

IIP

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PSICOLOGICAS

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA FACULTAD CIENCIAS Y LETRAS

**DIVERSIDAD Y CAMBIO EN EL CAMPO
DE LA SALUD MENTAL**

Gonzalo Adis Castro

Ciudad Universitaria "Rodrigo Facio"
1973

IIP

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PSICOLOGICAS

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

FACULTAD CIENCIAS Y LETRAS

DIVERSIDAD Y CAMBIO EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Gonzalo Adis Castro

Ciudad Universitaria "Rodrigo Facio"
1973

Diversidad y Cambio en el Camino de la Salud Mental^{*}

Gonzalo Adis Castro^{**}

Decir que vivimos actualmente en un mundo de cambio, en un mundo donde el futuro se acerca con extraordinaria rapidez al presente, precisamente porque lo característico de este mundo de cambio es la rapidez del mismo, es casi señalarlo obvio. Sin embargo, a menudo sucede que lo obvio, por el hecho mismo de serlo, puede pasar inadvertido. La importancia de referirnos a este fenómeno del cambio en el mundo actual, así como a la rapidez con que éste sucede, radica en el hecho de nuestra difícil adaptación al mismo, lo que contribuye a provocar un sentimiento de inestabilidad y de crisis. Los efectos de estos cambios se hacen evidentes en los diferentes aspectos de la vida cotidiana, en las diferentes instituciones sociales, en las diferentes áreas del conocimiento. En este sentido, y refiriéndose al impacto de la rapidez del cambio en general, Toffler⁽¹⁾ - hace referencia a las dificultades del individuo para adaptarse a la rapi

* La presente conferencia fue dictada en ocasión del XX Congreso Médico Nacional y IX Congreso de Salud Pública de El Salvador, del 6 al 11 de noviembre, 1972.

** Director, Instituto de Investigaciones Psicológicas. Facultad de Ciencias y Letras; Catedrático, Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Medicina; Jefe, Departamento de Psicología, Hospital Psiquiátrico Chapul.

(1) A. Toffler, Future Shock, (New York, 1970), p. 2.

dez del cambio excesivo en un período relativamente corto. Para este au
tor, el impacto del futuro es precisamente la rapidez con que se van a
suceder los cambios, afectando instituciones, valores, normas, así como
nuestro sentido del tiempo y nuestra forma de vivenciar el mundo en que
vivimos⁽²⁾. Toffler se refiere al impacto del futuro, es decir, al im-
pacto de la rapidez del cambio sobre todos y cada uno de los diferentes
aspectos de nuestra vida cotidiana, tanto físicos como sociales y psico-
lógicos.

De los diferentes tipos de cambio que estamos viviendo, y sobre los
cuales podríamos hablar, quiero hacer especial énfasis en los que se han
venido sucediendo en el campo de la salud mental, y que lógicamente ha-
brán de reflejarse, a la vez que provocarán otros cambios, en las dife-
rentes disciplinas asociadas con este campo. Estos cambios se han pues-
to de manifiesto en la diversidad de conceptualizaciones teóricas que e-
xisten en el presente, en la proliferación de nuevas técnicas, en la fal
ta de consenso en cuanto a cuáles son nuestros objetivos, en la necesidad
de re-evaluar, y aún, de re-definir los roles tradicionales de los dife-
rentes profesionales en el campo de la salud mental, o bien, de crear -
nuevos roles más acordes a los nuevos enfoques y nuevas perspectivas.

(2) Ibid., p. 17.

En relación a lo anterior también se hace más evidente el interés en la psiquiatría y psicología sociales y en el trabajo de comunidad. Concuierda con esto la observación de que "aún en el campo médico existe la tendencia cada vez más marcada a ir más allá del marco de referencia médico hacia un marco de referencia más amplio, un marco de referencia de bienestar social"⁽³⁾. A su vez se ha señalado, por una parte, cómo cada vez se hace más indiscutible el advenimiento de una nueva era profesional en el campo de la salud mental, cuyos cambios y nuevas perspectivas tendremos dificultad en aceptar o en asimilar muchos profesionales; por otra parte, se hace referencia a que los programas de salud mental cada vez se fundamentan más en los conceptos de la psicología y de la psiquiatría sociales. Es decir, cada vez se hace más énfasis en los factores socio-ambientales, así como en los principios de las teorías de aprendizaje (desarrolladas en los laboratorios de psicología experimental), en la reorganización de los servicios clínicos y en la utilización del personal en este campo⁽⁴⁾.

