



Perspectivas futuras de la investigación básica social-cultural sobre salud mental

Eliseo Veron

► To cite this version:

Eliseo Veron. Perspectivas futuras de la investigación básica social-cultural sobre salud mental. Acta Psiquiátrica y Psicológica América Latina, 1968, XV (2), pp.193-210. halshs-01482798

HAL Id: halshs-01482798

<https://shs.hal.science/halshs-01482798>

Submitted on 3 Mar 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ORIGINALES

Perspectivas futuras de la investigación básica sociocultural sobre salud mental*

ELISEO VERÓN **

1. Trastornos mentales y factores sociales: un desafío. No cabe duda que la historia de la psiquiatría social en los últimos cuarenta años puede ser contemplada con algún escepticismo. Las formulaciones teóricas iniciales estaban imbuidas de cierta euforia propia del momento de emergencia de un nuevo campo científico. La influencia del psicoanálisis^{53, 73}, en particular sobre la antropología cultural, se tradujo en los años treinta en una serie de trabajos que parecían arrojar una luz definitiva sobre las relaciones del individuo, tanto "normal" como "enfermo", con su contexto cultural^{13, 38, 54, 59, 60, 65, 66, 67, 68, 85, 93}. Los mecanismos que mediatizan el vínculo entre la "personalidad" y la "sociedad" parecían claramente establecidos y el mismo planteo antropológico fue enseguida trasladado a la sociedad industrial moderna^{32, 42, 43, 55}. Se popularizaron así esquemas relativamente simples, globales y de largo alcance interpretativo sobre "el individuo y su sociedad". Los desarrollos teóricos del interaccionismo, derivados de la obra de George Herbert Mead (1934), contaban en el fondo la misma historia: la

persona y la sociedad son dos caras de una misma moneda. La posibilidad de explorar bajo una nueva perspectiva los viejos problemas de la psiquiatría se presentaba, pues, con los mejores colores de un avance científico decisivo y se multiplicaron las formulaciones programáticas^{1, 86, 88, 97, 110}. (Véase también la bibliografía incluida en el *American Journal of Sociology*, 42:892, 1937.)

En la actualidad parece haber pocas dudas acerca de que las expectativas y esperanzas puestas en la nueva inter-disciplina por sus fundadores están lejos de haberse cumplido. Ya hacia fines de la década del cuarenta, algunos científicos, entre los que habían participado en las primeras etapas de investigación sistemática del vínculo entre trastornos mentales y factores sociales, dieron la alarma. Warren Dunham realizó entonces una evaluación del período 1932-1947. Sobre los estudios llamados de "cultura y personalidad", afirmaba que eran más sugestivos que concluyentes, señalando que las hipótesis sobre los trastornos mentales derivadas del relativismo cultural no eran satisfactorias: permiten describir cómo un comportamiento que para nosotros sería psicótico es funcional en cierto contexto institucional, pero no explican cómo esos síntomas se combinan y aparecen en ciertos individuos²⁶. Once años después, Hunt concordaba con Dunham: "Estos es-

* Informe presentado a la reunión preparatoria de la Comisión IV, Conferencia de Salud Mental en las Américas. México, 27 y 28 de abril de 1968.

** Investigador, Centro de Investigaciones Sociales, Instituto Torcuato Di Tella, Buenos Aires.

tudios [de cultura y personalidad] proporcionan evidencias de la gran variabilidad cultural en la expresión del desorden mental. Sin embargo, la interpretación general de los datos, especialmente con respecto a inferencias sobre patología básica, están lejos de ser confiables”⁴⁴.

Después de haber analizado los estudios ecológicos y estadísticos, de “cultura y personalidad”, y de procesos interactivos, Dunham llegaba a la siguiente conclusión: “...estas investigaciones han sido mucho más valiosas en cuanto a la elaboración de nuevas técnicas, puntos de vista, e hipótesis, y mucho menos significativas en lo que respecta a una demostración concluyente de la relación exacta existente entre los desórdenes de la personalidad y algún elemento de las relaciones interpersonales o de la situación cultural. No podemos darnos por satisfechos con ofrecer constantemente evidencias ‘inferenciales’ o que ‘apoyan’ las hipótesis, especialmente si continuamos adheridos a la proposición hipotética según la cual muchos desórdenes de la personalidad tienen sus raíces en el medio “social”²⁶. La conclusión final de Hunt era semejante, en 1959: “De la revisión que hemos hecho de la literatura reciente acerca de la relación entre variables socio-culturales y desórdenes mentales funcionales, resulta evidente que no se puede extraer ninguna conclusión definitiva. Si bien parece seguro que tales variables están efectivamente correlacionadas, la naturaleza precisa de esta relación es manifiestamente incierta. La observación hecha por Félix y Kramer³¹ según la cual ‘existe un gran vacío entre los datos con que contamos en el presente y los que necesitamos tener’, es inescapable. Lo que puede decirse con máxima seguridad es que se debe tener mucho cuidado al atribuir una significación causal o etiológica a estas relaciones”⁴⁴.

Hace poco más de un año, otro investigador reiteraba una queja parecida, referida a los estudios epidemiológicos, aunque acentuando la congruencia de los datos existentes sobre clase social: “En vista de la cantidad impresionante de trabajo realizado en este área y de la consistencia de los resultados, es sorprendente que estos estudios hayan proporcionado tan poco conocimiento

nuevo acerca de los determinantes de los desórdenes mentales”¹⁵.

En verdad, desde este punto de vista, la historia de la psiquiatría social puede ser descrita como un lento proceso de destrucción de fáciles ilusiones iniciales, en los distintos niveles de análisis en que se desarrollaron las investigaciones. Una de las primeras ilusiones destruidas era muy cara a la ideología que presidió en buena medida la infancia de los planteos socioculturales y sociopsiquiátricos. Muchos antropólogos y sociólogos alimentaban entonces una actitud crítica hacia la moderna sociedad industrial; eran, tal vez, más o menos implícitamente, intelectuales disconformistas. Pensaban que la industrialización, la urbanización y en general las características propias de la “vida moderna”, traían aparejados cambios radicales y bruscos en los modos de vida, atentando contra el equilibrio mental de los individuos. Esto dio lugar a varias hipótesis por un lado, aquella célebre acerca del aumento de los trastornos mentales en general, desde el siglo pasado hasta el presente: la sociedad, a medida que avanza hacia su pretendida “modernidad” y “racionalidad”, produce simultáneamente cada vez más enfermos mentales. Un análisis más cuidadoso de los datos mostró que esta hipótesis no es sostenible sin muchas reservas. Tras analizar los trabajos de Winston¹⁰⁹, Dorn²⁴, Elkind y Taylor²⁸, y Malzberg⁶¹, Warren Dunham concluía: “Estos estudios tienen menos valor que los de distribución espacial. Esto se debe a la falta de estadísticas que se extiendan a largos períodos de tiempo en diferentes lugares y a la inadecuación de las existentes. La apremiante cuestión acerca de si los trastornos mentales han aumentado o no, no puede ser satisfactoriamente contestada”²⁶.

Leacock a su vez señala que “...la tendencia al aumento de las tasas de primera admisión en los hospitales mentales se ha revelado en gran medida como un artefacto estadístico...”³⁷.

Algo semejante ocurrió con las hipótesis que sostenían la existencia de tasas más elevadas de trastornos mentales en las zonas urbanas, por comparación con las zonas rurales. Leacock resume así sus conclusiones sobre este problema, tras una revisión de la

literatura correspondiente: "La vida urbana *per se* no conduce más a la enfermedad mental que la vida rural... las tasas de hospitalización urbanas no son consistentemente más altas que las tasas rurales en diferentes países y en distintas partes de los Estados Unidos. Al parecer, el tipo de ciudad y su relación con el contexto rural circundante es más importante en relación con las tasas de enfermedad que el hecho de que se trate de una ciudad. Definir un área en términos de un continuo simple rural-urbano es inadecuado" ⁵⁷.

