

TRABAJO COMUNITARIO: LAS DEMANDAS SOCIALES Y EL TRABAJO DE LOS TECNICOS

Cuad. Méd. Soc. XXXVII, 2, 1996/ 31-38

*Dr. Reinaldo Bustos D.**

Antes de empezar a desarrollar este artículo, cabe una afirmación inicial: el trabajo comunitario es un campo de prácticas y reflexiones demasiado amplias para ser abordado en toda su extensión; al mismo tiempo, demasiado difuso, complejo, contradictorio, pobremente evaluado y pese a los modelos y teorías que legitiman su existencia como "espacio" más o menos definido; surcado por brechas de desconocimiento, por inexistencia de puentes entre las prácticas y los discursos, etc., pero finalmente, un campo de trabajo estimulante académica y humanamente, rico en posibilidades y sugerencias.

A mí se me ha pedido enfrentar estas brechas y desencuentros, desde la realidad concreta de una "praxis" comunitaria, responsable como he sido de un Centro Comunitario de Salud Mental.

Para dar cuenta del tema solicitado me centraré solamente en analizar dos aspectos comunes, focales, de alta actualidad como problemas comunitarios: en salud física, a nivel de la atención primaria, y en salud mental, confiando en que las interrogantes e inquietudes que surjan estimulen la búsqueda de articulaciones y reflexiones necesarias al revestimiento teórico necesario para una práctica comunitaria. Me referiré entonces, para el primer aspecto, al tema de las representaciones sociales en el campo de la salud y enfermedad, es decir, al modo de como los actores individuales y colectivos se acercan a la realidad, para conocer, interpretar, significar sus procesos de salud y enfermedad, y si este campo de representación es coherente o no con el campo de

representación de los técnicos encargados de satisfacer las demandas solicitadas. Para el segundo aspecto, he elegido aquel de la mujer y la salud mental, y específicamente la depresión respecto de sus orígenes sociales, para de nuevo evidenciar la coherencia o incoherencia de nuestra formación profesional actual con las exigencias de una realidad compleja. Sin embargo, no debemos olvidar que estos análisis puntuales de un trabajo comunitario tienen como telón de fondo las grandes transformaciones de nuestra ecología social y humana —a menudo bastante salvajes— aportadas por la sociedad urbana —libremercadista de fines del siglo XX— que ha dado lugar, para bien o para mal, a un nuevo tipo humano. Cambio de representaciones, estilos de vida, etc., prácticamente nada ha escapado a la influencia del "progreso", haciendo de nuestra práctica comunitaria un "hacer" situado en varios niveles y en el cruce de caminos de muchos procesos simultáneos y encontrados. Así, no ha escapado a nuestra perplejidad lo difícil que es comprender la dinámica social de la ciudad comuna, sin hacer referencia a que los grupos humanos son diferentes a un pasado cercano, que vivencian la ciudad de un modo distinto, que sus expectativas de vida, materiales y simbólicas no son las mismas, que el nivel de escolaridad se ha elevado, que la influencia de la televisión es masiva, y que prácticamente todos nos hemos sometido a un modo de vida donde la racionalización del deseo se canaliza por conducto del supermercado, las revistas de publicidad, las facilidades de crédito y el consumo masivo. Todo

* Psiquiatra, Doctor en Salud Pública, Universidad Católica de Lovaina.

esto obviamente ha impactado al sujeto histórico-social, que expresa a menudo en su cuerpo (psique-soma)¹ los procesos sociales de la racionalización moderna. De aquí la urgencia actual para un medio académico, como lo es la Universidad, de participar en investigación junto al poder local, para profundizar estos temas, establecer vínculos y contradicciones, etc., y evaluar las posibles intervenciones profesionales en el medio comunitario.

1) Representaciones sociales de la salud y enfermedad en la práctica de la atención primaria de salud

Si revisamos los textos o artículos referidos a la necesidad de una reforma de los sistemas sanitarios en nuestro país (1), nos encontramos que prácticamente todos ellos aluden a aspectos de gestión económica u organizacional del sistema, confiando quizás que ello baste para superar los “desencuentros” entre pacientes y profesionales de la salud (incluyo aquí también a otros profesionales provenientes de las ciencias psicológicas y sociales que forman parte de los equipos de atención primaria), expresados en problemas tales como “insatisfacción” de los pacientes, consultas recurrentes, cronificación de ciertas dolencias, baja adhesión a tratamientos, consultas tardías, etc.

