

CIP

CENTRO DE INVESTIGACIONES PSICOLOGICAS

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

FACULTAD CIENCIAS Y LETRAS

**ALGUNAS OBSERVACIONES
SOBRE LA INVESTIGACION EN
PSIQUIATRIA SOCIAL**

Gonzalo Adis Castro

CIUDAD UNIVERSITARIA "RODRIGO FACIO"

1968: Año de Bienestar Estudiantil y Residencias Universitarias

**ALGUNAS OBSERVACIONES
SOBRE LA INVESTIGACION EN
PSIQUIATRIA SOCIAL**

Gonzalo Adis Castro

CIUDAD UNIVERSITARIA "RODRIGO FACIO"

1968: Año de Bienestar Estudiantil y Residencias Universitarias

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE LA INVESTIGACION EN
PSIQUIATRIA SOCIAL (*)

Gonzalo Adis Castro (**)

Es evidente que la concepción psiquiátrica ha ido cambiando del individuo como organismo al individuo como miembro de un grupo social. La conducta del individuo, entonces, no puede ser comprendida si no se la ve a la luz del contexto socio-cultural, del cual es un producto y el cual contribuye a crear. Por su condición de 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,

(*) El presente trabajo fue preparado a solicitud del Comité Organizador del V Congreso Latinoamericano de Psiquiatría y del VIII Congreso Colombiano de Psiquiatría, los cuales se celebrarán en Bogotá, Colombia, del 25 al 30 de Noviembre de 1968.

(**) Director, Centro de Investigaciones Psicológicas, Facultad de Ciencias y Letras, Universidad de Costa Rica; Catedrático Asociado de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica; y Jefe, Departamento de Psicología del Hospital Psiquiátrico Chapuí, San José, Costa Rica.

para compartir la posesión o responsabilidad de los mismos, con ese medio socio-cultural. El efecto de este cambio de perspectiva desde el punto de vista psiquiátrico-psicológico, se refleja en las diferentes concepciones sobre la etiología de los problemas de salud mental. Mientras fueron considerados como atributos exclusivos del individuo en cuanto organismo, las concepciones etiológicas tendieron a enfatizar aspectos orgánicos. Seguidamente, y conforme creció el interés por los procesos psíquicos y por los problemas de salud mental como resultado de "desequilibrios" y conflictos entre estos procesos, las concepciones etiológicas señalaron como factor fundamental la dinámica de procesos intrapersonales. Una nueva actitud teórica orientada a destacar la importancia de las relaciones interpersonales como factor positivo o limitativo en el campo de la salud mental, provocó cambios en las concepciones, y se señalaron los modelos de relación interpersonal y de comunicación como factores fundamentales.

Tales cambios de orientación han jugado un papel importantísimo en el creciente interés que ha despertado la psiquiatría social^(*).

(*) Mientras que la psiquiatría social y la psiquiatría de comunidad son a veces consideradas como una y la misma cosa, también se han señalado diferencias entre ambas. En este sentido la psiquiatría de comunidad se ha diferenciado con el énfasis en el desarrollo de programas asistenciales a nivel de la comunidad misma. La psiquiatría social, por otra parte ha sido identificada con los esfuerzos investigativos y contribuciones teóricas en este campo. (Véanse Bibliografía Nº 1, Goldston, - S.E., pág. 196).

Aunque existen diferentes definiciones, en términos generales se considera que la psiquiatría social se refiere "al estudio de la etiología y dinámica de las enfermedades mentales y psicosomáticas encontradas en el ambiente"⁽²⁾. Se incluyen aquí todas las investigaciones en el campo de la salud mental, desde estudios de incidencia y prevalencia de problemas, hasta estudios de factores psico-sociales y socio-culturales que puedan tener importancia etiológica, directa o indirectamente. Por ejemplo, las actitudes hacia la enfermedad mental.

