



Editorial

Emiliano Galende

Médico. Psicoanalista. Director del Doctorado Internacional en Salud Mental Comunitaria. Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.

Las perspectivas epistemológicas y metodológicas en el campo actual de la Salud Mental configuran un complemento importante para los avances de una perspectiva crítica de la investigación en Salud. Las relaciones entre la medicina y la pertenencia a esta disciplina de una especialidad de lo mental (Psiquiatría), está en crisis desde que se planteara el giro hacia Salud Mental (Asamblea de la oms, 1953). Por otra parte, dado que la psiquiatría es parte de la prehistoria de salud mental y esta relación del sufrimiento mental con la medicina ha sido desde su inicio conflictiva y arbitraria, persiste una tensión entre las posiciones de la psiquiatría, hoy representada por la permanencia de los manicomios y también por el avance del positivismo médico por vía ahora del respaldo de la neurobiología y la industria farmacéutica, frente a los criterios de una perspectiva social y cultural de la salud mental. El desarrollo actual de una comprensión transdisciplinaria y social de la salud mental constituye, tras doscientos años de medicina mental asilar, el camino más racional hacia una ciencia social del sufrimiento mental; esa es la meta pero muchos son los obstáculos. Volveré sobre esto.

Aceptemos un breve recuerdo de esta historia. Desde Augusto Comte en adelante la medicina avanzó en base a dos principios: la objetividad del conocimiento y la explicación causal de las enfermedades

como verdad universal, la conocida etiopatogenia. Si bien la medicina no dejaba de ser la práctica del arte de la curación, estos dos principios la situaban en el horizonte de la racionalidad de la ciencia y sus relaciones con la técnica, ideal nunca logrado totalmente por otra parte, ya que la práctica real de los médicos, nunca perdió el carácter de “arte de curar”. Hay que aceptar que este positivismo de reducir la vida al cuerpo como objeto de conocimiento ha tenido éxito y eficacia al incorporar al arte del médico conocimientos científicos de otras ciencias (la biología, la física, la química, etc.) y más tardíamente tecnologías sofisticadas para el diagnóstico de las enfermedades. Este horizonte de racionalidad científica, aun cuando tomado de otras disciplinas científicas, permitió al médico hablar en tercera persona: la explicación causal de las enfermedades como verdad universal más allá de toda singularidad del enfermo. Del cuerpo al órgano, de éste a los tejidos, luego las células, hasta la biología molecular y los mecanismos biológicos, la verdad de la salud y la enfermedad se busca en estos ámbitos y se entiende que encontrando la alteración de su norma de funcionamiento se descubre la verdad de la enfermedad y la racionalidad de su tratamiento, a la vez que puede entonces, por su universalidad, ser incluida entre las enfermedades ya clasificadas o abrir una nueva casilla.

A modo de síntesis, y para hacer comprensible la situación actual de conflicto entre positivismo biomédico y perspectiva social en salud mental, vale recordar la historia de la producción de conocimiento en esta disciplina. La psiquiatría fue y sigue siendo una **anomalía de la medicina**; nunca logró adecuarse a sus postulados y mucho menos a sus logros. La fundación de la psiquiatría por E. Esquirol en los años veinte del siglo XIX, buscó respaldo en los postulados de Augusto Comte, afirmando, o simplemente prejuizando, basado en el postulado de la frenología de Gall, que era el cerebro enfermo la causa del trastorno mental. Debemos reconocer que esta afirmación sorprendió a muchos intelectuales de su época, que ya entonces salieron a cuestionarlo: todo el romanticismo alemán (Novalis, Goethe, Schiller) y el movimiento que se llamó “los psíquicos”. No pasó mucho tiempo hasta que se estableció la polémica entre “organogénesis” y “psicogénesis”, o causas endógenas o reactivas de la enfermedad. Dentro del principio positivista de la explicación causal ésta se divide y confronta entre causas no demostrables del cuerpo y causas tampoco demostrables del psiquismo. Desde entonces el intento de un conocimiento objetivo y causal del trastorno mental se ha demostrado entre falso o puramente impregnado de prejuicios ideológicos. La única epistemología posible de la psiquiatría ha sido la historia de diversos autores con sus propuestas de nuevas nosografías. No hay teoría más allá de la nosografía. Sobre finales del siglo XIX, Emil Kraepelin funda, a pesar de todas las críticas recibidas, su modelo “anatomoclínico”, esto es una relación causal entre cerebro (en la grosera anatomía de entonces) y los síntomas clínicos. Su investigación consistía en la disección de cerebros de enfermos mentales fallecidos buscando esta relación de correspondencia causal. Entre nosotros, Moyano se empeñó en la misma “investigación”. A pesar de lo ineficaz y hasta absurdo del intento de aplicar el modelo de conocimiento de las ciencias naturales, (que estaba dando sus frutos en la medicina), al terreno de la vida psíquica, esto permitía a la psiquiatría permanecer como parte de la medicina.

