



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

Maestría de Salud Mental Comunitaria

Tema:

Epidemiología y Salud Mental: Producción de información sanitaria

Título: *Demanda en salud mental de adolescentes que consultan en un Centro de Salud y Atención Comunitaria de CABA, 2011-2013.*

Maestranda: Gabriela Wagner

Directora de Tesis: Mg. Sandra Gerlero

Fecha de presentación: 7 de Diciembre de 2017

Resumen

La epidemiología brinda elementos para problematizar los procesos de salud-enfermedad que se producen en los grupos poblacionales, analizando las condiciones que los determinan en su complejidad. Sin embargo, el estudio de los problemas de salud mental así como la inclusión de aspectos relativos a la subjetividad presenta dificultades a la hora de conocer y estimar la magnitud y características de las personas que consultan en los servicios de salud mental. El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la demanda de atención en Salud Mental de adolescentes entre 10 y 19 años que consultan a un Centro de Salud y Acción Comunitaria de la zona sur de CABA entre los años 2011 y 2013, problematizando la categoría “motivos de consulta en salud mental” como expresión de sufrimiento psíquico en la población de adolescentes atendidos en el Centro de Salud seleccionado. Se realizó un estudio, descriptivo de frecuencias, de abordaje cuantitativo, longitudinal y retrospectivo. Se planteó como aspecto central de la tesis la operacionalización de la variable cualitativa “motivo de consulta” y su cuantificación. Los hallazgos más significativos señalan una alta percepción del malestar o sufrimiento, en un 30 % del total de las consultas, siendo más alta la frecuencia en mujeres que en varones. Se encontró una asociación de este sufrimiento al contexto de producción familiar en un 37,4 % y a contextos de violencias en un 26,7 %, siendo las niñas y las adolescentes las más vulnerables. Además el análisis reveló que los adolescentes padecen más violencias de la que generan. Conocer y estimar los motivos y las condiciones que se asocian al sufrimiento constituye un aporte sustantivo para los servicios de salud y la planificación de acciones e intervenciones a nivel de la salud mental en poblaciones concretas.

Palabras clave: Epidemiología- Subjetividad- Motivos de consulta- Sufrimiento psíquico

Summary

Epidemiology provides elements to problematize the health-disease processes that occur in population groups, analyzing the conditions that determine their complexity. However, the study of mental health problems as well as the inclusion of aspects related to subjectivity present difficulties when it comes to knowing and estimating the magnitude and characteristics of the people who consult in mental health services. The objective of this study was to analyze the demand for mental health care for adolescents between 10 and 19 years of age who consult a Health and Community Action Center in the southern area of CABA between 2011 and 2013, problematizing the category "reasons for consultation in mental health" as an expression of psychic suffering in the population of adolescents seen in the selected Health Center. A descriptive study of frequencies, quantitative, longitudinal and retrospective approach was carried out. The operationalization of the qualitative variable "reason for consultation" and its quantification was raised as a central aspect of the thesis. The most significant findings indicate a high perception of discomfort or suffering, in 30% of the total of the consultations, being higher the frequency in women than in men. An association of this suffering was found in the context of family production in 37.4% and in contexts of violence in 26.7%, with girls and adolescents being the most vulnerable. In addition, the analysis revealed that adolescents suffer more violence than they generate. Knowing and estimating the reasons and conditions associated with suffering constitutes a substantive contribution for health services and the planning of actions and interventions at the level of mental health in specific populations.

Key words: Epidemiology- Subjectivity- Reasons for consultation- Psychic suffering

Agradecimientos

A Mora, Francisca y Martín.

A mis padres, Rita y Domingo, por el apoyo incondicional, y al resto de mi familia.

A Sandra Gerlero y Cecilia Ros por el acompañamiento, ayuda y los valiosos aportes.

A la UNLa, a los compañeros y amigos.

Listado de Tablas

Tabla 1	Nº de prestaciones profesionales por especialidad realizadas en el CESAC durante los años 2011-2012-2013	16
Tabla 2	Cantidad de consultas al Dispositivo de Admisión de Psicología de la población de adolescentes según año.....	104
Tabla 3	Escolarización de los adolescentes consultantes. Año 2013.....	105
Tabla 4	Adolescentes consultantes que no concurren a la escuela según edad y sexo.....	105
Tabla 5	Nº de consultas por área. Año 2013.....	107
Tabla 6	Origen de las derivas según Sector.....	110
Tabla 7	Evolución de las derivaciones según año.....	111
Tabla 8	Personas que realizan la consulta por el adolescente.....	113
Tabla 9	Motivos de consulta según quien realiza la consulta por el adolescente.....	113
Tabla 10	Distribución de las principales manifestaciones de sufrimiento psíquico de la población adolescente consultante.....	115
Tabla 11	Manifestaciones de sufrimiento psíquico en la población consultante en la franja de 10 a 14 años.....	115
Tabla 12	Manifestaciones de sufrimiento psíquico en la población consultante en la franja de 15 a 19 años.....	115
Tabla 13	Manifestaciones de sufrimiento psíquico frecuentes en Mujeres.....	116
Tabla 14	Manifestaciones de sufrimiento psíquico frecuentes en Varones.....	117
Tabla 15	Condiciones de producción de sufrimiento psíquico en la Población consultante entre los años 2011 y 2013.....	121
Tabla 16	Contextos de producción de padecimientos en población consultante según sexo entre los años 2011 y 2013.....	122
Tabla 17	Evolución de la distribución del contexto de producción de padecimientos en población consultante según año.....	123
Tabla 18	Distribución de la Violencia como contexto de producción de sufrimiento psíquico.....	126
Tabla 19	Nº de consultas por Violencia como manifestación por edad y sexo.....	129
Tabla 20	Manifestaciones de sufrimiento de la población consultante derivadas del Sector Educación.....	135
Tabla 21	Clasificación de las manifestaciones de sufrimiento expresadas según Cap. V: , CIE-10.....	140
Tabla 22	Manifestaciones de sufrimiento clasificadas en Cap. V según sexo.....	147
Tabla 23	Clasificación y distribución de los contextos de producción según CIE-10.....	155
Tabla 24	Frecuencia de manifestaciones de sufrimiento por año.....	179
Tabla 25	Distribución de las manifestaciones clasificadas según CIE-10 por año.....	180

Listado de Cuadros

Cuadro 1	Sistema de Matrices de Datos. Variables y categorías de la UA consultas.....	18
Cuadro 2	Comparación en la clasificación de trastornos mentales en la CIE-9 y CIE-10.....	66
Cuadro 3	Clasificaciones sobre categoría Condiciones de producción del sufrimiento.....	100
Cuadro 4	Trastorno disociales (F91) según la CIE-10.....	144
Cuadro 5	Otros trastornos de ansiedad (F41) según la CIE-10.....	145
Cuadro 6	Reacciones al stress grave y trastornos de adaptación (F43) según la CIE-10.....	146
Cuadro 7	Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares (Z63).....	156
Cuadro 8	Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez (Z61).....	157
Cuadro 9	Otros problemas relacionados a la crianza del niño (Z62).....	158

Listado de Mapas

Mapa 1	Área programática del CeSAC nº 9.....	14
Mapa 2	Georreferenciación de los contextos de producción de padecimiento de los adolescentes que demandaron S. M.2013	178

Listado de Siglas y Abreviaturas

AME	Atención a la mujer embarazada
AGT	Asesoría General Tutelar
APS	Atención Primaria de la Salud.
CeSAC	Centro de Salud y Atención Comunitaria
CIAC	Centro de Intervenciones Asistenciales Comunitarias
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, en su 10ª revisión.
CFTMEA	Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EOE	Equipos de Orientación Escolar
SENAF	Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia Sistema de
SICeSAC	Información de los Centros de Salud y Acción Comunitaria de Atención Primaria de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Introducción.....	1
CAPÍTULO 1.....	5
Justificación y relevancia del Problema de investigación.....	6
Formulación de supuestos iniciales.....	10
Formulación de objetivos.....	11
Estrategia metodológica.....	11
Contexto del estudio.....	11
Características del Centro de Salud y Acción Comunitaria.....	13
Tipo de Estudio.....	17
Población del estudio.....	18
Fuentes y Relevamiento de Datos.....	18
Análisis de la información.....	20
 CAPÍTULO 2.....	 21
La Epidemiología: un campo de tensiones y contradicciones.....	22
La epidemiología frente al desafío de incorporar losociocultural.....	27
- La teoría del miasma.....	28
- La teoría del germen.....	29
- La teoría del riesgo o la multicausalidad.....	31
La Teoría social Crítica: los aportes de las categorías de modo de vida y vida cotidiana.....	34
Aportes de la antropología a la ampliación del concepto de salud enfermedad: <i>disease-illness-sickness</i>	39
Aportes del campo de la salud mental y del psicoanálisis: la noción de subjetividad.....	46
 CAPÍTULO 3.....	 55
La interface: Hacia una epidemiología en salud mental del Sufrimiento psíquico.....	56
Breve historia de los desarrollos de la epidemiología psiquiátrica.....	57

Las clasificaciones de las enfermedades y los manuales internacionales.....	60
Origen de las clasificaciones de las “enfermedades mentales”.....	62
El uso actual de las clasificaciones de las “enfermedades mentales”.....	65
Las clasificaciones de trastornos en niños y adolescentes.....	67
Algunos problemas de las clasificaciones en el campo de la Salud Mental.....	68
- La confiabilidad y validez de la construcción del diagnóstico en salud mental.....	68
- La categoría trastorno o enfermedad para la clasificación de problemas en salud mental.....	71
- El carácter performativo de la clasificación de los problemas de salud mental.....	72
- Los procesos de medicalización del sufrimiento psíquico.....	74
- Los riesgos de la medicalización de la infancia y la adolescencia.....	76
La inclusión del sufrimiento psíquico como objeto de la epidemiología.....	78
La inclusión del sufrimiento psíquico en estudios epidemiológicos que abordan la problemática infanto-juvenil.....	83
CAPÍTULO 4.....	86
El análisis de los Motivos de consulta en salud mental como expresión de sufrimiento psíquico	87
La duplicidad del motivo de consulta.....	92
Construcción de la clasificación de las categorías empíricas: “manifestaciones psíquicas / condiciones de producción del sufrimiento”.....	95
- La categoría “Manifestaciones psíquicas del sufrimiento”: Clasificación y reclasificación.....	95
- La categoría “Condiciones de producción del sufrimiento”: Clasificación y reclasificación.....	98
CAPÍTULO 5.....	103
La población de adolescentes que consultan a la admisión de salud mental.....	104
- Perfil socio demográfico de la población consultante.....	104
- Territorialización y georreferencia de la población consultantes.....	106
- Circuitos y derivas de la población consultante.....	110
Perfil de la demanda en salud mental de adolescentes.....	114

- Las manifestaciones del sufrimiento psíquico de los y las adolescentes.....	114
- Las condiciones de producción del padecimiento de los y las adolescentes.....	121
- La familia: contexto primario de constitución subjetiva.....	124
- Las situaciones de violencias: la visualización de un emergente.....	125
- La exclusión social como condicionantes de padecimiento: reflexiones acerca de “la mala junta”.....	132
- La escuela como contexto problemático.....	135
Tensiones entre manifestaciones del sufrimiento y sus contextos de producción.....	137
CAPÍTULO 6.....	139
El análisis de las expresiones autorreferidas de sufrimiento psíquico y las Clasificaciones Internacionales de Enfermedades.....	140
Las condiciones de producción de los padecimientos psíquicos y su correspondencia con las Clasificaciones Internacionales de Enfermedades.....	155
CAPÍTULO 7.....	161
Reflexiones finales.....	162
Cierre y nuevas preguntas para seguir.....	169
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	171
ANEXO.....	179

Introducción

El tema de la presente investigación está dado por el entrecruzamiento de los campos de la epidemiología y la salud mental.

La articulación entre la epidemiología y la salud mental, así como la producción de información sobre los problemas de salud específicos desde un punto de vista poblacional, es un tema de sumo interés, por el grado de complejidad que reviste y por la importancia para la gestión y diseño de estrategias de abordaje en el campo de la Salud Pública.

La inclusión de aspectos relativos a la subjetividad presenta dificultades a la hora de conocer y estimar la frecuencia de los motivos por los cuales las personas consultan en salud mental. Esto se debe a la complejidad del objeto en el campo de la Salud Mental, y a la dificultad de importar la categoría “enfermedad” del campo de la medicina mental, con sus consecuencias prácticas y éticas en la medicalización del sufrimiento.

Es así que en los servicios de salud sólo se cuenta a la hora de clasificar las demandas relativas a la salud mental con la taxonomía de trastornos y enfermedades propuesta por la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE 10/OMS). En tanto no es posible sistematizar o clasificar los problemas vinculados a la salud mental que acceden al centro de salud analizado, el estudio apunta analizar posibilidades de problematizar y categorizar el sufrimiento psíquico ligado a las condiciones que lo producen en una población dada, con el interés de superar/trascender las consecuencias psicopatologizantes de las taxonomías, a la vez de generar registros e información más sensible a la gestión de los servicios de salud.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la demanda de atención en Salud Mental de adolescentes entre 10 y 19 años que consultan a un Centro de Salud y Acción Comunitaria de la zona sur de CABA entre los años 2011 y 2013, problematizando la categoría “motivos de consulta en salud mental” como expresión de sufrimiento psíquico en la población de adolescentes atendidos en el Centro de Salud seleccionado.

Se adopta el diseño de una investigación de carácter exploratorio y descriptivo que se llevó a cabo a través de una estrategia metodológica de tipo cuantitativo, de frecuencias, longitudinal y retrospectiva.

Se caracterizaron los motivos de consulta en salud mental del centro seleccionado, a partir del análisis de registros internos producidos por el equipo de salud. Un aspecto central de la tesis llevó a la operacionalización de la variable cualitativa “motivo de consulta” y su cuantificación. Esto requirió de un trabajo de reclasificación de los mismos, a partir del análisis del texto referido por los consultantes y establecido por el equipo en los registros institucionales. Se construyeron dos elementos heterogéneos y distinguibles que conforman la duplicidad de los motivos de consulta, a saber: “las manifestaciones del sufrimiento”, dadas por el repertorio de padecimientos pasibles de ser enunciados para que el modelo de atención los reconozca como tales, y “las condiciones de producción”, que refieren a situaciones de la vida cotidiana que las personas asocian al sufrimiento, y que no necesariamente guardan una relación de causalidad.

El desarrollo de la tesis se presenta en siete capítulos. El **capítulo 1** presenta el Problema, su justificación y relevancia, los objetivos y la estrategia adoptada. También se incluye el contexto y la población de estudio, la caracterización del centro de salud estudiado como así también la descripción de las fuentes utilizadas.

El **capítulo 2** realiza un análisis histórico de la disciplina epidemiológica para dar cuenta de los desencuentros con la posibilidad de elaboración de una epidemiología en Salud Mental. Se exponen los diferentes modelos causales de enfermedad y sus implicancias en la construcción de una epidemiología que incluya y operacionalice de las condiciones de producción del sufrimiento y su componente subjetivo. Se desarrollan las críticas y los aportes que surgen desde el campo de la salud colectiva, la antropología médica, y la salud mental al concepto de “enfermedad” como objeto a-histórico y objetivado, herencia de la tradición positivista (Augsburguer, 2002; Galende, 1990; Gerlero, 1999; Stolkiner, 2003)

El **capítulo 3** se centra específicamente en el diálogo entre la epidemiología y la salud mental, tema nodal del estudio. Se ubica como central en el campo de la Salud Mental el problema de la medicalización y el problema de la validez y la confiabilidad de las clasificaciones internacionales, centrando la discusión en las implicancias éticas y prácticas de una taxonomía que toma como objeto el “trastorno” o “enfermedad” sin analizar críticamente la historia de esta importación desde el campo de la Psiquiatría. Se retoman estudios epidemiológicos del campo de la Salud Mental que enfatizan el corrimiento

de la concepción del problema psíquico en términos de “enfermedad” o “trastorno”, hacia categorizaciones que consideren la naturaleza histórica y sociocultural de los problemas de salud mental y den cuenta de las nuevas formas de producción del padecimiento subjetivo.

En particular la categoría motivo de consulta se analiza y problematiza en el **capítulo 4**. Se procede a la clasificación y reclasificación de los motivos de consulta en salud mental del centro de salud, a partir del análisis del registro y los textos allí producidos por el equipo de salud.

En el **capítulo 5** se caracterizan los motivos de consulta según la nueva clasificación construida. Se analiza el perfil de la demanda de los y las adolescentes de 10 a 19 años que consultaron entre los años 2011 y 2013, según sexo, edad, domicilio y circuitos de derivación. Se describen las manifestaciones de sufrimiento más frecuentes y las condiciones de producción del padecimiento, focalizando sobre tres contextos importantes en la producción de subjetividad: la familia, la escuela y el grupo de pares. El sufrimiento asociado a dinámicas de exclusión, en primer lugar del sistema educativo, luego del mercado de trabajo, las experiencias en relación al futuro y al devenir, la vivencia de malestar propia del estigma, el sufrimiento ligado a las violencias etc., son cuestiones sobre las que hay que visibilizar y debatir.

En el **capítulo 6**, las nuevas clasificaciones y reclasificaciones son puestas en correspondencia con las clasificación internacional (CIE 10), con el objeto de discutir sobre la validez y la pertinencia de la clasificación internacional utilizada por la institución analizada, centrando las reflexiones en los procesos de medicalización de la salud mental, especialmente en un grupo etario que ya de por sí es objeto de psicopatologización (Efron, 1996). Esto llevó al cuestionamiento de los trastornos más comunes como entidades mórbidas y la consecuente medicalización que con ellos se incurre.

Por último el **capítulo 7**, reflexiona sobre los resultados y las conclusiones acerca de la categoría motivo de consulta abordada desde el punto de vista de los usuarios como potente para ceñir la subjetividad, categoría excluida de los estudios clásicos de la epidemiología. El recorrido posibilitó ubicarnos de una manera distinta sobre la trayectoria adolescente, exenta de cualquier mirada psicopatologizante o medicalizante.

Este trabajo se propuso establecer una línea de base para futuros estudios y realizar propuestas de cambio tendientes a complejizar el análisis de la demanda, así como proponer modalidades de registros acordes a un abordaje epidemiológico que

comprenda la realidad local del sufrimiento psíquico de la población adolescente según sus condiciones de vulnerabilidad.

La presente investigación no aspira incurrir en explicaciones etiológicas, ni causales del padecimiento psíquico, pero subraya la necesidad de caracterizar las relaciones entre la percepción del padecimiento psíquico y las condiciones socio-históricas de vida de los diferentes grupos poblacionales, porque es allí donde la gestión de estrategias de prevención y promoción en el ámbito de la salud pública, puede hacerse eficaz.

Capítulo 1

Justificación y relevancia del Problema de investigación:

Cada vez cobra más relevancia el campo de la epidemiología de los problemas de salud mental. Hace más de dos décadas la Organización Mundial de la Salud viene señalando que los trastornos mentales se encuentran entre los más graves del conjunto de enfermedades debido a su alta prevalencia, a su cronicidad, a la prematurez de su aparición en la vida de las personas, y a la carga de discapacidad que producen (OMS; 2000).

Sin embargo los estudios que articulan epidemiología y salud mental se encuentran en un grado incipiente.

Este retraso se debe en parte a la ubicación problemática del objeto de la psiquiatría (“enfermedad” o “trastorno”) y su importación directa al campo de la Salud Mental y a la epidemiología clásica de corte positivista.

Los cuestionamientos de la Salud Mental en relación a este objeto y los desarrollos de la Epidemiología Crítica Latinoamericana permitieron un nuevo redimensionamiento del problema, situando esta nueva confluencia dentro de una epistemología de la complejidad, de la reflexividad, y de la deconstrucción; una epistemología crítica marcada por una eco-sensibilidad, reafirmando así el carácter histórico de los procesos de salud-enfermedad en la sociedad (De Almeida Filho, 2000).

Analizar los condicionamientos del padecimiento psíquico en las poblaciones más vulnerables que acuden a la consulta puede echar luz sobre las relaciones entre el malestar psíquico y las peculiaridades que presentan determinados grupos sociales. Pese a ello, queda relegado la identificación de esta problemática, dado la complejidad del tema y las concepciones que se detentan en relación con el lugar de la salud mental dentro de las demás prácticas de salud

Una muestra de lo mencionado lo constituye el hecho que el Centro de Salud seleccionado había implementado años previos la realización de un Análisis de la Situación de Salud (ASIS, 2008). Además de indagaciones específicas y estudios locales sobre el embarazo en adolescentes y su perfil sociodemográfico, como temática particular del grupo etario (Giuliodibari, Irursun y otros, 2012). Pese a ello, el problema de la vacancia de producción de información sobre los problemas de salud mental en dicha población permanece ausente en la elaboración de estos diagnósticos de salud locales.

La preocupación respecto de cuáles son los motivos que conducen a la población de adolescentes a consultar a un servicio de salud mental permite, a partir de una reflexión epidemiológica, trasladar el marco explicativo de un sujeto singular hacia un sujeto colectivo para aportar a la elaboración de una planificación y gestión local, basada más en la prevención y la promoción o en un re direccionamiento de las acciones del Equipo de Salud orientado a las poblaciones más vulnerables.

En el espacio institucional en que se desarrolló la tesis, los interrogantes acerca de cómo y porqué acude la población a las consultas en salud mental remite a larga data. Es en el año 2011 que, se conforma el equipo de Psicología y Psiquiatría¹ en el CeSAC, se consolidan las reuniones semanales de equipo y, se debate acerca de la importancia del registro, tanto de sus implicancias éticas y prácticas.

Desde entonces, el Centro de Salud acreditó una cultura institucional que promovía la producción de información para la toma de decisiones, se contaba con dos sociólogas a cargo de esta tarea, para la producción de sistemas de información propios y análisis de la situación de salud local. Existía una alta adherencia de los profesionales a los registros, siendo un rasgo particular puesto que no es una norma en los servicios y centros de salud de la ciudad.

Estos registros se componían por una planilla estadística que registraba las prestaciones individuales, en las que constaban los datos del paciente, tipo de prestador (médico, psicólogo, trabajador social, etc.); tipo de prestación (actividades ya predefinidas para cada prestador, por ejemplo, interconsulta, tratamiento, admisión, etc.); Insumo (anticonceptivos, D.I.U, etc.); y Programas (Control del niño sano, Salud Escolar, etc.).

Los mismos permitían consignar hasta tres diagnósticos presuntivos, tomando como referencia la CIE 10. Estos diagnósticos constaban en un listado establecido para el primer nivel de atención por la dirección General de Desarrollo y Planeamiento Sanitario, perteneciente al Departamento de Estadística en Salud del Gobierno de la Ciudad. Este sistema de información se denominó SICEsAC, y el listado de categorías de problemas, motivos o diagnósticos de consulta, Atención o derivación en atención primaria de la salud se denominó con la sigla LIC-APS.

¹ Antes de esta fecha había sólo una psicóloga de planta y varios psicólogos que concurrían con horas “prestadas” de guardia algún día de la semana, haciendo muy difícil el armado de un equipo, sin dejar de lado la precariedad laboral que esto significaba. A partir del 2010 se abren concursos y nos incorporamos 4 psicólogas y una psiquiatra a finales de este mismo año.

Los debates en el Equipo de Salud Mental versaban alrededor de cómo dar visibilidad a los padecimientos del grupo poblacional que demandaba en el barrio. Se hacía claro que escribir diagnósticos sin reflexionar sobre la implicancia nos confrontaba con la pregunta de qué, cómo, para quién y para qué registrar.

Se generan lecturas en los ateneos y puntuación de textos acerca del tema, tomando autores nacionales como Sandra Gerlero, Cecilia Augsburger, Emiliano Galende, y otros regionales como Naomar Almeida Filho y Eduardo Menéndez, e internacionales como Arthur Kleinman, entre otros.

Los interrogantes principales sobre: ¿Qué utilidad adquiere contar con un sistema de información que arroje que la población que concurre presenta una alta frecuencia de trastorno de ansiedad, adaptativo o trastorno del aprendizaje? ¿Estos diagnósticos dan cuenta de las condiciones de producción del sufrimiento por el cual acuden? ¿No se incurría en la psicopatologización o medicalización del sufrimiento?

De modo coexistente se comienza con el uso de las categorías incluidas en el Cap. XXI “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud”, consignados con los códigos Z.55 a Z65 (Personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales). Así mismo, estas categorías aunque provisionarias y más abarcativas, dejaban por fuera el padecimiento y el componente subjetivo del que sufre.

A partir de tomar a cargo la recepción de las consultas de adolescentes en Salud Mental, lo que se denomina Entrevistas de Admisión, se retoma el registro en el Libro de Admisión interno sobre los motivos de consulta. Se asume el registro explicitando aquello que refieren quienes solicitan las consultas de atención, ya sea, la madre, familiares o el propio adolescente. Este criterio es consensuado en el equipo con la idea de ser lo más detallado y textual posible para que otro profesional pueda entender por qué concurre la persona, ya que quien realiza la admisión o primeras entrevistas del usuario no es el lo toma en tratamiento.

Este Libro de Admisión interno asumía el propósito de asentar las variantes y los circuitos de las demandas realizadas en salud mental. Especifica datos sobre: edad, sexo, quién derivó o cómo llega a la consulta, motivo de consulta, qué dirección se le dio al pedido: se derivó, se lo evaluará, se anotará en lista de espera, o se comenzará un tratamiento, etc. Dicha información, resultó de utilidad para evaluar y analizar el devenir de las consultas y constituye una herramienta valiosa a la hora de tomar decisiones.

En el marco de este trabajo de tesis se retoman las ideas, los debates compartidos y las preguntas generadas en el equipo de Salud Mental en aquellos años.

Los motivos de consulta consignados en los registros institucionales internos del dispositivo de Entrevistas de Admisión perteneciente al CeSAC de la zona Sur de CABA, son considerados indicadores de las problemáticas subjetivas que presenta la población adolescente que consulta. Se parte del supuesto que la información que de ellos se obtiene podría proporcionar una primera aproximación para analizar y los problemas de salud mental de esta franja etaria y ampliar la comprensión sobre el papel central que tienen los factores culturales, sociales e institucionales para la producción de salud mental.

Algunos autores (Galende, 1997; Augsburger, 2002) sostienen que, las demandas actuales que recibe el campo de la salud mental pueden ser incluidas en tres grupos diferentes: aquellos que se desmarcan de los comportamientos sociales aceptados (drogadictos, psicóticos, etc.); los que por distintas razones fracasan en su adaptación a los requerimientos del medio social (neurosis, discapacidad, depresión) y, por último, las demandas de aquellos con mayor riesgo de enfermar en función de su pertenencia a un grupo etario o al atravesamiento de un ciclo vital (niños, adolescentes, ancianos, etc.).

Estos conjuntos de demandas pueden ser incluidas dentro 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. (Augsburger, 2002).

Sostiene la situación problemática descripta la pregunta sobre cómo operacionalizar y categorizar el sufrimiento psíquico ligado a las condiciones que lo producen en una población dada². Interesa este aspecto para generar un sistema de información sensible y local para la gestión en el primer nivel de atención. .

Frente a ello guían la *construcción del objeto* de investigación los siguientes interrogantes:

- ¿Qué características adquiere la demanda a salud mental de jóvenes de entre 10 y 19 años en el CeSAC, durante el periodo comprendido entre el 2011 y 2013?

² En particular el trabajo considera al grupo de adolescentes por un lado por ser una población altamente vulnerable y por otro lado, por tener un contacto asiduo y accesibilidad al ser responsable de la Admisión de este grupo y, haber consignado muchos de los textos de las consultas durante los últimos años.

- ¿Cuáles son los motivos de consulta frecuentes de la población de adolescentes que consultan en el CeSAC? ¿Qué oscurece y qué ilumina la categoría motivo de consulta para poder acercarse a ceñir el sufrimiento psíquico expresado por este grupo?
- ¿Qué características adoptan los circuitos de las demandas? ¿Qué situaciones derivan los médicos, las escuelas, los otros sectores intervinientes?

Formulación de supuestos iniciales

- Desde la lógica de clasificación del CIE 10, para salud mental, quedan por fuera más del 80 % de los motivos de consulta, que no pueden ser incluidos dentro de la categoría “trastorno” o “enfermedad”.
- Aunque no es esperable encontrar variaciones sustantivas interanuales en el perfil de la demanda, así como tampoco en los motivos de consulta, es probable encontrar variaciones en ambos sentidos según el área territorial.

El trabajo asumió el propósito de suministrar información descriptiva acerca de la población que consulta al centro de salud y su relación con los motivos de consulta frecuentes, así como los circuitos que adopta la demanda. Se aspira establecer una línea de base para futuros estudios y realizar propuestas de cambio en el abordaje de esta problemática, tendientes a complejizar el análisis de la demanda así como proponer modalidades de registros acordes a un abordaje epidemiológico que comprenda la realidad local del sufrimiento psíquico de la población adolescente según sus condiciones de vulnerabilidad.

Si bien se asume que los resultados pueden aportar a la discusión y a la elaboración de criterios en las formas de registrar en el primer nivel, no se asume que los hallazgos acerca de las problemáticas y motivos de consulta frecuentes puedan ser universalizados o sean paradigmáticos de los adolescentes ni de los demás grupos etarios que consultan en todos los centros de salud, sino sólo a nivel local

Formulación de objetivos

. Objetivos generales

- 1- Analizar el perfil de la demanda en salud mental de adolescentes atendidos en el dispositivo de Admisión del CeSAC en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. (2011 – 2012 - 2013).
- 2- Problematicar la categoría “motivos de consulta en salud mental” como expresión de sufrimiento psíquico en la población de adolescentes atendidos en el dispositivo de admisión de Psicología del Centro de Salud seleccionado.

. Objetivos específicos

- 1-1- Caracterizar los motivos de consulta frecuentes de los adolescentes que consultan en salud mental, según sexo, edad, escolarización, y lugar de residencia.
 - 1-2- Identificar el origen de las demandas, quiénes derivan y qué situaciones problemáticas derivan principalmente a salud mental.
 - 1-3- Analizar la variación del perfil de consultas entre los años 2011 y 2013 y georreferenciar a partir de las áreas territoriales administrativas del CeSAC.
-
- 2-1- Analizar la categoría “motivos de consulta” como expresión de sufrimiento psíquico desde la perspectiva de los registros institucionales y comparar la clasificación producida con los motivos de consulta elaborados desde el CIE 10 /OMS.

Estrategia metodológica:

. Contexto del estudio

La Ciudad de Buenos Aires tiene aproximadamente 2.900.000³ habitantes distribuidos en 202 kilómetros cuadrados. Ostenta entre todas las jurisdicciones del país el mayor nivel de desarrollo asociado a una estructura poblacional envejecida. (CELS-AGT, 2010)

Sin embargo, en el trabajo cotidiano de los equipos de Atención Primaria de la Salud aparecen realidades y demandas que no se ajustan a los promedios que muestra la ciudad.

³ Censo de Población, hogares y Viviendas, INDEC, 2010.

Pertenecen a otro perfil de poblaciones, donde la pobreza y la vulnerabilidad dominan la escena.

Pobreza e infancia han devenido en nuestro país características coexistentes para algunos sectores sociales, fenómeno social que se ha dado en llamar *Infantilización de la pobreza* (CEPAL-UNICEF, 2010; CELS-AGT, 2010). Su conexión se ha generalizado al punto de poner en cuestión el mejoramiento de cualquier indicador macroeconómico y social de los últimos años.

Mientras se reducen casi todos los índices alcanzados con la crisis de fines de 2001, la pobreza y la ausencia de un nivel de vida mínimo, siguen impactando gravemente en los niños, niñas y adolescentes en nuestro país. La ciudad de Buenos Aires no es una excepción al respecto.

Este fenómeno de expulsión de niños, niñas y adolescentes hacia la pobreza toma dimensiones en los datos demográficos correspondientes a la infancia y adolescencia en la ciudad, para el año 2006 ⁴-según los documentos publicados por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (en adelante GCBA)- indican que:

El acceso a la salud es altamente diferencial para los niños, niñas y adolescentes en situación de pobreza: en la primera infancia, el 87.4% de los niños y niñas pobres sólo cuentan con cobertura de salud estatal o pública; entre los adolescentes, este valor es del 85.6% (UIMyE: 2008c).

La situación de los adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires merece una puntualización especial, dado que los indicadores sociales se agravan significativamente dentro de esta población que se encuentra en transición hacia la adultez, lo que implica una especial afectación en términos de escolaridad y trabajo:

- Según datos de la Encuesta Anual de Hogares (EAH) 2006, mientras la tasa de desempleo para el total de la población económicamente activa (PEA) en la ciudad era

⁴ Datos consignados según un documento elaborado por la Asesoría General Tutelar (AGT) y el Programa de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) en el 2010: “Infantilización del déficit habitacional: una temática invisible.” Este trabajo tenía como objetivo principal dar cuenta del “estado del arte” de la situación habitacional en la ciudad, a partir del rastreo de fuentes secundarias —estadísticas e informes oficiales, estudios y resoluciones de organismos de control, análisis provenientes del ámbito académico, de los medios de comunicación y documentos provenientes de organizaciones de la sociedad civil—. En este sentido, los datos que se relevaron no fueron exhaustivos respecto de la realidad de referencia, pero sí potentes para indicar las líneas generales que caracterizan el fenómeno. Por constituir un análisis tan completo de la situación de los adolescentes en la ciudad se lo toma como referencia para el análisis. Además es a partir del 2006 que se cambian los criterios de presentación de la información oficial por lo que muchos datos desagregados son difíciles de consignar, como por ejemplo tasa de desempleo según edades o línea de pobreza, etc.

del 5.9%, y del 23% para la porción que se encontraba bajo la línea de pobreza, entre los adolescentes de 15 a 18 años la tasa de desempleo ascendía al 27%.

- Los niveles de escolarización de esta población en general son significativamente más bajos que en el grupo de hasta 14 años: el 7% de los adolescentes sólo trabaja, el 6.6% no estudia ni trabaja, mientras que un 7.1% concurre a establecimientos educativos y además trabaja.
- Si se analizan los mismos datos de escolarización para el grupo de los adolescentes bajo la línea de pobreza, puede verse que mientras los valores se mantienen semejantes para los que sólo trabajan (7.3%) y los que trabajan y estudian de manera simultánea (7%); el grupo que no estudia ni trabaja se triplica respecto al valor general: 17.5%.

Características del Centro de Salud y Acción Comunitaria

El CeSAC se ubica en el barrio de La Boca, al sur de la CABA. Los límites geográficos del barrio están dados actualmente por las calles: Isabel La Católica, Av. Pedro de Mendoza, del Valle Iberlucea y Villafañe. El mismo se encuentra emplazado en la ribera sudeste de la ciudad, sobre los márgenes del Riachuelo, comprendida dentro del área la Comuna 4.

Mapa 1- Área programática del CeSAC n ° 9



Según la EAH del 2011, la Comuna 4 presenta un alto porcentaje de adolescentes (15,5% para una media de la ciudad de 12%). Las comunas de la zona Sur (Comunas 4, 7 y 8) presentan mayores proporciones de menores de 15 años (más del 22%) (EAH, 2010), alta tasa de natalidad (18,8 ‰, media para la ciudad 13,8‰), alta tasa de mortalidad infantil (9,8 ‰, promedio para la ciudad 6,7‰) por lo que se define como una población joven y también vulnerable.

Mientras en toda la ciudad, para el 2010, en promedio la pobreza afectaba al 6% de los hogares y al 7% de la población, dentro de la Comuna 4 estos indicadores alcanzaban valores mucho más significativos: el 12,7% de los hogares y el 14,9% (DGEyC: 2010^a).

También en esta zona se observan los mayores valores respecto de la precariedad de las viviendas y déficit habitacional.

Junto a este escenario, convive paralelamente la realidad “presentada” para el turismo, que se muestra como “pintoresca” y plagada de ofertas culturales, de entretenimiento y culinarias, recortadas en un sector del espacio geográfico y extendiéndose cada vez más. De este escenario no participa la población genuina del barrio, profundizando aún más la desigualdad y los mecanismos de fragmentación social.

El Centro de Salud atiende una población delimitada dentro de su área de responsabilidad pero también concurren otros usuarios que fueron “expulsados” a la provincia por las condiciones y las políticas socio espaciales de segregación que detenta la ciudad en los últimos años⁵.

El área programática del CeSAC tiene una población de 21.816 personas, según datos del Censo 2001 (datos calculados por fracción censal). De esta población total, 3.249 son adolescentes 10 a 19 años.

Entre la población que consultó al CeSAC entre los años 2011 a octubre del 2013, concentró un total de consultas de adolescentes 3.430 de 10 a 19 años.

El CeSAC cuenta con un equipo de Psicología y Psiquiatría integrado por 5 psicólogas de planta, una psiquiatra de adultos de planta, una psiquiatra infanto juvenil concursada pero, al momento del estudio, sin el cargo efectivizado y en promedio 6 concurrentes de psicología.

Este equipo organiza su trabajo divididos en grupos poblacionales según características etarias, Niños, Adolescentes y Adultos, contando con un responsable y coordinador de cada tarea.

Anualmente consultan entre 350 y 400 personas a la Admisión con una tendencia al aumento, donde se evalúan las demandas de tratamiento, se orientan y se deriva en caso de ser necesario.

Del total de consultas desde el año 2010, un 30% corresponden a niños menores de 10 años, entre un 15% y un 20% corresponden a adolescentes entre 10 y 19 años y el restante a adultos mayores de 20 años.

Según las publicaciones de los Anuarios Estadísticos de la Ciudad de Buenos Aires se observa que la atención de Psicología y Psiquiatría en el CeSAC supera año a año las prestaciones brindadas por las demás disciplinas.

Tabla n° 1: Prestaciones profesionales por especialidad realizadas en el CeSAC durante los años 2011-2012 y 2013

año	clínica	Medicina familiar	pediatría	ginecología	Psicología y psiquiatría

⁵“Infantilización del déficit habitacional: una temática invisible.” Informe del Centro de Estudios Sociales y Legales (CELS) y Asesoría General tutelar(AGT) 2010

2011	5240	1838	6304	3791	4931
2012	4726	1877	5536	3336	6432
2013	5.898	1691	5789	4529	7391

Fuente: Anuarios Estadísticos de la Ciudad de Buenos Aires, 2012, 2013, 2014 Dirección General de Estadística y Censos Ministerio de Hacienda GCBA

Por otro lado, el Centro de Salud comenzó en el 2010 a organizar su trabajo con una fuerte apuesta al trabajo territorial, conformando 5 equipos de referencia interdisciplinarios que organizan su trabajo dentro de un territorio definido denominado como Áreas, dentro del área de responsabilidad del CeSAC.

Mapa n°2- Los 5 Equipos territoriales o áreas Administrativas



La estrategia de los equipos territoriales (E.T.) dentro de la Atención Primaria de la Salud (APS), como marco y modelo más amplio, consiste básicamente en la implementación de equipos interdisciplinarios con base territorial, un sistema de referencia de la población adscripta y de los demás profesionales, que se centra en el cuidado y atención de los padecimientos de los individuos y sus familias generando un vínculo en el tiempo y buscando integrar las acciones.

El acompañamiento y el vínculo a lo largo del tiempo permitirían abordar problemáticas complejas desde el punto de vista de sus determinantes sociales. Ya que permite salir del clásico diagnóstico situacional estático, utilizando la metáfora fotográfica, nos permitiría seguir una película y no ver sólo una foto en el tiempo.

La proximidad de los equipos a la comunidad y la posibilidad de seguimiento completo longitudinal permitirían el enfoque de cuestiones más complejas como por ejemplo las problemáticas que incluyen factores psicosociales, las violencias, las problemáticas de salud mental, etc.

Tipo de Estudio

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo longitudinal y retrospectivo con un abordaje cuantitativo de variables cuanti-cualitativas. En este tipo de estudio se pueden comparar en el tiempo las medidas “instantáneas” mediante el registro de información precisa y simultánea sobre el problema de salud y las variables asociadas a él. Por ser una comparación de “fotos”, este tipo de diseño no permite hacer inferencias causales, sino que es descriptivo de un estado de situación en un contexto y momento determinado (Almeida Filho,2000)

A partir de este tipo de estudios pueden obtenerse patrones de distribución de los problemas en la población seleccionada y, entre las características de los mismos, derivarse claves de asociación que permiten elaborar hipótesis epidemiológicas a constatar en posteriores diseños.

Población del estudio

La población estuvo constituida por los adolescentes entre 10 y 19 años que consultaron en Psicología en el CeSAC desde el 01-01-2011⁶ al 31-12- 2013.

Las unidades de análisis son:

- las consultas de salud mental de los adolescentes que acceden a la admisión de Psicología del CeSAC entre el 01-01-2011 al 31-12- 2013, según variables de: edad, sexo, derivador, motivo de consulta, domicilio, escolaridad, año.

Fuentes y Relevamiento de Datos

Se utilizaron como fuentes secundarias los registros de Admisión de Psicología y los informes de producción interna del CeSAC.

Se tomaron la totalidad de consultas realizadas por adolescentes de 10 a 19 años registradas entre 01-01-2011 al 31-12- 2013 en los Libros de Admisión internos. Se relevaron 270 consultas registradas en dos libros diferentes, a saber, el del equipo de niños que aborda la población hasta 12 años y el Libro de Admisión interno de adultos y adolescentes que abordan la población desde 13 años. Se incluyeron todas las consultas tengan o no datos completos de todas las variables a analizar.

Cuadro n° 1: Sistema de Matrices de Datos

Variables y categorías: de la UA Consultas

Variables	Categorías
Edad	En categorías separadas de 10 a 14 años y de 15 a 19 años
Sexo	Femenino Masculino
Origen de la demanda	Espontánea (madre/familiar o adolescente)

⁶ Se tomará como inicio y criterio de corte el año 2011 en tanto es el año que inicia el registro de los motivos de consulta según refieren los demandantes en Salud Mental.

Consultante	Derivada de: Sector Educación Sector Justicia Consejo de niñ@s y adolescentes Sector Salud: intra CeSAC u otros efectores
	Los valores que adquiere esta variable son: adolescente- madre- padre- otro familiar
Escolarización	Asiste o no asiste a la escuela
Motivos de consulta a reclasificar	Se construyó una categorización: tomando como referencia el “texto” de lo que refieren los consultantes.
Diagnósticos presuntivos/ motivos de consulta según la CIE 10	Diagnósticos más usados: - Cap. V “Trastornos mentales y del comportamiento”. Códigos F.00 a F99.9 - Cap. XXI “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud”. Códigos Z.55 a Z65 (Personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales)
Domicilio	Para geo-referenciar la demanda dentro de las 5 áreas territoriales construidas administrativamente por el CeSAC
Años de las consultas	2011, 2012 o 2013

Análisis de la información:

Se realizó un análisis cuantitativo de las categorías sexo, edad, escolarización, año de las consultas y domicilio. Los motivos de consulta fueron clasificados y cuantificados.

La variable Motivos de consulta se convirtió en otra UA de nivel sub-unitario, hasta construir un sistema clasificatorio ad hoc. A fin de operacionalizar esta variable de naturaleza cualitativa, se analizaron los 270 textos de las consultas registradas en los Libros de Admisión internos a fin de cuantificar sus frecuencias.

Esta etapa del proyecto requirió de un análisis cualitativo de la información, que se describirá más adelante y en más detalle en el Capítulo 4.

Asimismo, los 270 textos fueron re-clasificados según las categorías provenientes del manual clasificatorio CIE 10, principalmente el Cap. V dedicado a los “Trastornos mentales y del comportamiento” (Códigos F.00 a F99.9); y el Cap. XXI que incluyen los “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud”. Códigos Z.55 a Z65 (Personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales).

Se preservó la identidad de los titulares de los datos y la información en salud, sustrayendo los nombres de los mismos en el tratamiento de esta información, según consta como resguardo ético institucional del Hábeas Data en la Ley de Protección de Datos Personales n° 25.326.

La variable domicilio permitió comparar agregados en relación a la división administrativa entre “Áreas”, es decir se espera construir una UA supra-unitaria de agregado con el fin de establecer una caracterización útil para la toma de decisiones para la gestión (Ver mapa anexos). Esta variable se comenzó a constituir en el 2013, es decir que sólo se cuentan con valores para ese año.

La variable años 2011-2012-2013 se analizó comparativamente. En ese sentido, se transformó en una UA de contexto, que se constituyó una vez avanzados los otros dos niveles de análisis.

Para el estudio de las frecuencias y el cruce de las variables fue utilizado el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Se realizó un análisis descriptivo de las tablas de frecuencias y de las tablas de contingencia del análisis bivariado. Se analizaron los cruces con mayor valor estadístico y relevancia para el estudio.

Capítulo 2

Epidemiología: un campo de tensiones y contradicciones

En este capítulo se abordaron aspectos relacionados con la historia de la epidemiología como disciplina de la modernidad, las críticas a la epidemiología convencional desde varias corrientes teóricas latinoamericanas, en sus vertientes más epistemológicas hacia el concepto enfermedad, incorporando las dimensiones de lo colectivo o sociocultural como marco explicativo.

