

Universidad Nacional de La Plata
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación
Departamento de Sociología

IV JORNADAS
DE SOCIOLOGÍA DE LA UNLP
LA ARGENTINA DE LA CRISIS
Desigualdad social, movimientos sociales, política e instituciones
23, 24 y 25 de Noviembre de 2005

Mesa 15: La política de los pobres.

Sociedad, salud y políticas sociales

**Título del Trabajo: POBREZA, DESOCUPACIÓN Y NUEVOS PADECIMIENTOS:
Análisis de los motivos de consulta en salud mental en el Primer Nivel de Atención.**

Autor: Ernestina Rosendo.

Licenciada en Psicología (UBA), Magíster en Salud Pública (UNR). Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Becaria del CONICET.

Resumen:

Los procesos sociales, económicos, laborales y culturales de las últimas dos décadas, han propiciado la conformación de un nuevo perfil de salud/enfermedad que en los sectores poblacionales urbanos más marginalizados se ha caracterizado por la convergencia de problemáticas propias de los países en desarrollo como también de los más industrializados. En este nuevo contexto, los trastornos mentales, sociales y comportamentales constituyen una porción relevante de los principales problemas de salud en gran parte del mundo.

La salud mental progresivamente ocupa un lugar substancial en el patrón de enfermedades que afecta a las poblaciones de países en desarrollo. La preocupación gira en torno a los efectos negativos que tanto la pobreza, la desintegración familiar y comunitaria, como la precarización de las condiciones de trabajo y el desempleo, pueden tener en actuales padecimientos en aumento: depresión, violencia, abuso de alcohol, adicción a drogas, accidentes y enfermedades de transmisión sexual.

El trabajo aborda las nuevas demandas y los nuevos sectores demandantes de atención en salud mental en el Primer Nivel de Atención del sistema público de salud. Se presentan y analizan los resultados obtenidos en una investigación (concluida) en centros de salud de la Ciudad de Rosario (Provincia de Santa Fé) y en una segunda, en desarrollo, en Centros de salud y atención comunitaria (Cesacs) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En esta nueva coyuntura resulta primordial la conformación de nuevas conceptualizaciones y prácticas de salud que permitan abordar la complejidad creciente que presentan las problemáticas en el campo de la salud mental. El análisis de los padecimientos actuales y las dificultades que entrañan a los profesionales de la salud mental, constituyen los primeros pasos hacia una redefinición de las prácticas e intervenciones vigentes en este campo.

INTRODUCCIÓN

La década del 90 se identifica por las Ciencias Sociales de nuestro país como un periodo donde se producen profundas transformaciones en los procesos económico-laborales. Los movimientos regresivos en la distribución de los ingresos; la desprotección social; el incremento de la pobreza, desempleo y subempleo; la concentración económica y la contracción del Estado, han derivado en la conformación de un escenario con condiciones críticas en la reproducción de amplios sectores sociales. La estructura social resultante se caracteriza por el empobrecimiento y una creciente desigualdad social, y por una profundización en la heterogeneidad de la composición de la pobreza, ahora conformada por los pobres estructurales y los “nuevos pobres”¹.

Por otra parte, el debilitamiento de las organizaciones sociales que históricamente nuclearan y contuvieran a los trabajadores (sindicatos, organizaciones colectivas, intervención del Estado en la protección de los derechos, etc.), conjuntamente con una lógica de mercado que implica individualismo, exaltación de los intereses privados y del consumo, generan un resquebrajamiento de los soportes simbólico-referenciales, que se plasma en vulnerabilidad relacional y en la imposibilidad de organizarse colectivamente².

Es decir, las transformaciones operadas en el marco de las políticas socioeconómicas y laborales acontecidas en la Argentina, también han significado mutaciones en la matriz simbólica y colectiva de grandes sectores poblacionales, antaño asociada a los principios de la sociedad industrial tradicional, configurando una crisis de los soportes identificadorios y fragilidad vincular. Se conforman, así, nuevas fuentes de sufrimiento individual y social³.

Diversos autores han destacado durante la década del 90, la centralidad que estos procesos y transformaciones (sociales, políticas, laborales y económicas) tienen tanto en la conformación de nuevas formas de padecimiento (físico y mental) como también en la modelización de una nueva subjetividad⁴. En el caso específico de América latina debemos considerar además, otros procesos que se conjugaron de manera particular en los últimos

¹Feijoo, M. (2001); Minujin, A. (1995).

