

ALGUNAS CONTRIBUCIONES DE LA SOCIOLOGÍA PARA UNA PSIQUIATRÍA Y MEDICINA ANTROPOLOGICA

Prof. Dr. Julio José Herrera
Lic. Silvia Salzman de Cirasino

Vamos a presentar en este artículo —como lo iremos haciendo en otros sucesivos, próximos a aparecer— algunos de los múltiples problemas que una psiquiatría moderna —y por extensión una medicina actualizada— exigen como requisito, no necesario sino indispensable. Nos vamos a referir aquí, de un modo sucinto, pero concreto, a la contribución de la sociología —para más adelante afrontar específicamente a la sociología médica— como un valioso aporte a este nuevo modo de ayudar a esclarecer problemas fundamentales, tanto teóricos como prácticos, en lo que venimos insistiendo como enfoque enriquecedor de una verdadera antropología psiquiátrica y, naturalmente, médica.

Comprenderá el lector que aquí sólo encontrará esbozos de algunos de esos planteos, ya que su desarrollo exhaustivo sobrepasa las pretensiones de un artículo breve. No obstante, si se van integrando los diversos escritos que vamos a ir entregando en forma más o menos sucesiva, seguramente el panorama resultaría más completo, lográndose así una visión holística de una psiquiatría y medicina que a esta altura de nuestro conocimiento y de nuestra praxis no se puede ignorar.

Trataremos, pues, de mostrar aquí algunas de estas concepciones de nuestro modo de pensar hoy en torno de una psiquiatría y, por extensión, de una medicina, que no se fundamentan sólo en bases biológicas que, aunque importantes y a las que no queremos descalificar, son insuficientes para sustentar y darles posibilidades prácticas a una realidad integrada, que no se puede escamotear sino es a costa de hacerle perder su verdadera identidad.

1. MARCO SOCIOCULTURAL

Repetidamente hemos escuchado —así como venimos repitiendo y enseñando— que no se concibe al hombre aislado. El hombre sólo logra su realización como tal en relación a los demás hombres, interactuando en un determinado medio sociocultural. Así, sociedad y cultura se nos presentan como una diada inseparable: toda sociedad humana genera cultura y la cultura sólo aparece y se desarrolla en un marco social.

Pero el papel del hombre no es el de una unidad neutral e indiferente históricamente, ante los obstáculos que frenan su realización (precisamente frente a ellos) ha creado instrumentos que le permiten dominar las situaciones, “con ellos modifica la naturaleza, porque todo dominio implica una modificación y toda modificación del contexto exterior implica una automodificación. La capacidad creadora del hombre como ser social no ha sido jamás producto de la casualidad, sino de la causalidad”.⁽²⁴⁾ Lo anteriormente expresado tiene incidencia en el plano individual, en tanto la cultura “para el individuo pasa por una toma de conciencia de la sociedad en que vive, del lugar que en ella ocupa, del rol que en ella puede desempeñar. La cultura presupone que el individuo la comprende y que se siente parte integrante de esa evolución”.⁽⁶⁾ De allí que “la cultura por una parte determina la personalidad y, por otra parte, la refleja”.⁽⁶⁾ De este modo, el hombre es creador de cultura y, al mismo tiempo, es afectado por ella.

Este concepto reconoce una gestación histórica, “... la filosofía de la ilustración y, sobre todo, el idealismo alemán hegeliano, echaron las bases que nos permitieron llegar al concepto actual, generalmente aceptado, de la cultura como acción del hombre sobre la naturaleza y sobre sí mismo, modificándose y modificando su contexto exterior, con los instrumentos de que dispone, en un ámbito y un medio dados”.⁽¹⁰⁾

Debe entenderse así por cultura tanto las realizaciones materiales como inmateriales de un pueblo, que van desde las formas de labranza de la tierra hasta los modernos procesos industriales, que comprenden el conjunto de hábitos y costumbres, las formas de interacción comunitarias, las creaciones desde las formas artesanales hasta las más refinadas del espíritu. Este modo de concebir la cultura es un concepto vivo e integrador, donde incluimos tanto el folklore como la ciencia, el idioma, la religión, la política, la organización productiva y la técnica, la filosofía, las artes, etcétera.

Por lo tanto, en este sentido nuestra intención en el uso del término cultura, tal cual lo utilizamos, está muy alejada de aquellas definiciones que la proponen como erudición, o como antítesis de lo “salvaje” o “primitivo” circunscribiendo sus fronteras a lo “civilizado”.

De esta misma concepción también se desprende la cultura como una verdadera sucesión de actos creadores. Tiene una nota inmediata y presente en su gestación y vivencia, pero tiene además carácter histórico en tanto acumulación de actos culturales en el devenir de la humanidad.

Este proceso, que se registra en todas las culturas, asume formas propias en cada una de ellas, y sus características van configurando modalidades específicas, de modo tal que sea posible así captar individualidades. Lo que distingue a una cultura de otra no hace referencia a uno o varios elementos aislados de ella, sino a esa trama compleja de relaciones, en la cual cada una de las unidades de análisis adquiere una coloración particular en su permanente referencia al todo. Es así que “cada sociedad acentúa determinadas potencialidades humanas, ignora otras tantas, prohíbe otras en función de su propia forma. Cada cultura tiene su configuración característica, siendo esta configuración la unidad significativa, y no tal rasgo o tal institución cuya variabilidad es infinita”.⁽⁹⁾

En síntesis, cada cultura estructura sus elementos componentes de un modo particular y si, a los fines puramente metodológicos, aislamos sus unidades integrantes cuidando de advertir sus relaciones y proporciones, veremos que ellas responden a una estructura que da forma al conjunto. En este marco cada comunidad se termina forjando una pauta de lo normal y otra de la anormal. Consecuentemente, nociones tales como las de salud y enfermedad responden a la manera como el grupo se piensa a sí mismo, y a cómo se organiza como entidad social que perdura y se desenvuelve en el tiempo. Por ello coincidimos con Ch. Hughes,⁽¹⁴⁾ cuando afirma que: "Es la cultura, no la naturaleza, la que define la enfermedad, aunque suelen ser la cultura y la naturaleza las que fomentan la enfermedad".