La investigación clásica de Faris y Dunham sobre Chicago ²⁵ había generado hipótesis sobre distribución diferencial de los trastornos mentales en distintas zonas de la ciudad. Los pacientes mentales se reclutan en áreas de población densa, status económico bajo e índice elevado de delincuencia, áreas que en su mayoría rodean las zonas céntricas comerciales. Estas áreas se caracterizan por una elevada movilidad y baja participación social. Dicha distribución parece particularmente clara para la esquizofrenia. Casi diez años después de publicada la investigación de Chicago, Dunham resumía este aspecto señalando que los estudios desarrollados hasta ese momento, estaban acordes en que "todos los tipos de desorden mental muestran, en su distribución en la ciudad, una gama amplia de tasas, concentrándose las tasas altas en el centro de la ciudad para declinar en todas direcciones hacia la periferia. Schoeder concluye pues en su resumen de los datos existentes, que se ha demostrado la existencia de 'áreas de insanidad'. La distribución ecológica de los desórdenes mentales en nueve ciudades confirman este hallazgo" ²⁶.

Owen había ya objetado, sin embargo, que hay diferentes pautas de selección hospitalaria y de visibilidad de los trastornos en distintas zonas de la ciudad ⁷², aunque Faris y Dunham consideraron que la corrección de las tasas que pudiera exigir la consideración de este tipo de factores no haría desaparecer la configuración general encontrada (Faris y Dunham, "Comments" sobre el trabajo de Owen, 1941). Dunham destacaba más tarde, sin embargo, el problema central, al comentar los resultados existentes para la esquizofrenia: "La dificultad al parecer reside en que estos y

otros factores semejantes no son lo bastante específicos —ya se los defina cuantitativa o verbalmente— y en consecuencia las manipulaciones estadísticas que se hacen sobre ellos resultan muy primitivas. Trabajos adicionales pueden volverlos más útiles y específicos. Con todo, me parece obvio que la tarea básica con respecto al desorden mental es encontrar cómo estos y otros factores se incorporan a la experiencia de aquellas personas que enferman de esquizofrenia, a diferencia de aquellas que, dentro de la misma comunidad, no enferman. El carácter no específico de estos factores aplicados al desorden mental se confirma por el hecho de que a menudo esos mismos factores se usan para explicar otros tipos de comportamiento desviado" ²⁵.

Clausen y Kohn ¹⁷ desarrollaron una crítica de algunos de los supuestos sobre los que descansa la investigación ecológica en psiquiatría social. Entre otras cosas, tomaron en cuenta el planteo de Robinson ⁸⁰ acerca de la falacia ecológica. Según estos autores una de las hipótesis que está detrás de las interpretaciones de los datos sobre distribución espacial consiste en suponer que "las características conocidas del área o de la población general que reside en el área, reflejan adecuadamente las características o condiciones de vida de aquellos individuos del área que enferman" ¹⁷. Esta hipótesis podría ser descompuesta a su vez en dos supuestos: *a*) Que las vecindarios locales particulares de donde vienen los "casos" son representativos de las áreas ecológicas más amplias en que están ubicados, y *b*) Que los enfermos perturbados mentalmente o bien son típicos de sus vecindarios o bien están suficientemente expuestos como para ser influidos por las características sociales de sus vecindarios ¹⁷. Dunham arguyó en respuesta que: "El uso del método no supone que las características de la población residente en el área reflejan las características de aquellas personas en el área que enferman, sino más bien que se pueden desarrollar hipótesis acerca de la relación entre las características del área y los tipos de experiencias de las personas que enferman mentalmente" (*loc. cit.*; 150). Pero a decir verdad, la respuesta de Dunham resulta casi un juego de palabras, dado el estado de la cuestión: el problema es que

esas hipótesis al parecer no existen todavía bajo una forma confiable. En tanto no se formulen claramente y no se diseñen estudios que puedan ponerlas a prueba, la sospecha de falacia ecológica es un argumento que no puede dejarse de lado.

Al parecer, la prudencia es aconsejable también en la interpretación de los datos sobre movilidad espacial. Leacock afirma: "Los estudios de poblaciones migrantes dentro de una ciudad o país, como así también los estudios de poblaciones inmigrantes, indican una relación entre la movilidad geográfica y la dificultad emocional que implica más que el efecto negativo del stress situacional que puede resultar del desplazamiento. La relación no puede expresarse en la simple proposición según la cual 'la movilidad causa la enfermedad mental' o bien afirmando que la enfermedad mental causa la movilidad". Con todo, está claro al menos que los tipos de personas respecto de los cuales la migración está ligada en forma compleja con la perturbación de la personalidad, son lo bastante importantes y definidos como para afectar la distribución ecológica de la enfermedad mental" ⁵⁷.

Lo cual, por otra parte, como recuerda Leacock, arroja dudas sobre muchos trabajos de incidencia en los que no se controla el status migratorio. Hunt es un poco más pesimista: "La movilidad espacial o geográfica puede ser también más frecuente entre grupos de pacientes, si bien es necesario realizar más investigaciones para confirmar esta tendencia. Parece también que la inmigración y la migración entre ciudades no están relacionadas con el desorden mental" ⁴⁴.

Uno de los campos más importantes de la investigación ha correspondido al estudio de la relación entre trastornos mentales y status socioeconómico, que incluye el problema de la movilidad vertical. Aquí también es tan amplia la literatura como incierta la interpretación de los numerosos datos recogidos. Con todo, la relación inversa entre tasa global de trastornos mentales y nivel de clase parece una de las pocas correlaciones firmemente establecidas ^{57, 15, 16, 40, 41, 64, 96, 98, 58, 22, 23}. No faltan investigaciones en las que no apareció correlación alguna: cf. por ejemplo Clau-

sen y Kohn ¹⁷; Pasamanick y col. ⁷⁴ informan de una relación curvilínea.

"Las pruebas estadísticas de nuestras hipótesis —dicen los autores de uno de los estudios clásicos— indican que existen conexiones definidas entre tipos particulares de ambientes sociales en que vive la gente, medidos por medio del concepto de clase, y la emergencia de clases particulares de desórdenes psiquiátricos, medidos por el diagnóstico psiquiátrico. No nos dicen en qué consisten esas conexiones, ni tampoco cómo se vinculan funcionalmente con un tipo particular de enfermedad mental en un individuo dado" ⁴⁰. Como puede verse, las reservas son análogas a las formuladas para el caso de las distribuciones ecológicas y demográficas. Al evaluar diversos trabajos sobre estratificación social y trastornos mentales, Hunt concluye que: "Parece razonablemente bien establecido que la incidencia total de psicosis (tal vez de desórdenes mentales en general) es mayor en las clases bajas comparadas con las altas. Esta conclusión resulta especialmente verdadera de la esquizofrenia. Los datos concernientes a diferencias asociadas a status específicos en la incidencia de la psicosis maníaco-depresiva y de las neurosis son contradictorios y en conjunto muy inciertos" ⁴⁴. Leacock observa: "Aun cuando se pueda establecer una correlación entre tasas altas de enfermedad mental y un grupo definido sociológicamente, esto no nos dice mucho acerca de los factores etiológicos involucrados" ⁵⁷.

Un problema central sigue siendo el del papel de la movilidad vertical, sobre todo teniendo en cuenta la existencia de una alternativa teórica de gran importancia: ¿las condiciones de clase afectan la tasa de trastornos mentales aumentándola en clase baja, o bien descienden socialmente los afectados por estas enfermedades?