²Castel, R. (1997); Bialakowsky, A. (1998).

³Bialakowsky, A. y otros (2000).

⁴Fitoussi, J.P y Rosanvallon, P. (1997); Touraine, A (1997); Stolkiner, A (1994); Galende, E. (1997,a); Galli, V. y Malfé, R. (1997), entre otros.

años: el crecimiento de la población urbana⁵, la precarización del trabajo y el aumento del desempleo, el incremento de la exclusión social, la agudización de la desigualdad en las condiciones de vida y salud, entre otros⁶.

En este nuevo contexto, los trastornos mentales, sociales y comportamentales constituyen una porción relevante de los actuales problemas de salud en gran parte del mundo, destacándose el análisis de los posibles efectos negativos que la desintegración familiar y comunitaria, la precarización de las condiciones de trabajo y el desempleo, pueden tener en actuales padecimientos en aumento: depresión, violencia, abuso de alcohol, adicciones a drogas, accidentes y enfermedades de transmisión sexual⁷.

El presente trabajo analiza entonces los padecimientos actuales en el campo de la salud mental y su vinculación con los procesos macrosociales por los cuales ha atravesado nuestro país. Se toma información de dos investigaciones⁸. Una consiste en una indagación sobre los motivos de consulta a los profesionales de la salud mental en el Primer Nivel de Atención de la Ciudad de Rosario en el transcurso de los años 2001-2002; tanto desde la perspectiva de los profesionales que se desempeñan en los centros de atención como desde la de los consultantes que asisten a los mismos para ser atendidos⁹. Una segunda investigación (en curso) nos proveerá información preliminar sobre los Centros de salud y acción comunitaria (Cesac) del Primer Nivel de Atención de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires¹⁰.

Los motivos de consulta desde la perspectiva de los profesionales psicólogos y de sus consultantes

⁵ OPS/OMS (1997).

⁶OPS/OMS (1997).

⁷OPS (1991); OPS/OMS (1997); Desjarlais, R. y otros (1997).

⁸ Ambas indagaciones se llevaron a cabo en base a una metodología cualitativa, con la realización de entrevistas en profundidad y observaciones no participantes.

⁹ Los resultados que aquí se presentan forman parte de la Tesis de Maestría en Salud Pública (Instituto de Salud Juan Lazarte, Universidad Nacional de Rosario) “Motivos de consulta y prácticas en salud mental en centros de atención primaria de la ciudad de Rosario: Descripción y análisis cualitativo de la perspectiva de los consultantes y de los profesionales psicólogos”, de quien escribe.

¹⁰ Tesis doctoral “Satisfacción laboral, capacitación profesional y prácticas instituidas de los profesionales de la salud mental: Análisis de la viabilidad y factibilidad de la aplicación de la Ley 448 de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. Doctorado de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires.

En la Argentina, el estudio de la relación entre las transformaciones operadas en los procesos socioeconómicos y laborales y su incidencia en la conformación de nuevos malestares o padecimientos subjetivos, ha tenido un especial interés desde mediados de la década del 90. Algunos de estos estudios han destacado las consecuencias nocivas de estas transformaciones tanto en las relaciones familiares como en otros tipos de vínculos, identificando como sufrimientos propios de esta época a la violencia, el suicidio y el alcoholismo¹¹; padecimientos éstos que pueden incluirse dentro de los denominados “padecimientos productos de procesos de violentación”¹². En este mismo sentido E. Galende destaca la conformación de nuevas formas de manifestación de los sufrimientos que comparten rasgos dominantes de la cultura actual, señalando entre éstos, a las adicciones, los problemas de violencia y las patologías ligadas a la alimentación¹³.

Un relevamiento de 1363 casos llevado a cabo en un hospital de la ciudad de Buenos Aires entre junio de 1996 y junio de 1997, que se proponía analizar la relación entre la desocupación y la salud mental¹⁴, reveló porcentajes significativos en la asociación entre determinados motivos de consulta y la desocupación: las consultas por “crisis familiar”, “intento de suicidio” y “síndrome depresivo”, tenían como consultantes desocupados (o un familiar conviviente), un 60%, 90% y 100% respectivamente¹⁵.

