

# Un aporte a la epidemiología de la salud mental desde una nueva epistemología



*Carlos Liendo*

## Resumen

La finalidad del presente trabajo es ampliar los aportes de las diversas escuelas de salud en el campo de la epidemiología e intentar reconstruir el camino que han llevado durante estos últimos años. La epidemiología tiene diferentes definiciones y, como sucede con el método científico, también diferentes concepciones dentro del contexto socio-político-económico y cultural. Un primer objetivo de estudio es el relevamiento en nuestra región. La posibilidad de articular desde la universidad, los hospitales, la Atención Primaria de la Salud (APS) y la comunidad todos los recursos necesarios para dar una mejor calidad de vida a nuestra población, para luego generar un programa de atención, prevención e investigación.

**Palabras clave:** epidemiología – epistemología – ciencias biológicas – ciencias sociales – políticas de salud mental – políticas sociales.

Entre las diferentes definiciones que tiene la epidemiología clásica, analítica, crítica, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la caracteriza

como el estudio de la distribución y los determinantes de estado o eventos (en particular enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de las enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes (OMS, 2001: 8).

La primera parte de la definición de la OMS está dentro de los parámetros de los conceptos de causalidad que han regido siempre a las ciencias biológicas. Lo nuevo para empezar a conceptualizar es cómo en estas últimas décadas han irrumpido las ciencias sociales en todo lo relativo al tema de salud. No es simplemente simplificar con un nuevo paradigma, ya que los aportes de la antropología, la sociología, la historia y la psicología social y comunitaria también han debido recorrer un largo camino para poder ser aceptadas con sus aportes e instrumentales de investigación. Podemos agregar que la definición más simple en epidemiología general es cuándo y dónde aparece una enfermedad en una población.

La epidemiología clásica ha sido cuantitativa exclusivamente en sus comienzos. Ha aportado mucho desde las estadísticas de probabilidad. El punto que hoy se debate es que en la epidemiología en salud mental entran a jugar otras variables que no son determinantes, como sucede con las enfermedades infecciosas, para citar un ejemplo. La consolidación, desde la década de 1960 en el ámbito de la salud mental, de todos los movimientos antimanicomiales, las leyes de salud mental y derechos humanos, el avance de los psicofármacos y de redes sociales en las comunidades, han dado otra mirada a la que se tenía desde una estructura sanitaria. Estos sucesos comenzaron en Europa (Italia, Inglaterra, Francia) y continuaron en Latinoamérica (experiencias en Brasil y Argentina).<sup>1</sup>

Por eso se define también a la epidemiología como “una ciencia de la población que se infiere de las ciencias sociales, para una comprensión de una estructura social y su dinámica” (Susser, 1989: 256).

La aplicación y el concepto epistemológico del método científico han cambiado también en estos años. Pero aún las ciencias no han podido sacarse de encima al positivismo del siglo XIX (que buscaba la exactitud en la física, para aplicarlas a la naciente ciencia social).<sup>2</sup> Los nuevos descubrimientos en ciencias biológicas y los avances de la biotecnología luego son aplicados al campo de la epidemiología con valor inductivo de un método científico. Mathews definía: “El método científico deberá ser usado para ayudar a identificar y resolver los problemas de salud de la comunidad [...] el método científico ofrece un camino para alcanzar juicios (relativamente) libres de valor y apolí-

1 Las experiencias de Argentina: la primera en Río Negro, basada en la reforma psiquiátrica italiana de Franco Basaglia; la segunda, en San Luis. En ambas provincias no hay manicomios.

2 Augusto Comte es quien quería trasladar el pensamiento de la física newtoniana a la sociología naciente en el siglo XIX. Buscaba la exactitud, la idea de objetividad y de reglas como las leyes de la gravedad. Las ciencias sociales están atravesadas por lo político y el poder.

ticos” (Mathews, 1997: 60). Esta idea de la ciencia neutral, objetiva, ya sobre fines del siglo XX no es tan aceptada. Desde la gnoseología los conceptos de sujeto–objeto varían. Pueden debatirse años en el campo de las “ciencias duras” (física, matemática, biología), pero desde las disciplinas sociales la apertura ha sido amplia, fructífera e integradora. Comprender desde lo cultural una población (como realizan los antropólogos), desde una metodología cualitativa (y todo su instrumental) sin abandonar lo cuantitativo, ha permitido entender poblaciones en sus costumbres y tradiciones, pero también en el proceso salud–enfermedad. Una simple pregunta hoy desde la epidemiología de la población inferida de lo social–cultural aporta innumerables formas de intervención desde los equipos de salud en una comunidad, planificaciones y programas sanitarios (si estos se siguen actualizando y no se burocratizan).

