

SALUD MENTAL: UN CONCEPTO POLISÉMICO

Beatriz Fernández Castrillo¹

Enviado: 18 de setiembre de 2012.

Aceptado: 30 de octubre de 2012.

Resumen

La presente comunicación se realiza como un avance de investigación en el marco de la tesis de Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, Argentina. Se trabaja en torno a tres ejes: la conceptualización de Salud Mental; la significación del diagnóstico como herramienta y las perspectivas epidemiológicas en cuanto a la formulación del objeto de estudio. Para ello se realiza una revisión crítica del debate vigente en el cono sur latinoamericano en estos temas y se hacen algunas consideraciones para interpelar los saberes involucrados, en procura de aportar cierta problematización conceptual aplicable al contexto latinoamericano. Desde la perspectiva epistémica que da significado al vocablo *transformación*, se intenta dinamizar los constructos tradicionales para provocar reformulaciones teórico metodológicas, capaces de enfrentar los desafíos que impone la implementación de nuevas políticas públicas y la reforma del sistema sanitario en la región con énfasis en el campo de la Salud Mental. Se pretende así, proveer de insumos para la transformación genuina, en un área polivalente que compromete interpretaciones sociopolíticas desde el enfoque de Derechos Humanos.

Palabras clave: Salud Mental, Clasificación de enfermedades, Epidemiología.

¹ Lic. en Trabajo Social. Investigador Activo Sistema Nacional de Investigadores (SIN). Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII). Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Uruguay. beatrizfer@fcs.edu.uy.

MENTAL HEALTH, A POLYSEMIC CONCEPT

Abstract

The present communication is a research breakthrough in the framework of the PhD thesis of Community Mental Health, National University of Lanús, Argentina. We work around three axes: the conceptualization of Mental Health; significance as a tool of diagnosis and epidemiological perspectives in the formulation of the study object. To that end, a critical review of the current debate on these issues and some considerations to interpellate the knowledge involved, seeking to bring some conceptual problematization applicable to the Latin American context. Epistemic perspective that gives meaning to the word transformation attempts to boost traditional constructs cause methodological theoretical reformulations able to face the challenges posed by the implementation of new public policies that compromise the Mental Health field as genuine changes in inputs a multipurpose area that compromises sociopolitical interpretations from the human rights approach.

Key words: *Mental Health, Diseases Classification, Epidemiology.*

SAÚDE MENTAL, UM CONCEITO POLISSÊMICO

Resumo

O presente comunicação é um avanço da pesquisa no âmbito da tese de doutorado de Saúde Mental Comunitária, Universidade Nacional de Lanús, na Argentina. Nós trabalhamos em torno de três eixos: a conceituação de Saúde Mental; importância como uma ferramenta de diagnóstico e perspectivas epidemiológicas na formulação do objeto de estudo. Para o efeito, uma revisão crítica do actual debate sobre estas questões e algumas considerações para interpelar o conhecimento envolvido, buscando trazer alguma problematização conceptual aplicável ao contexto latino-americano. Perspectiva epistemológica que dá sentido à transformação palavra tenta impulsionar construções tradicionais causar metodológicas reformulações teóricas capazes de enfrentar os desafios colocados pela implementação de novas políticas públicas que comprometem o campo da Saúde Mental como mudanças genuínas em insumos uma área multiuso que compromete interpretações sociopolíticas da abordagem dos direitos humanos.

Palavras chave: *Saúde Mental, Classificação de Doenças, Epidemiologia.*

Introducción

En esta comunicación se pretende discutir algunas ideas sobre Salud Mental, haciendo un recorte del tema en la interfase entre Ciencias de lo Social y de la Salud, desde la perspectiva conceptual de la Salud Colectiva² sostenida entre otros por E. Granda¹. El recorte se inscribe en el restringido espacio del tratamiento de algunas aristas de la interdisciplina dentro de un dominio teórico, que tiene mayor énfasis en los procesos de la producción y reproducción social que en los de construcción de subjetividad. Desde esta perspectiva, en este artículo se retoma el concepto de Salud Mental como campo complejo, que a la matriz biológica suma el componente subjetivo y el histórico-social. Si bien esta es una vieja discusión que parece mantener distintas posiciones enfrentadas, entendemos oportuno re editar el debate en el marco del proceso de Reformas del Estado promovidas desde 2005, por el primer gobierno de izquierda en el Uruguay. Dentro de la propuesta programática del gobierno progresista, se incluyen cambios profundos en el modelo de atención, gestión y financiamiento del sector sanitario, a través de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En el año 2009 vuelve a ganar las elecciones nacionales el Frente Amplio³, y acompañando los lineamientos de organismos internacionales y de los gobiernos

