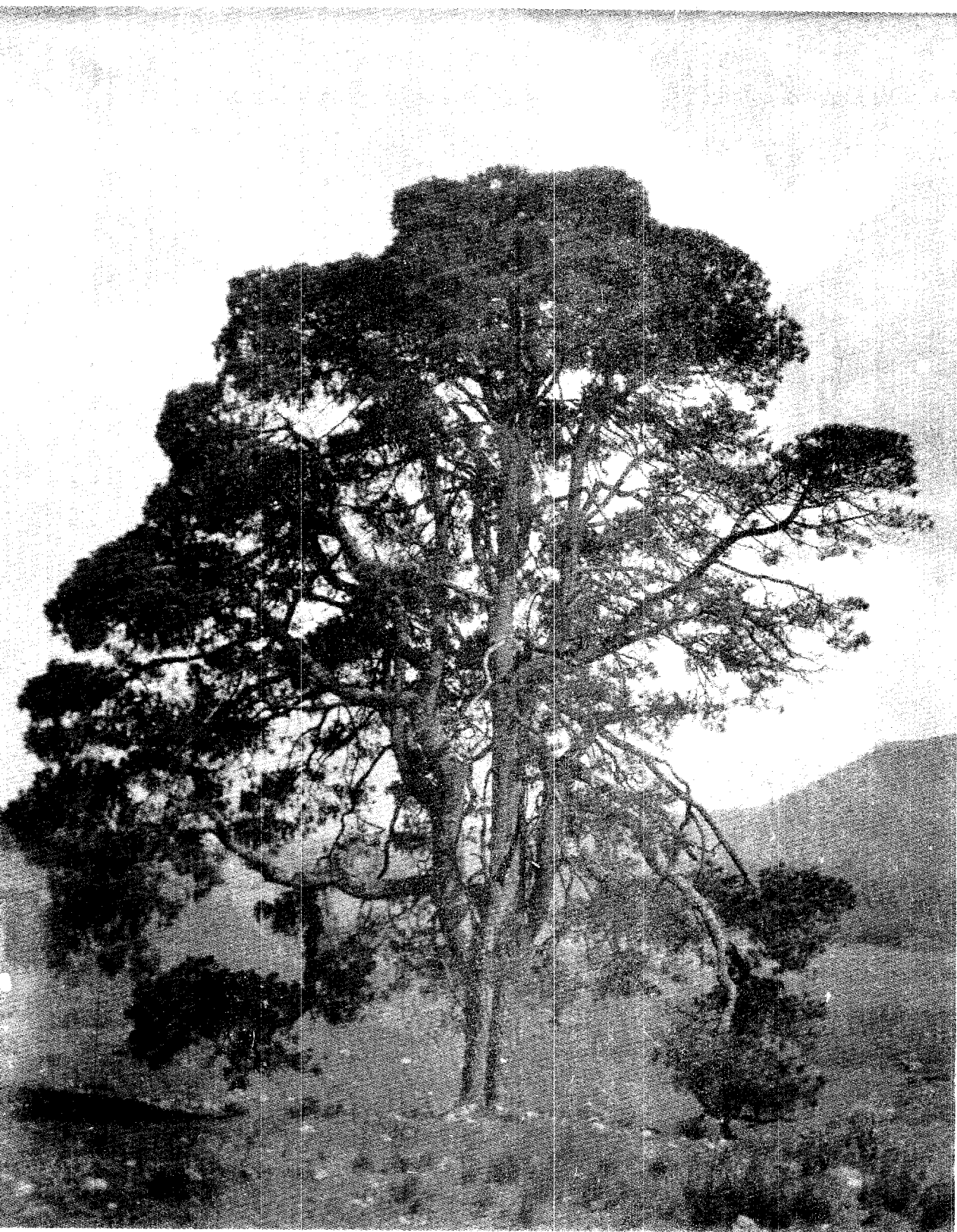

Artículos



Estructura social y enfermedad mental: Algunos resultados y conclusiones de investigación

Miguel Matrajt

1. Introducción

Las ventajas de disponer de datos socioepidemiológicos para quienes desean realizar una praxis en salud pública mental son poco menos que obvias, para lo cual hay que concordar previamente en algunos puntos de partida. Entendemos por datos socioepidemiológicos los que nos ilustran sobre los tipos, cantidades y distribuciones de enfermedades y su correlación con las principales variables de la estructura social. Entendemos por praxis en salud pública mental una práctica fundamentada en una teoría, orientada ideológicamente en forma propositiva a los efectos de disminuir en las grandes masas de población los efectos de la enfermedad mental y promover el bienestar psíquico. Pero estos primeros puntos de partida requieren de mil precisiones, que a su vez han dado lugar a otras tantas polémicas. En los cinco años que duró nuestra investigación sobre la prevalencia de las enfermedades mentales en la República Mexicana hemos incurrido lo más profundamente posible en todos los terrenos controvertidos que hacen a los aspectos teóricos y metodológicos de una investigación de esta naturaleza y hemos procurado aportar soluciones a los mismos. Lo reducido del espacio de la presente publicación nos obliga a apenas si rozar los obstáculos más relevantes, describiendo someramente nuestras propuestas superadoras, centrandó este artículo en la discusión de algunos de los resultados y algunas de las conclusiones de nuestra investigación.