"Hay evidencias de que los grupos de pacientes tienden a ser más socialmente móviles (hacia arriba) que los no pacientes" ⁴⁴. Pero resulta muy difícil saber por qué, sobre todo teniendo en cuenta la relación entre el desorden mental y la movilidad *ascendente* que ha sido observada en algunos trabajos ⁴⁴. En un artículo muy reciente, Dohrenwend intentó un experimento "crucial" para tratar de resolver la alternativa entre la hipótesis de la causación

social como resultado de las "condiciones de vida" asociadas al status socioeconómico, y la hipótesis de la selección social a través de la movilidad diferencial de enfermos y sanos. Utilizó comparaciones entre distintos grupos étnicos en la ciudad de Nueva York, con datos de estudios que buscaban detectar desórdenes psicológicos no tratados en hospitales. Los resultados no le permitieron decidir entre las dos hipótesis. Tuvo entonces en cuenta una serie de factores metodológicos que podrían afectar la interpretación de los datos existentes: a) Influencia de la actitud de aceptación o rechazo social de las preguntas sobre síntomas; b) Errores en la muestra de síntomas; c) Errores debidos al "acquiescence response style"; d) El problema del grado en que los informes sobre síntomas traducen o no desórdenes psicológicos. Sin embargo, no pudo llegar a ninguna conclusión sobre la alternativa mencionada²².

El balance en el plano de las investigaciones sobre factores sociológicos estructurales, ya sea a través de interpretaciones globales de las características de una cultura (como es el caso de los trabajos de corte antropológico) o bien mediante técnicas epidemiológicas, no resulta, pues, demasiado alentador. Muchas hipótesis han debido ser descartadas, al menos en su formulación inicial, que suponía asociaciones lineales entre las variables; muchos de los datos recogidos pueden ser objeto de serias dudas por razones metodológicas*; hay unas pocas relaciones que parecen estar razonablemente

te confirmadas, como por ejemplo la variación de la tasa global de trastornos con el nivel de clase o la asociación entre tasas de trastornos y movilidad social, pero que son sumamente difíciles de interpretar desde el punto de vista etiológico. Es decir, cuando están libres de duda, las pocas conexiones explicativas alcanzadas son de tipo *correlacional* y parece evidente que en estos cuarenta años, a nivel de los factores sociológicos globales, la psiquiatría social no ha podido elaborar hipótesis *teóricas* sobre las que haya consenso**.

Si pasamos a analizar la investigación realizada en niveles de análisis más microscópicos, el panorama general no parece mucho más positivo. La mayoría de los estudios ha estado centrada en el grupo familiar y se ha desarrollado sin mayor conexión con la investigación epidemiológica. En 1959, Spiegel y Bell realizaron una amplia revisión de la literatura publicada desde 1930, identificando tres tipos de estudios: 1) Los "estudios de rasgos", centrados en el análisis de la relación entre ciertas características de uno o ambos padres, y determinado desorden psiquiátrico en algún hijo; 2) Los estudios sobre aspectos estructurales de la familia, tales como el orden de nacimiento, número y sexo de los hermanos, disolución del matrimonio, etc.); 3) Los estudios centrados en el análisis de la influencia de factores genéticos o constitucionales.

La conclusión de los autores, tras revisar 85 artículos del primer grupo, es la siguiente: "En conjunto, la revisión de los estudios de rasgos produce la impresión de que ninguno de los rasgos parentales seleccionados para la investigación se puede correlacionar en forma clara y predecible con un resultado patológico determinado y que, si bien pueden constituir una condición necesaria para la aparición de un tipo específico de desorden psicológico en el niño, sin duda no constituye una condición suficiente. La evidencia acumulada no ha logrado vincular de una manera convincente un proceso nítido y configurado con un resultado sintomático particular en el niño⁹⁵. Muchos de los datos son contradicto-

* Como se sabe, una de las más graves se refiere al uso frecuente de datos tomados de los hospitales. Félix y Bowers³⁰ señalan que el gran número de estudios de prevalencia e incidencia de psicóticos hospitalizados son inadecuados por muchas razones. Primero, se ocupan sólo de parte del problema, los seriamente enfermos. Segundo, se ocupan sólo de esa parte de los seriamente enfermos que se hospitalizan. Tercero, sólo se pueden tomar en cuenta aquellos factores socio-ambientales que están incluidos en los registros de los hospitales. Concluyen que estos estudios no son en ningún sentido experimentos diseñados cuidadosamente para explorar relaciones o poner a prueba hipótesis mediante datos originales: específicamente acerca de la posibilidad de establecer comparaciones, Witkower y Fried señalan que desde el punto de vista de los fundamentos metodológicos no hay estadísticas que permitan comparaciones transculturales válidas de incidencia y prevalencia de las enfermedades mentales⁷¹.

** Sobre la distinción entre explicaciones correlacionales y explicaciones teóricas⁹⁹.

rios, la definición de los rasgos es poco precisa, y el uso de grupos de control muy poco frecuente. Respecto al segundo tipo de estudios, los autores concluyen: "Ante resultados tan diversos y a veces contradictorios, es fácil concluir que este punto de vista es poco útil. El estudio de factores situacionales y estructurales en relación con el desorden mental es, en esencia, una perspectiva centrada en el análisis de rasgos. Al igual que con el estudio de rasgos de los padres o de sus personalidades, los estudios de correlación no permiten llegar a conclusiones en las que se pueda confiar"⁹⁵.

Los estudios sobre factores constitucionales no han avanzado mucho más que los otros dos tipos. Lo central, señalan los autores, es considerar los factores constitucionales y del medio ambiente como interdependientes, pero desde este punto de vista, "la mayor parte del trabajo conceptual, teórico y de investigación está por hacerse. El área del paciente psiquiátrico y su familia —concluyen— ha mostrado hasta el momento más promesas y menos resultados que casi cualquier otro segmento del trabajo psiquiátrico"⁹⁵.

Para el caso particular de la familia del paciente esquizofrénico, Sanua describió en 1961 una situación parecida: grandes variaciones en la metodología y las muestras empleadas, lo cual limita las posibilidades de generalización, y además "una falta de consistencia en los resultados que puede ser en gran parte atribuida a un descuido parcial o total de las variables importantes"⁸⁴.

En 1965, Rabkin reitera las principales críticas realizadas anteriormente, y confirma el tono crítico general mediante un análisis específicamente dedicado a los aspectos metodológicos. Clasifica los métodos empleados en seis grupos: material de historias clínicas; test psicológicos, psicoterapia, entrevistas, escalas y cuestionarios de actitudes, y métodos de observación directa. Aunque estos últimos le parecen los más útiles, subraya a su respecto: "Al revisar esta confusión de materiales uno se sorprende por el amplio campo de problemas metodológicos que aparecen, tales como grupos de control inadecuados o inexistentes; pobre especificación de datos tales como status socioeconómico; uso de instrumentos no confiables o inapropiados y un proble-

ma particularmente grave de posible deformación por parte del experimentador"⁷⁸.

Parece haber un acuerdo general entre los críticos en cuanto a la necesidad de considerar a la familia como una totalidad o como un sistema, y en cuanto a que los estudios parcializados de rasgos son muy poco útiles. Pero esto es sin duda, por el momento, una expresión de deseos antes que una realidad de la investigación.

Finalmente, conviene señalar que los extremos son aparentemente los que concentran la enorme mayoría de la literatura: estudios epidemiológicos o ecológicos por un lado, y estudio de los pacientes en relación con su grupo familiar, por otro. Los eslabones intermedios, particularmente la relación de la familia con su medio socio-cultural externo, prácticamente no ha sido explorada. Los trabajos de Spiegel, basados en la conceptualización de las orientaciones de valor elaborada por F. Kluckhohn constituyen una de las pocas líneas de investigación orientadas al estudio de la relación de la familia con dimensiones más amplias de la cultura^{56, 92, 93}.

