



**VI Jornadas de Investigación Científica**  
*"15 años de la Facultad de Ciencias Sociales"*

**11 y 12 de setiembre de 2007**  
**URUGUAY**

**Complejidad social y salud  
mental: avances de una  
investigación en curso**

Beatriz Fernández Castrillo

## Complejidad social y salud mental: avances de una investigación en curso

Autor: Beatriz Fernández Castrillo<sup>1</sup>  
CSIC-DTS-FCS-UdelaR

### Introducción

Cuando se observa al hombre en relación consigo mismo y con los otros, con el medio y los objetos de la cultura, con su historia y su futuro hablar de la “dimensión psicosocial” no da cuenta de una extraterritorialidad conceptual. Es más bien hablar de un campo donde la frontera se vuelve difusa por los efectos recíprocos entre una y otra dimensión.

En la esfera psicosocial, es difícil precisar si los problemas sociales son origen o consecuencia de los procesos mentales: la dimensión ‘social’ genera factores de externalidad, en donde el eje no depende estrictamente de los individuos; la dimensión ‘psico’ genera factores de internalidad, en donde el eje si depende de los individuos. La combinación de ambas en la expresión “Psicosocial” construye un territorio complejo de interacción entre el “afuera” y el “adentro”, entre lo individual y lo colectivo, entre lo macro y lo micro. La diversidad de la problemática dificulta la construcción de una perspectiva excluyente y exclusiva que abarque cualquier situación posible en un área tan compleja donde los límites del entramado se entrecruzan y confunden.

Según el DSM IV<sup>2</sup> “un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o en los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona”. Sin duda, además de desempeñar un papel en el inicio o exacerbación de un trastorno mental, los problemas psicosociales también pueden aparecer como consecuencia de la psicopatología, o pueden constituir problemas que deben tomarse en consideración en el planeamiento de la intervención general.

Si es difícil establecer la etiología de los trastornos mentales, resulta impensable pretender comprender las situaciones de sufrimiento extremo en que las personas viven, a través de una clasificación diagnóstica. No obstante esto, considero que los resultados de una investigación

---

<sup>1</sup> Docente e Investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR  
Docente Especializado en Investigación de la Facultad de Medicina, UdelaR  
Coordinadora Area de Intervención Social, Centro de Investigación en Psicoterapia y Rehabilitación Social, C.I.P.R.E.S  
Licenciada Trabajo Social Depto. Servicio Social Hospital de Clínicas, UdelaR  
Especializada en “ Reducción de Demanda de Drogas”, Beca Programa IGIA, Unión Europea, UE  
Especializada en “Salud Adolescente”, Programa EDISA, Universidad de Buenos Aires, UBA  
Especializada en “Análisis de Información Sociodemográfica” Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR  
Becaria CSIC Maestría Salud Mental, Comisión Sectorial de Investigación Científica. UdelaR  
<sup>2</sup> Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders

sistematizada a partir de una clasificación como la del DSM IV, puede aportar sustento empírico para la comprensión de los fenómenos mentales y permitir compartir información (tanto a nivel nacional como internacional) que facilite el dialogo entre distintas disciplinas que intervienen en el abordaje de una temática de extrema complejidad como lo es la Salud Mental.

Estos conceptos se fundamentan empíricamente en base a avances de una investigación en curso, financiada por CSIC-UdelaR, cuyo propósito es considerar las dimensiones de la esfera psicosocial como determinantes de los procesos de salud enfermedad en especial en Salud Mental, con la intención de aportar una perspectiva de análisis que articule el sufrimiento mental con la subjetividad individual y colectiva, y con factores sociales contextuales. Se pretende así, contribuir a la reflexión por parte del colectivo especializado al resaltar la necesidad de incorporar estas variables en el diseño de la intervención y en la formulación de políticas sociales y sanitarias que se traduzcan en respuestas adecuadas en temas de Salud Pública.

El mérito del estudio posiblemente radique en que no se cuentan con datos sobre la relación existente entre variables tan importantes, tal vez a consecuencia del divorcio conceptual entre las distintas líneas epistemológicas. Existen trabajos importantes sobre condiciones de existencia desde las Ciencias Sociales. Desde la Psicología, la Psiquiatría y la Salud Mental, si bien se reconoce la correlación entre estas variables, no hemos encontrado trabajos nacionales que profundicen al respecto.

### **Objetivo General**

El objetivo de esta investigación es analizar los problemas psicosociales planteados espontáneamente por la población que consulta en una Policlínica universitaria de atención a la Salud Mental de un Hospital general de la ciudad de Montevideo.

### **Universo de estudio:**

Se conforma por todas las primeras consultas que cuenten con registros completos (N= 1403 casos) realizadas durante el período 2000 – 2004.