regionales, declara como prioritario el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) dentro del conjunto de políticas públicas emprendidas. Luego, se hacen algunas consideraciones para interpelar los saberes involucrados, desde la perspectiva epistémica que da significado al vocablo *transformación*, en procura de aportar cierta problematización conceptual aplicable al contexto latinoamericano. Para ello, se revisan los aportes de la Epidemiología Crítica, en tanto matriz teórica que trasciende el evento concreto, directo o fenoménico, para re significar la comprensión del proceso salud-enfermedad desde su esencia histórica y de sus determinaciones subjetivas, si es que se incorporan al saber epidemiológico, los aportes de las Ciencias Sociales, no como simple concatenación exterior de dos aparatos teóricos, sino como complementariedad de saberes. Finalmente se realizan algunos comentarios, que articulan conceptualmente el campo de la Salud Mental con el de los Derechos Humanos, para resaltar que lo importante es reconocer en cada paso del conocimiento, la unidad de la realidad social y subjetiva en tanto naturaleza de la condición humana.

Algunas consideraciones preliminares

Emiliano Galende (1997)ⁱⁱ, entre otros muchos autores, sostiene que se suele pensar el concepto de salud mental como sinónimo de enfermedad mental, de modo que el padecimiento queda situado en el escenario individual de la existencia de las personas afectadas. Dice además, que el objeto de la Salud Mental no es la enfermedad, sino que el objeto de la Salud Mental se constituye en torno de un complejo constructo interdisciplinario, intersectorial, interprofesional e interinstitucional.

“La multiplicidad de sentidos con los que el término de salud mental fue introducido, generó un nuevo foco desde el cual abordar los problemas, y esté era el de comprender los sufrimientos mentales del individuo en el conjunto de sus relaciones

² Edmundo Granda, en una ponencia presentada en el VII Congreso de Salud Colectiva llevado a cabo en Brasilia en 2003 planteaba reposicionar críticamente el pensamiento latinoamericano respecto al proceso salud-enfermedad abordando propuestas alternativas a las sostenidas por las concepciones de Salud Pública tradicionales, para luego definir a la Salud Colectiva “como campo de conocimiento en constante desarrollo constituye en primer lugar, un punto obligado de referencia y reflexión para ampliar los horizontes de visión del objeto problema salud-enfermedad-cuidado de las poblaciones. Al referirme a la ampliación de la visión hablo de esa necesidad de ver la salud poblacional en su realidad histórica, en su matriz contextual, en su fundamentación vital y no solo como descuento de enfermedad”. (Granda, 2004:17)

³ Coalición política de izquierda uruguaya.

familiares, grupales, y sociales en un sentido amplio...” “El objeto de la salud mental no es de un modo exclusivo el individuo o los conjuntos sociales, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y a su comunidad” (Galende E. 1997:8).

Entonces es posible afirmar que la Salud depende de todos sus componentes y se encuentra históricamente determinada e íntimamente ligada a las condiciones de existencia, estilos de vida y de convivencia, en relación inclusiva con la colectividad a que se pertenece. La relación de reciprocidad también hace que los conflictos que afectan a una sociedad determinada incidan, generando específicas formas de padecimientos que, al igual que los “síntomas”, expresan ese malestar y son a la vez una demanda implícita que llama a dar respuesta.

“La Salud Mental de una comunidad está determinada social e históricamente. Es un proceso resultante de las condiciones de vida, de la historia y de los proyectos de una sociedad. Cada cultura marca a sus miembros con el particular significado que le da a la realidad. Nadie recibe los hechos sin que atraviesen y se tiñan de todos los símbolos, sentidos y mitos que hacen a la individualidad de esa cultura” (Idem:10).