El objetivo de este recorrido se ha centrado en realizar un análisis crítico de su desarrollo y de sus enlaces que posibilite comprender la construcción que sobre el objeto salud realiza la disciplina; como así también su función en la Salud Pública. De manera que, el análisis implica su historización y contextualización a fin de develar sus lógicas como constructo social. Se trata de una tarea necesaria para arribar a los interrogantes y desafíos que implica la actual investigación en el campo de la salud mental, en un momento de fuerte confrontación y quiebre de paradigmas en el área.

Analizar las críticas y las propuestas en epidemiología que surgen desde el campo de la salud colectiva, la antropología médica y las ciencias sociales en general al concepto de enfermedad, resulta de suma importancia a la hora de articular con el campo de la salud mental que nace también criticando el paradigma de la psiquiatría junto con la puesta en cuestión de la categoría de “enfermedad mental” como objeto a-histórico y objetivado, herencia de la tradición positivista (Augsburger, 2002; Galende, 1990; Gerlero, 1999; Stolkner, 2003) .

El análisis desde una perspectiva histórica y epistemológica nos permite entender los actuales debates de la epidemiología en salud mental, y sus desencuentros y complejidades, en relación con los desarrollos hegemónicos, subrayando la importancia de sus aportes como herramienta para diseñar intervenciones que den cuenta de la dimensión colectiva e histórica del sufrimiento mental. El reconocimiento desde la epidemiología de la dimensión subjetiva del sufrimiento psíquico es un campo de investigación que aún muestra mucho retraso y el encuentro con el campo de la salud mental ha encontrado muchas dificultades. (Augsburger, 2002)

En la actualidad diversos autores afirman que la epidemiología es una ciencia que se constituyó como tal en la modernidad, y como tal es una disciplina acabadamente moderna, es decir que respondió a demandas de una época, más allá de que sus orígenes

se remontan al pensamiento griego. (Almeida Filho, 1992; Stolkiner 2003; Augsburg 2002, Gerlero 1999)

Almeida Filho plantea que históricamente la epidemiología se estructuró sobre un trípode: la clínica, la estadística y la medicina social:

... sin la clínica no puede existir epidemiología, pero lo mismo acontece con la estadística y con la perspectiva de lo colectivo en la salud, que puede ser sintetizada en el movimiento de la medicina social. En esta medida, sin una concepción de lo colectivo y, en fin, de lo político, es imposible pensar la epidemiología. (Almeida Filho, 1992: 2)

La dimensión de lo socio-cultural, lo colectivo y lo político, fue desestimada por la epidemiología convencional y tradicional, en parte por la historia de su constitución como ciencia autónoma y, por otro lado por la dificultad del objeto mismo, en los inicios, la enfermedad (Almeida Filho, 2000; Urquía, 2006)

La epidemiología recibió de la clínica el modelo causal biológico de la enfermedad. Ambas se encuentran vinculadas desde el inicio de la práctica médica moderna. De hecho, solamente después de la sistematización de la noción de enfermedad (Siglo XVIII y XIX) es que la epidemiología pudo constituirse como disciplina científica, ya que su objeto se estructura por referencia al saber clínico. Por lo tanto es necesario subrayar el carácter subsidiario de la epidemiología con la clínica. Esta subordinación se ve más concretamente en la constitución del objeto de la epidemiología, -enfermos en poblaciones-, dado que la identificación de los enfermos se hace en última instancia desde el abordaje clínico (Almeida Filho, 2000; Rose, 1985).

Desde el punto de vista epistemológico, la clínica y la epidemiología también encuentran una fuerte vinculación. Para Almeida Filho (2000) ambas tratan de cuerpos sociales:

...mientras la clínica trata del sujeto considerado en sus particularidades, el caso, el uno; la Epidemiología aborda lo colectivo, busca la generalidad, el grupo de casos, el todos. La actuación individualizada de la práctica clínica no deja de ser una intervención sobre cuerpos sociales, pero a través de “encuentros singulares”, en la medida en que trata sujetos concretos ubicados en contextos socio-históricos. La epidemiología, incluso en su enfoque más tradicional que refuerza el biologismo de la Clínica al reducir lo social al mero conjunto de individuos (Goncalves, 1990), también trata acerca de cuerpos sociales e históricamente definidos, en este caso, cuerpos sociales colectivos. (Almeida Filho, 2000:117)

Además de las intersecciones de estos campos disciplinarios, es de destacar también las oposiciones epistemológicas en sus modos metodológicos o raciocinios.

El modo de raciocinio clínico consiste estudiar los casos clínicos particulares utilizando las formulaciones generales previamente establecidas como leyes generales desde la nosografía establecida, es decir que sería fundamentalmente “deductivo”. (Almeida Filho, 2000)

En oposición, el raciocinio epidemiológico es predominantemente “inductivo”, parte de la observación de casos ocurridos en una población dada, los agrupa según variables, por ejemplo socioeconómicas, geográficas, temporales, etc. y analiza qué tienen en común, establecer asociaciones, buscando explicaciones de causalidad para la ocurrencia de una patología y así derivar inferencias sobre lo que habrá ocurrido en otras muestras o poblaciones. (Almeida Filho, 2000)

En el origen de la función moderna de la medicina según Foucault (1963), el triunfo de la clínica tuvo más que ver con la conquista política del hospital por parte de los médicos, en distintos momentos históricos en los países europeos.

El hospital y su correlato la hospitalidad⁷, no era en principio un lugar para curar enfermos. De allí que la conquista del espacio hospital por parte de los médicos fue fundamental para el desarrollo de la clínica, ya que los médicos podían por primera vez examinar muchos enfermos con la misma enfermedad más allá de su práctica privada. Es por primera vez que se cuentan enfermedades para poder eliminarlas.

Esto dio lugar al primer eje de la epidemiología, el nacimiento de un saber clínico, racionalista, naturalista y moderno. En esta etapa de consolidación de la clínica moderna poco se distinguía lo colectivo.

El segundo eje de la epidemiología, la estadística, es en el que más claramente se evidencia su raíz política, con el nacimiento del estado moderno.

Según Stolkiner (2003) la epidemiología sería subsidiaria de la economía de la población.

La población se constituyó en el nacimiento de la modernidad como un valor y recurso del estado nación y por esa razón resultó necesaria su preservación como fuerza de trabajo y también como ejército (Stolkiner, 2003).

Al decir de Almeida Filho:

... la idea de que la riqueza principal de una nación es su pueblo, aliada al acto objetivo de que el poder político es el poder de los ejércitos, hace que sea necesario contar al pueblo y al ejército, o sea, al Estado. La medida del

⁷ La hospitalidad es una institución perteneciente a Oriente, más desarrollada en las llanuras donde no había albergue y consistía en albergar al desconocido, al forastero, al extranjero. Esta institución, estas reglas, esta modalidad, es tomada por los monasterios cristianos para alojar al peregrino según los preceptos del cristianismo. Un espacio llamado hospital ocupaba la parte delantera de todo monasterio. (Varela C., 2011)

Estado, la estadística. El pueblo como elemento productivo, el ejército como elemento beligerante precisan no sólo del número sino de la disciplina y de la salud. (Almeida Filho, 1992: 64)

Así entonces se fue gestando una aritmética médica y una estadística médica, con representantes como William Farr quien creara en 1839 un registro anual de mortalidad y morbilidad para Inglaterra y Gales, inaugurando así una de las primeras clasificaciones estadísticas y sistemas de información en salud, alcanzándose una integración entre la clínica moderna y la estadística.

Para que esta combinación se convirtiese en una nueva ciencia de la salud de carácter eminentemente colectivo fue necesario incorporar la idea de que la salud es una cuestión fundamentalmente social y política y el compromiso con la transformación de la situación de salud. A esta primera “idea sanitaria” se enlaza todo un movimiento llamado Medicina Social. (Almeida Filho, 1992)

En otras palabras, su vinculación a la estadística tiene que ver con el modo de explicación dominante en la disciplina. El llamado raciocinio epidemiológico no es nada más que una aplicación de las reglas de la inferencia estadística, originariamente de base inductiva. Este modo de explicación se basa en la teoría de la probabilidad, sobre todo en sus formulaciones referentes a grandes muestras. El resultado es la producción y comprobación de hipótesis tipo determinación estadística o probabilística, más específicamente, la distribución de los enfermos, que permiten la elaboración de metáforas causales, operando por sustitución. Esta dependencia de la ciencia epidemiológica a las leyes de los grandes números refuerza el carácter definido de lo colectivo poblacional para el objeto de la disciplina, que ya le viene dado por su vínculo con las ideas de la Medicina Social Europea y su preocupación por las poblaciones (Almeida Filho, 1992)

Para poder captar el desarrollo de la epidemiología como ciencia típica de la modernidad y no caer en críticas aisladas se hace necesario comprenderla desde una perspectiva histórica, ligada al desarrollo de las instituciones y prácticas sociales que la generaron.

En el recorrido histórico aparecen diferentes posiciones teóricas que generan un panorama de contradicciones y tensiones, las consecuencias de esto redundan en la producción misma de información epidemiológica.

El debate actual en torno a la epidemiología hace necesario revitalizar los saberes que fueron esenciales para su formación. Las preguntas acerca de si la epidemiología es una rama de la Medicina Preventiva, es un método, una disciplina auxiliar de la Salud Pública o un método estadístico, develan el territorio de disputa y los diferentes modos de comprenderla.

El enfoque de campo científico ayuda a romper con el esquema tradicional de entenderla como una disciplina e ilumina la dimensión de múltiples saberes y conflictos en su configuración. Bourdieu (1995) afirma que en las sociedades altamente diferenciadas, el cosmos social está constituido por un conjunto de microcosmos sociales relativamente autónomos, espacios de relaciones objetivas que forman la base de una lógica específica, irreductible a la de otros campos.

La epidemiología como campo de saberes se va configurando de acuerdo a las necesidades de época, teorías, saberes, problemas, actores y lógicas que intervinieron y la fueron nutriendo, sobre una lógica no lineal, ni evolutiva, sino más bien sobre la base de conflictos, contradicciones y superaciones (Almeida Filho, 2000; Stolkiner, 2003)

El tercer aporte, el movimiento de la Medicina Social que puede ser definido sintéticamente como los modos de tomar colectivamente la cuestión de la salud, tiene su origen en el siglo XVIII, donde en algunos países como Inglaterra, Francia y Estados Unidos el poder político de la burguesía se consolida y se comienza a pensar algunas intervenciones estatales sobre la cuestión de la salud de las poblaciones.

En Inglaterra el movimiento *hospitalista* se genera para sanear la fuerza de trabajo, en Francia una *medicina urbana* se configura para sanear las áreas públicas y las ciudades, y en Alemania Johann Peter Frank plantea una *Política Médica* que promueve el control y vigilancia de las enfermedades y propone la adopción de medidas higiénicas, para mencionar algunos ejemplos. (Almeida Filho, 2000)

El libro de Friedrich Engels publicado en 1845 “*Las condiciones de la clase trabajadora en Inglaterra en 1844*” muestra como con la Revolución Industrial y el origen de una clase obrera en condiciones de explotación, la salud del proletariado se ve profundamente deteriorada.

Este proyecto original de la Medicina Social se desvanece por la coyuntura política y muchos de sus representantes como Rudolf Virchow quien había identificado que las causas de la epidemia de tifus en Silesia eran profundamente sociales, debieron exiliarse. Por otro lado el descubrimiento de microorganismos causantes de enfermedad representa

un innegable fortalecimiento de la medicina organicista y el advenimiento de la llamada “medicina científica”.

Las enfermedades de mayor prevalencia en la época, de naturaleza infecto-contagiosa, favorecieron la hegemonía de ese modo interpretativo.

Entonces otra vez, al decir de Almeida Filho: “lo individual, ahora cientifizado, suplanta a lo colectivo en el abordaje de la enfermedad y sus determinantes” (2000:67), ya que se reduce la causalidad a los microorganismos dejando por fuera las condiciones de producción.

A pesar de que algunos autores como Virchow, Pettenkoffer o Grotjahn representantes de esta “medicina social” incipiente siguen trabajando en Alemania y Estados Unidos, el triunfo de la “medicina científica” consolida finalmente su larga hegemonía con el conocido informe en 1910 de Abraham Flexner que preconizaba un enfoque reduccionista y positivista para la enseñanza de la medicina, valorando el ámbito individual y rechazando la idea de causalidad social, ya que se consideraba fuera del ámbito científico, con énfasis en lo experimental, tomando el modelo de las enfermedades infecto-contagiosas, y por último reforzando la separación entre biológico y social, individual y colectivo, curativo-preventivo, público-privado.

Este nuevo paradigma de la medicina fue fuertemente impulsado por la Fundación Rockefeller altamente atraída por los desarrollos de la medicina alemana y preocupada por la formación médica en EEUU, la cuál era muy heterogénea (Berliner, 1988)

En general la historia de la epidemiología estuvo signada por obstáculos a la hora de incorporar lo social-político de acuerdo a la tradición de la medicina social como algo más que la suma de individuos, en su intento de consolidarse como disciplina científica autónoma.

La epidemiología frente al desafío de incorporar lo sociocultural

Los dos grandes ejes en que se sustenta actualmente el debate y las críticas en torno a la disciplina epidemiológica son: por un lado, su estatus como ciencia autónoma y sus postulados de validez; y por el otro, su compromiso o misión como ciencia aplicada de la salud pública, recuperando los postulados de la Medicina Social. Es decir los desafíos y revisiones necesarias que enfrenta la epidemiología actualmente tienen que ver entonces con un avance teórico en la definición de su objeto, como así también con una mayor relación entre su producción y la transformación de las prácticas, incluyendo lo

sociocultural como dimensión explicativa de los problemas de salud en las poblaciones humanas.

Desde su surgimiento, una premisa fundamental de la epidemiología ha sido la afirmación que la enfermedad no ocurre ni se distribuye al azar, y sus investigaciones tienen como propósito identificar claramente las condiciones que pueden ser calificadas como "causas" de las enfermedades.

Por otro lado, partiendo de los supuestos de que la epidemiología debe investigar sobre poblaciones concretas, esto la ubica en la tarea de representarse de alguna manera la realidad sociocultural. "Poblaciones concretas" constituyen también los referentes empíricos de las ciencias sociales, es decir que compartir el mismo referente plantea la inevitabilidad de un diálogo entre las disciplinas. Una epidemiología que no considere los aportes de las ciencias sociales reduce su valor explicativo, cayendo en un reduccionismo (Urquía, 2006).

Según el análisis de Marcelo Urquía (2006), a lo largo de la historia de la Salud Pública y la Epidemiología, según la teoría causal más aceptada en cada momento, se fueron considerando distintos aspectos de los individuos o de sus ambientes como posibles "causas" de enfermedad. Se ha seguido en este apartado, la línea de análisis y argumentación expuestas por este autor para historizar las dificultades en la inclusión de lo socio-cultural en la epidemiología.

Según la clasificación de Susser & Susser (1996), la cual se basa en la concepción de la historia de las ciencias de Kuhn y más específicamente en su concepto de "paradigma", se distinguen tres paradigmas que dominaron el pensamiento epidemiológico en su momento marcando "eras" que se sucedieron, delineando así su evolución y los modos metodológicos de incluir el contexto, tanto así como lo social y cultural. (Urquía, M., 2006)

. La teoría del miasma

En sus orígenes la Salud Pública era esencialmente ecológica y relacionaba la salud y la enfermedad con el medio ambiente y las características de la comunidad. Este primer paradigma o momento, estaba representado por la teoría miasmática e inauguró la era de las estadísticas sanitarias, que prevaleció en el pensamiento de los sanitaristas hasta el tercer cuarto del siglo XIX, cuando se impuso la teoría del germen.

La teoría miasmática sostenía que las enfermedades se contraían a partir de las emanaciones impuras del suelo, aire y agua. El modelo de análisis se basaba en evidenciar, a través de las estadísticas vitales, los diferenciales de mortalidad por regiones según la sanidad de su ambiente. Se atribuía a las condiciones de vida, especialmente a las relacionadas con la pobreza, un peso importante en la diseminación de las enfermedades. Esta teoría sostenía que los olores desagradables eran la causa de las enfermedades, esto se veía respaldado por el hecho de que los pobres, los malos olores (que acompañaron la revolución industrial) y las enfermedades se concentraban en los mismos lugares.

Las intervenciones que impulsaba este pensamiento estaban principalmente orientadas hacia las obras públicas: construcción de drenajes y cloacas, redes de agua, acompañadas por recolección periódica de basura y por mejoras en la infraestructura urbana y de las viviendas. La unidad de análisis era el territorio más que el individuo.

Lo curioso fue que a pesar de que la teoría miasmática fue errónea desde el punto de vista causal fue muy efectiva desde el punto de vista preventivo, ya que las medidas que se utilizaron siguen siendo utilizadas hasta la actualidad.

En relación a lo sociocultural, esta teoría, no consideraba en su explicación etiológica lo social, ya que esta estaba dado por factores del ambiente, aunque reconocían alguna asociación entre pobreza y enfermedad. En cambio, las teorías alternativas en este momento histórico, representadas por Virchow y Engels, ponían énfasis en la pobreza y las condiciones de vida como productoras de enfermedad. (Urquía, 2006)

. La teoría del germen

El segundo paradigma dado por la teoría del germen y la teoría etiológica asociada de unicausalidad de la enfermedad, da lugar a la era de la epidemiología de las enfermedades infecciosas, que se impuso a partir del descubrimiento del bacilo de Koch en la década de 1880, desplazando a la teoría miasmática. Las medidas de acción que se generaron a partir de este paradigma fueron el combate a las enfermedades a través de la interrupción de la transmisión usando vacunas y aislando a los afectados a través de la cuarentena y en hospitales para infecciosos.

Este paradigma relegó las cuestiones sociales y las mejoras ambientales que se tenían en cuenta en el paradigma anterior y focalizó la investigación y las intervenciones en

torno del germen responsable de la enfermedad. Contradictoriamente, durante el apogeo de este paradigma, se institucionalizan las ciencias sociales.

Esta época tuvo una proliferación importante de laboratorios, y el trabajo bacteriológico paso a ser esencial como tarea de la Salud Pública. En este momento también se consolidan la medicina “científica” y se reforma la educación médica norteamericana, a partir del Informe de Flexner, para pasar a ser una medicina eminentemente laboratorial y experimental. Esto se difunde en el resto de los países de Latinoamérica y marca también la ideología de las escuelas de Salud Pública. La desestimación de lo sociocultural en la producción de enfermedad se afianza a la par del asentamiento de las bases de este modelo. Por primera vez la medicina con el triunfo de la teoría microbiana puede considerarse científica. Esto condujo a la acumulación de poder de los laboratorios, el despegue de la industria farmacéutica y también al auge de medicalización que consolidaron el poder y el prestigio médico. La salud pública y la prevención pasaron a ser un “problema técnico” más que social. (Urquía, 2006)

Si en el paradigma anterior las investigaciones se realizaban en el lugar donde ocurrían las enfermedades (georreferencia), en este paradigma el lugar se desplaza a los laboratorios. La unidad de análisis pasa a ser el individuo biológico. Este se concibe como un cuerpo pasivo que desarrollará la enfermedad si es alcanzado por un agente “activo”.

Con posterioridad y, hasta dentro mismo del paradigma biológico, la inmunología ha descubierto mecanismos que niegan el carácter pasivo del huésped frente al agente infeccioso. De hecho las ciencias sociales han puesto de manifiesto que la actividad del huésped va más allá de las reacciones biológicas, es decir que el inicio de la cadena causal no es el microorganismo, por ejemplo, la *treponema pallidum*- agente causal de la sífilis- sino el contacto sexual, es decir una relación social. En otras palabras lo que determina la distribución de las enfermedades y la exposición al germen son relaciones entre personas y no el agente en sí. Esto abre la puerta al pasaje de modelos simples de causa-efecto a modelos ecológicos de red de causalidad.

De todas maneras aunque luego de la segunda guerra mundial el modelo se complejizó en la llamada tríada ecológica agente-huesped-ambiente, lo socio-cultural queda reducido a los componentes ambientales así como a rasgos y atributos individuales que portan los sujetos.

Lo que marca este período es la individualización, se habla de huésped en singular en lugar de población humana. El concepto de población era el de la biología o la botánica,

es decir conjunto de individuos de la misma especie que poseen una característica común, dejando de lado la diversidad cultural y social.

Como estudios contra-hegemónicos de la época aparecen los trabajos de Goldberger en 1914, donde concluye que la pelagra no era transmisible o se debía a un agente infeccioso sino que su etiología tenía que ver con la dieta de las familias rurales de EEUU de bajos ingresos. También Durkheim (1897) y su célebre libro *El Suicidio*, más allá de que no fueran sus intenciones realizar una epidemiología social, Durkheim explica a través de su análisis que un hecho aparentemente tan singular, como el suicidio, es de naturaleza social. Este estudio fue pionero en abordar problemas sanitarios que no pueden ser reducidos a causas biológicas inmediatas, o también llamadas “patologías del comportamiento”, como el alcoholismo, las adicciones las enfermedades de transmisión sexual, los accidentes, las violencias. (Urquía, 2006)

. La teoría del riesgo o de la multicausalidad

En el siglo XX el aumento de las enfermedades crónicas hizo que se buscaran nuevos enfoques causales. Aparece entonces un tercer paradigma que es el de la caja negra, que marca el desarrollo de la epidemiología de las enfermedades crónicas en la segunda mitad del siglo. A diferencia del paradigma anterior, el interés se desplazó de los factores ambientales a los factores de nivel individual y la investigación se profundizó hacia las características comportamentales y biológicas como factores de riesgo de estas enfermedades, es decir el riesgo poblacional era pensado como la suma de los riesgos individuales, mediado por sus “estilos de vida” y la predisposición genética a la enfermedad.

La dimensión sociocultural aparece bajo la forma de variables tales como el nivel socioeconómico, la raza y los estilos de vida, como determinantes sociales de la salud. Las medidas de intervención que se desprenden de este paradigma buscan controlar los factores de riesgo a través de la modificación de estilos de vida (dieta, ejercicios, etc.), de los agentes (armas, comida, etc.), o del ambiente (contaminación, exposición al humo de cigarrillo, etc.).

Este movimiento originó una “individualización del riesgo” que hace que se perpetúe la idea de que el riesgo se determina individual y no socialmente, considerando que las conductas y los estilos de vidas serían opciones libres, aisladas de los contextos sociales que las determinan y se soslayan las variables macro o grupales (Diez Roux,

2008). El concepto de población que subyace es de agregado de individuos que comparten una característica común (por ejemplo fumadores, o personas con hipertensión arterial) y no el de grupo social históricamente constituido.

En relación con las problemáticas de salud mental, este paradigma ha tenido un importante desarrollo, pertenecen a este momento las primeras investigaciones en población institucionalizada de Faris y Dunham en 1939 en la ciudad de Chicago. Estos autores estudiaron población diagnosticada con esquizofrenia y la relacionaron con su espacio vital, es decir el lugar de procedencia.

En Argentina, Tarnopolsky realiza en 1968 en un servicio del hospital Araoz Alfaro de Lanús, un estudio también sobre población institucionalizada, que intenta relacionar patología psíquica y niveles ocupacionales y educacionales de los enfermos.

Este debate epistemológico entre lo individual y lo colectivo, inscripto en la historia de las ciencias sociales, está ilustrado por los falsos extremos del relativismo, que supone que los fenómenos sociales como producto de actos contingentes de libertad individual, y el determinismo que los comprende como imposiciones de un control social externo al que deben atenerse las personas, desconociendo que la praxis de la salud no es ni totalmente relativa ni determinística, sino que es movimiento incesante desde lo macro a lo micro y viceversa, es decir procesos generativos y reproductivos (Brehil, 2009).

En este proceso de cambio de modelo, se desplazó la unicausalidad de la teoría de los gérmenes a la multicausalidad o modelo de “red de causación” (MacMahon, 1970, *apud* Urquía M., 2006) que es el que prevalece en la actualidad, y supone que diversos factores de riesgo, tanto biológicos como conductuales, interactúan en la causación de la enfermedad. Se focaliza sobre aquellos factores más “ceranos” al evento, como los factores socioculturales quedan más alejados, se les presta poca atención. En general no hay diferencia para este enfoque entre factores socio-culturales o biológicos, tienen el mismo estatuto ontológico, mientras se demuestre una fuerte asociación estadística.

Aunque existen investigaciones que buscan relaciones entre los estados de salud y variables como el ingreso, la ocupación, el nivel socioeconómico y educativo, no desarrollaron sin embargo modelos explicativos que pretendan dar cuenta de cómo este tipo de fenómenos se relaciona con la salud. Es decir, están más orientados por el método que por la teoría.

Por otro lado también este paradigma, actualmente vigente, viene siendo cuestionado en especial a partir de los años '80 por su dificultad para explicar y promover intervenciones eficaces sobre complejos problemas de salud tales como la úlcera péptica,

las enfermedades cardiovasculares, nuevas infecciosas como el HIV – SIDA, y en especial en el campo de la Salud Mental las “enfermedades de la conducta” como el alcoholismo y otras adicciones, la violencia y el sufrimiento mental, dado que todas ellas incluyen múltiples dimensiones de análisis, desde lo microbiológico hasta lo macro-social, de allí los enfoques que utilizan el concepto de vulnerabilidad para incluir la dimensión subjetiva de los procesos de salud- enfermedad-atención (Ayres , 2008).

Actualmente las críticas a nivel epistemológico, al monismo metodológico, a sus modelos de intervención, generan grandes desafíos para la epidemiología a la hora de abordar modelos y diseños metodológicos de abordaje.

La propuesta epistemológica para salir de la multicausalidad o la caja negra que proponen Mervyn Susser y Enid Susser (1996), se asienta en la metáfora de las “cajas chinas” y llaman a este momento la era de la eco-epidemiología. En este modelo los sistemas se encuentran separados y organizados jerárquicamente, dividiéndose en subsistemas, y a su vez estos en menor jerarquía. Entonces si el cambio se produce en un subsistema, no afectará al sistema en su totalidad, porque permite encontrar las fallas en el mismo nivel de análisis. Es decir se trata de niveles de análisis (Diez Roux, 2008), e inferir relaciones de un nivel a partir de datos de otro nivel, produce falacias. En la falacia ecológica se infiere a nivel individual a partir de datos a nivel grupal, por ejemplo se descubre que el aumento de ingreso per cápita se asocia a nivel de país con un aumento de la mortalidad debida al tráfico de automóviles. Si se infiere que dentro del país el aumento de ingreso se asocia con una mayor mortalidad por accidentes de tránsito, se está cayendo en esta falacia, porque y de hecho, dentro de cada país la mortalidad es mayor en personas con menores ingresos.

En el otro extremo está la falacia atomista, que tiene que ver con diseñar inferencias a nivel grupal basadas en datos a nivel individual. Por ejemplo, en cada país mayores ingresos a nivel individual pueden asociarse con una disminución de los riesgos de mortalidad por enfermedad coronaria, mientras que a nivel país el aumento per cápita puede asociarse con un aumento de las tasas de la mortalidad por enfermedad coronaria, y no una disminución.

La importancia de incorporar el contexto, tiene que ver con que las variables grupales en el análisis proporcionan información que no captan los datos individuales, esto sirvió mucho para los estudios de desigualdades sociales en salud y son de suma importancia para las problemáticas del campo de la Salud Mental.

La Teoría social crítica: los aportes de las categorías de modo de vida y vida cotidiana

Más que simplemente adicionarle a la biología el análisis social, o sumarle “factores sociales” al análisis biológico, los nuevos desarrollos en epidemiología proponen una aproximación integradora sistémica capaz de generar nuevas hipótesis, y no simplemente reinterpretar factores identificados por una aproximación biológica en términos de otra social.

Los retos para la epidemiología son, la construcción teórica que unifique perspectivas y el ajuste metodológico para aproximarse a dinámicas no lineales entre las diferentes fuerzas de organización social que impactan la evolución del nivel individual, y desarrollar la perspectiva ética que guíe las acciones políticas para el cambio de los patrones de inequidad social en salud. (Almeida Filho, 2000; Barreto, 1998; Breilh, 2009)

En la década del sesenta y setenta hubo una gran producción y construcción teórica en el área de salud. Con la crisis de la Salud Pública desarrollista hacia fines de los sesenta comienza formarse la corriente de pensamiento en salud conocida como Salud Colectiva, heredera de los principios de la Medicina Social, que cuestionaba el modelo explicativo de la medicina dominante curativa y su incapacidad para transformar las condiciones de salud de la población. Una de las características salientes de este movimiento era su filiación ideológica con corrientes del pensamiento marxista y su concepción de lo social, lo que ayuda a interpretar su toma de posición frente a los problemas de salud (Urquía, 2006).

Dentro de este Movimiento más amplio se incluye la Epidemiología Social Latinoamericana, entre sus contribuciones más destacadas se encuentran la “epidemiología de las clases sociales” del Grupo de Quito, de Jaime Breilh y Edmundo Granda, la “epidemiología laboral” del grupo de la UAM-Xochimilco con Asa Cristina Laurell a la cabeza; y por último la “epidemiología de los modos de vida” o “etno-epidemiología” del Instituto de Salud Colectiva de Salvador Bahía de Naomar Almeida Filho.

Estos enfoques teóricos que abordan los determinantes sociales del complejo salud-enfermedad-atención se auto designaron como epidemiología social. Almeida Filho (2000) dice que esta denominación denota una redundancia y expone una paradoja, debido al hecho que la epidemiología incluye lo social-colectivo contenido en su nombre

y origen mismo, por lo que el término “epidemiología social” sería una redundancia que habla justamente de la dificultad de la epidemiología de abordar lo sociocultural.

En este trabajo se hará sólo una breve reseña de los dos primeros aportes mencionados, para arribar más detalladamente al concepto de “modos de vida” “vida cotidiana” que articula Almeida Filho y de mucho interés para pensar aportes a la epidemiología en el campo de la salud mental que aborde el sufrimiento psíquico.

Los tres modelos coinciden en que es necesario construir un nuevo objeto científico que permita comprender la salud-enfermedad como un proceso de producción social.

El carácter social del proceso es fundamental en este movimiento, ya que se le otorga primacía sobre lo biológico, en el sentido de que lo social y lo biológico no se relacionan a través de sus componentes sino que se trata de una interrelación donde lo biológico se encuentra subsumido en lo social. (Urquía, 2006)

Esta concepción de lo social proviene del materialismo histórico. Dentro de esta línea ideológica- epistemológica se desarrollaron estudios poblacionales de corte epidemiológicos que Laurell, por ejemplo agrupa, en estudios de clase social y estudios de procesos de trabajo.

Por su parte para Breilh el concepto de reproducción social es fundamental. Según el autor en cada uno de los modos de producción que constituyen una formación social concreta se establecen clases sociales, en cada clase el proceso epidemiológico se expresa concretamente por medio de un “perfil epidemiológico de clase”, a su vez constituido por dos elementos: “el perfil reproductivo” y “el perfil de salud enfermedad” (Breilh, 1979, *apud* Almeida Filho, 2000)

En términos generales los estudios de clase social no se diferencian en cuanto a su diseño metodológico a los estudios descriptivos del siglo XIX o a los estudios de diferenciales de morbi-mortalidad de este siglo que ya mencionamos. La diferencia quizá no se encuentra en los métodos utilizados sino en el marco teórico, es decir en la manera de interpretarlos, poniendo el acento en que los procesos estructurales del modo de producción capitalista están detrás de esos diferenciales de salud y que la solución a esto requería de un cambio sociopolítico, al modo que lo planteaban Virchow y Engels en su época (Urquía, 2006).

En el caso de Laurell toma como categoría central el “proceso de trabajo” y tiende a investigar el impacto del proceso de producción capitalista y la salud colectiva. La autora también piensa que la investigación en salud debe ser participativa como una vía de emancipación y alianza entre la “clase intelectual” y la “clase trabajadora”. (Laurell,

1986, *apud* Urquía, 2006) En general estas investigaciones se restringían sólo al universo obrero.

En la década de 1990 surge con fuerza, la producción teórica de la Escuela de Bahía y en especial la figura de Almeida Filho, considerado una de las principales autoridades latinoamericanas en los aspectos teóricos de la disciplina.

Según el análisis de Urquía (2006) en el libro “*Epidemiología sin números*” de 1992 Almeida Filho replantea el tema de la causalidad en términos de determinación, siguiendo los desarrollos de Mario Bunge, intentado salir del círculo vicioso entre uni y multicausalidad. También comparte la idea de Susser de los diferentes niveles de realidad en que operan los fenómenos, pero le da otra vuelta al afirmar que cada nivel tiene un tipo de determinación diferente. Entonces, por ejemplo, en los objetos fisiopatológicos se encontrarán determinaciones mecánicas, en los objetos clínicos determinaciones de tipo causal, en los objetos epidemiológicos de tipo probabilístico y en los objetos de la sociedad de tipo dialéctico. Es así que para este autor, la dimensión sociocultural tendría una lógica propia y por lo tanto requeriría un modo de tratamiento distinto (Almeida Filho, 1992 *apud* Urquía, 2006)

Dentro de un debate epistemológico más amplio algunos autores (Almeida Filho, 2000; Menéndez, 1990; Testa, 1997; Samaja, 1998; Possas, 1989; Brehil, 1997) comienzan a desarrollar la categoría de modos de vida como un concepto articulador que pudiera dar cuenta de cómo los procesos sociales influyen en el proceso de salud-enfermedad, intentando ampliar la mirada que pone el acento sólo en la materialidad de lo biológico y en viejos dualismos como biológico vs cultural, individual vs social, etc.

Para salir de estas dicotomías desde la epidemiología crítica se comienza a retomar la categoría marxista de modos de vida. Esta categoría es posible de ser pensada y retomada dentro de un contexto intelectual donde el individuo, las dinámicas de los pequeños grupos, la cotidianeidad, los modos de producción de la vida social retornan a la escena científica.

Bourdieu (2012) con su concepto de *habitus* da cuenta también de la preocupación de realizar una síntesis dialéctica entre lo individual vs lo colectivo. Concebido por Bourdieu como el principio generador de las prácticas sociales, el *habitus* permite superar el problema del sujeto individual al constituirse como lugar de incorporación de lo social en el sujeto, un conocimiento hecho cuerpo, adherido a los esquemas mentales más profundos, pre-reflexivo, un sistema de predisposiciones con los que las personas guían la mayor parte de sus prácticas sin necesidad de racionalizarlas (Bourdieu, 2012).

Para Testa (1997) en lo cotidiano, en las prácticas concretas se constituyen los sujetos y sus transformaciones. La práctica es generadora de sujetos (Testa 2007). Este autor retoma el concepto de vida cotidiana de Agnes Heller (1987) que, según esta autora, es el ámbito donde se particulariza lo social y donde se reproduce de manera permanente.

Almeida Filho (2000) subraya la importancia de la categoría modos de vida debido a que incluye la posibilidad de superar las lecturas de este concepto que sólo ponen el acento en las condiciones objetivas de existencia. Apoyado en otros autores como Samaja (1998) y Menéndez (1990), apunta a reconocer y dimensionar el valor del universo simbólico y de lo cotidiano en los procesos de salud colectivos. Citando a Samaja: "... no son las tasas las que nos hablan de salud enfermedad de las poblaciones, sino su distribución en la discursividad de la vida cotidiana de esa población" (Samaja, 1998, *apud* Almeida Filho, 2000:31)

Entonces para Almeida Filho (2000) la cuestión fundamental de la epidemiología de los modos de vida será problematizar la incorporación de significado y sentido al riesgo, sus factores y sus efectos sobre los procesos de reproducción social. Para tal fin la epidemiología se deberá abocar al estudio de las representaciones en salud, sus determinaciones, los modos de vida, teniendo en cuenta que los procesos de salud enfermedad son procesos sociales y por lo tanto requieren de un abordaje que incluya su complejidad, lo histórico, lo conflictivo, lo fragmentado de su naturaleza

Desde la epidemiología, otra autora, Cristina Possas (1989) recupera la categoría modo de vida como instancia determinante de los procesos de salud-enfermedad. Lo importante de su planteo es que habla de dos dimensiones mediadoras: estilos de vida y condiciones de vida. Las condiciones de vida refieren a los aspectos materiales (nutrición, vivienda, saneamiento, etc.) necesarios para la supervivencia de todo hombre. Mientras que el concepto estilo de vida remite a las formas sociales y culturalmente determinadas de vivir, que se expresan en las prácticas sociales desarrolladas en la vida cotidiana de los sujetos. Con lo cual quedan incluidos en este planteo las condiciones materiales u objetivas como las condiciones subjetivas de reproducción y producción social. (Possas, 1989, *apud* Gerlero, 1999)

En concordancia con estos autores Gerlero (1999) subraya que en los procesos de salud-enfermedad mental intervienen una dimensión objetiva, vinculada entonces a las condiciones concretas de vida, donde la inserción laboral es un elemento privilegiado de

análisis, y una dimensión subjetiva, en donde se entrelazan las vicisitudes de la constitución como sujeto y las experiencias cotidianas y singulares de vida.

De allí, que a partir de este concepto dialéctico, se puedan sortear los callejones sin salida del objetivismo, que no puede explicar por qué dos personas en las mismas condiciones materiales generen prácticas sociales diferentes y por el otro lado, el subjetivismo que no puede dar cuenta de las regularidades de lo social, lo inamovible, lo que se repite más allá de las voluntades de los sujetos.

Según la lectura de Stolkiner (1999) en relación al concepto, más allá de la heterogeneidad que implica la vida cotidiana que requiere de un abordaje multidisciplinario, la misma reconoce un orden jerárquico: la organización del trabajo y de la vida privada, el consumo, el intercambio, el ocio y el descanso, los vínculos personales, las formas de amar, de nacer, de enfermar y de morir, así como los campos de significación, son partes orgánicas de la misma. Pero a pesar de su modo repetitivo y rígido, algún aspecto puede ser determinante, lo cual varía según los momentos históricos y los grupos sociales. (Heller A. 1985, *apud* Stolkiner, 1999)

Según esta autora (1999) todos estos aspectos, en cuya matriz se producen las subjetividades, están dramáticamente convulsionados en esta época, desde la crisis de los modelos familiares tradicionales, las atribuciones de género, las relaciones intergeneracionales la tendencia a la objetivación y la “infiltración inorgánica de la violencia en todos los aspectos de la vida” (Stolkiner, 1999).

Aportes de la antropología a la ampliación del concepto de salud enfermedad: *disease-illness-sickness*

Aproximadamente hasta la década de 1980 el diálogo y colaboración entre la epidemiología y las ciencias sociales había sido escaso, a partir de 1990 comienza a cobrar mayor relevancia. Existen muchos aportes de autores que se encuadran dentro de lo que se llama la antropología médica, los más destacados son Eduardo Menéndez (1988, 1990, 1994, 2002, 2008, 2012), Raymond Massé (1995), Arthur Kleinman (1978, 1982, 1988)

Byron Good (1978), Armando Haro (2007), Martinez Hersch (2007), Clifford Geertz (1994), por mencionar algunos.

Dentro de estos desarrollos estos autores se preocuparon por rescatar la riqueza de significados y sentidos que los sujetos de estudio les dan a los problemas de salud que experimentan, por ejemplo “el punto de vista del nativo” (Geertz, C. 1994) o las “illness narratives” (Kleinman A., 1988) que dan cuenta de lo que los propios actores cuentan en sus relatos de sufrimiento y aflicciones.

Esta atención hacia una epidemiología que integre seriamente y ponga el foco en el punto de vista de las poblaciones estudiadas va en dirección hacia lo que denomina una etno epidemiología o una epidemiología sociocultural.

Estos aportes al provenir de las ciencias sociales y no de las ciencias biomédicas colocan a la epidemiología dentro de una lectura más amplia de la realidad, y ubican en la misma su carácter social e histórico. Además le critican la concepción de sujeto como unidad estadística independiente, la concepción de población como agregado, el énfasis en lo biológico, la abstracción de los fenómenos de la totalidad de relaciones y la ahistoricidad. Por ello, proponen una ampliación del objeto y de los conceptos teóricos y metodológicos.

Tanto para el antropólogo Massé (1995) como para el epidemiólogo Almeida Filho (2000) la vida cotidiana es el factor de riesgo más importante e inmediato antes que los factores sociales estudiados por la epidemiología, tales como sexo o género, edad, clase social o grupo étnico, incluso características de la red de soporte social que han sido considerados como factores de riesgo en sí.

Massé considera que la epidemiología debiera llegar a ser una ciencia de la cotidianeidad y afirma que para el abordaje del objeto de la epidemiología sociocultural es imprescindible la integración entre las ciencias sociales y la epidemiología por medio de una “etnografía de la vida cotidiana” que brinde una matriz interpretativa para el rol etiológico de los factores socioculturales (Massé 1995, *apud* Urquía, 2006).

Lo interesante de este autor es que se abocó al estudio de las enfermedades mentales cuestionando la universalidad de las categorías diagnósticas de la medicina científica.

Este cuestionamiento que también realizan otros antropólogos (Hersch y Haro, 2007) se basa en el hecho de que los diagnósticos populares de las enfermedades vehiculizan un conjunto de significaciones que no necesariamente concuerdan con las categorías diagnósticas de los manuales clasificatorios de la biomedicina. Sin embargo en los diseños epidemiológicos se utilizan las categorías diagnósticas construidas por

consenso por los médicos occidentales, dejando por fuera, y siendo incapaces de captar, otras significaciones populares diferentes.

Por otro lado también se cuestiona el carácter objetivo de los síntomas sentidos por la población, como si estos tuvieran una existencia objetiva y mensurable, expresando la misma realidad concreta de un individuo a otro y de un grupo social a otro, dejando por fuera su valor de construcción socio-histórica.

El estudio de los diagnósticos populares es lo que se denomina en los estudios antropológicos, síndromes de filiación cultural o síndromes culturalmente condicionados, y se comenzaron a estudiar en 1970, listándose a ese momento unas 170 categorías, las más conocidas son el “mal de ojo”, el “ataque de nervios”, el “susto”.

En el DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de 1994 se incluyen 25 de estos síndromes más susceptibles de ser encontrados en la población multiétnica que acude al psiquiatra en Estados Unidos.

Lo importante es que para los antropólogos (Massé, 1995; Hersch y Haro 2007) no sólo estos síndromes, en tanto formas exóticas, son consideradas construcciones socioculturales sino que también lo son las categorías diagnósticas occidentales ya que ponen en cuestión su carácter objetivo.

Dentro de las enfermedades mentales la apuesta mayor de la etno-epidemiología no será la construcción de definiciones universales y la medición de los problemas de salud mental, sino más bien la producción de criterios diagnósticos adaptados a cada cuadro sociocultural de cada sociedad y de cada grupo poblacional dentro de la misma.

Para esta corriente, también existen dentro de los manuales diagnósticos de la medicina hegemónica problemas de salud que descansan sobre ideologías y valores no reconocidos a priori y que también son construcciones que no pueden ser leídas fuera de su contexto sociocultural y profesional de producción. La evidencia más clara está dada dentro de lo que se llamó el movimiento de medicalización. Los ejemplos más importantes de esto son: los trastornos del comportamiento, la negligencia hacia los hijos, la ausencia o exceso de deseo sexual, los síndromes premenstruales, las “crisis” de la adolescencia, la menopausia, la agresividad, la depresión, la planificación de embarazos, la obesidad, los desórdenes alimentarios, los desórdenes afectivos, los problemas de lectura o el desarrollo cognitivo en los niños. Todos ellos de difícil consenso para clasificar y describir de manera unívoca, aunque todos ellos sí caen dentro de la jurisdicción de la medicina.

La antropología pone el acento en la influencia de lo cultural en la elección y definición de los criterios diagnósticos, cuestionando la neutralidad científica y la supuesta objetividad. Un ejemplo paradigmático es la inclusión de la “homosexualidad” en la primera edición del DSM y su retiro de la lista de enfermedades mentales en la segunda edición de 1974, debido a la presión de los grupos de defensa de los derechos civiles. Estos ejemplos ponen en cuestión el carácter objetivo de lo que se incluye como enfermedad o desviación.

Otra manera que la antropología muestra la influencia de la cultura en lo que se define como enfermedad o no, esta dado por la significación que se le da a ciertas enfermedades donde existe consenso en relación con sus fundamentos biológicos, pero el sentido que se les atribuye lo sobrepasan. Los ejemplos más importantes actuales son el cáncer, el sida, la tuberculosis o la sífilis.

Los aportes de Kleinman y Good (1978) son de especial importancia en este debate.

