

LA SALUD MENTAL

VISTA DESDE LA MEDICINA SOCIAL LATINOAMERICANA*

Luisa Fernanda Ruiz-Eslava¹

RESUMEN

Introducción: Existen nuevas comprensiones sobre salud mental que deben tomarse en cuenta e incluyen a la persona como sujeto social en un contexto sociocultural específico. Durante siglos y hasta nuestros tiempos se ha relacionado la salud mental con enfermedad, lo que ha llevado a fortalecer imaginarios sobre la locura y a sufrir un estancamiento en el desarrollo de comprensiones que permitan una mirada compleja y dinámica sobre la salud mental. *Objetivo:* Realizar un acercamiento a la comprensión de la salud mental vista desde la medicina social latinoamericana, retomando bibliografía relacionada. *Método:* Acercamiento conceptual y análisis documental sobre posturas complejas, socioconstruccionistas, críticas, que vuelven al sujeto protagonista de la vida relacional-colectiva, además de revisar material bibliográfico relacionado con salud mental, medicina social y comprensión de sujeto. *Conclusiones:* Se propone una comprensión de la salud mental que retorne al sujeto y a su acontecer cotidiano, considerando las condiciones sociales, históricas, económicas y culturales; a la vez que se tienen en cuenta las relaciones, las conexiones y la vida cotidiana, y fomentando las voces de los colectivos.

Palabras clave: salud mental, sujeto social, medicina social, construccionismo social.

MENTAL HEALTH

AS SEEN FROM THE LATIN-AMERICAN SOCIAL MEDICINE PERSPECTIVE

ABSTRACT

Background: There are new ways to understand mental health which should be taken into account, which include an individual as a social individual in a specific socio-cultural context. *Introduction:* For centuries, and even today, mental health has been associated with illness, which has led us to strengthen our social imaginary on madness and to a stagnation in the development of ways to understand it allowing us to have a complex and dynamic perspective on mental health. *Aim:* To make an approach to the understanding of mental health as seen from the social Latin-American medicine perspective by retaking related bibliography. *Method:* A conceptual approach and documentary analysis will be made to complex socio

* La autora trabajó una presentación preliminar de este artículo como parte de su examen de calificación como candidata a PhD en Salud Pública en la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia, mayo de 2010.

¹ Psicóloga, Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia. Magíster en Psicología Clínica Familiar, Universidad Santo Tomás. Candidata a PhD en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Profesional en Salud Mental, Dirección de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, Colombia.

constructionist and critical postures, retaking the individual as the protagonist of relational-collective life. Bibliographic material dealing with mental health, social medicine and subject comprehension is reviewed. *Conclusions:* This study proposes a comprehension of mental health which retakes the individual and his everyday life, considering his social, historic, economic and cultural conditions. It takes into account the relations, connections and everyday life which transcend the individual and individualism, linear explanations, labeling and diagnoses enhancing the voices of collectives.

Keywords: Mental health, social individual, social medicine and social constructionism.

Introducción

Es necesario reconocer cómo las condiciones de vida afectan la salud mental de los sujetos, a fin de comprender que los seres humanos nos desarrollamos en espacios y contextos generadores de malestar por el capitalismo y el consumismo excesivo, por su relación con la guerra (que desmiembra familias enteras), por la pobreza y por la imposibilidad de tener lo mínimo para vivir, donde impera el individualismo de muchos y donde el poder se usa para obligar y doblegar al otro.

El mundo está loco. El mundo está enfermo. Los infantes están en la guerra en vez de estar en la escuela. Las madres lloran a sus hijos en vez de criarlos. Niños, niñas, jóvenes, madres, padres, viejos, sujetos (sujetos de derechos) son obligados a reconstruir historias para sobrevivir —por ejemplo, con los subsidios ligados a la constatación de ser víctima de desplazamiento, en lugar de construir historias para vivir—. Nos desarrollamos y ponemos en juego nuestras historias en campos (1)², con características

específicas que influyen en la salud mental y la calidad de vida de los sujetos y sus colectivos.

La salud mental debe abordarse desde diversos matices, inmersos en la historia, la sociedad, la cultura, la economía, la política, las comunidades y sus dinámicas, los sujetos y sus historias de vida, pues no se puede “intervenir” en salud mental desconociendo la realidad social del otro.

Debemos preguntarnos qué pasa con la vida de la gente; debemos reconocer la realidad social, política y económica de los sujetos, que en la actualidad están enfermando al pueblo y el Estado no está respondiendo. Se deben reconocer los tiempos de guerra en los que el país se encuentra y cómo cada una de sus siniestras manifestaciones está afectando la vida de todos.