2. LO NORMAL Y LO ANORMAL SEGUN LAS CIENCIAS SOCIALES

Se dice de un modo general que lo normal es lo conforme a la norma. Pero como cada cultura tiene su propio sistema de valores y normas que la caracterizan, sucede entonces que lo normal en un determinado contexto cultural aparece como anormal en otro diferente y viceversa. Podemos recurrir aquí, entre otros, para reafirmar nuestro punto de vista al artículo de Ruth Benedict "Antropology and the abnormal", quien toma como referencia para el análisis material que le brinda la etnología, como la homosexualidad de las sociedades berdaches, el carácter paranoico de las culturas melanecias (Dobu), la normalidad del trance de las sociedades chamánicas, etc., para concluir que aquello que nuestras pautas denominan patológico, entra en el marco de la normalidad en culturas diferentes de la nuestra.⁽²⁾

Por ejemplo, "la cultura kwakiutl está fundada sobre la costumbre del potlatch, es decir, la lucha por el prestigio; nosotros consideramos la constitución paranoide como patológica; los kwakiutl, en cambio, la consideran como una constitución privilegiada, porque es esta constitución la que está en el punto de partida de los torneos, los desafíos, las batallas de dones y contradones; vayamos más lejos aún: toda la educación tenderá a cultivaren el niño y a desarrollar dentro de él los gérmenes de la paranoia y será el niño demasiado pasivo, demasiado dulce o demasiado sumiso el que habrá de ser considerado como 'anormal'...".

"Cuando las reacciones que nos parecen mórbidas están determinadas por las normas de la sociedad, no hay que hablar de la relatividad de lo normal, estamos en efecto fuera de lo patológico, nos encontramos en presencia de mecanismos culturales normales".⁽²⁾ Puede resultar así que la similitud entre la conducta del kwakiutl y la del enfermo paranoico de nuestra sociedad sea más superficial que verdadera. Wergrocki se expresa cuando hace referencia al comportamiento de los indios del llano de EE.UU. de la siguiente forma: "el comportamiento anormal de los indios es análogo al de los psicóticos, pero no homólogo".⁽²⁾

La tesis de Benedict, quizá, podría demostrarse en los casos en que la anormalidad consiste en una forma de conducta determinada, como la homosexualidad y los estados de trance, entre otros. Pero, en aquellas anomalías que contienen componentes fuertemente subjetivos de temor, fantasía autística, conflicto, mala adaptación, las analogías se relativizan.⁽¹⁶⁾

El recurso a la comparación y descripción de sociedades primitivas es sin duda efectivo y constituye una ayuda eficaz que brinda la antropología cultural y etnológica, a la sociología, al permitir circunscribir en unidades de menor complejidad y de más fácil descripción el campo de estudio. Contribuye y ayuda además a introducir el concepto de relativismo cultural, que enriquece y amplía nuestros moldes mentales, que pueden caer en el error de considerar nuestras propias pautas culturales sino como únicas, al menos como buenas o mejores.

Sin embargo este instrumento debe ser utilizado sobre la base de dos advertencias. En primer lugar, el relativismo no puede ser llevado a un extremo tal que inhiba el progreso de la especulación hacia conclusiones válidas, sobre las que puedan basarse cursos de acción. Y, como segunda prevención, diremos que si bien en las sociedades primitivas podemos encontrar en una dimensión casi de laboratorio los elementos básicos constitutivos de una sociedad, no debemos olvidar que nuestra sociedad presenta una diferencia cualitativa fundamental a partir de su mayor complejidad.

Este rasgo, característico de la sociedad moderna, es uno de los elementos que, según intentaremos demostrar, influye poderosamente en la generación o potenciación de enfermedades mentales.

Afirmamos esto porque esta complejidad no sólo somete al individuo a una gran cantidad y simultaneidad de mensajes de difícil procesamiento, sino que, en muchos casos, éstos son contradictorios no sólo unos con otros sincrónicamente, sino que aprendizajes y condicionamientos adquiridos durante prolongados lapsos de la vida se descubren incoherentes, o al menos insuficientes, para resolver situaciones planteadas en un momento dado. Si en el desarrollo de este trabajo somos capaces de dejar sugerida la hipótesis de que la adaptabilidad del sujeto, y por ende el entrenamiento recibido para tal adaptabilidad, se relacionan estrechamente con la salud mental, comprendemos que en este aspecto existen diferencias significativas en relación a las sociedades primitivas. En este punto se hace imprescindible adoptar, aunque sólo sea metodológicamente, una definición aproximada —y nada más que eso— respecto de los temas de normalidad y anormalidad. Ello se conecta íntimamente con el tema de la relación entre las patologías mentales y el contexto social. Esto ocurre así porque consideramos junto a calificados autores, que la determinación o declaración de "enfermo" no es un acto puramente individual, ni se establece a partir de una fórmula taxativa, al modo de las químicas o matemáticas, sino que es un acto verdaderamente social, que surge en función de creencias y valores y, dentro del contexto de un estadio determinado del conocimiento científico.

Para empezar y en líneas generales, podemos decir que el criterio de normalidad puede asumirse desde dos ángulos diferentes: el valorativo y el estadístico. "Hay dos clases de concepto de normalidad, según se adopte la

norma del término medio o la norma de valor. Normal, en el sentido de la norma del término medio es precisamente el término medio. Normal, en el sentido de la norma del valor, es lo que corresponde al ideal subjetivo personal... En el sentido de la norma del término medio puramente cuantitativa, es anormal lo que se aparte de dicho término medio, de lo ordinario y frecuente... En el sentido de la norma del valor, es anormal lo que se oponga a la imagen ideal."⁽²⁵⁾

El criterio estadístico nos brinda una base objetiva de análisis, desligándonos del mundo de los valores, en tanto juicios de valor, para considerarlos como hechos observables, que nos permiten en cierta forma medir la tendencia general de una población y, por ende, su desviación.

Por razones metodológicas escogeremos al criterio estadístico como "idea directriz", parafraseando a Kurt Schneider, y sin desconocer las objeciones que puedan hacérsele, objeciones que se agudizan en la medida en que la observación sea puntual, un corte transversal en el devenir, que corresponde a lo que podríamos llamar "análisis estático". Si por el contrario nuestro análisis es "procesal", "dinámico" o "histórico", estas objeciones se relativizan. Aunque la normalidad debe referirse necesariamente a un momento de la historia de una determinada sociedad en un definido ámbito geográfico, para considerarlo en un sentido procesal, la media de comportamiento tenderá a ajustarse, de alguna manera, a las valoraciones predominantes en una sociedad.

Si volvemos al concepto esbozado anteriormente, diremos que resultan tan anormales los comportamientos por encima como por debajo del término medio; la existencia de anomalías por encima de la media (santos, héroes, etc.), no hace sino reafirmar la idea de que lo anormal y lo enfermo no son conceptos idénticos.