En cierta forma es de suponer que estos cambios son el resultado, en

(3) W. Ryan (ed), Distress in the City: Essays on the Design and Administration of Urban Mental Health Services, (Cleveland, Ohio, 1969), p. 240.

(4) H. C. Schulberg, "Challenge of Human Service Programs for Psychologists", American Psychologist, 27, 6, 1972, p. 566.

parte, de un mayor nivel de información o de conocimientos, y en parte, de una mayor conciencia y preocupación por los problemas sociales contemporáneos. Independientemente de la perspectiva desde la cual estos problemas han sido o podrían ser enfocados, son, en última instancia, problemas humanos; es decir, caen dentro de la provincia de la psicología y psiquiatría sociales y merecen todo su interés y atención. Sin embargo, esta necesidad de ampliar nuestros horizontes, tanto desde el punto de vista teórico como práctico, y que se refleja en los cambios que han venido ocurriendo en el campo de salud mental en los últimos 10 ó 15 años, es considerado por Hersch como el resultado, más que de un mayor nivel de conocimientos, de un creciente descontento con los logros obtenidos hasta ahora. De ahí que Hersch se refiere a estos cambios como a la "explosión de descontento" en el campo de la salud mental. Se plantea el autor las siguientes preguntas: "¿Quién es el paciente?", "¿Quién es el terapeuta?", "¿Cuál es el proceso de tratamiento?", "¿Cuál es el marco de referencia teórico?", "¿Cuál es el rol del profesional en salud mental?", y además "¿debe hablarse del paciente o del cliente?, ¿del terapeuta o del trabajador (profesional) en salud mental?, ¿se debe hablar de tratamiento, o de intervención, o de prevención secundaria?"⁽⁵⁾. Para Hersch, el hecho de que las contestaciones a esas preguntas básicas

(5) Ch. Hersch, "The Discontent Explosion in Mental Health", American Psychologist, 23, 1968, p. 497.

en el campo de la salud mental hayan estado variando refleja la situación de cambio que es sintomática de este descontento⁽⁶⁾.

Siguiendo las ideas de Hersch, conviene que revisemos algunas de las contestaciones a esas preguntas. Comencemos con la pregunta ¿Quién es el paciente? A primera vista esta pregunta es sencilla y su respuesta debiera ser clara y simple. Sin embargo no es así. Ciertamente existió una época en que la definición e identificación de quién es el paciente no ofreció mayor dificultad mientras se consideró "...la enfermedad o salud mental del individuo, como algo que posee el individuo, considerándolo más o menos como aislado de su ambiente social..."⁽⁷⁾. Pero esto ha dejado de ser enteramente cierto, toda vez que más y más "...la concepción psiquiátrica ha ido cambiando del individuo como organismo al individuo como miembro de un grupo social", y al considerar al individuo como "...creador, a la vez que producto, de su contexto socio-cultural, el individuo deja de ser el dueño exclusivo de los atributos de su conducta, para compartir la posesión o responsabilidad de los mismos con ese medio socio-cultural"⁽³⁾.

(6) Ibid., p. 497.

(7) B. Wedge, "Changing perceptions of mental health", Ment. Hyg., 48, 1964, p. 27.

(3) G. Adis Castro, "Algunas observaciones sobre la investigación en psiquiatría social", Acta psiquiátrica, psicológica, América Latina, 15, 1969, p. 129.

Lo anterior se refleja, o se hace evidente cuando se considera el punto de vista, por una parte, de aquellos profesionales interesados en terapia de familia, y por otra, el de aquellos interesados en hacer trabajo de comunidad. En el caso de los terapeutas de familia, estos han encontrado que el individuo que busca ayuda, o para quien se busca ayuda, no es el único miembro de la familia que está enfermo. Por el contrario otros miembros de la familia también manifiestan psicopatología, tanto o más que la persona a quien se ha identificado como "el enfermo"⁽⁹⁾. La dificultad de definir con claridad quién es el paciente se hace mayor cuando el interés es la comunidad misma. Se sabe que existen personas en la comunidad en general que sufren de problemas de salud mental, si bien no reciben la ayuda que necesitan de los profesionales en este campo⁽¹⁰⁾. Es difícil precisar el número de personas que presentan estos problemas y que necesitan ayuda. La ambigüedad, o la dificultad para precisar el número de personas que caen en este grupo, se refleja de manera palpable en los estudios de prevalencia de problemas de salud mental en la población general. Los resultados de tales estudios, varían entre el 10 y el 30%, según Hersch⁽¹¹⁾. Leighton, et. al., a su vez, también

(9) I. Rebner, "Conjoint Family Therapy", Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 9, 1, 1972, p. 62.