Estos autores sistematizaron un modelo de enfermedad concediendo especial importancia a los aspectos sociales y culturales que no son valorados por otros abordajes, especialmente en el biomédico. Se basaban en la distinción del idioma inglés entre los vocablos *disease-illness-sickness*. En esta conceptualización enfermedad o *disease*, hace referencia a las disfunciones o alteraciones de procesos biológicos definidos por la concepción biomédica. El concepto de padecimiento o *illness*, incorpora la experiencia y la percepción individual derivada del fenómeno patológico. El concepto de *sickness* se relaciona con los procesos de resignificación de la enfermedad como así también a la reacción social frente a una enfermedad, da cuenta del aspecto social y el tipo de relación social que se genera (Kleinman y Good, 1978)

Más adelante Kleinman revisa su postura y sostiene que tanto *disease* como el padecimiento son construcciones sociales y tienen que ver con el repertorio de significaciones disponibles en cada cultura.

En la década del 80 Arthur Kleinman (1982), que además de antropólogo también es psiquiatra de la Universidad de Harvard, estudia la neurastenia y la depresión en China. Lo que da cuenta esta investigación es que en el proceso histórico de la Revolución Cultural China, la neurastenia en oriente era una categoría muy diagnosticada a diferencia de Estados Unidos que ya se la había retirado del DSM. Las razones de la popularidad de este diagnóstico o padecimiento tenía que ver con que en este particular proceso histórico la depresión era catalogada como un sufrimiento burgués y capitalista, sostenido

por el individualismo liberal; por otro lado la neurastenia con síntomas objetivables resultaba más aceptable culturalmente por sus bases materiales o somáticas.

Esta tradición de estudios se dio a partir de la década del '30 y se encuadran dentro de los estudios culturalistas o interpretativos, dentro de esta corriente se encuentran también los estudios de la fatiga en Bali de Margaret Mead (1961), la histeria ártica o siberiana de Ackernecht, el tarantulismo en comunidades del sur de Italia de De Martino (1959), y muchos más que daban cuenta de la mirada antropológica sobre la alteridad y las comparaciones.

La crítica que se le hace a esta mirada es la reducción de la realidad a aspectos exclusivamente simbólicos, dejando en segundo lugar y hasta a veces negando los procesos económico-políticos particularmente la desigualdad, lo que redundó en el ocultamiento de graves problemas de salud en poblaciones subalternas, por ejemplo las poblaciones indígenas u originarias, que son las que expresan los más altos índices de morbi-mortalidad (Menéndez, 2002). De todas maneras se reconoce que el interés de estos estudios era dar cuenta de la estrecha relación de determinadas formas culturales y las características de determinados padecimientos, de allí que lo central lo constituía la interpretación cultural de los procesos estudiados.

Menéndez (2002) advierte que esta mirada culturalista, que sólo ponía el acento en los aspectos simbólicos y psico-culturales, incluyendo un redescubrimiento del cuerpo también dentro de esta unidad, con una consecuente culturalización de lo biológico, dio lugar a miradas racistas sobre los padecimientos.

Más allá de las críticas, la revisión que realiza Kleinman muestra como la categoría *disease* es abandonada como universal.

Pensar en el dualismo *disease o illness*, como excluyentes, hace retornar el eterno debate entre lo social y lo biológico. Pensar la *disease* como la base material, separada de lo cultural, deslegitima los modos de padecimiento local. El sufrimiento o el padecimiento también tiene materialidad, por ejemplo la “patada al hígado” aunque sea imposible desde lo biomédico, se siente, el “ataque de pánico” aunque sea tan heterogéneo lo que se dice y se significa con esto, tiene materialidad. Existen muchas líneas de investigación en antropología que comienzan a hablar de “biologías locales” (Menéndez, 2012)

Entonces se pone en cuestión con esta distinción, la universalidad de la categoría *disease* y con ello la suspensión de la creencia de que lo biológico es lo determinante.

Las categorías diagnósticas forman parte de los repertorios posibles en un grupo poblacional, tienen que ver con las lógicas culturales, del mercado, de los modos de producción económica, los modelos de atención hegemónicos.

No se sufre de lo que se quiere, si no de lo que está legitimado que se puede sufrir. El sufrimiento está normalizado, tal como lo describe Menéndez (1988) al plantear una de las funciones de los Modelos de Atención de los padecimientos en su análisis del Modelo Médico Hegemónico. Algunas cuestiones están legitimadas de ser sufridas y otras no, eso es una construcción social, y funciona como llave de entrada a un determinado modelo de atención.

A pesar de que existen divergencias y similitudes entre la antropología y la epidemiología, también existe en las producciones de cada disciplina una fuerte tendencia a la polarización y a la producción de una serie de dicotomías.

Según Menéndez (2012) las principales diferencias se organizan en relación a las dicotomías entre: cultural/biológico, local/global, *illness/disease*, generalización/profundización, cualitativo/estadístico, que dan cuenta de otras dicotomías que operan a nivel epistemológico en cada disciplina como es el caso de las dicotomías entre simbólico/económico-político, sujeto/estructura, microsocial/macrosocial.

Uno de los núcleos de conflicto que es fuente de una divergencia que pareciera difícil de eludir entre las dos disciplinas, pero que analizada puede resultar de una potencia y una complementariedad muy fructífera para una epidemiología que pretenda tener en cuenta el sufrimiento, es decir una epidemiología del *illness* (padecimiento) y no sólo del *disease* (enfermedad). Este punto reside en la posibilidad de establecer generalidades de la epidemiología y la imposibilidad de establecerlas desde la antropología.

La epidemiología está básicamente preocupada por producir conocimientos que sean generalizables, mientras que la antropología buscaría la profundización. Esto es así porque la epidemiología moderna o convencional necesita manejar información que se posibilite generalizar y comparar con los datos obtenidos en otros contextos locales, para analizar y describirlos a través de categorías universales.

Los antropólogos reconocen que su interés está predominantemente puesto en lo local, en trabajar en torno al padecimiento o *illness*. Les importa las características que adquiere la enfermedad no sólo en el ámbito local sino también en función de las categorías sociales utilizadas por los sujetos.

Algunos autores sugieren por ejemplo estudios antropológicos en profundidad para identificar las variables críticas de interés y las posibles hipótesis causales, según el problema que se esté investigando para luego realizar estudios epidemiológicos con estas variables, tal es el caso que ilustra Menéndez (2012) en la “venganza de sangre” como una práctica social poco visibilizada por los epidemiólogos y antropólogos, la cuál era una de las causas principales de mortalidad por homicidio en diferentes regiones de México.

Las similitudes están dadas en que ambas disciplinas trabajan con conjuntos poblacionales, que reconocen la multicausalidad, que ambas afirman que los procesos son dinámicos, que las condiciones de vida influyen en los procesos de salud-enfermedad y que ambas apuntan a una propuesta más preventivista (Urquía, 2006).

Según este autor entre las divergencias más importantes de los análisis que hacen las distintas disciplinas, se encuentran que la antropología estudia el sistema social y la epidemiología parte de lo patológico. Los epidemiólogos estudian la enfermedad según es definida por la biomedicina mientras que los científicos sociales privilegian los significados que les asignan los grupos poblacionales, sin desconocer u olvidar que la principal fuente de información de las dos disciplinas sigue siendo la palabra de los entrevistados.

En relación al método, la epidemiología privilegia el método cuantitativo o estadístico mientras que la antropología se centra en técnicas cualitativas.

En relación a esto, como ya se mencionó, al colocar la epidemiología, el acento en el individuo como unidad de análisis redundaba en responsabilizar al mismo por los padecimientos adquiridos o sus comportamientos de riesgo, por otro lado la antropología coloca la responsabilidad en las condiciones del contexto que lo generan. (Urquía, 2006) Advertimos que estas críticas y contrapuntos están basados sobre la base de la llamada epidemiología moderna o convencional, ya se mostró como otras corrientes de la epidemiología también realizan mismas críticas al modelo convencional.

Menéndez (2006) propone ampliar la mirada e integrar los diferentes saberes de los actores implicados en el procesos de salud enfermedad atención, desde el saber de los epidemiólogos y los investigadores, que no es el único implicado, sino también el de los clínicos, los curadores no hegemónicos y el que producen y comparten los grupos poblacionales.

Todos estos saberes deben considerarse ya que median en las acciones de esos actores e impactan sobre las acciones sanitarias, no omitirlos en el análisis limita la tendencia a la medicalización.

Según Menéndez (1994) el proceso de salud enfermedad atención debe ser abordado de manera relacional, teniendo en cuenta tres tipos de relaciones; las relaciones entre los actores implicados en el proceso, las relaciones entre los factores biológicos, económicos, culturales, etc., y las relaciones entre el investigador y los sujetos del estudio, es decir el punto de vista del investigador. Mientras que para este enfoque relacional esto se vuelve indispensable, la epidemiología ha tomado sólo las relaciones entre los factores, descuidando las otras, y la antropología también ha descuidado el punto de vista del investigador.

La propuesta de Menéndez (2012) radica en una necesaria complementación entre la antropología médica y la epidemiología con el objetivo de desarrollar una epidemiología sociocultural, no como una nueva disciplina diferenciada, sin perder las características propias de cada disciplina, sino como una articulación entre los enfoques epidemiológicos y socio-antropológicos, poniendo en el centro de esta articulación la problematización del proceso de salud –enfermedad-atención a estudiar, que incluyen los presupuestos teóricos , empíricos y técnicos de los investigadores.

Una epidemiología sociocultural del *illness* debe pasar necesariamente por el análisis de los límites y posibilidades de cada disciplina hacia una necesaria complementación, teniendo en cuenta todos los aspectos imbricados en la complejidad de la producción del sufrimiento.

Aportes del campo de la salud mental y del psicoanálisis: la noción de subjetividad

En los últimos años la palabra subjetividad ha estado muy presente en los discursos de las ciencias sociales como la antropología, la sociología, la psicología y en el campo de la salud mental y el psicoanálisis.

En relación a la epidemiología partimos de la idea de que las nociones de sujeto y subjetividad han estado ausentes de sus desarrollos, ya que al carecer de una reflexión teórica se apela a las concepciones de individuo, persona o sujeto de manera a-crítica e indiscriminada. (Augsburger y Gerlero, 2005)

Desde los aportes de la antropología, apuntamos como la nosografía clásica ubica en primer plano la enfermedad con sus signos y síntomas objetivables (*disease*) dejando de lado los puntos de vista de los usuarios o sus representaciones (*illness*), como así también las significaciones socioculturales asignadas por los grupos humanos (*sickness*). Por otro lado de la mano de las críticas de Menéndez (2012) desde el mismo campo observamos las dificultades de una mirada puramente culturalista en relación al padecimiento que ubica como excluyentes la *disease* y la *illness*.

Para salir de esta encrucijada Augsburger y Gerlero (2005) proponen:

En el intento de superar esta dicotomía puede plantearse una unidad conceptual que reúna el daño corporal y las percepciones sobre los modos de dar sentido y de significar la ocurrencia del daño que compromete a la subjetividad. En forma paradójica, la percepción y enunciación de malestar por parte de un sujeto puede no ser acompañada de signos y síntomas discernibles por terceros, así como la formulación de un diagnóstico conclusivo en relación a una patología puede no comprender al sujeto. El avance del conocimiento sobre el cuerpo biológico del individuo, sobre los métodos de diagnóstico y reparación somática, no puede sustituir la expresión de formas de la subjetividad y de la experiencia de sus aflicciones que se rigen por coordenadas distintas de aquellas que recupera la perspectiva bio-médica, y que remiten por tanto, al plano de la constitución desiderativa y social de los sujetos. (Augsburger y Gerlero, 2005)

La interlocución con los campos de la Salud Mental y el psicoanálisis puede aportar para introducir puntos de convergencia y, llegar a la construcción de esta unidad conceptual orientados en la categoría de subjetividad.

Aunque es sabido que el psicoanálisis no es un campo que se pregunta por la epidemiología, o por lo menos no orienta sus aportes en ese sentido, es importante sumar sus contribuciones teóricas en este diálogo, ya que aborda lo normal y esperable en la constitución subjetiva y lo patológico desde una lógica comprensiva que ubica como central al inconciente y al sujeto en conflicto, que ayudaría a develar los procesos psíquicos implicados en el padecimiento de los grupos.

De hecho es tal el desencuentro entre epidemiología y psicoanálisis, que la primera ha privilegiado la noción de individuo, en tanto unidad independiente, racional y conciente, mientras que desde el psicoanálisis se señala un sujeto escindido, excéntrico en relación a su conciencia e ignorante de gran parte de las determinaciones de sus actos y sus afectos. (Augsburger y Gerlero, 2005)

Los términos del debate y la centralidad de la categoría de subjetividad son indispensables a la hora de poder pensar una epidemiología en Salud Mental que incluya

el componente subjetivo en sus diseños metodológicos, de allí la necesidad de analizar este recorte.

Como señalan Augsburger y Gerlero (2005), los modos específicos de expresión de la subjetividad son un componente insoslayable para ahondar en los procesos psíquicos implicados en las formas de vivir, enfermar, padecer y sanar de los diferentes grupos sociales.

Muchos autores del campo de la salud mental y del psicoanálisis (Bleichmar, 2002, 2004; Stolkiner 1999, 2001; Galende, 1990, 1997, 2008; Loudieu, 2013; Lewcowicz, 2012; Wlosko, 2009) han desarrollado nociones en torno a la subjetividad, la producción de subjetividad, la subjetivación y la des- subjetivación, la subjetividad en riesgo en contextos neoliberales, etc.

Mario Testa (1989) usa la palabra "prismático", extraída del poeta Ludovico Silva, para denominar palabras o conceptos que pueden tener muchos significados o que permiten múltiples reflexiones según el sesgo particular de quien las usa. Como un prisma que descompone un rayo de luz en una gama de colores, el término subjetividad funciona como palabra prismática en el sentido que le asigna Testa, porque alrededor de ella encontramos varias interpretaciones y varias formas de abordarlo según el campo teórico. Según Miriam Wlosko el término alude en su acepción más banal a:

...todo aquello que no es objetivo”, esto es, ideas, creencias, representaciones, vivencias, etc. Es algo que puede verificarse fácilmente en muchos escritos de las ciencias sociales, que de pronto vienen a “descubrir” que las personas no son entes moldeados por “determinaciones sociales”, sino que además, sienten, piensan categorizan, cometen actos fallidos, sueñan, etc. En espejo, otro de los usos más triviales de la palabrita se encuentran en los discursos “psi”: “Lo subjetivo” alude a lo interno/ inconsciente/ psíquico. (Wlosko, 2009)

Desde una lectura del psicoanálisis, Silvia Bleichmar (2004), diferencia el psiquismo y el inconsciente de la noción de subjetividad. Ubica a las primeras como categorías centrales del psicoanálisis y afirma que la noción de subjetividad se encuentra en las antípodas.

Es en razón de estos elementos que la subjetividad no podría remitir al funcionamiento psíquico en su conjunto, no podría dar cuenta de las formas con las cuales el sujeto se constituye ni de sus constelaciones inconscientes, en las cuales la lógica de la negación, de la temporalidad, del tercero excluido, están ausentes. El inconsciente está regido por la lógica del proceso primario, algo tan ajeno al sujeto en términos clásicos, tan impensable por la filosofía tradicional, que pone en entredicho varios siglos de concebir pensamiento y sujeto como inseparables entre sí. (Bleichmar, 2004)

Para la autora el objeto del psicoanálisis es el inconciente, que como tal, y cómo revolución del pensamiento, se sitúa al margen de la subjetividad y la conciencia. El gran descubrimiento del psicoanálisis es haber planteado por primera vez en la historia del pensamiento que es posible que exista un pensamiento sin sujeto (Bleichmar, 2004)

Ahora bien, la autora afirma que en vistas de que la subjetividad se produce y se transforma históricamente, y debido a los efectos sobre el psiquismo que han producido los cambios operados entre el fin del siglo XX y los comienzos del XXI, nos vemos confrontados a pensar cuáles son los modos históricos de representación con los cuales cada sociedad determina aquello que considera necesario para la conformación de sujetos aptos para desplegarse en su interior.

Según la autora, cuando los seres humanos quedan expulsados de sus aspectos identitarios, de sus constelaciones organizadoras que posibilitan la operabilidad en el mundo, el método clásico psicoanalítico, consistente en el levantamiento de la defensa, entra en caución. El sujeto, dice no está en riesgo de ser deconstruido por la filosofía pos-metafísica del siglo XX sino por las condiciones mismas de existencia.

Los cambios en la subjetividad producidos en estos años, y en la Argentina actual los procesos severos de desconstrucción de la subjetividad efecto de la desocupación, la marginalidad y la cosificación a las cuales ha llevado la depredación económica son indudablemente necesarios de explorar y de ser puestos en el centro de nuestras preocupaciones cotidianas. Ellos invaden nuestra práctica y acosan las teorías con las cuales nos manejamos cómodamente durante gran parte del siglo pasado. (Bleichmar, 2004).

Varios autores del campo del psicoanálisis y la Salud Mental han dedicado vastas partes de sus obras a pensar estos efectos (Galende 1990, 1997, 2008; Bleichmar 2002, 2004; Stolkiner, 1999, 2001; Lewcowicz, 2012).

En otro orden de reflexiones, es interesante la perspectiva que aporta Miriam Wlosko (2009) al abordaje de la subjetividad, como campo de problemas en vías de constitución.

Se trata una “zona gris” en donde van a caer los restos de lo que los diversos abordajes disciplinarios – la sociología, la psicología, la historia, etc. – dejaron sin problematizar, o mejor dicho, lo que quedó como punto ciego para esos abordajes disciplinarios. Es a partir de este conjunto de restos que puede enunciarse un campo posible, campo que constituye un efecto del modo en que otros campos disciplinarios se plantearon problemas y les

dieron respuesta, de un “resto” de lo que ciertos discursos dejaron fuera de su problematización. Se sabe que cada campo disciplinario “recorta” determinados objetos y, por lo mismo, desplaza o expulsa otros. (Wlosko, 2009)

De este modo, la subjetividad surge como síntoma, deviene del campo configurado por el modo de organizarse las disciplinas sociales y psicológicas. En esta división se recortaba de manera sesgada y fragmentada una manera de comprender lo social y lo individual. Los análisis realizados desde perspectivas polares dificultaron la comprensión y las dinámicas de su relación.

Es necesario detenernos en esta perspectiva para pensar la noción de subjetividad como central a la hora de incluir en los diseños metodológicos de la epidemiología esta categoría que quedó excluida de la epidemiología tradicional de corte positivista. Ya que la epidemiología nos permite el análisis de la dimensión colectiva del padecimiento, resulta un desafío proponer y analizar modos de operacionalizar un concepto como la subjetividad con tanta potencialidad para abordar esta dimensión.

Siguiendo los desarrollos de Wlosko (2009), la autora da pistas sobre los debates de la tensión entre individuo y sociedad y sus implicancias en la categoría de subjetividad.

Un problema central del campo de la subjetividad, nos dice la autora, es la herencia de la fuerte división histórica que atraviesan las ciencias humanas. Dicha división es la que se da entre las ciencias sociales y las disciplinas de lo psíquico, entre la antropología, la historia, la sociología, por una parte; y la psicología, el psicoanálisis, la psiquiatría, por otra. Se trata de una división muy fuerte entre las ramas que estudian a los hombres en su conjunto y las ramas que estudian a los hombres por separado, como individuos. Como ya planteamos la epidemiología como ciencia de la modernidad no queda afuera de este debate.

Por un lado las ciencias de lo social piensan a los individuos como componentes de un colectivo en el que las determinaciones de clase, las determinaciones económicas, las determinaciones simbólicas, son fundantes del sujeto colectivo y las personas encarnarían esas lógicas sociales.

Por otro lado, las disciplinas psicológicas parten del individuo y piensan lo social como la sumatoria o la acumulación de unidades psíquicas. Algunas perspectivas piensan lo social como “contexto” que condiciona las posibilidades de realización del individuo o su mundo interno y otras aluden a estructuras invariantes como el lenguaje o lo simbólico donde el individuo deberá incluirse. Entonces en el primer caso lo social es un

factor que condiciona tendencias psicológicas ya existentes, facilitándolas u obstruyéndolas pero no siendo constitutivas de las mismas y en el segundo caso lo social es constitutivo, y está formado por estructuras universales e invariantes. (Wlosko, 2009)

Dicho de otra manera y en palabras de la autora:

El campo de la *subjetividad* aparece como un síntoma de esta encrucijada instituida en el campo de las ciencias humanas que separa las dimensiones de lo individual y lo social. Encrucijada en tanto hay dos postulados de base imposibles de “juntar”: de un lado son las determinantes sociales las que estructuran a las personas; del otro son los modos de organización de la vida psíquica los que determinan las lógicas sociales. El modo en que las disciplinas sociales y psicológicas han construido sus respectivos objetos sitúa a dichas dimensiones en una relación de exterioridad mutua. (Wlosko, 2009)

Esta división tajante entre individuo y sociedad es una construcción histórica específica correlativa de la modernidad y del modo de producción capitalista. (Galende, 1997; Wlosko, 2009)

Si bien en toda sociedad existe una separación entre individuo y sociedad, en nuestra sociedad marcada por el modo de producción y el devenir de ciertos procesos de la modernidad y del capitalismo, esa separación es tajante.

En otras constelaciones históricas – por ejemplo, en la antigüedad griega -- la distinción entre individuo / sociedad no es para nada clara. Más bien podría decirse que el individuo se percibe a sí mismo como un fragmento de su comunidad que tiende a individuarse, y no como un elemento constituido de por sí que se agrupa en una comunidad. (Wlosko, 2009)

Uno de los procesos inseparables de los modos de pensar individuo y sociedad está dado por la diferencia entre lo público y privado.

En efecto, de modo paralelo a la división individuo /sociedad, otra división se instala en el sistema de representación moderno: la de lo público / privado. La idea de un “interior familiar” y un “exterior social”, o un “interior psíquico” y un “exterior social”. (Wlosko, 2009)

Posibilitado por el dispositivo de la confesión comienza a dibujarse la idea de un psiquismo a analizar que no existía en tiempos medievales. La autora, apoyada en las ideas de Foucault, afirma:

A partir del siglo XII (ya en el contexto de la mentalidad burguesa) la confesión cambia radicalmente de estrategia: lo que se busca ya no es el castigo sino el arrepentimiento del pecador. Ya no se trata de que el pecador diga qué hizo de malo para ver con que expía el daño. Lo que el dispositivo “confesión” tiene por objetivo es que el individuo comprenda por qué ha

hecho lo que ha hecho. Así los individuos empiezan a descubrir todo un mundo detrás de las acciones, porque para ellos mismos lo que hacían era una pura presencia del mal. Con la confesión se va produciendo de a poco cierta interioridad psíquica.” (Wlosko, 2009)

Es decir que sin esta ideología de la intimidad, no podría haber surgido la psicología ni su dimensión psicoterapéutica. La idea de una complejidad psíquica y que el hombre actúa según razones personales y no por el destino o por designio del mal, es una construcción social impensable en el Medioevo.

Por su parte, Richard Sennet (2011) muestra como el peso que cobra la vida privada en las sociedades modernas por sobre un declive de la vida pública, nos deja afuera de los valores, placeres y ayuda que significa el intercambio con los otros.

En suma, las divisiones que produjeron los discursos de la modernidad como mente-cuerpo, psique-soma, individuo-sociedad, privado –público, como modos de recortar los objetos de las disciplinas generan una encrucijada donde la subjetividad es un síntoma de esta manera de ordenar los campos disciplinares.

Pensar la subjetividad nos enfrenta al desafío de plantear los problemas de su producción de manera tal de no contraponer la lógica de lo social con la lógica del individuo. Este campo de problemas parte de la idea de que es inconcebible pensar la emergencia del psiquismo sin considerar lo histórico-social, y de modo concomitante, una sociedad sin sujetos psíquicamente estructurados sería imposible. Es decir el psiquismo y los procesos sociales son indisociables e irreductibles.

No se puede explicar la producción de individuos sociales únicamente desde la perspectiva del desarrollo individual, y por esto es necesario considerar también el proceso desde la perspectiva sociogenética.

Ya desde el inicio del psicoanálisis para Freud la subjetividad poseía un carácter intersubjetivo:

Para la teoría freudiana el sujeto psíquico es un sujeto en conflicto en tanto está marcado por una escisión en la cual es crucial el papel desempeñado por el otro humano. En ésta la línea que Freud traza en “Duelo y Melancolía” y en el tercer capítulo de “El yo y el Ello”, mostrando el carácter estructurante que tiene para el sujeto humano la relación con los otros. Por ello es una concepción de sujeto cuya tópica se presenta desde el comienzo como intersubjetiva, siendo en su seno donde se da el proceso constitutivo del aparato psíquico.” (Augsburger y Gerlero, 2005)

El sujeto humano, nace y se desarrolla en una sociedad determinada y se constituye como sujeto social acorde a los parámetros sociales, históricos y culturales imperantes en su medio social. Es decir que la producción de subjetividad no es a-temporal ni universal, ya que se inscribe en coordenadas sociales y culturales precisas.

El proceso de subjetivación se produce en los espacios sociales cotidianos, espacios de codificación de sentidos y significados, de comunicación e intercambio.

Si la subjetividad en Grecia, no tiene nada que ver con la subjetividad actual en los sectores urbanos ¿cuáles serían los espacios constitutivos de esa subjetividad? Stolkiner (1999) afirma que esos espacios están dados por las instituciones:

Si consideramos a las instituciones como la forma que adquieren las relaciones sociales en cada momento histórico, ellas serían la matriz de producción-reproducción social de subjetividad, pero el modo concreto en que esto se plasma es la cotidianeidad. ...“La vida cotidiana -dice Agnes Heller- es la totalidad de las actividades que caracterizan las reproducciones singulares, productoras permanentes de la posibilidad de la reproducción social” (A. Heller, 1985:9). (Stolkiner, 1999:5)

Esas instituciones que forman la matriz de producción-reproducción están dadas principalmente por la familia, la escuela, el espacio social que a través de prácticas sociales concretas como los modos y formas que adquieren las crianzas, los cuidados, los roles de género, las formas que adquiere la familia moderna patriarcal, lo generacional, etc. contribuyen a la estructuración de subjetividad. Al decir de Castoriadis:

La psiquis no puede sobrevivir más que estando socializada. De otra manera el pequeño ser humano entraría en una fase de psicosis inimaginable o se haría un niño lobo. En todo caso, no será un ser humano, y por supuesto no irá al analista. Esta socialización, como hemos dicho, se hace de distinta manera según las distintas sociedades. Lo que nos impacta cuando miramos la historia humana es que hay una plasticidad casi ilimitada de la psiquis, y que la psiquis se apodera de esta plasticidad, para hacer del individuo humano casi cualquier cosa: un polígamo, un monógamo, un budista, un monoteísta, un fetichista, un idólatra. Hay un solo punto que es inmutable en esta socialización: la sociedad le debe proveer, a la psiquis singular, sentido. Este es el rol de las significaciones imaginarias sociales (Castoriadis, 2007 *apud* Wlosko, 2009)

Retomando, a la luz de estos aportes, la idea de cómo pensar una epidemiología que incluya la subjetividad, podemos decir que el sentido que dan las personas a su vida cotidiana y que son provistas por las significaciones imaginarias sociales, contiene en sí mismo el componente inseparable entre psiquismo y los modos de producción socio-históricos.

La noción de subjetividad nos parece un concepto potente desde el campo de la Salud Mental para pensar maneras de operacionalizar una epidemiología del sufrimiento psíquico que incluya, lo histórico-social, como así también la compleja dialéctica entre psiquismo y estructuración social, en una permanente presencia del sujeto.

Al decir de Augsburger y Gerlero:

Los giros que se han ido señalando son sin duda complejos y constituyen un material conceptual y metodológico todavía no concluido que desafía en un proceso dialéctico de reelaboración de opuestos: considerar individuos autónomos o sujetos en conflicto, elaborar diagnósticos técnicos conclusivos o indicadores de percepción subjetiva de sufrimiento, considerar individuos independientes de sus condiciones y vicisitudes de vida o sujetos sujetos a sus experiencias singulares y sociales de vida. Controversias que señalan la tensión entre paradigmas epidemiológicos divergentes frente a los cuales se sitúa la indagación de los problemas de salud mental en su dimensión colectiva. (Augsburger y Gerlero, 2005)

Para operacionalizar esta propuesta, se hace necesaria una complementariedad desde lo metodológico y desde lo teórico reconociendo la subjetividad como una de las dimensiones más importantes en una epidemiología de la Salud Mental. Esto contribuiría a producir información que nos permita ahondar en esta complejidad superando la epidemiología de la “caja negra” (Susser y Susser, 1996), como algunos autores han denominado a la epidemiología de la multicausalidad, ya que no nos ha permitido ahondar en los complejos procesos que mediatizan y producen desigualmente la enfermedad y el sufrimiento en los diferentes grupos poblacionales.

Capítulo 3

La interface: Hacia una epidemiología en salud mental incluyendo el sufrimiento psíquico

Como ya se reflexionó la epidemiología de los problemas de salud y enfermedad recubre una especial complejidad. Ya se mostró como la categoría de enfermedad como entidad objetiva y positiva viene siendo criticada y repensada tanto desde el campo biomédico como desde el campo de las ciencias sociales. Muchas de las críticas descansaban en las mismas originadas en el modelo biomédico de atención, las dificultades de incorporar lo social cultural en la dinámica de la causación de las enfermedades, y la metodología basada especialmente en lo cuantitativo y lo estadístico.

En el campo específico de la salud mental reflexionar sobre la categoría de enfermedad mental y producir una clasificación en pos de una epidemiología presenta algunas dificultades adicionales.

La objetividad y positividad con que operan los criterios biomédicos para designar una enfermedad, no es posible de la misma manera en el campo de la salud mental que en el campo de las enfermedades “orgánicas”.

Tanto las problemáticas de salud mental como la nueva configuración de la llamada “transición epidemiológica” (Frenk et al, 1991), las enfermedades no transmisibles, las crónico-degenerativas, los accidentes y las violencias, confrontan a la epidemiología tanto como al paradigma biomédico con los límites de su aplicación.

Los problemas de Salud Mental, por su parte, representan un problema importante ya sea por su prevalencia, por la cronicidad o por las incapacidades que producen, lo que los ubica entre los problemas más graves dentro del conjunto de los agravios y daños a la salud, según lo señala la Organización Mundial de la Salud (OPS; 2000).

Sin embargo esta gravedad no se ve acompañada de una investigación epidemiológica en el plano internacional.

Los procesos de clasificación de los problemas mentales son un componente esencial a la hora de implementar una epidemiología de la salud mental, por lo que los criterios y las lógicas con los que se agrupan deberían ser sensibles y adecuados a los problemas de salud mental que presentan los individuos y las poblaciones actuales. (Augsburger, 2003)

Teniendo en cuenta que los contextos de producción de situaciones críticas pasibles de generar sufrimiento han atravesado fuertes cambios, es necesario pensar categorías que den cuenta de esto sin considerar el sufrimiento cotidiano en términos de patologías.

Las taxonomías internacionales que toman prestada la categoría de enfermedad mental como central, importada de la medicina mental incluyen muchas situaciones de sufrimiento psíquico a fuerza de psicopatologizarlas, excluyendo las condiciones de su producción y despojándolas del componente subjetivo de quien las padece.

El diálogo entre los campos de la epidemiología y la salud mental han estado signados por varios obstáculos, en primera instancia por la complejidad del tema, en segundo lugar por la falta de conceptualizaciones y la resistencia desde el campo de la Salud Mental a pensar desde una perspectiva epidemiológica, y en tercer lugar y en relación a lo anterior, por la escasez de estudios epidemiológicos sobre el tema.

De hecho el primer estudio epidemiológico moderno data de 1854, donde Snow, acerca de la epidemia del cólera en Inglaterra, realiza el primer estudio incluyendo la georreferencia. Ha transcurrido casi un siglo hasta la aparición de los primeros estudios en epidemiología psiquiátrica con el estudio de Faris y Dunham en Chicago en 1938, más retardatarios aún son los estudios ya específicamente en el campo de la Salud Mental.

Para arribar a la epidemiología en salud mental, se nos hace necesario un recorrido por lo que se denomina epidemiología psiquiátrica.

Así como la epidemiología se configura como un campo heterogéneo de diferentes saberes que la nutren, la Salud Mental es considerada desde esta misma perspectiva un campo de saberes en permanente construcción y revisión. Uno de los saberes que fueron protagonistas en su configuración fue el saber psiquiátrico, en consecuencia la epidemiología psiquiátrica, con sus investigaciones, sientan precedentes para pensar la epidemiología en salud mental. La nueva denominación no obedece sólo a un cambio de nombre sino a la propuesta de un nuevo objeto para esta nueva epidemiología más relacionado a la salud, el sufrimiento y el padecimiento.

Breve historia de los desarrollos de la epidemiología psiquiátrica

Los desarrollos de la epidemiología psiquiátrica, signada por la primacía de la visión técnico científica generaron variadas investigaciones y producción de información en este terreno.

Según algunos autores (Jesús Mari J. y otros, 2009) hasta 1950, la investigación estaba centrada en estudios microsociales con poblaciones institucionalizadas, ejemplos paradigmáticos de estos estudios son el de Faris y Dunham (1938).

Desde 1950 hasta 1970 se comienzan a realizar estudios en población general a través de la utilización de escalas de tamizaje, estos estudios son llamados también monoetápicos. Esta etapa se caracterizó por la elaboración de instrumentos estandarizados, entrevistas psiquiátricas y cuestionarios validados.

Son de estas décadas los pioneros estudios epidemiológicos comunitarios en la infancia y adolescencia donde los trabajos de Long (1941), Glidewell (1957) y por último Lapouse y Monk (1958). (*apud* Samaniego, 2004)

A partir de la década de los 70 hasta la actualidad se empiezan a estudiar grandes poblaciones, se elaboran diseños polietápicos, se utilizan entrevistas semi-estructuradas según los parámetros de las clasificaciones internacionales de enfermedades, con la intención de comparar prevalencias entre países y provincias. En esta etapa, al igual que la anterior, se aplican instrumentos de screening para identificar a la población enferma. Se denominan polietápicos, porque en la primera parte se identifican y en una posterior se cuantifican y se mide la magnitud. En relación a la psicopatología infantil uno de los instrumentos de screening más utilizados a los fines de este tipo de estudios es el Child Behavior Checklist (CBCL) de Achenbach.(1991).

Con la introducción de los manuales de clasificación como el DSM III en Estados Unidos (1980) y las entrevistas psiquiátricas estandarizadas aumentaron los estudios de prevalencia de trastornos mentales.

Es de destacar en esta etapa el estudio de Rutter y cols, llevado a cabo a mediados de los años 60 en la Isla de Wight, una isla con población semi-rural de la costa suroccidental de Inglaterra, como marco de referencia indiscutida para los estudios posteriores sobre prevalencia de trastornos en la infancia y adolescencia, debido a la combinación de instrumentos epidemiológicos y clínicos, dificultades que presentaban los estudios precedentes (*apud* Samaniego, 2004).

Desde esa fecha, se han publicado numerosos trabajos con resultados a menudo muy diferentes, unos realizados en poblaciones institucionalizadas, otros en poblaciones pediátricas, en población escolar y también en la población general, pero son escasos los trabajos implementados con un diseño específico previo, instrumentos de evaluación adecuados y adaptados a la población que se quiere estudiar.

Es recién a partir de 1980, que se vislumbra una revalorización del estudio de pequeños grupos o lo que se denominan estudios locales, esto se debe a las acumulaciones de saber en las ciencias sociales, lo que redundó en comenzar a incluir la perspectiva de las poblaciones.

En Argentina son de mencionar los estudios pioneros de Tarnopolsky Alejandro y otros, en 1968 acerca de la Prevalencia de enfermedades psiquiátricas en un suburbio industrial de Buenos Aires. También los estudios Casullo y Di Marco en 1982 acerca de la prevalencia de los desórdenes mentales en el área metropolitana.

Los estudios comunitarios de prevalencia de psicopatología infantil o trastornos psíquicos en la infancia en Argentina, son escasos. Son de mencionar el estudio de Corina Samaniego (2004) sobre la prevalencia de trastornos psíquicos en población escolar de en San Isidro, utilizando el CBCL como instrumento de screening. Esta autora indica que en la Argentina, a diferencia de otros países latinoamericanos, como Chile (Montenegro, 1983), Brasil (Almeida-Filho, 1985) o Puerto Rico (Bird, 1988) se da una ausencia de este tipo de estudios, no hallándose disponible en la literatura trabajos respecto a la situación epidemiológica de los niños con padecimiento psíquico.

Posteriormente en 2007 y en la misma línea el Ministerio de Salud de la Nación junto con Facultades de Psicología de varias ciudades de Argentina realiza un estudio acerca de las problemáticas de salud mental en la infancia, en niños de 6 a 12 años. El diseño de este estudio, en la mayor parte de las Universidades que se incluyeron, fue polietápico y se utilizó también como instrumento de screening el CBCL que fue entrecruzado con una encuesta sociodemográfica y un cuestionario sobre eventos vitales.

En general la mayoría de estos estudios, se elaboran desde la perspectiva psiquiátrica o psicopatológica, se pone como parámetro una visión biologicista y a-histórica de la enfermedad mental, se coloca como patrón universal una cultura, una sociedad, una lengua. El ejemplo de esto es que en muchas investigaciones se utiliza el DSM como clasificador, manual generado por los psiquiatras de Estados Unidos.

Muchas de las investigaciones que surgen a partir de los 80 comienzan a considerar síntomas aislados para la construcción de síndromes clínicos definidos “a priori”, utilizando criterios de inclusión a exclusión, de acuerdo a los manuales clasificatorios más utilizados.

Quedan por fuera, la posibilidad de trabajar con otras problemáticas de la esfera de salud mental que no están incluidas dentro de la lógica de la enfermedad, como son las

migraciones, los problemas amorosos y vinculares, la soledad, la adopción, por nombrar sólo algunos.

Más allá de las temáticas o problemas que se excluyen o se psicopatologizan desde esta perspectiva, la cuestión de las clasificaciones de enfermedades más consensuadas revisten todo un territorio de dificultades a la hora de pensarlas como instrumento en este campo.

Las clasificaciones de las enfermedades y los manuales internacionales

El proceso de clasificación de las enfermedades es un tema a ser pensado y replanteado en la investigación epidemiológica, más específicamente en el campo de la Salud Mental.

La Clasificación Internacional de enfermedades (CIE) es publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se utiliza a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad. Este sistema está diseñado principalmente para promover la comparación internacional del registro sistemático, recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas, en diferentes países y en distintos momentos históricos. Es decir sirve para facilitar la comunicación científica y la investigación, sea esta epidemiológica o clínica.

La CIE tiene su origen en la «Lista de causas de defunción» de Bertillon cuya primera edición editó el Instituto Internacional de Estadística en 1893. Esta clasificación representaba una síntesis de las clasificaciones inglesa, alemana y suiza, y se regía por el principio adoptado por Farr de distinguir entre las enfermedades generales, aquellas que se localizaban en un órgano particular y la edad de comienzo.

Las clasificaciones tienen su prehistoria en la obra de Linneo en el campo de la botánica, como así también en el francés Boissier de Sauvages de la Croix que, inspirado en la botánica produjo una nosografía en 1763 distinguiendo entre clases, órdenes, géneros y especies de enfermedad. (Braunstein, 2013)

El origen de la CIE tuvo también sus orígenes en el movimiento de la Medicina Preventiva, con una noción nueva de prevención, que comienza a justificar intervenciones previas a la ocurrencia concreta de signos y síntomas en una fase preclínica de la enfermedad, todo desde una visión biologicista.

La OMS se hizo cargo de la misma en 1948, en la sexta edición, la primera en incluir también causas de morbilidad. A la fecha, la lista en vigor es la décima, y la OMS sigue trabajando en ella.

La CIE es una clasificación estadística, es decir el interés reside en un grupo de casos, y no en los hechos individuales, como podría ser en una nomenclatura médica. El objetivo principal de una colección estadística de datos patológicos es el de proveer de información cuantitativa adecuada para responder a ciertas cuestiones relativas a grupos de casos, no a casos aislados.

La clasificación es un acto fundamental para el estudio cuantitativo de todo fenómeno; es reconocida como base de toda generalización científica, y representa, por tanto, un elemento de carácter esencial desde el punto de vista de la metodología estadística y de la epidemiología descriptiva.

Desde el punto de vista médico existen varias maneras de encarar una clasificación, el anatómico, por ejemplo, acentuará una clasificación según la parte afectada del cuerpo humano; desde el patólogo, por otro lado, el interés estará más en la naturaleza del proceso mórbido. La clínica por otro lado debe considerar las enfermedades bajo esos dos aspectos, pero requiere, además, un conocimiento más profundo de la etiología.

En otras palabras, las bases clasificatorias pueden ser numerosas, y la que se elija en cada caso particular dependerá de las ideas y preocupaciones que tenga el investigador, es decir dependerán, por lo tanto, del uso a que se destinen las estadísticas recogidas.

Esto da cuenta del carácter arbitrario y conjetural de toda clasificación, en el sentido que diagnosticar no es encontrar, sino enunciar desde una cierta constelación simbólica, en tanto captación, jerarquización, registro y hasta producción de una semiología. Este marco simbólico es lo que determina la perspectiva de la mirada, lo visible y lo invisible. Desde una perspectiva foucaultiana el posicionamiento de esa mirada es relativo a las modalidades que adopta en determinado momento histórico el saber. En otras palabras la mirada clínica opera sobre el ser de la enfermedad una reducción nominalista, es decir la enfermedad no es más que un nombre (Foucault, 1963), y por lo tanto las clasificaciones de enfermedades son cuestiones que se dirimen en el terreno del lenguaje.

Actualmente existen múltiples críticas a las bases nosográficas de la CIE. Estas señalan la historicidad de los procesos de salud-enfermedad-atención, la raíz económica y política de sus determinantes, como así también sobre los límites y las dificultades técnicas de su uso en la práctica epidemiológica actual.

Origen de las clasificaciones de las “enfermedades mentales”

En el siglo XIX con el nacimiento de la Psiquiatría, cuando los “locos” pasaron a ser patrimonio de la nueva medicina mental y del discurso “alienista”, Pinel inaugura una nosografía basada en cinco clases fundamentales: melancolía, manía con delirio, manía sin delirio, demencia e idiotismo, y consideraba estas “vesanías” como desarreglos de las facultades cerebrales, debidas a causas físicas, cerebrales, hereditarias o morales (Braunstein, 2013).

En el siglo XX Emil Kraepelin inaugura una nueva psiquiatría basada en la descripción de los trastornos o enfermedades mentales con 14 categorías. Sistematizó el campo de la psicosis, término incorporado al vocabulario médico en 1856, incluyó la *dementia praecox*, término que luego fue sustituido por el de esquizofrenia acuñado por Bleuler, e incluyó un capítulo para las personalidades psicopáticas, origen de lo que hoy se denomina el espectro de los “trastornos de la personalidad”.

Las categorías enunciadas por Kraepelin correspondían en primer lugar a las encefalopatías que iban de la categoría primera a la séptima según sus causas presumidas, luego venía la demencia precoz y en noveno lugar la psicosis maníaco depresiva. Seguían las psicopatías, las reacciones psicógenas (lo que sería para Freud en la misma época las “psiconeurosis”), la paranoia y en último lugar los “casos oscuros”.

Muchos autores señalan una correspondencia entre esta clasificación y la CIE-8 de la OMS (Pujó, 2008).

La naciente psiquiatría luchaba por incluirse dentro de las ramas de la medicina y para ello hacía uso del método anátomo-clínico para la definición de las enfermedades mentales.

Según Kammerer (Pujó, 2008) el proceso epistemológico para el diagnóstico de la enfermedad ha seguido en medicina históricamente una misma metodología, en un primer momento la entidad mórbida emerge bajo la forma de un cuadro descriptivo, resultado de la observación clínica. Luego se reconoce el substrato anatómico y en tercer lugar se descubre el agente etiológico de las lesiones. El cuadro nosográfico queda definido cuando se cumplen las tres dimensiones, permaneciendo como provisorio sino supera el momento descriptivo.

En el campo de la medicina mental, esa tridimensionalidad se logró establecer en el siglo XIX con las “parálisis general progresiva”, cuando se localizaron las lesiones anatómicas en el cerebro y se estableció más tarde su agente causal, la *treponema* de la

sífilis. También se pudo aislar el substrato anatómico de la enfermedad de Alzheimer y la demencia de Pick, para todas las demás “enfermedades mentales” el modelo anátomo-clínico se desvaneció.

De todas maneras más allá de haber encontrado el agente causal y el terreno de la lesión en las demencias, se constató que no hay una relación mecánica entre el proceso orgánico y los síntomas psiquiátricos.

Esta ausencia de substrato orgánico y de una lesión identificada en la mayoría de los cuadros psiquiátricos clínicamente descritos, problematiza el estatuto de “enfermedad mental” que cuestiona el campo de la psiquiatría dentro de la llamada medicina científica.