Lo anterior refleja la gran variedad de estudios que se reali zan (o que podrían llevarse a cabo) en el campo de la psiquiatría social. Desde cierto punto de vista, los citados estudios podrían agruparse en dos grandes categorías:

- 1.- Aquellos cuyos resultados permiten comparaciones transculturales y no provocan, necesariamente, problemas conceptuales. Por ejemplo los que buscan establecer las relaciones existentes entre problemas de salud mental y variables psico-sociales y socio - culturales.
- 2.- Los que ofrecen mayores dificultades metodológicas — razón por la cual los resultados no permiten comparaciones transcultura les — y pueden provocar, además, problemas conceptuales.

El desarrollo de la investigación en Psiquiatría Social en Costa Rica es similar al de los otros países de la América Latina. Es posible, entonces, ilustrar fácilmente las diferencias apuntadas entre esos dos grupos de estudios con base en investigaciones realizadas en este campo en Costa Rica.

Considérense, en primer lugar, los resultados de un estudio sobre características socio-económicas en tres grupos de enfermos mentales⁽³⁾. En términos generales se encontró que el diagnóstico de "esquizofrenia" estaba estrechamente asociado al estado civil "soltero", a la procedencia "urbana", y a un alto número de reingresos. El diagnóstico de "maniaco-depresivo", a su vez, resultó altamente relacionado con la procedencia "rural" y con el estado civil de "casado". Su edad modal fue mayor que la de los esquizofrénicos. El diagnóstico de "Psiconeurosis" se encontró asociado, en un mayor grado que los otros dos grupos, a un alto nivel de escolaridad y a una procedencia "urbana". Como se podrá observar, estos resultados coinciden con los señalados en la literatura, particularmente en lo que se refiere a los dos grupos de psicosis. Arieti⁽⁴⁾, por ejemplo, afirma que la proporción de esquizofrenias aumenta conforme el ambiente es más urbano, más industrial, más mecanizado. Por otra parte, la proporción de maniaco-depresivos es mayor en zonas rurales. También, y en relación con el estado civil, Rose y Stub⁽⁵⁾ muestran estadísticas similares a las obtenidas en este estudio.

Tal coincidencia de resultados refleja, entre otras cosas, que los estudios se basan en poblaciones de personas internadas en hospitales psiquiátricos. Si bien la metodología empleada puede haber sido diferente, el hecho es que las definiciones son comparables. Es decir, por "enfermo mental" se entendió "una persona que se encontraba internada en un hospital mental". Es evidente que este tipo de definición operacional facilita la interpretación y la comparabilidad de los resultados.

Un segundo ejemplo lo constituye los resultados obtenidos en estudios sobre actitudes hacia el enfermo mental^(6,7,8). Ellos indicaron en forma clara la existencia de una sistemática tendencia a rechazar al ex-enfermo mental, principalmente cuando se lo considera en situaciones en las que hay un mayor grado de intimidad y de "intensidad afectiva". El simple concepto de "enfermo mental" provocó rechazo y se percibió como algo "malo" e "incomprensible", aún cuando no se dio ninguna indicación respecto al grado de desviación de la conducta de tal enfermo. En cambio, sí se aceptó que su tratamiento en el hospital psiquiátrico había sido satisfactorio. Tanto en la zona urbana como en la rural, se tendió a rechazar al enfermo mental, y cuando hubo aceptación, ésta fue mayor en zonas urbanas. Por otra parte también se hizo evidente que la aceptación del enfermo mental no sólo varía a lo largo de una dimensión urbano-rural, sino que depende de otros factores socio-económicos. Cuando desde un principio la actitud hacia el enfermo mental es positiva, de aceptación, esta actitud está

asociada a variables socio-económicas, y es más positiva en los hombres, en niveles de educación, ingresos y ocupación más altos, y en aquellas personas que han visitado otros países. Sin embargo, y tal vez lo más importante, fue la observación siguiente: cuando las actitudes, desde un principio, son negativas, parecen ser independientes del efecto de estas variables, de la educación y de los ingresos en particular. Finalmente, los resultados señalaron que la actitud de aceptación del enfermo mental no es necesariamente mayor en el individuo "más moderno"^(*) en comparación al "menos moderno". En relación con el concepto de "Asilo", la muestra "más moderna" presentó mayor comprensión, una evaluación más positiva, y una mayor aceptación. Sin embargo, los resultados referentes al concepto "enfermo mental" plantearon especiales problemas de interpretación. Las dos muestras no ofrecieron diferencias significativas de comprensión y evaluación de éste concepto (aunque se observó la tendencia a una mayor comprensión y a una evaluación más positiva por parte de la muestra "más moderna"). Fueron evidentes, en ambas muestras, la comprensión y la evaluación negativa del concepto "enfermo mental", y el patrón predominante de gran comprensión y evaluación positiva del concepto "hospital mental". Bien puede decirse que el concepto de "enfermo mental" es tan complejo percibido tan a menudo dentro de un marco de misterio, de ostracismo, y de ansiedad pronóstica, que el hombre (aún si se trata del estudio-