En Latinoamérica, la medicina social y, en Brasil, la salud colectiva (2)³ han venido trascendiendo la comprensión actual de la salud, hasta llegar a proponer un cambio de paradigma abierto a las dinámicas sociales y que no se rija por el biologicismo clásico causal y la salud

2 “Pensar en términos de campo es pensar relacionamente. El modo relacional (en lugar del más estrechamente ‘estructuralista’) de pensar [...] Un campo puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial (situs) en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación. Homología, etcétera)” (1).

3 “[...] medicina social, adoptado en la mayoría de los países latinoamericanos. Sin embargo, es oportuno aclarar que en Brasil la corriente ha adoptado el nombre de salud colectiva porque el movimiento sanitario surgido en ese país consideró importante destacar que sus análisis del conjunto de las prácticas y organizaciones de salud, incluida la práctica médica, abandonan la enfermedad y su tratamiento, y el acto médico, como eje central del proceso salud/enfermedad/atención. Asimismo, consideraron que había que resaltar la noción de que es un proceso construido colectivamente, tanto en la forma que adquiere en cada sociedad y momento histórico como en las posibilidades de transformarlo” (2).

puramente asistencialista. De esta forma, la medicina social surge como una alternativa y una nueva comprensión frente a los fenómenos sociales, frente a la relación salud-enfermedad y frente a la relación sujeto-objeto, que se aleja de posturas tradicionales, como la salud pública en general, las corrientes epidemiológicas en particular y la política en relación con la organización del Estado.

Así, la medicina social se enmarca en (a) “la noción de determinación como proceso o modo de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades [lo que implica] modos históricos estructurales” (3), y en (b) “la [noción de] inequidad [que] da cuenta de la esencia del problema, es lo que está en el fondo o en la raíz, mientras que la desigualdad es una evidencia empírica que se hace ostensible en los agregados estadísticos” (4).

En relación con lo anterior, podemos preguntarnos ¿qué implica abordar la salud mental desde la medicina social? ¿Cómo la medicina social aporta a una comprensión distinta de la salud mental? Con el fin de responder a los interrogantes planteados, a lo largo del artículo se desarrollan tres campos en los que ha venido avanzando la medicina social: primero, la relación salud-enfermedad; segundo, la noción de determinación, y tercero, la noción de inequidad. Posteriormente se profundiza en la comprensión de sujeto social y se finaliza con algunas reflexiones y comprensiones sobre la salud mental.

Materiales y métodos

Para el desarrollo de este artículo se ha abordado bibliografía relacionada con salud mental, salud pública y medicina social latinoamericana; de esta forma, se realizó un acercamiento conceptual y análisis documental a posturas que se aproximaran a discusiones epistemológicas sobre la relación salud-enfermedad, a posturas complejas, socio-construccionistas, críticas y retornando al sujeto como protagonista de la vida relacional-colectiva.

Para esto se revisaron capítulos de textos y artículos científicos, al tiempo que se convocó la experiencia y los textos trabajados dentro de los diversos escenarios (seminarios, debates, grupos de investigación y discusiones) del Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia.

Para el hallazgo de archivos científicos se buscaron en las bases de datos Biblioteca Virtual en Salud (BVS), SciELO, Medline, LILACS, PubMed y PAHO las siguientes expresiones MeSH: *salud mental, salud pública, medicina social latinoamericana, relación salud-enfermedad, sujeto social, determinación social e inequidad*. Luego los artículos hallados se restringieron a aquellos que estuvieran en español, portugués e inglés (Tabla 1). De la misma forma, se tuvieron en cuenta las categorías emergentes encontradas (Tabla 2).

Resultados

Relación salud-enfermedad desde la medicina social: un aporte para la salud mental

Para la medicina social, la salud y la enfermedad son componentes de una realidad que se desarrolla en el acontecer diario de los sujetos y que está enmarcada por unas características sociales, culturales e históricas:

La enfermedad, como evento en la vida de un ser humano, no puede darse por fuera de esta realidad. Esto significa que la salud y la enfermedad son elementos constitutivos de un proceso que ocurre siempre en sociedad y en cultura y son, por tanto, históricos. Simultáneamente, este proceso se siente, se interpreta y se vive siempre en sociedad y en cultura. Y cuando digo que se interpreta, me refiero tanto a la interpretación que hace quien se siente sano o enfermo como a la que hace el sanador, el médico o el profesional de la salud que pretende explicarla y modificarla. (5)