La lección importante de esta historia de la psiquiatría social parece bien clara. La realidad ha mostrado una insospechada indiferencia ante el optimismo de los fundadores: relacionar "la personalidad" y "la sociedad" es fácil sólo sobre el papel, en el plano de la especulación teórica general, pero la teoría no se ha traducido en investigaciones fecundas en el grado en que podía esperarse.

No siendo este el lugar para una revisión sistemática de la enorme literatura existente, todas las referencias anteriores han sido hechas a título ilustrativo, con el fin de recordar el estado de la cuestión. Resulta esencial tener presente este panorama, al discutir las perspectivas futuras de la investigación básica en el campo de la psiquiatría social para fijar las estrategias más convenientes.

2. Estrategia "en múltiples niveles": el estudio de configuraciones. "Las condiciones socio-culturales en sus dos formas, normativa y desviada, operando durante la infancia y la edad adulta, en marcos intra y extrafamiliares, tienen consecuencias medibles, reflejadas en las diferencias que se

pueden observar en una población en cuanto a la salud mental”⁹⁶. Esta afirmación de Srole expresa uno de los supuestos básicos que orientan la investigación socio-psiquiátrica. Pero el trazado del camino que va de las condiciones socio-culturales definidas a nivel sociológico a la manifestación de un trastorno mental en un individuo determinado es aún enormemente fragmentario. La enfermedad, dice Srole, es una “output reaction” que emerge de una configuración de “input conditions”. Estas condiciones de entrada son de una enorme complejidad, y abarcan factores de muy distintos niveles de organización de los fenómenos sociales y psicológicos. Como lo han señalado muchos de los críticos, la operacionalización de las “condiciones de vida” a nivel sociológico se realiza mediante variables muy globales (demográfico-censales, de posición en la estructura social o de distribución residencial), por lo cual el concepto de “condiciones de vida” tiene un grado muy alto de indeterminación. La cuestión básica es aquí: ¿cómo precisar ese concepto?

El planteo teórico de Srole, que encabeza la importante investigación sobre *Mental Health in the metropolis* representa adecuadamente el punto de vista de la moderna investigación epidemiológica. De acuerdo con Srole, la enfermedad es una resultante de factores que a menudo varían independientemente unos de otros, y que convergen para iniciar, facilitar o perpetuar una cadena de procesos atípicos. Como las interacciones entre los varios factores de esta convergencia son a menudo oscuras, las huellas específicas de dichos factores en el proceso de la enfermedad tienden a permanecer fuera del alcance de la observación directa. En otras palabras: hay numerosas “cajas negras” que es preciso desentrañar. En la perspectiva epidemiológica, la “señal de alerta” que indica el posible papel de un factor determinado, es la evidencia de que en grupos de población donde se sabe que opera ese factor, la frecuencia de la enfermedad es significativamente superior que en los grupos donde el factor está ausente. Srole señala atinadamente que a) los mecanismos específicos que vinculan ambas cosas y b) el papel de los “otros factores”, son elementos que permanecen desconocidos. Y agrega: “En último término la in-

vestigación debe ser capaz de concentrarse en las interacciones entre condiciones somáticas específicas y factores socioculturales circunscriptos, tal como juntos penetran en las profundidades de los procesos psicológicos. Pero nuestro punto de vista es que para hacer esto posible, es necesario *primero* aislar e identificar tales factores específicos en cada orden de variable independiente por separado”⁹⁶.

Como puede verse, este planteo de Srole corresponde a la más correcta ortodoxia en la tradición de Stuart Mill. Y me parece evidente que es en este punto, ante todo, donde necesitamos una nueva estrategia científica. Se puede estar de acuerdo con la descripción que hace Srole del problema, pero es preciso discrepar con su conclusión. No será inútil recordar aquí ciertas observaciones de Ashby: “... hasta hace poco la estrategia de las ciencias ha sido predominantemente la del análisis. Se han hallado unidades, se han estudiado sus propiedades y luego algún esfuerzo se ha hecho para estudiar cómo actúan combinadamente. Pero este estudio de síntesis ha progresado poco (...). La regla “analice en partes, y estúdielas de a una por vez, ha sido seguida en forma tan amplia que existió cierto peligro de que degenerara en un dogma; esta regla ha sido a menudo considerada como el principio por excelencia de lo propiamente científico”. Ashby recuerda entonces la perspectiva abierta por Sir Ronald Fisher, cuando se halló ante el problema de obtener información acerca de cómo un sistema complejo de suelo y plantas reacciona a los fertilizantes. El sistema es demasiado complejo para un estudio analítico que vaya aislando cada factor, y por lo demás la investigación se haría enormemente lenta. Decidió pues considerar al sistema en su conjunto, sin aislar los factores: “*Enfrentado con un sistema de gran complejidad aceptó la complejidad como una propiedad esencial, no ignorable*; y mostró cómo se puede extraer de ella información valiosa. Mostró también que esto sólo puede ser hecho si el investigador acepta la necesidad de una nueva estrategia científica”³ (la bastardilla es mía).

La necesidad de incorporar esta estrategia a los estudios socio-psiquiátricos me parece una evidencia que se impone cada vez

con mayor claridad. Ella no se funda meramente en una preferencia teórica. No tenemos ninguna razón de principio que oponer a la metodología que aconseja acercarse lo más posible al "modelo de experimento". Pensamos simplemente que en ciertos casos es inoperante por inaplicable, y que la complejidad de ciertos sistemas empíricos exige una estrategia diferente, cuyas bases epistemológicas han sido desarrolladas a partir de la cibernética y de la "teoría de los sistemas generales"^{2, 108}.

La experiencia acumulada hasta el presente en la psiquiatría social, indica que la estrategia analítica de estudiar "factor por factor" no ha dado buenos resultados. Las razones que explican este hecho son empíricas. En la práctica de la investigación epidemiológica es imposible, por elaborado que sea el diseño, controlar factores más allá de un cierto número, que es siempre inferior al deseable. Además, no sólo en cada investigación hay variables que sabemos que no podemos controlar; hay también un número de posibles factores relevantes que *nos son desconocidos*. De aquí resultan consecuencias inevitables. Por un lado, cualquier interpretación causal de los datos epidemiológicos puede ser objeto de serias dudas. Por otro lado, en la medida en que generalmente se estudian variables de tipo demográfico-censal y no se controlan las de otros niveles, no debe sorprender que distintos estudios lleguen a resultados diferentes, cuando no contradictorios. La misma reflexión vale, como se desprende de la revisión evocada en el párrafo anterior, para los estudios sobre rasgos aislados de miembros del grupo familiar. Lo más grave es que la situación *hace imposible establecer a qué se deben las discrepancias*, puesto que ignoramos las variaciones en los valores de las variables no controladas y en los de las variables desconocidas, entre las distintas investigaciones.

De lo dicho se infiere una primera conclusión y una regla estratégica básica. La conclusión puede parecer radical, pero a mi juicio es inevitable: *acumular más datos epidemiológicos sobre la base de los diseños corrientes, aportará muy poco al propósito de construir hipótesis explicativas en psiquiatría social*. La regla estratégica es, si se quiere, la opuesta a la formulada por

Srole: debemos diseñar investigaciones destinadas, no a controlar prolijamente un reducido número de factores, sino a comparar *complejos o configuraciones* de variables.