(*) Por "más moderno" se entendió aquellos individuos dispuestos a hacer inversiones en empresas manufactureras en Costa Rica.

so de las ciencias de la conducta) no puede lograr una comprensión adecuada del fenómeno. Por lo contrario, el hospital mental se ve como parte vital de la estructura social moderna, en la cual la necesidad institucional es clara y las funciones sociales positivas.

De nuevo aquí los resultados obtenidos en relación con las actitudes hacia el enfermo mental tienden a coincidir con los obtenidos en otros estudios. Así por ejemplo Berelson y Steiner⁽⁹⁾ señalan que "en la mayoría de las sociedades existe un estigma respecto a la enfermedad mental, el cual no ocurre en casos de enfermedad física". A su vez, Nunnally y Kittross⁽¹⁰⁾ encontraron que "el concepto de enfermo mental es clasificado definitivamente en forma desfavorable ...", que "los enfermos mentales son considerados con miedo, desconfianza y aversión por el público en general ...", y "que las personas que sufren de desórdenes mentales son consideradas como relativamente indignas, sucias, peligrosas, frías, impredecibles, falsas, etc."

Estos resultados sirven de ejemplo a esa primera categoría de estudios que permiten comparaciones transculturales y no provocan, necesariamente, problemas conceptuales. Esto es así, posiblemente, debido a que el fenómeno en estudio se puede definir con claridad, y su operacionalización no ofrece mayor dificultad conceptual.

La otra categoría de estudios incluye aquellos que buscan determinar la incidencia y prevalencia de problemas de salud mental. Se pue

de observar que los resultados obtenidos con estos estudios tienden a ofrecer dificultades de interpretación, y a limitar, la posibilidad de hacer comparaciones transculturales. Ciertamente, algunos aspectos tienden, en términos generales, a concordar. Al respecto, Leighton, et. al.⁽¹¹⁾ han señalado que los estudios sobre problemas de salud mental en la población general tienden a coincidir, por una parte, en la existencia de una alta magnitud de este tipo de problemas. Y por otra, en que la distribución de estos problemas se encuentra altamente relacionada con factores y condiciones demográficas y socio-culturales. Así, se han encontrado que estos desórdenes son más prevalentes entre personas de mayor edad, de bajo nivel socio-económico y entre personas que viven en ambientes de desorganización social. Estos autores, sin embargo, al considerar las implicaciones de los estudios, mencionan, entre otras, que los resultados obtenidos crean interrogantes en relación con las definiciones y conceptualizaciones utilizadas.

Lo anterior se refleja, a su vez, en un estudio en escala nacional sobre la prevalencia de problemas de salud mental, realizado también en Costa Rica⁽¹²⁾. En lo que se refiere a la magnitud de la prevalencia de estos problemas en la población general, Leighton, et. al.⁽¹³⁾ indican que los índices señalados en la literatura sobre este tipo de prevalencia en población general varían entre el 10 % y el 60 % y más. A su vez, y en relación con las psicosis y otras condiciones severas, estos índices varían entre el 1 % y el 3 %. Es de in

terés comparar los índices de prevalencia de las psicosis y de la epilepsia con los obtenidos en el estudio en Costa Rica, y los que fueron, respectivamente, 2.9 % y 2.2 %. Estos índices se encuentran dentro de los límites anteriormente señalados (del 1 % al 3 %). Los índices de prevalencia de otros tipos de sintomatología también se encontraron dentro de lo esperado de acuerdo con la literatura. Así, el índice correspondiente a los desórdenes de la personalidad fue el 10.1 %, el de alcoholismo (en el caso de hombres únicamente) fue 14.9 %, el correspondiente a las psiconeurosis alcanzó la magnitud de 38.7 %, y el de las reacciones psicofisiológicas la de 28.1 %. Esta coincidencia de resultados es de suyo interesante. Y más aún si se consideran las limitaciones del estudio, particularmente, en lo que se refiere a las relaciones con el tipo de muestra utilizada.

