

## PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL: NORMATIVIZACION O DESANUDAMIENTO

Lic. Alicia Stolkiner

"...Por eso hay una estética de la acción... una estética impura, una estética que se resuelve en actos..."  
J. Labastida (La estética del Peligro)

### a.- Contextuación del escrito

Situamos este trabajo en el contexto de una polémica que se reitera en nuestras instituciones: aquella en la que se discute acerca de la posibilidad o no de la prevención en "Salud Mental", de su ética e inclusive, da su estética. El debate tiene una faceta teórica y epistemológica y una faceta (una multifaceta) política como toda acción en salud.

Junto con el retorno a las formas democráticas de gobierno hubo un refloramiento del discurso acerca de la prevención que encontró a la mayoría de los "recursos humanos" en Salud Mental sin herramientas teórico-metodológicas para trabajar en campos que no fueran la clínica. Por otro lado, muchas de las prácticas que se incorporaban en los nuevos programas a los que se convocaba al personal de salud mental eran comunitarias y extramuros, el tipo de acción que durante la dictadura había sido cuidadosamente rodeada de las oscuras prohibiciones del discurso del Terror de Estado. No resulta extraño, entonces, que en algunos casos la polémica teórica se parezca peligrosamente a una especie de racionalización discursiva encubridora de lo que puede ser llamado "horror al acto" o, para que resuene menos, temor a la acción. A pesar de esto, es esperable que esta discusión decante en producción innovadora y hay algunos indicadores de que es posible lograrlo. Para ello sería necesario destrabar una polémica que tiende a repetirse sin modificaciones.

Los "defensores" de la prevención suelen refugiarse en argumentos de clara y engañosa contundencia pragmática, señalando la magnitud y perentoriedad de los problemas a enfrentar. En sus prácticas se suele obviar la necesidad de una profunda revisión y fundamentación conceptual de las acciones.

Los "detractores" de la prevención se sostienen en un "decir" psicoanalítico (que diferenciamos del discurso teórico del psicoanálisis). A1 hacerlo, repiten a-históricamente una crítica formulada desde el Psicoanálisis a los higienistas mentales de la primera mitad del siglo.

Cada uno de los interlocutores suele asignar al campo contrario una homogeneidad teórico-ideológica y una chatura que el mismo se halla lejos de tener. Se realiza una operación intelectual por la cual se supone sencillo aquello que no se conoce.

Desde algunas corrientes sanitarias de ideario positivista se considera al psicoanálisis como una terapéutica costosa e individual. Se lo deshecha, así, sin reconocer lo valioso y complejo de su conceptualización acerca de la constitución subjetiva o su concepción del conocimiento implícita.

Desde el decir psicoanalítico se opera como si el de la Salud fuera un campo homogéneo. Se desconoce que se trate de un espacio de prácticas sociales atravesado por contradicciones e imbricado por cuerpos conceptuales diversos. Espacio de confrontación teórico, epistemológico y práctico <sup>1</sup>.

En América Latina existe actualmente un rico desarrollo teórico y una diversidad de prácticas en salud. Difícilmente se las pueda homologar a los objetivos y prácticas de la psicohigiene de los países centrales de las décadas del 30 al 50 y los postulados sanitarios en los cuales se sostenía.

---

<sup>1</sup> Stolkiner, A. "Fundamentación Epistemológica de la Salud Mental en sus aspectos teóricos y Operacionales. CEP 1986. Facultad de Psicología – UBA.

Encontramos propuestas no tradicionales en planificación, programación y epidemiología. Se discute y redefine la conceptualización del proceso salud-enfermedad que presenta, aún a nivel de la biología, una opacidad y densidad teórica de magnitud.

Con respecto a lo social, encontramos autores que llegan a preguntarse en qué forma este es constitutivo no sólo de lo "mental", sino también de lo biológico.

Intentamos situar nuestro trabajo en este complejo campo de discusión y prácticas.

### **b.- Los modelos posibles de acciones preventivas.**

En algunos trabajos anteriores<sup>2</sup> hemos afirmado que, esquemáticamente, hay tres modelos existentes o posibles de acciones en Salud Mental los que conllevan una concepción de la Salud Pública, un Modelo Médico y una ideología y una filosofía implícita.

