

PADECIMIENTOS SOCIALES E INTERVENCIONES EN LA SALUD MENTAL ACTUAL. UN ANÁLISIS DEL DISCURSO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Alberto L. Bialakowsky, Ernestina Rosendo, María Ignacia Costa¹

Colaboradores: Sabina Di Marco, Martina García²

Presentación

El presente trabajo se enmarca dentro del proyecto UBACyT **“Exclusión social y nuevos padecimientos: la práctica en dispositivos de intervención transdisciplinaria”** (2001-2003)³. El objetivo general del mismo refiere a la indagación de la exclusión social en relación a la producción de nuevos padecimientos en el campo de la salud mental. Específicamente se propone profundizar el análisis etnoepidemiológico de los nuevos padecimientos vinculados a los cambios socioeconómicos y desarrollar en coproducción con los equipos de intercambio y referencia nuevos dispositivos y prácticas de intervención transdisciplinaria en el campo de la salud mental.

Desde nuestra perspectiva, las transformaciones macrosociales acontecidas en la década del 90, han incidido en la emergencia de “nuevos padecimientos” en el campo de la salud mental que aún parecieran no haber encontrado un correlato de intervención. En este sentido, los padecimientos actuales desbordarían las categorías nosográficas tradicionales e interrogarían a las formas de intervención implementadas en el campo de la salud mental.

Como correlato de ese presupuesto, y en continuidad de los relevamientos realizados en servicios de salud mental de instituciones públicas de salud radicadas en el Conurbano Bonaerense en el transcurso de los años 1998-2001, llevamos a cabo un relevamiento en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con la finalidad de completar y complementar el registro y análisis de los padecimientos que en la actualidad acuden a dichas instituciones.

Esta ponencia presenta y analiza algunos de los resultados de ese relevamiento, referentes a las prevalencias en salud mental y a las formas de intervención, en instituciones públicas de salud de la Capital Federal.

En este marco de trabajo, nos hemos propuesto entonces como Objetivo general para la presente ponencia: Analizar la vinculación entre la emergencia de los padecimientos actuales en el campo de la salud mental y los procesos macrosociales, y sus posibilidades de intervención. Y como Objetivos específicos:

- Indagar qué padecimientos detectan en la actualidad los trabajadores de la salud mental de instituciones públicas de salud.
- Analizar cómo interpretan los profesionales de la salud mental la incidencia de factores causales externos en la producción de los padecimientos actuales.

¹ Director y miembros del equipo de investigación “Exclusión social y nuevos padecimientos: La práctica en dispositivos de intervención transdisciplinaria” (UBACyT 2001-2003), Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

² Alumnas del Taller de Investigación “Exclusión social y nuevos padecimientos” (Titular: Alberto L. Bialakowsky), Facultad de Ciencias Sociales, Carrera de Sociología, UBA.

³ Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Director: Mg. Alberto L. Bialakowsky

- Indagar la construcción epistemológica del objeto de intervención en la salud mental.

Aspectos metodológicos

El relevamiento se llevó a cabo con un enfoque cualitativo⁴, a través de la realización de entrevistas semi-estructuradas con trabajadores de la salud mental de instituciones públicas de salud, previamente designadas por la Secretaría de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La entrevista realizada constaba de tres grandes líneas de indagación: un primer bloque en relación al perfil de la población consultante en la actualidad (sexo, edad, ocupación, clase social de pertenencia, etc.); un segundo bloque vinculado a las prevalencias actuales en salud mental (motivos de consulta y diagnósticos), y un tercer bloque en el que se indagó sobre el proceso de trabajo (las intervenciones utilizadas en el abordaje de las problemáticas que acuden a los servicios de salud mental, las posibilidades y los límites, marco teórico, etc.).

Participaron en el trabajo de campo 16 entrevistadores, docentes y alumnos del Taller de Investigación sobre “Exclusión social y nuevos padecimientos” de la Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

La selección de las instituciones hospitalarias en donde se relevó la información fue realizada por la Secretaría de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En este sentido se designaron como hospitales de trabajo: Hospital de Emergencias Psiquiátricas Dr. T. Alvear; Hospital de Oncología María Curie; Hospital de Niños Dr. Pedro Elizalde; Hospital Gral. De Agudos B. Rivadavia y Área Programática del Hospital Dr. J. Penna⁵. Por tratarse de cinco Hospitales cuyas características son notoriamente diferentes: un hospital psiquiátrico de emergencias, un hospital especializado en enfermedades oncológicas, un hospital de niños y dos hospitales generales; nos abocaremos al análisis de la información que ha resultado recurrente en todas las instituciones indagadas; dejando de lado para el presente trabajo los aspectos específicos atribuibles al particular perfil de cada una de las instituciones en cuestión.

La muestra de los entrevistados estuvo compuesta por cuarenta (40) profesionales de la salud mental, entre los que contamos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, y enfermeros. De las cuarenta entrevistas realizadas, once (11) se hicieron en el Hospital Elizalde; siete (7) en el Hospital Rivadavia; nueve (9) en el Hospital María Curie; once (11) en el Alvear y sólo dos (2) en el Hospital Penna. Se detallan las características de los entrevistados por institución en los cuadros que siguen:

⁴ Vasilachis de Gialdino, I. (1992), *Métodos cualitativos I*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.