En 1981 comenzamos, con un grupo de pasantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, una investigación sobre la prevalencia de las enfermedades mentales en la

República Mexicana*. El primer paso fue realizar un relevamiento sobre los antecedentes bibliográficos al respecto, y sobre las aproximaciones teóricas tendientes a aportar nuevas propuestas para entender la relación entre la estructura social y la estructura de la personalidad. Inmediatamente se puso en evidencia un divorcio casi total entre los investigadores que realizaron trabajos de campo propiamente epidemiológicos fundados en un empirismo pragmático, y los teóricos del tal articulación, que salvo pocas excepciones, no llevaron a cabo investigaciones concretas.

Nos propusimos formular sustanciales replanteos teóricos y metodológicos y aplicarlos en una vasta investigación que fuera representativa de lo más significativo del país. Nuestra investigación perseguía los siguientes objetivos: 1) Dar una descripción actuarial socioepidemiológica de las principales enfermedades mentales; 2) Encontrar las correlaciones sociales más significativas; 3) Proponer hipótesis causales de las mismas; 4) Aportar elementos de validación para nuestros replanteos teóricos; 5) Ofrecer conocimientos operativos a los expertos del área de salud pública mental.

II.— Marco Teórico

En las diversas aproximaciones a las determinantes sociales de los fenómenos psíquicos es dable observar una antinomia improductiva entre las diversas corrientes de la sociología y la antropología basadas en un empirismo aislado de las explicaciones más globales, y las corrientes que partiendo del materialismo histórico se resisten a reformular sus grandes categorías a los efectos de tornarlas operativas para la comprensión de fenómenos más circunscritos. Así, por ejemplo, las diferencias entre el proletariado de dos ciudades distintas se intenta explicar con base en diferencias demográficas, étnicas o culturales, por parte del primer grupo de investigadores, y se escapa totalmente a los ortodoxos del marxismo.

Para superar este empantanamiento dilemático es que bosquejamos un concepto novedoso: modo de organización social (MOS). Este concepto parte de la discriminación de las variantes que se dan en un mismo modo de producción (en este caso el capitalista) en función de características económicas: grado de industrialización, grado de tecnologización y tipos de reguladores de la producción. Parte simultáneamente de la discriminación de las variantes existentes dentro de cada una de las clases descritas por el materialismo histórico (por

(*) En el transcurso de la investigación recurrimos al asesoramiento de consultores de calidad en temas muy específicos. Tal es el caso de Marco A. Michel, Sergio de la Peña, Jussara Texeira, Joaquín Saavedra, etcétera.

ejemplo, proletariado de las grandes industrias metropolitanas y proletariado de las pequeñas fábricas-taller de las ciudades más pequeñas). Este concepto conjunta esas discriminaciones y procura reinscribir, desde el marco teórico del materialismo histórico, los aportes de la sociología, la antropología y la psicología social convencionales; de esta forma, fenómenos tales como migraciones, características culturales o formas de integración grupal, son tomados en cuenta, pero analizados en función de sus determinaciones económico-histórico-políticas e integrados en una sola estructura. Con base en estas variables, estructuramos un esquema posible de análisis matemático que nos permite clasificar las estructuras sociales del país en cuatro modos de organización social: el metropolitano, el urbano, el marginal y el campesino. Sostenemos que son los existentes en la República Mexicana (aunque sin excluir la posibilidad de otros que no hayamos captado, o de transiciones no clasificables), y que en tanto *determinantes inmediatos* de la estructura de la personalidad, la psicopatología se encontrará diferenciada en cada uno de ellos. Por supuesto, los modos de organización social admiten diferenciación por clase al interior de los mismos y admiten que para ciertas patologías existan factores con un peso específico muy destacado. Tal es el caso del sexo para el alcoholismo o la ocupación para las enfermedades psicósomáticas. Pero aun esos factores son reinterpretados desde las grandes categorías del materialismo histórico en función de la forma singular como esas categorías aparecen en ese modo de organización social.