La medicina alemana de comienzos del siglo XIX tuvo el mérito de ordenar y sistematizar un campo de fenómenos que hasta ese momento permanecía caótico. Pero también produjo un lenguaje, un discurso, y unas reglas semiológicas que a su vez creaban a los agentes de la clasificación. En ese momento ser psiquiatra implicaba conocer y manejar la taxonomía kraepeliniana. Pero, parafraseando a Braunstein (2013), a diferencia de la medicina donde una fractura de hueso, una psoriasis o una hepatitis son hechos objetivables que se clasifican según etiología o localización anatómica, en psiquiatría no hay conocimiento de las causas, y esto la ubica en un lugar marginal en relación a la medicina.

Por otro lado, una diferencia esencial entre la psiquiatría y la medicina general deriva de la relación que tienen en relación a las nociones de normalidad. La normalidad en términos biológicos no implica específicamente lo mismo que la normalidad en relación al funcionamiento y comportamiento social de las personas. La atribución de enfermedad o “anormalidad” en psiquiatría encierra un acto político de control social y de poder portador de prejuicio y estigmatización, quizá mucho más evidente (Braunstein, 2013).

Los sistemas clasificatorios para los problemas vinculados a la salud mental, más utilizados internacionalmente son fundamentalmente el DSM, la CIE (Cap. V Trastornos mentales y del comportamiento) y la Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFTMEA). Todas ellas son clasificaciones clínicas, categoriales y con un enfoque descriptivo de los síndromes clínicos.

El enfoque descriptivo, también llamado ateórico, significa que los trastornos figuran en forma de características clínicas observables. Las categorías diagnósticas están

definidas a base de signos y síntomas identificables a los que se ha denominado "criterios operacionales de diagnóstico".

Estas clasificaciones son categoriales porque la unidad de clasificación es la categoría basada en la observación y el juicio clínico.

Las primeras clasificaciones categoriales eran lineales lo que significa que los trastornos se clasificaban siguiendo un criterio único. Pero las actuales (CIE-9, CIE- 10, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV) son multiaxiales, lo que permite clasificar los trastornos siguiendo criterios diversos. Con el uso del sistema multiaxial se pretende un conocimiento más completo del paciente, al mismo tiempo que, se incrementa el número total de diagnósticos posibles.

Existen otros tipos de criterios clasificatorios como por ejemplo las clasificaciones cuantitativas o dimensionales.

Estas clasificaciones no se basan en un diagnóstico clínico como los sistemas categoriales. Derivan de la aplicación de métodos estadístico-matemáticos a listas de posibles síntomas y signos para medir la tendencia de ítems de conducta específicos a presentarse agrupados en forma de lo que se denomina "dimensiones de conducta".

Una diferencia fundamental entre ambas clasificaciones reside en que los sistemas categoriales asignan los trastornos a las categorías basándose en características que consideran necesarias y suficientes para determinar la pertenencia a la categoría. Por el contrario, los sistemas dimensionales consideran que la pertenencia a una categoría es una cuestión de grado o medida en que las características del individuo coinciden con las características que definen la categoría (prototipo). Los sistemas dimensionales proporcionan taxonomías de prototipos (características que tienden a ocurrir conjuntamente) a través de análisis factorial.

Básicamente, las clasificaciones cuantitativas aplican técnicas correlacionales a una serie de conductas consideradas patológicas. Las correlaciones miden la tendencia que tienen las pautas de conducta anómala a concurrir. La detección de estas pautas se hace a partir de listados de ítems contenidos en las escalas de "evaluación conductual". Una vez obtenidas las correlaciones entre ítems se pueden hacer análisis estadísticos multivariantes de estas correlaciones para detectar agrupaciones de síntomas que covarían.

Existen distintas formas de análisis multivariable. Uno de los más conocidos es el denominado "análisis de cluster". Los "cluster" son agrupaciones de ítems que se excluyen mutuamente. Otro método es el análisis factorial, el cual, a diferencia del

anterior, permite que un mismo ítem o síntoma pueda entrar a formar parte de más de un síndrome.

Este modelo de clasificación es la opción que se está evaluando para los Trastornos de Personalidad en el DSM V, ya que se considera que deben ser considerados en continuidad con los estados normales, y clasificados dentro del modelo del espectro.

El uso actual de las clasificaciones de las “enfermedades mentales”

En el sistema público de Argentina y por tanto de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se utiliza la Cie-10 para clasificar e identificar la recolección de información estadística, mientras que la clasificación diagnóstica del DSM IV, se implementa para la confección de informes o certificados de discapacidad mental.

La CIE tiene la particularidad que no sólo clasifica los trastornos mentales, sino las enfermedades en general, a diferencia del DSM, que se aboca exclusivamente a la clasificación de los trastornos mentales.

La sección V, Trastornos mentales y del comportamiento, es la que recoge las “alteraciones psicopatológicas”.

En 1978 se introdujeron por primera vez los trastornos mentales infantiles y de la adolescencia (CIE-9). La CIE-9 contaba con tres grandes categorías de las cuales, dos eran muy específicas -Psicosis y Retraso mental-, y la tercera era excesivamente heterogénea ya que compendia el resto de la psicopatología.

En la décima revisión (OMS, 1992) se han agrupado los trastornos con propiedades comunes, resultando en consecuencia mayor número de categorías que son más homogéneas y específicas. La CIE-10 se subdivide en diez secciones principales de las que tres están dedicadas específicamente a los trastornos infantiles: Retraso mental, Trastornos del desarrollo y Trastornos emocionales y conductuales con inicio en la infancia y la adolescencia (Doménech Llaberia y Ezpeleta Ascaso, 1998)

En la CIE-10 cada grupo de enfermedades se identifica por una letra del abecedario. A los trastornos mentales les corresponde la F. Esta letra va seguida de un sistema numérico. El conocimiento de la letra y los dos primeros dígitos que siguen a la letra deben dar una información conceptual con significado, esto es su carácter diacrítico.

La CIE-10 presenta una descripción de cada trastorno, el diagnóstico diferencial y los principales síntomas a tener en cuenta para el diagnóstico.

La nueva versión continúa con el estilo descriptivo que se seguía en la CIE-9, pero, inspirándose en el DSM-III (APA, 1980), trata de ser más específica en la definición de los cuadros.

En cuanto a terminología, se mantiene el vocablo neurosis, a pesar que la diferenciación entre psicosis y neurosis ya no es un criterio principal para clasificar los trastornos como sucedía en la CIE-9 (véase categoría F4 en cuadro nº2).

Lo novedoso es la introducción sistemática en el capítulo V de la denominación trastorno en lugar de enfermedad.

Además de permitir realizar más de un diagnóstico en el mismo individuo, la CIE-10 tiende a crear trastornos "comórbidos", esto es, categorías nuevas que resultan de la unión de más de un trastorno.

Cuadro nº 2: Comparación en la clasificación de trastornos mentales en el CIE-9 y CIE-10

CIE-9	CIE-10
290-299 Psicosis	F0. Trastornos mentales orgánicos
300-316 Trastornos neuróticos, de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos.	F1. Trastornos mentales y conductuales debidos al uso de sustancias psicoactivas.
317-319 Retraso mental	F2. Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes.
	F3. Trastornos del humor (afectivos)
	F4. Trastornos neuróticos relacionados con el estrés y somatoformes.
	F5. Síndromes conductuales asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos
	F6. Trastornos de la conducta y de la personalidad adulta
	F7. Retraso mental
	F8. Trastornos del desarrollo
	F9. Trastornos emocionales y conductuales

	de comienzo en la infancia y adolescencia
--	--

Fuente: Doménech Llaberia y Ezpeleta Ascaso, 1998

Es de destacar que puestos a diagnosticar con las categorías implementadas en la CIE-10, varios psiquiatras infantojuveniles sólo acordaron en un 66 %. Esta prueba se realizó sobre 10 casos presentados por escrito (Steinhausen y Erdin, 1991, *apud* Doménech Llaberia y Ezpeleta Ascaso, 1998).⁸

Las clasificaciones de trastornos en niños y adolescentes

Existen varios modelos clasificatorios de los trastornos en la infancia y adolescencia, uno de los más utilizados y creados específicamente para esto es la clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFTMEA-1988) que es una clasificación categorial biaxial. El primer eje contiene las categorías clínicas básicas y el segundo se refiere a factores etiológicos o asociados. Este, a su vez, comprende dos sub-ejes que hacen referencia a las causas orgánicas y a los condicionantes ambientales.

Siempre debe clasificarse primero el trastorno de acuerdo con el eje I que es el que proporciona una categorización clínica. Esta clasificación tiene la pretensión de cubrir toda la psicopatología del niño y del adolescente, a partir de las primeras etapas evolutivas. No se limita a los síntomas y signos observables; intenta además proporcionar una visión globalizante y evolutiva del trastorno. Se acompaña de un glosario que contiene definiciones y criterios de inclusión y de exclusión. Hasta este momento se han estudiado las equivalencias de las categorías de la clasificación francesa con las de la CIE-10.

Entre otras clasificaciones están: el perfil diagnóstico de Ana Freud derivada de la teoría psicoanalítica (1965), la clasificación de Kreisler (1978), Call (1983), etc. (mencionados en Doménech Llaberia y Ezpeleta Ascaso, 1998)

Todas estas clasificaciones tienen interés pero carecen de la fiabilidad y validez de las dos grandes clasificaciones de la psicopatología que son en este momento la CIE-10

⁸ Esto se relaciona con los conceptos de validez y confiabilidad que serán desarrollados más adelante

y el DSM-V. Este es el principal motivo por el cual también son las que más se están utilizando en la investigación de la psicopatología infantil.

Las clasificaciones de enfermedad en la infancia y adolescencia son un punto de mucha controversia disciplinar y que involucra aspectos no sólo técnicos sino éticos, según el marco teórico que se sustente.

Algunos problemas de las clasificaciones en el campo de la Salud Mental

Existen varios problemas en relación a las clasificaciones actuales en salud mental. Algunas dificultades tienen que ver con la confiabilidad y validez de su construcción, otras ponen de relieve lo problemático y controversial de la categoría trastorno o enfermedad, revelando su carácter de construcción social. Esta característica nos ubica dentro del campo del proceso denominado medicalización de la vida cotidiana y de las consecuencias del acto de diagnosticar en la infancia y en la adolescencia.

. La confiabilidad y validez de la construcción del diagnóstico en salud mental

El tema de la validez y la confiabilidad de las clasificaciones es una cuestión a debatir.

La validez es un concepto que hace referencia a la naturaleza de la realidad que describe. Es decir se debe asegurar que “existen” los rasgos (síntomas-síndromes) que definen los lugares en el plano taxonómico y que distintos observadores pueden alcanzar un nivel suficiente de coincidencia con relación al objeto a clasificar. (Pujó, 2008)

Los procesos de operacionalización de los conceptos en una clasificación permiten muchas veces sortear el problema de la validez, ya que mediante procedimientos de cuantificación, ordenamiento y organización, definen las características de una categoría. Definida la categoría se determina si un fenómeno pertenece o tiene las características de la clase definida, más allá de la realidad o estatuto del fenómeno estudiado.

El ejemplo paradigmático está representado por los tests de inteligencia, que pueden efectivamente cuantificar la misma, establecer su grado de dispersión en una campana, ordenar en una escala a toda una población sin necesidad de definir siquiera qué es lo que el concepto designa estrictamente. Entonces se recurre a una tautología, la inteligencia es lo que miden los tests de inteligencia.

En Psiquiatría se encuentra en el centro del debate la validez de las categorías diagnósticas, ya que pone en cuestión la noción misma de “enfermedad mental”, concepto problemático importado de la medicina mental. Para definir la validez de un trastorno mental discriminado como tal en determinado paciente, resulta necesario un mínimo consenso entre los psiquiatras que sustente que el paciente efectivamente padece ese trastorno.

Esto nos lleva al problema de la confiabilidad diagnóstica, que según su definición estadística radica en el número de utilizadores de la clasificación cuyos diagnósticos aplicados a una serie de casos concuerdan. (Pujó, 2008)

El desacuerdo diagnóstico es un problema frecuente en el campo de la salud mental. Si bien es cierto que la incertidumbre es habitual en el campo de la clínica donde la discusión del diagnóstico diferencial y el tiempo del tratamiento ayudan mucho a su ajuste, en las coordenadas de la investigación resulta más problemático.

A este problema responde la perspectiva que descarta toda teoría explicativa previa, para dedicarse a la descripción empírica de los fenómenos. Este fue el viraje que, según algunos autores (Pujó, 2008; Levy Yeyati, 2014), se tomó a partir del DSM III y el pasaje de la CIE-9, al excluir y desestimar las categorías y conceptos de la teoría psicoanalítica y apuntalar a la teoría cognitivo-comportamental

No se intentaba responder al problema de la validez de los conceptos de las categorías clasificadas sino restaurar la fiabilidad del sistema de diagnóstico, y con ella, la fiabilidad de la propia psiquiatría, como disciplina médica. (Pujó, 2008)

Los problemas técnicos de la fiabilidad, de hecho son más fáciles de resolver que los problemas teóricos y epistemológicos de los conceptos que plantea la cuestión de la validez. Un sistema de clasificación no fiable, no sería considerado válido, pero sería falso deducir que un sistema por ser fiable es válido en sí.

Para Mario Pujó (2008), a los fines de mejorar la fiabilidad del sistema clasificatorio es necesario ejercer una estrategia en un doble sentido. Por un lado, eliminar o reducir al mínimo la dispersión de los criterios diagnósticos, para lo cual se requiere estandarizar los modos de recolección de la información clínica. Por otro lado, ejercer un control efectivo sobre la toma de decisión de los psiquiatras o trabajadores de la salud mental exige sistematizar la modalidad de las entrevistas psiquiátricas. Entonces los cuestionarios y protocolos preestablecidos constituyen un modelo que permite relevar información considerada indispensable con vistas a sistematizar una nomenclatura universal.

Según este autor se podría arbitrar que la racionalidad clínica no opera en este sentido. De hecho, la incertidumbre diagnóstica no es inquietante en la clínica misma y que si bien esa incertidumbre impone una cautela al tratamiento, su propio desarrollo avanza hacia una precisión diagnóstica mayor.

A pesar de la intención de control de la dispersión y pretendida confiabilidad, en los intersticios de la práctica, el desvío diagnóstico suele ocupar un lugar intencional. De hecho, como bien señala Pujó (2008) en esta “área de la medicina” el error diagnóstico es habitual y se justifica en razones humanitarias. El sub-diagnóstico y el sobre-diagnóstico constituyen una práctica frecuente fomentada por el empleo obligatorio de informes para su tramitación oficial. Es así que se apela a un diagnóstico más severo para justificar un tratamiento, asegurar reintegros de cobertura, apelar a la seguridad social o el acceso a derechos en casos de vulnerabilidad social. Por el otro lado el sub-diagnóstico, es decir el recurso a una categoría menos invalidante, tiende a proteger al paciente de alguna forma de estigmatización social o laboral. (Pujó, 2008)

Entonces la validez es siempre el resultado de una definición que es arbitraria e hipotética. Por lo tanto la confiabilidad es también un cociente de las definiciones que se adopten. Por eso, en general, las clasificaciones de los trastornos mentales van acompañadas de “glosarios” donde se describen y cuantifican las variables que se ponen en juego y así formar a los agentes de la clasificación. (Braunstein, 2013)

La categoría trastorno o enfermedad para la clasificación de problemas en salud mental

Para los problemas de salud mental, a nivel internacional, la clasificación de enfermedades adopta la categoría de trastorno mental y la misma es entendida como

malestar, descontrol, limitación, incapacidad, patrón sindrómico, etiología o desviación estadística.

La categoría trastorno mental, adoptada tanto por la CIE-10 como por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría al igual que otros términos de la medicina y de la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. En parte esto se debe a que la nosografía ha trabajado con un concepto de enfermedad positiva, considerando como tal sólo aquello que se puede ver y comprobar porque produce señales y síntomas, descartando por tanto la enunciación de malestar por parte del sujeto si no es acompañada de síntomas discernibles desde un saber técnico-científico. (Augsburger y Gerlero, 2005; Augsburger, 2002, 2004; Gerlero, 1999)

Desde esta clasificación con una concepción positivista de la enfermedad se han dejado por fuera un conjunto de entidades nosológicas y sus lógicas, que sí son reconocidas por la población, como sucede con los llamados síndromes de filiación cultural -“empacho, “mal de ojo” por mencionar algunas-. Además se consideran patológicas o se identifican como enfermedades otras entidades que se vinculan con procesos, formas de desequilibrio, reacciones fisiológicas y psíquicas o constructos sociales que evidencian otras áreas de conflicto, tal como sucede con las dislipidemias, el síndrome pre-menstrual, la disfunción eréctil, la depresión, la obesidad, la anorexia, el tabaquismo, el alcoholismo, la ludopatía o el síndrome de stress postraumático, por citar algunas entidades hoy consideradas patológicas. A su vez, este proceso de medicalización resulta conveniente para la industria farmacéutica como así también intereses de grupos políticos (Hersh y Haro, 2007; Levy Yeyaty, 2014).

Desde otra orientación y en otro plano de análisis, en el marco de los desarrollos que ofrece la antropología -tal como ya fuera explicitado en capítulos anteriores-, Kleinman, Good (1978) y Young (1980), señalan que la distinción entre los términos “*disease*”, “*illness*” y “*sickness*” establecidos en la lengua inglesa tornan visibles otras dimensiones presentes en el proceso de salud - enfermedad (De Almeida Filho, 1992). Este complejo enfermedad - molestia/ malestar (*illness*) – dolencia (*sickness*), pretende superar el reduccionismo biomédico y presupone que los fenómenos de salud ocurren en múltiples dimensiones.

En otras palabras, la clasificación, construida sobre el modelo médico de la enfermedad, elude considerar los contornos arbitrarios que el concepto enfermedad presenta, excluyendo tanto la diversidad cultural como la diversidad histórica.

En este sentido, en el campo de la salud mental y en la coyuntura histórica del devenir de las nuevas demandas, quedarían por fuera de estas clasificaciones la mayoría de los padecimientos, sino es a fuerza de medicalizarlos o psicopatologizar el sufrimiento proveniente de las nuevas formas que adquiere lo social.

La utilización del concepto de morbilidad tiene por característica que el fenómeno medido es la presencia o ausencia de enfermedad según los criterios de codificación médicos, pero impide conocer estados de padecimiento difusos, si no entran en la lógica diagnóstica, o las consecuencias funcionales, psicológicas o sociales del estar enfermo, es decir que se está trabajando con la enfermedad como estado y eludiendo considerarla como proceso dinámico. (Gerlero, 1999)

Sin desconocer que la construcción de un sistema clasificatorio supuso un avance importantísimo para el campo de la Salud Pública y la Epidemiología es necesario un debate que la ubique ya no dentro nociones naturalistas, sino que pueda ser replanteada y ajustada a las exigencias actuales del momento histórico y las realidades locales, saliendo quizá de una pretensión universal. (Gerlero, 1999)

El carácter performativo de la clasificación de los problemas de salud mental

Las nosografías psiquiátricas desde Pinel y Kraepelin se pretendían como una descripción de la realidad. Sabemos que sólo son una categorización de la realidad. La naturaleza no está clasificada. Las clasificaciones no son más que artificios que los hombres introducen en la naturaleza para entenderla y comunicarse, son producto de consensos en determinados momentos históricos. (Braunstein, 2013)

Desde Foucault (1963) podemos afirmar que el nombre hace a la cosa que designa, es decir que funciona como performativo. El diagnóstico no es algo que se encuentra, sino que se emite, es un acto performativo que constituye al sujeto que lo recibe transformándolo en otro del que era antes, a menudo estigmatizándolo (*apud* Braunstein, 2013)

Declarar que alguien está enfermo o se aparta de la normalidad no es un acto neutro.

Más allá de cierta diferencia en los parámetros de “normalidad” entre la medicina general y la psiquiatría, algunos desarrollos teóricos ponen el acento en la relatividad y el

carácter social de lo que se denomina enfermedad y, lo que se considera anormalidad en cada sociedad (Conrad, 1982).

Entonces las enfermedades implican siempre juicios negativos que los seres humanos emiten en relación con condiciones que existen en el mundo natural. Son eminentemente construcciones sociales, creaciones hipotéticas creadas por nosotros mismos. Es decir las enfermedades no existen independientes de quienes las definen.

Conrad afirma que lo que en esta última perspectiva se denomina “*illness*” o, como lo denomina el autor el “morbo”, también es una construcción social, eso explica que haya enfermedad sin morbo o a la inversa morbo sin enfermedad, por ejemplo que en algunas regiones cierta enfermedad de la piel se considere “normal” y no se emita un juicio de enfermedad.

El autor advierte que llamar a algo “enfermedad” en una sociedad tiene consecuencias independientes de la condición biológica del organismo.

Toma también los desarrollos de Talcott Parsons en relación con lo que denomina “el rol del enfermo” y su idea que tanto la criminalidad y la enfermedad son formas de designar comportamientos anormales, aunque con atribución de causas diferentes. La anormalidad que parece como intencionada, se significa como delito, cuando aparece por el contrario como no intencionada tiende a ser definida como enfermedad (Conrad, 1982). Uno de los ejemplos más claros de esta operación en el campo de la salud mental es la criminalización del problema de la drogadependencia. Otros ejemplos pueden ser mencionados, no es lo mismo estar cansado y contar con un diagnóstico de mononucleosis, que estar cansando sin contar con el mismo, el primero lo habilita a uno a ciertas exenciones como no ir a trabajar y con ciertas obligaciones, como sería someterse al tratamiento médico y desear rehabilitarse, diría Parsons en su descripción del “rol del enfermo” (*apud* Conrad, 1982). A su vez desde lo subjetivo cambia la actitud que se tome, en la primera se está habilitado, en la segunda se vive con culpa por la condición.

Aunque parezcan inocentes, en salud mental el problema del diagnóstico y el etiquetamiento producen también un cambio en el que lo recibe, funciona como normalizador de los padecimientos. No es lo mismo ser diagnosticado con “ataque de pánico” que no serlo, por mencionar alguna de las nominaciones multívocas con que aparecen etiquetadas muchas demandas en salud mental.

En tal sentido, los procesos de enfermar no tienen realidad y valor más que en una cultura que la reconoce como tal. La representación que la cultura otorga a la enfermedad

mental, circunscribe el lugar en que ha de constituirse el conocimiento y define la disciplina que ha de encargarse de la misma.

El énfasis en la clasificación y el intento de definir entidades discretas e indiscutibles allí donde sólo hay nomenclaturas, objetos abstractos de conocimiento, forma parte del mecanismo de adquisición de apariencias científicas y se incluye dentro de un proyecto discursivo más amplio de la sociedad postindustrial que es una acelerada medicalización de la vida (Braunstein, 2013; Galende, 2008; Stolkiner, 2013).

Los procesos de medicalización del sufrimiento psíquico

Diferentes aspectos de la vida de las personas son vistos y tratados en términos del “saber médico”, que muestra avalado en cifras estadísticas e investigaciones “científicas” donde está el bien, la salud o normalidad y donde está el mal, la enfermedad.

La medicalización impone una tecnología del manejo de sí y el manejo del cuerpo y alma de los otros en las esferas pública y privada.

Uno de los primeros en acuñar el término medicalización fue Iván Illich (Illich, 1975 *apud* Braunstein, 2013). El autor critica la medicina como engranaje esencial de la sociedad capitalista contemporánea. La medicina es una empresa moral afirmaba, y por lo tanto inevitablemente da un contenido al bien y al mal (Braunstein, 2013).

Otro Autor como Peter Conrad (1982) ubica algunas condiciones para la medicalización de la anormalidad que muestran la expansión y la hegemonía del modelo biomédico. En primera instancia cierto comportamiento debe ser definido como anormal para la sociedad, debe ser identificado como problema para un grupo social con poder. Ciertas formas de control previas son consideradas ineficientes o inaceptables. En general existen datos orgánicos ambiguos sobre la etiología (correlaciones entre factores orgánicos y comportamientos, explicaciones etiológicas, éxito parcial de terapéutica bioquímica). Además, dice el autor que existe cierta complicidad y aceptación por la profesión médica de que el problema entra en su jurisdicción y para ello se destinan fondos para investigación. Por último, diversas áreas de la sociedad se ven beneficiadas (industria farmacéutica, sistema carcelario, educativo, hospitalario) conformando el escenario propicio para la eficacia del proceso. (Conrad, 1982)

Uno de los ejemplos paradigmáticos con los cuales ilustra el mencionado autor este proceso, se encuentra dentro del área de la Salud Mental. Es la medicalización de los llamados síndromes de desatención con o sin hiperactividad en la infancia, conocidos con

la sigla ADD⁹. Esta categoría diagnóstica es relativamente reciente. Fue descrita por primera vez en 1957, se considera el trastorno más frecuente en la infancia y se lo trata con estimulantes.

Quizá lo más importante de este proceso desarrollado por Conrad (1982) sean sus consecuencias: una expansión casi interminable de la jurisdicción médica independientemente de su eficacia, ocultamiento de la función moral y de control social bajo la apariencia del discurso científico, apoyo a intereses de grupos hegemónicos, agenda de investigación e inversión pautada por la fuerte industria farmacéutica. Además se produce una individualización y biologización de los problemas sociales, anulando otras estrategias de intervención así como la comprensión y análisis de las condiciones sociales.

En este sentido la medicalización del problema del sufrimiento psíquico, imprime un reduccionismo, magnifica ciertas dimensiones y oscurece otras, como la producción social de padecimientos, no como una causa más sino como constitutivo.

El ADD muestra nítidamente cómo se anulan otras estrategias de intervención -con la escuela y la familia-, y también cómo se individualiza un problema que tiene claramente una producción social y cultural.

. Los riesgos de la medicalización en la infancia y la adolescencia

Todos estos aspectos mencionados acerca de las clasificaciones de enfermedades cobran una especial relevancia en la infancia y la adolescencia.

Desde el campo de la salud mental se considera que los malestares psíquicos son un resultado complejo de múltiples factores, entre los cuales las condiciones socio-

⁹ ADD corresponde a la sigla en inglés de Attention Deficit Disorder, y encuadra a lo que se conoce como Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En la CIE-10 se encuentra dentro de la categoría más amplia Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F90-F98). Según el manual, este grupo de trastornos se caracteriza por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas. Por trastorno de la atención se entiende una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar y por hiperactividad, se entiende según el manual, una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Según Juan Vasen (2007) el ADD es un mal nombre de un problema de época cada vez más frecuente en las aulas y que tiene que ver con los nuevos rasgos de los niños de hoy, los cambios en la cultura y la temporalidad, la cultura del consumo y la desorientación de las escuelas.

culturales, la historia de cada sujeto, las vicisitudes de cada familia y los avatares del momento actual se combinan con factores constitucionales dando lugar a un resultado singular.

Se considera que los niñ@s y adolescentes son sujetos en crecimiento, en proceso de cambio, de transformación. Están armando su historia en un momento particular, con progresiones y regresiones. Por consiguiente, el diagnóstico precoz del niño o el adolescente puede tender a funcionar como “etiqueta”, y a ser pensado como alguien que va a padecer una patología de por vida.

En este sentido la idea biologicista de desarrollo encuentra su crítica en la idea de devenir. Según Juan Vasen (2011) el enfoque clásico sobre el desarrollo habla de una historia contenida ya desde la semilla, por utilizar la analogía con la biología, el devenir supone que la condición humana no está dada desde el origen, e involucra el “porvenir”, ligado a la idea del azar. La biología humana no es una condición basal, está ligada a la historia y al lenguaje.

Vasen (2011) cita la idea de Alan Badiou para el cual la enfermedad es una situación y no una condición. Si es una situación entonces también intervienen múltiples actores implicados en la misma, y si le agregamos el componente ético, dirá Badiou, el psiquiatra deberá ser un creador de posibilidades, y no un administrador o un clasificador.

En salud mental, a diferencia de la medicina, y la psiquiatría, diagnosticar constituye un proceso en el que también está involucrado el terapeuta. Diagnosticar no es rotular, no es un acto neutro, es un proceso que se va construyendo a lo largo del tiempo y que puede tener variaciones. Para diagnosticar, en este sentido, se hace necesario un análisis detallado de lo que el sujeto dice, de sus producciones y de su historia (Vasen 2011; Pujó, 2008)

Un rotulo temprano, enmascarado de “diagnóstico” puede producir efectos que condicionen el devenir de un niño, en tanto el niño se ve a sí mismo con la imagen que los otros le devuelven de sí, construye la representación de sí mismo a partir del espejo que los otros le ofertan. Y a su vez los padres y maestros lo mirarán con la imagen que los profesionales le den del niño, dando cuenta del carácter performativo y de control social de las clasificaciones. Esto implica una enorme responsabilidad para aquel que devuelve un diagnóstico. (Vasen, 2011)

Las clasificaciones de enfermedad infanto-juveniles hegemónicas intentan, con un concepto de enfermedad objetiva, aislar síntomas y signos, agrupando en síndromes

problemáticas muy disimiles, sólo por su modalidad de presentación parecida, al no tener en cuenta la variabilidad de lo singular.

De hecho, el movimiento de un niño puede ser considerado patológico dependiendo de quién lo observe, un retraso en la adquisición del lenguaje, puede ser un trastorno en sí o un síntoma dentro de una problemática vincular. Esto implica una enorme responsabilidad para aquél que recibe la consulta por un niño según la adscripción teórica de quien lo evalúe.

Por otro lado, otro aspecto a considerar es que la construcción acerca de la niñez y de la adolescencia varía en los diferentes tiempos y espacios sociales. Y la producción de subjetividad es distinta en cada momento y en cada contexto. Por tanto hablamos de adolescencias e infancias en plural.

También es importante considerar que muchas veces el sufrimiento de niñ@s y adolescentes suele ser no percibido o desestimado por los adultos y muchas veces se ubica la patología allí donde hay funcionamientos que molestan o angustian a los adultos o cuidadores, dejando de lado lo que el niño siente. Entonces se suelen ubicar como patológicas conductas que corresponden a momentos en el desarrollo infantil, mientras que se resta trascendencia a otras que implican un fuerte malestar para el niño mismo (Caraveo-Anduaga y otros, 2002).

En la adolescencia este problema recubre consecuencias adicionales debido que muchos problemas sociales se construyen como perteneciendo a este momento particular, así se habla del embarazo adolescente, la violencia juvenil, como si fueran patrimonio de este momento vital.

Los desarrollos anteriores ponen de relieve el carácter de construcción social de la enfermedad mental, iluminando las consecuencias de la tendencia medicalizadora y los problemas del diagnóstico en el campo de la Salud Mental. En el caso de los niñ@s y adolescentes, estos aspectos cobran suma importancia debido a que los niñ@s se encuentran en pleno proceso de subjetivación y un diagnóstico temprano y psicopatologizante puede afectar el devenir del mismo, revelando toda su dimensión performativa, de control social y moral. Esto ubica el debate dentro del campo de la ética como componente de toda práctica social.

La inclusión del sufrimiento psíquico como objeto de la epidemiología

En el análisis del proceso de constitución histórica de la epidemiología en torno a la definición de su objeto se observó la dificultad y la heterogeneidad de posiciones a la hora de definirlo. Sin embargo, podríamos definir a la disciplina como el estudio de la distribución de los procesos de salud-enfermedad en poblaciones humanas, con el fin de poder intervenir sobre ellas para su transformación (Almeida Filho, 1992)

Las controversias giran en torno a definir el objeto como el estudio de la distribución de enfermedad en seres humanos o la distribución de procesos de salud-enfermedad en poblaciones concretas.

Más allá de los aportes de la Teoría Social Crítica que inaugura una nueva mirada en relación a concebir la salud-enfermedad como procesual, incluyendo el carácter histórico y social de los mismos, y de esa manera abriendo toda una perspectiva en relación a la distribución desigual y heterogénea de estos procesos, queda todavía en deuda el análisis de la complejidad de los procesos de salud-enfermedad y por sobre todo una concepción de sujeto que nos permita echar luz sobre los componentes psíquicos de los modos de enfermar, vivir, sufrir y sanar de los grupos sociales. (Augsburger y Gerlero, 2005)

Como ya fuera planteado, en todo el recorrido las nociones de sujeto y subjetividad han estado ausentes de la reflexión conceptual, y a falta de este debate o de esta comprensión, se ha apelado acríticamente a las categorías de persona, individuo o sujeto indiferenciadamente (Augsburger y Gerlero, 2005).

Se desarrolló anteriormente el debate acerca de la inclusión de la subjetividad y su operacionalización, como dimensiones de suma relevancia a la hora de pensar la epidemiología en salud mental, ya que los problemas en este campo se rigen por coordenadas distintas que las enfermedades de carácter orgánico.

La concepción de enfermedad que toma como objeto la psiquiatría y también lo que denominamos la epidemiología psiquiátrica, ha desconocido las transformaciones generadas en el campo de la epidemiología y, en particular en el campo de la Salud Mental.

Durante los años 60 se inicia una línea de pensamiento que rompe con el paradigma hegemonizado por la disciplina médico-psiquiátrica, marcado por la concepción de enfermedad mental y muy ligada a la práctica asilar, este nuevo campo que es sede de profundas transformaciones tanto en los conceptos como en las prácticas es analizado por muchos autores (Galende, 1990; Stolkiner, 1996; Augsburger y Gerlero, 2005)

Este nuevo campo de saberes y prácticas en construcción está signado por la contribución de muchos otros saberes y disciplinas como el psicoanálisis, la antropología, la sociología, que rompieron con la hegemonía de la medicina mental y sus prácticas.

Contribuyeron a esta transformación distintos movimientos como la psiquiatría comunitaria americana, la política del sector en Francia, la psiquiatría democrática en Italia y los movimientos de desinstitutionalización en Inglaterra e Italia. Se retomaban las cuestiones señaladas por el movimiento de Higiene Mental de principios de siglo y las propuestas alternativas al manicomio, como así también propuestas y políticas dentro de los principios del Estado Benefactor.

Los ejes más relevantes a este análisis implicados en la propuesta de la reformulación del campo de la Salud Mental, siguiendo a Augburger y Gerlero (2005) tienen que ver principalmente con:

- La aparición y la configuración de nuevas demandas en Salud Mental para las cuales la psiquiatría no posee respuesta dentro del modelo de la cual es subsidiaria, es decir el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1998). Las violencias, el alcoholismo y las adicciones, y padecimientos ligados a nuevos patrones culturales.
- Los cuestionamientos al concepto de “enfermedad mental” y las categorías diagnósticas, como así también la exclusión de conceptualizaciones acerca de la salud mental. Esta apertura permite incluir el sufrimiento psíquico dentro de la vida cotidiana de quienes lo padecen, e incorporar la lógica procesual.
- La apertura a otros campos de saber fuera de las ciencias naturales. Comienzan a cobrar protagonismo los aportes del psicoanálisis, la antropología la sociología y la crítica a las “Instituciones totales” y la “neo- enfermedad” producida por el aislamiento (Goffman, 2007).

Se complejiza la mirada sobre los problemas, se corre el foco hacia la recuperación y el protagonismo de los sujetos en este procesos, generándose todo un abanico de nuevos dispositivos.

Es así, que la propuesta de reconocimiento del sujeto desde una perspectiva teórica obliga a la epidemiología en salud mental a replantear la dicotomía salud-enfermedad como situaciones estáticas, postulando la categoría de sufrimiento psíquico (Augburger y Gerlero, 2005)

Salir de la mirada dicotómica, permite también incluir toda una serie de situaciones que no consiguen ser encasilladas dentro de una u otra, asimismo permite recuperar el carácter histórico, dando visibilidad a las condiciones cotidianas que le dieron origen.

Los conceptos de sufrimiento, malestar, padecimiento encuentran amplios desarrollos teóricos desde múltiples autores (Galende, 1990; 1997, Berlinguer, 2007; Burin, 1991, 2010; Freud, 1930; Kleinman y Good, 1978; Dejours, 1990, 2013)

Emiliano Galende, uno de los autores que aporta sobre el sufrimiento psíquico, sostiene que junto a los cuadros considerados clásicos como las psicosis, emergen formas de expresión de sufrimiento que no pueden ser enmarcadas o leídas dentro del modelo médico de enfermedad mental. Habla principalmente de las dificultades para enamorarse, de las dificultades de la vida en pareja. La insatisfacción con las vidas actuales, la soledad, la frustración en el trabajo, las dificultades vinculares y otros conflictos que no pueden ser abordados encasillándolos dentro de las clasificaciones nosográficas (Galende, 1990, 1997)

Desde la perspectiva del psicoanálisis, como bien puntualiza Augsburger (2002), Freud en *El malestar en la cultura* (1930) habla del sufrimiento psíquico como proveniente de tres fuentes fundamentales: desde el propio cuerpo, desde el mundo exterior y la naturaleza, y desde los vínculos con otros seres, que paradójicamente es la fuente de mayor felicidad, garantías y seguridad, pero también de mayor producción de sufrimiento y dolor. Hay respecto de la vida con los demás la misma ferocidad que se puede encontrar en las catástrofes naturales o la enfermedad orgánica. Es por eso que Freud llega a la conclusión de que la felicidad no estaría en el plan de la creación y que la salida más sensata no sería buscar la felicidad, sino, en cambio disminuir o apaciguar el sufrimiento. (Wlosko, 2014)

Otra cuestión que aparece en relación a la lectura de Freud es que existe un malestar estructural inherente a la cultura y a la constitución del psiquismo, por lo tanto inevitable. Este malestar estructural se modifica en función de las particularidades de cada época y de lo histórico social dando lugar a la producción de diferentes subjetividades. Lo que sostienen algunos autores (Bleichmar, 2005; Franco, 1999 *apud* Wlosko, 2014) es que la época actual da lugar a un tipo de sufrimiento ligado a un más allá del malestar estructural, por la transformación de ciertas instituciones que otorgaban el amparo de legalidad y ordenaban los vínculos con los otros (Wlosko, 2014).

Bleichmar (2005) habla de un “malestar sobrante” dado por el hecho de que las profundas mutaciones históricas de los últimos años dejan a cada sujeto despojado de un proyecto trascendente que posibilite, de algún modo, avizorar modos de disminución del malestar o el sufrimiento reinante. Según la autora lo que garantiza soportar el malestar estructural es la garantía futura de que algún día cesará. Las consecuencias de este

malestar sobrante se ven en nuestra sociedad en el hecho de que los niños han dejado de ser los depositarios de los sueños fallidos de los adultos, aquellos que encontrarían en el futuro un modo de remediar los males que aquejaban a la generación de sus padres y se los prepara para sobrevivir en un mundo que se piensa peor y más cruel (Bleichmar, 2005).

Las nuevas demandas en salud mental requieren ser pensadas dentro del contexto histórico y social en el que emergen sin necesariamente ser traducidas a procesos psicopatológicos. La categoría de sufrimiento psíquico dentro de la epidemiología permitiría echar luz sobre todos estos problemas que dentro de una epidemiología clásica no ha sido abordada. El sufrimiento psíquico no conduce necesariamente a la enfermedad mental, puede tanto precederla como también no coincidir con ella (Augsburger, 2002).

No existe constitución del psiquismo sin sufrimiento, ya que es parte de la incompletud humana. De esto se desprende que el sufrimiento forma parte de lo que llamamos “normalidad”. Dejours (1990,2013) denomina a esto “la normalidad en el sufrimiento”, y agrega que la normalidad es una construcción, es un equilibrio frágil entre el sufrimiento y las defensas que se ponen en marcha contra el mismo. El sufrimiento no constituye enfermedad, sino que es parte de la experiencia subjetiva de la normalidad. Lo que puede convertirse, según este autor, en enfermedad son los destinos de estas defensas, es decir los modos de respuesta subjetiva frente al sufrimiento.

En la misma línea que Dejours, Pascale Molinier (2014) habla de la vulnerabilidad y el sufrimiento como condición común de la humanidad, y sostiene que lo que define a la humanidad es la dependencia de los demás. Esto, dice la autora se opone al valor neoliberal de la autonomía y requiere dejar de pensar que la autonomía personal va a ser la solución de nuestros males.

Mabel Burin (2010) desde el campo de los estudios de género y subjetividad, desarrolla la noción de malestar en las mujeres, como una noción que puede sortear la dicotomía salud-enfermedad, ya que se ubica como transicional entre sano-enfermo, normal-patológico u objetivo-subjetivo.

Ya que no es posible concebir la subjetividad aislada de la cultura y la vida social que la produce y a su vez es producida por ella, para comprender las formas actuales que adquiere el padecimiento psíquico, es necesario interrogar y analizar las formas culturales y los cambios profundos en la vida cotidiana tanto como los modos subjetivos de afrontarlos, de defenderse o de abordarlos de los grupos sociales.

Aspectos relacionados a la familia, al trabajo y a la escuela como instituciones fundantes de subjetividad y productoras de relaciones sociales concretas, serán fundamentales analizar a la hora de comprender el sufrimiento y sus escenarios concretos de producción, junto con las drásticas transformaciones que han sufrido en los últimos años.

Este debate acerca de la complejidad del objeto de la epidemiología en salud mental lleva indefectiblemente a pensar e incluir metodologías y diseños de investigación también complejos.

Para incluir la vida cotidiana como escenario concreto de producción de sufrimiento, las significaciones y representaciones acerca del malestar, los modos particulares de respuesta frente a este sufrimiento, los contextos de desigualdad en los que se distribuyen los modos de sufrir y enfermar, será necesario integrar otros modos de abordaje que constituyen especificidades de otras disciplinas, como por ejemplo las etnografías en la antropología, los análisis de narrativas, los grupos focales, etc. Muchos autores hablan de un diálogo y una complementariedad para abordar la integralidad de dimensiones del proceso de salud- enfermedad. Pese a ello, todavía existe cierta carencia de estudios que aborden integralmente todos los aspectos, reconociendo la subjetividad como una de estas dimensiones. Tampoco existen muchos estudios que complementen el arsenal de metodologías de la antropología y la epidemiología, es decir la interface epidemiología y ciencias sociales.

Todo esto señala, sin duda, la complejidad del objeto y nos fuerza al diálogo con otras disciplinas y a la creatividad, sin que eso signifique una subestimación de los métodos.

La inclusión del sufrimiento psíquico en estudios epidemiológicos que abordan la problemática infanto-juvenil

En acápites previos, se han planteado las dificultades para incluir la dimensión del sufrimiento psíquico y la subjetividad. Sin embargo, se destacan estudios epidemiológicos que con la aplicación de las encuestas de morbilidad referida o percepción de malestar y/o salud expresada, proponen circunscribir las problemáticas de salud mental.

Estos estudios son los que más se acercan a la intención de operacionalizar la categoría de sufrimiento psíquico desde la perspectiva de los propios sujetos. En general

estas investigaciones recuperan las palabras con las que las personas significan los problemas de salud-enfermedad mental, desde sus propios valores y en relación a sus vidas cotidianas, a los vínculos con los otros y con sus propios cuerpos.

Son estudios que se realizan sobre grupos pequeños y sin intenciones universalistas de comparación.

Un antecedente de este tipo de estudio es el Lauridsen y Tanaka (1999), titulado: “Morbilidad referida y búsqueda de ayuda en los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia”, llevado a cabo en la zona del Gran San Pablo, Brasil. El objetivo del trabajo fue evaluar las quejas en relación a “problemas de los nervios” en la población de 1 a 19 años. Fueron estudiados 141 niños y adolescentes, que refirieron quejas de una muestra mayor de 3.158 individuos.

En el estudio se analizaron, en primer lugar los tipos quejas y las causas imaginadas; en segundo lugar, las variables sexo y edad, como así también la presencia de otras quejas, la composición familiar, el lugar de residencia, datos socio-demográficos y la variable migración. Por último relevó la conducta familiar en relación a la queja y los factores relacionados a la búsqueda de ayuda o no por parte de la familia.

Otro estudio que se ubica en una línea similar es el de Caraveo-Anduaga y otros (2002) acerca de “Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de México”. El mismo se enfoca sobre la percepción de la necesidad de atención y la búsqueda efectiva, ya que en el caso de los niñ@s y adolescentes estas dependen mayoritariamente de los padres, familiares o algún otro responsable del ámbito escolar o de otras instituciones. Se estimó la prevalencia de las manifestaciones sintomatológicas emocionales o conductuales reportadas acerca de niñ@s y adolescentes de 4 a 16 años en el Distrito Federal, se evaluaron cuáles fueron percibidas por los padres como necesidades potenciales de atención para sus hijos y cuál fue la búsqueda efectiva de ayuda.

Ambas investigaciones resultan de sumo interés, para el presente estudio, en tanto cuestionan la categoría de “caso” en el diagnóstico de salud mental y con ello la confiabilidad y validez de los sistemas clasificatorios en la infancia y la adolescencia.