(10) Ch. Hersch, "The Discontent Explosion in Mental Health", op. cit., p. 497.

(11) Ibid., p. 497.

han indicado que los índices señalados en la literatura sobre este tipo de prevalencia en población general varían entre el 10 y el 60% y más, agregando que en relación con las psicosis y otras condiciones severas, estos índices varían entre el 1 y el 3%⁽¹²⁾. Estos resultados de nuevo reflejan la ambigüedad que existe para determinar quién es el paciente, considerando nuestros intereses, objetivos y criterios para definir lo que es psicopatología, o lo que es un problema de salud mental. Esto es así no sólo por la falta de criterios claros para definir psicopatología, sino también porque a menudo se encuentra que el concepto de enfermedad, cuando se aplica a contextos interpersonales donde la conducta es considerada como inapropiada desde un punto de vista psicológico o social, toma un carácter metafórico, analógico o figurado, que provoca confusión^(13,14,15,16).

-
- (12) A.M. Leighton, et. al., "Validity in Mental Health Surveys", Canad. Psychiat. Ass. J., 11, 1966, p. 167.
- (13) W. Gomberg, "The paradox of Mental Health", J. occup. Med., 9, 1967 p. 239.
- (14) H. B. Adams, "Mental Illness or Interpersonal Behavior", Amer. psychol. 19, 1964, p. 191.
- (15) T.R. Sarbin, "On the futility of the proposition that some people be labeled mentally ill", J. Consulting psychol., 31, 1967, p. 447.
- (16) T. S. Szasz, "The Mith of Mental Illness", Amer. psychol., 15, 1960, p. 113.

En efecto, es difícil contestar la pregunta de ¿Quién es el paciente? Las respuestas varían. Es la persona que, por presentar una conducta - autodestructiva e inapropiada, evidentemente necesita ser hospitalizada; o, es la persona que necesita ayuda a nivel de clínicas de consulta externa o de consultorios particulares; o, la familia de esta persona; o el grupo social o la comunidad a la cual pertenece el individuo. Y todo esto sin considerar los grupos de personas no privilegiadas, que por sus extremas limitaciones económicas y educacionales también debieran ser objeto de programas preventivos y de intervención.

De igual forma, encontramos que la contestación a la pregunta ¿Quién es el terapeuta? ofrece la misma ambigüedad. Mientras fue fácil determinar quién era el "enfermo", dentro del modelo médico, también fue fácil identificar quién era el terapeuta, representado en la persona del psiquiatra. Sin embargo, conforme los problemas de salud mental comenzaron a conceptualizarse como el resultado de desbalances psicológicos y de - disturbios de adaptación interpersonal, otros profesionales, como el psicólogo clínico y el trabajador social, comenzaron a asumir responsabilidad psicoterapéutica⁽¹⁷⁾. Si bien inicialmente la mayoría fue supervisada

(17) Ch.Hersch, "The Discontent Explosion in Mental Health", op. cit., p. 498.

da por el psiquiatra, esto no fue así en todos los casos. Basta recordar en este sentido que muchos de los alumnos de Freud, que más tarde hicieron contribuciones importantes al psicoanálisis, no eran médicos. Cier- to que han existido conflictos entre psiquiatras y psicólogos como resul- tado de su disputa sobre quien tiene más derechos para asumir funciones psicoterapéuticas. Pero en el presente las cosas han cambiado mucho y rápidamente como resultado de nuevo enfoques y nuevas técnicas. Hoy en día junto con psicólogos y trabajadores sociales, las enfermeras están - recibiendo entrenamiento en terapias de familia, y en trabajo de comuni- dad. Así también los maestros, los policías y otros agentes importantes de la comunidad están siendo entrenados en técnicas de modificación de conducta, y en técnicas de intervención en crisis de la familia, los - policías. Más aún los padres de familia están también siendo - entrenados en técnicas de modificación de conducta, para que ellos mismos funcionen como terapeutas de sus propios hijos. Entrenamientos similares se les está ofreciendo a otros miembros de la comunidad y a grupos de vo- luntarios, que colaboran en Hospitales, en centros de consulta externa, y en actividades de comunidad. Hoy en día, la respuesta a la pregunta - ¿Quién es el terapeuta? es en verdad difícil⁽¹⁸⁾. Es el terapeuta el psi- quiatra, o el psicólogo, o el trabajador social, o la enfermera, o el -