En una grosera simplificación podemos resumirlos en el siguiente cuadro:

<b>Concepción de Salud Pública</b>	<b>Modelo Médico</b>	<b>Ideología y Filosofía</b>	<b>Modelo de Atención en Salud Mental</b>
Concepción Liberal	Positivista (el llamado Modelo Médico Hegemónico), basado en la demanda. Curativo. No preventivo. No supone planificación. El sujeto es pasivo. Se basa en el médico.	Concepción idealista de "libertad" y orden "natural" de la sociedad. Dualista. La enfermedad es "desviación de lo normal". Connotación moral eventualmente. Salud como ausencia de enfermedad.	Asilar. Manicomial. Terapias biológicas.
Concepción Tecnocrática-Normativa	Medicina social funcionalista. Concepción multicausal. Basado en las "necesidades". Prevención normativa. Supone planificación normativa. El sujeto debe "colaborar". Se basa en la acción del equipo interdisciplinario.	Concepción tecnocrática, funcionalismo. Mantiene el dualismo. Aunque reconoce las determinaciones sociales de la enfermedad la considera intrínseca al sujeto. Salud como satisfacción de necesidades y no sólo ausencia de enfermedad	Psiquiatría dinámica. Desinstitucionalización del paciente. Servicios de psicopatología en hospitales. Centros de salud Mental de la comunidad. Múltiples enfoques terapéuticos.
Concepción Participativa Integral	Atención primaria integral de la salud. Reconoce el proceso Salud-enfermedad como determinado por la estructura de producción y reproducción social. El sujeto en cuanto sujeto social es activo. Se basa en la población con la colaboración de equipos con metodología transdisciplinarias. Generación de marcos conceptuales nuevos.	Concepción estratégica-político-técnica. Sujeto social. Conciencia/transformación. No dualista. No mecanicista. Requiere un nuevo Modelo	Programas participativos integrales e intersectoriales. (no hay programas específicos de salud mental). Se tiende a incorporarlo a otros programas de salud o de acciones sociales.

De ellos desprendemos que habría dos grandes orientaciones en acciones de prevención; una que llamamos Prevención Normativa y otra que se dirige al desanudamiento de situaciones sociales problema y que llamaremos, provisoriamente, no-normativizante. Definición por la negativa que hace hincapié en el carácter incipiente de esta propuesta.

#### **b.1 La Prevención Normativa**

Reconoce sus raíces en la psicohigiene tradicional, bajo la influencia de los éxitos que la medicina "científica", de clara connotación positivista, logró en el control de las enfermedades infecto-contagiosas.

<sup>2</sup> Stolkner A. "Prácticas en Salud Mental". Trabajo presentado en el IV Congreso Latinoamericano y V Mundial de Medicina Social. Medellín, Agosto de 1987.

Hereda así, la convocatoria que el ideario científicista de raíz positivista hizo a la medicina; que coadyuvara a regir científicamente el orden social.

Al respecto es transparente el comentario: de Leo Kanner "...a alguien se le ocurrió que la Salud Mental y la corrección de la conducta también podían ser objeto de medidas profilácticas. Si era posible tomar medidas para evitar la viruela y la tuberculosis, se podía encontrar asimismo la manera de prevenir la insania y el crimen..."<sup>3</sup>

Eduardo Menéndez<sup>4</sup> señala que el crecimiento del Comité Nacional de Higiene Mental en EE.UU. estuvo estrechamente ligado a la necesidad de la sociedad norteamericana de controlar los efectos que pudieran tener los inmigrantes sobre ella. Podemos agregar que no fue ajeno a su desarrollo la crisis del 30 y, con posterioridad, que la innovadora propuesta del llamado "Plan Kennedy" de Centros de Salud Mental Comunitarios, mucho tenía que ver con los síntomas sociales que expresaban determinadas poblaciones marginales.

Dentro de esta concepción, la introducción del paradigma ecológico-funcionalista de la "historia natural de la enfermedad" (el llamado Paradigma de Leavell Clark desarrollado a mediados de los 60) enriqueció las metodologías con el concepto de niveles de prevención, en el cual se incluía un primer nivel inespecífico de Actividades de Promoción de la Salud y un nivel primario específico tendiente a evitar la aparición de una enfermedad definida. Un nivel secundario cuyo objetivo era el diagnóstico precoz (en una etapa subclínica de la enfermedad) y el tratamiento oportuno, y un nivel terciario sobre la enfermedad avanzada tendiente a disminuir el daño.

Claramente basado en el modelo de las enfermedades de transmisión con vectores (1a triada ecológica: agente, huésped, medio) mantiene de su raíz positivista la insistencia de la "naturalización" de lo social.

La aplicación de este modo lo en la prevención en Salud Mental obligaba a tensiones teóricas, pues mal puede llamarse "huésped" de una patología mental a alguien. En este caso se devela el carácter de representación ideológica de la conceptualización de la enfermedad considerada como algo extraño que se introduce en el organismo desde fuera<sup>5</sup>. Si bien se reemplaza la concepción monocausal por la de multicausalidad.

La prevención normativa es portadora del sueño positivista de una sociedad científicamente ordenada. Define desde el lugar técnico de saber los síntomas y problemas sociales ("patologías") a abordar y programa una acción tendiente a la desaparición de los mismos. En la suposición, subyacente, del retorno a un equilibrio.

## **b.2. La prevención como desanudamiento de situaciones problema**

Esta modalidad es coherente con la concepción participativa integral en salud. Se basa en marcos conceptuales no-positivistas, en los que la construcción del conocimiento es permanente y se da en la acción.

Su conceptualización de la salud no la homologa a normalidad, ni a estados de equilibrio óptimos a los que debe volverse. Más bien se la entiende como un proceso de articulación de determinaciones.