Cuando los sociólogos franceses estudian los hechos del "marginalismo", término que corresponde entre nosotros, grosso modo, al anglosajón de "desviación", clasifican entre los marginados a los inmigrantes todavía no arraigados, a los criminales, a las prostitutas, a los vagabundos solitarios, tanto como a los enfermos mentales. También aquí resulta cierto que el vagabundo puede ser un débil mental, el criminal un paranoico y que el inmigrante puede atravesar en una cierta etapa de su vida por una crisis neurótica; no obstante, el marginalismo no se confunde con la anomalía psiquiátrica. El error de Ruth Benedict sería, pues, haber mezclado los dos órdenes de hechos, heterogéneos por naturaleza, la normalidad cultural y la salud mental.⁽²⁶⁾

Parecería que, de acuerdo a la conceptualización de normalidad-anormalidad, la adaptación del individuo a las normas establecidas, adquiere fundamental importancia. Pero, siendo la vida del ser humano y el desenvolvimiento de las sociedades un devenir constante de circunstancias y hechos diversos, nos parece más adecuado que hablar de adaptación, que es una acción definida y terminada en un punto dado y por ende un fenómeno pasivo para el sujeto, referimos a la adaptabilidad, haciendo mención a la capacidad que posee el individuo no sólo de amoldar su comportamiento a la normatividad social, sino a la de ejercer su influencia para modificar el medio, aptitud que refleja, como hemos dicho anteriormente, ese proceso permanente de interacción entre el hombre y su medio.

En consecuencia, no considerando suficiente decir que las enfermedades mentales integran el amplio grupo de las "anomalías por debajo de la media", se hace necesario precisar los conceptos de salud y enfermedad.

3. SALUD Y ENFERMEDAD

IncurSIONAMOS aquí en un terreno difícil y un tanto resbaladizo, en el que las opiniones de los distintos autores no son siempre coincidentes. Procuraremos, en consecuencia, basarnos en nuestras propias maneras de ver el problema, acudiendo —cuando sea necesario— al criterio de aquellos que nos den sustento a este modo de visualizar el problema.

La conceptualización, y el propio hecho fáctico entre salud y enfermedad, es siempre difícil, aun para el caso de aquellas patologías de origen predominantemente biológico. Remarcamos el término "origen", pues en definitiva el proceso terminará siendo —como veremos luego— un hecho que rebasará el estricto marco de la biología, precisamente por la autoría de quién "lo padece". Esta situación, además, se hace particularmente evidente —por no decir conflictiva— en algunos casos especiales. Tal es lo que ocurre, por ejemplo, con las denominadas enfermedades "físicas" y las consideradas "mentales" o "psiquiátricas" que, aunque está casi universalmente aceptada la interdependencia estrecha entre ambas, no es sencillo deslindar siempre los límites y los modos de esa interinfluencia. Tal vez, porque en definitiva no sea otra cosa que nominar lo mismo, de distinta manera. Dejamos aquí, sin embargo, este problema, que retomaremos en otra oportunidad.

Por otra parte el "estado de salud" de un modo absoluto no puede considerarse sino como un concepto paradigmático de difícil hallazgo en la realidad. De allí que muchos autores prefieren hablar de un "estado relativo de salud".

Por el campo específico de estudios, en el caso de las llamadas enfermedades mentales, estas dificultades recrudecen más.

Queremos en este momento recordar que la O.M.S., en la carta del año 1945, define la salud "como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Esta definición, como es fácil advertir, significa un notable avance respecto de concepciones anteriores, en tanto incorpora tres ámbitos fundamentales en el análisis, el físico, el mental y el social; sin embargo, el homologar el concepto de salud al de "completo bienestar" deja —a nuestro entender— el problema sin resolver, transformándolo en una suerte de falacia o, incluso, de utopía. Apelamos aquí al norteamericano E. A. Murphy, un teórico de la

medicina, quien ha dicho un tanto ingeniosamente que "un individuo sano es un individuo no suficientemente explorado",⁽¹²²⁾ No consideramos éste el momento de efectuar una crítica más detallada a esta definición de la O.M.S. —que venimos haciendo sistemáticamente en nuestras clases— pero que desarrollaremos en un próximo artículo.

En contrapartida, y sólo a los fines de este trabajo, proponemos otra definición que creemos un poco más operativa. Provisoriamente, y teniendo en cuenta lo recién afirmado, entendemos que la salud "es el equilibrio biopsico-sociológico que el hombre es capaz de lograr y sentir, en un momento determinado de su vida, teniendo en consideración el propio contexto sociocultural donde vive y se desarrolla". La ruptura de ese equilibrio posibilita el riesgo de enfermar, ya sea en forma transitoria o permanente.

Debemos señalar que lo que proponemos no trata de expresar un concepto estático; muy por el contrario, nos referimos, de un modo general, a lo que se ha denominado como "equilibrio dinámico", en un proceso permanente de estructuración, desestructuración y reestructuración, donde el hombre como tal, funcionando como un todo, lucha activamente en la búsqueda de ese equilibrio.

Una situación análoga nos ocurre cuando hablamos de enfermedad; también aquí enfocamos aunque muy someramente estos tres ámbitos: el biológico, el psicológico y el social.

Y esto es así porque la enfermedad o la salud son, en última instancia, "situaciones" o "condiciones" por las que el hombre atraviesa. En consecuencia, para hablar de cualquiera de ellas, es necesario partir de una concepción previa: la del hombre que es el "sujeto" o el sustantivo sobre el que se adjetiva una "condición transitoria" que tiene el valor de una verdadera "propiedad". La posición filosófica que se adopte sobre el hombre será en definitiva la que marque la salud y la enfermedad. Por ello la necesidad ineludible de conceptualizar al "antropos" para saber luego lo que ese antropos tiene. No olvidemos tampoco que la medicina es una ciencia que se ocupa del hombre y mientras no sepamos qué es éste tampoco podremos saber cuánto la ciencia se ocupa de él.

Todo esto tiene que ver con el interés que desde hace algunos años venimos insistiendo en que el médico —aun el práctico—, tanto más aquel que tiene necesidad de conocer los fundamentos de su quehacer, incursione sin temor y sin prejuicios en una verdadera antropología médica, para la cual tiene que recurrir a conocimientos no estrictamente médicos.⁽¹²³⁾

Las ciencias de la naturaleza deben ser ayudadas por las ciencias del hombre para poder llegar a perfilar ese "sujeto-objeto" sin el cual no es posible entamar el resto del conocimiento.

Las corrientes modernas se levantan por ello contra una concepción simplemente organicista —y demasiado simplista— de la enfermedad, según la cual sólo hay enfermedades de órganos y células. De ser así, el ser humano pasa a ser considerado como "soporte" de la enfermedad, amputándole de esta manera la integralidad del hombre como una unidad, inextricable e indisoluble.

Esto sucede cuando las ciencias físico-matemáticas se configuran como el verdadero y a la vez único modelo del saber en medicina, difundándose de esta manera una forma fragmentaria de conocimiento y por ende sólo válida para una porción de la realidad, dejándose de lado el saber que abarca lo psíquico y social. En este marco la medicina se organiza al modo de las ciencias físico-naturales. Su objeto es el cuerpo, como "cosa" física, y la enfermedad es un hecho observable sólo desde esa metodología que supone una etiología, en consecuencia, determinista, donde lo único "real" es la enfermedad y no el "hombre como ser enfermo".