Sobre la última parte del siglo XIX Wilhelm Dilthey, desde sus investigaciones en historia y economía, había introducido la diferencia entre la explicación causal y la comprensión, abriendo la posibilidad de las llamadas ciencias sociales. Unos años después, uno de los discípulos de Edmund Husserl, Karl Jaspers, toma estos conceptos de Dilthey, y en su obra maestra “*Psicopatología General*”, divide el campo de un conocimiento posible del trastorno mental entre “relaciones de explicación” y “relaciones de comprensión”; entre la supuesta objetividad de demostrar causas sin que el investigador esté implicado como sujeto, y la comprensión empática que requiere de un sujeto de conocimiento implicado en la producción de la verdad del

trastorno. Sigmund Freud es contemporáneo de Jaspers, y de algún modo ambos participaban de un mismo medio intelectual. Requisito de la empatía para comprender el sufrimiento de un semejante, o presencia de la transferencia para levantar represiones: para ambos el sufrimiento mental solo es posible de conocer en esa relación; para ambos el enfermo no puede reducirse a un objeto de observación a la mirada del investigador, es otro que como semejante participa en la producción de la verdad de su sufrimiento. Ambos, Freud y Jaspers, (podríamos incluir a Husserl), efectúan la crítica más profunda a la pretensión de fundar un conocimiento objetivo y causal en la existencia humana y el sufrimiento mental. Desde entonces el mapa del conocimiento sobre el trastorno mental se transforma en una lucha entre el positivismo médico, insisto, derivado de Augusto Comte, y la perspectiva fenomenológica y psicoanalítica. A lo largo del siglo XX las diferentes corrientes en psicología y psiquiatría se ubicaron en una u otra perspectiva. Así se encuentra el campo de la comprensión y tratamiento del sufrimiento mental después de la Segunda Guerra Mundial, al llegar la propuesta, sin duda política, de reestructurarlo hacia los criterios de Salud Mental.

¿Por qué este recuerdo acerca de la relación entre la psiquiatría y la medicina, entre positivismo médico como disciplina reconocida socialmente y conceptos y prácticas de Salud Mental que no son contenidas por la medicina? Nuestro problema, la dificultad, es con la perspectiva de la medicina en su orientación actual y la hegemonía de sus criterios de explicación causal sobre la salud, no así con el campo de la comprensión social crítica de la Salud, con el cual, como dije antes, entendemos que salud mental forma parte de una apertura hacia la investigación social y una reformulación de los criterios disciplinarios. Por ejemplo: en el campo biomédico existe legislación para considerar incumbencias (en Argentina aún vigente la ley 17.132, dictada durante la dictadura de Onganía) que permiten considerar y punir prácticas ilegales de la medicina (curanderismo, por ejemplo), ya que la misma disciplina establece los límites de su campo de conocimiento y las incumbencias de quienes están habilitados para las prácticas terapéuticas. Esto no es posible respecto al sufrimiento mental y al campo de salud mental: en éste lo social, cultural, religioso, es tan determinante en la producción y valoración del sufrimiento mental, la interpretación de sus significados y la orientación de los objetivos terapéuticos, que hacen a estas instancias partícipes necesarios de la comprensión y la motivación terapéutica para abordarlos. Salud Mental no consiste en una disciplina que pueda fijar los límites de su campo teórico y de intervención práctica: en la producción de conocimiento acerca del sufrimiento mental, sus significados y valoraciones, como tampoco respecto de

sus prácticas terapéuticas, que se funden con prácticas espontáneas de diversos actores sociales. Sus límites son difusos, permeables, se confunden con muchas prácticas sociales con sentido de cuidado o rehabilitación de sufrimientos psíquicos, diagnosticados y atendidos con prácticas diversas, denominadas “terapias alternativas”, además de las que realizan comunidades religiosas (evangélicos, espiritistas, u otras religiones), o la misma comunidad a través de amigos, familias, grupos culturales, etc. Estas prácticas, que llamamos sociales, no son posibles de pensar y entender en los términos formales de eficacia, eficiencia o calidad, sino simplemente reconocer en su existencia real. En los últimos tiempos muchos servicios, especialmente en Europa, (admitido y apoyado por la oms), han incluido los llamados “*cuidados informales*”, aquellos que prestan la familia, la comunidad o distintas ONG a personas con trastornos mentales o en procesos de rehabilitación psicosocial. Los subsidios por “carga familiar” que otorga el Estado en estos casos deben ser entendidos como un reconocimiento de que los cuidados del sufriente mental y su rehabilitación para la vida en común, no dependen exclusivamente de los servicios formales. Hay que tener en cuenta que estas prácticas sociales y comunitarias, vinculadas a las condiciones reales de existencia del sufriente, de clase social, étnica, cultural o religiosa, no resultan antagónicas con el sistema formal de atención que prestan los servicios de Salud Mental, más bien resultan alternativas válidas que se complementan o se suman a la atención formal. Justamente estos recursos sociales de cuidado, que dominan en poblaciones rurales o grupos étnicos, se atenúan en las sociedades actuales, con dominio del estilo de vida de las grandes urbes, aun cuando dentro de los diferentes conjuntos sociales estratificados y más allá de la clase social, origen o pertenencia étnica o religiosa, la demanda de estas prácticas es evidente. Si bien resulta claro que los sectores urbanos de clase media demandan más a los servicios formales, que esto es menor en las áreas rurales o pequeñas poblaciones, y menos aún en la población de comunidades étnicas o religiosas, estas prácticas sociales con sentido terapéutico están presentes en todo el panorama social actual. El crecimiento notable de estas “terapias alternativas”, simultáneo en el caso de Argentina al incremento de la atención psicológica y psicoanalítica en las grandes ciudades, posiblemente es resultado del descrédito de las prácticas médico psiquiátricas que no favorecen la palabra y la comprensión del sufrimiento mental, al que responden con la internación asilar y la prescripción del medicamento. En el plano social es observable una creciente oposición entre el trato por la palabra versus el medicamento para el tratamiento del sufrimiento mental, esta oposición no se observa solamente entre los profesiona-

les sino que forma parte del saber popular acerca del sufrimiento mental y su tratamiento.