Si el sufrimiento humano no es sólo producto del orden biológico sino también de un orden socio-cultural-histórico definido, no serían suficientes los sistemas clasificatorios psicopatológicos que no comprendan estas dimensiones. La analogía entre los conceptos de salud mental y enfermedad mental contiene varios peligros conceptuales respecto a la forma en que se perciben, la forma en que se categorizan y el diagnóstico de los problemas de salud mental en función de la definición del objeto del área de conocimiento en que se ubique el observador. Algunos posicionamientos conllevan limitaciones para identificar las situaciones de sufrimiento y estimar sus consecuencias que no son

asimilables a las entidades nosográficas. Las clasificaciones de enfermedades, tales como el DSM y CIE 10⁴, sin duda son recursos útiles para rápidamente captar la complejidad de esas situaciones y para realizar análisis comparativos. En general promueven el modelo biopsicosocial, son instrumentos de probada eficacia y extendida utilización que a través de distintos ejes, intentan realizar una evaluación completa y sistemática de los trastornos mentales. La distinción multiaxial de los trastornos no implicaría necesariamente fragmentar su conceptualización según ejes que atienden, como en el caso del DSM, a clasificar las enfermedades orgánicas, los problemas psicosociales y ambientales y el nivel de actividad. Más bien se proponen como forma de realizar una revisión minuciosa en un área tan compleja donde se entrecruzan y confunden los límites entre las dimensiones. El problema de su aplicación, es que a nivel de las prácticas, las clasificaciones estadísticas de enfermedades han pasado de ser una guía que ordena la observación de los fenómenos epidemiológicos donde se asignan entidades mórbidas a través de criterios ya definidos, a ser un manual de uso extendido donde se fuerza a incluir los fenómenos dentro de las categorías pre establecidas. Además en general, estas clasificaciones tipifican los problemas de salud mental en el orden de los trastornos mentales, con todas las implicancias que tiene sus significados a nivel de los estigmas, prejuicios y la estructura de desigualdades que se genera en la convivencia social. En especial, en el escenario latinoamericano donde resulta impensable

⁴ Solo se nombran a vía de ejemplo el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – DSM- y la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión –CIE10-, por tratarse de guías muy conocidas y de extendida utilización en nuestro medio. Si bien ambos instrumentos han sido consultados con frecuencia, no es el propósito de este trabajo debatir sobre ellos. Tan sólo se pretende señalar, que en la práctica, la aplicación apresurada de estas u otras clasificaciones diagnósticas en Salud Mental, conlleva el riesgo de simplificar conceptos complejos que refuerzan el carácter polisémico del término.

comprender las situaciones de sufrimiento extremo en que las personas viven a través de una clasificación diagnóstica. Estudios realizados por Augsburg (2005)ⁱⁱⁱ señalan que a nivel internacional la mayoría de las clasificaciones, (en especial el CIE-10 y el DSM por el dominio hegemónico) se organizan a partir del concepto de enfermedad o trastorno.

“La lógica dicotómica de estados de salud o enfermedad no permite dar cuenta de todo un conjunto de situaciones que, afectando la salud mental, no consiguen ser encasilladas en uno u otro polo. Acentuar la noción de sufrimiento, padecimiento o malestar y distinguirla de la enfermedad permite recuperar la dimensión temporal, historizar el proceso que le da origen, otorgándole visibilidad a las relaciones que lo ligan con el proceso de constitución del sujeto singular con las vicisitudes y eventos de su vida cotidiana, así como con las condiciones objetivas de vida en el seno de su grupo social de pertenencia.” (Augsburger C. Gerlero S. 2005:7).

En ese artículo las autoras sustentan teóricamente los fundamentos de la llamada Epidemiología Crítica en contraposición de la visión epidemiológica tradicional, desde la perspectiva interdisciplinaria de la Salud Mental a punto de partida de la categoría de sufrimiento. Ellas entienden que el objeto de estudio de la Epidemiología es la descripción y el análisis de las condiciones de producción y distribución de los procesos de salud-enfermedad de la población con la intención de intervenir sobre ellas para su transformación. Es el atributo asignado en la capacidad de *transformar* lo que resulta interesante de la definición. Mirar la realidad desde la perspectiva de su *transformación*, supone convenir en la posibilidad de modificar desde un saber disciplinar, los llamados determinantes de la salud.