Con el aporte del psicoanálisis, posteriormente de la medicina psicosomática y luego de la medicina antropológica, se procura hacer hincapié en una visión de conjunto, donde el verdadero protagonista es el hombre como tal. Consecuentemente, se bucea para detectar la estructura antropológica de la enfermedad abordando y abarcando al hombre en su triple dimensión: biológica, psicológica y social.

Siguiendo a Gustav von Bergmann podemos decir, teniendo en cuenta lo señalado, que "en todo enfermo hay dos aspectos: el que se refiere a la persona biológica, conjunto de funciones, y aquel intrínsecamente relacionado, de la 'íntima historia vital', constituyendo ambos una unidad en la salud y en la pérdida de ella".⁽¹²⁴⁾ Esta pasa a ser una concepción integradora y humanizante que entiende la enfermedad como un fenómeno que abarca al individuo como un todo y en el que participa la totalidad de su historia y su contexto, tal como decía Rof Carballo "... una comprensión total del hombre que integre las funciones de los órganos y su vida personal. Lo que ocurre en el aquí y ahora, en un momento dado, y lo que fue su pasado y su 'proyecto vital' para el futuro, como fundamento para una medicina que pretenda llamarse realmente humana".⁽¹²⁵⁾ Recordemos a este propósito a Dilthey en su certera expresión "el hombre es más biografía que biología".

Desde el punto de vista psicológico nos resultan metodológicamente útiles los tres criterios señalados por Brendan Maher para considerar una conducta como patológica y necesitada de ayuda terapéutica. Estos serían: a) La existencia de lo que llama "angustia personal", de tal manera que la persona que la sufre padece una tal angustia e insatisfacción vital que la lleva a solicitar ayuda médica. b) La existencia de "conductas incapacitantes" tales como pueden ser las conductas pasivas, dependientes, hostiles, fóbicas, obsesivas, inseguras, etc., que conllevan una mayor o menor incapacitación para el despliegue de las tareas y obligaciones (familiares, profesionales, sociales, etc.) de una persona. c) El "deficiente contacto con la realidad", manifestado por comportamientos en los que se expresa una relación diferente con la realidad que ya escapa al consenso social (oye voces y ve cosas que otros no perciben).⁽¹²⁶⁾

Al incorporar el punto de vista sociológico, se caería en un renovado error si se lo hiciese sin prudencia y como opuesto al biológico o al psicológico. Los tres son complementarios entre sí y no puede existir uno sin la presencia de los otros en grados diversos.

El medio social actúa sobre los individuos a través de su herencia genética, su estado físico y su biografía personal. Pensar lo contrario nos introduciría en un nuevo determinismo, fácilmente desmentible por la realidad ya que es evidente que igual medio social no ejerce sobre todos los individuos un efecto idéntico.

Por el contrario, el objetivo es contribuir a analizar con una visión de conjunto la multiplicidad de factores que convergen sobre la generación de una patología o tendencia a la misma, y tratar de extraer conclusiones que a partir de su generalización mediante el método científico contribuyan a la elaboración de teorías válidas.

Si la enfermedad es un hecho vital que abarca la totalidad del ser humano, es por consecuencia simultáneamente un fenómeno social. La enfermedad, mucho más allá de los presupuestos propios de la salud pública, es un tema social. "El hombre, en todas partes, discurre sobre las causas de los acontecimientos importantes de su vida, o las adivina. Las miserias que pesan sobre el cuerpo y la mente se explican en términos naturales y sobrenaturales".⁽¹⁴⁾ "... del mismo modo que siempre han perturbado al hombre enfermedades, accidentes, deformidades y ansiedad, siempre ha existido una respuesta, organizada y premeditada, por parte de la sociedad, a tales amenazas. En todo grupo humano, por pequeño o primitivo que sea, existe un sistema de creencias sobre la naturaleza de la enfermedad, sus causas y tratamiento, y sus relaciones con otros aspectos de la vida del grupo".⁽¹⁴⁾

En general los grupos sociales en la búsqueda de una explicación satisfactoria a la alteración del orden establecido, a la ruptura del equilibrio, han intentado diferentes caminos para determinar las causas de la perturbación, causas que actúan como símbolos donde se expresa la red social de relaciones.

Así, Steven Polgar, haciendo referencia a diversos trabajos sobre el tema, nos dice que: "en las pequeñas comunidades tribales o campesinas la atribución de ser el causante de la enfermedad a un pariente o vecino (cuyo abandono de las normas de conducta prescriptas se considera como ruptura de un tabú, brujería, irresponsabilidad o pecado) ayuda a sacar a luz los conflictos latentes que existen entre las personas con lo que se hace mucho más fácil su solución. De manera análoga, la tradición judeo-cristiana, al atribuir las enfermedades a la existencia de comportamientos pecaminosos, sirvió para reforzar los temores de la sociedad".⁽²³⁾

Estaríamos entonces frente a lo que Marcel Mauss denomina "fenómeno social total". O sea aquellos hechos de la sociedad que por su representatividad, contenido simbólico y cantidad y complejidad de mecanismos y valores sociales que ponen en juego representan, de alguna manera, la sociedad global con sus relaciones y valores.

Hay incluso quienes han avanzado en el sentido de la interrelación entre sociedad y enfermedad, al punto de llegar a decir que la calificación de enfermo tiene vigencia sólo a partir de una "negociación" social que así lo determine. Según Nancy Waxler, "una persona es rotulada (labeled) como enferma en el curso de negociaciones sociales entre ella y su médico, su familia, algunas veces el personal hospitalario u otros ... Qué clase de enfermedad es la que el individuo cree que tiene y qué es lo que los otros esperan, o no, de él, no es una cuestión que dependa clara y simplemente del diagnóstico médico. El rótulo de la enfermedad se crea en negociaciones sociales entre varias partes, incluyendo profesionales y el individuo afectado, y ocurren en contextos institucionales y sociales que juegan un importante papel en la negociación".