En los datos que deja la OMS sobre salud mental en epidemiología, se informa que la depresión afecta a 350 millones de personas en el mundo. En Latinoamérica y el Caribe, lo sufre el 5% de la población, pero solo 5 de cada 10 reciben tratamiento. La depresión es más común entre las mujeres que en los hombres. Es considerada una “enfermedad silenciosa”. El asesor principal en salud mental de la OPS/OMS, Jorge Rodríguez, plantea que “en América Latina y el Caribe afecta al 5% de la población adulta: Se trata de un trastorno que puede afectar a cualquier persona en algún momento de su vida, por lo que debe ser atendida y apoyada psicológica y socialmente” (OMS, 2012: 2)

Además de condicionar a la persona enferma, la depresión también afecta a su entorno familiar y comunitario. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Casi un millón de personas se quitan la vida cada año en el mundo. En las Américas son alrededor de 63.000. “En términos humanos significa sufrimiento y en términos económicos implica importantes costos para las familias y para los Estados”, consideró Rodríguez. La proporción de personas enfermas que no reciben atención alcanza entre el 60% y el 65%. La falta de servicios apropiados, de profesionales de la salud capacitados especialmente en la atención primaria, y el estigma social asociado a los trastornos mentales son algunas de las barreras para el acceso a una atención adecuada, además de la necesidad de mejorar la capacidad de identificación y tratamiento temprano de la depresión. En la región, se calcula que el porcentaje del presupuesto sanitario destinado a salud mental es inferior al 2% y de este, el 67% se gasta en hospitales psiquiátricos. Esta enfermedad tiene buen pronóstico si se trata a tiempo y de manera apropiada. Hay depresiones ligeras, moderadas y severas, y su causa es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Sin embargo, hay que borrar la idea de que toda depresión va a necesitar tratamiento medicamentoso. Los casos ligeros y aun algunos moderados pueden ser solucionados, básicamente, con apoyo social, familiar, psicoterapias breves u otras formas de intervención psicosocial que pueden ser realizadas por médicos de atención primaria de la salud o por organizaciones de la comunidad que brindan apoyo a las personas.

La noción de “epidemiología crítica” del ecuatoriano Jaime Breilh busca otra perspectiva más amplia. En primer lugar, contrapone las nuevas experiencias teóricas y prácticas a las epidemiologías del mundo anglosajón. Define: “La epidemiología crítica, uno de los ejes de la salud colectiva, se refiere tanto

al análisis riguroso de la argumentación y del método, como al análisis de las relaciones entre las condiciones de regulación social, desigualdad y poder” (Breilh, 2010). En uno de sus trabajos comienza realizando dos preguntas:

¿Hay realmente espacio para la vida en un sistema social centrado en la búsqueda frenética de la ganancia y productividad de las grandes empresas?; ¿el modelo urbano que se ha impuesto, tiene cabida para la vigencia del derecho a la salud? Y de persistir esa lógica productivista a gran escala: ¿cómo va a responder nuestra comunidad científica ante el clamor por la defensa de la vida de los seres humanos de las ciudades y del campo? El problema es que la avaricia económica y los mecanismos acelerados de acumulación/exclusión, han empujado a los países subalternos de América Latina al borde del abismo, conformando un sistema económico estructuralmente malsano, con una matriz energética inviable; por lo tanto, un sistema económico-social incompatible con la reproducción social humana e incapaz de convertirse en espacio que sustente el desarrollo de la vida (Breilh, 2010).

Otras consideraciones que se han implementado en nuevas prácticas de intervención son los equipos de salud mental. Se ha comenzado a trabajar más desde lo interdisciplinario, donde ya el poder no está hegemonizado en la figura del psiquiatra. En los programas de salud mental (zonas rurales como primera experiencia), previa capacitación en salud mental, los equipos están conformados por agentes comunitarios. A los profesionales – médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales– se agrega la figura de quien vive o ha surgido de esa comunidad, generando un vínculo directo. Se los conoce como agentes comunitarios o sanitarios (viejo término).

Gérard Noiriel (1997) comenta que la aparición de *Historia de la locura* (1961) (tesis de doctorado de Michel Foucault) acercó más a los filósofos e historiadores. Permitió desde esa genealogía y arqueología del conocimiento (como metodología de Foucault) estudiar más a las instituciones cerradas (cárceles, hospitales psiquiátricos, asilos); todo ello derivó en los años setenta en los grupos de medicina en el contexto social.<sup>3</sup> Estos aportes teóricos y de intervención generaron, a nivel internacional, salir de Europa y entender qué sucedida en África, Latinoamérica, Palestina. Allí fueron equipos de salud y de salud mental. Los registros de estas intervenciones han permitido luego crear centros de estudios, cátedras en universidades y espacios de investigación sobre las condiciones de salud de las poblaciones, derivadas de los procesos sociopolíticos, económicos y culturales.