En el campo de Salud Mental la valoración de los “*cuidados informales*”, al favorecer la participación del grupo social de pertenencia, la familia, la comunidad, está justamente haciendo más permeable el límite entre las prácticas médico psiquiátricas y psicológicas y las alternativas de atención que se desarrollan en la sociedad, todas basadas en la función terapéutica de la palabra en una relación intersubjetiva. Esto genera al menos un interrogante: la mayor parte de la investigación epidemiológica está dirigida a la prevalencia asistida de distintas formas de sufrimiento mental, su diagnóstico por los servicios formales, las modalidades de atención y las prácticas profesionales, pero poco sabemos acerca de los recursos terapéuticos de la comunidad. Los escasos estudios epidemiológicos sobre población general se orientan por los criterios diagnósticos de la psiquiatría y están dirigidos a medir prevalencia estadística de estos trastornos clasificados. Existe poca investigación sobre los modos reales en los cuales la población transita, atenúa o cura, sus sufrimientos psíquicos. Estos estudios académicos no reflejan las modalidades socio comunitarias en la que las personas elaboran, resuelven, atenúan o agravan sus sufrimientos mentales. El sector Salud y más aún, de Salud Mental, al limitar el estudio al sistema de atención formal, identificando describiendo y evaluando las formas de atención de los que acuden a los servicios, tiende a desconocer las formas en que los individuos, grupos sociales y comunidades, acuden a otros individuos (amigos, grupo de pertenencia religiosa, cultural, política) para tramitar, aliviar o curar los sufrimientos mentales en su existencia real. Y está claro que así como los servicios formales de salud mental desarrollan estrategias de atención y clasificación (diagnósticos en base a nosografías diferentes, medicación o psicoterapia), también los grupos sociales, religiosos o culturales, tienen estrategias propias para reconocer e identificar formas de sufrimiento mental y brindar cuidados. De allí que se puede hablar de “terapias alternativas” (al saber académico reconocido y al sistema de salud basado en servicios de atención médica y psicológica). Es obvio que para conocer el funcionamiento de estas dinámicas terapéuticas de los grupos sociales deberían hacerse estudios en población general, que requieren de metodologías más cercanas a la de los estudios etnográficos que a los propios de la epidemiología académica. Luego volveré sobre esto.

Si estudios realizados por la oms señalan que aproximadamente un 25 % de la población de adultos de grandes ciudades padece depresión, ¿es posible un sistema de atención que atienda a todos en base a lo que la misma oms propone, con fármacos anti depresivos y psicoterapia? La idea de una “brecha” de la aten-

ción, entre el número de personas que padecen depresión y los que consultan, resulta una idea errónea para dar cuenta del problema. La cuestión no consiste en que los servicios extiendan sus estrategias a las comunidades, sino reconocer el valor de las estrategias propias de los grupos sociales: iglesias evangélicas con adictos, yoga, meditación, respiración, psicodanza, relajación, etc. Debemos recordar y reconocer: **los servicios formales y las disciplinas médica y psicológica no cuentan con mayor verdad científica que estas prácticas de la comunidad.**

Se ha difundido actualmente el concepto de “medicalización”, para observar el efecto del avance del positivismo médico sobre la definición y el tratamiento de todos los malestares psíquicos. La vigencia actual de esta problemática debería alentar investigaciones sociales sobre su incidencia en los comportamientos de la población sobre la construcción de significados sobre el sufrimiento y la forma de atenderlo. El proceso de medicalización consiste en convertir en enfermedades toda una serie de episodios vitales de la existencia y aun de diversos comportamientos de la vida cotidiana, las cuales son explicadas y tratadas como enfermedades. Las versiones del *Manual Diagnóstico* de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM), es su expresión mayor. Estas prácticas de la comunidad constituyen una resistencia a esta expropiación de la experiencia humana del sufrimiento mental que representa la medicalización de la vida y la propuesta psicofarmacológica. ¿En qué medida esta situación del campo de Salud Mental se refleja en la investigación actual?

El horizonte científico de la investigación en Salud Mental

La ciencia se hace con teoría y método; la teoría orienta la mirada sobre la realidad que luego con método se investiga. Según Jürgen Habermas, con una perspectiva amplia, la teoría es el camino del pensamiento hacia la verdad. Algo ya he señalado como la historia de un problema para el conocimiento en salud mental, la disyuntiva entre explicación causal o comprensión. Esto abre dos caminos epistemológicos y dos ámbitos científicos y metodológicos, el de las ciencias naturales o el de las ciencias sociales. A esto cabe agregar que la problemática de salud mental plantea temas complejos que atraviesan a varias disciplinas, como sucede en otros ámbitos del conocimiento científico del campo social y la cultura. Obviamente esto afecta a la metodología. No es posible conocer un problema con el método propio de una disciplina cuando se trata de un objeto complejo que requiere de un abordaje interdisciplinario. Definir una investigación por problemas y no objetos homogéneos, exige perspectivas

inter o transdisciplinaria, la cooperación de distintos investigadores sobre un mismo tema de investigación. Si bien hay intentos de articular metodologías propias del enfoque explicativo con los propios de la comprensión, superando la disyuntiva de una ciencia para explicar y otra ciencia para comprender (la llamada investigación estratégica propuesta por John Galton, y los dispositivos de matriz de datos, por ejemplo), debemos reconocer que las dificultades persisten. Si hemos puesto en cuestión que Salud Mental posea un objeto abordable con los criterios formales de la ciencia, (los párrafos dedicados a las terapias alternativas apuntan a eso), cabe preguntarnos entonces cómo se construye conocimiento en este campo, o si es posible un desarrollo epistemológico y metodológico del mismo. Insisto: la investigación en Salud Mental presenta cuestiones específicas, una complejidad que excede a la misma investigación en Salud.