"Cada sociedad tiene sus definiciones peculiares para las formas de conducta, disfunciones y aun sentimientos que deben ser llamados enfermedades y tratados como tales ... solamente si la sociedad u organización tiene procedimientos para definir o rotular la enfermedad, ella existe".⁽²⁸⁾

También en relación con los factores sociales y la enfermedad Me Kinley plantea otro enfoque referido a la "red social" a la que define como: "ese conjunto de contactos con parientes, amigos, vecinos, etc., a través del cual los individuos mantienen una identidad social y reciben soporte emocional, ayuda material, servicios e información, y desarrollan nuevos contactos sociales". Y concluye que los individuos que pertenecen a la red social o sea que poseen contactos sociales significativos están menos expuestos a los procesos morbosos que los individuos marginales.⁽²¹⁾

4. CONTEXTO SOCIAL Y ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS

En un mundo cambiante y multifacético como el nuestro el individuo necesita realizar permanentemente un esfuerzo de adaptabilidad al medio. Janet nota que "la sociedad contemporánea exige de cada uno de nosotros gastos de energía psíquica cada vez más grandes; la gente, incluso los de nuestra familia o nuestros mejores amigos, no siempre reaccionan como esperaríamos; las cosas cambian rápidamente y hace falta una tensión elevada para adaptar nuestra acción a las situaciones nuevas, en lo que tiene de original. Nuestra civilización es agotadora. Los enfermos son aquellos que faltos de recursos psíquicos, o bien se refugian en la soledad, o bien inventan un mundo ilusorio en el que las personas imaginarias reaccionan frente a nosotros exactamente como nosotros lo deseáramos".⁽¹⁵⁾

A nuestros efectos importa destacar que Janet atribuye las enfermedades mentales a la creciente complejidad de nuestra sociedad y a la multiplicidad de exigencias ante comportamientos imprevisibles a los que se ve sometido el individuo. Y hace esto en directa comparación con las sociedades tradicionales que considera más homogéneas.

Ruth Benedict enuncia como origen de neurosis la relación de discontinuidad entre la educación familiar o más estrictamente entre la educación infantil y juvenil y las exigencias que se le hacen al adulto. Se le exigen al adulto comportamientos que estaban directamente prohibidos en el estrato de edad inmediato anterior, se pasa de la no-responsabilidad a la responsabilidad total, de la prohibición de la sexualidad al cumplimiento de su virilidad, etc. En cambio la neurosis no aparece cuando existe continuidad entre lo que se ha exigido al niño y lo que se exige al adulto.⁽⁴⁾ Destacamos que Benedict no plantea igualdad de exigencias sino continuidad.

Adviértase que las sociedades que han servido de modelo de análisis a los antropólogos tenían a grandes rasgos una idea común respecto de: el origen de su grupo (mitos originales), de lo sagrado y lo profano, del destino futuro de la comunidad (mitos escatológicos). Además, la información respecto de estos temas la recibían en conjunto todos los miembros de la comunidad y era impartida a toda una generación por los mismos maestros.

En cambio, en nuestra sociedad coexisten —aunque sobre la base de grandes valores comunes que permiten la convivencia— diferentes ideologías, diferentes religiones y diferentes concepciones sobre el sentido de la existencia comunitaria y de su evolución en el futuro.

Esta pluralidad ideológica es producto y a su vez genera una pluralidad de entrenamientos para enfrentar las diferentes etapas de la vida del individuo, pero con el inconveniente de que en determinados o en ciertos momentos aparecen situaciones en que la ideología dominante exige respuestas fundamentalmente homogéneas, a individuos de diferente formación.

Abundan los ejemplos en nuestra vida cotidiana: las reglas de juego de la producción, distribución y adquisición de bienes y servicios no contemplan las disimilitudes de capacidades o inclinaciones; en lo educacional diferentes aprendizajes primarios y secundarios, u orígenes rurales o urbanos, deben enfrentarse a exigencias no diferenciadas en la universidad; otro tanto ocurre en lo institucional, donde por ejemplo la mayoría de edad legal responde a un criterio cronológico, sin reemplazo para los ritos previos de iniciación de las sociedades primitivas.

Deseamos en este momento acudir a los conceptos de algunos autores que por su relevancia y prestigio merecen nuestra atención. "Karen Horney, hacia la década del '30, puso en evidencia que los conflictos psicológicos de la época ya no se centraban, como en los tiempos victorianos de Sigmund Freud, en la represión del instinto sexual, sino que predominan las neurosis estimuladas por las grandes vertientes culturales que conforman la sociedad occidental".⁽¹³⁾ Así, Horney atribuyó el origen de las neurosis al conflicto entre nuestra ideología, resultante por una parte de la herencia judeocristiana caracterizada por la fraternidad, la valoración del sacrificio, el amor al prójimo y por otro las normas de la sociedad capitalista fundadas sobre la competencia económica y la lucha por el status social. De esta manera se planteaba a la vez que un conflicto de valores un conflicto de roles, ya que el mismo individuo se ve obligado a desempeñar roles contradictorios, unos adquiridos en el curso de su educación familiar y otros impuestos por la competencia social. En la resolución de este conflicto, el individuo considerado normal deberá tomar unilateralmente uno de los caminos antagónicos que le brinda la sociedad, o considerar los dos, con la posible consecuencia de una grave inhibición de ambos.⁽¹³⁾

Podríamos acudir aquí a algunos ejemplos —de entre tantos— que hagan evidente lo que acabamos de decir. Digamos de entrada que aquellos que de una u otra manera quebrantan la "norma social", corren por lo menos el riesgo de caer en cierto grado de patología, tanto como si se quebrantara la "norma biológica". Así ocurre por ejemplo con el sujeto que no sale nunca de su casa, y vive encerrado en ella, al romper las normas de convivencia, no sería tenido por sano. Por este camino, podríamos proseguir con los ejemplos, pero nos parece más oportuno aquí referirnos a otros en los que aunque se haya afectado la matriz biológica, para ciertas regiones socioculturales no significan enfermedad y viceversa. Lawson describe que ciertas afecciones indiscutiblemente patológicas como el tracoma, por ejemplo, entre los aldeanos griegos, hasta hace pocos años no eran tenidas como enfermedades, así como se tenía por favorable para el buen curso de la vida individual la aparición de algunas enfermedades leves, como el acné puberal.⁽¹⁸⁾ En los Estados Unidos de Norteamérica, Koos ha estudiado la relación entre la clase social a que el sujeto pertenece y la atribución de carácter de enfermedad a determinados síntomas. Así ocurre por ejemplo con la pérdida del apetito que es considerada morbosa en 57 % de los casos de las clases económicamente elevadas; en cambio, en las económicamente bajas el porcentaje desciende a 20%. No menos influencia posee la situación histórico-social y la del propio grupo social. Son distintos los modos de rotular, sentir, vivir, manifestar y conceptualizar la enfermedad entre el hombre de la antigüedad, al de la edad media y de la vida contemporánea. Otro tanto ocurre hoy mismo con el hombre de campo y de la ciudad, del alfabeto (especialmente algunos universitarios) y del analfabeto. Y así podríamos seguir con los ejemplos en una lista interminable, terminando por afirmar que en definitiva el "factor personal" es el configurador en esencia del concepto tanto de salud como de enfermedad y que en ese "factor personal" incluimos, en distinta proporción, pero siempre presentes, elementos biológicos-psicológicos y sociales. Lo importante es llegar a determinar —cuando sea posible— esa distinta proporción con que estos elementos se imbrican para dar en definitiva ese resultado final, que permitirá una serie de inferencias tanto teóricas como fácticas.