En las diversas teorías del psiquismo predomina una aproximación individualista que lleva a proponer que las *determinantes fundamentales* de tales fenómenos son a-históricas y a-sociales. Tal es el caso de la mayor parte de las corrientes psiconalíticas, para no hablar de las aproximaciones netamente biólogos o sus derivados reflexológicos y conductistas. Esta reducción de lo social a lo familiar inmediato ha sido demolida paso a paso por las corrientes denominadas freudomarxismo, culturalista, etc. El desarrollo más reciente, y probablemente más elaborado, lo constituyen los aportes de Deleuze y Guattari. No nos adherimos a esta corriente de pensamiento, aunque con algunas reservas y muchas reformulaciones. *sobre el particular* nos hemos extendido un poco más en otro trabajo (*Replanteo*, México, Ed. Nuevomar, 1985). Muy sucintamente, consideramos que los fenómenos psíquicos son socialmente producidos; en *otras palabras*, sostenemos que tanto las pulsiones como las *estructuras psíquicas* propiamente dichas son generadas por y desde la *estructura social*, buscando que el sujeto posea deseos, odios, aversiones, miedos y sistemas valorativos lo más sintónicos con las necesidades de las cúspides gobernantes. Por consiguiente, la ideología en particular, así como el conjunto de la dialéctica social, tienen una inscripción inconsciente, y

constituyen determinaciones de primer orden. Esta posición teórica presupone también una reformulación del valor de los momentos estructurantes del psiquismo (puntos de fijación, Complejo de Edipo, etc.) en tanto los relativiza al sostener la existencia de constantes flujos de determinaciones que producen sustanciales reestructuraciones con el curso del tiempo. Esta posición considera que hay dos grandes modos de intentar sustraerse a esta presión condicionante deshumanizadora: la revolución (en lo político, lo científico, lo artístico, lo filosófico) y la enfermedad mental. Caracteriza a la primera el alto grado de conciencia y el hecho de que el planteo cuestionado trasciende la individualidad para iluminar un amplio espectro de la realidad social. Caracteriza a la segunda la carencia de conciencia crítica, el reducirse a lo individual y el caer fácilmente en un nuevo círculo de producción-consumo (psicofármacos, alcohol, consumismo, etc). Es fácil entender que estamos proponiendo nuevas definiciones tanto de salud como de enfermedad mental. La primera la concebimos como la plena capacidad de realización de las posibilidades. Entendemos por tal la capacidad de producir (en un sentido deleuziano) de amar, de gozar, de tener conciencia de las determinaciones, de criticar, de transformar. Entendemos por enfermedad mental el sufrimiento subjetivo ocasionado por la estereotipia de mecanismos psíquicos que impiden, en algún terreno, la plena realización de las posibilidades anteriormente señaladas. Para ser totalmente coherentes con nuestro marco teórico, deberíamos proponer una nueva clasificación de lo que denominamos enfermedad mental, buscando nuevas semejanzas y diferencias entre los sujetos que la sufren. Semejanzas y diferencias que debieran tener un correlato teórico que trascienda lo descriptivo, y responda a las determinaciones sociopsicológicas así redefinidas. Pero la realidad es que no disponemos aún de esa nueva clasificación y que aunque la tuviéramos, utilizarla nos condenaría a un total aislamiento frente a los demás estudiosos del tema y, más grave aún, como consecuencia inmediata no podría cumplir con los objetivos de esta investigación que se refieren a su intervención en el terreno de la salud pública mental. Por consiguiente, nos hemos conformado con reelaborar una clasificación convencional de las enfermedades mentales. Deben quedar claros dos puntos: 1) nuestra posición no pretende etiquetar, sancionar o hacer un ejercicio de poder con los enfermos, sino busca comparar una serie de regularidades empíricas tratando de penetrar en sus posibles determinaciones; 2) aun cuando tomamos categorías nosográficas convencionales hemos procedido a reinscribirlas de acuerdo a nuestro marco teórico.

Por razones de espacio dejamos de lado una serie de consideraciones epistemológicas sobre la forma de articulación de las ciencias intervi-

nientes. Sólo dejaremos esbozado un planteo que es central en la discusión de las conclusiones: la comparación entre zonas muy semejantes salvo un factor social de gran peso constituye un símil de experimento *ex post facto*; o por lo menos, es lo más semejante a un experimento completo que se puede lograr en el campo de la epidemiología.

III.— Metodología

El primer paso fue estudiar los instrumentos existentes para el relevamiento de datos socioepidemiológicos: el PSE, la entrevista médica de Cornell, la entrevista de Goldberg, etc. Ninguno parecía apropiado a la extensión y complejidad de los objetivos propuestos. Por tal motivo decidimos elaborar nuestro propio instrumento, que cabalga entre entrevista estandarizada y entrevista abierta. Para tal fin hicimos infinidad de estudios piloto, a fines de lograr un repertorio de formas comunicacionales que garantizaran la obtención de la información requerida. Posteriormente, y basados en estudios sobre la relación sociopsicológica entre investigador e investigado que realizamos con técnica de psicología profunda y grupo operativo, decidimos introducir una novedad en este tipo de investigaciones: ocultar a los investigados los fines últimos de la investigación y disfrazarla de encuesta de salud. Para tal efecto, el instrumento se presenta, al igual que los investigados, como una indagación en salud, eliminándose toda alusión a la psicopatología. Apoyándonos en la teoría de comunicación de Bateson y Col,¹ basada en la teoría de los tipos lógicos de Russell y Whitehead,² las primeras preguntas que formulamos y que anota el investigador son datos generales de salud que no serán procesados. Tienen como único objetivo introducir al investigado en un tipo lógico-comunicacional de descifrar el sentido de lo que se le está preguntando. Los temas de nuestro interés son posteriormente introducidos de acuerdo a un orden muy cuidadosamente estudiado en todos los momentos preparatorios previos a la aplicación masiva.