Debemos explicitar esta regla, aunque sólo sea someramente, porque de lo contrario ella expresaría apenas una profesión de fe "gestaltista" sin proporcionar ninguna orientación concreta a la investigación. Ante todo, no llegamos a una interpretación etiológica bien fundada por acumulación de estadísticas, porque las condiciones que hacen incierta la interpretación de los datos epidemiológicos descansan en el *diseño mismo* de esas investigaciones. A mi juicio, en nada nos aclarará la situación actual el que sigamos obteniendo nuevos datos de nuevas regiones del mundo, que podamos agregar a nuestros archivos. La interpretación bien fundada se podrá alcanzar, a largo plazo, si vinculamos los datos epidemiológicos *con datos de los niveles de análisis más microscópicos*. Esto es lo que rara vez puede hacerse porque, como señalamos más arriba, las investigaciones en niveles más microscópicos —estudios de características de los padres, de la interacción familiar, "estudios de casos" con orientación clínica, etc.— se han desarrollado sin mayor contacto con la investigación ecológica y epidemiológica.

Lo deseable es pues, desde este punto de vista, concentrar los esfuerzos en el diseño de estudios que nos permitan obtener conjuntos de datos referidos a variables de distintos niveles, es decir, que recojan datos *simultáneamente* en por lo menos tres planos: el estudio de las variables socioculturales y estructurales (variables ecológicas, demográficas, status socioeconómico, movilidad, etc.); el de las variables referidas a procesos psicosociales en el grupo familiar, y el de las variables individuales referidas al paciente. Lo que proponemos pues es estimular la realización de proyectos "en múltiples niveles", como único camino para comprender cómo los factores sociales más globales "se incorporan a la experiencia" de las personas que enferman. Lo que interesa observar entonces son las características de un cierto complejo de variables y sus relaciones recíprocas dentro de una determinada configuración. Sólo en este tipo de estudio es posible progresar en

el esfuerzo por especificar de qué manera las variables socioculturales están vinculadas a un desorden de conducta a nivel individual. Por lo mismo, sólo en este tipo de estudio en múltiples niveles contamos con las bases para evitar la "falacia ecológica".

La unidad básica de investigación deberá ser pues mucho mayor de lo habitual, porque la configuración integrada por variables individuales (propiedades de la conducta); grupales (procesos internos al grupo familiar); culturales (sistemas de normas y orientaciones de acción); sociales (clase, movilidad vertical, etc.); censales (sexo, edad, nacionalidad, etc.), y ecológicas (área de residencia y movilidad espacial) *no debe ser descompuesta* para servir al criterio corriente de mantener constantes ciertos factores y estudiar las variaciones de otros. El principio de que es preciso analizar el papel de cada factor para "después" de estudiar qué peso relativo tiene en comparación con otros factores, me parece ilusorio: si el diseño fragmenta las combinaciones empíricas de las variables, recogiendo sólo datos a nivel de la estructura social o sólo en algún nivel microscópico, no podremos "después" reconstruir la configuración, porque nos faltará la información relevante. Se trata entonces de preferir diseños "transversales" e intensivos, a una acumulación de investigaciones parciales que trabajan en diferentes niveles de análisis y en forma extensiva.

La recomendación de esta estrategia, por otra parte, no es nueva. Opler por ejemplo, planteó hace más de diez años una orientación de este tipo: "El alcance limitado de cada estudio aislado, uno microscópico y particularizado, el otro cuantificado pero etiológicamente limitado, sugiere que sólo una combinación de métodos, la batería completa de la metodología de la investigación médica, aplicada a un área sociocultural conocida, puede proporcionar resultados frescos y prevenir el habitual desperdicio de esfuerzos"⁷⁰.

Por su parte, Leacock afirma: "La investigación de comunidades es necesariamente el campo más fecundo para estudiar la relación entre el medio ambiente social y la enfermedad mental. Nos permite utilizar a la vez técnicas epidemiológicas am-

plias y entrevistas intensivas en profundidad tomando casos seleccionados, y ofrece la posibilidad de evaluar los resultados contra el fondo de un contexto social definido"⁵⁷.

3. Causación, descripción y comparación: los niveles microscópicos. La acumulación de investigaciones de este tipo permitiría las comparaciones transculturales en un nivel más significativo que el de la comparación del papel relativo de factores aislados. En la medida en que, para cada investigación epidemiológica, no sabemos qué relación tienen los factores de estructura social y distribución espacial con factores de los niveles más microscópicos, la comparación del papel relativo de las variables ecológicas, demográficas o sociológicas en la emergencia del trastorno carecerá de significación. Se trataría en cambio de comparar *combinaciones* de factores en las distintas configuraciones halladas. Esto es de gran importancia, porque parece altamente probable que *un mismo trastorno* (definido a nivel individual) esté asociado, en distintas áreas o zonas (en sentido geográfico y/o sociológico) *a combinaciones diferentes* de ciertas variables. Es necesario especificar los alcances de esta afirmación, porque supone un cierto modelo de la causación de las enfermedades mentales, un modo particular de concebir las relaciones entre variables de distintos niveles de análisis y consecuentemente, una cierta perspectiva acerca de la importancia de los estudios comparativos.

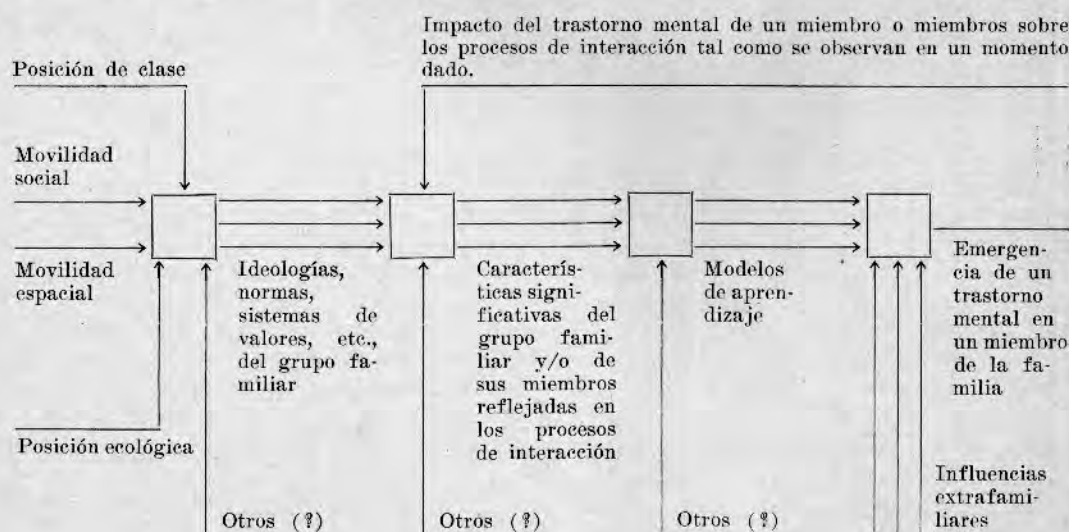
En primer lugar, la evidencia de que no es razonable buscar conexiones causales simples o lineales entre la enfermedad mental y los factores sociales, parece haber llevado hasta cierto punto a un abandono, tal vez apresurado, de la convicción determinista propia de la ciencia. Si bien necesitamos un modelo más complejo que el de una cadena causal unidimensional, no basta sin embargo con afirmar un punto de vista de "interacción entre múltiples factores". Es preciso reconocer que, por lo general, este tipo de expresiones no es en realidad otra cosa que una confesión de nuestra ignorancia. Si es verdad que los trastornos mentales (al menos algunos), son

resultado de la experiencia socializadora en el seno del grupo familiar, debemos estar convencidos de que los factores sociales son, en última instancia, las causas de mayor peso. Aunque estemos todavía muy lejos de él, es preciso no olvidar entonces que nuestro objetivo consiste en establecer *niveles jerárquicos de causación*, y estimar el peso relativo de cada nivel.