### **Metodología**

El desafío en el tema es innovar, probar y generar tradición haciendo más visible, transparentes y explícitos las formas de análisis que se utilizan. Los estudios con poblaciones presentan algunos problemas metodológicos porque plantean problemas éticos respecto de las expectativas de las personas que consultan y buscan una solución a su malestar. Estos problemas no encuentran respuestas a como hacer para respetar la condición y los derechos humanos de quienes se acercan en busca de ayuda y conformar grupos experimentales, grupos homogéneos o grupos de control.

Las características de este estudio renuncian a este tipo de metodologías propias de las investigaciones clínicas y trabaja con los archivos existentes, los cuales fueron completados en presencia de los consultantes sin alterar la relación asistencial, asegurando el derecho de los entrevistados a conocer las características de la afección y las alternativas de tratamiento disponibles tanto en el servicio como en la red asistencial, de modo que pueda decidir en la forma más libre posible, sobre las alternativas que se le plantean.

Estas, entre otras consideraciones, son las que nos han llevado a optar por una metodología combinada, que responde a un diseño descriptivo, exploratorio y de epidemiología crítica, en el que se utilizan técnicas cuantitativas y cualitativas.

Descriptivo: a efectos de describir los eventos sociales en la población de referencia y el comportamiento cuantitativo de las variables psicosociales. La descripción puede ser de gran utilidad tanto para organizar y clasificar los indicadores cuantitativos como para revelar las propiedades y valorar las tendencias que no se perciben a simple vista.

Exploratorio, por el valor que pueden llegar a tener sus resultados ya que el tema está poco estudiado. La exploración contribuye a determinar tendencias, identificar relaciones potenciales entre las variables de estudio y puede servir como insumo de futuras investigaciones.

Epidemiológico, para enriquecer en forma crítica la metodología clásica en materia sanitaria con procedimientos cuantitativos y estadísticos de efectos descriptivos y analíticos. La modalidad de estudio clínico es intensiva y profunda, minuciosa y exhaustiva en los procesos individuales. La modalidad epidemiológica pone énfasis en los procesos de salud-enfermedad-atención desde la perspectiva colectiva y de las ciencias sociales que alcanza a constituirse como una extensión de la disciplina de la demografía al campo de la salud y de la enfermedad como procesos colectivos.

Esta combinación metodológica contribuye a incorporar al conocimiento teórico-técnico, los aportes del conjunto de personas que consultan en el período de referencia ya que se toman en cuenta los problemas psicosociales planteados por los consultantes en forma espontánea. Otro aporte significativo es que se parte de una base de información continua y de largo aliento sobre procesos y resultados basada en instrumentos de epidemiología de servicio sustentada en comprobaciones científicas que posibilita la construcción de un banco de datos.

Se utilizan técnicas cuantitativas con el objetivo de realizar una descripción demográfica y epidemiológica de la población, y cualitativas para profundizar en la comprensión de la problemática psicosocial en el origen o exacerbación de trastornos mentales. Así se procura contrabalancear los límites de cada uno de los métodos, dado que el cuantitativo, permite comparar datos entre sí y generalizarlos y el cualitativo aporta el espíritu crítico necesario para romper con la tradicional mirada "objetiva" sanitarista, y permite profundizar en aspectos singulares de las unidades de análisis. Estos aspectos singulares que se trabajan cualitativamente, se analizan a partir de la profundización de la información registrada en la

aproximación diagnóstica del Equipo de Recepción<sup>3</sup>, complementados con los registros de las Entrevistas Sociales, cuyas características son asimilables a las técnicas de la “Entrevista en Profundidad” o de la “Historia de Vida”, propias de los métodos cualitativos clásicos de la Ciencias Sociales.

Se trabaja a partir de la clasificación internacional del DSM-IV por tratarse de una modalidad de probada eficacia y extendida utilización en la especialidad. Se trata de un sistema multiaxial que intenta a través de cinco ejes, realizar una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades orgánicas, de los problemas psicosociales y ambientales y del nivel de actividad que podrían pasar desapercibidos si el objeto de la intervención en salud mental se centrara en el simple problema objeto de la consulta.

De los resultados se seleccionan para el análisis, aquellas variables de peso que permitan profundizar en la definición y estudio de las categorías del “Eje IV: problemas psicosociales” del DSM IV, correlacionándolas entre si o con cualquier otra cuya contingencia sea de relevancia. Es de destacar que se toman aquellos problemas psicosociales que las personas plantean espontáneamente durante la consulta, no los que detecta el entrevistador, así se pretende dar protagonismo a las preocupaciones explícitas como expresión de malestar que incorpora categorías micro y macrocontextuales relativas a calidad de vida.

