica, así como las dificultades para diferenciar entre la enfermedad como categoría abstracta distinta de la salud y las enfermedades como eventos específicos recortados del conjunto de procesos patológicos.

En el campo específico de la salud mental precisar la categoría de enfermedad y producir un ordenamiento clasificatorio sobre ella presenta algunas dificultades adicionales que lo sitúan con mayor complejidad.

La positividad con que operan los criterios médicos para designar una enfermedad no siempre es posible en este otro campo. Los problemas de orden psíquico o mental no se ajustan al modelo de razonamiento causal que la clínica asume para definir los fenómenos patológicos, ni se encuadran dentro de la racionalidad de la semiología que relaciona con un significado unívoco síntomas y signos a un evento patológico. El modelo médico de la enfermedad ha basado históricamente su mayor desarrollo en los modelos explicativos de causalidad etiológica. Sin embargo, las tentativas de ordenamiento a través de la construcción de un sistema clasificatorio van a presentar dificultades en la medida que no consigan delimitar satisfactoriamente los mecanismos etiológicos. De este modo, en los criterios de definición de las enfermedades van a superponerse mecanismos etiológicos, manifesta-

ciones clínicas, localizaciones anatómicas o alteraciones bioquímicas.

Por otra parte, es relevante analizar cómo la perspectiva nosográfica clásica, que ha trabajado con un criterio de enfermedad objetivo, considerando como tal solo aquello que se puede ver y comprobar porque produce señales y síntomas, constituye un obstáculo. Produciendo esa delimitación objetiva de la enfermedad queda ausente la dimensión subjetiva de quien la padece. Distintos autores señalan de manera crítica esta situación, destacándose entre ellos los aportes de G. Berlinguer. Este autor formula un agudo cuestionamiento a este paradigma y propone superar la perspectiva "objetiva" de existencia de enfermedades sin sujetos a partir de abordar el punto de vista del enfermo. Cómo la enfermedad es vivida y afrontada, qué consecuencias tiene para el sujeto y qué comportamientos suscita en los otros.

La recuperación por él propuesta de considerar la dimensión subjetiva de la enfermedad tiene por antecedente la distinción realizada entre *illness* y *disease*. (Susser; 1970).

A partir de allí la producción en lengua inglesa va a reservar el término *disease* para la conceptualización que de la enfermedad hacen los médicos, mientras que el término *illness* pasará a designar la experiencia directa del enfermo, la vivencia de la enfermedad. Sobre la base de estos elementos, y tendiendo a destacar la dimensión subjetiva que constituye el proceso mismo de enfermar y su reconocimiento, es que se ubica el concepto de sufrimiento psíquico, como categoría diferenciada de la enfermedad. En el campo de la salud mental la posibilidad de trabajar (intervenir) con la noción de malestar o sufrimiento encuentra apoyo en varios autores.

Emiliano Galende es uno de ellos, quien sostiene que los eventos actuales que afectan la salud mental no pueden ser descriptos solo con un conjunto de entidades patológicas definidas. Junto a la persistencia de las patologías llamadas clásicas fundamen-

mente las psicosis, emergen nuevas formas de expresión del sufrimiento psíquico. Las dificultades para enamorarse verdaderamente, los infortunios de la vida en pareja, la insatisfacción general con las vidas actuales, el fracaso o la frustración en el ámbito del trabajo, la soledad o las dificultades para relacionarse con los otros, configuran un conjunto de nuevos problemas subjetivos que no pueden resolverse ensanchando las clasificaciones nosográficas.

Sobre la base de considerar que la producción de subjetividad está enmarcada en condiciones históricas y culturales concretas, este autor postula la necesidad de comprender el sufrimiento psíquico en función de las cuestiones atinentes al ser y a la existencia, y no según el modelo médico de enfermedad mental.

Desde otra perspectiva, marcada por el interés en las patologías de género, la psicoanalista M. Burin propone problematizar la noción de salud-enfermedad. En función del análisis de las problemáticas de la salud mental sostiene que el modelo clásico de concebir la salud y la enfermedad, de distinguir entre lo normal y lo patológico, no permite analizar el impacto que las condiciones de vida de las mujeres producen sobre los modos particulares de enfermar. Introduce entonces un tercer término, el de malestar, como una noción intermedia, a medias subjetiva y objetiva, externa e interna a la vez, que no refrenda la separación entre sano y enfermo, entre lo normal y lo patológico.

El malestar es analizado en términos de conflicto y descripto como una situación contradictoria, incompatible entre sí, que puede ser registrado por el sujeto tanto en forma consciente como inconsciente. En este último caso el sujeto percibe la tensión o la ansiedad pero no conoce ni discrimina los términos que producen el conflicto. Según esta autora, el malestar debe considerarse como un hecho social, buscando sus orígenes en las leyes culturales que imponen condiciones opresivas a las mujeres.

Por otro lado, la distinción que propone entre malestar y enfermedad permite atender asimismo a las consecuencias sociales que produce una designación. El proceso de etiquetamiento que la enfermedad produce (diagnóstico) le confiere un destino dentro del conjunto social, y ese destino desliga el sufrimiento del proceso que le dio origen.