(18) Ibid., p. 498.

maestro, o el líder de comunidad, o el mismo padre de familia. No es de extrañar entonces que Hersch, al tratar de señalar la dificultad para contestar esta pregunta, cite a Smith y Hobbs, quienes afirman que "La salud mental es el negocio de todos, y ninguna profesión o familia de profesionales tiene la competencia para abarcarla totalmente"⁽¹⁹⁾.

La misma situación se presenta cuando se considera la cuestión: ¿Cuál es el tratamiento? La presencia de una diversidad de enfoques, incluso totalmente opuestos, reflejan cambios conceptuales, así como cambios en la práctica misma. Por una parte, cada vez es más marcada la tendencia a preferir tratamientos de consulta externa y en la comunidad misma, más que a hospitalizar al individuo. A su vez, es un hecho que el mayor énfasis en aspectos interpersonales y socio-ambientales, ha introducido cambios en la forma en que la psicopatología es conceptualizada y ha estimulado el desarrollo de nuevas y variadas técnicas. En este momento encontramos, además de tratamientos estrictamente médicos, técnicas psicoanalíticas, técnicas de modificación de conducta, técnicas basadas en teorías de comunicación y enfoques existenciales⁽²⁰⁾. Algunas de estas técnicas se mantienen dentro del modelo médico, mientras que otras lo rechazan y hacen énfasis en un modelo de aprendizaje social.

(19) Ibid., p. 498.

(20) Ch. Hersch, "The Discontent Explosion in Mental Health", op. cit., p. 499.

En el caso de las terapias de familia, consideradas como una modalidad de tratamiento diferente, la psicopatología del individuo es vista como una expresión del sistema familiar⁽²¹⁾. Rebner, por su parte, señala - que las terapias de familia reflejan la insatisfacción ante el tratamiento que hace énfasis en el individuo, la necesidad de conocer más sobre él y su ambiente inmediato, y el hecho de que, a menudo, la persona - identificada como paciente no es la única persona enferma en su ambiente familiar⁽²²⁾. Es importante señalar que aún en las técnicas de terapia de familia se encuentran diferentes estrategias. Rebner reconoce - por lo menos tres: un enfoque de equipo, donde uno o más miembros de - la familia son vistos por diferentes terapeutas; un enfoque concomitante, donde el mismo terapeuta ve a diferentes miembros de la familia, la pareja por ejemplo, pero separadamente; y finalmente un enfoque conjunto, en que toda la familia es vista simultáneamente por el mismo terapeuta⁽²³⁾.

Conviene recordar además que no sólo podemos encontrar diferencias - en la forma de conceptualizar la psicopatología y una diversidad de técnicas, sino que además existen discrepancias en cuanto a la necesidad y

(21) J. Haley, "An Editor's Farewell", Family Process, 8, 2, 1969, - p. 150-151.

(22) I. Rebner, "Conjoint Family Therapy", op. cit., p. 62-63.

(23) Ibid., p. 62-63.

y valor del diagnóstico. Para algunos es necesario e importante aclarar el diagnóstico antes de iniciar el tratamiento, mientras que para otros el diagnóstico contribuye poco al trabajo terapéutico⁽²⁴⁾. La controversia no es sólo con relación a las técnicas, o a si se debe hacer diagnóstico o no, sino también al marco de referencia teórico que puede considerarse más apropiado o más eficiente para comprender o explicar los fenómenos propios de este campo, y para servir de base a las técnicas de intervención. Lo característico hoy en día es precisamente la diversidad de teorías que pueden servir de guía y marco de referencia a los profesionales en salud mental. En este sentido también se ha señalado que, si bien las corrientes psicoanalíticas se mantienen, lo cierto es que ahora éstas comparten lo que era su monopolio, o su primer lugar, con otros modelos teóricos. Entre los modelos existentes podemos encontrar, además de los psicoanalíticos, nuevos modelos bioquímicos y neurológicos; modelos de aprendizaje social derivados de los principios establecidos en los laboratorios de psicología experimental, y que sirven de base a las técnicas de modificación de conducta; modelos basados en una filosofía existencialista, y modelos basados en las teorías de comunicación interpersonal⁽²⁵⁾.