En el contexto actual de los esfuerzos por desarrollar programas de participación comunitaria en salud, incorporando las “visiones” de los usuarios de los sistemas de salud, adquiere especial relevancia el conocimiento de las dimensiones socioculturales (las representaciones sociales), que otorgan sentidos diferentes a los contenidos de los conceptos de salud y enfermedad en profesionales y usuarios. Quizás de esta manera se podrían suturar las brechas de incompreensión, que daría sustento lógico a la comunicación y a los comportamientos desplegados por estos actores. Antes de conocer el rol de las representaciones sociales en el campo de la salud comunitaria, definiremos brevemente el concepto y la pertinencia de su aplicación al campo de la salud.

La representación social, es un concepto que teniendo sus orígenes en la filosofía kantiana es retomado en la filosofía marxista para darle realidad y por lo tanto intercambialidad al producto del trabajo humano, para cristalizar en una forma más acabada y central en la sociología de Durkheim, quien la considera un elemento fundamental de la cohesión social. Sin embargo, es la escuela sociopsicológica francesa de mediados de los años 60 la que rescata esta noción para el estudio y la comprensión de los fenómenos sociales del mundo moderno. Por lo tanto, nosotros retenemos la definición de representación social como un modo de conocimiento particular que da cuenta de un proceso de pensamiento social, a través del cual se internaliza un nuevo objeto, persona, situación o idea. Este proceso de pensamiento social se produce en un contexto individual o colectivo a través de sujetos sociohistóricos que otorgan sentido desde su mundo a cierta novedad. Así, la representación social tiene la propiedad de circular entre las personas que comparten el mismo contexto, portando categorías espontáneas, prediscursivas o racionales, diferenciadas de las meras opiniones, actitudes o imágenes sobre la realidad, por el hecho de establecer vínculos entre los objetos y el juicio eferente, constituyendo así un sistema de prácticas, valores, de nociones que permiten a los individuos orientarse en el medio ambiente social y material, y en ese sentido dominar su entorno. Al mismo tiempo, permiten la generación de un sistema de intercambio comunicativo que facilita el nombrar y clasificar de una manera inequívoca las partes del mundo, visible y a través de imágenes, informaciones o símbolos, de una manera tal que sobrepase el simple complemento de un objeto de la realidad subjetiva, constituyendo una verdadera “doctrina” que facilita la comprensión global de la realidad. En este sentido general, es que se pueden conocer las nociones, los sistemas de categorías, el lenguaje que separa en nuestra sociedad las representaciones de la salud y enfermedad. Por lo tanto, la pertinencia de este enfoque se hace evidente en la medida que ella desoculta la otra realidad de la salud o la enfermedad, que va más allá del conjunto de síntomas que nos lleva al médico o al consultorio: aquel acontecimiento —a veces límite— que amenaza nuestra vida individual, nuestra inserción social y por lo tanto el equilibrio colectivo. Considerada desde este punto de vista, la salud-enfermedad siempre implica un cuestionamiento mayor que dice relación con cuestiones de sentido y de formas de conocimiento del mundo, y no meramente de interpretación de los fenómenos orgánicos que se juegan en ella.

¹ Por psique-soma nosotros entendemos el sostén concreto del individuo social-histórico, en los términos de Castoriadis. Este autor plantea que individuos y sociedad deben ser pensados simultáneamente, lo que permite comprender la enfermedad como el producto de un inconsciente y una individualidad sociohistórica, “productivas” y en constante transformación, irreductibles en la unidad del psique-soma, tradicionalmente separadas en la epistemología médica clásica. Cf. Castoriadis, C. “L’institution imaginaire de la société”. Seuil, Paris, 1975.