Los padecimientos destacados por las diversas investigaciones permiten develar una complejización creciente de estos sufrimientos y la imposibilidad de su comprensión si son desligados de su contexto de producción. Asimismo, en este contexto de situación, progresivamente se desdibuja la frontera entre los problemas personales (individuales) y los problemas sociales, derivándose hacia la consideración de las problemáticas de la salud mental en el seno de los procesos sociales y de las condiciones reales de vida¹⁶. Estos padecimientos, íntimamente vinculados a los macro procesos sociales, han sido

¹¹Stolkiner, A. (1994).

¹²Zaldúa, G. (1999).

¹³Galende, E. (1997, b).

¹⁴Bermann, S. (1995); Galli, V. y Malfé, R. (1997); Orellano, M. (2001); Villena Aragón, J.C. (1996); entre otros.

¹⁵ Estudio llevado a cabo por el Dr. Dignani en la Sala de Emergencia del Servicio de Salud Mental del Hospital Paroissien (Buenos Aires), dirigido por la Dra. Bentolila. Véase, Bialakowsky, A. y Rosendo, E. (1998).

¹⁶Galende, E. (1994).

conceptualizados desde los distintos marcos referenciales como “patologías sociales”¹⁷, como “paradigmas de lo social”¹⁸ o como “nuevos padecimientos”¹⁹.

En nuestro relevamiento de la Ciudad de Rosario, hemos encontrado que los **profesionales** identifican como principales motivos de consulta: las problemáticas familiares (conflictos de pareja, violencia en el hogar, adicciones del cónyugue masculino), problemas en el aprendizaje y conducta de niños de edad escolar, y malestares anímicos como depresión, angustia y desgano.

Los consultantes están constituidos especialmente por mujeres y por niños de edad escolar (predominantemente del sexo masculino)²⁰. En el polo opuesto están aquellos que no acceden al centro de salud y por otra parte, aquellos otros consultantes y problemáticas que acuden en menor medida. Entre éstos, según todos los profesionales entrevistados, se ubican los adultos masculinos que consultan en un porcentaje mínimo aunque, según algunos de los profesionales, en aumento, y los adolescentes de ambos sexos. Por otra parte, se destaca que los sectores de extrema exclusión no llegan a la consulta terapéutica y que existen determinadas problemáticas que se encuentran identificadas en la población y que no son motivo de consulta, como es el caso de las adicciones:

En adolescentes hay más riesgos; en el barrio corre terriblemente la droga. Droga de pésima calidad, mezclada vaya a saber con qué y violencia adolescente. Pero no todos llegan, muchos no llegan o a veces llegan por otros: adultos, tíos, familiares (...) Las adicciones y los adolescentes es todo un tema en el barrio (...) Hay muerte por sobredosis, drogas de ‘cuarta’, violencia entre bandas, venganza. Esto llega indirectamente por pacientes del barrio, llega algún familiar que está mal por ese hecho.

Las problemáticas referidas a adicciones con sustancias ilegales y las derivaciones judiciales relacionadas con hechos delictivos, plantean varias dificultades a la práctica de los profesionales. Se identifican tres límites básicos en la atención de estas problemáticas:

¹⁷OMS (1997).

¹⁸Galende, E. (1997, b).

¹⁹Bialakowsky, A. y otros (1997).

²⁰De las 50 encuestas realizadas al azar, resultó que el 87,5% de las personas encuestadas eran mujeres que consultaban para sí o bien se encontraban acompañando a los consultantes menores de edad. Por otra parte, la franja etarea predominante ha sido la de 36-40 años, continuándole la de 41-45 años. Y por último, la mayoría de los niños que eran llevados a la consulta oscilaban entre los 6 y 8 años.

uno, ligado a la no llegada de éstas a la consulta terapéutica, una segunda dificultad consiste en el desconocimiento de cómo trabajar con ellas y en tercer lugar, una tendencia al rechazo de las consultas asociadas con la ilegalidad y con situaciones delictivas.

Las dificultades y los límites de la práctica en el abordaje de problemáticas vinculadas a la ilegalidad y la delincuencia y de las que no acuden a la consulta terapéutica, adquieren mayor relevancia en tanto estas problemáticas son las que en diversos estudios durante la última década han sido identificadas como las prevalentes en el campo de la salud mental: alcoholismo, abuso de drogas y violencia familiar, entre otras²¹. Como los mismos profesionales lo señalan, estas problemáticas o bien no llegan a la consulta terapéutica (como las adicciones y el alcoholismo) o bien llegan de manera encubierta, como es el caso de la violencia familiar que no se verbaliza como motivo de consulta, sino que se oculta detrás de malestares como depresión y decaimiento.