La definición de las dimensiones que adjudicamos a cada categoría de la variable “Eje IV: problemas psicosociales” se subdivide en nueve categorías de análisis las cuales fueron operacionalizadas para este estudio con las dimensiones que se referencian como propuestas por el Manual y otras que se recogen empíricamente en el propio campo de intervención del Trabajo Social. A saber<sup>4</sup>:

1. Problemas relativos al grupo primario
2. Problemas relativos al ambiente social
3. Problemas relativos a la enseñanza
4. Problemas laborales
5. Problemas de vivienda
6. Problemas económicos
7. Problemas en el acceso a los servicios de asistencia sanitaria
8. Problemas relativos a la interacción con el sistema legal
9. Otros problemas psicosociales

La elección del período de estudio no es casual, se trata de observar las características poblacionales dos años antes y dos años después de la crisis económica financiera que sufriera el Uruguay en el año 2002. Sin dudas el concepto de crisis no se ajusta a un corte temporal transversal sino que entraña la idea de proceso. No obstante esto, los sucesos sociales, políticos y económicos producidos por la crisis financiera de mediados de 2002 la cual se tradujo en forma

---

<sup>3</sup> Dispositivo interdisciplinario encargado de hacer una evaluación situacional y diagnóstica en la primera consulta, con el propósito de orientar a los pacientes sobre las alternativas de tratamiento y hacer una selección en función de los cometidos docente asistenciales del servicio.

<sup>4</sup> Las definiciones de las nueve categorías del Eje IV son extraídas de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

dramática en una fuerte caída en las reservas del Banco Central, un PBI que alcanzó el 11%, la inflación al 25.9% y una devaluación del 93.7%, significan un “antes” y un “después” en la sociedad uruguaya. La afectación de la vida cotidiana resultó ostensible en la emergencia de problemática psicosocial y emocional con claros signos en la consulta ambulatoria de un servicio universitario de atención a la Salud Mental, donde se forman psiquiatras y psicoterapeutas hospitalarios.

La validez de los instrumentos ha tenido contrastación empírica y ha sido de óptima evaluación, dada la sencillez de su registro y el haber sido sometida a continuas correcciones a punto de partida de su aplicación. Además resulta perfectamente adaptable a los procesamientos informáticos de software estadísticos potentes, como el SPSS que es el utilizado para su procesamiento.

### **Resultados Primarios**

Hemos intentado avanzar en el análisis de los datos, y para ello operativamente se ha dividido el tramo en dos grupos, haciendo coincidir el corte temporal con el momento de máxima expresión de la crisis bancaria de 2002 en el Uruguay y que sin duda, repercutieron en la vida cotidiana desencadenando situaciones individuales y colectivas que es de nuestro interés estudiar.

Este proceso tuvo efectos directos en la a consulta psiquiátrica en el Hospital Universitario, la cual aumenta sensiblemente en un 8% en el segundo tramo 2002-2004, ( 46 % antes de 2002 y 54% después de esta fecha), presentando respectivamente 85% de problemática psicosocial asociada.

### **Distribución de consulta realizadas antes o después de la crisis de 2002**

	<b>2000-2002</b>	<b>2002-2004</b>	<b>Total</b>
<b>Nº consultas</b>	<b>651 (46%)</b>	<b>752 (54%)</b>	<b>1403</b>
<b>Tiene probl. sociales</b>	<b>554 (85%)</b>	<b>647 (86%)</b>	<b>1201 (86%)</b>

En general el perfil sociodemográfico mantiene durante el período de estudio, las tendencias históricas: predominio de mujeres (relación de 3 a 1); con un promedio de edad de 42 años en un rango de 14 a 88 años, (el servicio admite población mayor de 14 años); procedentes de Montevideo, mayoritariamente solteros (30--35%); beneficiarios del carné de asistencia requisito para ser usuario del sub-sector público de salud; con nivel de instrucción medio alto (27% tiene secundaria completa y 15% acceden a estudios terciarios, en el tramo 2002-2004 estos últimos aumentan 4 puntos); que se desempeñan en actividades informales (26 y 16% para cada período) o son desocupados que buscan trabajo (11 y 19% respectivamente), o son pasivos (17 y 14%) o estudian (7 y 10%). El 11% viven solos y el 38% viven en pareja. La mayoría tienen antecedentes de patología orgánica (60%), la mitad (51%) tiene antecedentes personales psiquiátricos de los cuales 13% tienen al menos una internación). En cuanto a los antecedentes familiares psiquiátricos se dividen en partes iguales. Mayoritariamente son derivados de servicios médicos del propio Hospital universitario, (emergencia, internación o policlínicas: 63 y 61%) por síndrome de ansiedad-angustia.