Nuestro instrumento avanza también en otro sentido: la ampliación de los ítems a investigar. Exploramos: las erebropatías, las epilepsias (en sus tres formas), las psicosis desociativas y las psicosis depresivas, (en sus formas bipolar y unipolar), discriminado cinco grados de severidad; las neurosis depresivas, histerofóbicas y obsesivas, discriminando también cinco grados de severidad; las enfermedades psicoso-

¹ Don Jackson. *Comunicación, familia y matrimonio*, México, Ed. Nueva Visión, 1981.

² Ibid.

máticas (discriminando nueve entidades: psoriasis, exzema, asma bronquial, colagenopatías, úlcera gastroduodenal, colitis ulcerosa, colitisnerviosa, coronopatías e hipertensión arterial primaria), la adicción a alcohol y drogas, discriminando las familias de drogas y dos formas de adicción y dos formas de invalidez; el suicidio (discriminando intentos de suicidio consumado) y delincuencia.

Una vez establecido el instrumento había que contestar al gran interrogante de este tipo de investigaciones: los investigados contestan la verdad, ocultan cosas fundamentales, ¿o simplemente responden a las expectativas implícitas del investigador? para dilucidarlo hicimos una investigación aplicando el instrumento a una población conocida (por supuesto desconocida para los investigadores de campo en el momento de aplicar el instrumento), quedando demostrado que era confiable en un ochenta y dos por ciento de los casos.

Ya en posesión de un instrumento aceptable y confiable comenzó la etapa de preparación de los investigadores. Todos eran pasantes de la Escuela de Psicología que habían cursado tres semestres con el director de la investigación y que habían participado en los pasos previos teórico-metodológicos. Se les dio un entrenamiento especial con sesiones de psicodrama y posteriormente entrenamiento de campo con encuestas que no fueron utilizadas sino para tal fin. De cualquier manera, en casi todas las zonas trabajaron dos o más investigadores (y sus resultados comparados) y algunas de sus encuestas fueron vueltas a hacer, a los efectos de descartar errores subjetivos.

La elección de las áreas a investigar se hizo de acuerdo a nuestra conceptualización de modos de organización social (MOS). Se tomaron por lo menos dos zonas de cada uno, salvo el marginal, por problemas económicos. Si los MOS son representativos de la realidad social de la República Mexicana, nuestra investigación tiene carácter nacional. Dejaría de tener este carácter en caso de probarse la existencia de otro MOS, o que en algún MOS como los descritos el relevamiento psicopatológico arrojara un perfil diferente.

Del MOS metropolitano se tomaron tres zonas: Industrial Vallejo, del D.F. (que condensa la historia del capitalismo industrial moderno en el país), la zona de CIVAC (que fue creada a propósito de la instalación de un complejo industrial) y la ciudad de Villahermosa, Tabasco (que sufrió un capital cambio por el acelerado desarrollo de la industria petroquímica). Del MOS campesino tomamos una serie de comunidades situadas en una amplia zona que partiendo de Cuernavaca llega a los límites de Puebla y Guerrero. Del MOS urbano tomamos cuatro zonas: las ciudades de Cuautla y Jojutla, el casco céntrico de Cuernavaca y la zona más residencial de esta última ciudad. Del MOS marginal sólo pudimos trabajar en Ciudad Netzahualcóyotl, dejando para otra oportuni-

A continuación consignamos la cantidad de personas investigadas por cada zona y el porcentaje de rechazos:

Personas investigadas y rechazos por zonas de muestreo

<i>M.O.S</i>	<i>ZONA</i>	<i>Núm. personas</i>	<i>% de rechazo</i>
Metropolitano	D.F. Industrial	927	2.5
	C.I.V.A.C.	1 888	1.5
	Villahermosa	1 846	1.0
Marginal	Cd. Nezahualcóyotl	2 606	2.0
Urbano	Cuernavaca residencial	1 329	7.0 *
	Cuernavaca casco	1 197	3.0
	Jojutla	1 553	2.5
	Cuautla	2 016	2.5
Campesino	Comunidades de Edo. Morelos	3 510	1.0 **
TOTAL		16 872	

Fuente: Investigación directa.

^a varió entre 4 y 10%

^{aa} menor al 1.0%

Se procedió con técnica de muestreo al azar. Diferente en cada zona: por conglomerados, estratificado, etc. El tamaño de las muestras no se pudo calcular en base a las fórmulas convencionales por la diversidad de los ítems a investigar. Por lo tanto, se decidió tomar como base las investigaciones reconocidas internacionalmente y aumentar considerablemente los números aceptados (en zona campesina se tomó una muestra casi diez veces mayor que las habituales).