Desde la perspectiva del psicoanálisis, Freud va a utilizar la noción de sufrimiento para describir las situaciones que conspiran para que los hombres alcancen la felicidad. Freud formula una pregunta aparentemente modesta: ¿Qué fines y propósitos de vida expresan los hombres en su propia conducta, qué esperan de la vida y qué pretenden alcanzar en ella? Y afirma que no puede equivocarse la respuesta: los seres humanos aspiran a la felicidad, quieren llegar a ser felices, no quieren dejar de serlo. Sin embargo, tal fin no se presenta fácilmente accesible.

En el *Malestar en la cultura* sostiene que el sufrimiento amenaza a los hombres desde tres sitios diferentes: desde el propio cuerpo, sujeto a la decadencia y finitud, desde el mundo exterior, desde las fuerzas de la naturaleza que pueden ser destructoras e implacables, y desde los vínculos con otros seres humanos. Afirma que esta última fuente de sufrimiento es quizás la más dolorosa. Así, los espacios de pertenencia social, la integración a una comunidad de intereses y afectos con los otros, quedan signados por la paradoja de ser simultáneamente proveedores de garantías y seguridad a la par que centro de producción de dolor y sufrimiento. “No podemos entender”, dice Freud, “la razón por la cual las normas que nosotros mismos hemos creado no habrían más bien de protegernos y beneficiarnos a todos”.^{iv}

Las demandas actuales que receptiona el campo de la salud mental pueden ser incluidas en tres grupos diferentes.^v Las de aquellos que se demarcan de los comportamientos sociales aceptados (drogadictos, psicóticos, etc.); los que por distintas razones fra-

casan en sus condiciones o capacidad adaptativa a los requerimientos del medio social en que viven (neurosis, depresiones, discapacitados mentales, etc.) y, por último, las de aquellos con mayor riesgo de enfermar en función de su pertenencia a un grupo etéreo o al atravesamiento de un ciclo vital (niños, adolescentes, ancianos, etc.). Estos conjuntos de demandas pueden incluirse en el campo de las experiencias del sufrimiento humano y requieren ser pensadas en el seno de las relaciones sociales en que se generan, sin necesidad de ser traducidas a la lógica de procesos patológicos. Proponer en el terreno de investigación epidemiológica la distinción entre sufrimiento y patología y la priorización del concepto de sufrimiento permite otorgarle visibilidad y reconocimiento a situaciones de afectación de la salud mental que han permanecido opacadas.

Al mismo tiempo, esta distinción reubica aspectos centrales que plantea la especificidad de los problemas atinentes a la salud mental. Por un lado, evita considerar los conflictos que devienen de la vida cotidiana y de las interrelaciones sociales, en términos de patologías. Las condiciones concretas en que se generan los padecimientos le otorgan a estos un carácter procesual e histórico que no queda expresado en las clasificaciones mórbidas; y cuya utilización conduce a una patologización de las situaciones cotidianas. La emergencia del sufrimiento psíquico no conduce necesariamente a la enfermedad, puede tanto precederla, como ser divergente de ella.

Por otro lado, el sufrimiento permite incorporar la dimensión subjetiva del padecimiento, perspectiva sin duda ausente en la nosografía clásica. La percepción y enunciación de malestar por parte de un sujeto puede no estar acompañada de signos o síntomas discernibles por terceros. El avance del conocimiento sobre el cuerpo humano y de sus formas de reparación no puede sustituir la percepción y expresión de un sufrimiento que se rige con coordenadas distintas de las que mar-

ca la biología y que remite al plano de la constitución desiderativa de los sujetos así como a sus procesos de constitución cultural y social.

Hacia una mayor comprensión de los problemas actuales en el campo de la salud mental. El caso de Rosario (Argentina)

La precariedad e incertidumbre que caracteriza la sociedad actual, el sentimiento permanente de inseguridad constituye una nueva forma de padecimiento que se caracteriza por la aparición de una angustia difusa y apremiante

Pierre Rosanvallon

Para profundizar en la comprensión de las formas actuales que adquiere el padecimiento subjetivo es necesario observar la realidad, interrogando las nuevas formas culturales que presenta y los cambios profundos que trae aparejadas en los modos de relacionarse y vincularse socialmente. Las transformaciones sociales y la impronta con que ellas marcan las nuevas modalidades de conformación de la subjetividad, son una vía legítima para aprehender tanto las perspectivas actuales como futuras que atañen a la salud mental a su conservación y a su deterioro.

Indagar en torno a la subjetividad consiste, tal como señala Galende, en interrogar los sentidos, las significaciones, y los valores éticos y morales que se producen en una determinada cultura, los modos como los sujetos se apropian de ella y la orientación que efectúan sobre sus acciones prácticas. “No existe una subjetividad que pueda aislarse de la cultura y de la vida social, ni tampoco existe una cultura que pueda aislarse de la subjetividad que la sostiene. Esta mutua determinación —en verdad mutua protección— debe ser nuestro punto de arranque, ya que la subjetividad es cultura singulariza-

da tanto como la cultura es subjetividad (objetivada en los productos de la cultura, las formas de intercambio y las relaciones sociales concretas que la sostienen, pero también en las significaciones y los sentidos que organizan la producción cultural).^{vi}

En el proceso de construcción de un sujeto se requiere de un extenso pasaje que va desde las formas más generales de la especie y la cultura, intermediadas por formaciones institucionales socio-históricas, hasta la apropiación y reconstrucción singular hecha por cada ser humano.