⁵ Resulta necesario explicitar que si bien el Hospital Penna estaba comprendido en la muestra de instituciones a indagar, no será presentado en este informe por imposibilidad al momento de la elaboración del mismo, de disponer de un número suficiente de entrevistas para su análisis. El trabajo de campo en el Hospital Penna se completará en el primer semestre del año 2003.

Hospital Elizalde						
Antigüedad	Varones			Mujeres		
	Psiquiatra	Psicólogo	Técnico	Psiquiatra	Psicólogo	Técnico
Más de 10 años	2	0	0	3	2	0
Menos de 10 años	1	1	0	0	2	0

Hospital Rivadavia						
Antigüedad	Varones			Mujeres		
	Psiquiatra	Psicólogo	Técnico	Psiquiatra	Psicólogo	Técnico
Más de 10 años	2	1	0	0	2	0
Menos de 10 años	1	1	0	0	0	0

Hospital María Curie						
Antigüedad	Varones			Mujeres		
	Psiquiatra	Psicólogo	Técnico	Psiquiatra	Psicólogo	Técnico
Más de 10 años	0	2	0	2	4	0
Menos de 10 años	0	1	0	0	0	0

Hospital Alvear						
Antigüedad	Varones			Mujeres		
	Psiquiatra	Psicólogo	Técnico	Psiquiatra	Psicólogo	Técnico
Más de 10 años	1	0	1	1	1	2
Menos de 10 años	0	1	1	2	1	0

Análisis de los padecimientos actuales en salud mental

a) Las prevalencias: motivos de consulta y diagnósticos

Existe acuerdo en que durante la década del 90, la Argentina ha atravesado una serie de transformaciones macroestructurales (políticas, económicas, laborales y culturales) que han dejado su impronta tanto en la conformación de la estructura social, en las relaciones sociales como en la configuración de un nuevo perfil de trabajador.

En este contexto de situación resulta pertinente interrogarse acerca de si las transformaciones macrosociales inciden en la producción de “nuevos padecimientos”, o bien se constituyen como estresantes o agravantes del padecimiento de los consultantes históricamente registrado en las instituciones públicas. En esta línea de indagación, también nos podemos preguntar cómo los propios profesionales de la salud mental explican y abordan esta problemática o tensión entre contexto actual y producción de padecimientos.

Para intentar despejar los interrogantes planteados, nos abocaremos a la presentación y análisis de los motivos de consulta y de los diagnósticos registrados en la actualidad en instituciones públicas de salud, desde la perspectiva de los profesionales de la salud mental.

En este punto resulta importante especificar la distinción entre “motivo de consulta” y “diagnóstico”, atendiendo también a la diferenciación que podemos establecer entre “padecimiento” y “enfermedad”. Desde esta perspectiva y siguiendo a M. Susser, la **enfermedad** refiere a un proceso que conlleva un estado de disfunción fisiológica y psicológica que se limita al individuo; mientras que el **padecimiento** denota un estado subjetivo, es decir, una percepción psicológica de la disfunción también a nivel individual⁶. El primero de los conceptos definidos comprende eventos físicos, psíquicos y biológicos con existencia objetiva; y el segundo, un estado subjetivo experimentado por el individuo que ocupa el lugar de ‘enfermo’⁷.

Tomado como base la distinción entre enfermedad y padecimiento, establecemos la referente a **motivo de consulta**, concerniente a la palabra del consultante: lo que él dice que le pasa, lo que siente, del **diagnóstico** que alude a la evaluación realizada por el profesional en relación a los síntomas y signos que presenta el consultante (paciente).

En nuestros relevamientos con trabajadores de la salud mental, hemos registrado una dificultad recurrente referida a la imposibilidad de éstos de diferenciar entre el “motivo de consulta” (la expresión del consultante cuando acude al profesional) y el “diagnóstico” (la propia evaluación técnica del profesional); evidenciando un uso indiscriminado entre ambos términos al momento de la realización de las entrevistas. Los profesionales que intentan establecer tal distinción, refieren como motivos de consulta a síntomas o signos del trastorno o patología que luego enuncian como diagnóstico (ej. ‘miedo a morir’, ‘taquicardia’, en relación al “Ataque de pánico”; ‘no querer salir de la cama’, ‘tristeza’, en relación a la “Depresión”; y en caso de niños, ‘se porta mal’, ‘molesta’, en relación al “Trastorno de conducta” y ‘no aprende’ en “Trastorno del aprendizaje”).

Más allá de la especificidad de cada una de las instituciones de salud donde se llevó a cabo el relevamiento, encontramos que los diagnósticos prevalentes de la población adulta que acude a las mismas refieren a: **Depresión, Trastornos de ansiedad** (con una

⁶ Susser, M. (1991), *Conceptos y estrategias en epidemiología. El pensamiento causal en las ciencias de la salud*, Biblioteca de la Salud, FCE, México.