Sin embargo, cuando se trata de analizar los índices de prevalencia de problemas de salud mental que frecuentemente se asocian a factores interpersonales y psico-sociales, como es el caso de las psiconeurosis, la perspectiva cambia. Considerando el índice de psiconeurosis, por ejemplo, en el presente estudio el índice general fue de 38.7 %. Compárese este índice con el obtenido por Rotondo, et. al.⁽¹⁴⁾ que fue del 15.41 %. Por otra parte Horwitz y Marconi⁽¹⁵⁾ encontraron, en tres distritos del área Norte de Santiago, una prevalencia de 8.10 %. Y Lughton, et. al.⁽¹⁶⁾, en el estudio ya citado, reportan un índice del 72 %. No es de extrañar, entonces, la mención de que "En el presente las más simples comparaciones epidemiológicas, en el-

tiempo o en el espacio, no pueden hacerse con un grado óptimo de confiabilidad..."⁽¹⁷⁾. Esto es así, toda vez que los criterios utilizados en la definición de lo que es o no un "caso" en un estudio no son equivalentes con los utilizados en otros estudios. Además, los términos - "desorden psicológico" y "desorden psiquiátrico" son muy generales, incluyendo sub-categorías que difieren entre sí en cuanto a sus características y su frecuencia en diferentes poblaciones⁽¹⁸⁾. Compárense, por ejemplo, los índices obtenidos en relación con la prevalencia de las psicosis, psiconeurosis, desórdenes de la personalidad, etc. Otro factor importante, a su vez, es el factor "severidad". En términos generales, se ha señalado que el porcentaje de prevalencia es mayor cuanto menor sea la severidad de los casos estudiados⁽¹⁹⁾. Es decir, el índice de prevalencia de aquellos que necesitan hospitalización, es menor que el correspondiente a aquellos que necesitan tratamiento en clínicas de consulta externa y en consultorios privados. El índice, por otra parte, de casos sub-clínicos es el más alto.

Considérense en particular los resultados de estudios que buscan-determinar la magnitud de problemas de salud mental en la población general, donde los porcentajes de prevalencia son los más altos. La interpretación de este tipo de resultados ofrece tal dificultad que, con frecuencia, lejos de aclarar dudas, se crean otras y se corre el peli-gro de que pierdan sentido. Ciertamente, los altos porcentajes de -prevalencia obtenidos sugieren a veces la posibilidad de que el indivi-duo estudiado haya sido encasillado dentro de un marco conceptual, in-

dependientemente del contexto socio-cultural al que pertenece. Aun más estos resultados ponen de manifiesto la ambigüedad de los conceptos utilizados. Tal ambigüedad se hace aparente no sólo cuando se consideran términos como "problemas de salud mental", "desórdenes psicológicos", "desórdenes psiquiátricos", sino también cuando el concepto de "enfermedad" se utiliza en el contexto de "enfermedad mental". En relación con el uso del término enfermedad se puede alegar que existe "... cierta conducta tan autodestructiva e inapropiada en que el término enfermedad es aplicable — como es el caso de las psicosis". Sin embargo no es así cuando se consideran los trastornos de conducta, que se desvían de lo esperado y aceptado⁽²⁰⁾. Por lo general, el término se aplica a diferentes patrones o configuraciones de conducta considerados inapropiados, ya sea desde un punto de vista implícito, psicológico o social⁽²¹⁾. De hecho, el término se refiere no sólo a patrones de conducta arbitrariamente definidos, sino que frecuentemente además los "síntomas son de naturaleza psicológica y no médica"⁽²²⁾. El problema de la connotación metafórica del concepto de "enfermedad mental" no es nuevo. Véanse por ejemplo los trabajos de Gomberg⁽²³⁾, Adams⁽²⁴⁾, y particularmente los de Szasz^(25,26) y el de Sarbin⁽²⁷⁾. En todos ellos se hace énfasis en que el concepto de enfermedad, cuando se aplica indiscriminadamente a las "enfermedades mentales" pierde sentido, tomando un carácter metafórico, analógico o figurado, que provoca confusión.