La familia, la escuela y el trabajo se presentan como instituciones fundantes de la subjetividad y productoras de relaciones sociales concretas. Las violentas transformaciones que ellas están atravesando dejan su impronta en la subjetividad y ubica a estas instituciones como el escenario donde el sufrimiento humano se hace presente. La familia, la escuela y el trabajo no constituyen, en el plano de los problemas de salud mental, un contexto o paisaje externo al surgimiento de los conflictos, sino que, por el contrario, se presentan como el ámbito social en el que se gestan y despliegan los mismos. Los procesos de producción de subjetividad están internamente ligados a ellos en forma tal que no podemos pensar en instituciones sin sujetos ni en sujetos sin instituciones.

En diversos textos psicoanalíticos, Freud enfatiza los mecanismos que empujan a los seres humanos a reunirse y a formar comunidades e instituciones, que imponiéndose a las aspiraciones de satisfacción pulsional inmediata del individuo, les proporcionan un ordenamiento social que brinda seguridad para todos. Los escritos de *Psicología de las Masas*, *El Malestar en la cultura* y *Totem y tabú* enfatizan la función de las instituciones sociales como reguladoras de las relaciones y productoras de subjetividad.

Estos tres espacios sociales, que cumplen un papel central en los procesos de subjetivación, se hallan hoy en profunda crisis. Del análisis de las

transformaciones que los afectan se hacen visibles las nuevas formas del malestar que atraviesan a los grupos humanos.

La familia, una institución que cambia

La familia, como reservorio de los vínculos sociales más íntimos y como espacio de cuidado, socialización y protección de los seres humanos, ofrece un ámbito de contención y sostén social. La pertenencia familiar otorga al individuo una historia, lo incluye en una genealogía que opera como soporte de la constitución identitaria. Sin embargo, diversos estudios e información actuales estarían indicando mutaciones que tienden a la fragilización del vínculo familiar.

Si por un lado la crisis de la familia tradicional ha democratizado la familia patriarcal tendiendo hacia formas y relaciones que permiten, en algunos grupos sociales, una mayor libertad de las mujeres a partir de una redistribución del poder y de las funciones; por otro, se instituye un proceso de labilización y fragilización de los vínculos a partir de los cuales no se constituye una nueva forma sino que se fractura la existente.^{vii} Al interior de la familia mutan las formas de relación y se desvanecen las referencias entre generaciones y entre los sexos. Las formas tradicionales tienden a alterarse describiendo situaciones de ausencia de uno de los padres, generalmente el hombre, de hijos repartidos en dos hogares, o conviviendo con nuevos cónyuges de sus padres y cada vez más de la mujer asumiendo una doble ocupación, dentro y fuera del hogar. Situaciones estas que estarían contribuyendo a fragilizar los lazos sociales que se establecen en su interior.

Algunos datos se constituyen como indicadores de esa situación. En los sectores más pobres de la Argentina casi el 45% de las familias tienen como cabeza y sostén a una mujer.^{viii} En un sector asalariado tradicionalmente hegemonizado por mujeres, como el

trabajo docente, el 25% de ellas manifiesta que solo cuenta con su salario para hacer frente a los gastos de subsistencia familiar.^x Específicamente en el municipio de Rosario, el 26,1% de los hogares tienen jefas mujeres, y la mayor proporción se encuentra entre las mujeres jóvenes y adultas.^x

¿Qué sucede con aquellos grupos familiares cuyo principal o único sostén económico y afectivo es la mujer? ¿Qué sucede con la salud mental de esas mujeres sobre las que recae el peso de la crianza y el cuidado de los niños acompañado por el esfuerzo de la provisión de la subsistencia? ¿Qué sucede con la salud mental de los niños que carecen de una figura paterna sólida, que actúe como fuente de autoridad y protección? ¿Qué sucede con la salud de los hombres cuando se secundaria su función en el ámbito familiar?

Diversas investigaciones epidemiológicas han alertado sobre la correlación existente entre una red de sociabilidad primaria pobre y el incremento de la morbilidad. A mayor aislamiento social, por ejemplo gente soltera, viuda o con pocos amigos hay una mayor prevalencia de enfermedades orgánicas, de accidentes o de problemas de salud mental.^{xi}

La incertidumbre en el espacio del trabajo

El otro espacio social que recibe el impacto de los actuales de transformación actuales es el trabajo. El trabajo, como actividad propiamente humana, cumple una función central en las posibilidades de producción y de reproducción social. Pero también cumple, al igual que la familia, una función central en el ser humano puesto que se trata de una dimensión constitutiva de su subjetividad e interviene en la producción y regulación de su economía psíquica. Es Freud quien va a destacar el importante papel que cumple el trabajo en la economía psíquica al señalar cómo incorpora sólidamente al sujeto a la realidad y a la comunidad humana.^{xii}

El valor que el trabajo conlleva no es solo el que resulta de su posibilidad de transformarse en dinero, para permitir la cobertura y satisfacción de las necesidades del sujeto y de su grupo familiar. El trabajo consigue, en la trama subjetiva, desplazar sobre sí, como objeto, y sobre los otros sujetos con los que se establece relación, un buen caudal de componentes libidinales, que de lo contrario resuelven su destino contribuyendo a la formación de síntomas neuróticos.