En los Cesac relevados de la Ciudad de Buenos Aires, las derivaciones de las instituciones educativas y las problemáticas familiares también constituyen las principales problemáticas a abordar. Los niños derivados por las escuelas, son una manifestación de las dificultades que se despliegan al interior de las familias, expresadas en: violencia, alcoholismo y abuso sexual de los niños.

Los motivos de consulta expresados por los **consultantes**²² pueden ser agrupados en seis categorías generales: por “derivación médica”; por “derivación escolar”; “problemáticas familiares y/o de pareja”; “duelo”; “malestares anímicos” y otros que denominamos “inespecíficos”²³. Una primera curiosidad de los motivos de consulta desde los consultantes, es que cerca del 60% de las consultas fueron realizadas por derivaciones: en primer lugar, provenientes de profesionales médicos y en segundo término, derivaciones realizadas por maestras o autoridades de escuelas, tratándose en este último caso de consultantes niños que en su gran mayoría oscilaban entre los 6 y 8 años.

²¹Desjarlais, R. y otros (1997); OPS/OMS (1997); Galende, E. (1997); Stolkiner, A. (1994); Ros, C. (1999).

²²Los pacientes encuestados al azar fueron cincuenta (diez en cada centro de salud, con excepción de uno donde no fue posible realizar esta actividad).

²³Los motivos de consulta que han sido agrupados en estas seis categorías, se desprenden de las respuestas dadas por los consultantes a la pregunta “¿Por qué consulta?” en los casos que se encontraban consultando por primera vez; y “¿Por qué había consultado la primera vez que consultó?”, si la consulta, al momento de la encuesta, era ulterior.

En este sentido, las consultas por derivaciones (médicas y escolares) consisten, aparentemente, en el cumplimiento de una orden y no en una decisión personal del consultante. Un primer interrogante es, en qué medida estos motivos de consulta comprenden, o no, un pedido o una demanda, desde las personas que consultan. En cuanto a las derivaciones médicas, los consultantes presentan su motivo de consulta narrando los síntomas y malestares que lo condujeron a consultar a un médico en particular: clínico, pediatra, fonoaudiólogo y, especialmente, neurólogo; y que ante la ausencia de causas orgánicas, se les ha sugerido que consulten a un profesional psicólogo. Se diferencian aquellos consultantes que sólo narran los síntomas y malestares que los aquejaban (dolores, palpitaciones, alteración del sueño, mareos, desgano, etc.) y aquellos otros que contextualizan su sufrimiento orgánico en una situación particular que han debido atravesar, “situación-causa” del desencadenamiento de los síntomas que los aquejaban al momento de la consulta. En este último caso, se destacan dos situaciones problemáticas: dificultades vinculares asociadas a la soledad y pérdidas por fallecimiento de seres queridos.

En cuanto a los motivos de consulta por derivaciones escolares, éstas se generan por presuntos “problemas de aprendizaje y/o conducta” argumentados por la escuela, a partir de los cuales los maestros o directivos de los niños sugieren a sus madres (en algunos casos coactivamente, amenazando con cambio de aula de los niños e incluso negándose a continuar recibéndolos en el establecimiento escolar) que sean enviados al neurólogo o al psicólogo.

Los motivos de consulta agrupados como “problemas familiares y/o de pareja” constituyen la categoría más importante luego de las de derivaciones médicas y las escolares; es decir, la categoría que más moviliza a la consulta terapéutica independientemente de una sugerencia o derivación profesional o institucional. Bajo esta denominación hemos agrupado a aquellos motivos que aludían a conflictos en el hogar, entre cualquiera de los miembros convivientes, independientemente de las causas identificadas como desencadenantes del conflicto, que serán analizadas más adelante.

La categoría “malestares anímicos”, nuclea a las expresiones que sólo refieren a la explicitación de síntomas y de comportamientos experimentados, prevaleciendo las vivencias de depresión y nerviosismo; en palabras de los consultantes: “*estoy un poco*

nerviosa, pero nada fuera de los cabales”; “estoy acelerada, estoy nerviosa, peleo por todo, grito mucho”; “estaba totalmente depresiva”.