Rollo May postulaba, por ejemplo, en la década del '70, un nuevo foco conflictivo producto de nuestra organización social. El se daría como consecuencia de que ahora la actividad económica se estructurala fundamentalmente a través de la organización grupal, dependiendo prioritariamente el progreso económico precisamente de esa acción grupal (sindicatos, asociaciones, etc.) más que de la actividad individual. Ahí residiría el nudo del conflicto, que enfrentaría la convivencia del principio de solidaridad necesario para un buen trabajo de equipo con la competencia individual, y la hostilidad potencial consecuente.⁽²⁰⁾

Ahora bien, nos preguntamos en este momento si estas observaciones surgidas del "modus vivendi" de sociedades desarrolladas, son aptas para ser aplicadas a nuestro país. Estudios recientes⁽²¹⁾ muestran la existencia, por lo menos, de dos patrones epidemiológicos, producto de dos realidades que conviven en nuestra sociedad. En países subdesarrollados como el nuestro, el progreso técnico se da en forma selectiva y restringida, creando isótopos donde se vive "al modo" de las sociedades desarrolladas, aunque sólo sea en la corteza del fenómeno. Así, podemos advertir dos contextos diferentes, casi opuestos, que encierran modalidades conflictivas diversas. Por un lado, el incremento de las neurosis en aquellas áreas, especialmente constituidas por las grandes urbes, que se caracterizan por imitar el modo de vida de las sociedades industrializadas, con los consecuentes conflictos que el mismo encierra. Por el otro, en las áreas sociales y geográficas de menor nivel de vida se registran con mayor frecuencia las patologías

características de las regiones socioeconómicas más retrasadas, tales como el alcoholismo, la oligofrenia y ciertas formas de epilepsia.

Pero además, cabe consignar que ambos patrones parecen haberse incrementado en estos últimos años en los que se ha registrado un importante aplastamiento en el desarrollo socioeconómico y cultural, cercenamiento de canales de participación, cambio de roles y disminución de status de amplias capas de la población que crean peligrosas situaciones de anomia, aumentando por este camino las probabilidades de enfermar en los sectores más vulnerables de la organización social.

Dicho de otro modo: la personalidad de un sujeto, tanto en la salud como en la enfermedad, no pueden ser recortadas del grupo social al que pertenecen. Ese "grupo" que constituye a veces una verdadera "clase social", que por otro lado tiene en general una gran movilidad, sobre todo en los países social y económicamente fluidos, crea numerosos hábitos vitales que, de alguna manera, configuran el hecho y el modo tanto de vivir como de enfermar. De allí que algunos autores contemporáneos se animan a plantear una verdadera "patología de las clases sociales", como uno de los temas de la patología humana, si ésta aspira realmente a serlo.⁽¹⁷⁾

En este último sentido hay que tener en consideración que la familia y la profesión o el trabajo constituyen los dos principales "roles" —o papeles para decirlo en castellano— que un individuo desempeña. Ambos tipifican de modo notorio la "vida personal". Recordemos a este propósito lo que el sociólogo norteamericano D. Riesman estableció hace pocos años entre el hombre "intradirigido" o "autodirigido" (inner-directed man) que es aquel que para hacer su vida en sociedad se atiene a sus personales estimaciones y decisiones, y el hombre "heterodirigido" (other directed man) cuya conducta social depende en primer término de los otros hombres. Estos modos esquemáticamente típicos tienen también un particular modo de reaccionar en la patología.

Si continuáramos nuestras consideraciones en el orden estrictamente social deberíamos incorporar patrones históricos, culturales, económicos, generacionales (e incluso geográficos) que nos ayudarían a perfilar diversos modos de ser que enriquecerían así las distintas características antropológicas configuradoras de una verdadera modalidad patológica humana.

Muchas enfermedades —por no decir todas— y particularmente las neuróticas muestran, con evidencia, cómo el "rol" social del sano y del enfermo son capaces de sufrir variaciones considerables, incluso en medios que parecen culturalmente homogéneos. Tal es el caso de lo que ocurre en los medios más burgueses de Nueva Inglaterra, o incluso por razones de ética individual y social derivada del protestantismo puritano.

Esto apuntalaría la tesis de que ciertas coyunturas sociales potencian las probabilidades de enfermar, y más allá de ello muestra la incidencia de los factores socioeconómicos como elementos condicionantes en la aparición y desarrollo de las patologías mentales.

En los estudios mencionados, sin embargo, se advierte sobre las limitaciones de la información utilizada. Entre ellas podemos citar:

1. La epidemiología psiquiátrica se encuentra en la Argentina, a diferencia de los países industrializados, en los estadios iniciales de su desarrollo, limitando las pretensiones de su aplicación.
2. Esta dificultad proviene de la naturaleza misma del objeto de análisis, ya que la etiología de las enfermedades mentales reconoce una serie de factores concurrentes, que hace que debamos en este estadio del conocimiento científico, manejar sólo hipótesis de trabajo.
3. Limitaciones inherentes a las fuentes de obtención de datos, tanto las que se refieren a las estadísticas hospitalarias como a las investigaciones específicas.⁽¹⁾

Esto no invalida con todo los estudios realizados, los que asumidos con las prevenciones antes enunciadas, son indicativos aproximados de la actual situación.

En directa relación con las condiciones ambientales, la publicación transcribe las principales conclusiones de distintos estudios.

El Instituto Nacional de Salud Mental encaró en 1964/65 una investigación en 100 manzanas de Villa Soldati, que determinó que 6,43 % de la población encuestada requería atención médica para los desajustes que presentaba.⁽⁹⁾

En 1969/70 el mismo Instituto auspició una investigación en el Área Metropolitana⁽¹⁷⁾ dirigida a tres patologías directamente relacionadas con las condiciones socioeconómicas: retardo mental, epilepsia y alcoholismo.

En relación al retardo mental, la investigación determinó que 3,35 % de los entrevistados padecían de algún retardo, comprobándose que los casos límites se hallaban asociados más frecuentemente a los estratos de menores recursos, observándose como causa la deficiente alimentación infantil y una escasa estimulación sensorial que repercutirían en la madurez. La detección se realizó con más frecuencia entre los 7 y los 12 años, aunque los mismos investigadores se encargaron de advertir que esta circunstancia es debida a que a esa edad se advierte el "problema" al ingresar el niño al sistema escolar, el que al no contar con medios para ayudar al niño termina por expulsarlo del sistema.

En cuanto a la epilepsia, se determinó con bastante claridad la relación económico-social, ya que 50 % de los casos detectados que representaban 0,93 % de los encuestados, padecían esta afección en la forma clínica denominada "orgánica", frecuentemente vinculada a traumatismos o daños obstétricos perinatales, accidentes que se pueden reducir a través de una adecuada acción preventiva.