Tabla 1
Marco documental trabajado

Palabras MeSH	Acervo	Autor(es)
Determinación social	Textos como resultados de ponencias a seminarios o talleres	J. Breilh (3)
Inequidad	Textos como resultados de ponencias a seminarios o talleres	Alames (4) M. Hernández (10)
Medicina social	Revista Textos como resultados de Ponencias a Seminarios o Talleres	C. Iriart y cols. (2) J. Breilh (3) Alames (4)
Relación salud-enfermedad	Textos como resultados de ponencias a seminarios o talleres Libros Revista Libro/Documentos Memorias Cátedra	Alames (4) J. Breilh (8) E. Granda (11) E. Granda (9) E. Quevedo (5) S. Franco (13)
Salud mental	Libros	I. Martín Baró (21) Moreira y Sloan (22) JH Jenkins (23)
Salud pública	Libro Revista	S. Franco (13) E. Granda (9)
Sujeto social	Libros Cuadernos Página web	E. Granda (11) E. Morin (15-18) J. Butler (16) V. Das (17) E. Wolf (19) N. Almeida-Filho y J. S. Pain (12) M. Foucault (20)

Alames: Asociación Latinoamericana de Medicina Social.

Tabla 2
Categorías emergentes

Categorías emergentes	Acervo	Autor(es)
Autonomía	Libro	E. Morin (15)
Campo	Libro	P. Bourdieu y L. Wacquant (1)
Cibernética	Libro	H. von Foerster (24)
Complejidad	Libro	N. Almeida-Filho (14) E. Morin (15-18)
Identidad	Libro	E. Morin (18)
Nuevos paradigmas	Cuaderno	N. Almeida-Filho y J.S. Pain (12)
Sí mismo	Libro	H. Goolishian y H. Anderson (6)
Subjetividad	Libro	S. Orther (7)
Transdisciplinariedad	Libro	N. Almeida-Filho (14)

De esta manera, se puede decir que la salud es mucho más que la ausencia de la enfermedad (definición de la Organización Mundial de la Salud) y que la salud mental es mucho más que la ausencia de la locura. Tanto la salud como la enfermedad son campos en la vida cotidiana de los sujetos que se dan en escenarios sociales.

La relación salud-enfermedad debe trascender la postura lineal causa-efecto, donde el objeto transita como única forma de ilustración; es necesario reconocer las subjetividades existentes. Al hablar de subjetividades me refiero a los pensamientos y sentimientos complejos que dan cuenta del *sí mismo* (6)⁴, del sujeto y de su identidad —esta última construida por una cultura determinada—, y que marca así características de la personalidad. Sherry Orther, en su trabajo, *Geertz: subjetividad y conciencia posmoderna*, define la subjetividad de manera que evidencia la relación entre:

[...] formaciones culturales y los estados internos de los sujetos actuantes, [y señala:] por subjetividad entiendo el conjunto de modelos de percepción, afecto, pensamiento, deseo, temor, etc., que animan a los sujetos actuantes. Pero también aludo a las formaciones culturales y sociales que modela, organizan y generan determinadas estructuras de sentimiento. (7)

Tanto la vida colectiva de los sujetos como sus subjetividades deben ser recogidas, reconocidas y comprendidas desde un marco social de

realidad que determina la forma de intervenir y de comprender los fenómenos humanos y sus implicaciones. Es necesario vislumbrar la salud-enfermedad desde posturas circulares-complejas e interdependientes (abandonando las implicaciones de causalidad lineal):

La salud no es primordialmente “individual-subjetiva-contingente”, ni es primordialmente “colectiva-objetiva-determinada”; es siempre y simultáneamente el movimiento de génesis y reproducción que hace posible el concurso de procesos individuales y colectivos, que juegan y se determinan mutuamente. No es tampoco primero individual, y luego colectivo como producto de la combinación de realidades individuales. En definitiva, una mirada dialéctica nos hace ver que esa discusión no tiene sentido, porque libre albedrío y determinación colectiva, no son términos excluyentes, sino interdependientes. (8)

La vida y sus dinámicas se entrelazan en acontecimientos inéditos, emergentes e inciertos. Las relaciones humanas se dan de una forma continua, finita, girante. El sujeto y su realidad se esbozan en dinámicas sociales determinadas por instituciones mediadoras, injusticias del Estado, juegos de poder, relaciones sociales desiguales, inequidades profundas, entre tantos otros factores. Estas dinámicas sociales afectan la vida individual y colectiva de los sujetos y, por ende, su bienestar y calidad de vida. Me apoyo en Granda, quien afirma: “La vida genera la salud y ésta no se da únicamente por descuido de la enfermedad; salud es una forma de vida autónoma y solidaria, consustancial a la cultura humana, dependiente y condicionante de las relaciones que se establecen con la naturaleza, la sociedad y el Estado” (9).