Por último, nos interesa mencionar que se han registrado tres motivos de consulta que hemos denominado “inespecíficos” (o “generales”). En términos comparativos, los motivos de consulta “inespecíficos” poseen determinadas particularidades que los diferencian del resto: constituyen una referencia más bien general y abstracta sin necesidad de dar cuenta de descripciones de situaciones problemáticas concretas y referentes a hechos (como es el caso de los duelos, derivaciones, conflictos familiares); y por otro lado, estos motivos refieren sólo a la dimensión individual, personal, del consultante, al sí mismos: *“quiero mejorar, cambiar mi forma de actuar”; “porque pensé que lo necesitaba, tenía dudas, preguntas respecto a cómo actuaba”; “encontré trabas en mi vida que no podía solucionar sola”.*

Hasta aquí hemos presentado los motivos de consulta prevalentes desde el punto de vista de los profesionales psicólogos: problemas familiares, problemas de aprendizaje y/o conducta en niños y malestares anímicos; y desde la perspectiva de los consultantes, que hemos agrupado en seis categorías: derivación médica, derivación escolar, problemáticas familiares y/o de pareja, duelo, malestares anímicos y los denominados “inespecíficos”.

Como es posible apreciar, existe una concordancia entre ambos puntos de vista, tanto en consultantes y psicólogos, acerca de los motivos de consulta prevalentes. No obstante, pocos son los profesionales entrevistados que incluyen a las derivaciones médicas entre los motivos; y sólo algún profesional expresó la existencia en la comunidad de situaciones de duelo como motivo de consulta. A diferencia de lo anterior, todos los profesionales entrevistados definieron como “motivo de consulta” a las derivaciones escolares.

La ausencia de la mención de las derivaciones médicas desde la perspectiva de los psicólogos adquiere relevancia, al menos, por dos cuestiones: la primera, es que se constituyó como el principal motivo de consulta desde la palabra de los consultantes y en segundo lugar, porque nos puede estar señalando algunos indicios acerca de la práctica de los psicólogos y de la organización de la práctica de otras disciplinas del centro de salud donde se desempeñan, y que estarían incidiendo en el trabajo de los profesionales psicólogos. Esta segunda cuestión presentada, adquiere aún más relevancia en la medida en

que una de las dificultades más destacadas por los psicólogos refiere al “desborde de la demanda” que a su vez se constituye en un obstáculo en la implementación de otros tipos de prácticas o intervenciones, como por ejemplo las comunitarias.

Otro aspecto crítico de la práctica de los profesionales psicólogos en los centros de salud, consiste en establecer un trabajo con personas que no siempre acuden en calidad de consultantes, como por ejemplo los más excluidos y vulnerables que no alcanzan siquiera a ingresar al sistema de salud público. En otros casos, si bien llegan a la consulta portando un padecimiento diagnosticado y derivado por un *otro institucional* (derivaciones médicas y escolares), dicho padecimiento no se traduce en una demanda personal por parte del asistido; y, en tercer término, se ubica la dificultad del trabajo con problemáticas existentes que no se constituyen en demanda (ej. drogas) y, en algunos casos, ni siquiera como motivo de consulta.

En este apartado nos abocamos a describir los principales motivos de consulta, tanto desde la expresión de los consultantes como desde la perspectiva de los profesionales psicólogos. En el siguiente punto nos interesa comprender cuáles son los factores constituyentes de los motivos de consulta, intentando dilucidar cómo se conforma y cuáles son las causas del padecimiento que deriva en la consulta en salud mental en centros de atención primaria.

Desglosando el motivo de consulta: Los factores intervinientes en su producción

Los factores socio-económicos y ocupacionales, tales como pobreza, desocupación y/o subocupación, son identificados por los profesionales y los consultantes como los productores o desencadenantes de gran parte de los motivos de consulta que acuden a los centros de salud.

En cuanto a los **consultantes**, podemos diferenciar dos modalidades en la consideración de la intervención de los factores socioeconómicos y laborales en la producción del padecimiento que conduce a la consulta terapéutica. Una modalidad *directa*, esto significa que los consultantes ante la pregunta de cuáles son las causas o motivos del problema que lo llevó a consultar, ligan explícita y concientemente el motivo de consulta a cuestiones tales como falta de dinero, problemas laborales, estar sin trabajo, etc. Una

modalidad *indirecta*, que refiere a un complejo entramado de causas donde se combinan la violencia, los conflictos de pareja, el alcoholismo, las enfermedades propias y/o de familiares; tramas en las cuales los factores económicos no son explicitados por los consultantes pero que de todos modos tienen una incidencia en la problemática que conduce a la consulta.