Al comparar los dos tramos temporales definidos metodológicamente para este estudio, (antes y después de 2002), llaman la atención algunos desvíos:

- la consulta espontánea pasa de 13 a 20% en el segundo tramo
- la moda de edad: desciende de 36 a 21 años después de la crisis. En efecto en el segundo tramo se observa un aumento del 18% en la población menor de 29 años mientras desciende 4% la comprendida entre 30 y 45 años

**Tabla de contingencia 2000-2002 y 2002-2004 \* rango de edad**

rango de edad	2000 - 2002	2002 - 2004	% comparado	Total período
hasta 29 años	175(41%)	252(59%)	<b>18%+</b>	427 (100%)
de 30 a 45 años	200 (52%)	184 (48%)	<b>4%-</b>	384 (100%)
de 46 a 60 años	163 (49%)	169 (51%)	2%+	332 (100%)
más de 60 años	113 (43%)	147 (67%)	14%+	260 (100%)
Total	651 (100%)	752 (100%)		<b>1403</b>

- El nivel de instrucción es más alto en el tramo 2002-2004, el acceso a estudios terciarios se incrementa comparativamente 4 puntos.

Estos desvíos también se constatan en el eje IV de la clasificación del DSM IV. Los primeros resultados trabajados, indican como se distribuyen cada uno de las 9 variables que componen este eje durante los dos períodos. En este sentido resulta interesante no sólo identificar la existencia de problemática psicosocial, hecho esperable en la consulta del sub-sector público de cualquier país con economía dependiente, sino también observar como se comportan los valores registrados por efecto de esta problemática.

El siguiente cuadro muestra la frecuencia con que aparecen los problemas psicosociales sobre el total de la población de estudio.

**Distribución de problemas psicosociales N= 1403**

Período 2000 - 2004 *	n	Porcentaje	N
1. problemas relativos al grupo primario de apoyo	<b>890</b>	<b>63,4%</b>	1403
2. problemas en el ambiente social	<b>368</b>	<b>26,2%</b>	1403
3. problemas relativos a la enseñanza	89	6,3%	1403
4. problemas laborales	<b>331</b>	<b>23,6%</b>	1403
5. problemas de vivienda	<b>189</b>	<b>13,5%</b>	1403
6. problemas económicos	<b>511</b>	<b>36,4%</b>	1403
7. problemas de acceso a la asistencia médica	<b>338</b>	<b>24,1%</b>	1403
8. problemas con el sistema legal	53	3,8%	1403
9. otros problemas psicosociales	149	10,6%	1403

En la tabla siguiente se muestra como se presentan estos problemas según el tramo temporal antes después de 2002.

**Distribución de problemas psicosociales ántes y después de 2002.**

	2000 - 2002	%	2002 - 2004	%	Total	Dif %
1 problemas relativos al grupo primario de	416	<b>46,7</b>	474	<b>53,3</b>	<b>890</b>	<b>6,5</b>

apoyo						
2 problemas en el ambiente social	168	<b>45,7</b>	200	<b>54,3</b>	<b>368</b>	<b>8,7</b>
3 problemas relativos a la enseñanza	28	<b>31,5</b>	61	<b>68,5</b>	<b>89</b>	<b>37,1</b>
4 problemas laborales	122	<b>36,9</b>	209	<b>63,1</b>	<b>331</b>	<b>26,3</b>
5 problemas de vivienda	43	<b>22,8</b>	146	<b>77,2</b>	<b>189</b>	<b>54,5</b>
6 problemas económicos	192	<b>37,6</b>	319	<b>62,4</b>	<b>511</b>	<b>24,9</b>
7 problemas de acceso a la asistencia médica	102	<b>30,2</b>	236	<b>69,8</b>	<b>338</b>	<b>39,6</b>
8 problemas con el sistema legal	17	<b>32,1</b>	36	<b>67,9</b>	<b>53</b>	<b>35,8</b>
9 otros problemas psicosociales	72	<b>48,3</b>	77	<b>51,7</b>	<b>149</b>	<b>3,4</b>
Nº total de consultas	651	<b>46,4</b>	752	<b>53,6</b>	<b>1403</b>	<b>7,2</b>

Comparando los dos períodos, de los 890 casos que manifiestan “problemas relativos al grupo primario de apoyo” sabemos que se distribuyen 46,7 % antes y 53,3% después de la crisis de 2002. Entre uno y otro tramo se observa un incremento del 6,5%. Como se observa en la tabla siguiente, la preocupación por dificultades en la convivencia asociada a conflictos en los vínculos familiares se incrementa 4,5% mientras que desciende en 3 puntos la consulta por preocupación de la muerte de un familiar directo.