El concepto de Salud y Salud Mental en el debate epidemiológico

Es habitual que los estudios basados en la Epidemiología clásica, se concentren en explorar algunos factores de riesgo, por lo general de orden demográfico, que se asocian con la presencia de problemas conductuales o emocionales. En muchos de ellos, se privilegia el trabajo sobre los síntomas y signos desde un abordaje del problema de investigación en forma acrítica e indiferenciada de la categoría sujeto, tomando la dicotomía salud – enfermedad como situación estática, sin introducir la categoría del sufrimiento (Augsburger C. Gerlero S. 2005). Desde esta perspectiva, la noción de Salud Mental, paradójicamente es conceptualizada sobre la idea de Enfermedad (algunas veces como trastorno psicológico y otras como trastorno psiquiátrico y algunas otras como trastorno emocional). Pero siempre en el orden de los “trastornos” como mirada paralizada y no procesual dando por sobrentendido en forma taxativa que se trata de un problema de tipo biológico. De lo que deviene la idea de enfermar como un hecho naturalizado, de carácter estrictamente biológico, sin introducir la interfase con procesos sociales e históricos donde se producen, más que alguna variable demográfica en algunos casos. Esta perspectiva tiene implícita una visión monocausal de los procesos de sanar y enfermar donde no son considerados los determinantes sociales ni subjetivos de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. El método generalmente responde al paradigma de la Epidemiología Convencional o Tradicional, centrado en el individuo, propio del Modelo Médico Hegemónico, donde las variables seleccionadas son descriptas como cuantificación de los atributos que más fácilmente se ven relacionados a los procesos biológicos. La asociación de estas con otras variables relativas a la estratificación social por ejemplo, aparecen devaluadas a nivel casi anecdótico para el análisis de los procesos estudiados. El procedimiento suele basarse en el despliegue de una batería de instrumentos y

escalas, generalmente de difícil acceso mediados por criterios de propiedad intelectual y registro de patente, que corresponden más a la economía de mercado que a la lógica de innovación de conocimiento. Aparentemente los investigadores quedan satisfechos con los resultados obtenidos en los estudios de este corte y logran publicaciones en revistas prestigiosas, aunque en general sean escasos los resultados aportados sobre las características sociales de las poblaciones estudiadas; queda devaluada la cuestión social y el tipo de redes sociales de que se dispone y prácticamente son inexistentes las referencias a variables subjetivas. En general, estos estudios, no intentan comprender los fenómenos, sólo se limitan a describir eventos y relacionarlos estadísticamente. Los resultados frecuentemente se limitan a explicar los fenómenos en una relación de causa- efecto, sin contemplar que son fenómenos sociales complejos que tienen fuertes implicancias subjetivas. Con frecuencia, las conclusiones son realizadas desde una concepción extremadamente medicalizada de los fenómenos, sobre todo cuando insisten en reclamar la necesidad de hacer estudios longitudinales en virtud de que se entiende que los uniformemente llamados “trastornos”, son graves y con tendencia a la cronificación. Mientras la Epidemiología Convencional tiene como objeto la ocurrencia, distribución y factores asociados a las enfermedades en las poblaciones, la Epidemiología Crítica se ocupa del estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado en los colectivos, como construcción social. Es que la Epidemiología Crítica pretende ser una *epidemiología de la desigualdad* para poner de manifiesto que el principal determinante para enfermar y morir lo constituyen las condiciones de existencia en que viven los grupos poblacionales: Este concepto interpela a la Epidemiología Convencional para la cual los fenómenos sociales significan solo un factor de riesgo más. La Epidemiología Crítica se concibe como uno de los ejes disciplinares del

movimiento de la Medicina Social. Se ubica como disciplina dinamizadora de la Salud Colectiva capaz de incorporar al conjunto de saberes en Salud, los aportes de la Planificación y de las Ciencias Sociales, como movimiento alternativo de Salud Pública. Entre sus principales impulsores se encuentra Jaime Breilh y Edmundo Granda, que constituyen el llamado grupo de Quito, Asa Cristina Laurell en México y Naomar Almeida Filho en Brasil. (Hernández LJ. 2009:19)^{iv}. Esta corriente de pensamiento surge en el marco histórico social del último siglo, donde si bien han sido numerosos los adelantos científico-tecnológicos en el campo de la Salud, también han aparecido nuevos problemas socio sanitarios como expresión compendiada de un proceso en el que intervienen factores no sólo biológicos, sino también políticos, socio-económicos, ambientales, subjetivos, comportamentales, estructurales, etc., propios de la modernidad tardía. Los nuevos escenarios sociales, se reinterpretan desde los paradigmas clásicos con expresiones discursivas, estudios y escritos, que más que desentrañar la profundidad y la contradicción de los hechos y formas, parecieran intentar reconciliar los intereses en conflicto, para finalmente cumplir con los lineamientos de la reproducción social del modelo capitalista. En estas condiciones, los artificios por ocultar la debilidad del aparato conceptual y metodológico tradicional, han llevado a manejar el “paradigma” de la salud bajo una visión reduccionista e interpretar lo social como agregación estadística de datos individuales, que completa el círculo de razonamiento con el solo hecho de yuxtaponer las sumatorias de morbi-mortalidad con los llamados “factores socio-económicos” para demostrar relaciones de asociación estadística. Esta extendida y continua transgresión de los campos de interpretación y praxis de la clínica hacia la epidemiología, (de la cual no es ajena la Salud Mental), tiene como base de sustento, construcciones filosóficas e ideológicas en el desarrollo histórico-social, propias del capitalismo tardío. Si definimos a la clínica