¿Qué nos dicen las investigaciones clásicas en el tema, como aquella de Herzlich (2) por ejemplo y otras posteriores como las de D'Hotaud, Aiach, Pierret (3) e incluso de nuestros propios intentos de abordar el tema a través de tutorías para estudiantes de psicología y sociología? Nos dice que los individuos agrupan sus enfermedades desde dos constelaciones etiológicas, en que algunos se sienten participando de sus propios procesos vitales, generando sus estados de salud o enfermedad tal como los ve el psicoanálisis; o siendo afectados desde afuera, con modalidades diversas de acción de principios que –históricamente– van desde la acción de un espíritu maligno hasta la consideración actual de que los males de hoy dependen de circunstancias concretas tales como la calidad química de los alimentos o la contaminación atmosférica. También nos habla, al interior de la lucha entre la salud y la enfermedad, de una oposición entre un modo de vida malsano y una resistencia individual, bajo la forma de un reservorio de salud vital, un “capital de salud” para responder a las exigencias sociales del trabajo y de productividad. Para el caso de las enfermedades ligadas al estilo de vida, el conocimiento común ha concebido los mecanismos generales de la intoxicación para dar una explicación a la génesis de tales patologías. En contraposición con el sistema clasificatorio de las enfermedades, la nosología, que se caracteriza por su sistematicidad y coherencia de sus categorías, las representaciones profanas se caracterizan por su asistematicidad y su discontinuidad, pero siempre girando en torno a la puesta en relación de una categoría abstracta de enfermedad –transmitidas, por los medios de comunicación o las revistas de difusión médica– con las experiencias concretas de los individuos afectados. En este sentido, la experiencia vivida de la enfermedad se agrupa en torno a tres ejes fundamentales asociados a significaciones sustantivas para los sujetos:²

- a) De acuerdo al grado de afección: en esta categoría se distinguen varios tipos de enfermedades, alrededor de las polaridades malignidad-benignidad, curabilidad-incurabilidad, mortal-no mortal, reversible-irreversible, compromete el trabajo-no compromete el trabajo.
- b) De acuerdo a la calidad de la afección: referida a la condición agregada de la presencia de dolor a la afección (dolorosa-no dolorosa).
- c) De acuerdo a criterios temporales: agrupadas en torno a las dicotomías de cronicidad-no

cronicidad, de evolución larga-corta, de irrupción brusca-silenciosa.

Al interior de estas distinciones fundamentales, las categorías señaladas no conservan ninguna relación diferencial, ya que la experiencia vivida indica que las enfermedades crónicas pueden ser no dolorosas y no mortales, al mismo tiempo que permitir un adecuado ajuste laboral y familiar. Tal es el caso de las enfermedades renales. Sin embargo, la categoría más gravitante en la experiencia de los individuos continúa siendo la gravedad, categoría que está revestida de significaciones múltiples: siempre está referida a la presencia ineluctable de la muerte, que, aunque negada explícitamente en una primera aproximación, termina por ser reconocida como el temor más importante que inunda la vida fantasmática de los individuos. Muchos índices concurren a esta significación de gravedad con peligro de muerte: la duración de la enfermedad es uno de los criterios fundamentales que alimenta la incertidumbre. Algo “se está incubando en mí”, nos dice una mujer joven que continúa con febrículas y adelgazamiento progresivo después de 20 días, sin que se haya identificado la causa de sus trastornos. Otro índice de gravedad es el diagnóstico: a pesar de las evidencias epidemiológicas de curabilidad de determinados tipos de cáncer, éste es siempre percibido como potencialmente mortal. Esto muestra claramente la estabilidad que tienen en la representación colectiva ciertos criterios de enfermedades vinculadas a determinadas calificaciones que configuran unidades de sentido, transmitidas culturalmente. De esta manera también los sujetos orientan sus expectativas pronósticas en relación a sus afecciones: una tuberculosis se diferencia netamente del cáncer en su dimensión de curabilidad y de una infección urinaria en su dimensión temporal. Para Herzlich, el criterio empírico fundante de este sistema de pseudo-clasificación de las enfermedades está dado por la necesidad de “ordenar sus características, no en un sentido absoluto, sino que en función de los diversos grados de implicación del individuo”.³ En efecto, es notorio el hecho de que los sistemas clasificatorios elegidos no guardan una correspondencia con los sistemas clasificatorios médicos –basados fundamentalmente en criterios etiológicos o de compromiso anatomofisiológico–, sino que por el grado de compromiso sobre la vida actual o futura del individuo. Es decir, las categorizaciones individuales están referidas, más que a la reducción de la comple-

² Esta clasificación pertenece a Herzlich. Cf. Herzlich, Cl. “Santé et Maladie (...)”, op. cit. pp. 91-102.