Con relación al alcoholismo, se detectó que la mayor proporción de bebedores excesivos se ubicaban en los niveles socioeconómicamente más altos, mientras que en los estratos más bajos se encontraba la mayor proporción

de alcohólicos. Inclusive en los grupos de más bajos ingresos se detectaba una mayor proporción entre los residentes en villas miseria (20 %) que entre los no residentes en las villas (5,7 %). Digamos por último que la adicción al alcohol se considera relevante entre las causas de ausentismo, morbilidad, accidentes, incapacidad y muerte. En 1978 la Dirección Nacional de Salud Mental estimó que el peso correspondiente al diagnóstico del alcoholismo crónico era de 7,07 % para todo el país.

Por último, extraeremos las conclusiones directamente relacionadas con los niveles socioeconómicos de la investigación iniciada en 1979 y todavía en curso por la Dirección Nacional de Salud Mental y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. "En cuanto a su relación con los niveles socioeconómicos de la población, estratificados en alto, medio y bajo ... si bien la proporción de los que no presentan síntomas en las tres categorías prácticamente es similar (20 %), se nota que a partir de la segunda categoría aparece una relación clara: a más bajo nivel socioeconómico, más alta la frecuencia en los niveles de definición que indican desórdenes más serios".⁽⁷⁾ Se comprobó además que la "zona de mayores desórdenes mentales (especialmente psicosis) corresponde a los barrios más pobres y periféricos de la ciudad".⁽⁷⁾

Datos que podemos considerar recientes (1980) provenientes de la misma investigación, indican que en villas de emergencia de la Capital Federal se detectó que 17,8 % de los individuos presenta síntomas de trastornos neuróticos de tipo depresivo, 5,3 % de psicosis afectivas, 3,4 % de psicosis esquizofrénicas, y 1,5 % de estados paranoides".⁽⁸⁾

También se detectó que tanto Buenos Aires como en distintas ciudades del interior del país, tales como Magdalena, Trelew, Mercedes, Aristóbulo del Valle, Calingasta, San Carlos de Bariloche, Villaguay y otras, mostraban similitud en los síndromes prevalentes. Tanto en Buenos Aires como en cualquiera de estas ciudades del interior, el argentino se perfiló como un ser preocupado, irritable, tensionado, que enfrenta situaciones que le generan ansiedad. En casi todas las localidades los mayores porcentajes de población con síntomas de moderada intensidad se situaron en la clase media, mientras que los trastornos más graves se concentraron en los estratos más bajos. "Además, debe prestarse atención a la ya mencionada concentración de los desórdenes más graves entre las personas de extracción social más baja, por lo que, al margen de la situación coyuntural, las estadísticas permiten entrever una correlación permanente y directa entre ambas; es decir, a mayor descenso en la escala social, mayor proporción de población vulnerable y más graves las patologías que la afectan".⁽⁹⁾

Mientras en Argentina ambos patrones epidemiológicos se ven afectados por el deterioro moral y socioeconómico de los últimos años, estudios realizados en EE.UU. por el Midtown Manhattan Study vienen a corroborar la correlación entre situación social y patologías mentales. "Basado en una gran muestra probabilística de adultos, son particularmente interesantes porque revelan una constante relación inversa entre status socioeconómico y salud mental deficiente, y una relación directa entre status socioeconómico y ausencia de síntomas significativos de patología mental. De todas las muchas variables examinadas, el status socioeconómico es el que más claramente aparece asociado con la salud mental. Más aún, esta relación se da, ya se considere el status socioeconómico de los padres, ya el de la propia persona estudiada, y persiste aun cuando se controlen edad y sexo.

El hecho de haberse encontrado una relación inversa entre status socioeconómico de los padres y salud mental defectuosa es particularmente significativo porque indica que cuanto más bajo sea el status de los padres tanto mayor será la probabilidad de que el niño sufra un desajuste de personalidad en su edad adulta. El hecho de que el status socioeconómico de la propia persona esté aún más relacionado con su salud mental sugiere que los efectos de un bajo status socioeconómico son probablemente acumulativos, en el sentido de que las personalidades vulnerables desarrolladas por algunos niños de bajo status impiden su movilidad ascendente y los destinan a sufrir las cargas y las tensiones adicionales que los adultos de bajo status socioeconómico generalmente encuentran en Estados Unidos. Además, las personas de clase inferior tienden hacia adaptaciones psicóticas socialmente perturbadoras que complican más aún su ajuste a un ambiente ya en sí difícil, mientras que las personas de clase elevada tienden a responder a las tensiones con reacciones ligeramente neuróticas que socialmente son más adaptativas. Por tanto, los efectos acumulados de una infancia y de unas experiencias adultas desfavorables en las personas de clase baja pueden dar como resultado no solamente un grado mayor de vulnerabilidad respecto de la enfermedad mental, sino también el desarrollo de síntomas psiquiátricos más graves".⁽²⁶⁾

Naturalmente, aunque creemos que es necesario trabajar mucho más estas conclusiones y continuar además realizando estudios comparativos, consideramos que por ahora son bastante significativas y deben llamarnos a meditación.

Finalmente, dentro de este mismo marco cabe también plantearse la actitud del medio social ante el caso concreto de enfermedad. Si la enfermedad es entendida como una transgresión del orden social, la respuesta tanto familiar como institucional será la de segregar al enfermo de su medio habitual, marginándolo en grandes establecimientos con la intención tan sincera, como a veces algo ingenua, de curarlo.

En realidad estos establecimientos se caracterizan en general por la superpoblación y la escasez de recursos, lo que dificulta muchas veces las posibilidades de curación. Apuntemos que estas posibilidades ya se encuentran disminuidas porque los pacientes llegan agravados por una similar escasez de recursos en la atención primaria y por la dificultad de acceso a las primeras consultas, lo que favorece la marginación de quienes manifiestan algún desajuste mental provocando, en ocasiones, la cronificación de las enfermedades y favoreciendo en muchas oportunidades el carácter asilar casi siempre de estos establecimientos.

Si la respuesta social tal como la entienden modernas corrientes que se ocupan del problema, ven al enfermo mental como a un hombre que necesita de la recomposición del ámbito familiar y social para su curación, la actitud no será el aislamiento, sino una terapéutica integradora y abarcativa, tanto del núcleo familiar como del conjunto de

la comunidad, modificando a través de sus sectores responsables las condiciones socioculturales que llevan a segregar del sistema a los miembros no integrados. Todo esto teniendo en cuenta además la necesidad de una profunda modificación tanto estructural como funcional de los establecimientos, para que puedan cumplir transitoriamente, en lo posible, con una misión que muchas veces en la práctica aparece desvirtuada.

Este es un desafío, frente al cual tanto la psiquiatría como las demás ramas del quehacer científico que se ocupan del problema de la patología mental, tienen importantes aportes que realizar, pero no pueden ni están en condiciones de dar aisladamente una respuesta satisfactoria, si simultáneamente no se modifican las condiciones sociales que favorecen estas actitudes comunitarias. Se trata en definitiva del modelo de sociedad implícito, que refleja la concepción del hombre y el proyecto de vida comunitario, que necesariamente deberá estar presente en los análisis que planteen modificar la actual situación.