A modo de ejemplo, vale repetir lo dicho en la Editorial del Número 2 de esta revista: *“el cerebro humano, en su estructura y funcionamiento, es universal, por lo tanto la neurobiología estudia y produce nuevos datos de sus funciones que tienen valor de verdad científica, es decir, se consideran universales. Hace tiempo sabemos que el genoma humano es también universal, más allá de las diferencias de raza. Se agrega que el genoma de los primates superiores es muy cercano, (demasiado cercano diría), al genoma humano. Pero los comportamientos de los sujetos, de distintas razas, (como también de los primates), se caracteriza por la diferencia: el psiquismo, la subjetividad, los modos de significación, valoración, que son los que regulan los comportamientos prácticos, y que están presentes en los modos del sufrimiento psíquico, son inescindibles de la lengua, la cultura, el mundo simbólico y social en que habita cada sujeto”*. Por cierto es de sumo cuidado no trasladar mecánicamente lo universal del cerebro, o la genética humana, al comportamiento, como tampoco trasladar el comportamiento a su sola dimensión cerebral. *“Está claro que no hay procesos mentales que no se sustenten en el funcionamiento cerebral, como no hay funcionamiento cerebral que no se exprese en la vida y el comportamiento del sujeto, pero esto lejos de suponer una simetría entre uno y otro nivel, nos obliga en la investigación a reconocer sus diferentes lógicas de funcionamiento. A esto se agrega otra dificultad en la investigación en salud mental: a diferencia de las ciencias biológicas o físicas, no contamos con una disciplina que haya formulado teorías que den sustento a una metodología precisa para acceder al conocimiento verdadero”*. Debemos aceptar que no contamos con el camino que señala Habermas. Lo que caracteriza justamente al campo de la salud mental es la existencia, múltiple y simultánea, de diferentes disciplinas o corrientes intelectuales, que definen modos distintos de comprender el sufrimiento mental, o la enfermedad, por lo tanto también modos distintos de conocerlos y tratarlos.

Vale recordar que ya Immanuel Kant en su texto tardío (*Antropología*) señalaba que la salud es un objeto ajeno al campo del saber objetivo (la explicación causal), “...la salud no es un concepto científico, es un concepto vulgar”. Para Kant la salud es un concepto que no puede ser abordado desde una perspectiva poblacional, pues se refiere a individuos concretos, situados en contextos sociales específicos, que no pueden reducirse a parámetros científicos, al menos en la perspectiva de la ciencia dominada por el objetivismo positivista de su época. Por su parte Georges Canguilhem señalaba que la norma que regula los mecanismos biológicos (*Lo Normal y lo Patológico*) es interna al funcionamiento mismo de lo biológico, mientras que la norma que regula el pensamiento, la percepción y los comportamientos prácticos de los individuos es externa al sujeto, se trata de una norma social (ética o moral). De esto se desprende las dificultades para definir en términos científicos el concepto de salud mental. Igualmente el ser viviente y su medio no pueden ser considerados normales o patológicos considerando separados sujeto y medio, “lo normal, define, es poder vivir en un medio en que fluctuaciones y nuevos acontecimientos son posibles”. Sabemos que para Canguilhem no existe un universal de la salud como verdad del cuerpo, de allí su propuesta de “cuerpo subjetivo”, desde este postulado podemos avanzar en que el único universal de la salud es su carácter social. Juan Samaja (*Epistemología de la Salud*) señalaba que la Salud (y puedo agregar aquí Salud Mental) solo se hace accesible al conocimiento en la complejidad de la reproducción social, y ésta requiere fundar una racionalidad científica de sus enunciados sobre el proceso salud-enfermedad-atención. Está claro que esta perspectiva sitúa la investigación en salud mental en el campo de las ciencias sociales, a la vez que, dada la historia de la relación de la psiquiatría asilar con la medicina, se debe dar cuenta de esta relación. Debemos cuidar que esta perspectiva social de la salud mental no se convierta solamente en un humanismo militante, abandonando de este modo la investigación, y por ende la producción de conocimiento, al positivismo médico. Trato de señalar que, con las dificultades que observamos, el desafío del conocimiento en este campo es el de avanzar con el horizonte de la racionalidad científica, sin resignar su singularidad social. Contar con fundamentos epistemológicos y metodológicos es lo que puede garantizar que las acciones que se promueven desde la perspectiva comunitaria tengan consistencia metodológica y hagan posible una evaluación racional. Ocurre que muchas investigaciones interdisciplinarias recaen en el funcionalismo, o en la vieja idea de los “niveles de integración”. No se trata de separar estructuras diferentes (físicas, biológicas, psíquicas, sociales, culturales) para definir sus funciones y encontrar luego sus relaciones. La subjetividad humana, ya que sobre eso

nos proponemos investigar, es una totalidad relacional compleja, su esencia no es inmutable sino variable, cambiante, y lo social y cultural no es una relación del sujeto con algo exterior a él, es intrínseca, constitutiva de la subjetividad misma.