³ Idem, pp. 96.

alidad clasificatoria de la medicina, a una otorgación de sentido a la enfermedad y a establecer las relaciones personales y sociales implicadas, lo que habla claramente de una polaridad social y subjetiva irreductible contenida al interior de los fenómenos de salud y enfermedad.

Esta necesidad de otorgación de sentido a estos procesos adquiere un grado de exigencia casi absoluto para la condición de enfermedad, en tanto es una condición adquirida, concebida como exterioridad, que implica siempre una situación de conflicto individual. De allí la particular atención prestada a los signos de enfermedad: las características de las fiebres o el tipo de compromiso del humor y la capacidad de disposición para estar con los otros, que se constituyen en los criterios básicos de interpretación y análisis en la experiencia subjetiva. De nuevo es la reinterpretación de los hechos orgánicos en función de la experiencia y de las restricciones de su comportamiento social lo que resulta decisivo en la categorización de la enfermedad. Esto la separa de los estados "permanentes" de apatía, malhumor, fatiga o cansancio, referidos como condiciones propias de la vida en la ciudad. Este estado, no considerado como normal, sin embargo no es enfermedad. Casi para todos los entrevistados, éste es una condición propia del medio-ambiente contaminado que contribuye a "achatar a las personas", es decir, a agregar un criterio de depresión anímica permanente de tipo reactiva a las condiciones ambientales.

De esta forma se establecen criterios diferenciales para acudir a la ayuda médica.⁴ Ya no basta simplemente con percibir una sensación anormal en el cuerpo para consultar un médico, sino que es necesario percibir la incapacidad para continuar con las actividades físicas o intelectuales de su actividad propia. En este sentido, el criterio representacional social de la enfermedad coincide con la incapacidad de trabajar o relacionarse con los otros, determinado por la presencia de signos ambiguos en sí, para los cuales no se tiene una explicación concreta. En ese momento se acude al médico, quien es el que debe dar un sentido al conjunto de signos que reflejan a

los individuos una opacidad orgánica, imposible de descifrar. Así, el médico funda una enfermedad en el cuerpo del enfermo, enfermedad que adquiere sentido para el individuo sólo en el plano social de la interrupción de sus relaciones sociales y laborales. De esta manera, "los verdaderos criterios de la salud y la enfermedad comprometen la concepción global de la persona, sus comportamientos y las relaciones con el otro".⁵ Los procesos representativos de la salud y enfermedad están profundamente enraizados a la realidad social e histórica. No son una elaboración aislada o aislable. Ellos transcriben, por sobre las explicaciones biológicas, amplias visiones del mundo. Herzlich dice que la enfermedad más que una metáfora es significativa cuyo significado es la relación individuo-orden social. A través de esas representaciones tenemos por lo tanto acceso a las creencias, a las interpretaciones, al conjunto de relaciones de sentido que se anudan en nuestra sociedad.

Para el caso específico de la enfermedad, desde la antropología, Laplantine (4) llega a establecer una constatación etiológico-terapéutica que ordena los discursos circulantes en la cultura sobre los aspectos del proceso salud-enfermedad, de tal forma de ir modelando una visión de la medicina científica, sus características y sus deficiencias. Este autor ensaya una visión metacultural, para hacer aparecer y analizar las formas elementales de la enfermedad y la curación, que aparecen por detrás de la diversidad de los cambios evolutivos en los conceptos e interpretaciones acerca de estos fenómenos y del conjunto de sistemas de representación etnográficamente conocidos.

