

## Editorial

### El perennemente transitorio en salud mental

Cuando el escritor Guimarães Rosa afirmó ser amor un antídoto para luchar contra la enfermedad<sup>1</sup>, o mejor dicho, criando el amor como un sentimiento capaz de promover la salud, ciertamente no se refirió sólo al amor romántico y burgués que a menudo insiste en ser aclamado como una cura para los que sufren. Antes de eso, este amor estaría relacionado con un sentimiento de compasión por el otro, de respeto, de interés por el otro, de la posibilidad de diálogo en busca de entendimiento. Quien entienda entonces podría ser empático, ponerse en el lugar del otro y, con eso, permitir que la locura de vivir descansa, dar una tregua, dejando el sentimiento de salud. Esta salud, casi un sinónimo de descanso, de intersticial, se vería interrumpida por nuestra forma de vida contemporánea, acelerada, en desarmonía, buscando logros que a menudo no se refieren a sus propios deseos, sino a expectativas sociales que a menudo promueven el sufrimiento cuando no se pueden satisfacer.

Vivimos en tiempos de un malestar casi perenne que cruza las relaciones, las formas de ser, las existentes y también el cuidado del otro<sup>2</sup>. Este llamado malestar contemporáneo ha sido discutido por diferentes interlocutores, a veces por filósofos, psicólogos, psiquiatras y otros especialistas, a veces por el conocimiento popular, como en las redes sociales. En un ámbito discursivo en el que estos conocimientos a veces chocan, a veces se alinean, es urgente que podamos examinar más de cerca y con más cuidado el fenómeno que está muy extendido en nuestra sociedad: la salud mental. En tiempos de exceso, incluyendo terminológico, las expresiones ganan el espacio discursivo y emergen como desencadenantes de procesos internos y también sociales que deben ser debatidos por todos: enfermedad psíquica, sufrimiento psíquico, sufrimiento mental, locura, equilibrio emocional, condiciones emocionales... salud mental, sólo por nombrar algunos más recurrentes

¿Por qué, casi a principios de la tercera década del siglo XXI, se evoca cada vez más el término salud mental, tanto en los círculos formales como informales? Aunque algunos estudios retratan sistemáticamente la construcción de la historia de la salud mental<sup>3,4</sup> debe señalarse, en tiempos contemporáneos, que el término salud mental ha dejado de ser una expresión típica de los antiguos hospitales psiquiátricos y comenzó a vivir con laicos y no a poner a la gente sobre ruedas de conversaciones, debates acalorados en Internet, cosiendo todos y cada uno de los cursos de formación en el campo de la salud. Así, se convierte en un término ubicuo, pero que ni siquiera se consume como algo que está saturado, por el contrario: sobre este concepto todavía se ha pensado y producido y, en los tiempos actuales, transmitido<sup>3</sup>. La salud mental no es exactamente un término "de moda", sino que surge como algo necesario, y la tarea de nuestra sociedad es presionar para que asuma la importancia y complejidad en torno a esta expresión que ha marcado tan bien nuestras últimas décadas. Por lo tanto, vivimos en un momento histórico en el que esta expresión ha sido encarnada en la forma en que nos relacionamos, cómo producimos, cómo nos enfermamos y cómo existimos.

La construcción de salud mental ha sufrido algunas reformulaciones desde su definición clásica que asumió un modelo estable de retorno a la homeostasis, caracterizando el "bienestar completo" bio-psicosocial<sup>5</sup>. El patrimonio presente en este nivel de atención es el modelo biomédico, predominante en el inicio de las profesiones relacionadas con la salud humana, que entonó los moldes cartesianos de replicabilidad y las medidas adecuadas de salud física<sup>6</sup>. Las necesidades de atención han buscado ampliar los límites y mirar frente a la transiencia que caracteriza a vivir y a su manera humana con medidas sanitarias únicas para cada vida. La investigación clínica converge en este cambio de paradigma y también se aplica buscando romper prejuicios de salud mental y estereotipos históricos. La crisis de la salud y el cambio de conocimiento son constantes en la forma contemporánea de cuidar.

El cambio de paradigma en la atención de la salud, con la llegada del modelo psicosocial, ha ido aumentando variables en los ápices de la salud pública, lo que implica preguntas sobre la estabilidad humana y sus recetas sanitarias, en vista de las altas tasas de tratamientos ineficaces y a menudo iatrogénicos que componen aproximadamente la mitad de las entradas en los

exámenes de salud y sus demandas en atención primaria<sup>7</sup>. Los datos de la Organización Mundial de la Salud incluyeron depresión y ansiedad, como los trastornos con mayor incidencia en la población general, un contexto en el que el 4,4% de la población mundial sufre de depresión, mientras que el 3,6% sufre de trastornos de ansiedad, y la depresión por sí sola es capaz de obtener resultados más disfuncionales y muertes por suicidio<sup>7</sup>. Centrado en la eliminación del síntoma y el restablecimiento de los síntomas emergentes, para la extinción del problema, cada nuevo síntoma es desequilibrado la Existencia. El movimiento que sigue con el aumento del flujo de demandas es el del paciente "portador del dolor" de los síndromes agudos que se vuelven crónicos, comúnmente tratados como morbilidades o comorbilidades en salud mental, y que sufren la medicalización ofrecida y disponible en el sistema de salud.