**Tabla de contingencia 2000-2002 y 2002-2004 \* problemas relativos al grupo primario de apoyo**

	2000 - 2002	%	2002 - 2004	%	Total	Diferencia %
cvf en convivencia	193	21,7	233	26,2	426	<b>4,5</b>
sep. conflictiva desinteg.	72	8,1	93	10,4	165	<b>2,4</b>
enfermedad propia/ fliar.	64	7,2	77	8,7	141	<b>1,5</b>
muerte de fliar directo	73	8,2	46	5,2	119	<b>-3,0</b>
soledad	5	0,6	22	2,5	27	<b>1,9</b>
otros	9	1,0	3	0,3	12	<b>-0,7</b>
Total	416	46,7	474	53,3	890	<b>6,5</b>

En la categoría “otros” se desagrega en seis atributos de bajo registro, (“sobrepotección” y “nacimiento”).

Respecto a “problemas en el ambiente social”, se registra un aumento de 4,9% en el segundo período en la existencia de “apoyo social inadecuado”, el encontrarse “retraído socialmente” aumenta 10 puntos, descendiendo la preocupación por “vivir solo” (3,5 % menos) y la migración propia o de familiar en 1,4%

**Tabla de contingencia 2000-2002 y 2002-2004 \* problemas en el ambiente social**

	2000 - 2002	%	2002 - 2004	%	Total	Diferencia %
apoyo social inadecua	<b>31</b>	<b>8,4</b>	49	<b>13,3</b>	80	<b>4,9</b>
vivir solo	33	<b>9,0</b>	20	<b>5,4</b>	53	<b>-3,5</b>
retraimiento soc. inactiv.	36	<b>9,8</b>	72	<b>19,6</b>	108	<b>9,8</b>
Muerte o pérdida de amigo	13	<b>3,5</b>	5	<b>1,4</b>	18	<b>-2,2</b>
Migración propia/liar.	41	<b>11,1</b>	36	<b>9,8</b>	77	<b>-1,4</b>
otros	14	<b>3,8</b>	18	<b>4,9</b>	32	<b>1,1</b>
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>45,7</b>	<b>200</b>	<b>54,3</b>	<b>368</b>	<b>8,7</b>

Las dificultades en el mundo del trabajo se registran según el DSM IV a través de 10 opciones de respuesta que básicamente pueden ser agrupadas en dos grandes esferas: “dificultades laborales y desocupación” que aumenta en 28,4% después de la crisis financiera de 2002; mientras que otros problemas laborales como la “insatisfacción laboral” y el “trabajo estresante” disminuyen.

**Tabla de contingencia 2000-2002 y 2002-2004 \* problemas laborales**

	2000 - 2002	%	2002 - 2004	%	Total	Diferencia %
diif.laborales y desocupac.	91	27,5	185	55,9	276	<b>28,4</b>
stres laboral e insatisfacc.	31	9,4	24	7,3	55	<b>-2,1</b>
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>36,9</b>	<b>209</b>	<b>63,1</b>	<b>331</b>	<b>26,3</b>

Los problemas de vivienda llaman la atención por sus bajos registros, ya que es una problemática relevante en el panorama social uruguayo que se agrava con el desmantelamiento progresivo del Banco Hipotecario y la ausencia de políticas sociales específicas. Aunque es probable que exista sub-registro de esta variable, nos interesa trabajar la información disponible, porque aún siendo escasa, da cuenta del deterioro y el malestar que provoca, con aumento de un 12,2% de casos que no tienen donde vivir y de un 30,2% de aumento de casos con atraso en el pago de alquileres o cuotas de hipotecas. Según los registros, también aumentan en 10,6% los casos de hacinamiento después de la crisis de 2002.

**Tabla de contingencia 2000-2002 y 2002-2004 \* problemas de vivienda**

	2000 - 2002	%	2002 - 2004	%	Total	Diferencia %
falta de hogar	<b>9</b>	<b>4,8</b>	32	<b>16,9</b>	41	<b>12,2</b>
atraso en pago vivienda	2	<b>1,1</b>	59	<b>31,2</b>	61	<b>30,2</b>
desalojo lanzamiento	9	<b>4,8</b>	14	<b>7,4</b>	23	<b>2,6</b>
agregado	12	<b>6,3</b>	32	<b>16,9</b>	44	<b>10,6</b>
viv.precaria hacinamien.	11	<b>5,8</b>	9	<b>4,8</b>	20	<b>-1,1</b>
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>22,8</b>	<b>146</b>	<b>77,2</b>	<b>189</b>	<b>54,5</b>

En cuanto a los problemas económicos se observa un agravamiento de las condiciones de existencia, prácticamente se duplican los casos de pobreza extrema, aumenta en 10 % la “insuficiencia económica” y en 12,1% el “endeudamiento”.