⁷ Almeida Filho, N. (1992), *Epidemiología sin números*, Serie Paltex, Nro.28, OPS/OMS, Washington.

preponderancia del trastorno de angustia, trastornos de pánico y fobias) y **Alcoholismo y adicciones**. Estos hallazgos resultan significativamente coincidentes con los encontrados en un estudio transcultural llevado a cabo por la OMS en centros de atención primaria, donde los diagnósticos relevados han sido los mismos que en nuestro estudio⁸.

En cuanto a los diagnósticos en niños y adolescentes se encuentran algunos de los presentes en adultos (Trastornos del Humor y Trastornos de Ansiedad) como también los **Trastornos de conducta**, los **Trastornos de aprendizaje**, **Trastornos en el crecimiento o desarrollo** y **Trastornos en la alimentación** (anorexia y bulimia). Una problemática de creciente importancia según los entrevistados es el Intento de suicidio en niños y adolescentes.

Gran parte de los entrevistados coinciden en afirmar que en los últimos años (mediados de la década del 90) han notado algunos cambios en relación a los diagnósticos actuales. En este sentido, todos los profesionales que registran tales cambios, aluden a cuestiones sociales relacionadas con la crisis económica, la desocupación, la precarización de las condiciones de vida:

“(...) la pérdida de la vivienda, la marginación y el deterioro social, lo que conlleva también esta cuestión de “no sé si seguir estudiando”, y después entrar en el tema del alcoholismo y de drogadicción, también es un tema inmediatamente social. Eh... Te genera más, más patología, y cada vez más graves”. Ha habido aumento de las patologías relacionadas con consumo de drogas y trastornos de la personalidad, y menos pacientes psicóticos, esquizofrénicos o bipolares” (Psiquiatra, Hospital Alvear).

Las cuestiones socioeconómicas no sólo incidirían en la producción de determinados diagnósticos o patologías sino también dejarían su impronta en el perfil de la población que en la actualidad acude a las instituciones públicas de salud. Así, en todas las instituciones relevadas, el perfil socioeconómico de la población se compone de una clase baja y una clase media empobrecida que ante la pérdida del trabajo y por ende de su obra social o prepaga, acude ahora a la institución pública; asimismo existiría una clase social que algunos profesionales denominan “marginal” y que refiere a aquéllos que por carencia de medios económicos no logran siquiera llegar a la consulta terapéutica:

“(...) la clase baja que era la población habitual sigue llegando y hay otra clase baja que ya no llega directamente porque no tienen plata para viajar en colectivo. No tienen ni para comer, imaginate que menos para viajar en colectivo, la gente ya no llega. Y antes llegaba y les decías quiere venir ¿no?, tiene que venir dos veces por semana entonces te decían si no podía ser menos porque no tenían plata (...) bueno, ahora no es ni una vez por semana porque si tienen una moneda compran leche (...)”.

Como podremos apreciar más adelante en este trabajo, las transformaciones socioeconómicas del perfil de la población consultante y su incremento en cantidad, también tienen fuertes implicancias en las posibilidades y límites de intervención, según la perspectiva de los profesionales.

En relación a las consultas realizadas por niños, se trate de derivaciones escolares o demanda de la familia, los profesionales coinciden en afirmar que más allá del diagnóstico que se realice sobre el niño existe un trasfondo común en todos ellos que refiere a la violencia familiar y a labilidad de los vínculos, especialmente de lo primarios. En este sentido, las patologías que presentan los niños en la actualidad, resultan ser la manifestación visible de situaciones familiares altamente conflictivas, vinculadas al crecimiento

⁸ OMS (2001), *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, Francia.

de la pobreza extrema. Los profesionales entrevistados coinciden en que los “motivos de consulta” que presentan los niños (ya sean derivaciones de la institución escolar o espontáneos) y sus diagnósticos, constituyen sólo la punta del “iceberg”, que una indagación más profunda en el transcurso del tratamiento devela serias dificultades y problemáticas familiares que incluyen abusos y maltratos de todo tipo: físico, sexual y psicológico; graves problemáticas económicas y alta precariedad en la calidad de vida, y dificultades del sistema educativo en el trabajo con estos niños.

“(...) Si el padre está deprimido, la madre no puede con ésto y es la que sale a laburar y los deja todo el día solos, o no, están los dos sin laburo y además el padre y la madre están deprimidos, por ahí tomó más porque se deprimió y se pone violento, es un espanto pero es así (...)” (Lic. en psicología, Hospital Elizalde)

“(...) el motivo es el niño con...te lo plantean con conducta, con aprendizaje, y en la medida en que entrás a indagar un poco más tenés que en realidad es una familia problema donde hay maltrato, donde hay fuerza en el medio, donde el abordaje no es individual al chico sino a la situación familiar en concreto (...)” (Psiquiatra, Hospital Elizalde).

El significativo incremento de consultas por violencia y maltrato, tanto en niños, en familias como en adolescentes, se registra particularmente desde hace no más de ocho años. En términos generales, la realidad que presentan hoy estos consultantes (caracterizada, por desocupación de los padres, progenitores abandonicos, presencia de alcoholismo y otras adicciones, etc.) resulta también más conflictiva e impone límites y/o mayores dificultades a los profesionales en el abordaje de las problemáticas.