Sin duda ésta es una tarea compleja, profunda, pero no utópica, que requiere del esfuerzo y la inteligencia mancomunada de estudiosos de distintos sectores: psiquiátricos, sociológicos, psicológicos, que contribuyan a enriquecer y configurar una psiquiatría, y por extensión una medicina antropológica acorde con la realidad actual del progreso que las ciencias del hombre se merecen.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Aspectos socioeconómicos de la salud mental en la Argentina. En: *Coyuntura y Desarrollo* (Fundación de Investigaciones para el Desarrollo - FIDE). Dir. Héctor Valle. Buenos Aires, Nº 67, pág. 38 y ss. Nº 69, pág. 38 y ss., 1984.
- 2 BASTIDE, R.: *Sociología de las enfermedades mentales*. Ed. Siglo XXI, México, págs. 90-91-92-93-97, 1967.
- 3 BENEDICT, R. En: Cazeneuve, J. y Victoroff, D.: *La Sociología*. Ed. Mensajero, Bilbao, pág. 35, 1975.
- 4 BENEDICT, R.: Continuities and discontinuities in cultural conditioning. En: Bastide, R.: *Sociología de las enfermedades mentales*. Ed. Siglo XXI, México, pág. 283, 1967.
- 5 CARBALLO, R. En: Seguin, A.: *La enfermedad, el enfermo y el médico*. Ed. Pirámide S.A., Madrid, pág. 63, 1982.
- 6 CAZENEUVE, J.; VICTOROFF, D.: *La Sociología*. Ed. Mensajero, Bilbao, págs. 304 y 365, 1975.
- 7 DI MARCO, G.: Prevalencia de síntomas psiquiátricos en la ciudad de Buenos Aires y conurbano. Variables sociológicas y síntomas psiquiátricos. Programa de investigaciones sobre epidemiología psiquiátrica. Año INº 6. Buenos Aires, 1982. En: *Coyuntura y Desarrollo* (Fundación de Investigaciones para el Desarrollo - FIDE). Dir. Héctor Valle. Buenos Aires, Nº 69, pág. 41, 1984.
- 8 DI MARCO, G.: Prevalencia de desórdenes mentales en las villas de emergencia de la Capital Federal. Programa de investigaciones sobre epidemiología psiquiátrica. Buenos Aires, 1983. En: *Coyuntura y Desarrollo* (Fundación de Investigaciones para el Desarrollo - FIDE). Dir. Héctor Valle. Buenos Aires, Nº 69, pág. 41, 1984.
- 9 Estudio Piloto de Epidemiología del Área Urbana. Nº 1. Villa Soldati. I.N.S.M. Capital Federal, 1964/65, mimeograf. s/f. En: *Coyuntura y Desarrollo* (Fundación de Investigaciones para el Desarrollo - FIDE). Dir. Héctor Valle. Buenos Aires, Nº 69, pág. 39, 1984.
- 10 FRIGERIO, R.: *La Cultura Nacional*. Frigerio, R. y otros en: *Cultura Nacional*. Ed. Crisol. Buenos Aires, pág. 10, 1976.
- 11 GRIMSON, W. y otros: Investigaciones epidemiológicas de entidades psiquiátricas. En: *Coyuntura y Desarrollo* (Fundación de Investigaciones para el Desarrollo - FIDE). Dir. Héctor Valle. Buenos Aires, Nº 69, pág. 39, 1984.
- 12 HERRERA, I. J.; CARBONETTI, M.; RODRIGUEZ, C.: *La antropología médica*. Cuadernos de Psiquiatría. Mendoza, Nº 17/18, pág. 13 y ss., 1982.
- 13 HORNEY, K.: La personalidad neurótica de nuestro tiempo. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1963. En: *Coyuntura y Desarrollo* (Fundación de Investigaciones para el Desarrollo - FIDE). Dir. Héctor Valle. Buenos Aires, Nº 67, págs. 38-39, 1984.
- 14 HUGHES, Ch.: Asistencia médica. Etnomedicina. En: *Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales*. Dir. David Sills. Ed. Aguilar, Madrid, vol. I, págs. 578-580, 1974.
- 15 JANET, P.: *De L'Angoisse à l'Extase*. Alcan, París, 1926, t. I. En: Bastide, R.: *Sociología de las enfermedades mentales*. Ed. Siglo XXI, México, pág. 29, 1967.
- 16 KLINENBERG, O.: *Psicología social*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, págs. 375-376, 1969.
- 17 LAIN ENTRALGO, R.: *Antropología médica*. Ed. Salvat, Barcelona, pág. 196, 1984.
- 18 LAWSON, En: Lain Entralgo, P.: *Antropología médica*. Ed. Salvat, Barcelona, 1984.
- 19 MAYER BRENDAN, A.: Principios de psicopatología (enfoque experimental). Ed. del Castillo. Madrid, 1970. En: Seva Díaz, A.: *Psiquiatría clínica*. Ed. Espaxis. Barcelona, pág. 44, 1979.
- 20 MAY, R.: *El hombre en la busca de sí mismo*. Ed. Central. Buenos Aires, 1976. En: *Coyuntura y Desarrollo* (Fundación de Investigaciones para el Desarrollo - FIDE). Dir. Héctor Valle. Buenos Aires, Nº 67, pág. 39, 1984.
- 21 MCKINLEY, En: Seguin, A.: *La enfermedad, el enfermo y el médico*. Ed. Pirámide, Madrid, pág. 63, 1982.
- 22 MURPHY, E. En: Lain Entralgo, P.: *Antropología médica*. Ed. Salvat, Barcelona, pág. 191, 1984.
- 23 POLGAR, S.: Salud. En: *Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales*. Dir. David Sills. Ed. Aguilar, Madrid, vol. 9, pág. 453, 1976.
- 24 PRIETO BERNIER, R.: Formas de trabajo, el campo, la ciudad. Manifestaciones sociales. En: Frigerio, R. y otros: *Cultura Nacional*. Ed. Crisol. Buenos Aires, pág. 87, 1976.
- 25 SCHNEIDER, K.: *Las personalidades psicopáticas*. Ed. Morata, Madrid, pág. 18.
- 26 SEWELL, W.: Salud mental. Clase social y ajuste personal. En: *Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales*. Dir. David Sills. Ed. Aguilar, Madrid, vol. 9, pág. 461, 1976.
- 27 VON BERGMANN, G. En: Seguin, A.: *La enfermedad, el enfermo y el médico*. Ed. Pirámide, Madrid, pág. 62, 1982.
- 28 WAXLER, N.: The Social Labeling Perspective on Illness and Medical Practice. En: Seguin, A.: *La enfermedad, el enfermo y el médico*. Ed. Pirámide, Madrid, pág. 75, 1982.