El estudio de Lauridsen y Tanaka (1999) permite situar que la investigación epidemiológica de trastornos mentales en la infancia y adolescencia tiene características y dificultades propias. Entre las dificultades que se encuentran, los autores refieren: a) la dificultad para afirmar que conducta es “enferma” o no en esta franja etaria, qué debería ser considerado normal, b) el uso de la categoría “desarrollo”, relacionado a la edad, tiene

amplias críticas y se la contrapone desde el psicoanálisis a “devenir” (Vasen J., 2011), C) los autores sitúan, el factor relacionado a los informantes, quiénes son los que hablan del niño, será distinto si los que refieren la queja son la madre, los pediatras, los maestros, o los propios niños y adolescentes, es decir se tiene en cuenta el punto de vista del actor. D) sitúa las dificultades de elección de los instrumentos de recolección, los cuestionarios, entrevistas, etc. Por último, ubica los diferentes estudios que se hicieron en este campo y subraya los análisis de “morbilidad referida” como una alternativa para sortear las dificultades enunciadas, porque en general estos estudios son realizados por legos y la definición de “caso” la hacen los propios entrevistados, lo que posibilita conocer las representaciones que elaboran las personas, la demanda reprimida y la capacidad de los padres para reconocer estos problemas y buscar ayuda o no.

La categoría “motivo de consulta”, se encontraría un paso más adelante, debido que según los autores, antes de que una queja sea motivo de consulta o una demanda de ayuda al sistema de salud, se deben atravesar varios filtros.

Este concepto de filtros en la atención es tomado de Goldberg y Huxley (1980), Lauridsen y Tanaka (1999) encuentran que la tasa de prevalencia de quejas en su estudio es mucho más baja que en los estudios tradicionales donde se utilizan los criterios diagnósticos del DSM, en los que las tasas varían entre el 17 % y el 22 %, mientras que en el presente estudio la tasa de prevalencia fue del 4,7%. Esta diferencia puede ser explicada con el modelo de los filtros, para que una persona acuda a un profesional de salud mental, debe atravesar diferentes niveles, dicen los autores, primero el reconocimiento del propio paciente y su decisión, luego el reconocimiento del problema por parte del médico clínico y su decisión de derivarlo a salud mental o no, y por último la decisión de realizar un tratamiento o no del profesional especializado.

Es decir que el motivo de consulta ya habla de un atravesamiento de varios filtros. Según los autores y los resultados del estudio el 22 % de las familias consulta. En el caso de los niños y adolescentes el reconocimiento de las quejas o el sufrimiento queda supeditado al reconocimiento de los padres o la legitimidad que le concede el modelo de atención predominante. De esto da cuenta Menéndez (1988) al afirmar que una de las funciones del Modelo Médico Hegemónico es normalizar los padecimientos legitimando un repertorio del cual las personas hacen uso como llave de entrada al modelo.

El estudio de Caraveo-Anduaga y otros (2002) rescata como cuestión de interés, que las quejas referidas por los padres sobre los niños, tienen más que ver con manifestaciones de externalización, es decir llanto, agitación, temores, cuestiones

conductuales más visibles. Ubican que las manifestaciones de internalización principalmente las relacionadas con la angustia o el ánimo, se reconoce una mayor demora en la demanda de atención. Ponen en evidencia que la búsqueda de atención se emprende con un retraso considerable; esto es, de un año para los trastornos emocionales y de hasta ocho años para el retraso mental (Caraveo-Anduaga y otros, 2002).

En ambas investigaciones epidemiológicas, se muestra que el sufrimiento infantil suele ser no percibido por los adultos y muchas veces se ubica la patología allí donde hay funcionamientos que molestan o angustian a los adultos, dejando de lado lo que el niño siente. Es frecuente que la búsqueda de ayuda tenga más que ver con las necesidades de los adultos más que la de los niños.

Capítulo 4

El análisis de los Motivos de consulta en salud mental como expresión de sufrimiento psíquico

En el desarrollo del presente trabajo se problematizó el tema del diagnóstico en salud mental, especialmente en los niñ@s y adolescentes, se ubicaron los problemas de las Clasificaciones internacionales, específicamente la CIE-10 y se describieron estudios de morbilidad referida, que sortean algunos de estos problemas debido a que posibilitan relevar las representaciones de las propias personas acerca del sufrimiento percibido, sus experiencias de percepción y significaciones.

Los motivos de consulta permiten sortear los problemas del diagnóstico y nos acercan a cernir el sufrimiento que lleva a las personas demandar atención a los servicios de salud.

Por lo cual, se hizo necesario analizar la categoría “motivos de consulta” como expresión de sufrimiento psíquico desde la perspectiva de los registros institucionales para luego compararlos con la clasificación producida con los motivos de consulta elaborados desde la CIE- 10.

A tal efecto, la categoría Motivos de consulta requirió de convertirse en otra UA de nivel sub-unitario. El sistema clasificatorio producido a partir del texto referido por los consultantes en los registros internos, requirió de un tratamiento y análisis cualitativo.

Como ya reflexionamos en capítulos previos la necesidad de incluir la subjetividad en nuevos diseños metodológicos de la epidemiología que den cuenta de la misma, nos lleva a recurrir a las principales contribuciones en relación con los métodos cualitativos de Cecilia De Souza Minayo (2013).

El objeto principal de discusión son las *Metodologías de Investigación Cualitativa*, entendidas como aquellas capaces de incorporar la cuestión del SIGNIFICADO y de la INTENCIONALIDAD como inherentes a *los actos*, a *las relaciones*, y a *las estructuras sociales*, siendo estas últimas consideradas, tanto en su advenimiento como en su transformación, como construcciones humanas significativas. (Minayo, 2013:20)

El significado y la intencionalidad de los motivos que llevan a la consulta en salud mental, entendida como una práctica social cargada de sentido, dan cuenta de la subjetividad que se juega en esa práctica misma. Por lo que el abordaje de esta categoría es coherente con la necesidad de un tratamiento cualitativo de la misma.

La autora nos advierte que la investigación es un proceso social que involucra consecuencias teóricas y prácticas en el abordaje de lo social. El desafío metodológico de

este estudio consistió en operacionalizar la categoría motivos de consulta, como propuesta para una epidemiología en salud mental que contemple los aspectos subjetivos, intentando no caer en un reduccionismo o positivismo que los sintetice en datos estadísticos, ni tampoco por el otro lado renunciar al análisis de regularidades que nos aporta la epidemiología junto con la estadística. Cualidad y cantidad son abordados como aspectos inseparables e interdependientes.

Consideramos los Motivos de Consulta como una categoría analítica en el sentido que lo describe Cecilia Minayo (2013):

Las *categorías* son conceptos clasificatorios. Se constituyen como términos cargados de significación, a través de los cuales la realidad es pensada de forma jerarquizada. Todo ser humano clasifica la sociedad y los fenómenos que vivencia. El cientista lo hace de forma diferenciada: crea sistemas de categorías buscando encontrar una unidad en la diversidad y producir explicaciones y generalizaciones. (Minayo C., 2004:147)

Esta categoría analítica es central ya que en si misma tiene la potencialidad de guiar la reflexión teórica y de constituir una referencia eficaz para el conocimiento del objeto en sus aspectos generales.

Es de mencionar como antecedente de la investigación epidemiológica sobre motivos de consulta el trabajo de Sandra Gerlero (1999) en instituciones públicas municipales de la ciudad de Rosario. Al respecto la autora refiere que la multivocidad de los registros y las lógicas que encubre esta variable tornan difícil la proporción de información acerca de la prevalencia de determinados fenómenos, su distribución social, etaria, económica o cultural.

Lo que se observa en el estudio mencionado es que el motivo de consulta está determinado por diferentes lógicas y racionalidades de registro de acuerdo a la adscripción teórica que orienta la práctica de los psicólogos como también los perfiles institucionales de los servicios de asistencia y acuerdos o consensos institucionales previos entre los profesionales.

Gerlero (1999) encuentra diferentes modos de categorizar y clasificar los motivos de consulta por los diferentes profesionales: por ejemplo diagnóstico según patología orgánica (en un hospital especializado en infecto-contagiosas), diagnóstico según patología psíquica o modalidad de estructuración subjetiva (neurosis, psicosis), fenómeno o estado psicopatológico (entonces podrán ser síntomas como angustia, crisis emocional, etc.).

Otra modalidad adoptada en otros establecimientos de salud describe situaciones problemáticas en diferentes ámbitos, como por ejemplo: la familia, el ámbito social o el escolar. Es de mencionar también que algunos profesionales consignan el motivo de consulta con el nombre del programa y entonces consignan Adolescencia por el programa destinado a tal grupo etario.

En relación con la adscripción teórica de los psicólogos la autora encontró que aquellos que se encuentran dentro del marco teórico del psicoanálisis registraron más del 50 % de los motivos de consulta según la categoría de signos y síntomas, seguido de la categoría sobre la descripción de la situación problema abarcando el 30 % de los motivos restantes.

Por otro lado, las categorías con las cuales se configura el modo de registrar están íntimamente relacionadas con las concepciones de salud-enfermedad que tienen los psicólogos, ya que como menciona Gerlero (1999) citando a Matus, es la teoría la que determina las posibilidades y los marcos metodológicos, delimitando el espacio de lo posible.

Entonces, según, la autora, estas concepciones pueden ser agrupadas en tres grandes grupos:

- . aquellos que piensan que el malestar o la enfermedad psíquica es explicable sólo en una dimensión intrapsíquica, y que su análisis etiológico remite a dicha dimensión individual.
- . aquellos que entienden que las situaciones sociales actúan como desencadenantes de conflictos psíquicos, en la medida que tensionan a los individuos. Pero esta dimensión social guarda una relación de exterioridad a los sujetos, pasibles de ser influenciados.
- . aquellos que entienden que los malestares y sufrimientos que afectan a la subjetividad se hallan atravesados necesariamente por una dimensión social, interviniendo la misma en la generación de la consulta en salud mental.(Gerlero S.; 1999: 60)

Cómo ya se mencionó, las maneras de concebir las teorías etiológicas del objeto salud-enfermedad y la dificultad en la incorporación de lo sociocultural fueron orientando la producción epidemiológica en salud y en el campo de la salud mental, desde la teoría miasmática a la Medicina Social, pasando por la multicausalidad hasta el modelo más complejo de las “cajas chinas” (Susser, 1996).

Otra investigación, que abona a problematizar la epidemiología en el campo de la salud mental, es la desarrollada por Cecilia Augsburg (2004). En el trabajo analizó los esquemas teóricos y operativos con los que intervienen los profesionales de la salud

mental en el municipio de Rosario. Buscó conocer cómo la formación científica que reciben los psicólogos se adecuaban o no a las categorías propuestas para identificar, diagnosticar y clasificar los “trastornos mentales” desde las clasificaciones propuestas por la CIE o el DSM. Se analizaron los marcos conceptuales e ideológicos que orientaban las prácticas profesionales sobre dos ejes principales: la concepción del proceso de salud enfermedad mental, y la racionalidad utilizada para la construcción de los diagnósticos. Según este estudio de caso, la racionalidad para clasificar estaba signada por la formación psicoanalítica que contempla otra definición de diagnóstico que difiere del diagnóstico de la medicina. En efecto, las expresiones de los profesionales hacían visibles las dificultades que ellos encontraban a la hora de elaborar un diagnóstico. Los conceptos utilizados provenían de su formación en el campo del psicoanálisis, tomando como categoría analítica lo que denominan estructuras psíquicas. Se describían entonces las categorías utilizadas como psicosis, neurosis, perversión, neurosis obsesiva, histeria, etc. Haciendo la distinción que los juicios diagnósticos no referían, en ésta perspectiva teórica a entidades patológicas sino a procesos de estructuración psíquica, lo que resulta ampliamente divergente de las propuestas clasificatorias adoptadas internacionalmente (Augsburger, 2004)

Lo que arroja esta investigación es que:

La asimetría existente entre los esquemas referenciales del conjunto de profesionales de la salud mental y los marcos teóricos de construcción de las taxonomías más difundidas da cuenta de un claro obstáculo para el desarrollo de estudios epidemiológicos en el contexto local. Obstáculo que no debe ser mirado sólo en forma restricta, al caso del municipio de Rosario en estudio, sino que da cuenta de un conflicto que atañe al espacio de la epidemiología en salud mental como campo de conocimiento. (Augsburger, 2004:78)

Por otro lado, adscribir acríticamente a las taxonomías heredadas de la medicina mental, también supone un obstáculo a la generación de conocimiento acerca el padecimiento de los grupos poblacionales:

La sujeción acrítica a las taxonomías internacionales vigentes no representa sólo un problema de índole metodológico, sino que tiene consecuencias en las posibilidades concretas de elaboración de nuevos conocimientos. Lo resultados hallados en el diagnóstico de la realidad local muestran que los profesionales reconocen el sufrimiento como la expresión de los problemas de salud mental y que ese padecimiento no puede ser decodificado en término de enfermedad. (Augsburger, 2004:78)

En los Centros de Salud de la CABA es utilizado el sistema de registro el Sistema de Información de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (SICeSAC) que contiene los motivos de consulta categorizados según la CIE-10. Existe un consenso entre todos los profesionales que determina una total adherencia al sistema de registro. En el Centro de Salud abordado en la tesis, por un lado se elaboran los registros oficiales de la asistencia individual y grupal en los que se pueden consignar hasta tres diagnósticos presuntivos y por otro lado existe un registro interno de consultas donde constan datos como fecha de la admisión, edad, n° de historia clínica, teléfono, motivo de consulta, derivador y resolución de la admisión. En este registro interno, anteriormente se consignaban los motivos según problemas, signos y síntomas, o estructuras psicopatológicas, y se hallaban registros de: neurosis, angustia, psicosis, descompensación, problemas en la escuela; pero sin existir criterios consensuados, lo que tornaba difícil una clasificación y una aproximación epidemiológica.

Paralelamente, en los registros oficiales luego de varios encuentros para acordar criterios, existe un mayor grado de consenso, pese que el problema no ha sido resuelto a la actualidad.

Es así que, al momento actual en el Centro de Salud analizado, se utilizan los criterios diagnósticos consignados en el apartado de los “Trastornos mentales y del comportamiento” consignados con la letra “F”. Estas lógicas de clasificación basadas en lo considerado “trastorno” o “desviación” no resultan sensibles a la hora de poder describir el sufrimiento, las condiciones de su generación, y la dimensión subjetiva. Sumado a este obstáculo, la falta de conocimiento del Manual, que requiere de cierta experticia a la hora de clasificar dentro de sus taxonomías, hace que la categorización resulte poco confiable y hasta errónea.

Por otro lado, también se utilizan los criterios incluidos en el acápite de los “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud”, - consignados con el código “Z”-, que si bien implican variables sociales, no permiten identificar el padecimiento que podría estar asociado a las condiciones sociales, ya que sólo están demarcadas dentro de la lógica de problemas.

Es de mencionar que la lógica de problemas se presenta superadora en relación a lo que sería un diagnóstico acorde a alguna clasificación internacional de morbilidad. Al decir de Cecilia Augsburger:

Las nociones más abarcativas de «problema de salud», o de «situación problemática» son una opción a debatir. Uno u otro permitirían incluir

situaciones de la vida en familia o de la vida social en general, sin que esas situaciones sean consideradas patologías o disfunciones. Indicar la temporalidad del problema como activo o pasivo, permitiría recuperar su condición de proceso. Y por último, daría lugar a reconocer las facetas subjetivas u objetivas de los problemas según la ubicación de quién lo evalúa, sean los sujetos afectados, o los profesionales. (Augsburger, 2004:78)

De hecho, en la actualidad las categorías que se utilizan con mayor frecuencia son las consignadas en el código “Z”, debido que existe en el equipo cierta problematización y debate acerca de la categoría trastorno o enfermedad mental, como categoría natural y a-histórica.

A partir del 2011, se resuelve realizar un enfoque epidemiológico sobre los registros internos, donde se comienza a consignar brevemente el motivo de consulta según lo relatan los que concurren a la consulta y produciendo un texto.

La duplicidad del motivo de consulta

Tomando los desarrollos de Cecilia Minayo (2013) consideramos al texto producido en los registros internos, como unidad de análisis, según lo desarrolla la Teoría del Discurso como:

... unidad compleja de significaciones. Un texto puede ser una simple palabra, un conjunto de frases o un documento completo. El *Texto* se distingue del *discurso*. En tanto este último vocablo designa un concepto teórico-metodológico, el primero es utilizado como concepto analítico. El *discurso* es el lenguaje en interacción, con sus efectos de superficie y representando relaciones establecidas. El *texto* consiste en el discurso acabado a los fines del análisis. Todo texto, en tanto *corpus* es un objeto completo. A partir de él son realizados recortes posibles. Como objeto teórico, sin embargo, el *texto* es infinitamente inacabado: el análisis le devuelve su incompletitud, atraído por un juego de múltiples posibilidades interpretativas, por el contexto que lo generó, por la ideología impregnada en él y por las relaciones de los actores que lo tornan posible. (Minayo, 2013: 263)

Coincidimos con Minayo en que este texto es el espacio más adecuado para observar e incluir la dimensión de la subjetividad o el componente subjetivo, ya que permite observar y analizar el fenómeno del lenguaje, como totalidad.

Según la autora:

Esa totalidad se revela en tres dimensiones de argumentación: (a) *relaciones de fuerza* donde se demarcan lugares sociales y posición relativa del locutor y del interlocutor; (b) *relación de sentido*, constituyendo la intervenculación existente entre este y otros discursos como en un “*coro de voces*” que se esconde en su interior; (c) *relación de anticipación*, que se refiere al movimiento del hablante, previendo la reacción de su interlocutor: cualquier habla tiene en mente un oyente y su reacción. (Minayo, 2013: 263)

El texto producido en los registros articula estas tres dimensiones. En relación a estas, se pudieron construir dos elementos distintos y recortables.

Por un lado lo que dimos en llamar las “manifestaciones psíquicas del sufrimiento” y por el otro “las condiciones de producción del sufrimiento”.

Estos dos elementos fueron considerados y tratados como categorías empíricas, según las conceptualizaciones de Cecilia Minayo (2013). Estas categorías fueron construidas *a posteriori*, a partir de la comprensión del punto de vista de los actores sociales.

Las *categorías empíricas* son clasificaciones que contienen una doble elaboración: son, ante todo, expresiones clasificatorias que los actores sociales de determinada realidad construyen y les permiten dar sentido a sus vidas, sus relaciones y sus aspiraciones. Por lo tanto emanan de la realidad. Por otro lado, son elaboraciones del investigador, es su sensibilidad y agudeza, lo que le permite comprenderlas y valorizarlas, en la medida en que va develando la lógica interna del grupo (objeto) investigado y descubre esas expresiones, las explora y sobre ellas crea construcciones de segundo orden. Generalmente, cuando un investigador consigue aprehender y comprender las categorías empíricas de clasificación de la realidad del grupo investigado, percibe que están colmadas de sentido y de claves para la comprensión teórica de la realidad en su especificidad histórica y en su diferenciación interna. (Minayo, 2013:148)

Las personas cuando se presentan a la primera entrevista y ante la pregunta acerca del motivo de la consulta, exponen las manifestaciones de su sufrimiento o del adolescente al cuál llevan al servicio de salud. Estas manifestaciones ya han pasado por un proceso de objetivación de parte del que lo enuncia. Las personas se dirigen al psicólogo para dar cuenta de algo del sufrimiento y para ello como dice Menéndez (1988) hay disponibles un repertorio de padecimientos pasibles de ser enunciados como “llave maestra” para la atención o para que el modelo de atención los reconozca como tales, revelando la dimensión relacional y de sentido que también refiere Cecilia Minayo (2013).

En la entrevista de admisión se mencionan estos síntomas o signos que se consideran “anormales” o pasibles de la consulta con un profesional de la salud mental y además se refieren otras situaciones que a veces las personas asocian a la manifestación de sufrimiento de manera explícita y otras veces no, pero de todas maneras son contadas al profesional a manera de contexto. Estas últimas son las que hemos denominado “condiciones de producción del sufrimiento”, que si bien no necesariamente guardan una relación de causalidad con el padecimiento, se las mencionan porque las personas vislumbran alguna relación o asociación con las mismas.

Estas dos categorías empíricas son las que conforman el motivo de consulta en salud mental como categoría analítica central.

Para tal fin se procuró registrar este texto respetando las palabras que las personas utilizaban, en el desafío de repensar y construir nuevas categorías clasificatorias que resulten superadoras de aquellas organizadas en relación con las entidades mórbidas o taxonomías biologicistas y que habían sido construidas eludiendo los puntos de vista o representaciones del paciente (*illness*) o las significaciones socioculturales acerca del padecimiento de los grupos humanos (*sickness*). Esta idea se apoya también en los posicionamientos de diversos autores (Berlinguer, 2007; Geertz, C. 1983; Kleinman A., 1988; Hersch y Haro, 2007), que proponen superar la perspectiva “objetiva” que consideraría la existencia de enfermedades sin sujetos a partir de abordar el punto de vista de del enfermo, cómo la enfermedad es vivida y afrontada, qué consecuencias tiene para el sujeto y que comportamientos suscita en los otros.

A partir de finales del año 2010 asumo las admisiones de los adolescentes que demandan atención por salud mental en el CeSAC. Inicialmente elaboro ad hoc un registro con la intención de respetar el punto de vista y la narrativa del que padece. Luego, a partir de los datos relevados y acumulados, y de los fundamentos de las teorías que formaron parte de la elaboración de los referenciales conceptuales, se construyeron las dos categorías empíricas mencionadas.

...para poner en duda las ideas evidentes anteriormente y para verificar, en qué medida el momento pos-trabajo de campo le exige la profundización de otros temas. Así, el investigador construye una nueva aproximación al objeto: el pensamiento antiguo (proveniente de la fase exploratoria) que es negado, pero no excluido, encuentra otros límites y se ilumina en la elaboración del momento presente. Lo nuevo contiene a lo antiguo, incluyéndolo en una nueva perspectiva (Minayo, 2013:290)

Construcción de la clasificación de las categorías empíricas: “manifestaciones psíquicas / condiciones de producción del sufrimiento”

La clasificación en su conjunto siguió el siguiente orden, al que podemos pensar en momentos según lo plantea Cecilia Minayo (2013) en la investigación cualitativa:

- 1- Lectura horizontal y exhaustiva de los textos. De este momento clasificatorio y en diálogo con la teoría y el material surgieron las categorías empíricas.
- 2- Lectura transversal de cada categoría empírica o subconjunto. Se fue agrupando cada categoría empírica en subconjuntos o temas por semejanzas, en un primer momento intentando no perder la multiplicidad en el esfuerzo generalizador. Luego se intentó extraer y clasificar en unidades más generales. Cada categoría empírica fue clasificada desde una doble mirada y dos grandes ejes teóricos: según el punto de vista de la población que consulta y según la descripción del capítulo V sobre “Los trastornos mentales y del comportamiento” de la CIE-10.
- 3- Análisis final. Las etapas de ordenamiento y clasificación demandaron una profunda inflexión sobre el material empírico, que debe ser considerado el punto de partida y el punto de llegada de la comprensión y de la interpretación. Se generaron grandes temas en el ejercicio de generalización. Esta etapa también combinó el análisis cuantitativo. Se complementaron los dos abordajes, cantidad y cualidad, ya que se asumió la dialéctica entre la cualidad de los hechos y de las relaciones sociales como propiedad inherente. Cantidad y cualidad fueron consideradas en este abordaje inseparables e interdependientes.

. La categoría “Manifestaciones psíquicas del sufrimiento”: Clasificación y reclasificación

Según Tort (Tort, 1989 *apud* Barreto, 1998) el acto clasificatorio se centra en dos principios fundamentales, las relaciones de similitud o metonimia y las relaciones de diferencias o metafóricas. Según el autor, la metáfora y la metonimia son los gestos nucleares de toda actividad de pensamiento más elemental.

Si hemos avanzado en la comprensión de los procesos de salud-enfermedad, sobre la determinación social y cultural del sufrimiento psíquico, se ha acumulado

conocimiento acerca de la heterogeneidad de representaciones alrededor de lo que construyen las poblaciones, pero es necesario avanzar sobre una manera diferente de clasificar que incluya nuevas metáforas o metonimias sobre el padecimiento subjetivo, al decir de Barreto:

.. 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. (Barreto M., 1998 *apud* Augsburg C., 2004:74).

Uno de los supuestos que orientó esta investigación fue que lo que hasta ahora había caído dentro del terreno de lo no mensurable o lo no clasificable tenía que ver con la categoría malestar, sufrimiento o padecimiento, por no encontrarse dentro de los signos y síntomas objetivables propuestos por las taxonomías de corte naturalista, en este caso el CIE 10.

Las personas cuando concurren a la primera consulta ya tienen una clasificación de lo que les sucede, en la manera en que nominan y ordenan su padecimiento, esta manera de nombrar el sufrimiento quedaba invisibilizada o tamizada por las categorías de los profesionales que las reciben.

A pesar de la intención de registrar la palabra del que padece, al reconstruir el motivo, el que escucha también posee un esquema clasificatorio, entonces fue inevitable encontrarse en el texto con algunas traducciones a otros esquemas. En este sentido, se vislumbró que la palabra “angustia”, era una noción muy utilizada por los psicólogos pero no así por las personas. En el tratamiento retrospectivo de los mismos, muchos textos por ejemplo versaban: “está angustiada porque se separó del novio”, “madre angustiada por problemas habitacionales”. Es decir que el tamizaje de acuerdo a la formación teórica y las categorías psicoanalíticas estaban muy presentes.

En general las personas utilizan otras expresiones para hablar del sufrimiento, por ejemplo refieren que “están mal, preocupados, alterados o nerviosos o simplemente lloran”, y no utilizan una palabra específica, por lo que la formación y la adscripción teórica determinan que se traduzcan estas expresiones como “angustia”, cuando no hay a mano otra manera de objetivarlo.

Esto lleva a poner atención sobre el concepto de vigilancia epistemológica (Bourdieu y Passeron, 2002), sin ánimos de extirpar el punto de vista del que escribe el texto, la intención es situar esta tensión constante y explicitar los supuestos que operan

sobre la traducción, para corregirlos si las evidencias producidas durante el proceso de investigación así lo indicaran.

En tal sentido las manifestaciones psíquicas del sufrimiento fueron clasificadas de la siguiente manera:

- 1- Malestar-sufrimiento: en esta categoría se incluyeron las expresiones de malestar, tristeza, nervios preocupación, “angustia” referidas por las personas que concurren a la primera entrevista de salud mental.
- 2- Ataques: abarcó lo que las personas llaman “ataque de pánico”, ataques o estallidos de nervios, de ansiedad, de llantos, crisis de angustia, con carácter disruptivo y no continuo.
- 3- Rebeldía: comprendió, en su mayoría, lo que los padres relatan cómo “está rebelde”, no obedece como antes, “berrinches”, caprichos, desafía, cambió su conducta.
- 4- Fugas/abandono del hogar: cuando el niño o adolescente se fue de su hogar sin consentimiento de los padres o adultos.
- 5- Robos
- 6- Mentiras
- 7- Agresividad-peleas
- 8- Consumo problemático de sustancias
- 9- Mala conducta en la escuela
- 10- Mal rendimiento escolar
- 11- Deserción escolar
- 12- Síntomas psicósomáticos: incluyó desmayos, fatiga, dolores de cabeza, mareos, y cualquier otro síntoma que no puede ser explicado por alguna razón biomédica.
- 13- Ideas de muerte
- 14- Cortes-conductas auto lesivas
- 15- Enuresis
- 16- Celos entre hermanos
- 17- Temores
- 18- Retardo madurativo
- 19- Llanto
- 20- Manoseo a niños más pequeños
- 21- Ideas fijas, pensamientos compulsivos
- 22- No adherencia al tratamiento por patología orgánica

- 23- Aislamiento
- 24- Pedido evaluación apto psicofísico
- 25- Solicitud de informe o Certificado de discapacidad
- 26- Dificultad en el habla

. La categoría “Condiciones de producción del sufrimiento”: Clasificación y reclasificación

“Le va muy mal en la escuela. Hace 1 año que vive con su madre biológica, vivía con su abuela paterna en la provincia, esta abuela murió, alcohólica, la madre la tuvo de adolescente, re vinculación difícil”.

“Roba “compulsivamente”, la detuvieron. Padre preso, padrastro murió por HIV, la madre no quiere que robe, la trae ella”

“Rebeldía, contesta en la escuela, vive con la tía, vivió en un hogar hasta los 4 años, madre presa”.

“Roba, abandono materno, vive con abuela paterna”.

“Se siente mal, padre violento, la obligó a trabajar y dejar la escuela”.

Estos son algunos ejemplos de los registros del “texto” de la consulta, realizados a manera de ilustración para introducir la categoría empírica sobre las “condiciones de producción del sufrimiento”.

Para esto es necesario introducir la dialéctica que propone Pedro Luis Castellanos para explicar los procesos de salud-enfermedad.

Los hechos que percibimos como fenómenos de salud y enfermedad ocurren en diferentes dimensiones. Ellos pueden ser variaciones (movimientos, flujos de hechos) singulares, es decir, entre individuos o entre agrupaciones de población por atributos individuales o ser particulares, variaciones entre grupos sociales en una misma sociedad y en un mismo momento dado (grupos que difieren en sus condiciones objetivas de existencia) o como movimientos generales, flujos de hechos que corresponden a la sociedad en general, global. De esta manera los problemas de salud pueden ser definidos como tales en alguna (s) de estas dimensiones. (Castellanos P. 1990)

Es decir que los eventos de salud-enfermedad pueden ser explicados y definidos en distintos niveles. A nivel singular, particular o general. A su vez estas tres dimensiones involucradas en todo proceso de salud-enfermedad se relacionan entre sí en una compleja

dialéctica por relaciones de determinación, de lo general a lo singular, y por relaciones de condicionamiento, de lo singular a lo general, en un complejo de relaciones inclusivas y recursivas.

La categoría empírica “condiciones de producción del sufrimiento” permitió incorporar el espacio de lo particular al análisis de los procesos de salud-enfermedad ya que vinculó el sufrimiento psíquico y sus manifestaciones con las vicisitudes de lo cotidiano, abordando la subjetividad humana como una totalidad relacional compleja. Al decir de Samaja (2016), se trata de concebir la salud-enfermedad-atención como funciones de autorregulación de la reproducción y la creación social. Galende (2016) subraya que esta manera de concebir la salud-enfermedad recupera dos categorías centrales en Freud: la conflictividad esencial de los procesos subjetivos y el carácter transaccional de la vida anímica, comprendidos en una dialéctica incesante en la cual se construye el mundo de la vida y también la cultura que producimos y habitamos.

Las problemáticas de la salud son consubstanciales con las condiciones concretas de vida y estas condiciones forman parte de la reproducción social y sus problemas.

Incorporar esta dimensión de análisis aparece como obstáculo debido a lo que observa Gerlero (1999):

...en el campo de la salud mental, se opera un deslizamiento que produce serias limitaciones. Si las posibilidades de intervención por parte del profesional se recortan predominantemente sobre la dimensión singular, entonces se considera que también el campo del análisis de ese proceso debe circunscribirse a esta dimensión; desencadenándose así la dificultad para incorporar los elementos y hechos que atañen a las otras dos dimensiones. (Gerlero S., 1999: 61)

La categoría “condiciones de producción del sufrimiento” fue clasificada en primer lugar en 28 problemas o condiciones asociadas al padecimiento psíquico para luego agruparlas en 7 campos o contextos generadores de sufrimiento. La tabla que sigue muestra ambas clasificaciones.

Cuadro nº 3: Clasificaciones sobre Categoría Condiciones de producción del sufrimiento

1era. agrupación: condiciones asociadas al sufrimiento	2da. agrupación: contextos de producción del sufrimiento
1- Dificultad vincular con la madre 2- Dificultad vincular con ambos padres	1- Situaciones relacionadas al ámbito de lo familiar o grupo de apoyo primario

3- Abandono materno 4- Abandono paterno 5- Re vinculación materna 6- Padre detenido 7- Madre detenida 8- Separación de los padres 9- Situación económica / padres trabajan todo el día 10- Muerte padre o madre 11- Muerte de otro familiar 12- Pérdida de embarazo 13- Madre o padre enfermedad mental/ alcoholismo o consumo 14- Ruptura noviazgo 15- Problemas con la familia del novio 16- Problemas familiares 17- Nacimiento de un hermano 18- Problemas con la crianza	
19- Noviazgo violento 20- Maltrato materno 21- Padre o padrastro violento / autoritarismo 22- Abuso sexual 23- Sospecha de explotación sexual / trata de personas	2- Violencias
24- Mala junta	3- Situaciones ligadas al ambiente social
25- Desarraigo	4- Desarraigo y migraciones
26- Conflicto escolar	5- Situaciones vinculadas al ámbito de producción escolar
27- Incendio vivienda/accidentes/episodios traumáticos como robos	6- Accidentes y catástrofes

Es mi intención no invisibilizar este camino de implicación personal en búsqueda de una honestidad enunciativa. Por cierto que condiciones tan disímiles como pérdida de embarazo, ruptura de noviazgo o padre detenido, si bien a primera vista refieren a condiciones bien diferentes, se hizo necesaria una segunda lectura de los textos para encontrar cuál era el contexto de producción de estos padecimientos para luego clasificarlos en el mismo, y se vislumbró que en última instancia la red de apoyo familiar o primario es la fuente generadora del sufrimiento.

En la misma línea, es de destacar que “maltrato materno” o “padre/padrastro autoritario o violento”, generó una tensión. Debido a tener que reflexionar sobre la causa de categorizar como maltrato o violencia, con distintas palabras, llevó a revisar mis supuestos. ¿Las madres maltratan y los padres son violentos? ¿No pueden ser las madres violentas? En esta tarea de deconstrucción debí volver varias veces a los textos para detectar cuál había sido el texto original y en alguno encontré, con asombro, el texto “madre muy violenta” al que en la primera reagrupación consigné “maltrato materno”.

Para conservar las huellas de mi implicación y de la vigilancia epistemológica lo conservé tal cuál en la primera clasificación y luego los agrupé como contexto de violencias, debido a la relevancia que iba cobrando.

Por otro lado, el abandono materno o paterno que podría ser considerado como un tipo de violencia, lo conservé en el grupo de contexto de producción familiar, ya que habla de las nuevas relaciones y vicisitudes familiares en los grupos más vulnerables.

La lógica que siguió esta nueva reagrupación está inspirada en la lógica que inscribe Freud en su texto *El Malestar en la cultura* (1930). Al decir de Freud, como ya se mencionó, el sufrimiento amenaza a los hombres desde tres frentes diferentes, el propio cuerpo, sujeto a la decadencia, a la enfermedad y a la finitud; el mundo exterior, desde las fuerzas de la naturaleza destructoras y desde los vínculos con otros seres humanos.

Como ya se hizo referencia, para Freud esta última fuente de sufrimiento es quizá la más dolorosa. Y queda la paradoja que los espacios de pertenencia e integración social, como la familia, la comunidad, la escuela, etc., son a la vez proveedores de garantías y seguridad, a la par que producen dolor y sufrimiento.

Es así, que la clasificación integra estos tres frentes, el grupo primario, el ambiente social, la escuela y las violencias, el desarraigo y las migraciones, por un lado; los accidentes y catástrofes, por cierto que sociales, ya que un incendio, es difícil de

catalogar como accidente natural, puesto que esta signado por las condiciones materiales de existencia social; y por último el propio cuerpo con las enfermedades y problemáticas que lo aquejan.

Capítulo 5

La población de adolescentes que consultan a la admisión de salud mental

En la presente sección de este trabajo, se analizó el perfil de la demanda en salud mental de adolescentes entre 10 y 19 años, atendidos en el dispositivo de Admisión del CeSAC en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. (2011 – 2012 - 2013). Se caracterizaron los motivos de consulta prevalentes de los adolescentes que consultan en salud mental, según sexo, edad, escolarización, y lugar de residencia.

En principio se identificó el origen de las demandas, quiénes derivan y qué situaciones problemáticas derivan principalmente a Salud Mental. Se analizó la variación del perfil de consultas entre los años 2011 y 2013. Además se construyeron perfiles de demanda según área o territorio de referencia del CeSAC a través de la Georreferenciación de algunas variables seleccionadas.

La caracterización de los motivos de consulta se hizo en base al análisis de las manifestaciones del sufrimiento referidas en la primera consulta de Admisión, las condiciones de producción, y el cruce entre las variables más relevantes. Esto iluminó ciertos aspectos de los contextos de producción de subjetividad y sufrimiento en los adolescentes del barrio y nos obligó a introducir una mirada de género en el análisis.

. Perfil socio demográfico de la población consultante

En el período analizado se recepcionó un total de 270 consultas de adolescentes en el Dispositivo de Admisión de Psicología del Centro de Salud escogido.

El número de consultas por año se mantuvo bastante estable, oscilando en poco menos de un centenar de consultas de adolescentes al año. Esto representa entre un 15% y un 20% respecto del total de la población que consulta a Salud Mental por año.

**Tabla n° 2: Cantidad de consultas al Dispositivo Admisión de Psicología.
Población de adolescentes según año.**

Año	2011	2012	2013	Total
Nº de consultas	93	78	99	270

Se observa una frecuencia importante de consultas de mujeres por sobre la de varones. Encontrándose un 61,85 % de consultas de mujeres y un 38,15 % de consultas de varones.

La distribución etaria no presentó marcadas diferencias entre la franja de 10 a 14 años con un 50,75 % de consultas y la franja de 15 a 19 años con un 49,25 %.

En el último año comprendido en el estudio -2013-, se incorporó el registro de la variable escolarización. Se halló que de las 99 consultas registradas en ese año, el 33 % no concurre a la escuela y un 67 % que si asiste a la escuela. Del 33 % que no concurría a la escuela, en su mayor proporción (75% de las consultas) se concentraban en la franja de 15 a 19 años. Es de destacar que los que no concurrían y tenían entre los 10 y 14 años de edad, son mayormente varones de 13 años, que acababan de terminar la educación básica primaria y no se incorporaron a la escuela secundaria. A pesar que el número no es importante, 7 varones y 1 mujer, es necesario enfocar una mirada microscópica sobre este grupo. Fueron sus madres las que consultaron preocupadas por ellos, sin mediar la derivación de ninguna institución. Las madres de los 7 varones consultaron por manifestaciones de violencia, como peleas callejeras, peleas con la novia, robos y asocian como condiciones de producción la “mala junta”. En general estos niños no concurren a la consulta y dejan al descubierto tanto, una importante dificultad del modelo de atención tradicional como, la debilidad de las instituciones que intervienen en el campo de la adolescencia. Si bien la escuela primaria funciona como un dispositivo de contención, cuando se acaba, quedan desprotegidos, en comparación con los niños que concurren a las escuelas primarias del barrio.

**Tabla n° 3: Escolarización de los adolescentes consultantes.
Año 2013**

Escuela	Frecuencia	Porcentaje
Concurre	67	67
No concurre	32	33
Total	99	100

**Tabla n° 4: Adolescentes consultantes que no concurren a la escuela
según edad y sexo. Año 2013**

Grupo etario	Femenino	Masculino	Total
10-14	1	7	8
15-19	13	11	24
Total	14	18	32

. Territorialización y georreferencia de la población consultantes

La variable domicilio fue incorporada al registro en el año 2013, del mismo modo que el nivel de escolarización de los consultantes. Una de las razones más importantes tuvo que ver con la incorporación de una nueva manera de abordar la atención en el centro de salud. Esta consistió en la formación de 5 equipos territoriales de conformación interdisciplinaria con población a cargo y un territorio definido.

Con el objetivo de elaborar perfiles de la demanda según áreas o territorios de referencia al CeSAC, se procedió a georreferenciar los domicilios de procedencia de los adolescentes que accedieron al dispositivo de admisión de Psicología.

Conocer de dónde llegan las demandas por problemas que afectan a la salud mental de los adolescentes permite realizar varias lecturas a nivel estratégico y territorial.

En primer lugar, nos permite hacer una primera diferenciación: entre área de responsabilidad y área de influencia de las acciones de salud del CeSAC. El área de responsabilidad, es aquella área geográfica delimitada por consenso por los equipos en espacios de discusión colectivos con el fin de definir un territorio dónde estos se comprometen a ejecutar acciones de salud colectiva. Es decir, hay un área de responsabilidad de los equipos y un área de responsabilidad del CeSAC más abarcativa. Ver mapa n° 1 (área coloreada de amarillo). El área de responsabilidad no exime al equipo de salud sobre la asistencia y cuidado de salud de las personas que viven fuera del área delimitada. Este recorte permite identificar el espacio geográfico que habita la población sobre la que el centro de salud decide programar, medir, y analizar sus intervenciones desde una perspectiva de equidad.

Por otro lado, el área de influencia comprendida por el área geográfica cuyos límites son definidos por las consultas realizadas en la institución. Su utilidad reside en identificar el alcance territorial del establecimiento de salud sobre la población. Históricamente su determinación se hizo a través del mapeo manual de una muestra de las consultas (en general se toma un mes del año).

El área de influencia de cada establecimiento puede variar en función de cambios en la red de servicios de salud o en las necesidades de la población. Permite identificar el espacio geográfico que habita la población que utiliza uno o varios servicios de un establecimiento. Es la base para analizar características y desigualdades sociodemográficas y poblacionales, como así también hacer alguna lectura en relación con la accesibilidad y por lo tanto la desigualdad en el acceso a la atención (utilizando

fuentes diversas como el censo de población, las encuestas, la observación). Su finalidad, desde la concepción de la estrategia de la atención primaria, es identificar el territorio desde el cual procede la población que accede a cada efector.

Para las consultas del año 2013, se realizó una georreferencia según la localización de las mismas dentro de las 5 áreas (A1, A2, A3 A4 y A5), además de las consultas fuera de las áreas de responsabilidad de los equipos, pero dentro de la responsabilidad del CeSAC (sin área SA). Por último las consultas provenientes fuera del área de responsabilidad del CeSAC fueron categorizadas como FA, y como C41, las que se encontraron dentro del área de responsabilidad del CeSAC vecino y aledaño.

Tabla n° 5: Número de consultas por área. Año 2013

Áreas de responsabilidad	A1	A2	A3	A4	A5	C41	SA	FA	Sin dato	Total
Nº consultas	16	9	11	7	8	10	8	6	24	99

Una primera observación nos muestra que el área 1 (A1), que es el área que incluye al CeSAC mismo, es decir el más cercano territorialmente, es el que reúne mayor cantidad de consultas –con información del domicilio- en relación con los otros. Le siguen en proporción de consultas el área 3 (A3) y las que se encuentran dentro del área del CeSAC aledaño (C41).

Podemos notar en el mapa (ver mapa Anexo), que las consultas que llegan del área de responsabilidad del CeSAC contiguo (en el mapa área coloreada de rosa), se encuentran más cercano al CeSAC estudiado que del vecino. Este CeSAC es más reciente en su fundación (20 años menos) y la zona que toma como responsabilidad antes pertenecía al CeSAC de referencia, por lo cual muchas familias se atendían históricamente en el mismo, costándoles vincularse con el CeSAC nuevo.

A pesar que el número no es relevante a la hora de un análisis de la problemática, se podría decir que en general las consultas de los adolescentes están marcadas por el criterio de accesibilidad geográfica.

El tema de la accesibilidad es en sí complejo y digno de analizar en relación a la atención primaria de la salud y al abordaje del padecimiento psíquico en los jóvenes. Históricamente la accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población (Stolkiner y otros, 2006). Es decir que fue entendido como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras

que se pudieran interponer. Tradicionalmente estas barreras según las autoras fueron caracterizadas como:

geográficas, si se entendía que la imposibilidad de acercar los servicios a la población era por un problema geográfico, ya sea a un accidente geográfico, o una barrera construida por el hombre (por ejemplo, una autopista).

económicas aludían a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como, por ejemplo, para comprar medicamentos.

administrativas expresaban la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo los horarios de atención o los turnos. *cultural*, centrada en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también podían ser una barrera de acceso. (Stolkiner y otros, 2006:206))

El problema que surge de la definición de accesibilidad desde el punto de vista de la oferta promueve que se invisibilice el hecho que los sujetos también son constructores de accesibilidad, quedando por fuera las representaciones, discursos y prácticas de la población y los trabajadores de la salud, generalmente no considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la misma.

Esta perspectiva que sugieren las autoras acerca de considerar la accesibilidad como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud o como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios (Stolkiner y Otros, 2006), permite incorporar estas dimensiones al análisis de la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios y mejoramiento de la accesibilidad.

Investigaciones específicas sobre la accesibilidad y adolescencia (Kornblit y otros, 2005 *apud* Stolkiner, 2006), señalan que los usuarios adolescentes no logran entablar una buena relación con los médicos a pesar de reconocer su utilidad en los servicios de salud. A medida que van creciendo se produce un distanciamiento de los servicios de salud, en especial los varones, y se reemplaza el acceso planificado por la utilización del servicio para la cuestión aguda o de urgencias. Es sabido también que la mayoría de los adolescentes no conocen la existencia de servicios especializados en el sistema público y que, en general, los adolescentes no acceden espontáneamente a los servicios, sino que son derivados por otros programas o servicios, o también acceden por la preocupación de la madre. (Stolkiner y otros, 2006)

Es de mencionar que estos estudios observan que en las poblaciones más vulnerables desde el punto de vista material, como por ejemplo los adolescentes pertenecientes a

familias que viven en situación de asentamientos, la mayoría de ellos son derivados por las Defensorías zonales o acompañados por operadores de calle de programas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Estos estudios acerca de la accesibilidad sugieren un análisis más complejo de la problemática no basada sólo en la proximidad geográfica.