Complementariamente, los trastornos de aprendizaje que en el pasado se vinculaban a una dificultad afectiva, hoy se manifiestan más hacia el trastorno de conducta, sustentado tanto en la asimilación de la violencia familiar (y el deterioro de sus vínculos) como de la violencia social. En la misma línea de análisis, se comprende y explica el crecimiento de la drogadependencia, la fuga del hogar, los trastornos obsesivo-compulsivos, los trastornos disociales, y las intervenciones judiciales, que presentan los consultantes adolescentes:

“(...) antes [eran] pacientes totalmente psiquiátricos. Fue cambiando en esto de pacientes adictos, en todo lo que es la patología antisocial, en los trastornos de personalidad, en lo social; que hacen intentos de suicidio, son agresivos, quedaron sin nada y se vienen a internar” (Enfermero, Hospital de Emergencias Psiquiátricas Alvear).

Podemos entonces identificar en los entrevistados tres posturas, a veces coexistentes en un mismo profesional, referentes a cómo comprenden los cambios de las problemáticas actuales de la población consultante.

En primer lugar, están los profesionales que observan un entrecruzamiento de problemáticas familiares y económicas, con categorías diagnósticas (como angustia, depresión, entre otras); destacando el peso de las referidas a la crisis económica (pobreza, desocupación, precariedad laboral, etc.). Dentro de este grupo de profesionales, algunos explican que los factores macrosociales, especialmente la desocupación, “inciden” en el desencadenamiento de trastornos (depresión, adicciones, trastornos psicosomáticos), mejorando notablemente el cuadro clínico cuando el paciente encuentra trabajo. Asimismo se ubican los terapeutas de niños que destacan que la violencia social y la fragilidad vincular (tanto familiar como social), genera trastornos en el desarrollo y crisis en los lazos identificatorios tempranos.

En segundo lugar encontramos profesionales que piensan que las problemáticas actuales resultan no sólo de la determinación de la situación crítica actual sino también de la existencia o predisposición genética de patología. Se argumenta que ante la misma situación crítica no todos enferman. Entonces, si bien en este grupo como en el anterior no se desconoce la realidad como contexto de producción, el énfasis se encuentra en la predisposición genética al desarrollo de patología; mientras que en el grupo anterior el énfasis estaba puesto en los factores sociales como desencadenantes.

Un tercer grupo más reducido refiere a que el cambio de las problemáticas actuales se debe a cambios en las formas de diagnosticar de los profesionales, donde parecería registrarse un mayor cuidado en la emisión de diagnósticos psiquiátricos como Esquizofrenia, tendiendo hacia otros:

“Lo que sí hay una tendencia a... en el discurso psiquiátrico a reconsiderar no diagnosticar tan fácilmente esquizofrenia e inclinarse más al trastorno bipolar... por esa razón se están cambiando mucho pacientes que venían siendo diagnosticados como esquizofrénicos por ahí se está revisando el diagnóstico” (Médico psiquiatra residente, Hospital de Emergencias Psiquiátricas Alvear)

“...hay como una revisión en la psiquiatría del modo de diagnosticar... no sé si la presentación en el paciente es diferente. Es diferente el modo en que la pensamos” (Médico psiquiatra residente, Hospital de Emergencias Psiquiátricas Alvear).

En el punto que sigue nos detendremos a analizar cuáles son las dificultades que los profesionales expresan en el abordaje y resolución de los padecimientos actuales.

b) Las dificultades de los profesionales para la intervención de los padecimientos actuales:

En el apartado anterior distinguíamos tres posturas diferenciales de los profesionales en relación a la causación de los padecimientos actuales, encontrando que el énfasis causal podía estar referido a factores causales externos (situación socioeconómica y laboral actual), a la presencia de una predisposición genética a desarrollar patología, y a cambios en las formas de diagnosticar que hacen que en la actualidad prevalezcan determinados diagnósticos y no otros. No obstante estas tres posturas diferenciales en relación a la causación de los padecimientos actuales, no se registran diferencias al momento de identificar cuáles son las dificultades actuales en la intervención de estos padecimientos. En otras palabras, la comprensión y explicación diferencial de los padecimientos no se corresponde con la identificación de diferentes problemáticas en relación a la práctica utilizada para su abordaje.

Un primer punto a destacar es que prácticamente todos los profesionales, independientemente de cómo comprenden los padecimientos actuales, se autodefinen como psicoanalistas en el caso de los psicólogos y con orientación psiquiátrica y farmacológica, los psiquiatras. Este punto adquiere relevancia cuando analizamos articuladamente los aspectos epistemológicos (acerca del conocer), teóricos (marco de explicación) y prácticos (acerca del hacer) de los profesionales; indagando la correspondencia o los desfasajes que entre éstos se producen⁹.