Deconstrucción de la una disciplina de lo mental y construcción de la perspectiva transdisciplinaria

Después de este repaso de las dificultades y diferencias con la ciencia positiva, veamos las posibilidades. La propuesta racional de abordar los problemas de Salud Mental desde el reconocimiento de que se trata de un objeto complejo, ha llevado a la idea de un abordaje transdisciplinario para su conocimiento. Esto abre dos perspectivas: la epistemológica y la metodológica (cómo investigar y producir un conocimiento racional del mismo), y la de su impacto concreto en las prácticas de atención. Me adelanto a señalar que en lo primero hemos avanzado, pero no en el mismo grado en cuanto a las políticas de salud, las prácticas de atención y los servicios. Hace unos años muchos hemos pensado que lograr este cambio cultural en la perspectiva del conocimiento y la investigación en Salud y Salud Mental, y dado la resistencia de las carreras de grado (especialmente medicina, pero también psicología) para abordar la problemática de la Salud desde esta perspectiva transdisciplinaria en sus planes de estudio, pensamos que los posgrados en Salud, Salud Colectiva y Salud Mental, podían avanzar en estos desarrollos. En los posgrados de Salud Mental que implementamos en la Universidad Nacional de Lanús, hemos trabajado desde hace veinte años incluyendo la perspectiva de Jean Piaget y Rolando García (*Psicogénesis e Historia de la Ciencia*) sobre lo “intra”, lo “inter” y lo “trans”, bajo la idea de que el proceso de formación debía llevar desde una perspectiva disciplinaria (ya que los cursantes provienen de disciplinas diversas), hacia una transformación de su comprensión de los problemas de salud mental que definimos como transdisciplinaria. Nuestro objetivo no es solo el de enseñar sino el de promover una transformación en la teoría y sus prácticas hacia esta perspectiva. **Como creo resulta evidente, la transdisciplina no se aprende en sentido tradicional, se trata de un proceso de transformación intelectual y cultural para el pensamiento de los problemas complejos.** Mario Testa, que forma parte de este proyecto y elaboró una ampliación de las nociones de Piaget para estos posgrados, hizo extensiva las nociones de intradisciplina, interdisciplina y transdisciplina, que estos autores aplican a los objetos y a las operaciones, a los sujetos implicados en la comprensión del objeto y en las operaciones de conocimiento y transformación. Nuestra

expectativa pedagógica es lograr un desplazamiento desde lo “intra” a lo “inter” y luego a lo transdisciplinario. El proceso consiste en una progresión no de suma de factores determinantes del proceso salud-enfermedad-atención, sino de la complejidad del objeto de conocimiento donde la articulación de estos factores agrega cualidades nuevas al objeto. Producir un sujeto con un pensamiento transdisciplinario que pueda pensar un objeto complejo requiere de una transformación cultural e intelectual, ya que la mayor parte de nosotros estamos formados en base a disciplinas particulares.

Se puede aplicar la categoría “objeto” al modelo asistencial; la de “operación” a los instrumentos de la política en salud y la gestión; y la de “sujeto” a la implicación de los profesionales en este proceso de transformación intelectual, identificando a las “disciplinas” en su confrontación con la complejidad. Esto es, partir de las formaciones disciplinarias hacia el diálogo interdisciplinario, que construye las relaciones múltiples que determinan el objeto de conocimiento y concluye con la construcción de criterios transdisciplinarios en la construcción de nuevas categorías para el conocimiento. Se trata de abarcar las variables que componen el objeto “salud mental”: el modelo de atención; las políticas y la gestión; las disciplinas que intervienen; las prácticas que se realizan y los sujetos de las mismas. Se puede identificar la organización de cada una de estas categorías para tratar los problemas centrales, pero lo esencial es establecer las relaciones entre las variables que es lo que conforma el modelo explicativo de la Salud Mental. Existe siempre una tensión en la perspectiva de establecer un conocimiento del lazo social comunitario entre el conocimiento “especializado” y el conocimiento de la complejidad que integra las variables que mencionamos. Se parte del proceso hermenéutico-interpretativo de lo individual al proceso de interpretaciones múltiples del sufrimiento mental, del cual forma parte el conjunto de variables que integran el proceso salud-enfermedad-sistema de atención. Este proceso hermenéutico interpretativo global, ampliado a varias dimensiones de análisis, no es posible desde una lógica formal de la ciencia, ni es posible abordarlo desde la propuesta de un paradigma de la ciencia. El desafío es cómo establecer un conocimiento que pueda incluir el elemento de la subjetividad en el objeto y en el sujeto del conocimiento, utilizando la comprensión e interpretación en el marco de una relación intersubjetiva (tanto en la investigación como en las prácticas terapéuticas). Recuerdo lo ya dicho: el conocimiento en el campo del sufrimiento mental no puede prescindir de la relación empática (fenomenología) o transferencial (psicoanálisis). Y esta exigencia debe estar presente también cuando la investigación se dirige a alguna de las variables en particular.

Esta perspectiva transdisciplinaria y orientada por un pensamiento complejo de los problemas de salud mental, ¿Cómo incide en la orientación de la investigación actual?

¿Qué y cómo se investiga hoy en Salud Mental?