Sin embargo, siendo el trabajo la clave para comprender de qué manera un hombre se transforma en sujeto en su sentido más pleno, es, paradójicamente, la clave asimismo para comprender las formas actuales que adquieren la desigualdad social y la deshumanización.

Tanto la constitución de la identidad como también la construcción de significados sobre la existencia singular y social, están dadas por medio del trabajo. Si tanto el desempeño de una tarea valorizada, como el establecimiento de lazos de solidaridad gremial permiten sublimar tendencias instintuales y producir satisfacción, por el contrario, las condiciones crecientes de explotación, enajenación e incertidumbre, imprimen un quiebre en la subjetividad.

Si bien las relaciones entre los procesos de salud-enfermedad y el trabajo no son de ningún modo transparentes ni lineales, no hay obstáculos para afirmar que las condiciones de producción y emergencia del sufrimiento psíquico son heterogéneas y desiguales según la inserción laboral de cada grupo social (Laurell C; 1991).

El desempleo coyuntural o crónico, la permanente amenaza a la pérdida del trabajo, la desprotección gremial y laboral, no pueden ser vistos como factores aleatorios, o solo como meros contextos, puesto que, favoreciendo la fractura de los vínculos grupales e institucionales, instalan problemáticas subjetivas singulares y colectivas.

La última década ha estado marcada en nuestro país por una profunda

transformación del mercado de trabajo. Como consecuencia de ello y a pesar del crecimiento, una proporción cada vez mayor de la población queda excluida de los beneficios y postergada en la distribución de la riqueza.

Una investigación realizada en centros de atención psicológica o psiquiátrica ambulatoria en la ciudad de Buenos Aires, encuentra que las depresiones constituyen el motivo de consulta más frecuente entre los hombres adultos. Indagando sobre sus elementos explicativos encuentra la temática del trabajo como la fuente de mayor conflicto o preocupación. La descripción de la situación ocupacional de esa misma población refiere que más de la mitad de quienes declaran contar con ocupación laboral, deben ser considerados subocupados.^{xiii} En servicios de salud mental del municipio de Rosario, los motivos de consulta por depresión y angustia constituyen las principales demandas de la población adulta que concurre a los servicios sanitarios del sector público.^{xiv} El trabajo, que no aparece registrado en forma explícita como un ámbito problemático, es inmediatamente convocado cuando se despliegan tales consultas.

Según información del INDEC^{xv} una de cada dos personas en edad de trabajar, busca activamente empleo, porque está desocupada o subocupada o bien porque sus ingresos son insuficientes. La misma fuente indica que el 37,5% de los asalariados trabaja “en negro”. Es decir condiciones precarias que significan no contar con aportes jubilatorios, cobertura de salud ni derecho a indemnización en caso de ser despedido.

En el municipio de Rosario, la tasa de desocupación desde el año 2000 supera el 18% de la población económicamente activa y se acentúa en los grupos sociales con menor nivel educativo.^{xvi} Entre los jóvenes de menos de 25 años alcanza casi al 25%, jóvenes que probablemente no hayan trabajado nunca y que encuentran severos obstáculos para insertarse en el mercado laboral. La alternancia entre deso-

cupación y subocupación, que no permite siquiera definir una trayectoria laboral, constituye sin lugar a dudas una experiencia ampliamente negativa para ellos.

Se instala entonces una pregunta en donde la cuestión de la identidad ocupa un lugar central. ¿Cómo se construye y se sostiene el “ser” en una sociedad de trabajadores sin trabajo? ¿Cómo se tramita subjetivamente la inestabilidad o la pérdida de la inserción laboral? ¿Qué características subjetivas asumen aquellos que están excluidos del mercado de trabajo aun antes de poder incorporarse a él?

Estudios epidemiológicos realizados en México por Miguel Matrajt plantean claramente la relación entre las depresiones (neuróticas o psicóticas), o el consumo de alcohol, drogas o psicofármacos con el derrumbe del proyecto existencial. Y para este autor el derrumbe del proyecto existencial está indisolublemente ligado a la falta de posibilidades sociales de realizarlo por marginación social en general y por marginación del mercado de trabajo en particular.

En esa misma dirección M. Echeverría en Chile ha demostrado cómo los problemas psicológicos tienden a aumentar entre quienes pertenecen a empresas deprimidas y entre los desempleados. Los cuadros psiquiátricos francos y el alcoholismo aparecen aumentados entre los desocupados y su situación es descripta como desintegrada y precaria tanto objetiva como subjetivamente.

La vinculación entre “historias de trabajo” y sufrimiento psíquico no se agota en el análisis o la oposición entre quienes están afuera o adentro, entre los integrados y los excluidos. Si bien el fenómeno de la exclusión parece estar concentrando hoy todas las miradas de los científicos sociales, el problema es más rico y más dramático.

La exclusión no es un estado sino que es un proceso que involucra a la sociedad de manera global y al conjunto de transformaciones que la atra-

viesan. Son estas transformaciones las que producen, como uno de sus efectos más perversos, la exclusión social. Sin embargo, restringirse solo a esta sería simplificar el problema.