Las dificultades económica-laborales de los consultantes constituyen un obstáculo en el trabajo terapéutico con éstos. Por un lado, por los efectos devastadores de factores sociales exógenos como la desocupación y por otro, por la imposibilidad de los pacientes

⁹ Este punto de discusión será retomado más adelante.

de sostener su tratamiento o de realizar la compra de medicamentos por falta de recursos económicos:

“Pero cuando te encontrás con que no te alcanza, si? Que hay situaciones muy importantes que son a nivel social, que es la falta de vivienda, la falta de continencia familiar, esteee...te volvés impotente” (Médico psiquiatra, Hospital Alvear).

“Como que a veces uno nota que los pacientes se preocupan más por no tener recursos económicos o laboral, o disfrutar de familiares, que de su propia patología orgánica” (Lic. en psicología, Hospital de Oncología María Curie).

“Las dificultades son que la gente viene con más apremio, con más, digamos, tendencia a la querrela a la demanda inmediata no sólo en cuanto a la atención médica sino en cuanto a la medicación y a poder solucionarles problemas económicos del tipo que no pueden viajar en colectivo o tener para comer” (Médico psiquiatra, Hospital Rivadavia).

Este tipo de problemáticas son denominadas por los profesionales como “padecimientos sociales” o “demanda social” y desafían tanto al marco teórico de los profesionales como a las posibilidades de intervención y resolución. No sólo no se sabe cómo intervenir en estas problemáticas atravesadas por factores sociales, sino que tampoco son consideradas como propias del campo profesional de psiquiatras y psicólogos pero sí de trabajo social:

“(...) no corresponde, no podemos, a uno se le crea cierta impotencia, qué hago con esto, qué podés hacer, siempre algo se puede hacer, a veces hacemos trabajo social (...) Acá hay dos asistentes sociales en el hospital, acá abajo, que si uno va y pide algo por supuesto que lo hacen pero tienen tanta demanda que a veces es difícil para ellas cubrir toda la demanda, entonces por ahí uno termina haciendo las redes y derivando a un lugar más cercano, cosa que debería hacer un asistente social, que para eso estudiaron, ellas saben cómo hacer una red de contención, yo la hago como puedo o gestionando pases para que puedan viajar (...) Te diría que hasta en un caso aislado dándoles plata para que puedan viajar (...) Digo, uno se encuentra haciendo cosas que por ahí no debería, no podemos darle plata a todos los pacientes porque sino sería repartir el sueldo entre los pacientes, pero no se trata de eso, tampoco le solucionamos nada (...)” (Lic. en psicología, Hospital Elizalde).

Ante estas situaciones, los profesionales plantean un ‘excesivo’ involucramiento con los pacientes que presentan tales demandas; al punto que se consideran más cerca de la “asistencia social” que del propio ejercicio de la profesión (psicología, psiquiatría). Esta situación no sólo significa, desde las palabras de los profesionales, que se desvirtúa la propia práctica profesional sino también la aparición de padecimiento en el trabajador que se hace cargo del dolor que generan tales demandas sociales en sus pacientes, y la sensación de impotencia en las posibilidades de resolución de las mismas:

“ [se le pregunta cómo se maneja ante las demandas sociales] ...con organismos, con iglesias, comedores, asistentes sociales, peor a veces porque no dan abasto y si no ayudo yo por mi parte...yo por lo pronto tengo dos sin techo viviendo en mi departamento, no es definitivo, es transitorio, pero bueno (...) yo creo que hay que poner más el cuerpo y no sólo una receta...poner el cuerpo en el devenir del paciente ahora (...) Yo pongo el cuerpo y le voy a buscar la medicación. Demandas en el sentido de conseguirles un hotel, o tres días de hotel porque está durmiendo en la plaza, no se. Hay que manejar también todo eso, porque la parte social es todo un tramiterío. Los pacientes son tantos con problemas que generalmente no acceden”. (Médico psiquiatra, Hospital Rivadavia).

Si bien gran parte de los profesionales entrevistados enfatizan que, más allá de la definición del diagnóstico que realizan de las problemáticas que acuden a los servicios, existe un trasfondo causal común compuesto por factores relacionados con la crisis económica actual y con la precariedad vincular (tanto social como familiar); que además de incidir en la conformación y desencadenamiento de problemáticas como depresión, trastornos de ansiedad, adicciones, violencia familiar y vincular, entre otras, y que presentan dificultades para la intervención profesional e impone límites a la resolución de las problemáticas en cuestión; el recorte que se opera en la construcción del objeto de intervención, termina definiendo restringidamente al padecimiento en su singularidad psicobiológica, bloqueando toda posibilidad de intervención sobre los eslabones causales exógenos (sociales). Y en los casos donde los profesionales intervienen en la resolución de un factor social del padecimiento (como lo ilustran las citas anteriores), se argumenta de todas maneras que no es competencia del propio campo profesional.

Es posible entonces preguntarnos por esta contracara del padecimiento que remite, de manera relevante, su generación por causalidades exógenas que no aparecen en la construcción del objeto ni en las definiciones diagnósticas del profesional, ni reconocida como parte del campo de intervención del profesional de la salud mental (psicólogo y psiquiatra).