Determinación social y salud

La medicina social llegó desde 1979 a la noción de *determinación*, definida “como proceso o

4 El sí mismo hace parte de ese lugar interno e íntimo de los sujetos, ese lugar donde reflexionamos y nos preguntamos por nosotros mismos, por nuestros amores y nuestros miedos, por el sentido de estar, de sentir, de pensar, de ser en la vida, de ser como sujetos. Es ese lugar donde la subjetividad nace llena de significados y la cual se visibiliza por medio del lenguaje. Apoyándome en Goolishian y Anderson, “el sí mismo se convierte en las maneras, más o menos estables y emocionales, de contarnos a nosotros mismos y a los otros acerca de uno mismo y la propia continuidad, a través del cambio azaroso y continuo del vivir” (6).

modo de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades” (9). De acuerdo con lo anterior, se podría establecer la salud como un proceso que adquiere unas características determinadas dentro de un acontecer relacional, cultural, histórico, político y económico. Para la medicina social, los procesos sociales son determinantes en la vida de los sujetos. Así es como el capitalismo, las inequidades, los significados contruidos socialmente, la atención y las prácticas cotidianas participan en la construcción de sentidos sobre la vida misma y, por ende, sobre la concepción de la salud, en este caso mental.

De este modo, el capitalismo —entendido en términos de producción y reproducción— marca grandes diferencias en la calidad de la vida de lo que Breilh ha llamado la *triple inequidad*, las diferencias según clases sociales, géneros y etnias, que reflejan condiciones de vida que a su vez se expresan en distintos perfiles de salud, enfermedad y atención. De la misma forma, los individuos y sus colectivos construyen sentidos y significados de la salud y de la vida, que se materializan en prácticas en salud (9).

La medicina social realiza un llamado interesante a reconocer las complejidades de la vida (importante en un contexto tan particular como el latinoamericano), la circularidad de las relaciones, las características sociales, las fuerzas de poder que imperan en los escenarios nacionales, las construcciones y relatos realizados por la población, los imaginarios y emociones (10)⁵ y las voces de hombres, mujeres y niños que buscan cada día un mejor acontecer.

Por otra parte, la medicina social convoca a la crítica social, a la investigación, a la conversación, a la construcción de saberes, a la búsqueda de la equidad social, a la defensa de la salud y

a la construcción de escenarios posibilitadores para el desarrollo de una vida justa e igualitaria. De ahí que destaque el planteamiento de Breilh cuando expone tres transformaciones necesarias en el proceso de determinación social de la salud, las cuales deben interrelacionarse y tenerse en cuenta para un abordaje en temas de salud, incluida por supuesto la salud mental: primero, la comprensión de “salud como un objeto complejo, multidimensional y dialécticamente determinado; en segundo lugar, la innovación de categorías y operaciones metodológicas; y tercero, la transformación de las proyecciones prácticas y relaciones de las fuerzas sociales movilizadas” (10).

Inequidad y salud mental

La desigualdad es diferente a la inequidad. La desigualdad se puede constatar como una categoría descriptiva de cualquier sociedad o de la comparación entre grupos humanos. La inequidad es un concepto ético e implica una valoración de la desigualdad, desde algún valor o sistema de valores. El valor central para definir una desigualdad como inequidad es la justicia, de manera que la inequidad es una desigualdad considerada injusta. Hay injusticia cuando se identifica una inequidad y hay más justicia cuando se supera tal inequidad. (11)

Para la medicina social no sólo se trata de solucionar las desigualdades visibles, ni de educar al analfabeta, ni de darle de comer al desnutrido, ni de amparar al huérfano que quedó solo porque sus padres murieron en la guerra; se trata también de reconstruir los escenarios que llevaron a que estos factores afectaran la vida de sujetos; se trata de redistribuir las riquezas y el poder, de darles valor y sentido a la palabra y a la participación del otro. Se trata de la libertad del ser y el hacer, del bienestar colectivo y no individual.

En la medicina social es tomar posturas éticas, esto es, que la vida de los sujetos sea respetada, valorada y compartida, y sea del interés de cada uno de nosotros:

5 “La emoción que constituye la existencia social es el amor, esto es, el dominio de aquellas acciones que constituyen al otro como un legítimo otro en coexistencia con uno, y nosotros, los seres humanos, nos hacemos seres sociales desde nuestra infancia temprana en la intimidad de la coexistencia social...” (10).