**Tabla de contingencia 2000-2002 y 2002-2004 \* problemas económicos**

	2000 - 2002	%	2002 - 2004	%	Total	Diferencia %
pobreza extrema	<b>12</b>	<b>2,3</b>	22	<b>4,3</b>	34	<b>2,0</b>
insuficiencia económica	157	<b>30,7</b>	208	<b>40,7</b>	365	<b>10,0</b>
endeudamiento	21	<b>4,1</b>	83	<b>16,2</b>	104	<b>12,1</b>
otros	2	<b>0,4</b>	6	<b>1,2</b>	8	<b>0,8</b>
Total	192	<b>37,6</b>	319	<b>62,4</b>	<b>511</b>	<b>24,9</b>

Respecto a la cobertura asistencial, aumentan casi 35 puntos las dificultades de acceso a las prestaciones, (la población queda sin cobertura asistencial y acude al sub-sector público sin la documentación requerida).

**Tabla de contingencia 2000-2002 y 2002-2004 \* problemas de acceso a la asistencia médica”**

	2000 - 2002	%	2002 - 2004	%	Total	Dif.%
s/doc. para recibir asistencia	<b>97</b>	<b>28,7</b>	215	<b>63,6</b>	312	<b>34,9</b>
probl. pago gastos en salud	5	<b>1,5</b>	21	<b>6,2</b>	26	<b>4,7</b>
Total	102	<b>30,2</b>	236	<b>69,8</b>	<b>338</b>	<b>39,6</b>

Correlacionando algunas de estas variables psicosociales con diagnóstico psiquiátrico sabemos que a partir de la crisis financiera de 2002, los diagnósticos de depresión, ansiedad y trastornos adaptativos concentran los valores más altos de preocupación por los nueve problemas psicosociales del Eje IV. (86%, 42%, y la totalidad de los casos respectivamente. En el estudio comparado de la población que consulta antes del 2002 y la que consulta después, es de destacar que la conflictiva familiar se mantiene igual entre los deprimidos y se incrementa 20,5% entre quienes presentan ansiedad. El estrés laboral aumenta 26% entre los diagnosticados con depresión y 36% con ansiedad. En cuanto el estrés económico en el mismo período, se incrementa 59% entre los deprimidos y 27% entre los ansiosos.

Los diagnósticos de Trastornos Adaptativos se incrementan en forma muy importante, lo que según definición del propio DSM, correlaciona con la existencia de estresores psicosociales. Es por esta razón que en la totalidad de los casos diagnosticados con este tipo de trastorno registra problemas psicosociales.

Veamos en la siguiente tabla como se desagregan estas situaciones:

### Resumen Comparando Eje 1 y Eje IV DSM IV antes y después de mayo de 2002

	antes 2002	despues2002	total	antes 2002	despues2002	diferencia %
<b>total consulta</b>	651	752	1403	46,4	53,6	<b>7,2</b>
<b>total depresión</b>	214	227	440	48,6	51,6	<b>3,0</b>
<b>total ansiedad</b>	183	233	416	44	56,0	<b>12</b>
<b>total adaptativo</b>	22	53	75	29,3	70,7	<b>41,3</b>
<b>Total</b>	419	513	931	45,0	55,1	<b>10,1</b>

<b>depresión+cvf</b>	164	165	329	49,8	50,2	<b>0,3</b>
<b>ansiedad+cvf</b>	116	176	292	39,7	60,3	<b>20,5</b>
<b>adaptativo+cvf</b>	1	12	13	7,7	92,3	<b>84,6</b>
<b>Total</b>	281	353				

<b>depresión+lab</b>	43	74	117	36,8	63,2	<b>26,5</b>
<b>ansiedad+lab</b>	34	71	105	32,4	67,6	<b>35,2</b>
<b>adaptativo+lab</b>	3	10	13	23,1	76,9	<b>53,8</b>
<b>Total</b>	80	155				

<b>depresión+eco</b>	70	106	176	39,8	60,2	<b>20,5</b>
<b>ansiedad+eco</b>	55	118	173	31,8	68,2	<b>36,4</b>
<b>adaptativo+eco</b>	7	16	23	30,4	69,6	<b>39,1</b>
<b>Total</b>	132	240				

Recordar que el Eje IV no es mutuamente excluyente y que sólo se toman los diagnósticos del Eje I