(24) Ch. Hersch, "The Discontent Explosion in Mental Health", op. cit., p. 499.

(25) Ibid., p. 500-501.

La situación de cambio que hemos venido planteando, se manifiesta también en el campo de los objetivos. Inicialmente, el objetivo fundamental era aliviar las tensiones internas. Luego, y de acuerdo con el modelo médico, el objetivo fue definido como el de "curar" la enfermedad mental. Bajo la influencia del psicoanálisis el objetivo básico ha sido el de provocar un cambio estructural o una reorganización de la personalidad. Con las técnicas de modificación de conducta lo importante, para algunos, es librar al individuo de síntomas, mientras que para otros es darle las habilidades sociales y conocimientos necesarios para que se enfrente efectivamente a las exigencias de las situaciones en que participa. Para los existencialistas, Rollo May por ejemplo, el objetivo básico es la transformación de la culpa y ansiedad neurótica en una culpa y ansiedad normal, de manera que el individuo pueda enfrentarse en forma constructiva a estas emociones que provocan crisis⁽²⁶⁾. Con relación a las llamadas terapias breves, diferentes autores señalan objetivos diferentes. Un posible denominador común, es el de restaurar el equilibrio psicológico previo a la situación de crisis del individuo, o mejorarlo de ser posible, estimulando la efectividad de la estructura defensiva⁽²⁷⁾. Los terapeutas de familia, buscan provocar cambios de conducta, a la vez que pretenden ayudar al individuo a ganar mayor conciencia de cómo sus

(26) Ibid., p. 499-500.

(27) L. Small, The Briefier Psychotherapies, (New York, 1971), p. 17.

problemas afectan al sistema familiar y son a su vez afectados por el mismo. Para ello, hacen énfasis en la necesidad de que los canales de comunicación del sistema, se mantengan abiertos ⁽²⁸⁾.

Así como se observan cambios en relación a la persona del paciente, del terapeuta, de los marcos de referencia teóricos, de las técnicas y de los objetivos, se observan también en los roles de los profesionales en el campo de la salud mental. Esto debiera ser así porque, al ser la conducta recíproca, los cambios conceptuales o los cambios en la práctica deben reflejarse a su vez en cambios en las actividades y roles profesionales. A este respecto conviene citar a Haley, quien señala que "Las nuevas modalidades de tratamiento provocan cambios en el status y funciones de las disciplinas de los diferentes profesionales de **salud men**-tal"⁽²⁹⁾. Y con relación a la tendencia a considerar como la unidad de tratamiento a la familia y no ya al individuo, Haley se pregunta - "...¿cuándo un psiquiatra está tratando a toda la familia, un psicólogo - está tratando a toda la familia, y un trabajador social está tratando a - toda la familia, cuál es la diferencia entre ellos?, ¿qué podemos decir de las enfermeras ahora que ellas están recibiendo entrenamiento en tera

(28) V. Satir, Conjoint Family Therapy, (Palo Alto, California, 1967), - p. 176.

(29) J. Haley, "An Editor's Farewell", op. cit., p. 153.

pia de familia?, ¿cuál disciplina es la que tendrá la autoridad para decir lo que está mal y lo que debe hacerse?, ¿en qué forma debe diferir el entrenamiento de estos profesionales?, ¿cuál ha de ser su sueldo?⁽³⁰⁾. Luego añade "Existe una tendencia cada vez mayor a ignorar la profesión del terapeuta de familia y a juzgarlo de acuerdo a su mérito **individual...**"⁽³¹⁾. Es evidente que estas preguntas o interrogantes formuladas por Haley son importantes y conviene que nosotros mismos nos las hagamos, y que tratemos de buscar contestaciones apropiadas, si es que nos vamos a enfrentar efectivamente con los cambios e innovaciones que están ocurriendo en nuestro campo. Otros autores también han señalado la necesidad de revisar las definiciones de nuestros roles profesionales. En este sentido, Schulberg hace hincapié en que "...las distinciones tradicionales en las funciones de los diferentes profesionales en el campo de la salud mental se han hecho cada vez más y más artificiales..."⁽³²⁾. En lo que se refiere al entrenamiento de psicólogos, y considero que esto debiera también ser cierto en cuanto al entrenamiento de otros profesionales de salud mental, Schulberg señala que, no sólo debiera existir una mayor relación con escuelas de medicina, con escuelas de servicio social

(30) Ibid., p. 153.