En Argentina es observable un avance notorio de la perspectiva epistemológica para una comprensión transdisciplinaria de los problemas de salud mental. Muchos de los artículos y ensayos teóricos sobre diversos temas de salud mental que se publican, siguen esta orientación. La prevalencia de las ciencias sociales en los estudios sobre salud mental es relevante. Ocurre algo similar con las Tesis de los posgrados en Salud Mental, casi todos calificados con la orientación “comunitaria”, lo cual ya es indicativo de la presencia de la perspectiva social. Actualmente las investigaciones que se concretan están dirigidas predominantemente al estudio del sistema de Salud Mental, los servicios, la legislación, algunos temas específicos (violencia, adicciones, etc.) y a la descripción y evaluación de procesos de reforma o planes alternativos desarrollados en algunas jurisdicciones del país. Si bien el marco teórico refiere a un enfoque crítico y transdisciplinario, suele ocurrir que en el diseño de la investigación se ignore el modelo complejo de la salud mental, al que he hecho referencia antes, y se termine estudiando según las disciplinas tradicionales, señal de las dificultades de pensar desde la complejidad. Estos desarrollos de un conocimiento transdisciplinario en Salud Mental se están haciendo presentes en el diseño de las políticas actuales en este sector, posibilitando que las propuestas de la medicina mental, históricamente comprometidas con los hospitales psiquiátricos y la cronificación de los pacientes, estén en claro retroceso.

Me parece que el positivismo tradicional en salud, especialmente en el terreno de la epidemiología, está fuertemente cuestionado y se está dando lugar a numerosas investigaciones con sentido crítico. Creo que debemos valorar que estos estudios interpelan a muchos investigadores, modifican la lectura lineal de la epidemiología de base puramente estadística y están dando lugar a la búsqueda de metodologías nuevas, muchas incorporadas del campo de la sociología de la salud y la antropología médica, que abren nuevos interrogantes y amplían el campo de conocimiento de la problemática de salud y salud mental. Este proceso ya no es incipiente, se ha avanzado mucho, especialmente en los sistemas habituales de legitimación académica: investigaciones, publicaciones y planes de estudio académicos, especialmente, por ahora, en los posgrados académicos. Esto sucede especialmente en

varios países de América Latina, con Brasil a la cabeza, donde se observan avances en la perspectiva social crítica y especialmente en el desarrollo de una epidemiología más orientada por los criterios transdisciplinarios (por ejemplo, los trabajos de Naomar de Almeida Filho en Bahía, de María Cecilia de Souza Minayo, de Juan Samaja entre nosotros). **Vale tener presente que en la perspectiva histórica, respecto a la salud, han sido siempre nuevas comprensiones, nuevos conocimientos y los modos de su legitimación, los que han precedido a un cambio en las prácticas de atención de las enfermedades.** Especialmente respecto al sufrimiento mental creo que no hay que desestimar cuánto contribuyen estas nuevas perspectivas a generar una conciencia nueva respecto de la enfermedad mental, tanto en los profesionales encargados de atenderla como en la misma sociedad civil.

Sin duda la hegemonía de las llamadas “ciencias médicas” muestra más resistencia a la incorporación de estas perspectivas, especialmente porque en fuerte alianza con las nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, y la investigación biológica que alimenta la oferta farmacológica actual, se logran importantes resultados en el objetivo de curar o controlar enfermedades. Esto genera en los médicos, y también en la población, la ilusión de que los problemas de la salud se resuelven por medio de los recursos de curación o control (calmar dolores y malesares). Naturalmente la política actual de ampliación mercantil de la salud como un consumo más, la destacada oferta en el mercado de productos ya no solo para atenuar dolores y sufrimientos varios sino también ofrecidos para una mejor performance, (prolongar la vida, vencer al envejecimiento, llevar el cuerpo a la estética deseada, potenciar la sexualidad, etc.) constituyen en la cultura actual un frente ideológico fuerte que alimenta un saber vulgar sobre el cuerpo y la felicidad humana. Sin duda se construye un imaginario social sobre la salud como un dato más de la banalidad y el dominio de la imagen en la cultura mercantil actual, donde los ciudadanos son consumidores y todo puede ser comprado. Como resulta obvio, esta situación está orientada y dirigida a la producción de mayores rentas económicas y se vale de mayores inversiones para obtener estas mayores rentas, por lo tanto el financiamiento está vinculado a esta perspectiva, difícilmente el mercado se interesa en financiar nuevos y mejores conocimientos dirigidos a un mayor empoderamiento de los mismos individuos respecto a la atención de sus malestares o a los cuidados racionales de su salud. Es el sector público el que aporta el escaso financiamiento con que contamos para investigación desde esta perspectiva, algunos programas como los FONCYT (Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica), Salud Investiga, etc. son un ejemplo en Argentina.

Dentro de este panorama actual de la salud, ¿cómo se relaciona la perspectiva de un conocimiento crítico y transdisciplinario con la situación actual de la medicina? Sin duda se produjo un clivaje, una cierta disociación, entre el desarrollo del antiguo arte de curar, ahora potenciado y revestido de ciencia por su alianza con la tecnología y la investigación dirigida a la producción de nuevos fármacos, frente a los desarrollos de una perspectiva crítica y no positivista de la salud. Esto es más crítico en el caso de Salud Mental, como luego veremos. Para algunos la salud se reduce a la eficacia de esta medicina tecnificada, que suponen más científica, (y sin duda cuentan con un imaginario social que acompaña esta posición), relegando la intervención de las ciencias sociales a un humanismo social, donde la mención de “social” les parece aludir a una preocupación militante por lo público y los pobres. Se instala así la falsa oposición de medicina social versus medicina científica.