**En síntesis comparando antes y después de la crisis de 2002 se observa:**

1. Si bien en líneas generales, en ambos períodos se mantiene la tendencia histórica en cuanto a perfil sociodemográfico; interesa destacar:
  - Se mantiene el promedio de edad en 42 años, mientras desciende la moda de 36 a 21 años. Aumenta 18% la consulta de los jóvenes menores de 29 años y desciende 4 puntos porcentuales la comprendida entre 30 y 45 años
  - La demanda de consulta psiquiátrica aumenta 8%; la consulta espontánea pasa de 13 a 20% en el segundo tramo temporal
  - Después de la crisis, aumenta el nivel de instrucción de la población, en especial la que tiene secundaria completa y 4 puntos quienes acceden a la educación terciaria
  - Disminuye la población ocupada en changas de 26 a 16% durante el 2002-2004. Aumentan los desocupados que buscan trabajo (11% y 19% respectivamente)
2. La preocupación por problemas psicosociales registrados en el Eje IV aumenta considerablemente después de la crisis de 2002:
  - Aumenta 6,5% los “problemas de convivencia con el grupo primario de apoyo” sobretudo en cuanto a “conflicto en los vínculos familiares” y “desintegración familiar conflictiva”;
  - las dificultades en el “ambiente social” registran un incremento del 8,7% principalmente en el “apoyo social inadecuado” y en el “retraimiento social”. Decece la circunstancia de “vivir solo” y la “migración propia o de familiares”

- aumentan más de 28% los “problemas laborales” sobretodo en la preocupación por las “dificultades laborales” y por encontrarse “desocupado” , mientras disminuye la “insatisfacción laboral”. La gente ya no se preocupa por la calidad del empleo sino por tener o no trabajo.
  - los “problemas de vivienda” presentan una diferencia del 54,5%. Este dato es difícil de ponderar porque probablemente tengan sub-registro. No obstante esto, interesa destacar que se evidencia un agravamiento por el aumento en “atraso en el pago de alquileres y de cuotas hipotecarias”, por la “falta de hogar” o vivir en calidad de “agregado”;
  - los “problemas económicos” aumentan casi en un 25%, en el segundo tramo se duplica la población en situación de “pobreza extrema”, aumenta la preocupación por la “insuficiencia económica” y por el “endeudamiento”.
  - Crecen un 39,6% los problemas de “acceso a la asistencia médica” por solicitar atención personas sin cobertura sanitaria.
3. Correlacionando las variables psicosociales del Eje IV con el diagnóstico psiquiátrico registrado en el Eje I sabemos que a partir de la crisis de 2002:
- El 86% de los deprimidos, el 42% de los ansiosos y la totalidad de los trastornos adaptativos expresan espontáneamente preocupación por algún problema psicosocial.
  - la conflictiva familiar se mantiene prácticamente igual entre los deprimidos mientras se incrementa 20,5% entre quienes presentan ansiedad.
  - el estrés laboral aumenta más 26% entre los diagnosticados con depresión y 35% con ansiedad.
  - en cuanto el estrés económico se incrementa 20,5% entre los deprimidos y más del 35% entre los ansiosos.
  - los diagnósticos de Trastornos Adaptativos se incrementan en forma muy importante, en el orden del 41,1%, lo que por definición del propio DSM, correlaciona con la existencia de estresores psicosociales.
  - El resto de los diagnósticos psiquiátricos correlacionan con los problemas psicosociales en forma similar a la tendencia histórica.

### **Comentarios finales**

Si bien aun se hace difícil identificar si los problemas psicosociales son origen o consecuencia del sufrimiento emocional, los datos observan subordinación recíproca entre estos problemas y los diagnósticos psiquiátricos de ansiedad, depresión y trastornos adaptativos. En efecto, al comparar el estrés psicosocial registrado en el eje IV del DSM en los cortes temporales “antes y después de la crisis de 2002”, se confirma que el origen y evolución de estas patologías se encuentra íntimamente ligado a las condiciones de existencia.

Según estos resultados, los datos se incrementan en forma alarmante con la crisis financiera de 2002. El 86% de las personas diagnosticadas con depresión y el 42 % con ansiedad,

y todos los diagnosticados con trastornos adaptativos expresan espontáneamente estar preocupados por algún problema psicosocial; mientras que en los demás diagnósticos psiquiátricos las correlaciones se mantienen en forma similar a la tendencia histórica. Aumentan las consultas por quejas existenciales y crece el estrés familiar, laboral y económico entre los diagnosticados con depresión o ansiedad. También crecen los diagnosticados con trastornos adaptativos que por definición correlaciona con acontecimientos biográficos relativos a las condiciones de existencia.

Las dificultades en los vínculos interpersonales y familiares es una problemática común, (en números redondos 54%) expresada en violencia doméstica, abandono, desintegración familiar y separaciones conflictivas. El 54,3% dijo tener dificultades con el entorno social; 62% graves problemas económicos, y la mitad aludió problemas bien específicos: consumo de sustancias, embarazo no deseado o muerte de alguien querido. El mundo del trabajo aparece con gran afectación, es elevado el número de personas desocupadas o que se desempeñan en tareas mal calificadas y peor remuneradas, el 40% de quienes manifiestan problemas sociales, no estudia ni trabaja.