En Rosario, casi el 50% de los trabajadores asalariados no tiene cobertura social o la tiene en forma incompleta. El 42,3% de ellos no tiene afiliación sindical, espacio gremial de pertenencia y un 30% son sobreocupados (personas que trabajan más de 45 hs. semanales).^{xvii} Estos datos son elocuentes a la hora de hacer visible la precarización del trabajo y van configurando un nuevo mapa social que incrementa las desigualdades estructurales y le superpone un núcleo de desigualdades dinámicas que son, en el lenguaje de los economistas, intracategoriales.

Las situaciones diferentes, respecto al empleo o al desempleo dentro de un mismo grupo social, tiene efectos persistentes. Qué sucede con un pequeño empresario en quiebra, con un ejecutivo despedido, con un trabajador calificado que debe desempeñar un trabajo de baja calificación y en forma precaria. La descalificación social y laboral puede ser vivida de una manera particularmente penosa en quienes han conocido y tenido una inserción diferente.

Estas desigualdades no producen solo el descenso del ingreso o las diferencias económicas —es el efecto más visible—, sino que producen una ruptura de los espacios de pertenencia, una sensación de victimización que perturba la representación que se tiene de sí mismo. Se fragilizan los espacios de referencia y pertenencia social y no es posible construir nuevos espacios ya que se mantienen las pautas culturales y valorativas de aquel primer grupo de pertenencia.

El resultado de estas rupturas o quiebres de la trayectoria laboral configura situaciones difíciles de aceptar y mucho más difíciles de tramitar psíquicamente por cada individuo ya que ponen en crisis no solo su nivel de vida sino su identidad.

La crisis de la institución educativa y los problemas en la infancia

La tercera institución nodal para comprender los problemas actuales del campo de la salud mental es la escuela. Ella ha sido tradicionalmente, y continúa siéndolo, un agente privilegiado de socialización. El proceso de socialización es comprendido como un momento de la relación que el hombre mantiene con la realidad que le es externa. Indica esa dinámica mediante la cual la realidad se internaliza en los sujetos, esto es, se vuelve realidad subjetiva.

La escuela disciplina, es decir, conforma valores e impone hábitos y normativas que regulan y contienen las conductas humanas transformándolas en conductas normalizadas. Si bien mucho se ha cuestionado la función normalizadora de la escuela, vale decir en su favor que en la medida que instaura un orden disciplinador, limita y frena los impulsos y las pasiones individuales permitiendo reconocer(se) en un espacio colectivo y de regulación de las relaciones sociales.

En el proceso de socialización, referenciada como la formación de un “ser social” pueden distinguirse dos momentos, uno de socialización primaria y otro de socialización secundaria. La socialización primaria, que abarca los primeros años de vida, queda en manos fundamentalmente de la familia, mientras que la segunda transcurre básicamente en la institución escolar.

Las funciones de la escuela son reconocidas a partir de la distinción, usualmente aceptada, entre instrucción y educación. Mientras la primera tiene que ver con el desarrollo de habilidades y la adquisición de conocimientos e información, se reserva para la segunda el proceso de transmisión de valores y actitudes vinculadas a la formación integral de los individuos en tanto sujetos sociales dotados de identidad y autonomía. Estas dos funciones oficiales de la institución esco-

lar encuentran hoy severos escollos para realizarse.

Las condiciones de deterioro en que se llevan adelante las prácticas escolares, el desgaste institucional y profesional que atraviesa la educación pública en el país en los últimos 20 años, han contribuido grandemente a conformar un estado de situación que mina las posibilidades efectivas de instruir y formar.

El llamado fracaso escolar constituye hoy un indicador elocuente de esa crisis, en la medida que hace evidente la ineficacia de la institución. El “fracaso escolar” se presenta como noción abarcadora de un conjunto de problemas diferenciados: ingreso tardío, repitencia, deserción, bajo rendimiento escolar, egreso tardío y problemas de aprendizaje en general. Aun cuando diversos autores (Menin, 1994; Oyola, 1994) coinciden en afirmar que los factores que contribuyen a la producción del fracaso escolar son de diferentes órdenes, describiéndolos, sin pretender ser exhaustivos, como familiares, sociales, culturales, pedagógicos, cognitivos, institucionales, etc., la mayor parte de las investigaciones y de las prácticas que se realizan sobre rendimiento y fracaso escolar han comprendido el fenómeno como atribuible a causas individuales. El ámbito de la educación ha funcionado con principios y visiones equivalentes al ámbito de la salud.^{xviii} Una perspectiva de comprensión, explicación y abordaje de los problemas educativos centrada en el individuo que invisibiliza el proceso de producción y condicionamiento social de esos problemas. La individualización opaca las raíces institucionales, sociales, culturales y económicas en las que el problema se genera y contribuye a responsabilizar al sujeto al estigmatizarlo con una aseveración diagnóstica.

El fracaso en la escolarización de los niños produce diversas consecuencias. En primer lugar se puede señalar el déficit que resulta en la competencia cognitiva, tanto en el pensar como en el hacer. En segundo lugar, hay un

deterioro de la inserción social individual, que empobrece asimismo las perspectivas de sus inserciones futuras. Y en tercer lugar, ese deterioro de la inserción social repercute en el desarrollo de los grupos de pertenencia, al reproducir las diferencias sociales de sus familias de origen.