Creo que debemos evitar esta oposición, la perspectiva crítica en salud debe atender en sus desarrollos también a las prácticas de la medicina tecnificada. Por ejemplo: la investigación sobre SIDA reúne ambas posiciones que en gran parte se potencian, la investigación biológica sobre retrovirus, la vinculada a la producción de nuevos fármacos, y las investigaciones sociales sobre subjetividad, comportamientos y estigmas sociales, forman un abordaje integrado sobre esta enfermedad. Se puede constatar que los criterios de atención integran estas diferentes perspectivas. Igual sucede con problemas como la tuberculosis, el chagas, las parasitosis, el dengue, entre otras afecciones. Temas como los trasplantes y la donación de órganos, la ovo donación y el alquiler de vientres, la reproducción asistida en su conjunto, reúnen el costado biológico y técnico de estos problemas junto a la dimensión de las subjetividades comprometidas en estas prácticas.

Creo que por el camino de evitar la disociación mencionada y avanzar con criterios integrales sobre salud es posible ir construyendo un concepto de salud en sentido positivo, que integre a la vez lo científico y tecnológico de la medicina con la comprensión social crítica, y que a la vez integre la dimensión social e individual de la salud.

Observé antes que en Salud Mental esta oposición es más notable. El antiguo positivismo médico de Comte está regresando con nuevos ropajes que lo presentan como “lo más nuevo de la ciencia”. Me refiero a la neurobiología y la producción de nuevos psicotrópicos. Curiosamente actualizan los mismos criterios de la frenología de Gall en el siglo XIX. Ya Canguilhem hace 30 años (*El Cerebro y el Pensamiento*) advertía de este retorno, aun cuando no existían aún las tecnologías sofisticadas como la Resonancia Magnética Funcional y la Cámara de Positrones, que permiten observar en pantalla tanto la estructura como algunos



procesos del cerebro, especialmente poder seguir el circuito neuronal cuando se prueban nuevas moléculas de fármacos. Se trata de la vieja idea, que siguió Kraepelin: localizar los sufrimientos psíquicos, las diferentes patologías, pero también deseos y pensamientos, en el funcionamiento del cerebro. **Se invierte la relación: el cerebro piensa, no es que pensamos contando con el cerebro.** Un destacado neurobiólogo, Jean-Pierre Changeux (*La Naturaleza y la Norma*), no duda en afirmar que la neurobiología actual tiene el secreto del espíritu humano, y que sus investigaciones nos darán el conocimiento que no se logró durante tres mil años de reflexión filosófica.

Gran parte de la investigación actual, que es la que leen los psiquiatras, surge de la multiplicación de imágenes cerebrales en las cuales se investiga nuevas patologías psíquicas dirigidas a la producción de nuevas moléculas de fármacos útiles para intervenir, modificar u orientar, el comportamiento humano. Se trata de afirmar que existe una equivalencia entre funciones mentales y procesos cerebrales, especialmente en la comunicación entre neuronas (la sinapsis), que permitirían hacer accesible al conocimiento científico las emociones, la sensibilidad, el pensamiento, los sufrimientos y comportamientos de los individuos. No hay duda acerca de que estas investigaciones neurobiológicas y sus metodologías son científicas, pero trasladadas al terreno médico para la interpretación del sufrimiento mental resultan falsas: no pueden dar cuenta de la singularidad de cada sujeto, de la capacidad humana de creación, de la diversidad de modos de interpretar la realidad y el medio social en que habitan, la plasticidad de la conducta en relación con el medio natural y social. Es abusivo y poco científico reducir el pensamiento a una función puramente cerebral, a interacciones químicas en la sinapsis (los neurotransmisores) ignorando la capacidad de cada sujeto para la invención y la creación de nuevos modos de interactuar con el mundo, y entre otras cosas de inventar el lenguaje específico para la vida social humana.

No hay duda acerca de que toda inversión en esta línea de investigación, que realiza la poderosa indus-

tria farmacéutica, está destinada al descubrimiento y la producción de nuevos psicofármacos para controlar estados afectivos (ansiolíticos, sedantes, tranquilizantes, inductores del sueño, estabilizadores del ánimo, etc.) o para optimizar el desempeño (estimulantes, curar la impotencia sexual, mejorar el rendimiento, etc.) o controlar algunos síntomas que expresan el sufrimiento mental. Se introduce falsamente la idea de que calmar un síntoma es igual a la curación de una enfermedad. Esto es trabajo de la industria farmacéutica y multitud de institutos de investigación e investigadores que lanzan los nuevos productos, con apoyo a investigaciones ciertas realizadas con métodos científicos. Luego se agregan las Asociaciones de psiquiatras (no siempre científicas, el ejemplo más claro es el de la Asociación Psiquiátrica Americana y su Manual Diagnóstico, DSM) que en base a nuevos psicofármacos crean nuevas enfermedades a la vez que establecen su tratamiento en base a estos fármacos. En gran parte se valen de la permeabilidad de la línea que separa algunos malestares psíquicos de la existencia con trastornos mentales más severos, o aun de comportamientos o capacidades cognitivas. Por la difusión de estas investigaciones de las neurociencias también regresa la idea positivista de normalidad como frecuencia estadística y de patología, o locura, como el desvío de medidas preestablecidas de comportamiento y formas de pensar; otra vez la verdad de lo normal y lo patológico se pretende como alojada en el cuerpo y de valor universal.