En el punto que sigue intentaremos reflexionar sobre este interrogante desde el análisis de la construcción del objeto de intervención en la salud mental.

La construcción epistemológica del objeto de intervención en la salud mental

Las preguntas que en parte estructuran este apartado refieren a, por un lado el proceso de construcción del objeto de intervención de los profesionales en salud mental, y por otro, a la relación entre ese objeto construido y las prácticas de intervención.

Como hemos podido apreciar a lo largo de este trabajo, a partir de la definición de los motivos de consulta y/o de los diagnósticos que reciben los profesionales se opera un proceso de construcción del objeto de intervención, que podemos sintetizar o esquematizar de la siguiente manera: 1. la propia definición o formulación de la problemática que reciben (ya sea en términos de “motivo de consulta” o de “diagnóstico”) que se constituye como un padecimiento o un sufrimiento; 2. la explicación del por qué de la existencia de ese padecimiento desde un marco teórico de comprensión; 3. la fundamentación de su existencia a partir de la identificación de su causación (ya sea uni o multicausal); 4. finalmente, la propia enunciación acerca de lo que incluye el dominio de la intervención del profesional de ese padecimiento recibido.

Abordar la temática referida a la construcción del objeto de intervención en salud mental, nos remite directamente a la consideración del paradigma que los profesionales portan; en este sentido, tomamos la definición que sobre “paradigma” nos aporta Sautú: “orientación general de una disciplina, modo de orientarse y mirar aquello que la propia disciplina ha definido como su contenido temático sustantivo”¹⁰. Continuando con las formulaciones de la autora, el paradigma comprende creencias básicas: supuestos ontológicos (acerca de la naturaleza de la realidad y qué se puede conocer de ella); supuestos epistemológicos (acerca de la distancia y las relaciones entre ‘sujeto’ y ‘objeto’, en nuestro tema, de intervención); supuestos axiológicos (acerca de las posibilidades de

¹⁰ Sautu, R. (2003), *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*, Lumiere, Buenos Aires, pp. 46.

desprendimiento de los propios valores, ideas y deseos); supuestos metodológicos (en nuestro caso, los métodos, las formas de intervención del profesional).

Asimismo, Lores Arnaiz, enfatiza la importancia del “paradigma técnico”¹¹, de donde surge no sólo la teoría sino también la aceptación o rechazo de determinados métodos, técnicas y formas de prácticas de la profesión; las posibilidades de percepción del mundo, de lo que se puede ver y pensar y las formas en que puede ser abordado; la determinación del límite de lo expresable, lo conceptualizable y de la facticidad (qué hechos se tomarán en cuenta, qué es lo que las categorías permiten expresar o conceptualizar). En palabras de Lores Arnaiz:

“El paradigma cumple, pues, una función que ninguna teoría por sí sola podría cumplir tan fluidamente: al marginar determinados hechos y conceptos en su definición de las categorías “legítimas” de análisis, elimina radicalmente, volviéndolos inexistentes e innombrables, a aquellos problemas cuya sola mención obligaría a pronunciarlos indeseables. Por si esto fuera poco útil, ni siquiera es necesario que el científico sea plenamente consciente de las operaciones que está llevando a cabo (...)”¹².

La relevancia de los supuestos implícitos en el paradigma es su incidencia en las postulaciones explícitas y en las formas de ejercer la práctica profesional, tanto en el decir como en el hacer; comprendiendo algunos aspectos explicitados ligados a otros que permanecen no dichos.

Nos interesa entonces analizar cómo los profesionales de la salud mental, desde su propio paradigma y supuestos comprenden y construyen su objeto de intervención y las formas de intervención sobre el mismo.

Uno de los puntos más destacables de los apartados anteriores, es la consideración de que los aspectos sociales (crisis económica, desempleo, precarización, violencia social, etc.) inciden en la producción de los padecimientos actuales en el campo de la salud mental. Ahora bien, cómo se articula esta concepción del padecimiento, con los propios supuestos, marco teórico y prácticas utilizadas para su intervención?

Tomando como punto de partida este interrogante, se presenta una primera desarticulación entre la concepción de padecimiento atravesada por factores sociales y lo que el profesional considera como dominio de intervención de su propia disciplina, y lo que no. En este sentido, y a pesar del reconocimiento de algunos aspectos sociales del padecimiento, los profesionales afirman que los mismos (aspectos sociales) no forman parte de su campo de intervención ni de los saberes adquiridos en su formación profesional.

Al respecto debemos destacar dos cuestiones. En primer lugar, que si bien en la reflexión sobre el padecimiento actual los profesionales lo comprenden y lo explican tomando en consideración la interrelación de aspectos pertenecientes a distintos niveles de integración (el biológico, con la predisposición genética al desarrollo de patología; el familiar y comunitario; el económico, pobreza, desocupación, etc.)¹³, la interrelación de

¹¹ Esta autora define como paradigma a la visión de la realidad que está internalizada en nosotros y que se expresa en nuestros conceptos; son los supuestos más generales y al mismo tiempo los más recónditos, incluso algunos de ellos hasta inconscientes. Ellos determinan nuestros métodos, recortan nuestros problemas y guían nuestras hipótesis; sin ser explícitos nutren nuestras teorías. Lores Arnaiz, M. del R. (1986), *Hacia una epistemología de las ciencias humanas*, Editorial de Belgrano, Buenos Aires.