Es de mencionar que el área 5 (A5), comprende uno de los territorios más vulnerables del barrio llamado “barrio chino”. El equipo interdisciplinario que aborda esta población asignada estaba formado, hasta el momento, por una psicopedagoga, un clínico y una psiquiatra. No contaban con profesionales de trabajo social y se percibían insuficientes a la hora de abordar la problemática psicosocial. Sin embargo el A1, está formado por dos psicólogos concurrentes, ginecóloga, nutricionista, una médica de adolescentes (por cierto muy reconocida por la población adolescente y con una mirada clínica ampliada e integradora).

La constitución de los equipos interdisciplinarios se estableció de manera heterogénea, de hecho se priorizó el criterio de la disponibilidad horaria de los profesionales más que la homogeneidad de las disciplinas. Esto, con el correr del tiempo y la experiencia que iban ganando en el territorio, comenzó a vislumbrarse como un obstáculo en la estrategia de la territorialización de los abordajes y el seguimiento de la población.

La distribución de la población consultante por manifestaciones de sufrimiento psíquico el A1, A2, A3, A4, las consultas fuera del área (FA) y las sin área (SA), tienen como primer motivo el malestar/sufrimiento. El A5 y las consultas pertenecientes al CeSAC aldaño (C41) tienen como manifestación prevalente el consumo problemático el A5 y las fugas en el C41.

En lo que refiere a las condiciones de producción de sufrimiento, se halló mayor frecuencia a los motivos que referencian a la presencia de un padre o padrastro autoritario violento en A1, A2, A3 y C41. En A4, A5, SA y FA, y la distribución fue muy homogénea. Se georreferenciaron en el mapa (ver mapa Anexo) algunos contextos de producción, para ser pensados a la luz de acciones preventivas-promocionales.

A pesar que el número es reducido, ya que la georreferenciación se realizó sólo con las consultas ocurridas en el último año, esta herramienta se revela útil para el diseño de acciones de prevención, ya que es sensible a cambios en la variación de los perfiles según el espacio social y podría ser un insumo importante para los equipos territoriales.

. Circuitos y derivas de la población consultante

Interesó analizar quién percibe la problemática de padecimiento psíquico del adolescente y quién sugiere o deriva a la escucha calificada en el dispositivo de entrevistas de Admisión. Ello guió las preguntas acerca del origen y las derivaciones de la población que accedió al dispositivo de admisión.

El análisis de la información arroja que el 51% de las consultas no fueron derivadas, sino que surgieron de manera espontánea. El 18% fueron sugeridas o derivadas por un profesional del equipo de salud, siendo la médica de adolescentes con mayor frecuencia dentro de este grupo (17 consultas de las 50 totales), además del pediatra, ginecólogo, trabajador social o algún programa del CeSAC como Atención a la mujer embarazada (AME). Estas derivaciones se denominaron intramurales.

El sector educación también suele ser un derivador de este tipo de consultas con un total de 16 derivaciones (7%), mediante la sugerencia directa de la maestra, dirección de la escuela o los equipos de orientación escolar (EOE) que trabajan conjuntamente con los equipos de Salud Escolar que dependen del sector Salud.

El Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, que tiene como función la promoción, garantía y protección de los derechos, deriva sólo un 4% de las consultas de adolescentes a través de sus oficinas y programas como las Defensorías zonales, el programa de Fortalecimiento del Vínculo y el Programa contra toda forma de explotación sexual infantil, Andares.

El sector de la Justicia a través de los juzgados, el Programa de Víctimas contra las Violencias del número 137 y la Asesoría General Tutelar (AGT), derivó un 3%. Desarrollo Social derivó el 2,6%, mediante la Casa del Niño, el servicio Social Zonal, la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF), los refugios y el Centro de Intervenciones Asistenciales Comunitarias (CIAC) que abordan la problemática del consumo problemático.

Tabla n° 6: Origen de las derivas según sector

Origen de la demanda	Frecuencia	Porcentaje
Espontánea	138	51, 1 %

Salud Intramural (otras disciplinas dentro del CeSAC)	50	18, 5 %
Educación	45	16, 7 %
Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes	12	4, 4 %
Justicia	8	3, 0 %
Desarrollo social	7	2, 6 %
Salud Extramural (otros efectores)	6	2, 2 %
ONG	2	0, 7 %
Sin dato	2	0, 7 %
Total	270	100 %

En referencia a la evolución del circuito de las demandas según los 3 años analizados, se observa un cambio significativo en el aumento de las consultas espontáneas en el último año (2013), pasando de un 36 % en 2011, un 34% en el 2012 y elevando a un 68% en el 2013.

Las derivaciones realizadas por profesionales de diversas disciplinas dentro del equipo del CeSAC, disminuyeron del 26,9% (2011) al 9,1% en el último año (2013).

Las derivaciones emitidas desde el sector de Educación se redujeron considerablemente, desde un 22, 6 % en 2011, decreciendo a un 20,5 % en 2012, hasta un 8,1% en 2013. Posiblemente pueda deberse a la implementación y reconocimiento por parte de la comunidad del dispositivo de Admisión, en un horario fijo y con responsable específico y determinado durante varios años.

Tabla n° 7: Evolución de las derivaciones según año

Derivador	Año 2011	Año 2012	Año 2013
Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes	2,2%	3,8%	7,1%
Desarrollo	3,2%	2,6%	2,0%

Social			
Sector Educación	22,6%	20,5%	8,1%
Sector Justicia	3,2%	5,1%	1,0%
ONG	1,1%	1,3%	,0%
Salud Intramural (mismo efector, diferentes disciplinas)	26,9%	20,5%	9,1%
Salud Extramural (otros efectores)	2,2%	1,3%	3,0%
Espontánea	38,7%	43,6%	68,7%
Sin dato	,0%	1,3%	1,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Es de destacar que en relación a las edades se halló que el sector Salud derivó más consultas comprendidas en la franja etaria de 10 a 14 años. De las 45 consultas derivadas, el 73,3% son de estas edades, mientras que el 36,7% corresponden al grupo entre los 15 y 19 años.

Con relación a quién realiza la consulta, como ya se mencionó en referencia a la accesibilidad de los adolescentes y su vínculo con los servicios de salud, en general son las madres las que consultan preocupadas por manifestaciones de sufrimiento psíquico de los adolescentes en el 42% de los casos. Aunque fue mayor la prevalencia de consultas realizadas por el adolescente que concurre solo y por su cuenta a la Admisión (44,8%). Por último, se encuentra la consulta realizada por otro familiar como abuelas o tías. El padre como demandante de la atención es menos frecuente, en este caso en 2,2% de los casos.

Tabla n° 8: Personas que realizan la consulta por el adolescente

¿Quién consulta?	Frecuencia	Porcentaje
Adolescente	121	44, 8 %
Madre	114	42, 2 %
Otro familiar	24	8, 9 %
Padre	6	2, 2 %
Operadores de organizaciones gubernamentales	4	1, 5 %
Padre y madre	1	0, 4 %
Total	270	100 %

Se sabe que la mujer ocupa un lugar preponderante en el proceso de autoatención de los padecimientos físicos y mentales del grupo familiar. Menéndez (2008) plantea que, es ella quien percibe los problemas de salud y realiza un primer diagnóstico de los mismos, y decide o no según la levedad o gravedad la demanda de atención. Esta consulta dependerá de los recursos económicos y culturales del grupo y de la infraestructura de los servicios existentes.

Según el autor el proceso de autoatención reviste carácter de estructural, ya que constituye una de las actividades básicas del proceso de salud-enfermedad-atención, siendo la actividad sintetizadora desarrollada por los grupos sociales respecto de dicho procesos. Este autor la define como:

Las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto o grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan a su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa o intencional de curadores profesionales, aun cuando estos puedan ser la referencia de la actividad de autoatención. (Menéndez, 2008: 32)

Las principales manifestaciones por las que consultan los adolescentes y las madres preocupadas por ellos, se relacionan con los siguientes motivos:

Tabla n° 9: Motivos de consulta según quien realiza la consulta por el adolescente

Motivos de consulta de los y las adolescentes	Porcentaje	Motivos de consulta de las madres	Porcentaje
Malestar/sufrimiento	46,7 %	Malestar/sufrimiento	15 %

Síntomas psicosomáticos	7,4 %	Rebeldía	14,2 %
Ataques de nervios	5,7 %	Mal rendimiento escolar	10,6 %

Es decir que las principales manifestaciones de padecimiento psíquico que perciben las madres como pasibles de generar una demanda al sector, tienen que ver con la percepción de malestar por parte del adolescente, la rebeldía y el mal rendimiento escolar entre las más importantes.

De acuerdo con la literatura, los síntomas infanto-juveniles por los cuales se acude en busca de ayuda a los servicios de salud mental se han agrupado según sus manifestaciones de externalización, como la hiperactividad, la impulsividad y otros síntomas de conducta considerada anormal, reportados como más frecuentes y por los cuales los padres demandan con mayor premura. A su vez, en el caso de las manifestaciones denominadas de internalización, que incluyen principalmente angustia y estados alterados del ánimo, se reconoce un mayor retraso en la atención. (Caraveo-Anduaga, 2002).

Podríamos pensar que las manifestaciones de internalización están más relacionadas con el sufrimiento o malestar y las manifestaciones de externalización ligadas más a cambios de conducta o conductas no esperables para los padres, como la rebeldía o el mal rendimiento escolar. En este caso coincide con la literatura ya que la madre concurre a la demanda a partir de percibir cuestiones vinculadas a la conducta, pero también al malestar o sufrimiento.

Los adolescentes parecieran tener una alta percepción del malestar y adoptar una actitud activa para buscar ayuda.

Perfil de la demanda en salud mental de adolescentes

. Las manifestaciones del sufrimiento psíquico de los y las adolescentes

A fines de caracterizar los motivos de consulta, se analizaron las principales manifestaciones de sufrimiento según sexo y edad de los consultantes.

El total de las consultas registradas fueron clasificadas y reclasificadas según se mostró en el Cap. 4. Las manifestaciones del sufrimiento psíquico de los adolescentes más frecuentes fueron:

Tabla n° 10: Distribución de las principales manifestaciones de sufrimiento psíquico de la población adolescente consultante

Principales manifestaciones de sufrimiento psíquico (10 primeros motivos)	Frecuencia	Porcentaje
Malestar/sufrimiento	81	30%
Rebeldía	23	8,5%
Agresividad/peleas	17	6,3%
Fugas/abandono del hogar	16	5,9%
Mal rendimiento escolar	15	5,5%
Síntomas psicósomáticos	15	5,5%
Mala conducta en la escuela	14	5,2%
Ataque de nervios	12	4,5%
Cortes/conductas autolesivas	8	3%
Roba	8	3%
Otros	61	22,6%

La manifestación de malestar o sufrimiento es la categoría más prevalente entre los adolescentes que consultaron, con un 30%, mientras que las demás se distribuyen con una oscilación entre el 8,5% al 3%.

Se destaca que las manifestaciones cambian en relación a la edad de los consultantes.

Tabla n° 11: Manifestaciones de sufrimiento en la población consultante en la franja de 10 a 14 años

Manifestaciones de sufrimiento psíquico (5 primeros motivos)	Porcentaje
Malestar/sufrimiento	21,9 %
Rebeldía	12,4 %
Mala conducta en la escuela	9,5 %
Mal rendimiento escolar	8,8%
Agresividad/peleas	6,6 %

Tabla n° 12: Manifestaciones de sufrimiento en la población consultante en la franja de 10 a 14 años

Manifestaciones de sufrimiento psíquico (5 primeros motivos)	Porcentaje
Malestar/sufrimiento	38,3 %
Ataques de nervios/pánico	6 %
Agresividad/peleas	6 %
Síntomas psicósomáticos	6 %
Fuga/abandono del hogar	6 %

La rebeldía parecería estar más del lado de una respuesta esperable de los niños/as en la franja de 10 a 14 años, y de hecho es considerada una respuesta normal del desarrollo subjetivo en este momento vital.

La distribución de las manifestaciones del sufrimiento psíquico por las que se consulta o se pide ayuda, se distinguen al considerar el sexo del consultante. En las adolescentes mujeres, se halló malestar/sufrimiento con una prevalencia del 41%, seguida del 8,4% por fugas o abandonos del hogar y un 7,8% a causa de rebeldía.

Sin embargo en los varones las frecuencias están más repartidas, encontrándose el malestar/sufrimiento en un 11,7 %, al igual que la mala conducta en la escuela que también tiene una prevalencia del 11,7%, seguido de rebeldía, agresividad y peleas en un 9,7% cada una.

Tabla n° 13: Manifestaciones de sufrimiento psíquico frecuentes en Mujeres

Manifestación (10 primeros motivos)	porcentaje
Malestar/sufrimiento	41,3 %
Fugas/ abandono del hogar	8,4 %
Rebeldía	7,8 %
Síntomas psicósomáticos	6,6 %
Ataques de nervios	5,4 %

Mal rendimiento escolar	4,2 %
Agresividad/peleas	4,2 %
Mentiras	2, 4 %
Cortes/conductas autolesivas	2,4 %
roba	1,8 %
otros	15,5 %

**Tabla n° 14: Manifestaciones de sufrimiento psíquico
frecuentes en
Varones**

Manifestación (10 primeros motivos)	porcentaje
Malestar/sufrimiento	11,7 %
Mala conducta en la escuela	11,7 %
Rebeldía	9, 7 %
Agresividad/peleas	9, 7 %
Mal rendimiento escolar	5, 8 %
Cortes /conductas autolesivas	4, 9 %
Roba	4, 9 %
Síntomas psicósomáticos	4, 9 %
Abandono escolar	2, 9 %
Aislamiento	2, 9 %
otros	30,5 %

Estos resultados podrían estar indicando una diferencia cualitativa en relación con las manifestaciones de sufrimiento por la cual consultan varones y mujeres. También pueden referir diferentes modos de percibir, gestionar el malestar y buscar ayuda psicológica en uno y otro sexo y en la comunidad.

Es bien reconocido que las mujeres son las principales demandantes de los servicios de salud mental en todo el mundo tanto en el ámbito público como privado, según atestiguan varias investigaciones (Burin, 2010).

Una mirada que articule género y salud mental se hace necesaria a la hora de estimar y analizar la prevalencia del malestar o sufrimiento psíquico como categoría ligada a las mujeres.

Según Mabel Burin (2010) el campo de la salud mental de las mujeres está en formación. Se va construyendo como área específica dentro del capítulo más amplio que constituye el de la salud general. En Argentina históricamente cuando se hacía referencia a la salud de las mujeres generalmente se aludía a la salud reproductiva. Es decir que la salud de las mujeres y por lo tanto su padecimiento estaba ligado a las vicisitudes de su aparato reproductor. El foco del abordaje desde el sector salud quedaba identificado con las problemáticas específicamente femeninas de embarazo, parto, puerperio, climaterio. La salud mental de las mujeres era así un efecto de los avatares de su función reproductiva (Burin 2010). Pero al decir de la autora, está gestándose un nuevo modo de considerar la salud mental de las mujeres, una manera participativa donde las mujeres son consideradas sujetos activos. Este enfoque se basa en la inclusión de las necesidades de la población, en definir acciones y criterios de salud mental desde las mismas protagonistas junto con los equipos de salud.

Esta perspectiva reconoce la salud mental como una noción que sus mismas protagonistas –las mujeres- van construyendo en diferentes momentos de sus vidas. Tanto ellas como los equipos multidisciplinarios que apoyan y sostiene este modo de comprender su salud mental, coinciden en una perspectiva centrada en un proyecto de concientización y de transformación. ¿Concientización y transformación de qué? De las condiciones de vida de las mujeres, especialmente de sus vidas cotidianas, así como de aquellos factores opresivos que constituyen modos de vida enfermantos. Para este fin, nos interesa el análisis de los factores de nuestra cultura patriarcal, con sus particulares normas y valores y su influencia sobre el lugar y papel de las mujeres en esta cultura. (Burin, 2010)

Entonces desde esta concepción el malestar/sufrimiento de las mujeres tanto como otras manifestaciones son consideradas como modos de resistencia que ellas oponen a las condiciones opresivas como los modos de producción ligados a los valores del patriarcado.

Según la psicoanalista argentina, la construcción de la noción de malestar/sufrimiento psíquico desde la propia narrativa de las mujeres resquebraja la dualidad salud – enfermedad:

... introduciendo un tercer término que no participa de las características de uno u otro – ni por lo tanto, está sometido a las condiciones opresivas de producción de sentidos sobre la salud y enfermedad en las mujeres -. Se trata de una noción transicional, a medias subjetiva y objetiva, externa e interna a la vez, que participa de una lógica transicional al no refrendar la clásica diferencia sujeto–objeto, externo–interno, sano-enfermo, normal–patológico. (Burin, 2010)

La segunda manifestación de sufrimiento psíquico prevalente hallado en las adolescentes mujeres, fueron las fugas o abandonos del hogar, revela desde esta perspectiva, el carácter de resistencia del padecimiento en las mujeres. De 16 casos de fugas en niñas y adolescentes, 9 estaban relacionadas con ambientes violentos, violencia simbólica o física, ligada desde el decir de las propias protagonistas a padres autoritarios o violentos. Otras condiciones de producción asociadas a esta manifestación tenían que ver con la falta de apoyo familiar del grupo primario. La palabra “fuga” denota la acción de huir o escaparse, en general se asocia a los presos que huyen de la condena, como una acción reprochable desde la normatividad. En este caso, la acción de huir del hogar debería ser leída en términos de una acción saludable. Una práctica que esconde toda una trama invisible si sólo se la considera una manifestación patológica y se la incluye dentro de un trastorno o síndrome.

Las niñas o jóvenes que se van de sus hogares ante estas situaciones, recurren a las amigas o amigos en una red de solidaridad de cuidados que queda invisibilizada.

Considerar la construcción del malestar/sufrimiento psíquicos como un concepto intermedio, poniendo en suspenso las clásicas nociones de salud-enfermedad mental para las mujeres, permite repensar la problemática ya no de una manera individual o patológica, sino echar luz sobre las condiciones que producen sufrimiento o pueden preservar la salud de las mujeres.

Entonces se resquebraja también la manera de considerar la salud mental como una adaptación a los requerimientos de la cultura y que definen la salud mental como normalización.

Con la finalidad de introducir una mirada de género en la comprensión del padecimiento, desde el punto de vista de los protagonistas adolescentes mujeres y varones, también es necesario analizar las conformaciones de las masculinidades y feminidades actuales y sus vínculos, las relaciones de género y su impacto en la salud mental de varones y mujeres; las nuevas familias, los modelos de crianza y la constitución del psiquismo.

Débora Tajer (2004) sostiene que una mirada que integre la perspectiva de género en la salud implica:

...incorporar el modo en que las asimetrías sociales entre varones y mujeres determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad- atención tanto de los varones como de las mujeres.

Asimetrías jerárquicas entre los géneros que articuladas con otras diferencias entre las personas que también son fuentes de inequidad en

nuestras sociedades: edad, etnia y clase social, establecerán perfiles de morbilidad específicos así como modelos de gestión de la enfermedad diferencial. (Tajer, 2004:2)

Estas asimetrías sociales entre varones y mujeres operan en el proceso salud-enfermedad-atención de cada género en tanto colectivo, estableciendo vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que mujeres y varones pueden y deben cumplir en el marco del patriarcado. Esto determina modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidas/os y morir.

Los adolescentes varones, de hecho, dan cuenta de una manera distinta de padecer y demandar en los servicios de salud mental. A pesar de que una de las primeras causas es el malestar/sufrimiento, el mal comportamiento en la escuela, la rebeldía y las peleas o las manifestaciones de agresividad estarían revelando un posicionamiento diferente frente a los requerimientos de la constitución de masculinidad en el patriarcado.

Según Tajer (2004) para que los varones puedan cumplir las expectativas relativas a su rol social, su socialización primaria les inhibe la capacidad de registro de sus propios malestares, lo cual tiene efectos nefastos en la detección primaria de enfermedad.

Los varones llegan a los servicios de salud cuando ya no dan más, por lo tanto con cuadros más avanzados lo cual complejiza su pronóstico.

Si queremos abordar la salud de mujeres y varones desde una perspectiva de equidad, nos percataremos que los problemas femeninos están basados en su mayoría en cuestiones relativas al empoderamiento y carencia de recursos.

Por su parte las problemáticas de los varones son más del orden de los costos de poder sostener o no la hegemonía, por lo tanto son cuestiones más ligadas a los excesos y a la exposición a riesgos. (Tajer, 2004:3)

Entonces podría pensarse la correlatividad de los sufrimientos de los varones adolescentes ligados al costo por sostener la hegemonía en un sistema patriarcal que les demanda ese rol.

. Las condiciones de producción del padecimiento de los y las adolescentes

Una primera mirada sobre la clasificación de las condiciones de producción del padecimiento arroja, que de las 270 consultas analizadas, 58 (21,58%) no cuentan con este dato, la razón principal se debió a que no se asoció ninguna condición en la primera

entrevista. Entonces contamos con la asignación a ciertas condiciones de producción de las manifestaciones arriba analizadas en casi el 80% del total.

Se repitió el tratamiento dado anteriormente a las manifestaciones del sufrimiento, pero como las condiciones fueron muchas más que las manifestaciones, se debió re clasificar en grupos que contemplen los contextos de producción más abarcativos. En un esfuerzo que lo general no `aplaste´ lo particular se analizaron las 10 primeras condiciones de producción, que se sintetizan en la siguiente tabla.

Tabla n° 15: Condiciones de producción de sufrimiento psíquico en la población consultante entre los años 2011 y 2013

Condiciones de producción de sufrimiento psíquico	N° de consultas relacionadas	Porcentaje
Padre-padraastro autoritario violento	30	11,11 %
Dificultad vincular con la madre	22	8,15 %
Conflicto escolar	20	7,41%
Abuso sexual	17	6,30%
Separación de los padres	16	5,92 %
Mala junta	12	4,44 %
Muerte madre-padre o familiar del grupo primario	12	4,44 %
Abandono materno	11	4 %
Noviazgo violento	9	3,33 %
Ruptura del noviazgo	8	3 %
Mala situación económica	8	3 %
Maltrato materno	7	2,6 %
Sin datos	58	21,48 %
Otros	40	14.81 %
Totales	270	100 %

Se menciona que las 28 primeras condiciones referidas fueron re agrupadas en los 7 contextos que siguen a continuación.

Tabla n° 16: Contextos de producción de sufrimiento psíquico en población consultante según sexo entre los años 2011 y 2013

		Varones	Mujeres	Total
Sin clasificar	N°	26	32	58

	%	25,2%	19,2%	21,5%
Apoyo grupo primario	Nº	39	62	101
	%	37,9%	37,1%	37,4%
Desarraigo	Nº	2	1	3
	%	1,9%	,6%	1,1%
Enfermedad orgánica	Nº	0	1	1
	%	,0%	,6%	,4%
Escuela	Nº	7	14	21
	%	6,8%	8,4%	7,8%
Accidentes y catástrofes	Nº	3	3	6
	%	2,9%	1,8%	2,2%
Contexto de pares o Mala junta	Nº	7	1	8
	%	6,8%	,6%	3,0%
Violencias	Nº	19	53	72
	%	18,4%	31,7%	26,7%
Total	Nº	103	167	270
	%	100,0%	100,0%	100,0%

De estos datos se desprende que la familia como contexto de producción de padecimiento ocupa el 37% del total, tanto para varones como para mujeres.

Los contextos de violencia son claros productores de padecimiento con un total del 26,7%, encontrándose relacionado al padecimiento en las mujeres en mayor proporción que en los varones con 31,7% y 18,4% respectivamente.

La escuela también es un contexto generador asociado al padecimiento en un 7,8% de situaciones.

La mala junta, como contexto de pares en el barrio y como productor de padecimientos en las madres que consultan preocupadas por este escenario, se asocia más frecuentemente a las consultas por varones.

Tabla n° 17: Evolución de la distribución del Contexto de producción padecimientos en la población consultante según año

Contexto de producción padecimientos	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Total
Apoyo grupo primario	45,2%	39,7%	28,3%	37,4%
Desarraigo	3,2%	,0%	,0%	1,1%
Enfermedad orgánica	,0%	,0%	1,0%	,4%
escuela	15,1%	7,7%	1,0%	7,8%
Accidentes y catástrofes	3,2%	1,3%	2,0%	2,2%
Contexto de pares o mala junta	2,2%	3,8%	3,0%	3,0%
Violencias	19,4%	19,2%	39,4%	26,7%
Sin dato	11,8%	28,2%	25,3%	21,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Como dato de la evolución de las condiciones de producción es notable el aumento de la violencia referida, aumentando de un 19,4% en el año 2011 hasta llegar a un 39,4% durante el 2013.

Es menester recordar que se trata de registros y datos que provienen de la primera entrevista de admisión a salud mental, y hablar de contextos de violencia no es una cuestión fácil en un primer encuentro. El hecho que ocupe casi un 40% de los contextos referidos en el 2013, puede estar expresando más que de un aumento del fenómeno, de un incremento de su denuncia o de su visibilidad debido a, como dicen algunos autores, se ha operado en los últimos tiempos una expansión de la conciencia de las víctimas acerca de sus derechos (Segato, 2003).

Sin embargo el apoyo del grupo familiar primario o las vicisitudes familiares como productoras de padecimiento referido durante las primeras consultas, disminuyó del 45,2 % al 28,3%.

. La familia: contexto primario de constitución subjetiva

La familia es una de las instituciones más importantes donde el sujeto se constituye, al igual que otras, como la escuela y el trabajo en tanto fundantes de subjetividad y productoras de relaciones concretas.

Al decir de Cecilia Augsburger,

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 (Augsburger, 2002:67)

Las condiciones concretas en las que se produce el sufrimiento de los adolescentes le otorga su carácter procesual histórico y social que no quedaría visibilizado ni expresado por las categorizaciones mórbidas.

Sabemos que a través de los procesos históricos y sociales, las familias han ido transformándose, que al interior mismo se transforman las formas de relación y se desvanecen las referencias entre generaciones y sexos. La forma tradicional de familia tiende a cambiar y se comienzan a ver situaciones de ausencia de uno de los padres, generalmente el hombre, que en el sistema patriarcal tiene un rol de autoridad pero no de responsabilidad. Por otro lado los hijos están repartidos en más de un hogar o conviviendo con los nuevos cónyuges de sus padres; la mujer cada vez más asume una doble ocupación, dentro y fuera del hogar, a veces como única proveedora. Todas estas situaciones estarían contribuyendo a la fragilización de las relaciones sociales que se forjan al interior de la familia.

Hay datos que muestran que en los sectores más pobres de la Argentina casi el 45% de las familias tiene a la mujer como único sostén y cabeza de familia (Augsburger, 2002)

La autora se pregunta:

¿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 secundariza su función en el ámbito familiar? (Augsburger, 2002:68)

Quizá la dificultad vincular con la madre, la deficiente situación económica, padres detenidos, la separación de los padres, etc., como condiciones referidas de producción de padecimiento, sean expresiones de los profundos cambios que se gestan en los sectores más pobres.

Es menester orientar una mirada de género en lo que respecta a lo referido como “dificultad vincular con la madre”, como se observó, es la segunda condición de producción (con un 8,15% de frecuencia), luego de “padre/padrastro autoritario o violento” (10 %). Esta condición se encuentra presente en las adolescentes con casi un 10 % y en los varones con 5,8%. Burin (2010) ha analizado la problemática de la adolescente, en particular, como relaciones de conflicto y de tensión con su madre, describiéndolas como un entrecruzamiento entre crisis vitales, la de la hija adolescente y la de la madre en la mediana edad, revelando una problemática de relaciones de poder intra-género que habrían de jugarse dentro de la vida familiar.

Cada condición particular habla de los procesos históricos y sociales que atraviesa nuestro país, y quizá puedan ser materia de un análisis más minucioso que pueda echar luz sobre la desigualdad en la distribución de los padecimientos, de las maneras de vivir y morir. A manera de ejemplo, si se analizan las muertes de madres, padres o familiares cercanos, se encontró que varias de las muertes maternas se debieron a abortos sépticos ya que la introducción de la interrupción legal del embarazo (ILE) es particularmente novedoso y una práctica que se encuentra en construcción además de contar con resistencias desde el sector profesional. Mientras que, en contrapunto, varias muertes de padres y hermanos se produjeron en situaciones delictivas o perseguidos por la policía.

. Las situaciones de violencias: la visualización de un emergente

El tema de las violencias como contexto de producción del sufrimiento en los adolescentes emergió de una manera que antes no se había podido dimensionar, y orientó a elaborar una nueva agrupación así como el análisis específico de este campo. Como veremos más adelante, los contextos de violencia quedaron distribuidos y difuminados en múltiples situaciones diferentes, pero que comparten el patrón común y también dentro de diferentes códigos clasificatorios restándole la relevancia que se merece y el peso como determinante de las condiciones de salud de los adolescentes.

Como ya mencionamos en general los adolescentes cobran visibilidad en relación a problemas socialmente contruidos, así cobran preponderancia problemas como la delincuencia juvenil o la violencia juvenil, el embarazo adolescente, etc. La adolescencia se convierte en causa de distintos males y uno de procedimientos más importantes en esta demonización tiene que ver con la psicopatologización (Efron, 1996). Salir de esta lógica nos confronta a exponer las condiciones de sufrimiento de los adolescentes desde su perspectiva singular. En este sentido analizamos la violencia como campo de producción de padecimientos a los que los adolescentes que consultan se ven sometidos.

Tabla n° 18: Distribución de la Violencia como contexto de producción del sufrimiento según tipos

Tipos de Violencias	Frecuencia	Porcentajes
Violencia física	28	38,88%
Abuso sexual	17	23,61%
Violencia de género	11	15,27%
Violencia psicológica	8	11,11%
Sospecha de explotación, trata	5	6,94%
Víctima de trata y explotación sexual	2	2,77%
total	72	100%

Comprender la violencia, el maltrato y el abuso en niños, niñas y adolescentes, nos lleva directamente a la organización patriarcal de nuestra sociedad y los cambios que se vienen produciendo para que este tema se torne visible.

Jorge Volnovich (2010) afirma que el maltrato y abuso sexual siempre han estado invisibilizados en la sociedad patriarcal y sexista que tiene a la familia como el paradigma de protección del niño. Si la familia patriarcal era el lugar por excelencia de protección del niño, entonces, el maltrato y el abuso estaban totalmente naturalizados. De hecho, treinta años atrás el castigo físico disciplinario de un niño se veía como normal, ni siquiera se consideraba el abuso emocional y psicológico como algo importante, y el abuso sexual estaba relegado a las clases pobres y hacinadas. Según el autor fue avanzando mucho este proceso en todos los niveles: de conciencia social, institucional y de prácticas políticas inclusive.

En relación al castigo físico, se comenzó a percibir como algo a ser abolido. Esta situación presenta una particularidad, mientras que los niños, niñas y adolescentes perciben el castigo físico como algo que atenta contra sus derechos y es rechazado, los adultos en general lo creen casi necesario y lo refieren sin pudor. Quizá esto se deba al rol de la escuela y los modos de socialización promovidos desde esta institución.

Es de mencionar que a partir de todos estos cambios, se generaron categorías antes invisibles, como por ejemplo el maltrato emocional; violencia moral, la violencia psicológica o simbólica. Según el autor estas violencias contra niños y adolescentes cruzaron las barreras de la familia, para pasar al ámbito del consumo y del capitalismo: “...porque si a los chicos abusados les iba mal con el patriarcado sexista, ahora les va peor con el mercado. Antes los abusaban en la familia, ahora además de abusarlos en la familia terminan integrando una red de trata, una red de prostitución o una red social pornográfica.” (Volnovich., 2015)

El problema de la trata y la explotación sexual de los niñ@s y adolescentes del barrio es un tema que se instaló como preocupación desde varios organismos, por ejemplo la Asesoría General Tutelar, que viene alertando y capacitando equipos desde el año 2010.

Es interesante la mirada de Rita Segato (2003) ante el fenómeno de la violencia, la misma lo ubica directamente en el territorio del patriarcado como matriz social y el mandato de masculinidad:

... la desigualdad de género se origina en un mandato de masculinidad. Por ese mandato los hombres perciben su humanidad y virilidad comprometida. La posición masculina es una posición de potencia de varios tipos: capacidad de control bélico, económico, moral, político e intelectual. Esas potencias son la definición de virilidad y se ven afectadas por las vicisitudes de la historia. En el contexto actual; existe una extraordinaria precariedad de la vida que fragiliza a los hombres de una forma muy particular y su capacidad de percibirse como sujetos potentes está muy averiada. Ese mandato de masculinidad penaliza a los hombres exigiéndoles permanentemente una prueba de potencia. (Segato, 2017)

En el relevamiento de las 10 primeras condiciones de sufrimiento psíquico, la referencia al padre o padrastro violento o autoritario es la que ocupa más del 10% de las consultas y está en primer lugar. Las condiciones de precariedad económica que resquebrajan la figura del hombre patriarca y proveedor, y la exigencia de demostrar potencia, estarían afectando de manera más directa a los más vulnerables de la familia, como son los niñ@s y adolescentes tornándolos víctimas de la violencia disciplinadora.

Esta construcción de masculinidades que exige como condición de virilidad cierta potencia también parece generar los noviazgos violentos, en los que son las mujeres adolescentes las que los mencionan como condición de producción del sufrimiento.

Entre las condiciones que engloban el grupo de las violencias parecieran tener más visibilidad para los adolescentes del barrio, la violencia física o los castigos físicos con un casi 40% del total, el abuso sexual con un 23,61 % y la violencia de género con un 15,27%, tanto siendo ellos mismos testigos directos en sus familias, como en los noviazgos violentos.

Desde otro punto de vista, se clasificó dentro del campo de la violencia, aquellas manifestaciones de los adolescentes, como agresividad y peleas, conductas de abuso a otros niños y robos en la calle. Esto arrojó 25 casos dentro de los 270, es decir un 9,25 % de las manifestaciones que presentan las consultas.

En relación con la violencia padecida por los adolescentes, se encuentra una brecha bastante amplia. Es decir que los adolescentes que consultan padecen más violencia (40% de las condiciones referidas en 2013) de la que ellos generan o son protagonistas activos.

Por cierto que los robos se incluyan dentro de esta categoría, se debió a una concepción de agresividad que resulta de:

La intención es perjudicar directa o indirectamente al otro. La agresión puede suponer el ataque físico a otra persona, el abuso verbal o la burla y la descalificación y la destrucción o robo de su propiedad. También puede ser un intento por obtener el dominio sobre el otro. (Reiter , 2016: 41)

Como lo ubica Celina Reiter (2016) en su tesis de maestría, existen múltiples y diversos desarrollos entorno a la violencia y a la agresión (Freud, 1930; Giverti, 2005; Frigerio, 2005 *apud* Reiter, 2016)

Resultó de suma importancia la diferencia entre los conceptos de agresión y agresividad que realiza Alicia Fernández (Fernández, 1992, *apud* Reiter, 2016), al afirmar que la curiosidad, la posibilidad de autorizarse a preguntar, a cuestionar y a mostrar lo que se piensa requieren un quantum de agresividad y un proyecto identificador que incluye el ser activo como un aspecto deseado y aceptado por el sujeto.

La autora considera que la agresividad puede mediatizarse y actúa a nivel simbólico y constituye el componente de toda pulsión. En cambio la agresión, es una manifestación no mediatizada y actúa en un nivel no simbólico. La agresión es, para la autora, lo que dificulta la posibilidad de pensar y aprender (Fernández, 1992 *apud* Reiter, 2016).

Fernández toma los desarrollos de Galende quien dice que lo que caracteriza nuestra época es el sufrimiento por la expropiación de saber, de la capacidad de pensar y de poder conectarnos con la dimensión trágica de nuestra propia existencia. Lo cotidiano se ha vuelto ritualizado, sin reflexión crítica tornando repetitivo y automático el estilo de vida actual. (Fernández, 1992 *apud* Reiter, 2016).

Esta pérdida de sentido respecto a lo cotidiano podría favorecer la emergencia de agresiones físicas entre los púberes, adolescentes y jóvenes como pura reproducción naturalizada de las diferentes formas de violencia social. (Fernández, 1992 *apud* Reiter, 2016)

Tabla n° 19: N° de consultas por Violencia como manifestación por edad y sexo

	10-14 años	15-19 años	total
mujeres	4	5	9
varones	10	6	16
total	14	11	25

La violencia como expresión o manifestación de sufrimiento, se observó mayor frecuencia de la agresiones en varones en un 64% por sobre las niñas con un 36%.

En relación a la edad, pareciera haber mayor número de manifestaciones de agresividad dentro de la franja de 10 a 14 años con un 56%, siendo los niños de esta edad los protagonistas.

Los robos ocupan un 24% (6) de los casos y están asociados a lo que las madres llaman “mala junta”, menos en un caso que se asocia al padre detenido.

Los casos de actitudes de manoseo a niños más pequeños fueron 2, y no se las asoció a ningún contexto de producción.

El resto, es decir el 68% (17) restante, fueron peleas en la calle o en la escuela. Las peleas en las niñas fueron en el contexto escolar y se subieron a las redes sociales, lo que les llamó la atención a los referentes escolares fue el nivel de “crueldad” y lo público y espectacular de las modalidades.

Las peleas de los varones se vincularon al contexto de la calle y a la escuela.

Como bien señala Reiter (2016) en las problemáticas ligadas a la violencia, siempre se han señalado diferencias entre los comportamientos de los varones y de las mujeres caracterizando a los varones como los que utilizan más la fuerza, la agresividad, la

violencia en los juegos o en los deportes. Por otro lado, en las mujeres se señalaba como más habitual las agresiones verbales. Sin embargo en las investigaciones sobre el tema de los últimos años se observan cambios en estos comportamientos, con un incremento considerable de las mujeres adolescentes como agresoras y como víctimas y, un acercamiento a la modalidad masculina, en el sentido de conseguir e igualar derechos, en comportamientos, actitudes y creencias vinculados con el estándar masculino. Quizá de este cambio de cuenta la desorientación y sorpresa con que lo perciben en el contexto escolar

Se analizó la relación entre los motivos relativos a situaciones de violencia como contexto de producción y como manifestación de sufrimiento psíquico, y se encontró en un solo caso, la violencia simbólica como contexto de producción.

La agresión y las peleas fueron asociados a las siguientes condiciones: abandono materno (3), muerte materna (2), dificultad vincular con la madre (3), madre detenida (1), es decir cuestiones ligadas a vicisitudes del grupo familiar. Hechos que marcan profundamente la subjetividad de los niñ@s y jóvenes.

Los desarrollos de Winnicott desde una mirada psicoanalítica sobre los actos antisociales pueden ayudar a discernir o aportar una lectura acerca de aspectos de la subjetividad implicados en estas prácticas complejas. Este autor trabajó con niños en durante la II Guerra Mundial, y observó que los niños separados de sus familias, para vivir en hogares provisorios en el campo, acostumbraban a pasar por un periodo de retraimiento inicial con aparente aceptación al cambio, seguido por el surgimiento de síntomas como enuresis nocturna, robo, mentira, consumismo, rebeldía y crueldad compulsiva (Winnicott, 1991). Estos niños tenían en común el hecho de ser lo suficientemente maduros para reconocer que sufrieron una pérdida, la cual era sentida como irremediable (deprivación). El mundo, por lo tanto, estaba en deuda con ellos, y junto a esto dejó de ser un lugar confiable, estable y seguro. Acompañando a estos niños evacuados, incluso después del final de la II Guerra, Winnicott observó que la cronificación y los efectos secundarios obtenidos con la conducta antisocial podrían llevar a la delincuencia, es decir, a una organización defensiva de la personalidad en torno a la pérdida original (deprivación). Winnicott también observó que los síntomas antisociales no estaban vinculados solamente a cambios abruptos y dramáticos como la guerra y que su surgimiento también tenía que ver con alteraciones sutiles en el ambiente familiar, como por ejemplo, el nacimiento de un hermano, una mudanza, la pérdida de un familiar. Según el autor si la familia tiene condiciones de ofrecer un soporte emocional adecuado,

ella misma es capaz de ayudar al niño, lo que implica reconocer su sufrimiento y acompañarlo a que se restablezca la confianza que fue perdida en el vínculo con los padres.

En una conferencia del año 1967, en el Congreso de Subdirectores de Reformatorios en Winchester, Winnicott aclara que la tendencia antisocial puede observarse en cualquier contexto social, inclusive en los hijos de los “buenos hogares”, es decir que no relaciona la delincuencia o la conducta antisocial con la pobreza, la vivienda inadecuada o la falla en la provisión social, y le da el estatuto de respuesta subjetiva al sufrimiento producido por la pérdida.

Según el autor la conducta antisocial es un pedido de auxilio con un mensaje esperanzador, de que alguien lo escuche. Si el medio social y familiar es seguro, esto ayuda al niño a integrar sus impulsos destructivos con sus impulsos de amor y a tolerar la destructividad inherente a cada ser humano. Pero para poder lograr una operación tan compleja es necesario un medio que sea indestructible en sus aspectos esenciales, al decir del autor, que el hogar se mantenga unido, que la familia marche, que pueda seguir confiando en la relación entre sus padres.

La estabilidad del medio familiar es lo que se encuentra en juego en la realidad actual del barrio, signada por la falta de empleo y el déficit habitacional. La familia constituye el reservorio de los vínculos sociales más íntimos y como espacio de cuidado, socialización, protección de los seres humanos, como ámbito de contención y sostén social. Diversas determinaciones ligadas a factores económicos, sociales y culturales estarían generando fuertes transformaciones que tienden a la fragilización del vínculo familiar.

. La exclusión social como condicionantes de padecimiento: reflexiones acerca de “la mala junta”

Anclaré mis reflexiones en los desarrollos de Silvia Duschatzky y Cristina Corea (2007) acerca de cómo habitan los jóvenes situaciones de exclusión social. Más allá que la referencia a “la mala junta”, tal como llaman las madres que concurren a la consulta al contexto de pares de los adolescentes varones del barrio, represente año a año un 3% de las condiciones de padecimiento de las madres, parece necesario dirigir un mirada que descifre los mecanismos de subjetividad que están detrás de estas formas de socialización.

Siguiendo esta posición, las autoras mencionadas afirman que a simple vista los indicadores que nos pueden referenciar a la exclusión social, como la violencia, la falta de trabajo, la falta de escolarización o la escolaridad precarizada, la ausencia de resortes de protección social, la disolución de los vínculos familiares, etc. son fácilmente constatables. Estos datos retratan determinaciones, actos, situaciones pero no nos hablan de los sujetos, de los modos de significación, de las operaciones de respuesta, de sus efectos en las relaciones sociales y en la subjetividad de los involucrados.

Las autoras hacen una distinción importante que sirve para orientar una epidemiología en salud mental que incluya el componente subjetivo. Ellas distinguen claramente entre actos o datos reveladores de la expulsión social y prácticas de subjetividad, es decir aquellas operaciones que pone en juego el sujeto en situación de expulsión social (Duschatzky y Corea 2007).

Las prácticas de subjetividad permiten rastrear las operaciones que despliegan los sujetos en situaciones límite y las simbolizaciones producidas. La pregunta por las prácticas de subjetividad, por los modos en que los chicos se constituyen en particulares circunstancias es también la pregunta por la eficacia de los dispositivos tradicionales como la escuela, en la cual los sujetos pasan gran parte de su vida. (Duschatzky y Corea 2007:20)

Como ya mencionamos, las formas de producción de subjetividad no son universales ni atemporales ya que se inscriben en condiciones sociales y culturales específicas. Varios autores subrayan una alteración fundamental en el suelo de la constitución subjetiva que tiene que ver con el desplazamiento de la promesa del Estado por la promesa del mercado (Galende, 1990; Stolkiner, 1999, 2001; Lewcowicz, 2002; Bleichmar, 2002, 2004)

Lewcowicz sostiene que la potencia soberana del Estado fue reemplazada por la potencia soberana del mercado, y que asistimos a un agotamiento del Estado-Nación como forma clave de organización social que se dio durante los siglos XIX y XX (Lewcowicz *apud* Duschatzky, 2007). El mercado como organizador no supone un orden simbólico como articulador, un sustrato normativo que comprenda a todos por igual, sino que se dirige a un sujeto que tiene derechos de consumidor y no derechos y obligaciones de ciudadano. El consumo, produce consumidores, como nuevo ideal del yo, donde el otro es prescindible para satisfacer el deseo de consumo. Se crea la ilusión de que para estar integrado se depende de la capacidad de uno mismo, de la gestión de sí mismo, y no del lazo al otro como posibilidad. La hipótesis que sostienen las autoras es que la violencia se presenta como sustrato cotidiano sobre el que se construye la subjetividad de niños y

jóvenes en condiciones de expulsión social. Esta violencia se construye como modo de relación, cuando la familia y la escuela se encuentran impotentes como condición de instituyente, en una época en que parecen haber perdido potencia enunciativa los discursos de autoridad y el saber de padres y maestros, que tuvieron capacidad de interpelar, formar y educar en tiempos modernos y que ahora parecen despojados de toda autoridad. (Duschatzky y Corea, 2007)

Beatriz Sarlo (2001) afirma que asistimos a la clausura de un espacio simbólico de pertenencia que había sido la marca de constitución subjetiva durante la primera mitad del siglo XX y donde anclaba la identidad de lo que significaba ser argentino. Ser argentino, dice la autora, suponía tres cualidades: ser alfabetizado, ser ciudadano y tener trabajo. La caída de estos aspectos identitarios redonda en la caída de la autoridad simbólica para interpelar y nombrar nuevos discursos (Sarlo, 2001 *apud* Duschatzky, 2007).