La modalidad directa refiere entonces al hecho de que los consultantes ligan explícitamente los factores socioeconómicos y laborales, como los motivos o las causas de la situación conflictiva o del padecimiento que los condujo a consultar:

[E: ¿Por qué consulta?]

Por Federico, tiene problemas en la escuela, en el aprendizaje y por problemas que hay en la familia (...)

[E: ¿Cuáles cree que son los motivos del problema de Federico y de los problemas de la familia?]

Influye lo económico y mi separación. Otros años hemos estado con lo justo, pero ahora falta, no podemos comprar libros. Es una presión continua (...) Al mayor no le puedo dar lo que me pide, una camisa o un pantalón, y entonces se enoja (...) Hoy justamente hablaba con mi mamá que antes yo le decía de cómo la desocupación rompe o trae conflictos a una familia, pensaba que no podía ser. Pero ahora me doy cuenta de que sí. (Entrevistada: madre del consultante, Federico de 13 años).

[E: ¿Por qué consulta?]

Ella [hermana de 8 años] tiene problemas en la escuela, le cuesta aprender mucho.

[E: ¿Cuáles cree que son los motivos de que le cuesta aprender o de los problemas en la escuela?]

Porque tenemos problemas, a veces no hay para comer y discutimos; eso la pone nerviosa [a la hermana]. Tiene peso la situación económica, eso es lo que pasa” (Entrevistada, 17 años, embarazada; hermana de la paciente).

A modo de ejemplo de la segunda modalidad, la indirecta, presentamos dos casos de mujeres muy jóvenes (20 y 22 años) con hijos y sin pareja por diferentes causas (fallecimiento en un caso y separación en otro):

[E: ¿Por qué consulta?]

Me dijeron que tenía que venir al psicólogo; al mes de la muerte de mi marido me agarró un ataque de nervios, vómitos, mareos y dolor de cabeza muy fuerte. Una médica me dijo que tenía que consultar al psicólogo. Me dijo que tuve una CH, ¿qué es una CH?

[E: No sé, ¿no le preguntaste a la médica o a la psicóloga?]

No.

[E: ¿Cuáles crees que son los motivos o las causas de este problema que te llevó a consultar?]

No sé, nunca vine a un psicólogo (...) Por ahí, no sé, me entran cosas en la cabeza, empiezo a llorar, a temblar, dolor de cabeza; tengo miedo de que vuelva ese problema [CH]²⁴ (...) Cuando los chicos están enfermos [uno de 4 y otro de 2 años] me entran los nervios y no se qué hacer. Los chicos me piden una moneda y no tengo, me agarra cosa que no se las puedo dar, me da cosa que los otros chicos tengan y yo no les pueda dar (...) desde que murió mi marido tengo que hacer cualquier cosa para mantenernos, para comer me llama mi papá que está al lado. (María 20 años, 2 hijos)²⁵

(...) yo estaba mal, los problemas que tengo...como soy soltera tengo dos nenas y vivo con mi papá desde que me separé, y mi hermano que toma...[llora] estoy haciendo el trámite para que lo saquen de la casa también estoy averiguando por algún lugar para madres solteras (...) yo a esta nenita [hija más pequeña de 14 meses] no la quise tener. (Silvia, 22 años, dos hijas: 14 meses y 3 años].

²⁴Crisis Histórica.

²⁵Los nombres de los consultantes citados han sido cambiados para resguardar el anonimato, no así los otros datos que resultan de suma importancia para el tema.

En estos casos de modalidad indirecta, como en otros que refieren a la existencia de otras patologías (por ejemplo, tumores), las dificultades económicas y/o laborales no se explicitan directamente como la causa (o una de las causas principales) del motivo de consulta; sin embargo podemos inferir el papel de éstas como “estresantes” o “agravantes” de una situación compleja que se compone de problemas de diversas índoles: alcoholismo, violencia, duelo, soledad. Situaciones donde los factores socioeconómicos implican, o bien límites en la resolución del problema (como en el caso de Silvia que no cuenta con otro lugar donde vivir ni tampoco con ingresos monetarios propios) o bien agravantes de la situación conflictiva que se encuentran atravesando (como en el caso de María que a partir del fallecimiento de su marido, no sólo lidia con el dolor de la pérdida sino también con las problemáticas que implica el fallecimiento de quien fuera el sostén del hogar).