En el análisis de la situación local se encuentra para el departamento de Rosario, región Escolar VI, a casi el 10% de los niños que ingresan al primer año de la educación general básica repitiendo al menos una vez el primer año. La misma fuente de información obtenida señala que, de cada 100 niños que ingresan al primer nivel educativo, 24 de ellos no completan ese primer nivel de escolarización básica.^{xix}

La distribución de los problemas de aprendizaje en la infancia, tan ejemplificador de la desigualdad social como la mortalidad infantil, muestra profundas diferencias entre los niños que solo pueden ser explicadas en función de las situaciones de heterogeneidad que caracterizan a la organización social. Un conjunto de investigaciones tendientes a hacer visible estas desigualdades señalan la relación existente entre problemas de aprendizaje y déficit nutricionales, fracaso escolar y estimulación del ambiente familiar y sobre todo como los problemas y déficit cognitivos en la infancia se ligarán a las vicisitudes de la salud mental del adulto (Oyola, 1994; Jay Green, 1988).

Deconstruyendo el objeto de la epidemiología en salud mental

Las concepciones dominantes de la enfermedad mental como afecciones intrapsíquicas y con manifestaciones de naturaleza individual, llevan a que los procedimientos diagnósticos se focalicen exclusivamente en los individuos, destacándose el compromiso singular por sobre elementos de índole familiar, social, relacional. También el diseño de los instrumentos de evaluación diagnóstica para uso epidemiológico sigue indefectiblemente esa

lógica. Tanto los métodos clásicos de diagnóstico psiquiátrico (Ey, 1974) como los test de medición de la inteligencia (Binet y Simon; Spearman) o las entrevistas psiquiátricas estandarizadas (Spitzer y Endicott, 1978; Wing, 1978) son instrumentos de evaluación de las consecuencias o manifestaciones de una enfermedad con una modalidad de aplicación a nivel individual.

El proceso de construcción diagnóstica se ordena alrededor de la tarea de conjunción y diferenciación de signos clínicos con la posibilidad de encuadrarlo en una clasificación o taxonomía preestablecida. La elaboración del diagnóstico, en esta perspectiva, se incluye dentro de una comprensión “objetiva” de las ciencias, a partir de la ubicación de la medicina y de las ciencias de la salud en el seno de las ciencias naturales.

La lógica dicotómica enfermo-no enfermo de aplicación decisoria en los procedimientos clínicos para identificar y decidir procedimientos terapéuticos o de prescripción de medicamentos, encuentra falencias para posibilitar una descripción adecuada de los fenómenos de salud en el ámbito poblacional. Al presentarse como una situación estática no posibilita la comprensión de las diversas etapas del fenómeno ni consecuentemente del espectro de intervenciones necesarias.

Desde el surgimiento de la medicina mental y en el siglo pasado la psiquiatría como especialidad médica abocada a las enfermedades mentales, las formas de elaboración del diagnóstico y los modelos taxonómicos establecidos son traspasados en bloque al ámbito de la epidemiología. Así la construcción y selección del propio objeto de la epidemiología, dado por la identificación de enfermos en las poblaciones, es la más clara expresión del estrecho lazo que une la clínica y la epidemiología. Para Almeida Filho (1992) el objeto de conocimiento definido originariamente por vía de la clínica médica es trasladado prácticamente sin mediaciones de un campo al otro, siendo definido como la enfermedad, en cuanto entidad

nosográfica establecida por la taxonomía médica. El planteo de la construcción de una epidemiología de la salud mental que permita superar cuestiones conceptuales y metodológicas que hoy son críticas en el terreno de la epidemiología psiquiátrica, significa interrogar y redefinir la asignación de su objeto de estudio.

Cuando la epidemiología utiliza un objeto de estudio definido desde otra disciplina, la clínica psiquiátrica, y traslada para sí la categoría de enfermedad mental, se apropia de un concepto que está social y científicamente impugnado y sobre el que existen profundos desacuerdos teóricos. Los análisis de prevalencia, incidencia, distribuciones, tasas, etc. que a partir de allí pueden elaborarse carecen de una base sólida, en la medida que no se precisa la naturaleza misma del objeto “enfermedad mental”.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) reconoce en forma explícita que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto que allí se utiliza. Sostiene que el término “trastorno mental” al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional constante que englobe todas las posibilidades. Que así como las enfermedades médicas han sido definidas a partir de diferentes niveles de abstracción, también los trastornos mentales son definidos mediante una gran variedad de conceptos: malestar, descontrol, limitación, incapacidad, etiología, patrón sindrómico, desviación estadística, etc. Se afirma a continuación, en el mismo manual, que cada uno de ellos puede ser un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere de una definición distinta.

En dirección similar, Henri Ey sostiene en su reconocido Tratado de Psiquiatría que la preocupación de los psiquiatras por “curar a los enfermos” les ha restado tiempo a la observación y a la discusión sobre la naturaleza de

los trastornos, y que “las teorías” han pasado a un segundo plano de sus preocupaciones.