Siguiendo estas líneas reflexivas las autoras sostienen la idea de una subjetividad situacional configurada por fuera de los dispositivos institucionales tradicionales modernos como lo son la familia y la escuela. Si el sujeto devenía por la acción de los dispositivos de la escuela y la familia, en el contexto actual donde el mercado cobra centralidad y el Estado–Nación cae, el suelo de constitución de los sujetos se altera profundamente. Entonces los jóvenes construyen su subjetividad en situación apelando a otros territorios, formas de socialidad y ritos o prácticas.

La “mala junta” o el grupo de pares forman parte de estas nuevas formas de socialidad que se configuran como posibilidad frente a la ineficacia simbólica del modelo tradicional y el resquebrajamiento del eje paterno-filial.

La familia para estos adolescentes parece perder relevancia cediéndosela al grupo de pares, que funciona como generadores de códigos y valoraciones que estructuran la experiencia del sujeto. De hecho a veces es más grave violar las reglas construidas en su interior, que las producidas por los otros dispositivos tradicionales.

En general, estos jóvenes, no llegan a la consulta o lo hacen un par de veces, sólo en muy pocos casos se construyó un vínculo de confianza en la que se pudo conocer los modos y prácticas de subjetivación.

Como ya se mencionó las madres asocian “la mala junta” a la práctica del robo. Es interesante que las madres recurran al sector salud y a salud mental, como una instancia frente a su impotencia y sufrimiento, antes que se termine en la justicia. A veces demandan: “Háblelo, yo ya le hablé, quizá si usted le habla...” o “lo traje para que le

hable...”, cuestión que delata el sentimiento de impotencia ante la transmisión de valores y de autoridad para interpelarlos. Esta estrategia de las madres también interpela el lugar del Estado y de la salud mental ante estas prácticas que los ponen en riesgo de entrar a otros circuitos como los punitivos de la justicia.

En estas familias, el padre es una figura ausente, en muchos casos no se lo conoce o perdieron el contacto hace mucho tiempo. Las madres están solas e impotentes y representan una fuerte presencia afectiva y de apoyo. La familia tradicional ya no es más el lugar de transmisión de la ley a través de la figura del padre, junto con las marcas de masculinidad que se transmitían a través del mandato de trabajar y proveer o estudiar para forjarse un futuro.

En los adolescentes que llegan a vincularse se observa en relación a la práctica del robo lo descrito por Duschatzky y Corea (2007). El robo aparece como una opción más disponible ante la falta de otras ofertas de índole cultural, política o social y motoriza la grupalidad.

Tal como afirman las autoras en el devenir del grupo surge la pregunta “¿qué podemos hacer?” Y aparece el robo como una opción posible, que no pareciera estar signado por la lógica de la necesidad, sino más bien por búsquedas vinculadas a la conquista de un lugar importante en el grupo. Los relatos son contados con entusiasmo, donde emergen cuestiones de lealtad, valentía y persecuciones, situaciones de riesgo y violencia (Duschatzky y Corea, 2007).

Si hablamos de construcción de subjetividad, los varones parecieran constituirse de manera diferente a las niñas. Como sostienen las autoras, la subjetividad de los varones se constituye en situación, es decir en estas prácticas en territorio y no son la escuela ni la familia las que marcan a los sujetos. En este grupo de varones, los rasgos de identidad están dados por las lealtades, y las reglas o moralidades que rigen en cada escena, y en relación al grupo de pares.

. La escuela como contexto problemático

Como ya mencionamos la escuela también se constituye como contexto de producción de padecimientos en un 7,8 % de las consultas. Además, el mal rendimiento escolar y la mala conducta en la escuela ocupan más del 10% de las manifestaciones por las que se consulta.

En relación a las derivaciones que orienta el sector Educación ocupan un 16,7% del total de las consultas. De estas consultas, que representan un total de 45, los motivos más prevalentes por los cuáles se los deriva a la atención de Salud Mental son los siguientes:

Tabla n° 20: Manifestaciones de sufrimiento de la población consultante derivadas del sector Educación

Manifestaciones de sufrimiento	Frecuencia	Porcentaje
Mala conducta en la escuela	10	22,2 %
Mal rendimiento escolar	6	13,3 %
Agresividad/peleas	6	13,3 %
Malestar/sufrimiento	6	13,3 %
rebeldía	5	11,1 %
Retraso madurativo	2	4,4 %
Síntomas psicosomáticos	2	4,4 %
Otros	8	18%
total	45	100 %

No es de sorprender que el motivo principal sea la mala conducta en la escuela con un 22,2%. Luego las peleas y el mal rendimiento con un 13,3%. Por cierto, es de destacar que también se derivan manifestaciones internalizantes (Caraveo-Anduaga y otros 2002) como el malestar/sufrimiento en un 13,3%. Es decir que, la escuela está atenta a estas expresiones de sufrimiento de los niñ@s y adolescentes. En la experiencia se observó que la institución educativa puede detectar y hacer visibles estas formas de sufrimiento cuando las familias las minimizan o tan solo no las ven. De hecho hay escuelas y escuelas, es decir que si se pudiera hacer un perfil de las escuelas, de la cualidad y cantidad de lo que derivan, nos daría información importante para el trabajo con las mismas.

Que la mala conducta en la escuela o el mal rendimiento escolar cuando no se debe por supuesto a un problema claro del aprendizaje, sea considerado un problema individual o un trastorno del sujeto, forma parte como ya se mencionó, del proceso de medicalización. Una de las consecuencias redundante en la individualización y biologización de los problemas sociales, anulando otras estrategias de intervención y el análisis de las causas sociales, como condiciones de producción. Es decir que, a problemas complejos

se responde con respuestas simples y técnicas, que dejan de lado las implicaciones de los demás actores involucrados en el problema, como los maestros y la institución escolar, contribuyendo a responsabilizar al sujeto al estigmatizarlo si el resultado deviene en una aseveración diagnóstica.

Muchos autores afirman que la escuela como otras instituciones de la modernidad se encuentra en franco declive (Galende, 1997; Stolkiner, 1999; Augsburger, 2002; Duschatzky, 2007; Bleichmar 2008; Lewcowicz, 2012; Loudieu, 2013)

De modo que cuando decimos que la escuela se encuentra destituida simbólicamente no decimos que enseña mal, que no está a la altura de las demandas competitivas o que, como suele escucharse, hace asistencialismo en vez de pedagogía. Lo que sugerimos con la hipótesis de la destitución de la escuela es que se percibe una pérdida de credibilidad en sus posibilidades de fundar subjetividad...no se trata de una desaparición absoluta de la subjetividad, sino en todo caso, de la desaparición de algunos tipos subjetivos, de algunas posiciones de enunciación y lógicas que se revelan estériles para hacer algo en esta situación. (Duschatzky y Corea, 2007: 82)

Como bien describen algunos autores (Augsburger, 2004) 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 complica mucho las posibilidades efectivas de enseñar y formar.

Si bien el fracaso escolar es un fenómeno complejo y multideterminado y su distribución también es desigual, pensarlo como un problema de salud mental individual de un sujeto, no nos permite visualizar otras alternativas para su abordaje que suponga una participación intersectorial y multiactoral.

Tensiones entre manifestaciones del sufrimiento y sus contextos de producción

Sin ánimo de establecer hipótesis causales pudimos observar algunas relaciones entre manifestaciones y condiciones de producción de padecimiento. Como ya se trató, el malestar/sufrimiento está asociado mayormente a problemas del apoyo familiar y a las violencias.

Otra de las relaciones con sentido que analizamos es la de la fuga /abandono del hogar vinculado a contextos de violencia. Lo mismo sucede con los cortes/conductas autolesivas, relacionadas a contextos violentos o la falta del apoyo familiar.

Por otro lado aparece una asociación entre mal rendimiento escolar y mala conducta en la escuela, ligada, desde el punto de vista de los consultantes, mayormente a la falta de apoyo familiar o problemas familiares, más que al contexto escolar.

La agresividad/peleas se presentó vinculada al contexto familiar y la escuela y, no así a contextos de violencia, como se podría pensar.

Como se desarrolló en el recorrido de estos apartados pensar en las manifestaciones de sufrimiento ligadas a condiciones de producción puede ser una herramienta potente para generar estrategias de abordaje del padecimiento que no operen sobre un reduccionismo. Además ayuda a profundizar la comprensión de las formas actuales que adquiere el sufrimiento de los adolescentes, ya que interroga las nuevas formas culturales y los cambios profundos que se generan en los diferentes contextos como las familias y la escuela.

Permite ubicar la subjetividad producida por ciertos modos nuevos de lazo social, como entendimos acerca del contexto de pares, e identificar grupos con mayor vulnerabilidad para ser reflexionado críticamente, como los varones de 13 años en el pasaje de la escuela primaria hacia la secundaria.

Una epidemiología que tenga en cuenta el decir de los protagonistas nos habilita a indagar acerca de los sentidos y significaciones otorgados a diferentes prácticas de subjetividad, a echar luz sobre sus aspectos saludables y subjetivantes como lo son el abandono del hogar por parte de las niñas en relación a contextos de violencia, a ubicar diferentes modos de respuesta subjetiva ante el agotamiento de las instituciones modernas, como observamos con la práctica del robo, la agresividad y las peleas.

El estudio de las transformaciones sociales operadas en el seno de las instituciones tradicionales se constituye como vía regia para aprehender sobre las actuales formas de producción de padecimiento, las nuevas modalidades de conformación de subjetividad, las condiciones actuales que ayudan o contribuyen al deterioro de la salud mental.

Esta particular mirada epidemiológica ilumina ciertos aspectos como las violencias en tanto contexto de producción, evitando la estigmatización y psicopatologización de los adolescentes y, de problemáticas con profundas raíces sociales y culturales

En suma al decir de Galende:

Indagar en torno a la subjetividad consiste 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. (Galende *apud* Augsburger, 2002:64)

Capítulo 6

El análisis de las expresiones autorreferidas de sufrimiento psíquico y las Clasificaciones Internacionales de Enfermedades

El trabajo estuvo orientado por supuestos iniciales centrados en la idea que la Clasificación Internacional de Enfermedades presentaba límites para comprender los motivos de consulta de los adolescentes. Se supuso que más del 80% de las consultas y sus manifestaciones no podían ser clasificadas dentro de las categorías establecidas en la CIE-10, dentro del capítulo V de los Trastornos Mentales y del Comportamiento consignados con la letra F. Esta idea se fundamentaba sobre la base que la categoría malestar/sufrimiento no podía ser incluida en las categorías de síntomas y signos objetivables que ofrece la nosografía psiquiátrica. Retrospectivamente dirigía este supuesto cierto desconocimiento sobre el conjunto de contenidos contemplados en cada grupo de síntomas, signos o de síndromes.

Implicó problematizar la categoría de motivos de consulta y sus manifestaciones como expresión de sufrimiento psíquico a la luz de analizarlas según las taxonomías establecidas internacionalmente. Este trabajo de correspondencia, llevó a una lectura y análisis minucioso del texto del motivo de consulta, su manifestación y su condición de producción, para luego consignar un código desde la CIE-10. Dicha relación quedó plasmada en el siguiente cuadro:

Tabla n° 21: Clasificación de las manifestaciones de sufrimiento expresadas según el Cap. V- CIE-10.

Códigos y Trastornos	Frecuencia	Porcentaje
F41-Otros trastornos de ansiedad	5	1,8%
F42-Trastorno obsesivo-compulsivo	3	1,1%
F43-Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación	95	35,1%
F51-Trastornos no orgánicos del sueño	1	,4%
F70-Retraso mental leve	5	1,8%
F71-Retraso mental moderado	1	,4%

F80-Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje	1	,4%
F91-Trastornos disociales	28	10,3%
F93-Trastornos de las emociones de comienzo específico de la infancia	2	,7%
F98-Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	3	1,1%
Sin clasificar	126	46,6%
Total	270	100%

Del total de 270 manifestaciones de sufrimiento psíquico, poco menos de la mitad (46,6%) de las expresiones no pudo ser clasificada dentro del Capítulo de Trastornos Mentales y del Comportamiento, y fueron clasificadas el 53,4 %.

Las manifestaciones de sufrimiento no incluidas en la clasificación de los códigos F, se presentan a continuación:

Abandono escolar, aislamiento, consumo, cortes y conductas auto lesivas, las fugas y abandonos del hogar, el llanto, el mal rendimiento escolar y la mala conducta en la escuela, las mentiras, la rebeldía, el consumo de sustancias, la no adherencia al tratamiento, pedidos de aptos psicofísicos o certificados de discapacidad, no quedan comprendidos dentro de los trastornos mentales.

Las manifestaciones de sufrimiento relacionadas con el mal rendimiento escolar, a pesar que existe un trastorno consignado como: Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar (F81), no pudieron ser clasificadas debido a la especificidad descripta en la delimitación de dicho trastorno.

Son trastornos en los que desde los primeros estadios del desarrollo están deterioradas las formas normales del aprendizaje. El deterioro no es únicamente consecuencia de la falta de oportunidades para aprender, ni es la consecuencia de traumatismos o enfermedades cerebrales adquiridas. Por el contrario, los trastornos surgen de alteraciones de los procesos cognoscitivos, en gran parte secundarias a algún tipo de disfunción biológica. Al igual que la mayoría del resto de los trastornos del desarrollo,

estas alteraciones son considerablemente más frecuentes en varones que en mujeres. (OMS, 1992)

La descripción subraya que son deficiencias significativas del aprendizaje escolar, que no son consecuencia directa de otros trastornos (como un retraso mental, déficits neurológicos importantes, problemas visuales o auditivos sin corregir o trastornos emocionales), aunque pueden estar presentes. También sugiere que suelen presentarse acompañados de otros síndromes (tales como Trastornos de déficit de atención o Trastornos específicos del desarrollo del habla y el lenguaje).

También aclara que los niños deben tener oportunidades adecuadas para aprender con eficacia, es decir, que en presencia de ausentismo prolongado y falta de condiciones apropiadas, las deficiencias del aprendizaje no podrían ser codificadas dentro de este trastorno. Resulta que casi todas las manifestaciones relativas al bajo rendimiento escolar en el barrio, están muy ligadas a las condiciones inadecuadas de aprendizaje, como menciona el manual de la CIE-10 por ejemplo el ausentismo y la falta de acompañamiento en el aprendizaje tanto de la familia como de la escuela.

La rebeldía, supone una de las manifestaciones expresadas en los motivos de consulta frecuentes de la adolescencia, el manual de la CIE-10 las considera fuera de los trastornos, por ejemplo al describir los Trastornos disociales (F91), dice:

Se trata por tanto de desviaciones más graves que la simple "maldad" infantil o rebeldía adolescente. Los actos antisociales o criminales aislados no son, por si mismos base para el diagnóstico, que implica una forma duradera de comportamiento. (OMS, 1992)

Es decir que la misma entra dentro de los comportamientos “normales” y no “patológicos” de esta etapa.

En general las demás manifestaciones como llanto, mentiras, mala conducta en la escuela, fugas, celos, etc.; quedan consignadas en la CIE 10 como desviaciones que sólo deben ser codificadas dentro de algún trastorno dependiendo de su grado de “intensidad”.

Se debe tener en cuenta el nivel del desarrollo del niño. Las rabietas, por ejemplo, forman parte de un desarrollo normal a la edad de tres años y su mera presencia no debería ser una indicación para el diagnóstico. Del mismo modo, la violación de los derechos cívicos de otras personas (como un crimen violento), no se encuentra al alcance de la mayoría de los niños de siete años de edad, y por lo tanto, no constituye una pauta diagnóstica para este grupo de edad.

Las formas de comportamiento en las que se basa el diagnóstico pueden ser del tipo de las siguientes: grados excesivos de peleas o intimidaciones, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias

ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, provocaciones, desafíos y desobediencia graves y persistentes. Cualquiera de estas categorías, si es intensa, es suficiente para el diagnóstico, pero los actos disociales aislados no lo son. (OMS, 1992)

Es decir que, se constituyan en trastorno, tendrá que ver con lo reiterado y con la intensidad, criterios bastante dependientes del punto de vista del que las refiere o las interpreta.

Sin embargo, entre las manifestaciones que sí pudieron ser codificadas según los criterios de la CIE-10 fueron: Malestar/sufrimiento, robos, celos, ataques de pánico/nervios, ideas de muerte, enuresis, agresividad/peleas, dificultad del habla, temores, algunos síntomas psicossomáticos y síntomas obsesivo-compulsivos.

Los robos junto con la agresividad y peleas, fueron clasificados dentro de los *Trastornos disociales* (F91), que forman parte del capítulo mayor llamado Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

La descripción general de este tipo de trastornos según la CIE-10 versa:

Los trastornos disociales se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las normas, mayores de las que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en la que vive. Se trata por tanto de desviaciones más graves que la simple "maldad" infantil o rebeldía adolescente. Los actos antisociales o criminales aislados no son, por si mismos base para el diagnóstico, que implica una forma duradera de comportamiento.

Los trastornos disociales suelen estar relacionados con un ambiente psicosocial desfavorable, entre ellos relaciones familiares no satisfactorias y fracaso escolar, y se presenta con más frecuencia en chicos. La distinción entre los trastornos disociales y los trastornos de las emociones es bien definida, mientras que su diferenciación del trastorno hiperkinético es menos clara y es frecuente un solapamiento entre ambos. (OMS, 1992)

Como ya se mencionó anteriormente, la intensidad, lo reiterado y persistente en el tiempo y su ligazón con el ambiente psicosocial desfavorable hizo que a partir del análisis de cada texto, relacionado a las condiciones de producción, queden codificados en este trastorno.

Además se codificó específicamente dentro de los siguientes trastornos enumerados abajo:

Cuadro n° 4: Trastornos disociales (F91) según la CIE-10

F91.0	Trastorno disocial limitado al contexto familiar.
F91.1	Trastorno disocial en niños no socializados.
F91.2	Trastorno disocial en niños socializados.
F91.3	Trastorno disocial desafiante y oposicionista.
F91.8	Otros trastornos disociales.
F91.9	Trastorno disocial sin especificación.

Fuente: Cie-10/OMS, 1992 En: .www.psicomed.net

Fueron utilizados los tres primeros, la diferencia entre F 91.0, F 91.1 y F 91.2 radica en el contexto de expresión de los síntomas, si es en la familia, en niños que no van a la escuela o en el contexto escolar.

La enuresis fue codificada dentro de F98 como Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, específicamente F98.0 Enuresis no orgánica.

La dificultad del habla en F 80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje, F 80.0 Trastorno específico de la pronunciación.

Algunos temores fueron clasificados dentro de F 93, Trastornos de las emociones de comienzo específico de la infancia, y F 93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia.

Síntomas obsesivos compulsivos se incluyeron en las F42 Trastorno obsesivo-compulsivo, F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.

Los síntomas psicósomáticos, como mareos, vértigos, desmayos, insomnio, fueron codificados dentro de varios trastornos: Trastorno de ansiedad, Trastorno adaptativo, Trastornos no orgánicos del sueño.

Los ataques de nervios o pánico como refieren las personas que consultan, se distinguieron algunos dentro del Trastorno adaptativo (F43), del que ya hablaremos más adelante y otros, en la categoría de Otros trastornos de ansiedad (F41).

Según la clasificación:

El síntoma principal de estos trastornos es la presencia de una ansiedad, que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos

de ansiedad fóbica, con tal de que éstos sean claramente secundarios o menos graves. (OMS, 1992)

El manual de la CIE 10 los divide en los siguientes trastornos específicos:

Cuadro n° 5: Otros trastornos de ansiedad (F41) según la CIE-10

F41.0	Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada.
F41.2	Trastorno mixto ansioso-depresivo.
F41.3	Otro trastorno mixto de ansiedad.
F41.8	Otros trastornos de ansiedad especificados.
F41.9	Trastorno de ansiedad sin especificación.

Fuente: Cie-10/OMS, 1992 En: .www.psicomed.net

Dentro de las alternativas, las dos codificaciones utilizadas fueron F 41.0 y F 41.1. Según la CIE- 10 el Trastorno de pánico (F41.0) se caracteriza por:

...la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). (OMS, 1992)

Por otro lado, el Trastorno de ansiedad generalizada (F 41.1) se define por:

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. (OMS, 1992)

La característica común de estas manifestaciones de sufrimiento fue que, en general, no emergían asociadas a condiciones de producción.

Por último, y centrando el debate de la tesis, la categoría malestar/sufrimiento acumuló el 41,3% de frecuencia. Esta manifestación pudo ser clasificada en la totalidad de los casos dentro del código F 43 Reacciones al stress grave y trastornos de adaptación. Específicamente F 43.0, F 43.1 y F 43.2.

**Cuadro nº 6: Reacciones al stress grave y trastornos de adaptación (F43)
según la CIE-10**

F43.0	Reacción a estrés agudo.
F43.1	Trastorno de estrés post-traumático.
F43.2	Trastornos de adaptación.
F43.8	Otras reacciones a estrés grave.
F43.9	Reacción a estrés grave sin especificación.

Fuente: Cie-10/OMS, 1992 En: .www.psicomed.net

Al interpretar los trastornos en salud mental prevalentes de la población de adolescentes que consultó en el período analizado, podríamos afirmar que las mujeres enferman en proporción más que los varones. Ya que hay una frecuencia mayor de Trastornos de adaptación con el 46,7% del total de las consultas. Los varones presentan una frecuencia de 16,5% de Trastornos de adaptación y la misma frecuencia de Trastorno disocial. De hecho si se observa la Tabla nº 22 con la distribución de trastornos según sexo, muestra que el 56,3% de los signos y síntomas expresados por los varones, no pudieron ser clasificados dentro de un trastorno o síndrome, y en las mujeres el 41,3% no pudo ser clasificado dentro de la letra F.

Esto abre a la interrogación si, al considerar este modo de abordar el sufrimiento de los adolescentes, ¿Existe una tendencia más marcada de las mujeres a enfermar relacionadas a las condiciones de vida, a desadaptarse y pedir ayuda? ¿Qué consecuencias teóricas y prácticas podríamos deducir de estas frecuencias?

Por cierto, como ya fuera desarrollado, el malestar/ sufrimiento en las mujeres no podría ser pensado como enfermedad, es decir como un trastorno en la capacidad adaptativa, sino más bien como una respuesta subjetiva en relación a condiciones de opresión (Burin 2010), y su alta percepción contribuye más que nada a su salud, no a la enfermedad. El sufrimiento constituye una entidad infra patológica (Dejours, 1990), que nos ayuda a pensar fuera de la dicotomía salud–enfermedad.

**Tabla nº 22: Manifestaciones del sufrimiento clasificadas en Cap. V
- según sexo**

Códigos F	Varones	Mujeres	total
no clasificadas	56,3%	41,3%	47%
F41	1,0%	2,4%	1,9%
F42	2,9%	,0%	1,1%
F43	16,5%	46,7%	35,2%
F51	,0%	,6%	,4%
F70	1,9%	1,2%	1,5%
F71	1,0%	,0%	,4%
F80	1,0%	,0%	,4%
F91	16,5%	6,6%	10,4%
F93	1,0%	,6%	,7%
F98	1,9%	,6%	1,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Estas preguntas llevan a cuestionar y de-construir el diagnóstico de Trastorno de adaptación como entidad mórbida.

Los *Trastornos de adaptación* según la CIE 10 se encuentran dentro de la categoría principal titulada: “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, y dentro de esta en la subordinada “Reacción a stress severo y trastornos de adaptación”. Estos trastornos según la descripción de la CIE 10 poseen dos componentes principales, a saber, la sintomatología por un lado, y el factor traumático o estresante por el otro.

Incluye trastornos que se identifican no sólo por la sintomatología y el curso, sino también por uno u otro de los dos factores siguientes: antecedentes de un acontecimiento biográfico, excepcionalmente estresante capaz de producir una reacción a estrés agudo o la presencia de un cambio vital significativo, que dé lugar a situaciones desagradables persistentes que llevan a un trastorno de adaptación. Aunque situaciones de estrés psicosocial más leve ("acontecimientos vitales") puedan precipitar el comienzo o contribuir a la aparición de un amplio rango de trastornos clasificados en otras partes de esta clasificación, su importancia etiológica no siempre es clara y en cada caso se encontrará que dependen de factores individuales, a menudo propios de su idiosincrasia, tales como una vulnerabilidad específica. En otras palabras, el estrés no es un factor ni necesario ni suficiente para explicar la aparición y forma del trastorno. Por el contrario, los trastornos agrupados en esta categoría aparecen siempre como una consecuencia directa de un estrés agudo grave o de una situación traumática

sostenida. El acontecimiento estresante o las circunstancias desagradables persistentes son un factor primario y primordial, de tal manera que en su ausencia no se hubiera producido el trastorno. Las reacciones a estrés grave y los trastornos de adaptación se presentan en todos los grupos de edad, incluyendo niños y adolescentes, y por lo tanto deben codificarse de acuerdo con las pautas de esta categoría” (OMS, 1992).

A pesar que la American Psychiatric Association (APA) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 3ª Edición de 1980 (DSM-3), asume que la mayoría de los trastornos mentales tienen una etiología desconocida, de hecho la aproximación de su clasificación es descriptiva, a-teórica y sindrómica, define para algunos trastornos mentales una etiología conocida. Este es el caso de algunos procesos secundarios a procesos orgánicos y de otros trastornos considerados como reactivos al estrés psicosocial.

La noción de Neurosis fue eliminada en 1980, como así también toda teoría psicopatológica y muy especialmente el enfoque de Freud y sus conceptos (Levy Yeyati, 2014). Ésta estaba incluida en el DSM-II (APA, 1968) y en la CIE 9 (OMS, 1975).

El nuevo enfoque estaría basado en signos y síntomas, lo que redundaría según sus autores, en la obtención de diagnósticos más confiables.

A partir de 1980 los trastornos neuróticos quedarían incluidos como “Trastornos afectivos, ansiosos, somatiformes y psicosexuales” (APA, 1980), pero en la CIE se sigue conservando el término neurosis, y el Trastorno adaptativo forma parte de la categoría de Trastornos neuróticos ya mencionados.

La omisión del concepto de neurosis tuvo consecuencias en la nueva mirada sobre los trastornos mentales.

Por un lado, se generalizó de la noción de trauma desplazando el acento hacia el hecho traumático y estresante como productor de enfermedad, considerando una causalidad mecánica y lineal, sin tener en cuenta las series complementarias enunciadas en la teoría freudiana:

Al romperse la tensión entre predisponer –provocar, que opera en el clásico concepto de serie complementaria o ecuación etiológica de Freud, el énfasis se desplaza hacia el acontecimiento traumático mismo, que pasa a ser la única causa del padecimiento. A partir de allí, la población en riesgo de enfermar (porque vivió el acontecimiento) y la población enferma (que padece síntomas) se iguala (Levy Yeyati, 2014:88)

Se le critica la extracción del concepto de trauma del contexto teórico que le brindaba la teoría psicoanalítica, reduciéndolo sólo a criterios empíricos. Por otro lado, también en

relación a la historia misma de lo que se consideraba trauma, algunos autores (Scott, 1990; Young, 1995; Stagnaro, 1997; Hacking, 1998 y 1999; Summerfield, 2001; citados en Levy Yeyati, 2014) le adjudican un claro origen en intereses no sólo académico sino económicos, en relación a intereses de las aseguradoras y de la administración en salud.

Los orígenes de las neurosis traumáticas datan de los primeros accidentes en los ferrocarriles a mediados de 1.800. En 1889 el neurólogo Hermann Oppenheim describió un tipo de estados neuróticos en personas que habían sufrido accidentes de ferrocarril y lo designó como neurosis traumática. En Francia, Charcot también se ocupó de la neurosis traumática subsumiéndola dentro de la histeria. A partir de considerarla una enfermedad relacionada a un accidente, comenzó a pensarla como un daño que requiere compensación. Con el inicio de la Seguridad Social en Alemania, junto con las leyes sociales entre las que estaban, seguro contra enfermedad, seguro contra accidentes de trabajo, contra la invalidez y vejez, el rol del médico se transformó en el de un perito (Levy Yeyati, 2014). Justamente este origen, lo vincula fuertemente con un contexto social de época.

Es necesario ser prudente cuando se busca establecer una relación entre problema psicosocial y la emergencia de un trastorno, condiciones de producción o condicionamiento no es sinónimo de causalidad.

La abundancia de significados y sentidos asignados sobre la lógica causal, hace posible el diagnóstico tanto de trastorno adaptativo como cualquier otro trastorno incluido en esta categoría, que engloba todo padecimiento ligado a un evento vital desagradable

Se trata de estados de malestar subjetivo y de alteraciones emocionales que habitualmente interfieren con el funcionamiento y actividad sociales, que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede haber afectado la integridad de la trama social del individuo (experiencias, separación, duelo) o el amplio sistema de soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado), o puede haber representado una transición mayor en el desarrollo o crisis (inicio de la etapa escolar, maternidad o paternidad, fallo en alcanzar una meta personal preciada, jubilación). En el riesgo de aparición y en la forma de las manifestaciones de los trastornos de adaptación juegan un papel importante la predisposición individual o la vulnerabilidad; sin embargo, se asume que el trastorno no hubiera aparecido en ausencia del agente estresante. (OMS, 1992)

Al concebir el malestar subjetivo asociado a eventos dolorosos ligados a la vida cotidiana, como un trastorno de la adaptación del sujeto, se medicaliza y se psicopatologiza el sufrimiento. Este reduccionismo conlleva a la deslegitimación del

padecimiento ante la adversidad como una conducta “desadaptativa” y “anormal”, a la vez que lo incluye en una reflexión de carácter ético.

Por otro lado la clasificación masiva de este “trastorno” llevaría a una pérdida de la capacidad heurística en el campo de las acciones en salud mental por su falta de especificidad.

Algunas líneas de investigación incluyen estos trastornos dentro de los llamados Trastornos Mentales Comunes (TMC) que los definen de las siguientes maneras:

Los TMC se refieren a quejas poli sintomáticas que no se ajustan a un determinado cuadro psicopatológico tal como los describen en los manuales de clasificación diagnóstica DSM-IV-TR y CIE-10. Los síntomas atribuidos a los TMC son: fatiga, falta de memoria, insomnio, irritabilidad, dificultad de concentración, dolores de cabeza y problemas psicosomáticos. (Medeiro Fernandez y Alvares Sanz, 2016:8)

Arthur Kleinman también los ubica como los trastornos más comunes que se reciben en un primer nivel de atención y que se encuentran, según la CIE 10, dentro de los “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos” como así también los incluidos como “Trastornos del Humor”. (Kleinman, 2003)

Varias de estas líneas investigativas, entre ellas muchas pertenecientes a OMS, llevan a considerar una fuerte asociación entre la ocurrencia de estos trastornos y las condiciones de pobreza, acentuando lo que denominan como el círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales, ya que los TMC conducen a un desmejoramiento de las condiciones sociales y estas a su vez, empeoran los trastornos. (Kleinman, 2003).

La experiencia y la literatura científica evidencian que hay una dinámica que vincula la ocurrencia de psicopatologías y de sufrimiento mental con las condiciones de desventajas socioeconómicas y de exclusión social. Sin embargo, está claro que existen casos de padecimiento que son independientes de esas condiciones. Esos casos, por otro lado, no se contraponen a la afirmación inicial, que conserva un valor estadístico mayoritario. El peso de la desventaja económica y de la exclusión social fue examinado y confirmado en los estudios que siguen esta línea.

Lo que está en cuestión es la masificación del concepto de trastorno o enfermedad para los estados de malestar y sufrimiento. ¿Estaríamos asistiendo a la psicopatologización de la pobreza y al encubrimiento de su compleja determinación? ¿Puede el sufrimiento ser calificado como patológico?

Medeiro Fernández y Álvarez Sanz (2016), centrados en la reflexión crítica sobre la medicalización del sufrimiento afirman que:

Otros autores (Moliner & Lopes, 2013; Traverso-Yépez & Medeiros, 2005; Silveira, 2000) consideran que el alto índice de TMC, en las clases menos favorecidas, resulta de la asociación entre las difíciles condiciones de vida y la sensibilidad aumentada que caracteriza a algunas personas, y afirman que dicha realidad tiende a ser enmascarada por el uso y el abuso de psicofármacos. (Medeiro Fernández y Alvares Sanz, 2016:8)

La medicalización engendra no sólo la naturalización de ciertas prácticas desde los trabajadores de la salud, como la creciente prescripción de psicofármacos como única terapéutica posible, sino también desde los usuarios: "... es más legítimo aceptarse deprimido que generar reflexiones sobre el estilo de vida en la contemporaneidad, sobre la falta o el exceso de felicidad que la sociedad le exige a sus miembros "(Machado y Ferreira, 2014:140).

Agregamos también que, no sólo es más fácil y quizá legítimo desde las personas no pensar en las condiciones de producción del padecimiento, sino también para el sector salud y para el Estado desde las políticas públicas resulta más simple, ya que se deja de lado y se enmascaran los verdaderos temas que pueden estar contribuyendo a su producción. "El discurso medicalizador contribuye para "enseñar" a las personas a buscar los servicios médicos y a asumir el papel de enfermo frente a cualquier situación considerada como enfermedad" (Conrad, 2007 *apud* Medeiro Fernández y Alvares Sanz, 2016:11)

La medicalización y la no reflexión sobre el concepto de enfermedad que generan determinadas prácticas redundan en la reproducción de ciertas prácticas medicalizadas, restando la importancia que tienen las acciones que requieren intersectorialidad y políticas en salud más integradas.

Los conceptos de normal, patológico, salud, enfermedad, adaptación, malestar, nos ubican dentro de un terreno de controversias científicas y políticas.

Algunos autores sitúan la dificultad de dar una definición positiva de la salud y de lo que sería saludable (Boorse, 1977; Almeida Filho, 2008). Almeida Filho (2008) critica la definición de salud como ausencia de enfermedad. Según el autor la salud no es lo opuesto a la enfermedad, de hecho afirma que no todos los sujetos sanos se creen exentos de enfermedad, ni todos los exentos de enfermedad están sanos. Canghilem (1976 *apud* Caponi, 2008) por su lado, afirma que es imposible reducir el concepto de salud a un concepto científico. Boorse (Boorse, 1977 *apud* Caponi, 2008) define la salud como la normalidad en el cumplimiento de las funciones y entonces la enfermedad se definiría como el estado de un individuo que interfiere en las funciones normales.

En este sentido Sandra Caponi (2008) sostiene que no es posible identificar anomalía con patología, del mismo modo, es imposible identificar normalidad con salud. Lo normal, se relaciona con la media estadística, con la norma o el valor asignado en cada sociedad, es decir no se opone al concepto de enfermedad. Esto se puede relacionar con la definición de salud de la OMS: “La salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de molestia o enfermedad”, ya que al reconocer el bienestar como valor físico, social y psíquico, se está reconociendo como parte de la salud todo aquello que se califica como positivo en una sociedad en un momento dado y como negativo, anormal, patológico aquello que se considera indeseable. Esta manera de considerar la salud puede legitimar estrategias de control y de exclusión de lo que se considera fuera de lo normal.

¿Podría ser considerado el sufrimiento ligado a condicionamientos vitales algo desadaptativo y anormal?

Caponi (2008), haciendo un análisis riguroso de estos conceptos y autores nombrados, afirma que para Canguilem (Canguilem, 1990 *apud* Caponi, 2008) la salud no puede ser reducida a mero equilibrio o capacidad adaptativa, la salud no tienen nada que ver con la adaptación o conformidad con el medio ambiente. Para Canguilem la salud estaría más ligada a la posibilidad de enfermarse y recuperarse. Desde esta perspectiva aunque supone cierta capacidad de ajuste o adaptación, también la excede. Desde la perspectiva de este autor, la explicación orgánica de ajuste o adaptación corresponde no al concepto de salud sino al concepto de “normalidad”.

Considerar el sufrimiento como “anormal” o patológico, pone en evidencia un concepto de salud-enfermedad poco debatido en el campo de la salud mental y de la salud en general.

Desde otra mirada, se evidenció que el malestar en la mujeres es considerado no como patológico, sino como un modo de respuesta subjetiva que resiste a ciertos modos de opresión (Burin, 2010). Es decir que no se lo considera dentro de la dicotomía salud-enfermedad, sino dentro de algo que a la luz de las reflexiones podríamos caracterizar como saludable y transformador de las condiciones de vida impuestas, no elegidas por los sujetos

Como ya vimos desde otras perspectivas, el sufrimiento es “normal”, de hecho, como ya ha sido mencionado, Cristophe Dejours (2013) plantea “la normalidad en el sufrimiento”, donde la normalidad aparece no como un efecto pasivo del condicionamiento social, de un conformismo o de la interiorización de la dominación

social, sino como un resultado conquistado en la lucha contra la desestabilización psíquica provocada en el contexto del trabajo. Aunque este autor realizó sus desarrollos en relación al sufrimiento provocado en el contexto laboral, sus aportes resultan valiosos para poner en cuestión las nociones de normalidad y adaptación. Lo patológico estaría dado por los destinos de las defensas contra el sufrimiento. No sería lo mismo en una adolescente tener conductas auto lesivas, como por ejemplo cortes en los brazos, ante una situación familiar de violencia, que abandonar la casa y salir a un ambiente público más seguro que la privacidad que le brinda la familia.

Canguilem (1976) insiste que la diferencia entre lo normal y lo patológico es algo muy distinto a una simple variación cuantitativa, afirma que la diferencia, es sustancial y cualitativa y que no se puede reducir a cálculos, medias o constantes como sugeriría un manual estadístico. Al respecto dice: “Lo patológico implica un sentimiento directo y concreto de sufrimiento y de impotencia, sentimiento de vida contrariada” (Canguilem, 1976 *apud* Caponi, 2008, p.78). Es decir que la salud implica mucho más que la posibilidad de vivir en conformidad con el medio, sino que también implica ampliar los grados de libertad y de instituir nuevas normas en situaciones heterogéneas. En otras palabras, la salud implica seguridad contra los riesgos y audacia para corregirlos (Caponi, 2008). Lo que se ubica también, en nuestra opinión, es que el sufrimiento y lo patológico debe ser planteado desde el punto de vista del que lo enuncia, de la vivencia singular, no desde clasificaciones que ubican lo patológico desde la norma estadística, el cálculo de las desviaciones y las medias.

En este sentido le compete a la Salud Colectiva diseñar programas de prevención y promoción capaces de minimizar los riesgos innecesarios, surgidos de las desigualdades en los determinantes sociales de la salud.

Ya desde el surgimiento del campo de la Salud Mental se generó un nuevo foco desde el cual abordar los problemas, y este era el de comprender el sufrimiento psíquico del individuo en el conjunto de sus relaciones familiares, grupales y sociales en un sentido amplio. Como dice Galende:

...no se trataba en absoluto de disolver la singularidad del padecimiento, que siempre es de las personas y sus vicisitudes históricas, en el conjunto social; ni tampoco de hacer de los dinamismos sociales el lugar causal de los padecimientos del individuo. 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 su comunidad (Galende, 1997:31)

Si el objeto de la Salud Mental deja de ser la “enfermedad” como entidad natural y a-histórica y pasa a ser la relación entre el padecimiento singular y su articulación con lo social, las prácticas en salud mental cobran otro sentido, ya que deben pensar al individuo en sus relaciones sociales reales y concretas:

A diferencia del psiquiatra de la primera mitad de siglo, el profesional de salud mental de hoy está obligado a pensar conjuntamente los problemas del sufrimiento mental del individuo y las dinámicas de integración-exclusión social. Y esto no solamente para comprender su objeto, como hemos dicho, sino también para fundar una práctica racional sobre él que no parcialice o reduzca la complejidad del fenómeno que enfrenta. (Galende, 1997:35)

La epidemiología en Salud Mental debiera tomar este desafío para producir información acerca de las relaciones concretas entre el individuo y lo social. Esta relación es la que se ha tornado compleja en los últimos años, generando una tensión que se extiende por todas las instituciones dedicadas justamente al sostenimiento de las mismas, la escuela, el Estado, la justicia, la salud dependen de este desenvolvimiento que se da entre lo público y lo privado.

Los cambios en la relación al papel del Estado y sus efectos en lo cultural y social, producidos en los últimos años, modifican rápidamente la producción de subjetividad y malestar. Las nuevas significaciones sociales, las interacciones subjetivas, los vínculos con los clásicos sistemas de organización subjetiva como la familia, la descendencia, la contención de los vínculos de amistad y de pareja exponen de un modo mayor al fracaso personal y al sufrimiento psíquico.

. Las condiciones de producción de los padecimientos psíquicos y su correspondencia con las Clasificaciones Internacionales de Enfermedades

Como fue descripto en el acápite anterior, las condiciones asociadas al sufrimiento, según refirieron los consultantes, fueron clasificadas en 28 condiciones más importantes (ver Tabla nº 15). Luego se las reclasificó según Contextos de producción, tomando como referencial teórico las ideas de Freud en relación a las principales fuentes del sufrimiento (ver Tabla nº 16).

En esta sección se clasificaron las 28 condiciones más referidas dentro la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)

Tabla n° 23: Clasificación y distribución de los Contextos de producción según la CIE-10

Contextos de producción padecimientos- CIE-10	Frecuencia	Porcentajes
Sin clasificar	63	23,3%
7656 -Problemas relacionadas con forzar a la persona a realizar actividades contrarias a su edad, intereses, aptitudes...	1	0,7%
Z55 Problemas relacionados con la educación y la alfabetización	22	8,1%
Z59 Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas	1	0,4%
Z60 Problemas relacionados con el ambiente social	4	1,5%
Z61 Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez	50	18,5%
Z62 Otros problemas relacionados con la crianza del niño	12	4,4%
z63 Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares	116	43%
total	270	100%

Un primer análisis halló que el 23,3% de las consultas no pudieron corresponderse según las categorías ofrecidas por el CIE-10, teniendo en consideración que no se contaba con datos acerca de las condiciones asociadas a las manifestaciones de un 21,5%, como se mostró en la Tabla n° 16.

En consonancia, existe alta correspondencia entre el CIE-10 y las condiciones de producción, más específicamente con los códigos Z Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, dentro de esta categoría los más utilizados están dentro de los Z 55 al Z65 Personas con problemas potenciales psíquicos y psicosociales.

El 43% se ubicó en la categoría Z63, Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares. Dentro de la misma están especificadas las siguientes situaciones problemáticas:

Cuadro n° 7: Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares (Z63)

Z 63.0	Problemas en la relación entre esposos o pareja (discrepancias, sentimientos hostiles)
Z 63.1	Problemas en la relación con los padres y los familiares políticos
Z 63.2	Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado (abarca los aspectos afectivos como materiales)
Z 63.3	Problemas relacionados con la ausencia de un miembro de la familia
Z 63.4	Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia
Z 63.5	Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio
Z 63.6	Problemas relacionados con familiar dependiente, necesitado de cuidado en la casa. (conviviente o no conviviente)
Z 63.7	Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar
Z 63.8	Otros problemas especificados relacionados con el grupo primario de apoyo
Z 63.9	Problema no especificado relacionado con el grupo primario de apoyo

Fuente: CIE-10 (OMS, 1992) www.sssalud.gob.ar/hospitales

Dentro de estos códigos pueden ser incluidos la totalidad de las condiciones clasificadas dentro del contexto de producción “Apoyo del grupo familiar primario”, de hecho en esta clasificación ocupan un 37,4 % del total, y en la clasificación de la CIE-10, el Z63 ocupa un 43%, es decir que absorbe un casi 6% de otras situaciones.