Las prácticas en diferentes ciencias de la salud buscaban cuestionar el modelo curativo, que no responde eficazmente a los reincidentes en diferentes especialidades médicas, distribuyendo sus quejas y haciendo que el sistema de salud se extienda a demandas sin resolución en sus casos, y también, aumentando la circulación en profesionales especializados para adaptarse a las condiciones de "salud mental", que culminan en reforzar el modelo cartesiano y protocolización del control y remisión de la psicopatología establecida.

La psicopatología, en diferentes enfoques terapéuticos, refleja el know-how con las poblaciones y el ciclo de vida, en la recepción de la existencia de sus "portador" del eje salud-enfermedad, en un flujo continuo de comprensión de las formas de describir experiencias dolorosas, restricciones y también la forma de establecer su medida existencial en la actualidad, de manera descriptiva sobre sus formas de ser y estar en el mundo, caracterizando un psicodiagnóstico que evite clasificaciones estáticas<sup>8</sup>.

Pero cada "portador" lleva el estigma de enfermar enfermos, patología psíquica, limitaciones cognitivas y sociales al entrar en el escenario de salud mental. En este punto, la Psicología establece un lugar redundante de especialista, ya que tampoco puede entrar en la totalidad de cada patología por sí sola, necesitando hacer uso de la colaboración del conocimiento del equipo multidisciplinar, ya sea para excluir causas orgánicas de implicación mental e incluso para verificar las interacciones farmacológicas. Preguntamos, entonces: ¿Cuál es el lugar de la salud mental?

Actualmente, tenemos un cambio desde el concepto de salud, influenciado por las búsquedas estéticas de la población y los servicios de salud ofrecidos con la esperanza de mantener otra homeostasis humana ilusoria: negar el aburrimiento y la finitas en sí, trayendo una gama de procedimientos estéticos y escaneos restauradores de la imagen joven y saludable, bordeando una compulsión por el hedonismo al cuerpo, con de nuevo el cuerpo y la mente recortando. Preguntamos aquí: ¿Cuál es la naturaleza y la ideología de cuidado de estos servicios, instituciones y profesionales que conforman la negación de la temporalidad? Como investigadores y profesionales en el campo de la salud mental, ¿cómo podemos ubicarnos en esta territorialidad contemporánea cada vez menos densa?

Con el advenimiento de la llamada posmodernidad, notamos una búsqueda efusiva del tiempo bien vivido, alargado y placentero, casi una eternización del cuerpo sano y la exclusión de los contratiempos comunes de la existencia y sus males incontrolables. Por lo tanto, surge la pregunta, aún sin respuesta: ¿Qué problemas se demuestran que provienen de un horizonte histórico prescriptivo de "más vivo" versus "mejor vida"? Y sin embargo, ¿qué explicaría tal compulsión por placer que necesita ser asertiva por su éxito?

Al pensar en la existencia contemporánea desde la perspectiva de la salud mental, también preguntamos: ¿Qué separas profesionales o multiprofesionales predominan en el aspecto? ¿Habría una segunda mirada a las estadísticas? ¿Cuáles son las enfermedades predominantes de la época en la población y su incidencia? ¿Cuál es la métrica de salud mental actual y sus marcadores de índices de normalidad, que una vez tuvieron sus parámetros definidos descriptivamente en el manual DSM-IV? ¿Qué cambios, qué se pierde y qué se obtiene de cada nuevo estándar normativo que creamos en busca de lo que consideramos salud mental?

Observamos, a diario, la búsqueda incesante de la perfección, la medicalización y la extinción de posibles inadaptados para la salud: agudo, crónico o cualquier otro "desorden" que apunte al sufrimiento humano, marcado por el tiempo de celeridad y estética como la marca de

un tiempo posmoderno, un tiempo que no acepta desviaciones, un tiempo prescriptivo de las normas de bienestar y bienestar, con recetas y consejos positivos y que rechaza cualquier anuncio de fracaso. Un tiempo que no permite que los intersticios o, utilizando la famosa frase de Guimarães Rosa que abre este texto, descansen en la locura<sup>1</sup>. Si uno no puede "descansar en la locura" en tiempos de cruces excesivos y temporales, puede que no sea posible descansar en salud.

Los medios de comunicación y grupos de apoyo virtuales, junto con la atención virtual, acercan a profesionales que no pueden perder el tiempo de consulta o implicación con la historia del paciente, y así se apresuran a satisfacer las demandas de la población que evita centrarse en las quejas de la vida sufrida y enferma, que apuntan, sobre todo, a la falta de sentido de este, que no cumple con los prescriptores de la modernidad.