como conjunto de conceptos, métodos y formatos de acción práctica que se aplican al conocimiento y transformación del proceso salud-enfermedad en la dimensión individual, su objeto de trabajo sería, por lo tanto el conjunto de condiciones que se expresan finalmente en el individuo como manifestación de una compleja serie de determinaciones que operan en los procesos supra-individuales. Debido a la naturaleza individual de su objeto, el quehacer clínico aporta como soporte teórico e instrumental, las ciencias que abarcan los procesos naturales. De esta manera la clínica prioriza las ciencias físicas y biológicas y recurre sólo limitadamente a las ciencias sociales. El método que utiliza el quehacer clínico es intensivo y profundo en el sentido que se aplica minucioso y exhaustivo en los procesos individuales de carácter orgánico-funcional, no siempre con la misma intensidad lo subjetivo y lo social. En correspondencia con la naturaleza individual de su objeto de estudio y el carácter intensivo de su método, las formas de acción clínica son igualmente singulares, sean estas de tipo preventivo primario, de tipo correctivo o rehabilitador. Sin embargo, si visualizamos a la Epidemiología como disciplina científica, y sus avances en el proceso salud-enfermedad, como un conjunto de conceptos, métodos y formas de acción práctica que se aplican al conocimiento y transformación del proceso salud-enfermedad en la dimensión colectiva y social, su objeto de trabajo está conformado por los procesos sociales generales o en la expresión de las clases sociales o estructuras socioeconómicas particulares que determinan la producción y reproducción de las condiciones específicas. El cuerpo teórico e instrumental de apoyo por lo tanto, corresponde al campo de intersección entre las Ciencias Sociales y las Ciencias Naturales en su expresión supra-individual, mientras que el uso de la física y la biología lo hace con una expresión limitada. De este modo, la Epidemiología en correspondencia con su delimitación social y más amplio objeto de estudio ha ido construyendo métodos de corte extensivo idóneos, para hurgar los procesos

estructurales y segmentarios, estableciendo observaciones masivas en el terreno empírico. (Samaja J. 2002)^v.

Si somos consecuentes con esta línea de pensamiento, la Epidemiología debe ubicarse como una disciplina científica que no solo asocia estadísticamente variables, sino que tiene una acción fundamentalmente transformadora en lo social, inserta en el proceso salud-enfermedad y como determinante en el proceso productivo (trabajo-consumo), que tiene expresión en la estructura social, procesos estos vinculados con la reproducción social y las estructuras económicas, políticas, culturales y derivadas. En la actualidad, la carencia de un instrumental idóneo de las posturas tradicionales es proporcional al arrastre de las ideas y métodos probadamente ineficaces de una epidemiología empírica, como solución de continuidad que se interpone entre los problemas de salud frecuentes en volumen y agudeza sobre las grandes mayorías de la población. La necesidad de dar respuestas a las verdaderas demandas sociales, está impregnada por una visión de “superficie” vigente y hegemónica que contribuye a limitar la articulación o desempeño orgánico del propio colectivo de la Salud.

“Los servicios en los Hospitales y hasta los propios manicomios pueden llamarse “de Salud Mental”, aunque su trabajo puede ser absolutamente manicomial. Inclusive aunque tengan el barniz progresista con el sello del capitalismo del siglo XXI: apostar a que sólo la medicación será la piedra del cambio, considerando que el resto de los “auxiliares” sólo “entretienen” al paciente con “charlas” (psicoterapias), “talleres” (dispositivos grupales), y otros dispositivos descalificados como “auxiliares”. Mientras, se le administra su “verdadera” terapéutica: la medicación. Todo esto bajo una supuesta científicidad que no la es, ya que no toma en cuenta la verdadera complejidad de las problemáticas del padecimiento

subjetivo en su dimensión bio-psico-social". (Vainer 2007)^{vi}.