El procesamiento de los datos se efectuó en equipo. De acuerdo a un código previamente elaborado, se asignó a cada respuesta un número correspondiente a una categoría diagnóstica exhaustiva y mutuamente excluyente. Luego de un periodo de tiempo suficiente para asegurar uniformidad de criterios, la codificación quedó en manos de equipos de dos investigadores, con algunas encuestas revisadas por el director. Posteriormente los datos fueron volcados a fichas especialmente confeccionadas a tal fin y llevadas a computación. En este paso, como en la impresión de nuestros materiales, contamos con la inapreciable colaboración del Instituto Mexicano del Seguro Social. El Departamento de Computación y Estadística del IMSS llevó adelante el programa correspondiente, devolviéndonos el material con un análisis estadístico. Se aplicaron varias medidas: chi cuadrado, Kendall,

Cramer, Sommers, lo cual permitió precisar las correlaciones significativas y diferenciadas de situaciones debidas al alzar. Nuestras hipótesis de nivel medio fueron operacionalizadas por medio de una serie de hipótesis de nivel bajo, posibles de expresarse en relaciones matemáticas simples que se comprobaron o refutaron por la medida de frecuencias, cruces dobles y cruces triples de variables, y comparaciones con datos provenientes de variables espúreas.

IV.— Resultados

Haremos una síntesis de los resultados más significativos, tratando de omitir los datos numéricos que son estrictamente indispensables. Ambos criterios se han tomado por razones de claridad expositiva en un espacio reducido como el que corresponde a una publicación de esta naturaleza. Salvo indicación en contrario expresaremos los resultados como índices sobre población total durante el periodo de los últimos doce meses.

4.1. Hipótesis de nivel medio.

4.1.1. Cerebropatías: encontramos un promedio de 7 por mil habitantes, con una distribución homogénea por MOS, aunque con diferencias marcadas en zonas dentro del MOS. Resalta la clase alta (Cuernavaca Residencial) con una prevalencia de 22 por mil y la ciudad de Cuautla, con 1 por mil.

4.1.2. Epilepsias: encontramos una tasa global de 5 por mil, resultado semejante al hallado por las investigaciones francesas y canadienses, pero inferior a las de otras investigaciones latinoamericanas, incluyendo los datos aportados por la Sociedad Mexicana de Neurología.

4.1.3. Psicosis disociativa: de acuerdo al estudio trasnacional sobre esquizofrenia realizado por la OMS, esta patología no tiene distribución pareja. Es exactamente lo que encontró nuestra investigación. Hemos hallado una tasa de 10 por mil para casos netos, con discreta predominancia en sectores medios poco industrializados (Cuautla 14 por mil; Cuernavaca casco céntrico 12 por mil). En zona campesina, hay gran prevalencia de lo que en otros sectores llamaríamos delirios y que atribuimos a formas culturales de interpretación de la realidad. Aquí, la tasa es de 33 por mil.

4.1.4. Depresiones psicóticas: encontramos tasas globales de 8 por mil, más bajas que las halladas por las investigaciones más rigurosas de los países nórdicos. Nosotros entendemos que se correlacionan con fallas o carencias de proyectos existenciales y con inhibición cultural a la expresión de la agresividad. También hipotetizábamos que predomi-

narian en clase alta. Hay clara prevalencia en sectores muy marginados de la realización social como campesinos (21 por mil), marginados (18 por mil) y en Cuernavaca, sector tradicional (16 por mil). En mujeres, la tasa es la doble que la hallada en hombres y en las edades de más de treinta años se concentra toda la patología. No se verifica la hipótesis por clase: en clase alta, la tasa es de tres por mil. Las tasas más bajas se encuentran en MOS metropolitanos. No existen sectores estadísticamente significativos en nuestra muestra para poder concluir sobre el factor de inhibición cultural a la agresividad.

4.1.5. Depresiones neuróticas: desde un punto de vista teórico, carece de sentido hablar de depresiones neuróticas como entidad independiente de otras neurosis. En la extensión de esta denominación tan ambigua y superficial creemos vislumbrar la influencia de las plantas productoras de fármacos antidepresivos. Los índices nacionales para los casos netos son de 14 por mil; si incluimos los casos dudosos, la prevalencia se eleva al triple. En clase alta encontramos índices de 33 por mil, los más altos de toda la muestra. En términos generales parece haber una correlación con formas culturales metropolitanas, de acuerdo a la distribución de frecuencias. Las hipótesis son semejantes a las señaladas en las depresiones neuróticas, salvo en lo relativo al par agresión-culpa. Encontramos que en mujeres los índices son casi el triple que en hombres. La asimetría es la inversa que para el alcoholismo. Suponemos que se debe a una inhibición cultural a que los hombres se vean tristes. Más aún, hace dudar de su virilidad. Por otro lado, las mujeres están sometidas a situaciones de exclusión en cuanto a relaciones individuales y sociales en mayor grado que los hombres. La vivencia de desrealización y falta de proyecto existencial aumenta cuando crecen los hijos; las mujeres sienten, en esa situación, que ya no tienen razón de existir, que "perdieron" sus dos grandes referentes autoestimativos: un cuerpo que seduce y un rol materno idealizado. Por consiguiente hipotetizábamos que la prevalencia sería mayor entre mujeres de treinta a cuarenta años en sectores urbanos y de alrededor de treinta en las campesinas. Fue exactamente lo que se encontró. En la misma línea teórica, conjeturábamos una prevalencia mayor en las desocupadas: encontramos el triple que en las ocupadas. Si tomábamos la categoría ocupación aisladamente, conjeturábamos una mayor prevalencia en los jubilados. Efectivamente, encontramos índices de 149 por mil de casos netos, el triple que todas las demás categorías ocupacionales juntas. Volviendo a la línea teórica anterior, deberíamos encontrar mayor tasa en las mujeres sin pareja, ya que para la ideología sexista conservadora, la mujer vale por el hombre que tiene al lado. De acuerdo a la hipótesis, encontramos que las viudas y separadas concentran la patología cuatro veces más que las solteras y casadas.