Pero el problema básico es cómo se conciben estos niveles de causación, cómo se entiende el vínculo entre los factores de estructura social, las características del grupo familiar, el modo en que se establecen en éste los modelos de aprendizaje predominantes, y la emergencia de un desorden mental como resultado de la exposición reiterada a un cierto modelo socializador. Este es el tipo de preguntas que por el momento no podemos contestar fundadamente. De todos modos, puede ser útil ordenar la cuestión considerando el problema desde un punto de vista puramente formal. Un modo elemental de representar el problema de los niveles de causación se indica en el cuadro adjunto.

Está claro que vale como esquema muy simplificado. Se trata de una estructura compleja de "cajas negras" interrelacionadas^{2, 3}. Para una aplicación elemental del modelo de la "caja negra" a la metodología del estudio de la comunicación en la neuro-

sis, cf.¹⁰⁴. Esta representación "informacional" tiene un valor que excede la mera analogía, en cuanto al problema de la causación. Implica que entre cada conjunto de entradas y cada conjunto de salidas existe un sistema complejo de funciones. Por lo tanto, *para un estado dado de nuestros conocimientos*, un conjunto determinado de salidas puede estar asociado a varios conjuntos alternativos de entradas, y viceversa. Por ejemplo, una entrada a nivel de la interacción es el conjunto de variables que definen a la "madre sobreprotectora". Está comprobado que no es posible vincular esta entrada con una salida y solo una —es decir, con un trastorno mental determinado— sino que las salidas posibles a nivel de la conducta individual del sujeto sometido a un agente socializador con esas características, en el estado actual de nuestro conocimiento, son varias. Es posible que esta relación se pueda aclarar en la medida en que planteemos una "caja negra" intermedia, que tenga como entradas las propiedades conceptualizadas como "sobreprotección" (que han sido entendidas generalmente en términos estáticos como actitudes de la madre) y como salida determinadas características de la interacción de la madre dentro del grupo familiar, tanto con el niño como con otros miembros. En suma, se trata de ir refinando la des-



cripción de las entradas y las salidas para localizar asociaciones más específicas, tanto en cada nivel de causación como entre los distintos niveles.

La estrategia propuesta consiste entonces en acumular configuraciones como la representada en el gráfico, para distintas comunidades o unidades específicas socioculturalmente definidas. A medida que avance nuestro conocimiento, el esquema se hará más y más complejo: cada una de estas grandes "cajas" se desdoblará a su vez en una multiplicidad de otras "cajas" donde las funciones entre entradas y salidas serán más específicas que las que podemos enunciar actualmente.

La cuestión pasa a ser entonces: ¿cuáles son las bases más convenientes para realizar esa descripción y avanzar en la especificación de las conexiones causales que constituyen una determinada configuración de factores? Diremos algo sobre dos grandes aspectos. Por un lado, la situación en el caso de los niveles de análisis microscópicos (individual e interactivo o grupal). Por otro lado, la situación en cuanto al vínculo entre estos niveles de análisis psicosociales y el plano más global de los factores de estructura social.

Respecto del primer punto, la psiquiatría social se caracteriza a mi juicio por atravesar una coyuntura paradójica: diría que uno de los obstáculos para realizar una buena tarea descriptiva en los niveles de análisis microscópicos, que son los que hay que desarrollar para precisar la significación del papel de las variables sociológicas en relación con la enfermedad mental, consiste en que padecemos de un *exceso de teorías sustantivas*. En efecto, acerca de la estructura de la personalidad y sus trastornos, y si nos limitamos a los enfoques que reconocen la importancia de lo social, podemos elegir entre las numerosas versiones de la orientación psicoanalítica; podemos ser conductistas, interaccionistas, funcionalistas, fenomenólogos, etc. Cada una de estas perspectivas privilegia un cierto nivel y tipo de descripción de los trastornos y de sus contextos grupales, y una coincidencia mínima a nivel de los observables se vuelve sumamente difícil. Existe una marcada desproporción entre la riqueza de orientaciones teóricas, y la pobreza de

instrumentos descriptos de los diversos tipos de conducta a los que pueda corresponder la denominación de "trastorno mental", y de las diversas situaciones sociales (familiares o no) que pueden tener propiedades "patogénicas".

Esta situación nos lleva a extraer otra conclusión inevitable, bajo la forma de una segunda regla estratégica general, referida a la conceptualización en los niveles de análisis individual y psicosocial: *empobrezcamos nuestras teorías y refinemos los instrumentos para la descripción de la conducta social*. Este principio contiene los siguientes supuestos: a) la no comparabilidad entre los enfoques teóricos de las investigaciones es un serio obstáculo para el progreso de nuestros conocimientos; b) el desarrollo del método comparativo es esencial para ese progreso; c) en consecuencia, es conveniente adoptar un instrumental descriptivo que contenga *el menor número posible de supuestos teóricos generales* sobre la personalidad y su relación con los sistemas interactivos. Dado el estado de la psiquiatría social, la tarea taxonómica tiene todavía una importancia fundamental. El entusiasmo por las elaboraciones teóricas tal vez ha oscurecido el criterio muy simple según el cual la descripción adecuada del *explanandum* es un momento esencial de toda buena explicación y, en muchos casos, el esfuerzo por reordenar y homogeneizar los conceptos descriptivos puede ponernos en el buen camino hacia las leyes del *explanans*.

Tengo plena conciencia de que la regla que acabo de enunciar puede ser enteramente discutible para muchos, y tal vez hasta una *contradictio in adjecto*: ¿qué otra manera hay de refinar la descripción sino refinar la teoría? La regla mencionada propondría entonces una tarea imposible por definición, un absurdo metodológico. Creo sin embargo que, correctamente interpretada, tiene sentido empírico y utilidad estratégica.

Ante todo, dicha regla no pretende elevarse al plano de un principio epistemológico: quiere ser una regla táctica formulada a partir de una estimación de la situación presente *concreta* de la psiquiatría social. Por lo tanto, no supone que existe la descripción pura, ni que la teoría

y la conceptualización de los observables son cosas independientes, sino que más bien propone algo así: "actuemos como si la descripción y la teoría tuvieran entre sí una relación más débil de la que sabemos que tienen en realidad". ¿Qué significa esta regla? Significa que debemos tratar de desarrollar, para la descripción de la conducta social vinculada al desorden mental, conceptos que tengan la máxima proximidad posible con los observables, y el mínimo de compromiso con una determinada teoría psicológica o psicosocial *sustantiva*. Este último término es clave para nuestro argumento: se trata de estimular el desarrollo de modelos descriptivos a la vez significativos y relativamente *formales*.

A mi juicio, la teoría de la comunicación tal como se ha venido elaborando en el campo de la psiquiatría proporciona un punto de partida para esa tarea de descripción microscópica ^{5, 6, 7, 8, 14, 20, 21, 27, 34, 35, 36, 45, 46, 48, 47, 49, 50, 51, 52, 63, 76, 77, 82, 83, 79, 87, 90, 91, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 108}.

En primer lugar, el modelo del "actor" en la teoría de la comunicación es el más pobre posible: el actor es una "caja negra". A los fines de la descripción de los mensajes, no se le atribuyen otros mecanismos internos que los implicados en el concepto de "procesamiento de la información". El planteo no excluye la posibilidad de elaborar construcciones hipotéticas sobre procesos no observables; por el contrario, define esta elaboración como el objetivo final: en algún momento será necesario vincular las "funciones" entre entradas y salidas con algún modelo de la "personalidad-en-sociedad". Pero subordina esta tarea a una descripción adecuada de las entradas y salidas entendidas como mensajes de la comunicación social.