La vida como el deber cultural y moral de reconocer al otro como sujeto vivo y libre y nunca supeditado al mercado de cuerpos y órganos, la vida y la salud como realidad cultural, ética y veraz, que se produce en el cotidiano vivir de la gente. La vida como lucha contra los fragmentos estallados de la modernidad, sean éstos, empresa, mercado y Estado que en ocasiones la desconocen en nombre del poder o del dinero. (12)

La vida como escenario del ser sujeto, donde se pone en juego lo biológico, lo social, lo individual, la subjetividad, el sí mismo, el otro. El sujeto narrador y constructor de historias. Una vida marcada por la complejidad del ser y el hacer, por el capitalismo que fragmenta vidas, por el interés mordaz de muchos y la poca condición de otros, por la inequidad, por el querer tener más sin importar que otros tengan menos, por la cultura egoísta, por la historia violenta, por la política corrupta y ¿el Estado?, en un juego de congelados, de imposibilidades, de agresiones y manipulaciones.

Teniendo en cuenta que la vida, la libertad y la esperanza somos todos, sujetos de derechos, reflexivos, actuantes, vivos, las problemáticas humanas necesitan de cada uno de nosotros. Es necesario convocar y escuchar otras voces; llegar a la raíz de las dolencias; dejar la arrogancia, el egoísmo, la transgresión; transcender las barreras de la indiferencia, y traspasar la hegemonía presente en la medicina occidental y su reflejo en las políticas de Estado, en las leyes y normas que orientan la salud, la vida y el sujeto.

Como sujetos esbozamos, sombreamos, delineamos y esculpimos la realidad humana, y aquí es donde la realidad de la salud y la enfermedad transitan. Así se convoca a la construcción y desarrollo de nuevos paradigmas (13)⁶, nuevas

formas de comprender y accionar el conocimiento, la realidad, la vida.

La salud y la enfermedad deben abarcarse desde la vida misma (14)⁷, desde la historia de los sujetos, desde los saberes y prácticas transdisciplinarias (15)⁸, desde las relaciones significativas, los aconteceres sociales, históricos, políticos y económicos que participan en la dinámica cotidiana de los sujetos. Debemos retomar al sujeto, reconocer su voz, convocar su vida. Es allí donde encontramos las realidades del ser. “El retorno del sujeto significa, al mismo tiempo, el retorno a la vida y a la salud” (15).

El retorno del sujeto social complejo

Al examinar la literatura sobre la noción de sujeto nos encontramos con diversas corrientes que buscan explicar y comprender como nos construimos los seres humanos. En este punto hago un giro para acercarme a la noción de sujeto desde una postura que cree firmemente que el sujeto se construye socialmente y que su realidad se

que si no estuviéramos dispuestos a percibirlo, pasará sin que lo veamos. Segundo, más importante todavía es aumentar la conciencia de la oportunidad de *lo nuevo por la deconstrucción de lo viejo*, es decir, traer la inquietud para los que cumplen lo normal, ponerlos a todos en una situación incómoda ante sus propios procesos de pensamiento. Hay que aprovechar la crisis de los paradigmas para salir de la caparazón de la normalidad. Paradoja dos: es necesario salir para ver las salidas. Y ¿por dónde escapar? Por la transdisciplinariedad (Almeida Filho, 1997). Sin embargo, esta salida se encuentra abierta solamente a los ‘anfíbios’ aquéllos capaces de transitar, entre diferentes campos disciplinarios, por los cortes epistemológicos, desde los viejos paradigmas a los nuevos” (13).

7 “Se hace ciencia para comprender y mejorar la vida. Y, siendo mucho más que la ciencia — porque es también arte, cotidianidad, amor y luchas — la vida es el alma de la ciencia...” (14).

8 “[...] el carácter instrumental de la transdisciplinariedad como práctica de transformación de la ‘ciencia normal’ en ciencia ‘revolucionaria’, para respetar la terminología kuhniana, en la emergencia de nuevos paradigmas en el campo científico y de nuevas estrategias de acción en el campo de la práctica social” (15).

6 “[...] una tarea importante [...] es precisamente aumentar la capacidad de los sujetos para reconocer lo nuevo. En relación a esto, hay dos cosas que podemos buscar activamente: Primero, necesitamos desarrollar maneras de reconocer lo nuevo (paradoja uno!), por-

construye en relación con el otro, es decir, los seres humanos somos sujetos sociales. Apoyándome en el texto *La noción de sujeto*, Morin afirma: “para llegar a esta noción de sujeto hay que pensar que toda organización biológica necesita una dimensión cognitiva”, que surge de la interacción del ser humano con escenarios sociales determinados, llenos de símbolos, signos, lenguaje e información que permiten reconocernos a nosotros mismos y a los otros (16).