En suma, cuando correlacionamos clase social, forma cultural metropolitana, edad, sexo, situación de pareja y ocupación, la concentración de la patología es altísima.

4.1.6. Suicidio: Comprobamos lo ya difundido: el suicidio tiene tasas muy bajas en la República Mexicana. Sumando un solo intento con varios intentos, con suicidio consumado, el promedio nacional es de tres por mil, parejo para todas las zonas con dos excepciones: los campesinos, con seis por mil, y Cuernavaca tradicional, con 5 por mil. En el caso de los campesinos coincide con datos provenientes de la zona de Yucatán. Conjeturamos que debe estar determinado por el brusco cambio en los referentes valorativos: repentinamente han surgido (traídos por la TV) nuevos modos y nuevos ideales de vida, que les resultan parcialmente incomprensibles y totalmente inalcanzables. Otras de nuestras hipótesis sobre suicidio no pudieron ser verificadas por falta de número en nuestra muestra.

4.1.7. Alcoholismo: proponemos dos hipótesis en relación a clase: en clase alta se relaciona con los mismos factores que para depresión, pero con franco predominio en hombres. En los sectores proletarios predominará en los marginados del mercado de trabajo.

Predomina francamente en los campesinos: 96 por mil de casos francos (incluimos invalidez alcohólica), seguido por el sector metropolitano, con 62 por mil, el marginal con 55 y el urbano con 50 por mil. Los promedios nacionales son de 67 por mil, semejantes a los dados por otros organismos oficiales y privados. La distribución por sexos coincide con lo conjeturado: los hombres superan a las mujeres en proporción de tres a uno en la categoría de bebedores sistémicos (que nosotros consideramos como alcohólicos potenciales, no los incluimos en las cifras de alcohólicos netos, que, por lo demás, no son considerados como tales en la mayoría de los estudios), en proporción de diez a uno en la de alcohólicos francos y de quince a uno en invalidez.

En cuanto a hábitos de ingestión, hay neta variación de acuerdo a clase social. Entre bebedores sistémicos (alcohólicos potenciales), hay claro predominio de clase alta; el alcoholismo y la invalidez predominan en la clase baja, con escolaridad media, en el grupo de edades situado entre 31 y 40 años, con una tasa alarmante (16 por mil) en los que tienen entre 16 y 20 años.

4.1.8. Adicción a las drogas: en un momento clave del trabajo de campo masivo tomó notoriedad pública el problema del narcotráfico, introduciendo desconfianza y temor generalizado entre la población a estudiar. Por ende, nos vimos obligados a desestimar estos datos de nuestra investigación, a pesar de que en la encuesta de verificación no encontramos dificultad en averiguarlos. El único dato rescatable fue la adicción a psicofármacos, particularmente los sedantes. Encontramos

una proporción de dos a uno en favor de las mujeres, en especial las que no trabajan y cuyas edades oscilan entre 30 y 50 años. No es difícil percibir que esta patología es la contrapartida de la depresión neurótica, y que la adicción ha sido provocada por el médico, mediante el uso indiscriminado y excesivo de psicofármacos. El promedio nacional es de 9 por mil, pero en algunos sectores, como por ejemplo en MOS marginal, llega a 60 por mil de las mujeres adultas.

4.1.9. Enfermedades psicosomáticas: nuestras hipótesis eran que estaban ligadas a polos de desarrollo económico, y dentro de éstos a categorías ocupacionales caracterizadas por labores bien remuneradas, altamente prestigiadas, de cierto nivel de calificación y que se desarrollan en contexto grupal competitivo en el cual se desarrollan vínculos ambivalentes. Hemos comprobado casi todas las hipótesis. Para empezar, tomando el conjunto de las enfermedades estudiadas (salvo colagenopatías que excluimos por dificultades surgidas en la evaluación de los datos), predominan en el MOS metropolitano, con cifras de 120 por mil, frente a un promedio nacional de 103 por mil, y cifras en el MOS campesino de 70 por mil. Desde el punto de vista ocupacional, predomina netamente en industriales y ejecutivos, seguidos por comerciantes, **profesionales y trabajadores calificados. Es interesante destacar que en Cuernavaca casco céntrico encontramos las cifras más parecidas a las áreas metropolitanas.**