De los resultados podría decirse que a mayor presencia de problemas en las categorías “relaciones familiares”, “trabajo” y nivel socioeconómico”, se produce un aumento de la consulta psiquiátrica por depresión, ansiedad o trastornos adaptativos. Pero, como el estudio toma en cuenta no lo que diagnostica el entrevistador sino la preocupación espontánea que manifiesta la población por estos problemas durante las entrevistas, se resalta la percepción subjetiva de malestar como respuesta a las transformaciones en las condiciones de existencia por efecto de la crisis en la vida cotidiana. Esto podría ser lo más destacable como avances de investigación, porque no se pretende discutir los diagnósticos psiquiátricos ni las clasificaciones en Salud Mental, sino explorar la percepción subjetiva de malestar en función de los contextos en que vive la población.

Si la problemática social afecta los espacios privados y colectivos, como se confirma en esta investigación, el contexto nos interpela a redefinir la Salud Mental como campo que atiende la condición humana y su objeto deja de ser de dominio exclusivo sanitario, para concebirse como sistema abierto de la acción social.

Los sectores en riesgo y los vulnerables actuales, son quienes reclaman algunos derechos y la respuesta no puede ser la filantropía, ni las políticas de ayuda fragmentadas ni los emprendimientos de programas privados, porque no corrigen las situaciones de vulnerabilidad.

El concepto de responsabilidad social supone el derecho de las personas a pedir ayuda o a autoayudarse en el proceso subjetivo. Para ello se deben instrumentar las intervenciones en salud mental desde otra perspectiva, y esto no es sinónimo de asistencia psiquiátrica y/o psicológica tradicional, por el riesgo de psicopatologizar y estigmatizar situaciones existenciales producto de los avatares históricos. Es necesario articular el sufrimiento mental con la subjetividad individual y colectiva y también con los factores de riesgo de la vida social a partir de re-valorizar al sujeto inmerso en una vida relacional y en un contexto social. Así, la salud mental puede ser

considerada como sucesión de ciclos que fluctúan en el proceso vital en constante reequilibrio con las condiciones de vida. introduciendo el concepto de vulnerabilidad social como riesgo potencial en que las personas y las comunidades viven, crecen y se desarrollan y en función de la cual es preciso dar respuestas adecuadas y oportunas.

Setiembre de 2007

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, DSM IV, (2001).Editorial Masson SA, reimpresión de la 4º edición, Barcelona.
2. Dorantes, Luis; (1987) "La investigación clínica", Ed. Interamericana, México
3. Fernández, Beatriz; (2006) "Comentarios sobre Investigación Social", Revista Conciencia Social, Nº 7/8, Universidad de Córdoba, Argentina.
4. Fernández, Beatriz; (2006) "Efectos psicosociales de la pobreza", Revista "Trabajo Social" Nº ISSN 0188-1396 de la Universidad Nacional Autónoma de Méjico, UNAM, México.
5. Fernández, Beatriz; (2003) "Algunas consideraciones sobre vulnerabilidad social y salud mental", La Psicología en la realidad actual, Editorial Psicolibros, Uruguay.
6. Fernández, Beatriz; (2001) "Apuntes sobre desigualdad social: y de cómo la cotidianidad no está tan ajena"; Publicación de las Jornadas Científicas en Psiquiatría.
7. Fernández, Beatriz; Gerpe, Cristina; Montado, Gabriela; Palermo, Ana; Ginés; Angel M. (2000) "Proyecto de investigación CSIC: Estudio sobre la persistencia de los efectos terapéuticos en un programa de psicoterapia psicoanalítica", en Investigación en Psicoterapia. Procesos y Resultados. Investigaciones empíricas. Society for Psychotherapy Research, Cap. Latinoamericano, Editora de la Universidad de Pelotas. Pelotas
8. Filgueira, Carlos; Filgueira, Fernando; (1994); "El largo adiós al país modelo. Políticas sociales y pobreza en el Uruguay", Ed.Peithos, Montevideo.
9. Foucault, M (1988) "Enfermedad Mental y Personalidad" Paidós
10. Gabbard, Glen; (2002); "Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica" Editorial Médica Panamericana, 3ª edición, Bs. As.
11. Kaztman, Ruben; (2001); "Activos y Estructuras de Oportunidades, Documento Proyecto URU/97/01" Apoyo a la implementación del Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social", CEPAL – PNUD
12. Rosanvallon, Pierre, (1995), *La nueva cuestión social*, Editorial Manantiales, Bs. As. Argentina
13. Rudolf, Susana; (2002) *La Psicología en el Hospital Universitario*. Compilado por A. Gandolfi Editorial. Psicolibros – Facultad de Psicología, Montevideo.