(31) Ibid., p. 153.

(32) H. C. Schulberg, "Challenge of Human Service Programs for Psychologist", op. cit., p. 568.

y con escuelas de educación (esto en el caso del entrenamiento del psicólogo), sino que se debiera exigir y de hecho se exige, y se exigirá aún más, una mayor interrelación entre estas disciplinas, así como una mayor oportunidad para integrar conceptos psicológicos, con principios económicos, sociológicos y políticos. Los programas universitarios habrán de ofrecer cursos que estimulen y orienten al estudiante en este sentido. Por otra parte, los servicios de salud mental debieran ofrecerse en centros multidisciplinarios, y el entrenamiento deberá hacerse en las comunidades mismas, donde el estudiante pueda familiarizarse con la estructura de poder de la comunidad, con la complejidad de sus organismos, con las interrelaciones entre diferentes organismos y servicios, y con las limitaciones económicas y profesionales con que se enfrentan los programas a desarrollar. Todo esto para que el estudiante aprenda a utilizar los recursos de la comunidad, en beneficio de la salud mental de la comunidad misma⁽³³⁾. Hersch, a su vez, también hace énfasis en los cambios en los roles y actividades profesionales como consecuencia de un mayor interés de ayudar al mayor número posible de personas. Cada vez se hace más evidente el interés por tratar o ayudar, no ya al individuo aisladamente, sino a toda la familia, y aún a grupos más numerosos de personas, como sucede en la terapia de red de sistemas, y en el creciente interés por el trabajo en la comunidad. Para este autor, la preocupación por tra

(33) Ibid., p. 571-572.

bajar al nivel de la comunidad misma "lleva a una consideración de la pre
vención, lo que a su vez está relacionado con la acción social y la activi
dad política"⁽³⁴⁾, a la vez que reconoce la dificultad de distinguir -
dónde termina la responsabilidad profesional y dónde comienza la del no
profesional.

Es evidente entonces que el rol del profesional en salud mental está
cambiando y cambiará aún más. El cambio pareciera estar orientado cada
vez más en el sentido de hacerse más amplio, de incorporar nuevas expec
tativas, de alejarse del rol o actividad tradicional del diagnóstico y
tratamiento de un individuo aisladamente, para tratar su ambiente inter-
personal, es decir, su familia, o bien, para tratar todo su ambiente so-
cio-cultural, es decir, su comunidad. Desde este punto de vista, las di
ferencias en los roles de los profesionales en el campo de la salud men-
tal con formación en las disciplinas tradicionales, tienden a reducirse
o a diluirse. Aún más, el denominador común en el rol de estos profesio-
nales, pareciera ser el de convertirse en consultores para la comunidad,
en instructores que entrenen a personas, no profesionales en el área, a
fin de que puedan ayudarse a sí mismos y ayudar a los demás. Por otra
parte, todo esto hace más urgente la necesidad de que la comunicación en

(34) Ch. Hersch, "The Discontent Explosion in Mental Health", op. cit.,
p. 501.

tre los diferentes profesionales de salud mental, con diferentes tipos y niveles de entrenamiento, sea más efectiva y más abierta.

El creciente interés y preocupación por los problemas sociales contemporáneos, la necesidad de ayudar al mayor número posible de personas ha tenido como consecuencia un mayor énfasis e interés en la investigación en psicología y psiquiatría social. El creciente interés en este campo se refleja en la literatura bajo diferentes títulos, que ponen de manifiesto las diferencias de formación y las preferencias de los diferentes autores. Así, se habla o se escribe bajo los títulos de: salud mental comunitaria, psiquiatría de comunidad, psicología de comunidad, psiquiatría social, psicología pública, salud mental y salud pública, desarrollo comunitario, etc. La investigación en este campo, independientemente de los títulos bajo los cuales se realiza, se orienta cada vez más hacia una comprensión de cómo los procesos de la comunidad facilitan o interfieren con la salud mental; hacia un tratar de comprender mejor cómo se pueden cambiar estos procesos de la comunidad y cómo pueden utilizarse en beneficio de la salud mental; hacia una comprensión mejor de cómo su formación y entrenamiento pueden utilizarse más efectivamente en el esfuerzo por estimular la salud mental de la comunidad; hacia el desarrollo de técnicas que le permitan satisfacer estos objetivos, como especialista que es en el campo de salud mental. La relación que existe entre este tipo de investigación y los programas de salud mental es evidente, y se ha señalado que los estudios de prevalencia en población ge-