4.1.10. Neurosis obsesiva: conjeturábamos que predominaría en hombres; sin embargo, los hallazgos señalan que predomina en mujeres. El resto de nuestras hipótesis se comprobaron. En los tipos de trabajo y de organización social conjeturado apareció la mayor prevalencia: marginal, 20 por mil; campesino, 17 por mil; promedio nacional 13 por mil. Nos estamos refiriendo siempre a casos francos; los dudosos elevan la cifra a casi el triple. La relación con actividad laboral se comprobó: hipotetizábamos mayor prevalencia en los trabajos infraestructurales o artesanales que se realizan en forma solitaria o en contexto grupal estable y no competitivo. Efectivamente, predomina entre **profesionales, empleados y campesinos en los lugares que no poseen industrias grandes ni de alta tecnología.**

4.1.11. Histerias y fobias. Teóricamente deben ser consideradas como una sola patología con dos formas clínicas. Las hemos estudiado por separado por un doble motivo: 1) tener un test de validación de hallazgo a través de la comparación; 2) facilitar la comunicación con otros investigadores que parten de distinto marco teórico.

Teníamos la hipótesis de que predominaría en mujeres provenientes de sectores conservadores en lo cultural y desocupadas u ocupadas en tareas subalternas. Verificamos la predominancia neta en el sexo femenino, en proporción de tres a uno. La distribución por zonas fue

irregular, no encontrando ninguna sistematización. Tampoco verificamos las hipótesis por ocupación. Los índices nacionales son 26 por mil para la histeria y 19 por mil para fobias; si sumáramos los casos dudosos, las cifras se elevarían al triple.

4.1.12. Así planteados los resultados, estamos hablando de enfermedades mentales, pero no de sujetos enfermos, ya que una misma persona puede tener dos o más patologías. Cruzando datos en la computadora, pudimos establecer aproximadamente el promedio nacional de enfermos detectados con nuestra investigación: 200 por cada mil habitantes. Si se considera que nuestra investigación falló en relevar los datos de los adictos a drogas y que no se propuso relevar los datos concernientes a perversiones sexuales y crisis transitorias (por dificultades de técnica), podríamos estimar el total en cifras cercanas a los 280 por cada mil habitantes, teniendo en cuenta exclusivamente los casos netos en los que coinciden la mayoría de las investigaciones de este tipo.

4.2 *Hipótesis de nivel alto*

4.2.1. La determinación social de la personalidad, o por lo menos de la psicopatología, resulta evidente, al punto que nos exime de mayor comentario. No hay forma de explicar las netas diferencias que resultan de correlacionar psicopatología y diversos factores sociales sino aceptando que la casualidad de las enfermedad mental se encuentra en la estructura social.

4.2.2. La utilización de una estructura resultante de la articulación organizada y ponderada de los distintos factores sociales, analizados desde una teoría abarcativa, como los que proponemos en el concepto modo de organización social, permite establecer correlaciones más precisas y predicciones más finas (ver cuadro) que cuando se intenta asociar psicopatología con algún elemento aislado como clase social, modo de producción, antecedentes étnicos, cultura, alineación, etc. Seguramente se avanzará más cuando se establezcan estructuras de este tipo que permitan mayores discriminaciones y se llegue a un nivel mayor de formalización matemática (estamos trabajando en ese sentido). En tanto consideramos que la enfermedad mental es un fenómeno plurideterminado, no creemos en esquemas que reduzcan la comprensión de lo social a un solo factor. Si no, no podríamos explicar las diferencias encontradas entre el proletariado del D.F. y el de Cuernavaca.

4.2.3. La naturaleza y constitución de las estructuras psíquicas y de las formaciones del inconsciente deben replantearse a la luz de los

hallazgos señalados. De alguna manera lo hemos esbozado superficialmente en el marco teórico de esta publicación, y con algún detalle mayor en otra (*Replanteo*, ya citada). La pormenorización sobre este punto trasciende los objetivos y el espacio de este artículo.

V.— Conclusiones

5.1. Teóricas

Las conclusiones teóricas resultan del desarrollo y profundización de los resultados, particularmente los relativos a las hipótesis de alto nivel. Dejaremos de lado en este trabajo las que se refieren a las necesarias modificaciones y replanteos de la teoría psicoanalítica. Sólo remarcaremos que una distribución de las enfermedades mentales como la encontrada, y más aún su correlato con factores sociales, cuestiona de raíz las distintas aproximaciones teóricas a la causación de la psicopatología que pivotan sobre determinaciones a-históricas y a-sociales. Tal el caso de las explicaciones biológicas, que pretenden que el sufrimiento psíquico tiene su origen en fallas hereditarias o trastornos de la bioquímica cerebral, en ambos casos con independencia de las relaciones humanas y de las construcciones humanas de tipo social. También el caso de las posiciones derivadas de la biología, como la reflexología y el conductismo; en el caso de la primera, la referencia a lo social no pasa de lo discursivo de compromiso, ineludible en una psicología que pretenden adscribirse a una concepción marxista. Incluso cuestionamos a fondo a la mayoría de las escuelas psicoanalíticas, que reducen lo social a la novela familiar infantil, con prescindencia de la inserción de clase, de la influencia de la ideología dominante y de la posibilidad de importantes modificaciones en el curso ulterior de la vida del sujeto. Así, debemos admitir que no sólo la personalidad que se estructura en la primera infancia está producida por los principales factores que rigen la vida social, sino también las ulteriores desestructuraciones y reestructuraciones que acontecen a todo lo largo de la vida, en contacto con instituciones, trabajo, movimientos sociales, etcétera.