Como bien señala P. Bercherie (1986), la clínica psiquiátrica en su faz descriptiva, ha conseguido realizar un inventario exhaustivo de los diferentes trastornos o problemas psíquicos, pero esa riqueza descriptiva contrasta con las dificultades e insatisfacciones que en la faz conceptual refieren a la naturaleza misma de la perturbación. En el plano epistemológico se trata de la sumisión del objeto teórico a un objeto empírico, de una confusión entre estos dos niveles de indagación científica que produce como consecuencia una falta de precisión de las cualidades del objeto de trabajo.

Renunciando a la elaboración de un concepto propio sobre los procesos de salud-enfermedad mental la epidemiología en salud mental se impone límites, renuncia a su independencia en la producción de nuevos conocimientos, al incremento de su capacidad comprensiva y explicativa sobre los problemas de salud mental de los grupos humanos.

Pueden señalarse algunos elementos que, sin pretender dar por cerrada la complejidad que el problema presenta, abonan la dirección en que está orientada la reflexión.

- El reconocimiento de que el objeto de la epidemiología se trata de un objeto que debe ser lógicamente construido y no apenas extraído del conjunto de fenómenos empíricos.

- El reconocimiento de que los procesos de salud-enfermedad mental presentan un carácter subjetivo que no puede ser eludido ni suprimido para su estudio.

- El reconocimiento de su condición de objeto social e históricamente determinado, sujeto por tanto a las transformaciones de las designaciones y significaciones culturalmente construidas.

Avanzar entonces en el desarrollo de esta epidemiología requiere descentrarla de las entidades psicopatológicas formuladas sobre exhaustivas combi-

naciones y descripciones de signos y síntomas. La epidemiología clásica, que ha trabajado con categorías nosográficas basadas en estudios individuales, ha desconocido las nuevas formas de producción de los padecimientos psíquicos. La dimensión colectiva de los problemas de salud-enfermedad requiere hoy de un nuevo orden de explicación que conduzca a revisar las entidades patológicas establecidas. Sería, sin duda, más acertado comenzar a pensar las consecuencias teóricas e ideológicas de trabajar sobre un nuevo paradigma de bien y mal-vivir. La calidad de vida, el grado de autonomía, la percepción subjetiva de sufrimiento, la existencia de necesidades subjetivas, las vicisitudes y experiencias de vida son algunos de los componentes que pueden contribuir a precisar una nueva propuesta en salud mental.

Sin desconocer la importancia y la urgencia que puede revestir la patología mental, se presentan en este campo múltiples hechos que indicando sufrimiento o malestar, no pueden encuadrarse en la categoría de enfermedad. Los umbrales de percepción y tolerancia subjetiva y social del dolor psíquico no son estandarizables, y difícilmente pueda construirse un parámetro técnico que diferencia claramente donde el sufrimiento subjetivo se transforma en enfermedad objetivada.

En el campo epidemiológico, establecer la categoría de sufrimiento y distinguirla de la patología permite, por un lado, acentuar la perspectiva genética del primero, haciendo visibles las relaciones que lo ligan con las condiciones objetivas de vida y con las vicisitudes de la vida cotidiana de los sujetos. La vida cotidiana como el espacio concreto de generación de las posibilidades diferenciales de bien y malestar que atraviesan a los hombres y que se articulan con los procesos de salud y enfermedad.

Por otro lado, el concepto de sufrimiento permite incorporar la dimensión subjetiva del sufriente, dimensión que está claramente ausente en la perspectiva nosográfica clásica. La per-

cepción y enunciación de malestar por parte de un sujeto puede no estar acompañada de signos y síntomas objetivos por terceros, y no por ello carece de valor.

Asumiendo esta nueva categoría de sufrimiento, la epidemiología “desnaturaliza” su objeto. Supera la concepción ontológica de la enfermedad mental que le fue impuesta y se abre teórica y conceptualmente a los aportes que pueden provenirle desde las ciencias sociales. Se trata de un movimiento que la sitúa mucho más cerca de reconocer, como señala E. Galende, que el objeto de la salud mental es un objeto social e histórico (Galende, 1990).

En la medida que la epidemiología en salud mental pueda definir y precisar un nuevo objeto de estudio, tendrá que repensar y construir nuevas modalidades clasificatorias, que resulten superadoras de aquellas organizadas en torno a entidades mórbidas. Las clasificaciones son resultado de los modos con que se percibe, se distingue y se organiza un sector determinado de la realidad. La importancia que tiene un proceso clasificatorio es enorme. Se trata de un trabajo de abstracción de los fenómenos que se presentan que son sistemáticamente distribuidos por el pensamiento según algunas de sus propiedades o atributos, operando al mismo tiempo la existencia de esa clasificación como organizadora del pensamiento y de la visión que se tiene sobre la realidad. Es decir que la forma como se clasifican los eventos tiene una implicación fundamental sobre el modo como se representan y se interviene sobre ellos. “Las clasificaciones son producto resultante de la forma en que agrupamos los fenómenos que nos circundan y reflejan el entendimiento de sus semejanzas y de sus diferencias. Siguiendo a Tort (1989) las clasificaciones son siempre construidas sobre dos presupuestos básicos. Las similitudes (metáforas) o las contigüidades, asociaciones o genealogías (metonimias)”.