No puedes perder el tiempo hablando. No puedes perder el tiempo escuchando. La prescripción y medicación son las acciones más urgentes que ofrecen una falsa percepción de eficiencia, porque no siempre estamos accediendo, de hecho, al sujeto en el sufrimiento. Y también las modernas tecnologías de la comunicación y la información dejan de funcionar correctamente, a las que proponen y contribuyen al fortalecimiento de una forma de relacionar semece cada vez más, se acorta y se compromete a un tiempo escaso. La tecnología que nos permitiría comunicarnos mejor se convierte en algo que hace más ágil la transmisión de información, que es muy importante, pero que no encarna actitudes que, de hecho, permiten la comunicación, el contacto, el reparto real de "con-vivir".

La sensación de enfermamiento necesita ser narrada y servir como un termómetro que acusa la necesidad de atención y no en la extinción rápida del dolor o síntoma. Es necesario escuchar genuinamente, entender la narrativa de este dolor en el itinerario de atención de estos pacientes en diferentes contextos de salud que también apuntan a un fenómeno que se revela, escuchar su historia con los síntomas y sus matices que afectan a la vida de su vida humana, acogiendo el sufrimiento ya como primer síntoma y a los demás como parte de este proceso de atención. No es posible entender al otro, que pide ayuda, sin la paciencia que implica cuidar, apoyar y acompañar en el modo de recepción, el paciente, la familia, el equipo y la propia comunidad.

Este número especial viene en respuesta a los problemas actuales, situados como contraparte del modelo cartesiano ofrecido, trayendo un modelo hecho a mano, construido en varias manos, varios tejidos de una trama a veces clínica y a veces institucional, en la que se entrelazan en la búsqueda de sostener la dialéctica por respuestas y preguntas en salud mental, porque tiene una forma de ser único y personalizado a la necesidad de cada población, respetando el ciclo de vida y sus diferentes temporalidades que requieren una atención atenta a las necesidades biopsicosociales y espirituales, típicas de la salud integrativa.

La investigación eleva la ciencia como una actualización sobre las prácticas psicológicas. El conocimiento y la práctica se construyen e indiscutibles en un movimiento dialéctico frente a las necesidades emergentes en un mundo tan transitorio sobre construcciones y definiciones sobre el concepto de salud mental, que hemos dejado para situarlo en el encuentro con el otro y también en el que siente y cuida esta salud: el propio profesional humano y cualificado, buscando un equilibrio entre su crecimiento profesional y contribuyendo a la atención de salud mental de la propia población, entendiendo que la suma del conocimiento favorece y no limita al profesional. La investigación cumple con la función informativa, pero principalmente busca eliminar de la invisibilidad las poblaciones en los márgenes, llamadas "emocionalmente comprometidas", vulnerables y a veces etiquetadas como "desviadas" a las normas de la ciencia.

Los diferentes contextos de desarrollo y los diferentes significados sobre la salud mental narrados en los artículos que componen este tema no se basan en el fortalecimiento de un mundo de excesos, sino que se presentan como posibilidades de lecturas que se alinean con un discurso que clama por la complejidad, la pluralidad y, más que eso, por una salud mental comprometida con la búsqueda de lo que promueve el bienestar, en una buena escucha a una sociedad que también se enferma y necesita ser atendida por nosotros – profesionales de la salud, profesores, investigadores, laicos, finalmente, personas.

**REFERÊNCIAS**

1. Rosa JG. Grande sertão: veredas. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.
2. Birman J. A psicopatologia na pós-modernidade. As alquimias no mal-estar da atualidade. Rev Lat Psicopatol Fund. [citado em 17 nov 2019]. 1999; 2(1):35-49. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1415-47141999001003>
3. Silveira LC, Braga VAB. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. Revista Latino-Am Enf. 2005; 13(4):591-5.
4. Amarante P. (org.) 2003. Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora.
5. Organização Mundial de Saúde (OMS). Livro de recursos da OMS sobre a saúde mental, direitos humanos e legislação [Internet]. 2005 [citado em 17 nov 2019]. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Livroderecursosrevisao\\_FINAL.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf)
6. Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Jr KR. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. Cien S Col. 2006; 11(4):1093-103.
7. Organização Mundial de Saúde. CID 10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (10.rev). São Paulo: Edusp, 2014.
8. Donatelli MF. Psicodiagnóstico interventivo fenomenológico-existencial. In: S. Ancona-Lopez (org). Psicodiagnóstico interventivo: Evolução de uma prática (pp.45-64). São Paulo: Cortez, 2013.

¡Buena lectura!

**Lilian Cláudia Ulian Junqueira**

Psicóloga. Máster y Doctora en Psicología. Profesora de la Universidade Paulista, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

**Fabio Scorsolini-Comin**

Psicólogo. Máster y Doctor en Psicología. Profesor de la Universidade de São Paulo (Campus Ribeirão Preto), SP, Brasil.

**Editores invitados**