En segundo lugar, permite la elaboración de conceptos a la vez fundados en las características objetivas de los mensajes y genuinamente interactivos o transaccionales ^{6, 90}. El primer aspecto es importante en la medida en que elimina el uso, tan frecuente, de conceptos impresionistas y subjetivos para describir la interacción (como por ejemplo "participación", "cooperación", "rechazo", etc.), que el observador atribuye a las transacciones interpretándolas ⁷⁸. El segundo aspecto descansa en el

criterio según el cual ningún mensaje, ninguna conducta significativa, tiene propiedades *absolutas*: su significación es relativa al contexto en que se produce, siendo cada mensaje estímulo, respuesta y refuerzo en una red interactiva ¹⁰.

En tercer lugar, el punto de vista de la comunicación puede también aportar un principio de solución a uno de los problemas cruciales que plantea la aplicación del método comparativo. De la antropología hemos heredado una tendencia a interpretar erróneamente el relativismo cultural en el caso de los trastornos mentales. Que los factores socioculturales desempeñen un papel importante en la génesis de estos trastornos, no es contradictorio con la existencia de un *núcleo invariante* característico de cada tipo de trastorno. Debemos estar en condiciones de poder establecer los elementos comunes, a nivel descriptivo, entre dos pacientes histéricos por ejemplo, uno de clase baja y otro de clase alta, aunque el contexto sociocultural y muchas características sociológicas y contenidos psicológicos sean completamente distintos en ambos pacientes, es decir, aunque pertenezcan a "mundos sociales" muy diferentes. Lo mismo vale para sus respectivos grupos familiares, si es que podemos llegar a vincular su neurosis con el grupo familiar de origen. A mi juicio, la experiencia acumulada indica que es altamente probable que ese núcleo invariante no pueda ser identificado en el plano de los *contenidos* culturales o psicológicos, sino que su descripción deberá ubicarse en un nivel *formal*.

Un ejemplo concreto tal vez aclare lo que queremos decir: las hipótesis que han sido formuladas desde el punto de vista de la comunicación, sobre la esquizofrenia ^{11 *}. Es evidente que la llamada "double-bind theory" es un modelo *formal* de la interacción familiar: la situación contradictoria, descrita como condición necesaria para el surgimiento de una respuesta esquizofrénica, es una forma de organización de la interacción que puede aparecer "mate-

* El caso de la "double-bind theory" es utilizado aquí a título puramente ilustrativo, y no implica en absoluto una evaluación de su capacidad explicativa en el complejo problema de la esquizofrenia.

rializada" en cualquier nivel socioeconómico. Variarán los contenidos culturales específicos transmitidos, el nivel de educación, las circunstancias concretas que inducen a los padres a emitir mensajes descalificadores⁸⁹ y muchas otras variables contextuales. Pero lo importante es haber identificado un cierto *modo de organización* de la interacción. La hipótesis etiológica no se refiere al *qué* de las transacciones sino al *cómo*¹⁰². A mi juicio, este es el tipo de perspectiva que necesitamos desarrollar para establecer bases útiles para la comparación transcultural. Al mismo tiempo, podremos eludir los extremos de un sociologismo relativista estéril, reconociendo que *la relación entre trastornos mentales y factores sociales exige identificar, a nivel de la descripción psicosocial, pautas invariantes que son independientes de las variaciones en los contenidos socioculturales*. La búsqueda deberá orientarse entonces a detectar constantes en las modalidades de la comunicación social y no en los contenidos comunicados. Si con el progreso de nuestro conocimiento la vinculación de los trastornos mentales con los factores socioculturales se especifica y confirma, no cabe duda que una comprensión precisa de las *constantes* del trastorno en el plano de la descripción, nos ayudará a interpretar su distribución diferencial respecto de las variables de estructura social. Tal vez la elaboración de un plano relativamente formal de descripción de las transacciones sociales sea precisamente un punto clave para reducir las alternativas entre entradas y salidas de nuestras "cajas negras", en los niveles de causación.

Es importante tener en cuenta que la comparación transcultural no debe ser considerada necesariamente un momento posterior a la descripción adecuada del trastorno. Pienso, por el contrario, que el proceso de comparación transcultural y el de elaboración de buenas definiciones operacionales son, de hecho, desarrollos que se van produciendo simultáneamente en estrecha interacción. Un acuerdo mínimo a nivel de los criterios de diagnóstico psiquiátrico individual puede servir de punto de partida para investigaciones comparativas que exploren a la vez variaciones e invariancias

en el plano de la interacción familiar en familias que tienen posiciones determinadas en la estructura social. Estas investigaciones pueden llevar a refinar los instrumentos descriptivos, al identificar ciertos invariantes trans-culturales, lo cual permitirá precisar las definiciones operacionales iniciales⁶² y reelaborarlas en términos menos individuales y más transaccionales, y así sucesivamente. El método de comparaciones transculturales tiene así una importancia esencial, tanto desde el punto de vista descriptivo como con respecto al objetivo —más lejano— de alcanzar buenas explicaciones. La investigación transcultural comparativa no es en rigor un campo para la *aplicación* de modelos teóricos ya existentes; constituye un momento esencial en la *construcción* de una teoría general en psiquiatría social.

Finalmente, un problema espinoso que aparece en la investigación comparativa es el del papel del concepto de "normalidad" por oposición a la enfermedad mental. Devereux señalaba hace muchos años (1937) que la psiquiatría ha tendido a suponer que la sociedad tiene siempre razón y el individuo desviado siempre está equivocado, y que en su opinión es absolutamente necesario discriminar muy claramente entre "desadaptación" y "neurosis". No se me ocurre un principio más sano sobre esta cuestión. Para alcanzar buenas explicaciones, es muy importante tomar en cuenta la definición social de lo que es "normal" y "anormal", y estudiar las actitudes e ideologías de los miembros de la sociedad a este respecto, puesto que ellas están asociadas a las normas en términos de las cuales se estructuran las situaciones sociales y se organiza la interacción. Pero es sumamente peligroso que la psiquiatría social adopte para sí misma una definición de los trastornos mentales que esté contaminada con estas ideologías. La estrategia que hemos descrito como búsqueda de elementos variables y elementos invariantes en las distintas configuraciones empíricas compuestas de factores sociales, psicosociales e individuales, debe realizarse con la máxima independencia posible de la ideología social sobre la normalidad: esta ideología es parte de la configuración sociocultural vinculada a la enfermedad mental, es parte del *explanandum*,

pero no debe nunca contaminar los conceptos descriptivos mismos ni la teoría que utilizemos para construir el *explanans*. Este es el peligro, dicho sea de paso, al que están habitualmente expuestos los planteos de tipo funcionalista.

4. Los contextos de la conducta social.

Entre los niveles de causación ilustrados en el diagrama que presentamos antes, existe un eslabón o mejor, una serie de eslabones, particularmente débiles: los que corresponden al estudio de las mediaciones entre la familia y los factores socioculturales globales. La enorme mayoría de la literatura dedicada al análisis de procesos psicosociales (que hemos llamado “niveles microscópicos”) ha estado concentrada en el estudio del grupo familiar. Entre este tipo de investigaciones y los trabajos ecológicos y epidemiológicos, existe una “tierra de nadie” que parece abandonada a su propia suerte. Tenemos poca o ninguna información acumulada acerca de cómo debe conceptualizarse el impacto de los aspectos sociológicos generales —operacionalizados en términos de variables ecológicas, demográficas y socioeconómicas— sobre la familia. Esta ha tendido a ser estudiada como un sistema cerrado, acentuando sus procesos de equilibración interna y sus mecanismos homeostáticos, y descuidando la cuestión de cómo se filtra y se difunde dentro del grupo familiar, la comunicación social proveniente “del exterior”. Tampoco existen modelos útiles para la psiquiatría social que expliciten la red de relaciones entre la familia y otras instituciones, el papel de los vínculos familiares que exceden la “familia nuclear” y la influencia de conflictos sociales extrafamiliares sobre la familia. Las “condiciones de vida”, definidas sociológicamente (por ejemplo, en términos de clase social), no afectan en forma directa a la familia, como si se tratara de un estímulo sensorial que llega a la retina; sin embargo, tenemos muy pocas hipótesis acerca de los mecanismos intermedios. Los modelos de factores culturales como normas e ideologías, no pueden ser aplicados sin más a la familia, porque la comunicación social —tal como puede ser descrita en el plano de la sociedad global, por ejemplo en el seno de la comunicación de las masas y de la

transmisión colectiva de sistemas de normas y valores— sufre una distorsión al “introducirse” en el grupo familiar; el procesamiento de la “información social” dentro de la familia es selectivo. Es mucho el terreno que queda por explorar para poder establecer cuáles son los determinantes de ese procesamiento.