neral, sugieren que tanto la cantidad como el tipo de psicopatología, es tán íntimamente asociados a la comunidad donde se localizan los problemas de salud mental ⁽³⁵⁾. Los resultados de estos estudios, a su vez, - crean la necesidad de dar mayor atención a las condiciones de la comunidad de donde provienen los pacientes, tanto como a los pacientes mismos.

No es de extrañar, entonces, que también observemos cambios en la - orientación de la investigación. Lehmann ha hecho la observación de que tradicionalmente la psicología ha preferido la investigación de laborato rio, donde se pueden establecer controles, es decir, donde se pueden eli minar o suprimir variables no deseadas. A su vez se ha criticado a los estudios de campo, por su falta de control riguroso, y por tender a ser, en su mayoría, de tipo descriptivo o exploratorio. Sin embargo, este au tor también señala que los estudios de campo permiten sugerir relaciones en condiciones naturales, a la vez que demostrar la presencia de hipóte- sis alternativas. Más aún, la falta de control permite evaluar a las va riables en su interacción, ya que éstas raramente trabajan aisladamen te ⁽³⁶⁾. Se ha hecho énfasis por otra parte en la necesidad de diseñar - estudios que tengan importancia y sean pertinentes para la existencia co

(35) S. Lehmann, "Community and Psychology and Community Psychology", - American Psychologist, 26, 6, 1971, p. 554.

(36) Ibid., p. 556.

tidiana del individuo, sugiriéndose que los esfuerzos se dirijan hacia la evaluación de los programas y servicios de salud mental, entre otros, a fin de ofrecer información sobre cuáles componentes o aspectos son efectivos y cuáles no⁽³⁷⁾. Con relación a estas inquietudes, se ha comentado el creciente interés en, por ejemplo, estudios sobre conducta no verbal y su congruencia, o falta de ella, con conducta verbal en estudios sobre interacción social, y en estudios transculturales⁽³⁸⁾. A su vez, y respondiendo a este tipo de inquietudes, también se ha sugerido que si se van a obtener resultados óptimos en los programas y actividades de prevención, es necesario realizar estudios evaluativos que tengan entre sus propósitos fundamentales los siguientes: "evaluar la posibilidad de manipular variables ambientales y psico-sociales; evaluar el efecto de esta manipulación sobre la salud mental del individuo y de la comunidad; evaluar si estas manipulaciones pueden hacerse directa o indirectamente, y las condiciones en que ellas son más factibles o posibles⁽³⁹⁾". Este mismo autor observa también que es importante evaluar si la manipulación de estas variables, en el grado en que esto sea factible, tiene "...un efecto positivo o negativo en la salud mental del individuo, si su efec-

(37) H. C. Schulberg, "Challenge of Human Service Programs for Psychologists", op. cit., p. 571.

(38) Ch. W. Greenbaum, "Social Psychology: Retreat from the Laboratory" Contemporary Psychology, XVII, 4, 1972, p. 202.

(39) G. Adis Castro, "Perspectivas Futuras en Investigaciones Socio-culturales aplicadas en Salud Mental", Acta Psiquiát., psicol. Amér. Lat. 16, 1970, p. 37.

to es transitorio o estable, si estimula creatividad o individualidad, o por el contrario, interfiere o limita el crecimiento del individuo en este sentido"(40). Y se añade luego "Las perspectivas futuras de la investigación socio-cultural aplicada a la salud mental, entonces, son las de diseñar estudios evaluativos que permitan valorar el grado, y la forma, en que nuestros conocimientos sobre la relación entre factores socio-culturales y psico-sociales y la salud mental pueden ser utilizados en el fomento de la misma"(41).