De esta forma construye modelos etiológico-terapéuticos, es decir, objetos teóricos, concentrándose en una sola sociedad: la sociedad francesa contemporánea que es equivalente a la sociedad moderna occidental. En ella investiga las diferentes maneras de como los hombres y mujeres de hoy se representan la salud y la enfermedad.⁶ Partiendo de la constatación empírica, de que en toda sociedad contemporánea existen tres campos de conocimientos y significaciones médicas, en un espacio cruzado por conflictos, superposiciones, mezclas y combinaciones;⁷ desde el punto de vista metodológico, les concede igual importancia a todos ellos. De este modo, hace posible comprender los pensamientos

⁴ Estos aspectos adquieren mucha importancia en el momento de planificación en Salud Pública en torno a patologías endémicas como el Chagas en Argentina. Allí se conjugan en contra del acceso a los centros hospitalarios, factores ligados a la cultura, representación social de la enfermedad y aspectos ligados a la concepción médica-tradicional de ella. Cf. Shapira, M., Mellino, S. "Representaciones y comportamientos de la población y de los centros de atención a la Enfermedad de Chagas". En Cuadernos Médicos Sociales, Rosario-Argentina, junio 1992.

⁵ Herzlich, idem, pp. 112.

⁶ Idem, pp. 15.

⁷ Ellos son, el modelo biomédico cuyo paradigma de base es biológico o fisicoquímico, dominante en los medios médicos y en la población medicalizada; el psicomédico, defendido por los profesionales ligados a la psicología y psiquiatría y los sociomédicos o relacionales.

médicos como formando parte del conjunto mayor de conocimientos ligado a la cultura, más que situar arbitrariamente a uno de los tres como referencia absoluta. Así, comprende la medicina como totalidad, a su vez que como expresión de la confrontación de dos campos de conocimientos y significaciones: el campo del enfermo y el campo del médico, lo que a propósito de la representación social de la enfermedad se revelan casi siempre como antagonicos (5). Los modelos descritos son:

- Modelo etiológico: ontológico relacional.
- Modelo etiológico: exógeno/endógeno.
- Modelo etiológico: sustractivo/aditivo.
- Modelo etiológico: benéfico/maléfico.
- Modelo terapéutico: alopático/homeopático.
- Modelo terapéutico: exorcístico/adorcístico.
- Modelo terapéutico: aditivo/sustractivo.
- Modelo terapéutico: sedativo/excitativo.

Los modelos considerados “son la expresión teórica de la originalidad y a menudo de la irreductibilidad de las diferentes formas posibles de aperepción colectiva e individual de la causa de la enfermedad y de la respuesta terapéutica” (6). Así, de estos modelos de base, que resumen las tendencias principales y las tensiones mayores, constitutivas del campo médico en la sociedad contemporánea, se pueden extraer dos grupos de modelos (o doble constelación etiológico-terapéutica), que comandan los sistemas de representación de la curación y de la enfermedad en la actualidad.

De esta forma, la sistematización de Laplantine nos permite evidenciar que la medicina moderna, sustentada en una epistemología dualista y en una ontologización del mal-enfermedad, reduce a ésta a una mera dimensión cuantitativa, “sacrificando” de esta forma la relación individuo-subjetividad y negando las referencias a lo social. Tal reducción de sentido tiene por consecuencia un rechazo del paciente, quien se ve obligado a un autorrepliegue interior, viviendo su enfermedad como un no-sentido radical de tipo biológico y social. La enfermedad es así para el sujeto una falta ética, siempre una calamidad negativa por relación a lo más valorizado en la sociedad contemporánea: la salud.

El saber médico en esta perspectiva ignora la condición sociohistórica del sujeto, bajo la forma de una ocultación estratégica que tiene por función la objetivación de una entidad clínica. Pero con ello no tan sólo sacrifica al paciente, sino que también al propio médico, que a menudo expresa su frustración, en la medida que toma conciencia de que reproduce en su práctica un modelo inadecuado al conocimiento y tratamiento de un gran número de

sujetos que buscan en él una respuesta a una “crisis”, a una necesidad de reconocimiento “como a un otro”, lo que a menudo significa la enfermedad.