Si menciono sintéticamente esta línea, hoy dominante, de investigación que afecta a los problemas de salud mental, es para destacar que los supuestos epistemológicos que guían la investigación, los efectos reales de la misma, no son entendibles si no ampliamos la mirada a su sentido político y ético. Investigar la problemática de la salud mental desde la perspectiva crítica y transdisciplinaria es actuar abriendo el debate ético, político y también epistemológico que nos permita enfrentar esta nueva avanzada del positivismo, nuevamente lanzado a la pretensión de ubicar en el funcionamiento cerebral lo normal y lo patológico del su-

frimiento mental. Está claro que la casi totalidad de la investigación neurobiológica está financiada por la industria farmacéutica. Según señalaba hace poco en la Argentina Christian Griesinger, Doctor en química y responsable de la Sociedad Max Planck, “*las grandes empresas farmacéuticas han cambiado su modelo de negocios*”, disminuyen sus propios institutos o departamentos de investigación y tratan de impulsar, y financiar, a universidades públicas o empresas privadas de biotecnología, que se hacen cargo de la investigación solicitada u orientada por la industria farmacéutica, que luego se hace cargo de la etapa final de producir el psicofármaco. Si bien uno de los ejes de investigación son las enfermedades neurológicas degenerativas (básicamente, Alzheimer, Parkinson y demencia), también se ocupan de la investigación de nuevos psicofármacos. Cuenta para su programa de investigación con mil quinientos millones de Euros anuales. Dificilmente podríamos obtener esa cifra para investigación dentro de lo que he llamado el “modelo complejo de salud mental comunitaria”.

Creo que el problema de la medicalización no solo está vigente sino con una potencia mayor como creador de una cultura de la salud y una subjetividad singular que construye los significados y valores acerca de su salud, física y mental, sobre los valores y sentidos que impone el mercado. Varias asociaciones y muchos Congresos y Jornadas se están dedicando a abordar este tema, especialmente porque en esta medicalización ampliada de la vida se está incluyendo progresivamente a los niños y adolescentes. Algo ya señale respecto al fuerte impulso económico destinado a este proceso de medicalización y la cooptación de institutos universitarios de investigación para brindar legitimidad académica a estos desarrollos que en verdad responden a intereses económicos de mercado. Quienes en nombre de otros principios más científicos, más racionales y más éticos nos oponemos a este verdadero desvío de la razón, debemos defender una investigación crítica sobre estos procesos. Y creo resulta claro que es responsabilidad de las ciencias sociales desentrañar con investigaciones serias y fundadas el sentido político y económico de esta medicalización. Es obvio que la investigación biológica actual está dominada y dirigida a las necesidades del mercado, de allí que cuenten con cuantiosos fondos de financiamiento. Insisto en que los circuitos de legitimación de los conocimientos, especialmente cuando están dirigidos a una mayor racionalidad en los comportamientos humanos, pasan por el reconocimiento académico de las Universidades y los Institutos de Investigación, por las publicaciones, revistas y libros, por lo cual debemos defender el lugar de la investigación social crítica dentro de estos espacios.

En cuanto a la categoría que introdujo hace tiempo Eduardo Menéndez (*Modelo Médico Hegemónico*), creo

que un primer efecto fue cuestionar la dominancia del modelo médico y de qué modo esto llevaba a desestimar las prácticas de salud orientadas por las comunidades, los grupos humanos y aun los individuos. Obviamente se trata de que el poder de definir los significados y valores de la salud fuera dominado por la ciencia médica, restando poder, o aun persiguiendo como práctica ilegal, a las realizadas por los no médicos. Esta observación fue efectiva en cuanto abría una reflexión sobre estas prácticas que la medicina oficial calificaba de míticas o primitivas (ver la aún vigente ley 17.132, que las regula). Creo que en la actualidad esto ha cambiado: la medicina hegemónica, potenciada por la relación con la tecnología y la investigación biológica, está fuertemente orientada por intereses económicos, como he señalado, y en función de su eficacia para curar o controlar diversos padecimientos, impregna a escala global los significados y valores con los que los individuos perciben su salud y orientan las prácticas de atención. No desestimo que se puede avanzar hacia un mayor empoderamiento de los individuos y las comunidades en los cuidados de salud, pero el escenario es otro como consecuencia de esta globalización del mercado. Me parece que el desafío actual es enfrentar los engaños, la falsedad, la banalidad, denunciar los intereses mercantiles en salud, el trasfondo ético de la política que sostiene esta cultura, (sin duda hegemónica), de la salud, sin desestimar el valor y la eficacia de esta medicina para vencer las enfermedades y prolongar la vida biológica. Para esta política, que entiendo como creación de una cultura de la salud, no se trata de vivir bien (que de eso se trata en salud) sino de vivir más. La hegemonía es parte de los procesos políticos y la lucha por el poder, tal como lo mostró Antonio Gramsci, y hoy esta lucha se juega en el poder simbólico, quién domina las interpretaciones y la construcción de los significados y valores que orientan las conductas prácticas de los individuos. Vale recordar que la percepción humana, contra lo que postuló el positivismo médico, es siempre una interpretación, la percepción del cuerpo y los malestares de la existencia, no pueden escapar del campo simbólico de su interpretación. La lucha es quien domina estas interpretaciones. En primer lugar quien define la comprensión del sufrimiento mental o la enfermedad (el dominio de la interpretación y construcción de significados); quiénes deben tratar estos sufrimientos (el conflicto de los saberes, las disciplinas y las corporaciones profesionales); por último, cómo deben tratarse (la lucha por el trato, el respeto de los derechos humanos, la dignidad y los derechos a la igualdad de los pacientes). No dudo que frente a este panorama las ciencias sociales y su investigación en Salud y Salud Mental, es la herramienta fundamental en los tres niveles de esta lucha por la hegemonía.

Noviembre, 2013.