¹² Lores Arnaiz, M. del R. (1986), *Hacia una epistemología de las ciencias humanas*, Editorial de Belgrano, Buenos Aires, pp. 141.

¹³ Para una profundización de un modelo descriptivo sobre las jerarquías intervinientes en la relación entre salud y condiciones de vida, véase Samaja, J. (1994), *La reproducción social y las condiciones de vida y la salud*, OPS/OMS, Washington.

estos niveles se desconoce o niega en el momento de definir el objeto de intervención. Así, los aspectos sociales del padecimiento se constituyen en un **límite** para la práctica de los profesionales:

"El tema es...hay una barrera desde lo real, la barrera desde lo real es que esa persona se estabiliza emocionalmente si consigue un trabajo. Nosotros trabajamos con un criterio de realidad. Criterio de realidad, si bárbaro, uno puede tratar de que el paciente supere la depresión, de ver qué resabios o qué rezagos tiene el paciente para ponerse de pie nuevamente. Pero cuidado, porque hay un límite desde lo real; porque el paciente que no tiene trabajo y tiene esposa, hijos, pareja...esto lo va a joder..." (Lic. en Psicología, Hospital Rivadavia).

Al plantear la realidad social actual que hace al contexto del padecimiento pero también a su producción, como un límite a las posibilidades de intervención de los profesionales se estaría fijando y delimitando cuál es el campo de intervención y qué aspectos no. De esta manera, como expresan casi todos los profesionales, las problemáticas sociales que hacen al padecimiento de sus pacientes, no se constituyen como problemáticas propias del campo de intervención del profesional en salud mental (psicólogos y psiquiatras).

La segunda cuestión a analizar, en relación estrecha con la anterior, es que en la medida que los aspectos sociales del padecimiento se constituyen en límite y demarcan qué no es parte del objeto de intervención, se obtura la reflexión del profesional acerca del propio marco teórico y la práctica con la que opera sobre los padecimientos tal como se les presentan en la actualidad. Desde esta perspectiva, el límite sirve para recortar el objeto en función del propio paradigma disciplinario y no como disparador acerca de los propios límites que impone el paradigma que se porta.

El límite que recorta el objeto de intervención define entonces lo que el profesional "debe hacer" y lo que no, y aquello que no, correspondería a otro campo disciplinario (en este caso a la asistencia social, por ejemplo). El interrogante que surge entonces es quién o desde dónde se dicta el deber ser que hace a la configuración del objeto de intervención del profesional, más allá de la propia lectura que haga acerca del padecimiento actual, y a la definición de la práctica.

En función de la exploración realizada hasta el momento, el deber ser parece estar definido desde la formación disciplinaria profesional y por ende, del paradigma que se porta, y no por la realidad del padecimiento y de las necesidades que les acuden a los profesionales de la salud mental en la actualidad, ni tampoco por el contexto en el que se desempeñan. La realidad social actual de los consultantes (y los que no alcanzan a consultar), su padecimiento, el contexto institucional (hospital público) en el que se desempeñan los profesionales, no constituyen definidores de la configuración del objeto de intervención, ni de la definición de las prácticas ni del cuestionamiento del marco teórico que se porta.

Complementariamente, la reflexión de los profesionales sobre las dificultades de su proceso de trabajo, se relacionan con aspectos económicos y carencias materiales, referidos a la falta de insumos, de consultorios, de medicación, falta de profesionales, la pobreza de la población consultante y sus dificultades de llegada y acceso a la institución pública de salud; y sus posibilidades de resolución a la disposición de una mejor infraestructura hospitalaria, una mayor cantidad de insumos y de profesionales (o de horas de trabajo remuneradas). Pero estas dificultades no se asocian ni cuestionan al ejercicio de la propia práctica, ni del propio marco teórico, ni la propia organización de la institución en la atención de la demanda actual en salud mental.

El anclamiento excluyente en las necesidades económicas, de recursos humanos e infraestructurales de la institución, no alcanza a dar cuenta del cómo de la intervención sobre el padecimiento actual: cómo trabajar sobre la angustia que genera la desocupación; cómo trabajar con la población que no accede a la institución o deserta del tratamiento por imposibilidades económicas.

La resolución de las dificultades y los límites del proceso de trabajo de los profesionales de la salud mental, refieren entonces a un dominio exterior de su propio marco teórico, de su forma de intervención pero también hasta de su forma de comprender el padecimiento actual en salud mental.

Reflexiones finales

A lo largo del trabajo hemos intentado dar cuenta acerca de los padecimientos que detectan los trabajadores de la salud mental, a partir de las prevalencias que se registran en la actualidad en las instituciones públicas de salud.