Esta necesidad de revisar definiciones y conceptos con el objeto de identificar áreas de acuerdo y desacuerdo así como para asegurar el

mínimo de distorsión en el estudio de fenómenos tal como ocurren en la naturaleza, ya ha sido mencionada⁽²⁸⁾. La insistencia en tal sentido, sin embargo, es importante, pues en los estudios epidemiológicos ha existido la tendencia a "... definir la enfermedad o salud mental como cualidades del individuo, como algo que posee el individuo considerado más o menos como algo aislado de su ambiente social ..."⁽²⁹⁾. Es decir, se tiende a olvidar que por una parte, - la magnitud de los problemas de salud mental que existen en una sociedad en un determinado momento son el resultado de una serie de condiciones, en las que juegan un papel fundamental las "... implicaciones dinámicas de una forma de vida específica"⁽³⁰⁾. Por otra parte, se olvida también que el funcionar adecuada o saludablemente, dentro del contexto de lo socialmente esperado, es una función del tipo y cualidad de la interacción del individuo con su ambiente. Es decir, depende de lo esperado y deseable en términos de la frecuencia, intensidad y naturaleza de los actos interpersonales (transacciones).

En relación con lo anterior, cabe mencionar los resultados obtenidos en el estudio sobre prevalencia de problemas de salud mental en Costa Rica⁽³¹⁾. De los diferentes rasgos de la personalidad considerados, el índice de prevalencia de rasgos pasivo-agresivos obtenidos es de particular interés, y sirve como ejemplo a la tesis de que los resultados obtenidos en estos estudios crean problemas de interpretación.

Considérense, para el caso, únicamente los índices de prevalencia obtenidos a un nivel de severidad "moderada". Es decir, a ese nivel donde no sólo el experto es capaz de percibir la sintomatología sino que también otras personas no especialistas, aunque estas personas no la definan socialmente como síntomas. Los índices de prevalencia, en el grupo metropolitano, fueron, 53.7 % para los hombres y 52.5 % para las mujeres. Estos índices entre el grupo rural fueron 62.9 % para los hombres y 63 % para las mujeres. Todo parece indicar, de acuerdo con estos índices que la magnitud de problemas asociados a este tipo de rasgos es muy alta en la población de la cual ésta muestra podría considerarse representativa. Es muy probable que los índices incluyan en realidad una mezcla de rasgos pasivo-agresivos y pasivo-dependientes. Lo importante, en todo caso, es que estos resultados reflejan patrones y expectativas socio-culturales típicas y frecuentes de nuestro medio. Así, por ejemplo, es frecuente observar que alguien se comprometa a asistir a una cita o reunión a una hora determinada y que llegue tarde o no llegue del todo. Y esta conducta, aunque quizás no sea sancionada socialmente, tiende a ser esperada. Si causa desaprobación, generalmente no se espera que se exprese directamente, sino más bien a través de chistes, los cuales a su vez pueden ser muy pasivo-agresivos. Esta conducta también es evidente entre las instituciones y los organismos, y particularmente en las relaciones interdepartamentales en esas instituciones y organismos.