Para terminar, es importante señalar que el interés en revisar algunos de los cambios que están ocurriendo en el campo de la salud mental, va más allá de un simple interés académico. El cambio en general y la rapidez con que está ocurriendo, afecta todos y cada uno de los aspectos de la vida cotidiana, y por lo tanto, la salud mental de nuestras comunidades. La diversidad de conceptualizaciones y de técnicas, así como la orientación de las investigaciones en psiquiatría social y psicología social, pueden considerarse resultado de, a la vez que reacción ante los cambios que están ocurriendo y a un creciente interés y preocupación por los problemas sociales que estamos viviendo. Países con mayores recursos que los nuestros, tanto económicos como de personal debidamente entre

(40) Ibid., p. 37.

(41) Ibid., p. 27-33.

nado en las diferentes disciplinas asociadas con este campo, están dirigiendo sus esfuerzos hacia la comunidad misma, con el objetivo de enseñarla a ayudarse y a cuidarse a sí misma. Al hacer esto, los profesionales se convierten en consultores y en instructores, para dar la asesoría necesaria y para instruir o entrenar a los no profesionales en este campo, de manera que ellos puedan participar y contribuir activamente en el fomento de la salud mental. Nuestros países, por otra parte, pobres en recursos económicos y de personal debidamente entrenado, no pueden darse el lujo de ignorar estos cambios, de no aprender algo de ellos, de no permitir que éstos estimulen nuestra curiosidad y creatividad. Necesitamos reconocer estos cambios de enfoque y de énfasis para poder aprender de ellos. Necesariamente tendremos que desarrollar nuestras propias estrategias, acordes a nuestras características, peculiaridades y necesidades, para utilizar efectivamente los recursos de la comunidad misma. Esto, a su vez, implica aceptar cambios y modificaciones en nuestros roles profesionales tradicionales, para funcionar como asesores e instructores de miembros de la comunidad que nos ayudarán activa y constructivamente a enfrentarnos a las necesidades y problemas de nuestras comunidades y a estimular y fomentar la salud mental de las mismas. En relación a la posición que tomemos frente a estos cambios, conviene citar a Bevan, quien, refiriéndose a la experiencia educacional, dice: "Lo que la experiencia educacional debe comunicar, me parece a mí, es que dar contestaciones requiere resolver problemas, que resolver problemas es básicamente un asunto de tomar decisiones, que tomar decisiones implica escoger -

entre alternativas, y, que, finalmente, cada escogencia tiene sus consecuencias"(42).

(42) W. Bevan, "Higher Education in the 1970s: A once and future thing", American Psychologist, 26, 6, 1971, n. 544.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, H. B., "Mental Illness or Interpersonal Behavior", American Psychologist, 19, 1964.
- Adis Castro, G., "Algunas Observaciones sobre la Investigación en Psiquiatría Social", Acta Psiquiát. Psicol. Amer. Lat., 15, 1969.
- Adis Castro, G., "Perspectivas futuras en investigaciones socio-culturales aplicadas en salud mental", Acta Psiquiát. Psicol. Amér. Lat., 16, 1970.
- Bevan, W., "Higher Education in the 1970s: A once and future thing", American Psychologist, 26, 6, 1971.
- Gomberg, W., "The Paradox of Mental Health", J. occup. Med., 9, 1967.
- Greenbaum, Ch. W., "Social Psychology - Retreat from the Laboratory", Contemporary Psychology, XVII, 4, 1972.
- Haley, J., "An Editor's Farewell", Family Process, 8, 2, 1969.
- Hersch, Ch., "The Discontent Explosion in Mental Health", American Psychologist, 23, 1968.
- Lehmann, S., "Community and Psychology and Community Psychology", American Psychologist, 26, 6, 1971.
- Leighton, A. M. et. al., "Validity in Mental Health Surveys", Canad. Psychiat. Ass. J., 11, 1966.
- Rebner, I., "Conjoint Family Therapy", Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 9, 1, 1972.

- Ryan, W. (ed), Distress in the City: Essays on the design and Administration of Urban Mental Health Services, Press of Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio, 1969.
- Small, L., The Briefer Psychotherapies, Brunner-Mazel, Inc., 1971.
- Sarbin, T. R., "On the futility of the proposition that some people be - labeled mentally ill", J. Consulting psychol., 31, 1967.
- Satir, V., Conjoint Family Therapy, Science and Behavior Books, Inc., Palo Alto, California, 1967.
- Schulberg, H. C., "Challenge of Human Service Programs for Psychologists", American Psychologist, 27, 6, 1972.
- Toffler, A., Future Shock, Bantam Books, New York, 1970.
- Wedge, B., "Changing Perceptions of Mental Health", Ment. Hyg., 48, 1964.