El recorrido realizado nos conduce a explorar cuáles son las categorías¹⁴ y percepciones de los profesionales, y si se corresponden con los motivos de consulta que traen los pacientes. Hemos podido apreciar que el padecimiento que describen los profesionales es re trabajado, degradado a una categoría a ser intervenida. Así por ejemplo, las problemáticas de los niños se describen en relación a la violencia familiar, la violencia social, la incapacidad de la institución educativa en contener a los niños, la pobreza y desocupación de los padres; sin embargo, son reducidas a la formulación de un diagnóstico (por ejemplo “Trastorno de conducta o de aprendizaje”), que disuelve la dimensión social, política y económica del padecimiento, no inscribiéndose por no constituirse como “enfermedad o trastorno” o como recorte subjetivo de intervención.

La distancia o coincidencia que se establece entre el padecimiento que trae el consultante y la formulación diagnóstica del profesional, remite a la lucha entre dos discursos sobre el padecimiento; en este punto se torna crucial la comprensión de los paradigmas en pugna y de los procesos sociales de trabajo que éstos comprenden.

Los paradigmas que posibilitan la construcción de las clasificaciones diagnósticas construyen un límite al padecimiento al restringirlo, en la clasificación, a la singularidad psicobiológica; este límite define el padecimiento padecido en forma endógena sin inclusión de la distinción de las fuentes exógenas. Así, el síntoma, el diagnóstico y la causalidad encuentran unidad, coincidencia y límite; límite pensado- explícita o implícitamente- para operar en función de una posible intervención recortada en esa unidad psicobiológica. Así, categorías como depresión, trastornos de ansiedad, trastornos del aprendizaje y de la conducta, etc. pueden ejemplificar esta consistencia de autocausalidad.

Nos preguntamos entonces si es posible imaginar una contracara para estas categorías que remita a los orígenes psicopatológicos generados de modo relevante, si fuera el caso, por la presión social o cualquier otra causalidad exógena, pues no aparecen clasificados ni tampoco como posibilidad clasificatoria diagnóstica. En este sentido, observamos una circularidad entre clasificación, tipo de intervención y fronteras de clasificación-intervención. Posiblemente por esta dinámica en nuestros relevamientos ese gran Otro social, esté afuera, desterritorializado, opacado, en la clasificación diagnóstica del padecimiento actual en la salud mental.

¹⁴ Comprendemos por “categoría” a una forma particular de construir un objeto de intervención.

Consideramos entonces fundamental que en el análisis del padecimiento actual, las categorías que se construyan también se expliquen por los niveles referentes a lo socioeconómico y a lo político. Esta proposición de categoría, que podríamos denominar “padecimiento social”, no niega las categorías subjetivas individuales ni su intervención específica sino que intenta detectar la fuente que se sitúa en lo social: lo social en lo subjetivo y lo subjetivo en lo social. De ahí que toda terapéutica individual o grupal no está reñida con la intervención compleja según niveles sobre las causas intervinientes en el padecimiento. Podemos imaginar entonces que a medida que avancemos por esa serie causal, paso a paso, los dispositivos deben ir variando desde lo disciplinario, hacia lo interdisciplinario, hasta alcanzar lo transdisciplinario.

Bibliografía

- Almeida Filho, N. (1992), *Epidemiología sin números*, Serie Paltex, Nro.28, OPS/OMS, Washington.
- Bialakowsky, A. y Rosendo, E. (1998), “Salud mental y flexibilización laboral: una perspectiva antropológica”, *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. IX, Nro.31, Buenos Aires.
- Bialakowsky, A.; Lusnich, C.; Faraone, S.; Rosendo, E.; Haimovici, N.; Sokolovski, G. (1997), “Las nuevas patologías mentales o la creación de lo social” en P. Sorokin Comp., *Drogas. Mejor hablar de ciertas cosas*, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Canguilhem, G. (1986), *Lo normal y lo patológico*, Siglo XXI, México.
- DSM-IV (1995), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Masson, Barcelona.
- Emmanuele, E. y Liborio, M. (1996), *Paradojas del discurso médico. Perspectivas de intervención desde la epidemiología social*, OPS/OMS-Fundación Ross, Argentina.
- Grassi, E.; Hintze, S.; Neufeld, M.R. (1994), *Políticas sociales. Crisis y ajuste estructural*, Espacio, Buenos Aires.
- Lores Arnaiz, M. del R. (1986), *Hacia una epistemología de las ciencias humanas*, Editorial de Belgrano, Buenos Aires
- Minujin, A. (1995), “En la rodada” en A. Minujin Comp., *Cuesta Abajo. Los nuevos pobres: efecto de la crisis en la sociedad actual*, Unicef/Losada, Buenos Aires.
- OMS (2001), *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, Francia.
- Samaja, J. (1994), *La reproducción social y las condiciones de vida y la salud*, OPS/OMS, Washington.
- Sautu, R. (2003), *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*, Lumiere, Buenos Aires.
- Susser, M. (1991), *Conceptos y estrategias en epidemiología. El pensamiento causal en las ciencias de la salud*, Biblioteca de la Salud, FCE, México.
- Vasilachis de Gialdino, I. (1992), *Métodos cualitativos I*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.