Siendo el sujeto un constructor de realidades, éste puede ser comprendido como un ser lingüístico que trasciende y se desarrolla en contextos o escenarios de la vida cotidiana enmarcados por sometimientos y poderes que se encuentran en la esfera de lo social. “Debe considerarse al sujeto como una categoría lingüística [...] que adquiere] inteligibilidad sólo en tanto que está, por así decir, previamente establecida en el lenguaje. [...] El sometimiento es al mismo tiempo un poder asumido por el sujeto, y esa asunción constituye el instrumento de su devenir” (17).

Aquí nos podríamos preguntar, ¿a qué y cómo nos sujetamos los seres humanos? Nos sujetamos a contextos significativos, a emociones de amor, temor, alegría, odio, entre otras; nos atamos a lo material, al dinero, a pensamientos, pautas y sistemas de creencias, a la religión, a la familia, a la cultura, a estructuras. Finalmente, a relaciones que nos construyen como sujetos, “sujetos” a un devenir construido con otros, por medio de narrativas y en escenarios establecidos o determinados.

En relación con la narrativa se podría decir que con ella los sujetos expresamos nuestra percepción y nuestra experiencia en el mundo. Se juega entre lo íntimo y lo público, dando a conocer cada uno de nuestros pensamientos y emociones; es la forma en que organizamos nuestra realidad, una realidad compleja que se transforma, cambia y trasciende, “el narrador de la historia está relatando una historia que aun no ha terminado” (18).

De esta forma, los sujetos nos enmarcamos entre el otro y lo social, en un bucle de relaciones que nos construyen y nos reconstruyen. El otro, entendido como también sujeto; lo social, el escenario determinado donde las relaciones se dan, y la realidad, conforman dinámicas circulares donde están en “juego” el mí mismo y el otro dentro de procesos recursivos que se enmarcan en escenarios con características que me determinan (identidad)⁹ y determinan al otro como sujeto-objeto y que dan cuenta de una realidad colectiva: “Una cualidad esencial del sujeto es la aptitud para objetivar, empezando por la aptitud para objetivarse a uno mismo, a reconocerse, según la expresión de Paul Ricoeur, a sí mismo como otro” (19).

Para muchos autores el poder desempeña un papel fundamental en el desarrollo del sujeto. Para Eric Wolf (20) el poder constituye un elemento integral de todas las relaciones humanas. Para Foucault, entre tanto, el poder es “un conjunto de acciones sobre otras acciones”, las cuales pueden ser articuladas con base en “dos elementos: ‘el otro’ (aquel sobre el cual es ejercido el poder) ampliamente reconocido y mantenido hasta el final como la persona que actúa; y *un campo* entero de respuestas, reacciones, resultados y posibles invenciones que pueden abrirse, el cual está enfrentando a una relación de poder” (21).

El poder puede comprenderse como un elemento fundamental para el desarrollo del sujeto; pero no sólo se puede hablar de un poder de sumisión, dominación, resistencia o dependencia. Está el poder de decidir, de escoger, de transcurrir en la realidad cotidiana del ser. De ser sujeto autónomo, en términos relacionales, apoyándome en Morin:

9 “La identidad del sujeto comporta un principio de distinción, de diferenciación y de reunificación. Este principio bastante complejo es absolutamente necesario porque permite el tratamiento objetivo de uno mismo” (15).

La autonomía [de la que yo hablo] ya no es una libertad absoluta emancipada de toda dependencia, sino una autonomía que depende de su entorno, sea biológico, cultural o social [...] Nosotros, seres culturales y sociales, no podemos ser autónomos más que a partir de una dependencia original con respecto a una cultura, un lenguaje, un saber. La autonomía es posible no en términos absolutos, sino en términos relacionales y relativos. (15) [Autonomía de ser.]

“El sujeto humano es complejo por naturaleza y por definición. Curioso sujeto por tanto, dado que a la vez es todo y nada, singular y común, comunicante e incommunicable. Además debemos integrarlo en la trinidad humana (individuo-sociedad-especie), situarlo en una cultura, en una historia...” (15).

Salud mental

Vista desde la medicina social latinoamericana, la comprensión de la salud mental se aproxima más a la realidad del sujeto y se extiende en sus significados, trascendiendo la mirada hegemónica occidental, la práctica unidireccional de intervención y políticas donde la realidad del sujeto se excluye y se pierde dentro de la norma. Una mirada a la salud mental desde la medicina social propone alejarse del signo esencialista impuesto por el diagnóstico, de posturas lineales para su intervención y acercarse, en cambio, a la vida del sujeto, esto es, a una vida compleja, histórica, cultural, colectiva; al ser con su diversidad inherente y llena de matices:

La salud mental constituye una dimensión de las relaciones entre las personas y grupos más que un estado individual [...] La salud mental no reside tanto en el funcionamiento abstracto de un organismo individual cuanto en el carácter de las relaciones sociales donde se asientan, construyen y desarrollan las vidas de cada persona. (22)

La salud mental implica el ser sujeto con sueños y oportunidades; el ser sujeto con autonomía (15), con tranquilidad; el poder desarrollarme en lo íntimo y en lo público; el poder opinar, discutir, conversar, sin temores; el poder compartir con los míos y con los nuestros, y tener el derecho de vivir sin represarías.