Las acciones preventivas se dirigen a facilitar procesos en los cuales se develan y anuncian conflictos y el problema a abordar se considera sintomático. Su objetivo es lograr que las poblaciones afectadas es de riesgo puedan operar en la transformación de situaciones generadoras de malestar, modificando su significación social y tendiendo, de esta manera, a desanudar su trabazón sintomático-social.

La participación, considerada en sí un factor de salud mental, tiende a restituir los lazos de solidaridad social y permitir una posición activa frente a situaciones que, de ser vividas en forma individual y pasiva, potencian su carácter patologizante. Un ejemplo de esto son algunos planes preventivos con poblaciones víctimas de situaciones traumáticas como catástrofes, guerras o migraciones forzadas<sup>6</sup>.

<sup>3</sup> Kanner, L. *Psiquiatría Infantil*. Paidós. Buenos Aires, 1971.

<sup>4</sup> Menéndez, E.: "Cura y control, la apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica". Ed. Nueva Imagen. México. 1979.

<sup>5</sup> Vasco, U.: A. "Estructura y proceso en la conceptualización de la enfermedad. Taller Latinoamericano de Medicina Social. Julio 27-31 de 1987. Medellín. Colombia.

<sup>6</sup> Cufre L. Y Linares. Propuesta de Programa de Extensión de servicios de Salud Mental para Refugiados Centroamericanos, México, setiembre de 1987.

La optimización de estas propuestas preventivas se logra con su incorporación a programas generales de salud o de acciones sociales. Tal es el caso de los programas generales de promoción de la estimulación en lactantes desnutridos, que son indispensables para evitar el déficit cognitivo que suele asociarse al cuadro de desnutrición, pero adquieren real sentido en el contexto de acciones sociales integrales tendientes a soluciones efectivas al problema nutricional.

En estos modelos de acción puede intentarse la puesta en Juego de conceptualizaciones psicoanalíticas.

No obstante, no consideramos posible prevenir los síntomas en cuanto formaciones del inconsciente. Ni siquiera creemos que este tipo de propuestas preventivas, tengan tales objetivos. Debe recordarse que el sujeto de las acciones en salud son grupos humanos, comunidades y poblaciones, no individuos. Por otra parte, se dirigen más a instituciones que a individuos (sirven de ejemplo algunos programas de prevención del fracaso escolar que con la escuela más que con los niños

Estos modelos de acciones preventivas no suelen definir sus objetivos por patologías sino por situaciones problema. Por ejemplo, si se pensara en prevención y psicosis, no creemos que el énfasis debiera ponerse en prevenir el cuadro (cuya posibilidad es bastante dudosa), ni mucho menos la estructura. Lo que sí resulta evitable es la cronificación que suele producir iatrogénicamente el sistema asistencial, la violencia que conlleva y la exclusión comunitario y social que condena al psicótico de bajos recursos a la mendicidad o a la internación.

Así como la epidemiología actual tiende a una re-definición de sus categorías y, por ende, de las nosografías los programas preventivos no-normativos requieran de un particular empeño teórico en cuanto a la definición de sus objetivos y del "daño" que se intenta evitar, Sus marcos referenciales provienen de una multiplicidad de disciplinas.

## **BIBLIOGRAFIA**

Breilh, J. *Epidemiología, Economía, Medicina y Política*, S.E.S.P.A.S. Sto. Domingo. 1980.

Canguilhem, G. *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI. Ed. México 1984.

Cufre y Linares, *Una Propuesta de extensión de servicios de Salud Mental para refugiados*. Proyecto de Atención a Refugiados Centroamericanos. México. Set. 1987.

Feldman, Saul. *Enfermedad Mental y Economía*. Boletín de la oficina sanitaria Panamericana, vol 98. Nro. 3. Marzo. 1985.

Kanner, L. *Psiquiatría Infantil*. Ed. Paidós Bs.As. 1971-:.

Laurell, A.C. *Para el estudio de la Salud en su relación con el proceso de producción*. Taller Latinoamericano de Medicina Social, julio de 1987. Medellín.

Menéndez, E. *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. Ed. Nueva Imagen. México. 1979.

Stolkiner, A. *Fundamentación epistemológica de la salud mental en sus aspectos teóricos y operacionales*. Publ. CEP Bs.As. 1986

Stolkiner, A. *Prácticas en Salud Mental*. Presentado en el IV Congreso Latinoamericano y V Mundial de Medicina Social, Medellín. Agosto 1987.

Stolkiner A.: *Supuestos Epistemológicos comunes en las prácticas de Salud y Educación*. En El niño y la escuela, reflexiones sobre lo obvio. compil. Nora Elichiry. Ed. Nueva Visión, Bs.As. 1987.

Vasco Uribe, A.: *Estructura y Proceso en la conceptualización de la enfermedad*. Taller Latinoamericano de Medicina Social. Julio 1987. Medellín