La otra categoría prevalente se encontró en el código Z61, Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez, alcanzando el 18,5%. La misma incluye:

Cuadro n° 8: Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez (Z61)

Z61.0	Problemas relacionados con la pérdida de relación afectiva en la infancia
Z61.1	Problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia

Z61.2	Problemas relacionados con alteración en el patrón de la relación familiar en la infancia
Z61.3	Problemas relacionados con eventos que llevaron a la pérdida de la autoestima en la infancia
Z61.4	Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario
Z61.5	Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario
Z61.6	Problemas relacionados con abuso físico del niño
Z61.7	Problemas relacionados con experiencias personales atemorizantes en la infancia
Z61.8	Problemas relacionados con otras experiencias negativas en la infancia
Z61.9	Problemas relacionados con experiencia negativa no especificada en la infancia

Fuente: CIE-10 (OMS, 1992) www.sssalud.gob.ar/hospitales/archivos/CIE10

Este gran grupo nuclearía todas las problemáticas ligadas a las violencias como contexto de producción de sufrimiento en la infancia y adolescencia, como el abuso sexual, padre -padraastro autoritario o violento, maltrato materno, el abandono materno o paterno.

El tema de los problemas relacionados con hechos negativos en la infancia es bastante amplio como también lo son los problemas que afectan a la familia.

Uno de los problemas que pueden surgir es la falta de visibilidad de la problemática de la violencia ejercida hacia los adolescentes, ya que puede quedar soslayada dentro de problemas familiares o hechos negativos de la infancia, restando el peso a la violencia, pese que ameritaría ser dimensionado para generar políticas y acciones que aborden este problema de una manera integral y no sólo psicologizando a las víctimas.

El maltrato materno y el contexto de padre o padraastro violento, cuando había violencia física, se lo consignó como Problemas relacionados con el abuso físico del niño (Z 616), cuando no había violencia física fue clasificado dentro de Problemas relacionados con experiencias personales atemorizantes (Z 617), Problemas relacionados con el patrón de relación familiar en la infancia (Z 612), Problemas relacionados con la pérdida de relación afectiva en la infancia (Z 610).

En el código Z 62, Otros problemas relacionados a la crianza del niño, se incluyeron las situaciones en las que consultaban los adultos acerca de los adolescentes, aquí también quedan incluidas algunas situaciones de castigos físicos, violencia psicológica, pero referidas por la madre en general, con una preocupación y registro de los efectos que podrían ocasionar en los niños y adolescentes, ya que al hablar de la crianza, sitúa como interlocutor a los que se hacen cargo de la misma. Cuando los adolescentes acuden a la consulta y demandan en primera persona, es difícil acuñar problemas en la crianza, ya que relatan maltratos padecidos.

De todas maneras palabras como: control inadecuado, hostilidad y reprobación, abandono emocional, presiones inadecuadas y anormalidades en la crianza, podían constituir formas sutiles de nombrar los contextos de violencia.

Cuadro n° 9: Otros problemas relacionados a la crianza del niño (Z62)

Z62.0	Problemas relacionados con la supervisión o el control inadecuados de los padres
Z62.1	Problemas relacionados con la sobreprotección de los padres
Z62.2	Problemas relacionados con la crianza en institución
Z62.3	Problemas relacionados con hostilidad y reprobación al niño
Z62.4	Problemas relacionados con el abandono emocional del niño
Z62.5	Otros problemas relacionados con negligencia en la crianza del niño
Z62.6	Problemas relacionados con presiones inapropiadas de los padres y otras anormalidades en la calidad de la crianza
Z62.8	Otros problemas especificados y relacionados con la crianza del niño
Z62.9	Problema no especificado relacionado con la crianza del niño

Fuente: CIE-10 (OMS, 1992) www.sssalud.gob.ar/hospitales/archivos/CIE10

Por otro lado, el código Z55, sobre los Problemas relacionados con la educación y la alfabetización, parece absorber aproximadamente todo lo referido a situaciones producidas en el contexto escolar, con una frecuencia del 8,5%.

El campo de producción que quedaría por fuera a la clasificación, fue aquello que las madres mencionan como “mala junta”, es decir lo referente el contexto social de pares,

aunque por su poco peso dentro del número total, no es tan relevante a la hora de sopesar los números, pero sí quizá para un análisis minucioso de la red de pares en el barrio.

En suma, podríamos concluir que los códigos Z son lo suficientemente amplios para incluir las condiciones de producción del padecimiento psíquico casi en la totalidad de las consultas recibidas, pero tienen como limitación que ocultan muchas condiciones bajo generalidades muy amplias, que no permiten orientar una lectura óptima de las condiciones productoras de subjetividad. Una de las causas radica en que opacan las condiciones de violencia como contexto sobre el cuál habría que enfocar acciones de salud. Otro de los motivos es porque el exceso de generalidad parece ser poco sensible para visibilizar eventos de la microscopía barrial que puedan revelar las transformaciones histórico-sociales.

Estas limitaciones, más allá de ser un obstáculo, pueden convertirse en algo potencialmente valioso y perfectible ya que, bajo condiciones de consenso entre los trabajadores de la Salud Mental con un interés epidemiológico, se podrían incluir estos problemas.

La propuesta de Cecilia Augsburger (2004) que consiste en avanzar en la producción de información epidemiológica en salud mental en el contexto local teniendo en cuenta lógicas clasificatorias que no centren su análisis en entidades patológicas, encuentra una base posible en estos códigos clasificatorios del CIE-10 que se encuentran dentro del capítulo de Factores que influyen en el contacto con los servicios de salud, o conocidos como los códigos Z. La noción de “problemas potenciales”, “problema de salud” o de “situación problemática” son una opción a debatir, en vistas de poder definir una manera viable de clasificar los problemas que llevan a la consulta e implican las condiciones de producción del sufrimiento en general. Según la autora:

Uno u otro permitirían incluir situaciones de la vida en familia o de la vida social en general, sin que esas situaciones sean consideradas patologías o disfunciones. Indicar la temporalidad del problema como activo o pasivo, permitiría recuperar su condición de proceso. Y por último, daría lugar a reconocer las facetas subjetivas u objetivas de los problemas según la ubicación de quién lo evalúa, sean los sujetos afectados, o los profesionales. (Augsburger, 2004:78)

Por cierto, que esta manera aunque superadora y altamente viable en el contexto de producción de información epidemiológica en el primer nivel de atención de la ciudad de Buenos Aires, deja por fuera la manifestación del sufrimiento (relevadas en este trabajo como malestar/sufrimiento, fugas, conductas auto lesivas, etc.) por parte de los que

consultan y que se anuda a estos problemas o situaciones problemáticas. Este repertorio de manifestaciones, que muestra las particulares respuestas subjetivas frente al sufrimiento, también es construido social e históricamente y nos brindan información acerca de la manera específica de abordar las vicisitudes de los problemas en cada grupo.

Capítulo 7

Reflexiones finales

Cada vez cobra más relevancia la producción de conocimiento epidemiológico en el campo de la salud mental, la alta demanda al sector salud y principalmente en el primer nivel, muestran la importancia de una problemática que viene siendo negligenciada en desmedro de la psicopatologización del sufrimiento o de la acentuación de patologías que cobran preponderancia y que quizá no tengan alta prevalencia.

Los cuestionamientos de la Salud Mental en relación al objeto “enfermedad” o “trastorno” extraídos de la Psiquiatría así como los desarrollos de la Epidemiología Crítica Latinoamericana permitieron un nuevo redimensionamiento del problema. Ello confluye en una epistemología de la complejidad, de la reflexividad, y de la deconstrucción. Una epistemología crítica marcada por una eco-sensibilidad, reafirmando así el carácter histórico de los procesos de salud-enfermedad en la sociedad (De Almeida Filho, 2000)

El debate actual acerca de si la epidemiología es una rama de la Medicina Preventiva, es un método, una disciplina auxiliar de la Salud Pública o un método estadístico, develan el territorio de disputa y los diferentes modos de comprenderla.

El paradigma de la Salud Colectiva nos pone en el camino de pensarla como una disciplina entre otras como la Gestión, la Economía de la Salud, etc. que integra el campo de prácticas que se traduce en un compromiso fuerte con la defensa de la salud y la vida y con las modificaciones de las condiciones sociales que enfrentan y afectan la salud y enfermedad de las poblaciones. De esta manera le devuelven el sentido social y político de la disciplina, cada vez más opacado por la exigencia de nuevas metodologías estadísticas, que sin un marco teórico, que integre lo ético y lo social, la alejan de la comprensión de las complejas condiciones que afectan desigualmente el padecimiento y las dolencias de las personas, situándola dentro de una lógica de la caja negra.

Este compromiso la ubica como un saber nuclear a la hora de planificar políticas en materia de Salud Pública, conciliando su papel como disciplina científica, productora de conocimientos sobre los procesos de salud-enfermedad, y al mismo tiempo participando de los esfuerzos en pos del cuidado de la salud de las poblaciones. (Barreto, 1998)

La salud mental al correrse de la concepción de enfermedad nos conduce a reflexionar sobre nuevas maneras de integrar la producción de subjetividad con la generación de conocimientos sobre la distribución del sufrimiento mental y sus condiciones de emergencia. La pregunta y el desafío reza en cómo integrar una

epidemiología que integre la subjetividad y la operacionalice, de modo que ayude a comprender la compleja dialéctica implicada en estos procesos para poder ubicar grupos vulnerables, desarrollar acciones de prevención y promoción, comprender el padecimiento ligado a lo social, enfocando acciones que ayuden a repararlo, sobre nuevas bases éticas en consonancia con estos compromisos sociales y políticos.

Existen cada vez más desarrollos epidemiológicos acerca de las desigualdades relativas al riesgo de enfermar o sufrir, le cabe a la epidemiología planteada desde la salud colectiva y la salud mental, desnudar estas relaciones, transformando este conocimiento en fundamentos para reducirlas e informar a los diversos actores sociales sobre las implicaciones humanas, morales y éticas consecuentes del sostenimiento de estas desigualdades.

La categoría motivo de consulta abordada desde el punto de vista de los usuarios, aparece muy potente para cernir la subjetividad, integrada por los sentidos y significaciones que asocian las personas y que ligán a diferentes condiciones y contextos sociales y culturales de producción.

La duplicidad de significado de esta categoría, constituida por las manifestaciones de sufrimiento psíquico y sus condiciones de producción, nos acerca a comprender la profunda ligazón que tiene el padecimiento y el malestar psíquico con las transformaciones de lo histórico social.

En este sentido, se pudo ubicar en el grupo de adolescentes que acuden a la entrevista de Admisión en Salud Mental del CeSAC, una alta percepción del malestar o sufrimiento, categoría concebida por algunos autores como manifestaciones internalizantes, con un 30% del total de las consultas.

Se hizo preciso introducir el análisis según género, debido a las diferencias encontradas entre varones y mujeres. En las adolescentes el malestar/sufrimiento se encuentra en más del 40% de las consultas, en los varones en una menor proporción y homogeneidad de distribución junto con otras manifestaciones como agresividad/peleas y rebeldía.

Se encontró una asociación de este sufrimiento al contexto de producción familiar, a la falla de apoyo familiar o del grupo primario en un 37,4% y a contextos de violencias en un 26,7%, siendo las niñas y las adolescentes las más vulnerables. Además el análisis reveló que los adolescentes padecen más violencias de la que generan, sin embargo esta violencia no es tan visible.

Se analizó el malestar/sufrimiento de las niñas y adolescentes como un modo de respuesta frente a condiciones de opresión, frente a la violencia y al sistema de organización familiar patriarcal.

Pudo ubicarse un grupo con alta vulnerabilidad de niños varones que finalizan la escuela primaria no continuando, que presentan algunas manifestaciones de agresividad, peleas y robos, asociadas a condiciones de alta vulnerabilidad familiar, debido a diferentes vicisitudes de importantes pérdidas en el seno familiar. Se intentó acercarse a la comprensión de estas conductas “antisociales” por medio de la lectura psicoanalítica de Donald Winnicott.

Además el estudio, echó luz sobre el contexto de pares como otra forma de producción de subjetividad en los varones.

En suma el análisis, bajo estas categorías, parece bastante esclarecedor en relación con la visibilidad de los variados modos de sufrimientos y formas de constitución subjetiva en los adolescentes de este grupo poblacional.

La variación del perfil de consultas entre 2011 y 2013, encontró en el año 2013 un aumento de condiciones asociadas a contextos de violencias, pasando del 19,4% al 39,4% respectivamente. En contrapunto, las condiciones ligadas al apoyo del grupo primario disminuyeron de un 45,2% en 2011, un 39,7% en 2012 hasta un 28,3 % en 2013.

Las manifestaciones de sufrimiento relacionadas con el contexto escolar también disminuyeron de un 15,1 % en 2011, un 7,7 % en 2012 y un 1 % en 2013. Una leve disminución en agresividad/peleas de un 8,8% en 2011 a un 4,5 en 2013, al igual que, la mala conducta en la escuela disminuyó sostenidamente de 7,5% en 2011 a un 2% durante el año 2013.

Pese que el malestar/sufrimiento bajó de un 34,4 % a un 29,3 % entre los años estudiados, el consumo problemático de drogas se incrementó de un 2,2% (2011) al 5,1% (2013); así como también el robo pasó de un 1,1 % a un 5,1% de los motivos de consulta en el año 2013.

En síntesis, la variación del perfil del sufrimiento y sus condiciones de emergencia es sustantiva y sensible a los cambios histórico-sociales.

Desde el punto de vista de la taxonomía elaborada por la CIE-10 se ubica una disminución del trastorno adaptativo (F43), oscilando del 41,1 % (2011) al 33,3% (2013); y un leve aumento en el Trastorno disocial (F91) desde un 9,7% a un 11,1% respectivamente.

En suma, se halló una tendencia a variar el perfil de las consultas según los años analizados, y la variación se presentó tanto en las manifestaciones del padecimiento cuanto en las condiciones de producción.

La georreferenciación permitió localizar una distribución mayor de las consultas en el área 2 y 3, que son las más cercanas al CeSAC, la distribución de las manifestaciones y las condiciones sigue la distribución general, con algún cambio por ejemplo en áreas donde se presenta el consumo problemático de drogas en primer lugar o las fugas/abandono en otras. Las consultas georreferenciadas fueron sólo las del último año. Se considera que esta variable puede llegar a ser un insumo importante para la planificación de las acciones si se sigue sosteniendo la estrategia.

La variable escolarización fue relevada en el último año, un 33% del total de los adolescentes no concurre a la escuela, concentrados en la franja de 15 a 19 años el 75% de las consultas. Se destaca que los que no concurren de 10 a 14 años son mayormente varones de 13 años, que acaban de terminar la primaria y que no se incorporaron a la escuela secundaria. Las manifestaciones que se refirieron en este grupo son robos, agresividad/peleas, lo que se agruparía en trastornos antisociales (F93), asociado al contexto de pares.

El análisis sobre el origen de las demandas, arrojó que el 51% de las consultas no fueron derivadas, sino que surgieron de manera espontánea. El 18% fueron sugeridas o derivadas por alguien del equipo de salud, y el 16,5 % por el sector educación. Se observó un cambio en las consultas según la procedencia de la derivación, las consultas espontáneas aumentaron con los años y las derivaciones internas entre compañeros de otras disciplinas o equipos bajaron significativamente.

En relación a quién es el que consulta se constató que los adolescentes consultan ellos mismos en una gran proporción (44,8%) y las madres traen a los adolescentes o consultan por ellos en magnitud semejante (42,2%). Los motivos por los cuáles consultaron los jóvenes tienen que ver con la percepción de malestar/sufrimiento. Las madres consultan por malestar/sufrimiento pero también por la manifestación de rebeldía.

En el otro polo, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades, con base en la nosografía psiquiátrica, se pudo relevar que el 46,6% de las manifestaciones no entraron en las categorías de trastorno o síndrome. El otro 53,4% pudo ser clasificado en esta lógica. Se encontró una alta prevalencia (35,1%) de frecuencia del Trastorno adaptativo consignado con la letra F 43, y en segundo lugar con un 10,% el Trastorno

antisocial (F 91). El trastorno adaptativo estuvo más frecuente en mujeres mientras que, por el contrario, el trastorno disocial en varones.

Las condiciones de producción y su traducción a los “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud”, señalaron una alta correlación, y se pudo clasificar casi la totalidad de las condiciones explicitadas. El análisis arrojó que el código Z63 “Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares” ocupó el 43%.

La otra categoría prevalente fue Z 61, Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez, con un 18,5%, dentro del cual se incluye el abuso sexual. Al interior de estos grandes títulos quedan subestimadas las situaciones de violencia padecida por los adolescentes, por ejemplo en el título Problemas en la relación entre esposos o pareja (Z 63.0), queda camuflada la violencia de género. Dentro de Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar (Z63.7) pueden encubrirse situaciones vividas por las familias y de gran impacto para las mismas, como pérdida del empleo, muertes violentas, etc.

La categoría “motivos de consulta” analizada como expresión del sufrimiento psíquico desde la perspectiva de la propia población consultante, parece echar luz sobre aspectos ligados a la producción misma de los padecimientos desde contextos cotidianos, permitiendo comprender los aspectos subjetivos según los cambios histórico sociales o ambientales.

La clasificación producida por la CIE-10, especialmente el capítulo dedicado a los Trastornos mentales y del comportamiento, en cambio está orientada por una noción de enfermedad natural, a-histórica y a-social. Si se utilizara sólo esta referencia quedarían opacadas ciertas formas de producción de padecimiento y sus manifestaciones. Esta manera de pensar la epidemiología basada en el objeto “trastorno” o “enfermedad” estaría incluida dentro de la epidemiología de la “caja negra”, y contribuiría a una medicalización del sufrimiento con las consecuencias prácticas y teóricas ya mencionadas. Esta epidemiología focaliza sobre aquellos factores más “ceranos” al evento, como los factores socioculturales quedan más alejados, se les presta poca atención. En general no hay diferencia para este enfoque entre factores socio-culturales o biológicos, tienen el mismo estatuto ontológico, mientras se demuestre una fuerte asociación estadística. (Urquía, 2006)

En esta línea se ubican los estudios acerca sobre prevalencia de Trastornos Mentales Comunes asociados a la pobreza. Algunos de estos trabajos -de corte positivista- no han

permitido realizar una lectura que incluya el componente subjetivo ni tampoco analizar la compleja determinación de los procesos de salud-enfermedad.

Los códigos Z: Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, con los que se clasificaron las condiciones de producción de los malestares, fueron lo suficientemente amplios para incluir casi la totalidad de las situaciones analizadas, pero tienen como limitación que ocultan muchas condiciones bajo generalidades muy amplias, y no permiten orientar una adecuada lectura sobre las condiciones productoras de subjetividad. Las violencias como contexto de producción a la que se ven sometidos los adolescentes queda poco visibilizada en esta clasificación ya que queda expresada en algunos casos bajo eufemismos, expresiones como “hostilidad en la pareja”, “control inadecuado del niño”, etc.

Si se consensuaran cambios y se incluyeran estas categorías podría, ser considerada una opción a debatir, ya que la noción de “problemas potenciales”, “problema de salud” o de “situación problemática” nos aleja de la dicotomía enfermedad-sufrimiento y podría iluminar las condiciones por las cuales llega a la consulta este grupo social.

Este recorrido, posibilitó ubicarnos desde una mirada diferente sobre la trayectoria adolescente, exenta de cualquier lectura psicopatologizante o medicalizante de la misma.

Los procesos de subjetivación en la adolescencia tienen dos articuladores esenciales: la idea de “en construcción” y la presencia del “otro” (Efron, 1997). Según el autor, la subjetividad adolescente se va desplegando sobre cierto territorio, donde se deben desenvolver operaciones importantes y estructurantes como la construcción de identidad, apropiación y construcción del espacio subjetivo y los procesos de emancipación. El fracaso en cualquiera de estos procesos deja marcas irreversibles. El autor utiliza la metáfora de Francoise Doltó, que dice que el adolescente, a la manera de un bogavante que en un determinado momento pierde su concha y se oculta bajo las rocas mientras segrega una nueva, si recibe un golpe quedan las heridas para siempre y reconstruirá su caparazón sobre las heridas cicatrizadas, pero nunca eliminadas. En tal sentido, el autor se pregunta:

¿Cuáles son las heridas y las cicatrices que dejan su impronta definitiva en la vida llamada adolescente mientras fuera del abrigo de las rocas va reconstruyendo su caparazón?

La característica clave del recorrido adolescente es la vulnerabilidad precisamente porque está cambiando su caparazón y porque la sociedad ofrece muy pocas rocas para protegerlo. Es vulnerable entonces porque

mientras realiza esta operación queda a la intemperie y las heridas que se le producen afectan todo el andamiaje sobre el que fue construyendo su estructura. El caparazón también se herirá al recubrir el cuerpo herido. (Efron, 1997:36)

Si como observamos, estos otros, que debieran ofrecer refugio mientras se transita este recorrido adolescente, encarnados en la familia y las instituciones, en los diferentes contextos de producción de padecimiento, no funcionan como refugio y son también víctimas de la vulneración y exclusión, qué idea de prevención podríamos llegar a vislumbrar, cómo última oportunidad antes de lo finalizado de estructurar, antes de que las heridas cristalicen en el sujeto adulto.

Al decir de Efron, escuchar la demanda del adolescente en primera persona nos ayuda a echar luz sobre un posible camino:

Porque la exclusión destroza las posibilidades de singularización, de ser cada uno sujeto de un proyecto genuino gestado desde el propio deseo. De ahí la necesidad de promover demandas subjetivantes, singularizadoras, activantes y emancipadoras... Se trata más bien de promover y calificar las demandas adolescentes ubicándolos a ellos como los verdaderos protagonistas. Protagonistas activos y conscientes (Efron, 1997:42)

Para finalizar y desde el punto de vista de la epidemiología, nos preguntamos con Barreto (1998), si entendemos que las enfermedades y el sufrimiento son problemas social históricamente contruidos, y no sólo problemas biológicos o naturales, verificamos que los sistemas clasificatorios disponibles no incluyen varias dimensiones que atraviesan la comprensión de las enfermedades, como lo son los aspectos sociales, culturales y medioambientales. Entonces, teniendo en cuenta nuevas maneras de generar metáforas en la clasificación, por qué tendría que estar la esquizofrenia al lado de la psicosis maníaco-depresiva y no al lado de la tuberculosis, el suicidio y el sufrimiento psíquico, ya que la esquizofrenia tiene con la tuberculosis, el suicidio y el sufrimiento psíquico similitudes en términos de sus determinantes sociales, mientras que, con la psicosis maníaco-depresiva sólo tiene vinculación topográfica.

Cierres y nuevas preguntas para seguir...

A partir del año 2016 se comienza a implementar en el primer nivel de atención de la CABA un paquete informático para incorporar la Historia Clínica Informatizada. Este

paquete comprado al Hospital Italiano de Buenos Aires utiliza un servidor de terminología médica internacional llamado SNOMED CT. Dicho sistema permitiría facilitar la interoperabilidad entre sistemas de información en salud, intercambiar información clínica y realizar estadísticas colaborativas.

Una de las cuestiones centrales de este sistema es que el SNOMED CT permite que el sistema informático médico interprete exactamente la situación clínica descrita por el profesional, sin obligarlo a tener que utilizar una clasificación tradicional como CIE-10, donde se ve forzado a resumir la situación clínica en una categoría estadística.

Según quienes toman a su cargo la implementación, los médicos pueden seguir usando un vocabulario mucho más próximo al que utilizan en la realidad, con términos generales para conceptos inciertos y términos muy específicos para cuando hay certeza. La estructura de SNOMED provee los mecanismos para determinar la relación entre estos conceptos para su utilización y recuperación desde una base de datos clínica, incluso sin importar el idioma original utilizado para el registro.

En relación a mi experiencia el sistema deja de lado la categoría “Diagnóstico” como utilizaba antes nuestro sistema estadístico y se centra en “Motivos de consulta”, más relacionada a problemas por los cuáles alguien acude a la consulta. Permite crear motivos y problemas y adjudicarle activo o pasivo si el problema no se conserva en el tiempo. Además da posibilidades de varias entradas en relación a los motivos consignados.

El sistema permitiría unir y correlacionar los problemas por parecidos, es decir que el sistema haría el trabajo clasificatorio de metonimia y metáfora. Al momento no se realizaron relevamientos de información acerca de lo ingresado por los trabajadores de Salud Mental.

Esto abre a un gran replanteo, desde el punto de vista práctico, a la elaboración de consensos y a una concientización por parte de los trabajadores de la salud mental del primer nivel en relación con la elaboración de sistemas de información que tengan en cuenta la salud mental y las problemáticas psicosociales e incorporen el componente subjetivo.

El presente estudio podría ser un fuerte insumo para generar grupos de consenso ante esta nueva alternativa de generar un sistema de información en salud mental más sensible y cercano al sufrimiento de poblaciones concretas.

Referencias bibliográficas

Ariès, Philippe (1987): *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Madrid: Taurus

Augsburger, Cecilia (2002): “De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave”. Cuadernos Médico-Sociales 81: 61-75. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.

Augsburger, Cecilia (2004): “La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología”. Psicología & Sociedad, 6 (2): 71-80.

Augsburger Cecilia y Gerlero Sandra (2005): “La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental”. KAIROS Revista de Temas sociales. Universidad Nacional de San Luis, Año 9 – nº 15.

Ayres, Ricardo; Calazans, Gabriela; et al (2008). “El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos”. En: *Promoción de la salud. Conceptos, Reflexiones, Tendencias*. Czeresnia y Machado compiladores. Bs. As. Lugar Editorial

Barreto, Mauricio (1998): “Por uma epidemiologia da saúde coletiva”. Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol. 1, Nº 2, 1998

Berliner, H. (1988): “Una perspectiva más amplia sobre el Informe de Flexner” En: Segundas jornadas de Atención Primaria de la Salud Asoc. Médicos Residentes. Htal. de Niños R. Gutiérrez y comisión argentina de Residentes del Equipo de Salud, Buenos Aires. 1988

Bleichmar, Silvia (2002): *Dolor país*. Libros del zorzal. Buenos Aires. 2002

Bleichmar, Silvia (2004): “Límites y excesos del concepto de subjetividad en psicoanálisis” <https://www.topia.com.ar/articulos/1%C3%ADmites-y-excesos-del-concepto-de-subjetividad-en-psicoan%C3%A1lisis> 2004

Bleichmar, Silvia. (2005): Cap. III: *Acerca del “malestar sobrante”*. En *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires. Topia Editorial

Bleichmar, Silvia (2008): *Violencia social-violencia escolar. De la puesta de límites a la construcción de legalidades*. Editorial Noveduc. Buenos Aires. 2008

Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loic (1995): *Respuestas-Por una antropología reflexiva*. Ed. Grijalbo, 1995, México.

Bourdieu, Pierre y Passeron Jean-Claude (2002): *El oficio del sociólogo*. Siglo XXI Editores. Buenos Aires. 2002

Bourdieu, Pierre y Wacquant Loic (2012): *Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo XXI Editores. Buenos Aires, 2012

Braunstein, Néstor (2013): *Clasificar en Psiquiatría*. Siglo XXI Editores. Buenos Aires, Argentina, 2013

Berlinguer, Giovanni (2007): *La Enfermedad. Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo*. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2007

Burin Mabel (2010): “*Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina*”. Clase sobre Género y Salud mental, dictada en mayo de 2010 en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Prereprint.pdf?sequence=1

Burin Mabel (1991): *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires, Editorial Paidós. 1991

Brehil, Jaime (2009): *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2009.

Caponi, Sandra (2008): “*La salud como apertura al riesgo*”. En: *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones y tendencias*. Czeresnia D. Y Machado de Freitas C. compiladores. Editorial Lugar. Buenos Aires. 2008

Castellanos, Pedro Luis (1990): “*Sobre el concepto de salud enfermedad*”. Descripción y explicación de la situación de salud. Publicado en: Bol. Epidemiológico OPS. 1990; vol. 10, N° 4.

Caraveo Anduaga Jorge; Colmenares Bermúdez Eduardo; Martinez Velez Nora A. (2002): “*Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y Adolescentes de la ciudad de México*”. Salud Pública de México, 2002; V.44 (6)
Censo de Población, hogares y Viviendas, INDEC, 2010.

Centro de Estudios Sociales y Legales (CELS) y Asesoría General Tutelar (AGT) (2010): *Infantilización del déficit habitacional: una temática invisible*. Informe: mptutelar.gob.ar/sites/default/files/infantilizacion_deficit_habitacional.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2010): *Pobreza infantil en América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas (2010)

Conrad, Peter (1982) : “*Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social.*” En: *Psiquiatría Crítica. La política de la Salud Mental* Ingleby D, editor. Barcelona: Crítica.1982

Dejours, Cristophe (2013): “*El sufrimiento en el trabajo*” en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-219111-2013-05-02.html>

Dejours, Cristophe (1990): *Trabajo y desgaste mental*. Editorial Humanitas, 1990.

De Almeida Filho, Naomar (1992): “*Epidemiología sin números*” Organización Panamericana de la Salud, Serie Paltex No 28. Washington D.C.

De Almeida Filho, Naomar (2000): *La Ciencia Tímida-Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*, Lugar Editorial, Buenos Aires.

De Almeida Filho, Naomar y Fernandez Silva Roberto (2008): “*Holopatogénesis: esbozo de una teoría general de salud-enfermedad como base para la promoción de la salud*”. En: *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones y tendencias*. Czeresnia D. Y Machado de Freitas C. compiladores. Editorial Lugar. Buenos Aires. 2008

De Souza Minayo, María Cecilia (2013): *La artesanía de la investigación cualitativa*. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2013.

Diez Roux, Ana (2008): “*Genes, individuos, sociedad y epidemiología*”. En: *Salud Colectiva*. Spinelli, Hugo comp. Lugar Editorial, 2008

Diez Roux, Ana (2008): “*Hacia la recuperación del contexto en epidemiología: variables y falacias en el análisis multinivel*”. En: *Salud Colectiva*. Spinelli, Hugo comp. Lugar Editorial, 2008

Dirección General de Estadísticas y Censos de la Ciudad de Buenos Aires. Anuarios Estadísticos de la Ciudad de Buenos Aires 2011-2012-2013. Disponibles en: www.estadisticaciudad.gob.ar › Inicio › Publicaciones de la DGEyC

Doménech Llaberia, Edelmira y Ezpeleta Ascaso, Lourdes (1998): “*Las Clasificaciones en Psicopatología infantil*” cap. 6 en *Psicopatología del niño y del adolescente* editado por Jaime Rodríguez Sacristán. Universidad de Sevilla, secretariado de impresiones. España, 1998. En: <http://www.petra-udl.com/aaluja-archi/psico/recoma/clasi-infancia.pdf>

Duschatzky Silvia y Corea Cristina (2002): *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Paidós. Buenos Aires 2002.

Efron, Rubén (1997): “*Subjetividad y Adolescencia*.” En Konterllink I. Jacinto C. (Comps.) *Adolescencia, Pobreza y Trabajo*. (pp.29-43) Buenos Aires: Ediciones Losada –UNICEF.

Foucault Michel (1963): *El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica* Siglo XXI Editores. Buenos Aires (2º ed., 2013).

Franco Yago (1999): “*Más allá del malestar en la cultura*.” Revista Topia nº XXV. En: www.topia.com.ar

Frenk Julio, Frejka Tomás, Bobadilla José, Claudio Stern, Lozano Rafael, Sepúlveda, Jaime y Marco José (1991): “*La transición epidemiológica*” <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/16560>

Freud Sigmund (1930): *El malestar en la cultura*. Obras Completas, Tomo XXI. Amorrortu editores. Buenos Aires. 1992 (3º reimpresión)

Galende Emiliano (1990): *Psicoanálisis y salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Paidós Psicología profunda. Buenos Aires ,1990.

Galende Emiliano (1997) *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Paidós. Buenos Aires 1997

Galende Emiliano (2008): *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2008

Geertz, Clifford (1994): “Desde el punto de vista del nativo: sobre la naturaleza.” En: *Conocimiento Local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Paidós, Barcelona. pp. 73-90 En: red.pucp.edu.pe/ridei/files/2011/08/41.pdf

Gerlero, Sandra (1999): *Epidemiología en salud mental. Análisis epidemiológico de las problemáticas prevalentes en los servicios de Psicología de las instituciones públicas municipales*. Trabajo de Tesis de la Maestría en Salud Mental. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos. Directora Lic. Susana M. Belmartino

Giuliodibari Nora, Irurzun A., Pécora I. y Teplizky L. (2012): *Caracterización del embarazo adolescente en el barrio de La Boca. Adolescentes atendidas en el CeSAC n° 9*. Trabajo Final correspondiente al Curso de Administración de Servicios de Salud, Administración Hospitalaria y Efectores Periféricos

Goffman, Erving (2007): *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu editores, Buenos Aires 2007

Hersch Martínez P. y Armando Haro J. (2007) *¿Epidemiología Sociocultural o Antropología Médica? Algunos ejes para un debate interdisciplinar*. Conferencia de clausura presentada en el *III Coloquio de REDAM: Etnografías y técnicas cualitativas en investigación sociosanitaria. Un debate pendiente*, Tarragona, 6 de junio, 2007

Jesus Mari Jair, Garcia de Oliveira Soares Bernardo, Maurício Silva de Lima y Levav Itzhak (2009) “Breve historia de la epidemiología psiquiátrica en América Latina y el Caribe”. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud. Kohn R; Rodríguez J, y Aguilar-Axiola S. Editores. 2009. www.paho.org

Kessler, Gabriel (1997): “Adolescencia, Pobreza, Ciudadanía y exclusión”. En Konterllink I. y Jacinto C. (Comps.) *Adolescencia, Pobreza, Educación y Trabajo*. Buenos Aires: Losada-Unicef. 1997

Kleinman, Arthur, Eisenberg L., Good, Byron (1978): *Culture, Illness and Care. Clinical lessons from Anthropologic and Cross-cultural Research*. Annals of internal medicine 88: 251-258

Kleinman, Arthur (1982) *Neurasthenia and depression: A study of somatization and cultura in china*. Report number one of the university of Washington- hunan Medical college Collaborative Research Project. D. Reidel Publishing co, Holland, and boston, U.S.A. (1982) pgs 117-190

Kleinman Arthur (1988): *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Nueva York, Libros Básicos. 1988.

Kleinman Arthur y Vikram Patel (2003): *Poverty and common mental disorders in developing countries* .Bulletin of the World Health Organization 2003, 81 (8)

Lauridsen Ribeiro Edith y Tanaka Oswaldo Yoshimi (1999): “*Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência.*” Revista de Saúde Pública; 33 (6): 586-592

Lewcowicz, Ignacio (2012): *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez.* Paidós. Buenos Aires, 2012.

Levy Yeyati, Elena (2014): *El DSM en cuestión. Una crítica de la categoría de estrés postraumático.* Editorial Polemos. Buenos Aires, 2014.

Loudieu María Teresa (2013): “*La constitución social de la subjetividad en la contemporaneidad*”. Revista de salud y comunidad nº 3Año 3, Nº 3 - Diciembre de 2013 - ISSN 2250-5768

Machado, Leticia Vier; Ferreira, Rodrigo Ramires (2014): “*A indústria farmacêutica e psicanálise diante da “epidemiade depressão”: respostas possíveis*”. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 19, n. 1, 135-144

Mead Margaret (1961): *Adolescencia, Sexo y Cultura en Samoa.* Editorial Laia. Barcelona. 1975

Medeiro Fernández y Alvares Sanz (2016): “*Los trastornos mentales comunes y la medicalización: una perspectiva a partir de la etnografía institucional*”. Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907.

Menéndez Eduardo (1988): *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria.* Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451-464.

Menéndez, Eduardo (1990): *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones.* México. Ediciones de la Casa chata/CIESAS, 1990 En: <https://www.colson.edu.mx:4433/Revista/Articulos/e2/15784-1menendez.pdf>

Menéndez, Eduardo (1994): *La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?* Alteridades (UAM_ Iztalapa), año 4, nº 7, pgs 71-83 México

Menéndez, Eduardo (2002): “*La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*”. Bellaterra, Barcelona 2002

Menéndez, Eduardo (2008): “*Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades*”. Revista Región y Sociedad. Volumen XX. Número especial 2, 2008.

Menéndez, Eduardo (2012): “*Relativismo cultural y biología locales.*” En: *Antropología y comparación cultural: Métodos y teorías.* Nuria Fernández Moreno comp. Universidad Nacional de Educación a Distancia. UNED; Madrid, 2012.

Molinier, Pascale (2014): *Salud y trabajo en trabajadores hospitalarios: cultura de la gestión, cultura del cuidado, ¿una conciliación imposible?* En: www.topia.com.ar Publicado en marzo de 2015

OMS (1992): Clasificación Internacional de Enfermedades CIE- 10, en:
https://www.sssalud.gob.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf

OMS (1992): Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. CIE-10. Décima Revisión. Capítulo F (V) sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento. Edición española. En: www.psicomed.net

OMS (2000): “*Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y de los factores con ellos correlacionados*”. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, N° 3, 2000.

Pujó, Mario (2008): “*DSM: un esperanto instrumental*” en Revista Psicoanálisis y el Hospital. N° 34. Ediciones del Seminario. Buenos Aires, 2008.

Reiter, Celina (2016): *Modalidades de agresión física en púberes y adolescentes mujeres, en una escuela secundaria en la zona de Almagro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Un estudio de caso. Tesis de Maestría de Salud Mental comunitaria. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Rose, Geoffrey (1985): “*Individuos enfermos y poblaciones enfermas*” .OPS, Boletín Epidemiológico 6(3): 1-8, 1985

Samaja, Juan (2016): *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Lugar Editorial. Buenos Aires 2016.

Samaniego, Corina (1998): *El Child Behavior Checklist: su estandarización y aplicación en un estudio epidemiológico. Problemas comportamentales y sucesos de vida en niños de 6 a 11 años de edad*. Informe Final. Beca de Perfeccionamiento UBACYT. Biblioteca Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Trabajo presentado en el XXVII Congreso Interamericano de Psicología, año 1999, Caracas, Venezuela. *Mimeo*

Samaniego, Corina (2004). *Prevalencia de trastornos psíquicos en población escolar de 6 a 11 años*. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Dirección estable: www.aacademica.com

Segato, Rita (2017): “*Las mujeres vivimos en un Estado de sitio*”

9 mayo, 2017 por Redacción La Tinta En: <https://latinta.com.ar/2017/05/rita-segato-las-mujeres-vivimos-en-un-estado-de-sitio/>

Segato, Rita (2003): *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Prometeo libros. Buenos Aires. 2003.

Sennet, Richard (2011): *El declive del hombre público*. Anagrama Editorial. 2011

Stolkiner Alicia (1996): “*Atención Primaria De La Salud Y Salud Mental: La Articulación Entre Dos Utopías*” (Presentación realizada en el Ciclo de Seminarios sobre Salud y Políticas Públicas del CEDES en 1996 corregida como capítulo del libro “Atención Primaria” compilado por Daniel Maceira, en prensa en Editorial PAIDOS)

Stolkiner, Alicia (1999): “*Ciudadanía, Vida Cotidiana y Subjetividad*” del libro “*Nuevos Escenarios-Nuevos Modelos de Atención*” - Publicación de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario - Rosario, 1999.

**Stolkiner, Alicia (2001): “*Subjetividades de época y prácticas en salud mental*”.
Revista Actualidad Psicológica, Año XXVI-No 239. Buenos Aires 2001**

Stolkiner, Alicia (2003): *De La Epidemiología Psiquiátrica a la Investigación en el Campo de la Salud Mental* VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría 2003/2004; XIV (54): 313- 319

Stolkiner, Alicia (2013): *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental* Capítulo de libro. Compilador: Hugo Lerner Editorial: Psicolibro. Colección FUNDEP. (En prensa marzo 2013)

Stolkiner Alicia; Comes, Yamila; Solitario, Romina; Garbus, Pamela; Mauro, Mirta; Czerniecki, Silvina; Vázquez, Andrea; Sotelo, Romelia (2006): “*El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*”. Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones / volumen xi V / Año 2006 De la página 201 a la 209

Susser, Mervyn y Susser, Ezra: (1996) “*Choosing a future for epidemiology: I Eras and Paradigms*” Am J Public Health, May 1996, 86(5):668-73

Susser, Mervyn y Susser, Ezra: (1996) “*Choosing a future for edidemiology: IIFrom black box to Chinese boxes and ecoepidemiology.*” Am J Public Health, May 1996, 86(5):674-77

Tajer, Débora (2004): “*Construyendo una agenda de género en las políticas publicas en salud*” En “*Políticas Públicas, Mujer y Salud*” Edic. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Popayán, Colombia, 2004, 27-39

Testa, Mario (1989): *Pensar en Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires.1989

Testa, Mario (2007): *Pensamiento estratégico y lógica de programación*. (El Caso de Salud). Bs. As. Lugar Editorial 2007

Testa, Mario (1997): *Saber en Salud: la construcción del conocimiento*. Edición, 1ª ed. Publicación, Buenos Aires: *Lugar Editorial*, 1997

Urquía, Marcelo Luis (2006): *Teoría dominantes y alternativas en Epidemiología*. Ediciones de la UNLA. Universidad de Lanús.

Varela Cristian (2011): “*La invención de la institución*”. Tesis de Doctorado en Educación, PIDE, Universidad Nacional de Tres de Febrero, Universidad Nacional de Lanús, 2011.

Vasen, Juan (2011): *Una nueva epidemia de nombres impropios. El DSM-V invade la infancia en la clínica y en las aulas*. Editorial Noveduc. Buenos Aires, 2011.

Volnovich Jorge y Fariña Nicolás (2010): *Infancia, subjetividad y violencia. 200 años de historia*. Editorial Lumen-humanitas2010. Buenos Aires- México

Volnovich Jorge (2015): “Si antes el abuso se escondía debajo de la alfombra, ahora se esconde mostrando demasiado” En:
<https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-267681-2015-03-09.html>

Winnicott, D. W. (1967): Conferencia. Congreso de Subdirectores de Reformatorios en Winchester. Inglaterra.

Winnicott, D. W. (1991) *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Paidós.

Wlosko, Miriam (2009): “*En torno del campo de la subjetividad*”. Escrito realizado para cátedras de la Universidad Nacional de Lanús. Mimeo.

Wlosko, Miriam (2014): *Malestar y sufrimiento en el trabajo: el frágil equilibrio*. En: Stecher, A. & Godoy, L. (Eds.) *Transformaciones del Trabajo, Subjetividad e identidades. Lecturas Psicosociales desde Chile y América Latina*. Ril Editores, Santiago de Chile. (Págs. 343 a 367)

ANEXO

Tabla n°24: Frecuencia de Manifestaciones del sufrimiento por año

Manifestaciones del sufrimiento	2011	2012	2013	total
Sin dato	1,1%	6,4%	1,0%	2,6%
abandono escolar	1,1%	,0%	3,0%	1,5%
agresividad/peleas	8,6%	6,4%	4,0%	6,3%
aislamiento	1,1%	1,3%	1,0%	1,1%
apto psicofísico	,0%	2,6%	,0%	,7%
ataques	4,3%	6,4%	3,0%	4,4%
celos	,0%	,0%	3,0%	1,1%
certificado discapacidad	,0%	,0%	1,0%	,4%
consumo	2,2%	,0%	5,1%	2,6%
cortes/conductas autolesivas	3,2%	3,8%	3,0%	3,3%
dificultad habla	,0%	,0%	1,0%	,4%
enuresis	,0%	2,6%	1,0%	1,1%
fuga/abandono del hogar	7,5%	5,1%	5,1%	5,9%
ideas de muerte	1,1%	,0%	1,0%	,7%
llanto	,0%	,0%	4,0%	1,5%
mal rendimiento escolar	5,4%	6,4%	5,1%	5,6%
mala conducta en la escuela	7,5%	6,4%	2,0%	5,2%
malestar/sufrimiento/tristeza	34,4%	25,6%	29,3%	30,0%
manoseo a una niña	,0%	1,3%	1,0%	,7%
mentiras	3,2%	,0%	2,0%	1,9%
no adherencia al tratamiento	,0%	1,3%	1,0%	,7%
rebeldía	9,7%	5,1%	10,1%	8,5%
retraso madurativo	,0%	5,1%	1,0%	1,9%
roba	1,1%	2,6%	5,1%	3,0%
síntomas obsesivo-compulsivos	1,1%	2,6%	,0%	1,1%
síntomas psicossomáticos	4,3%	7,7%	6,1%	5,9%
temores	3,2%	1,3%	1,0%	1,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla nº 25: Distribución de las manifestaciones clasificadas según CIE-10 por año

	2011	2012	2013	Total
Sin clasificar	45,2%	43,6%	48,5%	45,9%
710	,0%	,0%	1,0%	,4%
F41	,0%	5,1%	1,0%	1,9%
F42	1,1%	2,6%	,0%	1,1%
F43	41,9%	29,5%	33,3%	35,2%
F51	1,1%	,0%	,0%	,4%
F70	,0%	3,8%	1,0%	1,5%
F71	,0%	1,3%	,0%	,4%
F80	,0%	,0%	1,0%	,4%
F91	9,7%	10,3%	11,1%	10,4%
F93	,0%	,0%	2,0%	,7%
F98	,0%	2,6%	1,0%	1,1%
R55 (síncope o desmayos)	1,1%	1,3%	,0%	,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%