Es una realidad que estas condiciones son precarias e inexistentes para muchos en nuestro planeta. ¿Es esto un síntoma de enfermedad mental? Para algunos autores, las actuales condiciones de vida (el capitalismo, la globalización, la guerra, entre otros) han causado el deterioro en la construcción de vida del sujeto.

Estudios psicopatológicos sobre salud mental sugieren que las personas que viven un estilo de vida moderno pagan un precio psicológico en términos de ansiedad y estrés. Estos síntomas surgen del mundo capitalista contemporáneo, donde impera el nerviosismo y permanentes crisis de identidad. Se identifica el mundo actual como individualista, narcisista (del individuo en relación consigo mismo y con el mundo), en busca de un sujeto exitoso (joven) y bello. De esta manera, se señala la nueva era como factor desencadenante de enfermedades mentales a través del desenraizamiento y una discontinuidad cultural generada por el mundo globalizado y siempre competitivo que nos hace desear lo que no tenemos (23).

La salud mental implica el ser, pero también los contextos donde se desenvuelve el sujeto, las relaciones, las emociones, la seguridad, la economía, la vida cotidiana, la historia como sujeto... La integralidad. Sullivan, citado por Jenkins, en “Schizophrenia as a Paradigm Case for Understanding Fundamental Human Processes”, concibe el trastorno mental como un proceso interactivo, como punto de partida de la investigación cultural, donde se requiere que el trastorno mental se comprenda en el ámbito de la vida social cotidiana y no en el escáner cerebral o la clínica (24).

En la actualidad se reconoce cómo la vida cotidiana y los escenarios en los que se desen-

vuelven los sujetos marcan la salud mental, la construcción del ser, las relaciones, la capacidad de actuar, narrar e interactuar con el otro, con lo social. Hoy, muchos de los sujetos se encuentran incompletos, alienados. La construcción sociohistórica está marcada por la carencia, falta oportunidades, de comida, de vivienda, de estudio, de familias, de afectos. Estas condiciones marcan la vida misma, el mismo ser. La locura está afuera, en contextos desiguales, injustos, donde la pobreza, la violencia, la corrupción, la falta de oportunidades (entre otros factores sociales) marcan la vida de los colectivos.

El anterior planteamiento no implica negar factores biológicos; intenta convocar una mirada compleja de la salud mental donde las relaciones, interacciones y construcciones sociales de los sujetos estén presentes en las realidades de todos.

Discusión

Luego de este breve recorrido que trató de responder por las implicaciones y los aportes de la medicina social a la salud mental, concluyo señalando que las nuevas comprensiones sobre salud mental deben:

Retornar al sujeto como protagonista de la vida relacional-colectiva, recogiendo sus voces, teniendo en cuenta la realidad humana y sus matices, el sujeto y sus incertidumbres, el conocimiento y el cambio. Es imperioso trascender la forma en que se comprende, se vive y se explica la vida misma.

Reconocer las inequidades en salud mental y no quedarse en la explicación de las desigualdades, dar cuenta de las causas estructurales de las divergencias humanas e intervenir en la raíz de cada una de ellas. Es necesario afectar las causas radicalmente.

Trascender la manera de comprender la relación salud-enfermedad por medio de cuatro principios relacionados-conectados, circulares y complejos: (a) reconociendo el campo de lo social, de lo comunitario y de lo político; (b)

integrando al sujeto investigador en el campo de investigación. Ser parte del contexto observado (25)¹⁰; (c) iniciando una comprensión y praxis compleja y dinámica, y (d) comprendiéndose como una construcción social. De esta forma, la salud mental debe verse, entenderse y ser intervenida como parte de la vida social de los sujetos y no como evento externo de la historia de ese sujeto. La salud mental es un elemento de la vida, es una construcción social (cambiante), donde estamos inmersos todos y nuestros aconteceres. Es importante señalar que comprender la salud mental de una manera distinta a la tradicional-positivista implica un cambio en el quehacer de cada uno de los implicados; la transformación de comprensiones convoca nuevas formas de intervención, sean éstas políticas, académicas, terapéuticas o técnicas. Este trabajo no ha concluido, es necesario profundizar mucho más. Es vital el esfuerzo de todos los interesados para que esto sea posible.