La idea de que las enfermedades, incluidas las enfermedades mentales,

son eventos de naturaleza individual y ahistórica y que pueden ser definidas en forma neutra y objetiva ha cristalizado sistemas clasificatorios volviéndolos incuestionables. Por décadas se han utilizado clasificaciones internacionales sin que la epidemiología dirigiera sobre ellas una mirada crítica.

Ahora, si se comprende que el sufrimiento humano es un problema socialmente producido, en contextos culturales y socio históricos definidos y no un problema biológico, se torna necesariamente crítica la mirada sobre los sistemas clasificatorios que no contemplan las dimensiones sociales, culturales o institucionales.

No menos importante son las consecuencias resultantes del hecho de excluir de las clasificaciones todos aquellos eventos de la salud que, pese a ser percibidos por aquellos que sufren, no alcanzan el estatuto de enfermedades y por tanto no son diagnosticados ni registrados, siendo en consecuencia descalificados como problemas mismos de salud.

Si se ha ganado en la comprensión de la determinación social y cultural de la enfermedad y el sufrimiento psíquico, si se han acumulado importantes conocimientos sobre las heterogéneas significaciones con que los individuos y las sociedades perciben sus problemas de salud mental, la epidemiología debe desarrollar nuevas lógicas clasificatorias que se apropien de los avances conceptuales sobre la salud mental.

“... a través de nuevas metáforas y nuevas metonimias debe expresarse nuestro entendimiento de los procesos de salud-enfermedad, que además de los sistemas de referencia biológica desarrollen nuevos indicadores que tengan la capacidad de medir dimensiones hasta ahora no mensurables del proceso salud-enfermedad”.^{xx}

La epidemiología, que continúa siendo adjetivada como psiquiátrica, parece refractaria a la comprensión del carácter social de la salud mental. Habiendo tomado de la psiquiatría la noción de enfermedad mental continúa

trabajando con ella como si esta fuera un existente previo, sin poner en relación el padecimiento mental con la vida social y las condiciones de vida. Proponer entonces la distinción entre la epidemiología psiquiátrica y una nueva epidemiología en salud mental no conduce a una sutileza semántica sino a mostrar el punto ciego en torno a la visualización y la capacidad explicativa de las formas actuales que adquieren los procesos de salud enfermedad mental. Un nuevo paradigma epidemiológico para la salud mental debe tender a introducir medidas de salud positivas de las poblaciones así como ampliar la comprensión del papel central de los factores culturales, sociales e institucionales en la producción de la salud mental. •

Bibliografía

- i. “Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y de los factores con ellos correlacionados”. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Nº 3, 2000.
- ii. Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud*. Vol. 2. Washington, 1995.
- iii. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Masson, Barcelona, 1995.
- iv. Freud, Sigmund. *El malestar en la cultura*. *Obras completas*. Biblioteca Nueva. Barcelona, 1981.
- v. Galende, Emiliano. *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1997.
- vi. Galende, Emiliano. Op. Cit.
- vii. Stolkiner Alicia. “Tiempos posmodernos: ajuste y salud mental”. En *Políticas en Salud Mental*. Saidon y Troianovsky (Comp.). Editorial Lugar, Buenos Aires, 1994.
- viii. Stolkiner, Alicia. Op. Cit.
- ix. Martínez, D; Valles, I; Kohen, J. *Salud y trabajo docente*. Editorial Kapelusz. Buenos Aires, 1997.
- x. *La situación de la mujer en Rosario. Plan Municipal de igualdad de oportunidades entre varones y mujeres*. Período 2000-2004. Primera Etapa.
- xi. Sluzki, Carlos. “De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social”. En *Redes. El lenguaje de los vínculos*. Dabas E. (Comp.). Editorial Paidós.
- xii. Freud, Sigmund. *Psicología de las masas y Análisis del yo. Obras completas*. Biblioteca Nueva. Barcelona, 1981.
- xiii. Lusnich, C. “Demanda de atención psicológica hospitalaria”. En *Revista de Medicina y Sociedad*. Vol. 15, Nº 3. Buenos Aires, 1992.
- xiv. Augsburguer C, Gerlero S. *Informe de Investigación Construcción de una norma para el registro de las consultas en salud mental en el municipio de Rosario*. Mimeo, 1998.
- xv. *Encuesta permanente de Hogares*. INDEC. Mayo de 1999.
- xvi. *La situación de la mujer en Rosario. Plan Municipal de igualdad de oportunidades entre varones y mujeres*. Período 2000-2004. Primera Etapa.
- xvii. Berman, Sylvia. *Trabajo precario y salud mental*. Narvaja Editor. Córdoba, 1995.
- xviii. Stolkiner, Alicia. “Supuestos epistemológicos comunes en las prácticas de salud y educación”. En *El niño y la escuela*. N. Elichiry (Comp.). Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 1987.
- xix. Menin Ovide, et al. *La prevención de los problemas de aprendizaje como tarea compleja de abordaje interdisciplinario*. Informe de Investigación. CIUNR. Mimeo, 1998.
- xx. Barreto Mauricio. “Por uma epidemiologia da saúde coletiva”. En *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Vol. 1 Nº 2. Agosto 1999.