2) Depresión y mujer en la comunidad: la búsqueda de su etiología social

Todas las investigaciones realizadas en diferentes países, de acuerdo a Raczyński y Serrano (7), coinciden en señalar que la mujer (de medios desfavorecidos, donde trabajamos comunitariamente) ha incursionado fuera de la casa, descubriendo espacios de sociabilidad, de comunicación, de valoración personal y de aprendizaje: su participación se ha traducido con frecuencia en un mejor manejo de pareja y con los hijos, en mayor asertividad y autoestima y en cambios a nivel psicossociológico. Indudablemente esto ha significado, paralelamente, un recargo de responsabilidades para la mujer, extensas jornadas de trabajo, tensiones y conflictos familiares y una retribución monetaria magra para los esfuerzos desplegados. Para las autoras citadas, no está claro el saldo neto para la mujer. ¿Favorable? ¿Desfavorable? No sabemos. Desde nuestra perspectiva clínica y a juzgar por la creciente demanda comunitaria de tratamientos para mujeres con trastornos “depresivos y estrés” o de pacientes con recurrencia y cronicidad de dolencias que podríamos llamar genéricamente como funcionales o psicossomáticas en los Consultorios de Atención Primaria, podríamos hipotetizar que ha habido un cambio de vida cualitativo en la mujer urbana que influye en su salud mental. ¿Cómo influye? Por ello nos hemos ocupado del fenómeno más allá de la obvia categorización diagnóstica, tradicional de la epidemiología psiquiátrica, para intentar comprender—desde una perspectiva socioclínica—la relación entre su “malestar” psicossocial y su vida cotidiana, entre los acontecimientos vividos y su significación, es decir, la relación que ellas establecían con su entorno y el peso que tiene el procesamiento subjetivo de sus vivencias, de tal forma de inferir criterios selectivos de intervención preventiva. Desde un punto de vista técnico, nos parece que esto es mucho más relevante para establecer las prioridades y planificar acciones preventivas en el seno de la comunidad que el simple muestrario de tasas de morbilidad.

a) Mujer y depresión en la comunidad

La diferencia en materia de salud mental entre hombres y mujeres no es una tarea fácil de abordar, porque toca temas que se sitúan en el centro del

debate actual sobre los valores asociados al rol sexual de “género” y a la vida matrimonial o de pareja. Nuestra sociedad, como otras sometidas a un cambio sociocultural y económico acelerado, no ha dejado de influenciar los roles y relaciones entre los sexos, las representaciones sociales de la maternidad y el trabajo. Así es como en la mayoría de nuestras pacientes hemos encontrado fenómenos que caracterizan este cambio de costumbres y el efecto de lo social y cultural en la vida cotidiana: familias monoparentales, convivencias fuera del matrimonio, matrimonios o maternidad precoces, precocidad en las relaciones sexuales, mayor cantidad de abortos, embarazos planificados sin compañeros permanentes, etc., que constituyen una “carga” personal que podría explicar que el “capital de salud”, concepto con el cual se refieren estas mujeres a su capacidad y/o disposición para resolver los problemas de la vida cotidiana, se vaya agotando con el tiempo por los efectos acumulativos de sus vivencias o acontecimientos vitales. Sin embargo, la ocurrencia de dos problemas simultáneos no condiciona dos problemas “reales” para la mujer. Entonces ¿de dónde proviene esa sobrerrepresentación estadística de los trastornos depresivos de las mujeres que observamos en nuestra práctica comunitaria? Al no poder contar con el material de una investigación recién iniciada, haremos una breve revisión bibliográfica para apoyar nuestra experiencia hasta ahora recogida con un grupo de más o menos 20 mujeres, entre los 20 y 50 años, de condición socioeconómica media-baja y diagnosticadas como Distimia Depresiva en su mayoría o Episodio Depresivo Mayor en su minoría.

Los estudios epidemiológicos revisados (8) permiten afirmar que en diferentes lugares del mundo las mujeres tienen un índice mayor de problemas de salud mental, sobre todo en relación a trastornos menores y esto es especialmente verdadero para las metrópolis urbanas de países del tercer mundo. En los trastornos mayores (psicosis, esquizofrenias, trastornos de personalidad), los datos indican una incidencia semejante en hombres y mujeres. Las diversas tesis para explicar las diferencias entre los sexos, sin embargo, han sido insatisfactorias. Así, por ej., la tesis de que la socialización diferencial de los sexos durante la infancia, en el sentido de que las niñas aprenderían a “quejarse” más cuando son contrariadas o están bajo tensión, para explicar una mayor frecuencia de depresión en las mujeres posteriormente, tiene escaso sustento empírico en estudios de interacción madre-hijo y, además, las diferencias entre los sexos aparecen con posterioridad a la adolescencia. Otras hipótesis igualmente invo-