donde la necesaria coordinación se pierde o se diluye. A la vez, se alega que la falta de coordinación (cuando se acepta como tal) refleja "no la falta de buena voluntad", sino, desde el punto de vista social, "falta de comunicación" — cuando psicológicamente lo que se está comunicando es evidente. Ejemplos de este tipo abundan en la vida cotidiana de nuestro medio, tanto entre instituciones, como entre departamentos; también en la relación del público con estas instituciones y departamentos y entre los individuos. Es corriente oír decir a alguien "qué buen muchacho!", o "qué buen profesional!" seguido de un "... lástima que ...". En las entrevistas, este tipo de conducta fue evidente. Por ejemplo, no faltó el ama de casa que para destacar al entrevistador sus muchas congojas y quehaceres explicaba que tenía tanto quehacer que "... hasta dejaba quemarse la comida". La mezcla de rasgos pasivo-agresivos y pasivo-dependientes se evidencia en conductas como las siguientes: "en un pueblo, a escados dos kilómetros del mar, los miembros del equipo psiquiátrico no pudieron encontrar mariscos para almorzar, a la vez que observaban un alto grado de desnutrición infantil". En otro tuvieron dificultad de conseguir que se les prepara un almuerzo, pese a que ofrecían pagar. Otra forma en que se reflejan estos rasgos pasivo-dependientes y pasivo-agresivos, así como un bajo de energía, eran las frases características de aparente resignación, tales como "hay que dejar hacer", "hay que tener resignación", "así lo quiere Dios", como respuestas al interés del equipo psiquiátrico por provocar curiosidad y actividad. Tal vez un ejemplo que resume en forma más clara estos rasgos en la colectivi

dad es en la experiencia política. Los candidatos observan que en la manifestación política preliminar, en que se ofrecen almuerzos, el número de personas que asisten es grande y altamente estimulante. Y a la hora del recuento de votos, el número de estos difiere considerablemente con el número que inicialmente asistieron a la convención.

Estos resultados evidencian el peligro que existe cuando se trata de evaluar los problemas de salud mental del individuo independientemente del ambiente social en el que vive. A su vez reafirman la necesidad, cuando se trata de evaluar la existencia de problemas de salud mental, de "... examinar simultáneamente al individuo y a su ambiente social y evaluar la interdependencia entre ambos"⁽³²⁾. De otra forma se corre el peligro de estudiar y evaluar esta conducta desde el punto de vista del investigador, es decir, desde su propio marco de referencia y de sus expectativas, los cuales frecuentemente no representan el contexto socio-cultural de la comunidad que estudian. En este sentido, es importante recordar que ya se ha señalado que en el grado en que la psicopatología deba considerarse como una manifestación dentro de un marco de referencia de eventos interpersonales, el grado de psicopatología del individuo debe considerarse como el resultado de la distribución de situaciones interpersonales de la cual él es miembro y las cuales él contribuye a generar. Por lo tanto, la evaluación de salud mental o enfermedad mental "... requiere alguna estimación de la distribución de sentimientos y actitudes que él provoca en otros"⁽³³⁾.

No pretendemos, naturalmente, ofrecer una definición operacional que solucione estos problemas. Sí se busca, sin embargo, insistir en la necesidad de revisar definiciones y de aclarar explícitamente los marcos de referencia que deben ser utilizados en estudios de esta naturaleza. Su importancia es evidente tanto desde el punto de vista comparativo como conceptual. Es necesario encontrar entonces definiciones operacionales que permitan la obtención de datos válidos en el contexto psico-social de la comunidad que se estudia, y que, por lo tanto, sirvan de base a estudios posteriores que busquen establecer los factores y relaciones dinámico-etiológicas que contribuyen a la alta prevalencia de estos problemas. Con este objeto se señalan a continuación algunos de los factores o aspectos que deben ser tomados en cuenta en la operacionalización de las definiciones a utilizar.

En primer lugar, deberá aclararse explícitamente si el marco de referencia por utilizar conceptualiza la salud mental como una entidad biológica, como un estado subjetivo, como la capacidad para ajustarse a normas culturales, o bien, en términos de una teoría o punto de vista en particular, o como un concepto ecológico, o como una combinación de todos estos⁽³⁴⁾. A su vez, deberá considerarse si estos marcos de referencia harán énfasis en puntos de vista normativos, estadísticos o de la persona misma. Aún más, deberá especificarse si se considerarán aspectos que puedan tener interés psiquiátrico únicamente, o bien, si se considerarán además aspectos que tienen que ver con las expectativas, circunstancias y limitaciones personales, así como con -