Argentina, en estos años de etapa democrática, también fue desarrollando nuevos espacios en institutos de salud, en universidades, en investigaciones. Lo que se puede observar es que a veces las comunicaciones de los trabajos no son ampliamente difundidas y quedan en sus propios grupos. La misma población sobre la que se deben aplicar los nuevos conocimientos de una planificación–programa de salud no está enterada.

3 Jean-Daniel Rainhorn integró en 1972 el grupo médico Gennevillers (medicina en su contexto social). De allí conformaron el grupo de información en salud y sobre las prisiones y asilos, inspirados por el libro *Vigilar y castigar*, de Michel Foucault.

En el segundo y tercer cordón del Gran Buenos Aires (GBA) está asentada la mayor cantidad de población como “fuerza de trabajo”. Otros estudios indican que son las que se desplazan a trabajar a Capital Federal junto con los del primer cordón del GBA. Por eso estos municipios son llamados “dormitorios”: la gente se va temprano y vuelve tarde. Esto forma parte de lo que se conoce en sus estructuras sociales: comprender quiénes son los integrantes de esas poblaciones. Uno de los trabajos que una vez realizamos en un municipio era saber si las poblaciones migrantes (venían cientos de familias de Misiones o Chaco para quedarse en lo que se llama asentamientos, que no es lo mismo que una villa. También de países limítrofes como Paraguay y Bolivia) iban o no a arraigarse. El tema del arraigo es otro punto clave a desarrollar en las comunidades.

No existen muchos estudios realizados sobre epidemiología en salud mental en los municipios próximos a la universidad. Algunos relevamientos (Liendro, 2015) muestran que son pocos los servicios de salud mental en la región: están fragmentados, se superponen viejos programas de salud (provinciales y municipales), las pocas experiencias que hubo sobre salud mental comunitaria no están registradas; no hay datos epidemiológicos, porque no hay “categorías conceptualizadas” en psicopatología; no existen espacios de supervisión, no se cuida la salud mental de los que trabajan en salud mental; no existen equipos de salud mental para trabajar en situaciones de crisis.

Hoy nuestros conocimientos aplicados a la salud ya no solo deberán intervenir en las demandas que existen, sino en preparar las consecuencias y secuelas que dejarán en una población de gente desocupada (porque ha perdido su trabajo) la situación del modelo económico de exclusión social, el aumento de la violencia, de las adicciones y de la depresión que va subterráneamente. Dejaría una pregunta para continuar pensando: ¿las demandas de la población en salud mental se solucionan solamente con atención individual? o ¿será necesario generar nuevos dispositivos de atención y prevención en una comunidad?

## Referencias bibliográficas

- Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud colectiva* 6, 83-101.
- Centro de estudios sanitarios y sociales. Asociación médica de Rosario (septiembre 1985). *Cuadernos médico sociales*, 33.
- Chalmers, A. (1989). *Cuadernos médico sociales*, 48.
- Foucault M. (2009). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2013). *El poder, una bestia magnífica: sobre el poder, la prisión y la vida*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Levav, I. (1992). *Temas de salud mental comunitaria*. Organización Panamericana de la Salud.
- Lewkovicz, I. (1998). Una dificultad en salud mental. La eficacia de un pasado silencioso. *Salud Problema y debate*, VI.
- Liendro, C. (2015). Esbozos de un relevamiento regional para salud mental. Década del 90. Trabajo inédito.

- Noiriel, G. (1997). *Sobre la crisis de la historia* (Vol. 10). Valencia: Universitat de Valencia.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). *Día Mundial de la salud mental*. Recuperado de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es)
- Poirier, G. (1997). *Sobre la crisis de la historia*. Buenos Aires: Cátedra.
- Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social / salud colectiva latinoamericanas. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, XXII, 57-67.
- Susser, M. (1989). *Cuadernos médico sociales*, 48, 8(3), 254-261.
- Testa, M; Iriart, C.; Nervi, L. y Olivier, B. (1994). *Tecnoburocracia sanitaria*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tizón García, J. (2020). *Atención Primaria en Salud Mental y Salud mental en Atención Primaria*. Barcelona: Doyma.
- Victoria, C., Barros, F., Vaughan, J. (1998). *Epidemiología de la desigualdad*. Washington: OPS.