cadadas para explicar las diferencias, tales que las mujeres declaran más síntomas que los hombres para una patología igual o que ellas tienen más facilidad para expresar o confiar sus estados emocionales, tampoco han encontrado evidencias significativas que expliquen las diferencias en las escalas de salud mental. Incluso el argumento de la “impotencia adquirida” no permite una diferenciación entre los sexos. Sólo a partir de los trabajos de Brown y Harris el problema de los orígenes sociales de la depresión ha alcanzado un nivel promisorio, en tanto este enfoque socioclínico ofrece una visión original y mucho más global de lo que es ofrecida generalmente por la literatura existente.

b) El enfoque socioclínico de Brown y Harris (9)

El aporte de estos autores es a la vez metodológico y conceptual. La gran cantidad de instrumentos desarrollados para medir conceptos claves de su modelo han sido constituidos a partir de entrevistas de tipo clínico semidirigidas. El tiempo de pasaje de los instrumentos es largo y laborioso en la medida que se tiene el cuidado de precisar todos los detalles que pudieran influenciar la codificación. El cuerpo de referencia para la codificación se extiende al conjunto de las informaciones reunidas en la entrevista. Esta aproximación cualitativa indudablemente toma tiempo y eso explica que los primeros resultados de un trabajo iniciado en la década de los 70 sólo sean conocidos después de 1985. Caractericemos brevemente este enfoque:

- Su primera característica metodológica es la utilización de índices simples, la mayoría del tiempo reducidos a una forma dicotómica, a pesar de las exploraciones preliminares con varias escalas con el objetivo de representar las diversas dimensiones de un solo concepto como es el de acontecimiento. Este a su vez ha dado origen a otras tantas formas de medir representando otras tantas dimensiones, siendo analizadas a través de métodos estadísticos multivariados. El modelo propuesto se complejiza aun más, a medida que el investigador busca integrar las reflexiones en torno a la noción de rol al mismo tiempo que las variables de la influencia de la infancia y la trasmisión de su vulnerabilidad hasta la edad adulta. Un esfuerzo particular de integración permite evaluar cada uno de estos aspectos en la cronología de la cadena etiológica. Además, los protocolos de investigación recogen una gran cantidad de detalles biográficos que permiten una verificación de los mecanismos en juego, haciendo de este método una

verdadera epidemiología clínica donde el reduccionismo no violenta jamás los matices de la historia biográfica de los individuos.

- La segunda característica de este método es aquella de dejar una amplia libertad a los individuos, pero no para hacerlos jueces e intérpretes de lo que les ocurre, como sucede con muchas escalas "objetivas", sino que para integrar adecuadamente las precisiones objetivas de los codificadores con los comentarios del sujeto que determinan las decisiones finales en la atribución de los puntajes frente a cada variable. Esto hace que el método privilegie las informaciones objetivas, lo que permite calificarlo como sociológico, al mismo tiempo que no descuida los procesos psicológicos, lo que permite calificarlo como socioclínico.
- La tercera característica que destacaremos es aquella que define la aproximación metodológica de estos autores. Ella es la preocupación constante por comprender cómo se construyen las relaciones entre las diferentes variables y cómo estos procesos son reflejados en la conciencia del sujeto. Así, el concepto de significación, es decir, el cómo un acontecimiento vital o de un factor de vulnerabilidad se inserta en la historicidad del sujeto con toda la gama de reacciones emotivas que lo acompañan, para hacer comprensibles las cadenas de causalidad, es central en este enfoque. Ello permite calificarlo como propiamente fenomenológico.

A través de esta metodología se ha avanzado en la respuesta a numerosas cuestiones fundamentales en la etiología social de la depresión, que concierne a las relaciones complejas entre acontecimientos vitales, dificultades y factores de vulnerabilidad, su rol en la formación de síntomas, el difícil debate sobre la sumación de factores, el rol de las circunstancias de la vida infantil, el lugar de la autoestima como factor intermediario entre ciertos factores de vulnerabilidad y su relación con las redes sociales del individuo y finalmente los elementos gatillantes y la aparición de la depresión.