La violencia familiar, el alcoholismo, la enfermedad y las muertes de familiares directos, conforman un entramado complejo en muchos de los casos que hemos relevado; complejo que, por los límites y las dificultades que agregan los factores económicos y laborales, empeora y obstaculiza las posibilidades de resolución, sumando malestar al padecimiento ya existente, al experimentado como el disparador central de la consulta al psicólogo.

Por su parte, los profesionales psicólogos afirman que las problemáticas que se descubren detrás de las derivaciones escolares de los niños consisten en dificultades familiares (violencia, alcoholismo, adicciones) y problemáticas sociales (como exclusión y desocupación). Problemáticas que, según los entrevistados, derivan en la conformación de funciones parentales endebles y fallas en la socialización de los niños.

Asimismo, coinciden en que en los casos de derivaciones médicas, lo orgánico resulta ser la manifestación observable de una situación con iguales características que las que viven los niños derivados de colegios. Como lo expresa una de las entrevistadas, lo orgánico es la punta de iceberg de toda una conflictiva familiar sostenida en la violencia y la falta de trabajo. En este sentido, también los motivos de consulta referidos por los adultos derivados por los médicos como también los que acuden argumentando problemas familiares o malestares anímicos, se erigen sobre esas situaciones conflictivas. Se señala particularmente a las mujeres como las sostenedoras de esta problemática que también involucra las adicciones de los hijos y el alcoholismo de los maridos:

Yo escucho que la mayoría de las mujeres que relatan lo que les pasa a sus hombres y les afecta a ellas, que se sienten angustiadas por sus maridos, por sus hijos (...) En muchas mujeres, los motivos de consulta, mujeres que están como jefes de familia y con dificultades desde lo económico y cómo esto les dificulta de no poder ocuparse de los hijos, sobretodo de los hijos adolescentes y jóvenes, cercanos a la droga y el alcohol. Mucha preocupación de las mujeres por el tema de las drogas.

Así como en el punto anterior destacábamos una significativa congruencia entre los motivos de consulta desde la palabra de los consultantes y desde la de los profesionales psicólogos, también hallamos una correlación significativa entre la lectura que hacen los consultantes acerca de su propio padecimiento y la que realizan los profesionales psicólogos.

A MODO DE CIERRE

El análisis de los motivos de consulta en salud mental, nos orienta a pensar en una complejización creciente en la comprensión de las problemáticas de este campo, en la medida en que la estructura clínica del sujeto y/o los aspectos psicopatológicos (en términos de ‘trastorno’ o ‘enfermedad mental’), ya no se constituirían en el único nivel determinante y explicativo de los fenómenos que se producen.

Desde esta perspectiva, tomando los resultados de nuestro relevamiento y la literatura existente sobre el tema, podemos identificar tres niveles intervinientes en la producción del padecimiento en el campo de la salud mental actual: un *nivel macro* que implica los procesos histórico-sociales actuales, los políticos, económicos y laborales; un *nivel meso*, donde intervienen las relaciones comunitarias, y éstas con las instituciones; punto claramente reflejado en la relación ‘conflictiva’ de los consultantes con la institución escolar, como también el papel desempeñado por las instituciones de salud que adviene en un tema a indagar más profundamente, y que en nuestro estudio se ha manifestado mediante las dificultades referidas a las derivaciones médicas. El último nivel de análisis

que nos resta mencionar es el *nivel micro*, referido a los aspectos singulares de la persona, incluyendo la dimensión familiar.

La integración de niveles en la comprensión del padecimiento, permitiría sortear las dificultades provenientes de un reduccionismo tanto desde los niveles inferiores hacia lo superiores, como el inverso que parte de éstos hacia aquéllos. En nuestra temática de estudio, esta pretensión se traduciría en la superación atinente a explicar todo el padecimiento desde la psicología o, por el contrario, sólo desde las determinaciones sociales. En este sentido, se debería continuar avanzando hacia la construcción de un modelo conceptual que permitiera afinar la explicación del padecimiento desde la integración de niveles y no, desde el posicionamiento estanco en uno de ellos.