Si exploramos más a fondo, observamos que las variables que conforman el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, son tratadas como factores pertenecientes a diferentes sistemas que se conectan mutuamente en forma de eslabones, cuyas relaciones o asociaciones observadas empíricamente no interesa explicar o comprender. Planteamientos como estos se inscriben taxativamente en una línea de pensamiento positivista, doctrina que establece como premisa esencial el reduccionismo natural de lo social y que incluye como supuesto que la relación entre los fenómenos debe formarse exclusivamente en términos funcionales de sucesión y semejanzas observadas, negando jurisdicción científica a la relación multicausal.

Desde una perspectiva histórica, los errores de interpretación y en consecuencia de acción y *transformación*, no son fruto de la equivocación humana individual, sino que son el producto del condicionamiento que establecen los fenómenos coyunturales. Reduciendo el estatuto legal de la sociedad a las leyes de la naturaleza y condenando la observación de las "cosas" sociales a su apariencia o contenido exterior, han podido elevar al plano de supuestos básicos del método del conocimiento de los hechos sociales. ¿Acaso es posible que el descarte sistemático de las prenociones e intenciones valorativas que presupone el método positivista, su pretendida desafiación ideológica, sea precisamente su ideología y su fundamento?

Comentarios finales

Si estamos conceptualizando el proceso salud-enfermedad como proceso complejo, que a la matriz biológica suma el componente subjetivo y el histórico-social, y ampliando el objeto de la epidemiología al estudio de los efectos (vitalizantes y patogénicos), no es posible seguir utilizando acríticamente el método epidemiológico hegemónico. Entendemos que la construcción

epidemiológica alternativa al decir de Granda, debe establecer como unidad directiva un proceso de conocimiento que asciende desde lo concreto directo o fenómeno epidemiológico, hacia la construcción de su esencia histórica y de sus determinaciones subjetivas. En tal caso, no se trataría de yuxtaponer artificialmente los métodos de las Ciencias Sociales y el de la Epidemiología, ni simplemente de la concatenación exterior de dos apartados teóricos independientes. No es que la epidemiología propiamente dicha comience su labor donde termina la teoría social, más bien la Epidemiología es siempre pensamiento social, protagonista y producto de su medio, que releva los procesos particularmente importantes para entender la circunstancia del proceso salud-enfermedad de las poblaciones. Haciendo como proponemos un recorte del tema en la interfase entre ciencias de lo Social y de la Salud, desde la perspectiva conceptual de Salud Mental lo importante es reconocer en cada paso del conocimiento de nuestro objeto, que es el proceso salud-enfermedad la unidad de la realidad social y subjetiva en tanto realidad natural del ser humano. Coincidimos con A. Kleinman (1980)^{vii} en que la experiencia de sufrimiento es propia de la vida humana y hace a las condiciones de existencia. Sería entonces la forma en que las personas refieren a lo que más tarde el discurso médico decodificará en un síndrome patológico o enfermedad. Apropiación engañosa de saberes de la vida cotidiana que se devuelve como saber científico por mediación de categorías profesionales, en particular del saber médico. La narrativa es la forma fenomenológica mediante la cual cada uno percibe la salud o la enfermedad, proceso denominado por Kleinman (1980) modelos explicativos, para dar cuenta de las ideas y creencias concernientes al malestar y a su tratamiento, que finalmente hacen a las afinidades o discrepancias entre el saber del hombre común y el saber profesional. Esto es lo que después de ser decodificado se registra en las historias clínicas, y de su regularidad estadística devienen los sistemas

clasificatorios de las enfermedades.

El poner en palabras constituye una forma de reapropiación de lo creado, de retomar y re vincular lo propio que se ha vuelto ajeno, por su contenido de concretud. La producción de lo nuevo, queda atrapada en la escucha de uno mismo y de los otros que organiza la representación en el hecho de narrar, cada una de las verbalizaciones se ensambla en otra historia más amplia y se re-edita en un plano temporal más amplio para abrir nuevas significaciones. En el proceso de atención, la capacidad de re significar el pasado está dada por la pretensión de las instituciones sanitarias de introducir modificaciones para corregir o reformular una desviación de la norma estadística. Tanto esto es así, que con frecuencia lo que se denomina prevención, consiste esencialmente en describir la historia de la enfermedad para construir una representación que desande el proceso hacia la patología y re narrarlo en términos sanitarios.