las expectativas socio-culturales del grupo al que pertenecen. En segundo lugar, es importante recordar que una de las dificultades en la definición operacional de términos psiquiátricos es que estos términos generalmente representan altos niveles de abstracción⁽³⁵⁾. Esto en sí es una limitación toda vez que se corre el peligro de que la evaluación o medición de los problemas de salud mental queden, en última instancia, a "... juicio de un psiquiatra o psicólogo clínico ...", quienes por definición, son considerados, "... como la fuente de instrumentación válida para la medición de estos fenómenos"⁽³⁶⁾. Considerando esto, y en vista de que una definición operacional debe especificar - las operaciones que deben realizarse, en el caso de estudios de problemas de salud mental la definición que se utilice debe incluir " ... una lista de las conductas e inferencias relacionadas con el concepto clínico a evaluar ..."⁽³⁷⁾, así como las operaciones para determinar el nivel de intensidad (leve, moderado, marcado), y hasta donde sea posible "... las condiciones bajo las cuales se hace la observación ... de bieran también ser especificadas como parte de la definición total de cómo se realizan las observaciones". En tercer lugar conviene que las definiciones se basen en síntomas y no en categorías diagnósticas⁽³⁸⁾, pues los síntomas pueden ser operacionalizados con mayor facilidad por una parte, y por otra, la utilización de categorías diagnósticas puede crear correlaciones etiológicas artificiales. Finalmente, la definición que se utilice deberá tomar en cuenta el componente probabilístico asociado a la psicopatología del individuo, tomando en cuenta la frecuencia de ocasiones en que el síntoma o característica se manifiesta.

Para finalizar, conviene insistir en que la división o agrupación de las diferentes investigaciones en dos grandes categorías, tal como se ha hecho aquí, es, desde luego, arbitraria. Su utilidad, sin embargo, se hace evidente cuando se observa que el criterio para establecer esta división son las definiciones utilizadas. En un caso, estas definiciones no parecen ofrecer mayor dificultad. En el otro sucede to do lo contrario. Los resultados que se obtienen en el segundo caso son difíciles de interpretar y crean, más que aclaran, dudas e interro gantes. La importancia de este hecho es obvia. La investigación en psiquiatría social ha de contribuir a establecer la relación existente entre los problemas de salud mental y factores psico-sociales. Así mismo ha de ayudar a establecer la magnitud de estos problemas, y a esclarecer los factores dinámico-etiológicos, directos o indirectos, que contribuyen a la existencia de tales relaciones y a la magnitud de tales problemas. Y esto es posible en el grado en que las definiciones y conceptos que se utilicen en los estudios permitan obtener datos válidos en el contexto psico-social de la comunidad que se estudie. Más aún, todo lo anterior pone de manifiesto que la investigación en psiquiatría social no puede ser responsabilidad de una sola disciplina. El equipo de investigación deberá estar integrado tanto por psiquiatras como por psicólogos, sociólogos y antropólogos. Los conceptos y marcos de referencia que se utilicen deberán ser definidos operacionalmen te, y de manera tal que incorporen conceptualizaciones e información de las diferentes disciplinas representadas en el equipo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Goldston, S.E. (ed.), Concepts of Community Psychiatry, U.S. - Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service Publication Nº 1319, Washington, D.C.
- 2.- Opler, Marvin K., Culture and Social Psychiatry, Atherton Press, - New York, 1967, pág. 304.
- 3.- Adis Castro, G. y Umaña Araya, R., "Algunas Características Socio-Económicas en tres Grupos Nosológicos de Enfermos Mentales", Archivos Panameños de Psicología, v. 1, n.1, 1965.
- 4.- Arieti, S., "Some Socio-Cultural Aspects of Manic-Depressive - Psychosis and Schizophrenia", en Masserman, J.H., y Moreno, J.L.L., Progress in Psychotherapy, v. IV, - Grune and Stratton, N.Y., 1959, pág. 146-7.
- 5.- Rose, A. y Stub, H.R., "Summary of Studies on the Incidence of - Mental Disorders", en Rose, A., Mental Health and - Mental Disorders W.W. Norton y Co., Inc., N.Y., 1955 pág. 96.
- 6.- Adis Castro, G. y Waisanen, F.B., "Lugar de Residencia y Actitudes hacia el Enfermo Mental", Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, v. II, 1965.
- 7.- Adis Castro, G. y Waisanen, F.B., "El Contexto Socio-Económico de las Actitudes hacia el Enfermo Mental", Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, v.12, 1966.
- 8.- Adis Castro, G. y Waisanen, F.B., "Modernidad y Tolerancia: el caso de las Actitudes hacia el Enfermo Mental", Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, v. 13, 1967.
- 9.- Berelson, B. and Steiner, G.A., Human Behavior: An Inventory of - Scientific Findings, New Yor, Harcourt, Brace and World, Inc., 1964, pág. 635.
- 10.- Nunnally, I. and Kittross, J.M., "Public Attitudes Toward Mental - Health Professions", The American Psychologist - Journal, v. 13, 1958, pág. 593.
- 11.- Leighton, A.H., Leighton, D.C. y Danley, R.A., "Validity in Mental Health Surveys", Canad. Psychiat. Ass. J., v. 11, - 1966, pág. 167.