No quisiéramos dejar de señalar otros aspectos del trabajo de Brown y Harris importantes para nuestro quehacer comunitario y que ilustran la importancia de sus investigaciones: ellos han demostrado que la depresión, al menos en la comunidad, se produce raramente en ausencia de causas específicas, que su remisión, lejos de ser un fenómeno espontáneo o producto de un tratamiento médico, obedece también a ciertas leyes psicosociales y además cuestiona una vieja distinción nosológica en psiquiatría que divide a los depresivos en endógenos y exógenos.

3.- Conclusiones

En este artículo hemos querido, desde el enfrentamiento concreto a ciertas demandas sociales de mayor salud y bienestar psicosocial en la comunidad, mostrar las brechas de conocimiento que atraviesa nuestra práctica profesional-técnica para desarrollar un trabajo comunitario que vaya más allá de un simple acompañamiento o un propósito voluntarista de cambio de condiciones de vida de los individuos en el seno social.

Como profesionales, tenemos un rol en el trabajo comunitario que debiera ser el de ayudar a la emergencia de un sujeto, aumentando su voluntad y capacidad para ser actores de su propia vida, construyendo una escena cultural donde empiezan a aparecer actores sociales diferentes a aquellos de la sociedad industrial. Justamente, los dos métodos de acercamiento a la realidad que hemos someramente mostrado hacen evidente la preocupación por el sujeto desde las ciencias humanas y de la salud, en la misma perspectiva que la demanda de Touraine (10), entre otros muchos, que reclaman escuchar la voz del sujeto, del individuo sociohistórico moderno, lo que no es sólo introspección, sino lucha contra el proyecto de totalización de la vida en la lógica del mercado y el poder, de individuos y grupos humanos que al mismo tiempo quieren ser actores de sus propias vidas, que no es otra cosa que conservar su memoria histórica y su sentido de pertenencia. Desgraciadamente, nuestros conocimientos, herederos de una misma matriz en la modernidad que buscaba básicamente el disciplinamiento social como magistralmente lo ha demostrado Foucault (11), no están a la altura de lo necesario hoy, y se hacen urgentes el debate y la duda, la creatividad y el compromiso para hacer de nuestra inserción en el seno de la comunidad un aporte serio y responsable. Las mismas exigencias deberían ser asumidas por los decisores políticos para consensuar con los investigadores y actores sociales un auténtico trabajo comunitario que vaya más allá de la utilización de nuestros conocimientos en un mero modelo de solución puntual de problemas en la comunidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Cf. por ej. "La salud en el siglo XXI: cambios necesarios", Giaconi, J. Editor, C.E.P., 1995.
2. Cf. Herzlich, Cl. "Santé et Maladie: analyse d'une représentation sociale". Mouton, Paris-La Haye, 1969.
3. En "Conceptions, mesures et actions en santé publique". INSERM, 1981.

4. Laplantine, François. "Anthropologie de la Maladie" Payot, 1986.
5. Ver Bustos, Reinaldo. "Examen de la medicina moderna a partir de la noción de sacrificio". Tesis doctoral en Salud Pública (Bioética), Bruselas, 1993 (cap. V, 1).
6. Idem, p. 44.
7. Cf. Raczynski, D., Serrano, Cl. "Políticas sociales, mujeres y poder local". 1992.
8. Enquêt Santé-Canada, 1981 y 1988; Tousignant et Koeves, 1985.
9. Brown, G.W., Harris, T. "The social origins of depression: A Study of Psychiatric Disorders among Women, London, Tavistock, 1978. Tb. Depression en "Life events and Illness, New York, Guilford Press, 1988.
10. Touraine, A. "Critique de la Modernité". Fayard, 1992.
11. Cf. Foucault, M. "Historia de la locura en la época clásica". F.C.E. 1967; "Naissance de la clinique". P.U.F. Paris, 1963 Tb. Turner, B. "The government of the body". Bri. J. of Sociology, 1982.