Finalmente en la práctica, el modelo biomédico ha desvirtuado tanto la utilización de los sistemas clasificatorios en desmedro de la capacidad de comprensión del malestar humano, como pasaje desde un modelo explicativo a un modelo descriptivo que al no detectar enfermedad o trastorno, o bien no interviene o bien medicaliza el conflicto. Tradicionalmente la atención en Salud Mental, se ha regido por un criterio basado en el diagnóstico psiquiátrico de enfermedad mental. Existe suficiente evidencia en la consulta psiquiátrica, de cierta tendencia a la medicalización de los conflictos, siendo excepcional la resolución de alta y sin indicación de tratamiento farmacológico (Fernández Castrillo B. 2009)^{viii}. A su vez, existe una práctica instalada que retiene los pacientes por períodos prolongados, permaneciendo muchas veces en tratamiento en forma injustificada.

Al hablar de Salud Mental, hablamos de Derechos Humanos aunque suelen abordarse como campos independientes. Acaso la violación de los Derechos Humanos no

constituiría en sí misma poderosos determinantes de sufrimiento mental. Ambos conceptos han sido colocado en forma por demás frecuente por técnicos, políticos y académicos, en el terreno de los conceptos polisémicos muchas veces vapuleados en discursos demagógicos. Sin duda, el tema de los Derechos Humanos es más amplio que la más amplia de las definiciones de Salud Mental. La Salud como área de conocimiento no puede resolver los problemas de violación de derechos en situaciones de conflicto social. La responsabilidad compromete a toda la sociedad, involucrando el cuidado de la Salud en la convivencia social para prevenir o disminuir los efectos y el daño mediante intervenciones tempranas de promoción en Salud Mental, como aplicación en términos reales de medidas de protección del bienestar de sujetos, grupos y comunidades a efectos de evitar que se cronifique el sufrimiento emocional con persistencia del malestar individual y colectivo que pudieran desembocar luego en trastornos físicos y/o mentales. Los conceptos de promoción y prevención en Salud Mental están interconectados, no existe uno sin el otro. Mientras la promoción de la Salud Mental busca fortalecer los entornos favorables para la vida que incrementen el bienestar psicosocial, la prevención tiene por objeto la reducción de los riesgos de enfermar, mediante el despliegue de estrategias de intervenciones universales, selectivas e indicadas, componentes propios de la prevención primaria. Uno de los riesgos de enfermar más frecuente, es negar la posibilidad de enfermar y no tener conciencia que muchas veces las dificultades no elaboradas pueden traer complicaciones a veces difíciles de revertir.

El enfoque de interacción entre las nociones de Salud Mental y Derechos Humanos, no se circunscribe tan solo a los derechos de las personas con trastornos mentales severos y persistentes, sino también a los derechos de los ciudadanos a construir colectivamente en términos de calidad de vida, las condiciones que favorezcan una genuina salud mental y el desarrollo social.

Referencias bibliográficas

- i. Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? Rev Cubana Salud Pública 2004; 30(2), Disponible en <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/granda.pdf> consultado 11/10/2012
- ii. Galende E. *De un horizonte incierto Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual* Editorial Paidós 1era reimpresión Buenos Aires, 1997.
- iii. Augsburger C, Gerlero S. *La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental*, en Kairós, Revista de Temas Sociales, Universidad Nacional de San Luis, año 9 N°15, Argentina, 2005.
- iv. Hernández LJ. *Que critica la Epidemiología Crítica: una aproximación a la mirada de Naomar Almeida Filho*, en Boletín del Observatorio en Salud; Vol. 2 N° 4. 2009.
- v. Samaja J. *Reproducción social y Salud*, Lugar Editorial, Argentina, 2002.
- vi. Vainer, Alejandro; *De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental*. Disponible en <http://www.topia.com.ar/articulos/de-qu%C3%A9-hablamos-cuando-hablamos-de-salud-mental>. Agosto 2007 (consultado el 28/9/2012).
- vii. Kleinman A. *Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. California: Regents; 1980.
- viii. Fernández Castrillo B. *Complejidad Social y Salud Mental*, Programa de Publicaciones, Ediciones Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC), Universidad de la República. Uruguay, 2009.