5.2. A nivel de la salud pública

5.2.1 **En prevención secundaria.** Para una prevalencia de casos netos de 280 por cada mil habitantes, es obvio que todo sistema de prevención secundaria resulta insuficiente. Más todavía por el hecho de que las investigaciones del último cuarto de siglo revelan que la enfermedad mental tiende a crecer, quizás a mayor velocidad que lo que crecen los recursos a ella destinados. Pero aunque así no fuera, es a

todas luces irracional pretender controlar el problema a nivel de prevención secundaria. Muy someramente, los tres recursos más utilizados son: la psicoterapia, los psicofármacos y los hospitales psiquiátricos. La primera, en cualquiera de sus formas (incluso las grupales), es de una insignificancia sanitaria que la recluye al ámbito de los recursos de élite. En efecto, las posibilidades que tienen los psicoterapeutas existentes de intervenir son ínfimas comparando con la magnitud del problema. Por otro lado, formar psicoterapeutas eficientes es, por lo largo y caro, un recurso muy restringido. De esta forma, el método más efectivo queda reducido a una élite económica que puede solventar los tratamientos privados, o una élite de otro tipo (geográfica, cultural, ocupacional, etc.) que recibe los beneficios de los pocos centros gratuitos que dan este tipo de atención. Los psicofármacos frecuentemente son utilizados en forma abusiva e irracional, constituyendo un recurso alienante que colabora al "enloquecimiento" de los pacientes, en tanto los aleja de una toma de conciencia y resolución de sus conflictos y los recluye a la dimensión semialucinatoria de una cierta paz química. Y como si eso fuera poco, pudimos demostrar que se está fomentando, iatrogénicamente, una adicción a psicofármacos, particularmente en mujeres de edad media, marginadas de los espacios de realización social.

Los hospitales psiquiátricos, y en general los recursos psiquiátricos existentes, son acreedores de todas las críticas que este tipo de instituciones han recibido desde los pioneros trabajos de Basaglia. No las repetiremos ya que son por todo conocidos. Sólo agregaremos un elemento más: la gente no los utiliza. Aun los enfermos más graves, los psicóticos, rehuyen la asistencia ofrecida por estos centros. De los aproximadamente 200 pacientes psicóticos (sumando psicosis disociativas y afectivas) que hemos detectado, sólo el 9 por ciento había tenido asistencia en un hospital psiquiátrico, y en un 6 por ciento más había recibido asistencia ambulatoria. Estos datos están en la misma línea que lo encontrado por Helgasson en Islandia.

5.2.2. En prevención primaria: si los hallazgos que hemos señalado (y los que hemos omitido por razones de espacio) fueran confirmados, hay algunas conclusiones inmediatas que se imponen. En primer lugar, los programas de prevención primaria deben ser discriminados por MOS, por zona dentro de cada MOS, por patología y por grupo o sector social. No sólo por una economía de recursos, sino también porque evidentemente los factores de riesgo o determinaciones psicopatogénicas son diferentes en cada uno de los cuatro cortes propuestos en el párrafo anterior.

En segundo lugar, para las enfermedades psicosomáticas se requiere de un *modelo novedoso en salud mental ocupacional*. Estamos realizando estudios en profundidad en este terreno, en las áreas que la investigación socioepidemiológica detectó como correlacionada con este tipo de trastorno.

En tercer lugar, para las neurosis, incluyendo las depresivas y las adicciones a alcohol y drogas, también es necesario un modelo diferente del modelo médico. Proponemos un modelo social, también novedoso, basado en la participación, que permita superar la marginación social de distinto tipo que parece subyacer a estas patologías.

En cuarto lugar, es evidente que la tarea de promoción de la salud mental trasciende totalmente, en cantidad y calidad, los modelos psiquiátrico-psicológicos convencionales. Los modelos deben ampliarse por sumatoria de recursos incluyendo en forma destacada a los médicos que hacen atención primaria y a otros agentes de salud potenciales; **pero mucho más esencial, deben reformularse en función de los nuevos conceptos sobre salud mental que actualmente se empiezan a aceptar y que procuran entenderla como una de las cualidades del vivir, totalmente impenetrada e indeterminada con aprendizaje, trabajo, placer, conciencia y participación social.**