Agradecimiento

Al doctor César Abadía, por su apoyo, aportes y sugerencias.

10 “[...] la cibernética social debiera ser una cibernética de segundo orden —una cibernética de la cibernética— [es la cibernética de los sistemas observantes] de modo tal que el observador que entre en el sistema puede estipular su propio propósito: él es autónomo [...] Los pilares conceptuales esenciales para una teoría del observador [son]: cálculo de las recursiones infinitas, el otro es un cálculo de la autorreferencia. Con ayuda de estos cálculos somos ahora capaces de introducir rigurosamente un marco conceptual que se ocupa del observador y no sólo del observado” (25).

Referencias

1. Bourdieu P, Wacquant L. El propósito de la sociología reflexiva. En: Bourdieu P, Wacquant L, editores. Una invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires: Siglo XXI; 2005 [1992]. p. 149-150.
2. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health*. 2002;12(2):128.
3. Breilh J. La determinación social de la salud "una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud". Documento procedente del Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud; 2008, 29 de septiembre-2 de octubre, México, p. 16-20.
4. Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames). Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud [documento para discusión]; 2008, 29 de septiembre-2 de octubre, México, p. 10.
5. Quevedo E. El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. Documento procedente del Seminario Permanente Salud y Administración; Facultad de Estudios Interdisciplinarios, Pontificia Universidad Javeriana; 1990. p. 38.
6. Goolishian H, Anderson H. Narrativa y self: algunos dilemas posmodernos de la psicoterapia. En *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Barcelona: Paidós; 1994.
7. Orther S. Geertz: subjetividad y conciencia posmoderna. En: *Etnografías contemporáneas*; 2005. p. 25-54.
8. Breilh J. ¿La salud corresponde esencialmente al orden individual-subjetivo-contingente o al orden colectivo-objetivo-determinado? En: *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar; 2003. p. 51.
9. Granda E. La salud pública y las metáforas sobre la vida. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 2000;18(2):6.
10. Maturana H, Verden-Zoller G. El emocionar. En: *Amor y juego: fundamentos olvidados de lo humano. Desde el patriarcado a la democracia*. Buenos Aires: Comunicaciones Noreste; 1993.
11. Hernández M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. Documento procedente del Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud; 2008, 29 de septiembre-2 de octubre; México. p. 86.
12. Granda E. El sujeto, la ética y la salud. En: *La salud y la vida*. 1. Buenos Aires; 2009. p. 107.
13. Almeida-Filho N, Pain JS. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales (Rosario)*. 1975;20.
14. Franco S. El genoma humano y su impacto en la salud pública. En: *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Memorias Cátedra Manuel Ancizar I Semestre de 2002. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003. p. 118.
15. Almeida-Filho N. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. En: *Salud Colectiva*. Buenos Aires: s. e.; 2006. p. 142.
16. Morin E. La noción de sujeto. En: *La mente bien ordenada*. Barcelona: Seix Barral-Los Tres Mundos; 2000. p. 172.
17. Butler J. Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción. Madrid: Cátedra-Instituto de la Mujer-Universidad de Valencia; 2001.
18. Das V. El acto de presenciar: violencia, conocimiento envenenado y subjetividad. En: *Sujetos de dolor, agentes de dignidad*. Bogotá: Editorial Francisco Ortega; 2008. p. 243.
19. Morin E. El método 5: la humanidad de la humanidad. La identidad humana. Madrid: Cátedra; 2003.
20. Wolf E. Envisioning power: Ideologies of dominante and crisis. Berkeley: University of California Press; 1999.
21. Foucault M. El sujeto y el poder. En: *El sujeto y el poder*. Bogotá: Carpe Diem Ediciones; 1991.
22. Martín Baro I. Guerra y salud mental. En: *Poder, ideología y violencia*. Madrid: Trotta; 2003.
23. Moreira V, Sloan T. Personalidad, ideología y psicopatología crítica. Madrid: Escuta; 2003.
24. Jenkins JH. Schizophrenia as a paradigm case for understanding fundamental human pro-

- cesses. En: Schizophrenia, culture and subjectivity. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
25. Foerster H von. Cibernético de la cibernética. En: Las semillas de las cibernéticas: obras escogidas. Barcelona: Gedisa; 1996.

Conflictos de interés: la autora no reporta conflicto de interés alguno.

Correspondencia
Luisa Fernanda Ruiz-Eslava
Unidad Camilo Torres, Módulo 2, Of. 501
Carrera 50 N°. 27-70
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia
lruizeslava@gmail.com

Recibido para evaluación: 26-07-10
Aceptado para publicación: 03-09-10