Aún centrándonos en el plano conceptual del padecimiento, donde lo definimos como padecimiento complejo, a partir de una integración de diversos elementos pertenecientes a distintos niveles, encontramos, sin embargo, implicancias que alcanzan el plano práctico. En la medida en que definimos una interrelación de elementos, cuyo funcionamiento no es independiente uno de otro, y donde sus relaciones conforman una estructura que funciona como una totalidad; ya no es posible pensar en el plano práctico (en el hacer sobre el padecimiento), ni en términos disciplinarios, operando un recorte de un fragmento en el objeto 'padecimiento' sobre el cual operar, ni tampoco adoptar un enfoque multidisciplinario, que efectúa varios recortes simultáneos, tomando diversos elementos y niveles, pero quebrando la totalidad y la interdependencia que es parte esencial del objeto o sistema en cuestión.

En otras palabras, el análisis sobre los motivos de consulta actuales y los factores de producción en el primer nivel de atención, nos alerta sobre la correlación que, creemos, debería establecerse entre las definiciones que se hagan en el plano conceptual sobre los padecimientos y las decisiones en el plano práctico. Es decir, entre la lectura y explicación que sobre los padecimientos se realizan, y las formas de intervención sobre los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

- Bermann, S. (1995), *Trabajo precario & salud mental*, Narvaja, Córdoba.

- Bialakowsky, A. y Rosendo, E. (1998), "Salud Mental y flexibilización laboral: una perspectiva antropológica", *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. IX, N° 31, Buenos Aires.
- Bialakowsky, A.; Lusnich, C.; Rosendo, E.; Haimovici, N. (2000), "Alienación social y nuevas formas de padecimiento de los trabajadores", ponencia presentada en III Congreso Latinoamericano de Sociología del Trabajo, Buenos Aires.
- Bialakowsky, A.; Lusnich, C.; Faraone, S.; Rosendo, E.; Haimovici, N.; Sokolovski, G. (1997), "Las Nuevas patologías Mentales o la creación de lo social" en P. Sorokin Comp., *DROGAS. Mejor hablar de ciertas cosas*, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Castel, R. (1997), *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*, Paidós, Buenos Aires.
- Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Good, B.; Kleinman, A. (1997), *Salud mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*, OPS/OMS, Washington.
- Feijoo, M. (2001), *Nuevo país, nueva pobreza*, FCE, Buenos Aires.
- Fitoussi, J.P. y Rosanvallon, P. (1997), *La nueva era de las desigualdades*, Manantial, Buenos Aires.
- Galende, E. (1994), *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*, Paidós, Buenos Aires.
- Galende, E. (1997, a), *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*, Paidós, Buenos Aires.
- Galende, E. (1997, b), "Situación actual de la salud mental en la Argentina", *Revista Salud, Problema y Debate*, primavera-verano, Buenos Aires.
- Galli, V. y Malfé, R. (1997), "Desocupación, Identidad y salud" en L. Beccaria y N. López, comps., *Sin trabajo. Las características del desempleo y sus efectos en la sociedad argentina*, Unicef/Losada, Buenos Aires.
- Minujin, A. (1995), "En la rodada" en A. Minujin comp., *Cuesta Abajo. Los nuevos pobres: efecto de la crisis en la sociedad actual*, Unicef/Losada, Buenos Aires.
- OPS (1991), "Vigilancia de la Situación de Salud según Condiciones de Vida", *Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud*, vol.12, N° 3.

- OPS/OMS (1997), *Municipios saludables*, Comunicación para la salud N° 11, Washington D.C.
- Orellano, M. (2005), *Trabajo, desocupación y suicidio. Efectos psicosociales del desempleo*, Lumen-Hvmanitas, Buenos Aires.
- Ros, C. (2000), *Las representaciones de los profesionales efectores de servicios en salud mental sobre las prácticas y los problemas de salud mental de las poblaciones que atienden*, Informe Final Proyecto Joven 1998-99, Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires.
- Stolkner, A. (1994), “Tiempos posmodernos: ajuste y salud mental” en O. Saidón y P. Troianovski Comps., *Políticas en Salud Mental*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Touraine, A. (1997), *¿Podremos vivir juntos?*, FCE, Buenos Aires.
- Villena Aragón, J.C. (1996), “Desempleo y enfermedad”, *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. VII, N° 26, Buenos Aires.
- Zaldúa, G. (1999), “Hacia una epidemiología de la violentación” en G. Zaldúa comp., *Violencia y Psicología. Cuadernos de Prevención Crítica 1*, Eudeba, Buenos Aires.