- 12.- Adis Castro, G.; Hernández Ureña, R.; Víquez Carvajal, C.; y -
Alvaronga Bianco, F., Prevalencia de Problemas en -
Salud Mental en Costa Rica, Centro de Investigacio-
nes Psicológicas, Universidad de Costa Rica, 1968.
- 13.- Leighton, et. al., op. cit., pág. 167.
- 14.- Rotondo, H., Aliaga, P. y García Pacheco, C., "Estudios de Morbili-
dad Psiquiátrica en la Población Urbana de Mendocita",
en Caravedo, B., Rotondo, M., y Mariátegui, J., Estu-
dios de Psiquiatría Social en el Perú, Ediciones del
Sol, Lima, Perú, 1963, págs. 60-68.
- 15.- Horwitz, J. y Marconi, J., "Estudios Epidemiológicos y Sociológicos
acerca de la Salud Mental en Chile", Acta Psiquiátri-
ca y Psicológica de América Latina, 1967, 13, 52, -
pág. 56.
- 16.- Leighton, et. al., op. cit., pág. 173.
- 17.- Rinder, I. D., "New directions and an old problem: The definition
of normality", Psychiatry, v. 27, 1964, pág. 107.
- 18.- Leighton, et. al., op. cit., pág. 176.
- 19.- Leighton, et. al., op. cit., pág. 176.
- 20.- Gomberg, W., "The Paradox of Mental Health", J. Occup. Med., v.9,
1967, pág. 239.
- 21.- Adams, H.B., "Mental Illness or Interpersonal Behavior", American
Psychologist, v. 19, 3. 1964, pág. 191.
- 22.- Adams, H.B., op. cit., pág. 194.
- 23.- Gomberg, W., op. cit.
- 24.- Adams, H.B., op. cit.
- 25.- Szasz, T.S., "The Myth of Mental Illness", American Psychologist,
1960, 15, 113-118.
- 26.- Szasz, T.S., The Myth of Mental Illness, Hoeber - Harper, N.Y., 1961.
- 27.- Sarbin, T.R., "On the Futility of the Proposition that some People
be labeled 'Mentally Ill'", J. Consulting Psychol.,
v. 31, 5, 1967.

- 28.- Leighton, et, al., op. cit. , pág. 177.
- 29.- Wedge, B., "Changing Perceptions of Mental Health", Mental Hyg., v. 48, 1964, pág. 27.
- 30.- Opler, Marvin, K., Culture and Social Psychiatry, Atherton Press, New York, 1967, pág. 40.
- 31.- Adis, Hernández, Víquez y Alvarenga, op. cit.
- 32.- Wedge, B., op. cit., pág. 27.
- 33.- Chassan, J.B., Research Design in Clinical Psychology and Psychiatry Appleton-Century-Crofts, N.Y., 1967, pág. 232.
- 34.- Tucker, D.K., and Le Riche, W.H., "Mental Health: The Search for a Definition", Canad. Med. Ass. J., v. 90, 1964, pág.1160.
- 35.- Chassan, J. B., op. cit., pág. 236.
- 36.- Chassan, J.B., op. cit., pág. 236.
- 37.- Chassan, J.B., op. cit., pág. 237 - 38.
- 38.- Leighton, et.al., op. cit., pág. 170.

oooOooo

DP-19983- CyL
GAC/lvs.