Un paso importante para precisar los elementos mediadores entre el estudio de la familia y el modelo general de la cultura consistiría en contar con técnicas para el análisis de los muchos *contextos sociales extrafamiliares* en que el grupo familiar o alguno de sus miembros participe, y cuyas características sin duda influyen en la dinámica interna de la familia (trabajo, recreación, vínculos interfamiliares, etc.). Estas técnicas serían particularmente importantes para el tipo de estudios que se recomienda en el presente trabajo, a saber, investigaciones “transversales” e intensivas en determinadas comunidades o zonas definidas sociológicamente. Se han dado en el pasado algunos pasos en esta dirección. La metodología elaborada por Barker y Wright bajo el nombre de “ecología psicológica” (1955) me parece un antecedente de gran importancia, que no ha recibido tal vez toda la atención que merecía. La orientación teórica general —inspirada en la “teoría del campo” de Lewin— es susceptible de objeciones en cuanto a su fecundidad para la elaboración concreta de técnicas de análisis, porque es proclive a una descripción impresionista de corte “fenomenológico”, a la que los términos dinámicos” prestan sólo una apariencia de rigurosidad. Pero pienso que en la práctica de esa investigación los autores superaron la problemática propiamente lewiniana y plantearon cuestiones de método que son esenciales para la descripción de la conducta social y su “habitat” inmediato⁴. En todo caso, un análisis de esta orientación a la luz de modelos de comunicación social más rigurosos que los que existían en el momento de la formulación inicial de la ecología nos colocaría, a mi juicio, en el buen camino para desarrollar métodos de observación de las relaciones sociales en relación con sus *settings* organizados en términos de las normas culturales.

Resumen

Este trabajo discute algunos problemas vinculados con la estrategia más conveniente para el desarrollo futuro de la investigación básica en salud mental en las Américas. En primer lugar, el autor recuerda la evolución que tuvo lugar desde el surgimiento de los planteos sociopsiquiátricos en la década del treinta, y hace un balance de la situación actual en diversas áreas: estudios epidemiológicos y ecológicos; estudios de la relación entre vida rural y urbana; investigaciones sobre la relación entre factores de estructura social (movilidad, estratificación) y tasa de trastornos; y trabajos sobre el vínculo entre el grupo familiar y los desórdenes de la personalidad. Extrae de esta revisión, la conclusión de que se impone una nueva estrategia científica, que llama "estrategia en múltiples niveles" o estudio de configuraciones de variables. Vincula este planteo con la teoría de los sistemas generales y los desarrollos epistemológicos derivados de la cibernética, y sostiene que acumular más datos epidemiológicos sobre la base de los diseños corrientes, aportará muy poco al propósito de construir hipótesis explicativas. En lo que se refiere a los estudios sobre el grupo familiar y los procesos de interacción, analiza los aportes recientes de la teoría de la comunicación, y afirma que, en este nivel, la psiquiatría social adolece de un *exceso de teorías*. Formula, por lo tanto, otra regla estratégica: empobrecer la teoría y refinar los instrumentos para la descripción de la conducta social. Es en este sentido que los aportes de la teoría de la comunicación pueden ser particularmente valiosos.

Finalmente, recuerda los planteos de la ecología psicológica, formulados hace años por Barker y Wright, como constituyendo una línea de análisis que no recibió la atención merecida y que puede tener especial utilidad para estudiar "los contextos de la conducta social", en particular la relación del grupo familiar con el sistema cultural más amplio.

Future perspectives in basic socio-cultural research on mental health

Some problems related to the most convenient strategy for the future development of basic research on mental health in the Americas are discussed. First, the evolution that took place since the sociopsychiatric approaches developed in the thirties is remembered, and a balance is made about the present situation in different areas: epidemiological and ecological studies, rural-urban life conditions studies, studies searching for relationships between social structure factors (social mobility, stratification) and rate of psychiatric hospitalization, and studies linking family group and personality disorders. From this review the conclusion is arrived that a new scientific strategy becomes necessary, which is identified as "multiple level strategy" or studies of configurations of variables. The relation of this approach to general systems theory and to epistemological developments stemming from cybernetics is pointed out, and the statement is made that further accumulation of data on the basis of traditional epidemiological designs will be of little help if explanatory hypotheses are to be built up. In regard to the studies on family group and interactional processes, recent contributions derived from communication theory are analyzed, and the statement is made that, at that level, social psychiatry suffers from an *excess of theories*. Another strategic rule is hence proposed: to impoverish the theory and to refine the instrument for the description of social behavior. In this sense, communication theory's contributions can be specially valuable. Finally, the author points out that the ecologic psychiatry approach—formulated years ago by Barker and Wright—constitutes a line of analysis that should be re-actualized, as it can be specially useful for studying the "contexts of social behavior", particularly the relation of the family group to the wider cultural system.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALEXANDER F.—Psychoanalysis and social disorganization. *Amer. J. Soc.* 1937, 42, 781.
2. ASHBY W. R.—*An introduction to cybernetics*, Londres Chapman & Hall, 1956.
3. ASHBY W. R.—General systems theory as a new discipline", *General Systems*, 1958, 3, 1.
4. BARKER R. G. y WRIGHT H. F.—*Midwest and its children. The psychological ecology of an American town*. New York, Row, Peterson & Co. 1955.
5. BATESON G.—Social planning and the concept of deutero-learning, Newcomb y Hartley (eds.), *Readings in social psychology*, New York, Holt. 1942 a., 1947, 121.
6. BATESON G.—Some systematic approaches to the study of culture and personality", *Char. and Person.*, 1942 b, 40, 76.
7. BATESON G.—Cultural problems posed by a study of schizophrenic process, en Auerbach (ed.), *Schizophrenia. An integrated approach*, New York, The Ronald Press. 1958 a.
8. BATESON G.—Schizophrenic distortion of communication, en Whitaker (ed.), *Psychotherapy of cronic schizophrenic patients*, Boston, Little, Brown & Co. 1958 b.
9. BATESON G.—Minimal requirements for a theory of schizophrenia *Arch. Gen. Psych.* 1960, 2, 447.
10. BATESON G.—Exchange of information about patterns of human behavior, Fields y Abbott (eds.) *Information storage and neural control*, Springfield, Ill., Charles C. Thomas, 1965.
11. BATESON G. JACKSON D. D., HALEY J. y WEAKLAND J.—Toward a theory of schizophrenia, *Behav. Sc.*, 1956, 1, 251.
12. BENEDICT R.—Anthropology and the abnormal, *J. Gen. Psychol.* 1934a, 10, 59.
13. BENEDICT R.—*Patterns of culture*, Boston, 1934 b.
14. BIRDWHISTELL R. L.—Contribution of linguistic-kinesic studies to the understanding of schizophrenia, en Auerbach (ed.) *Schizophrenia. An integrated approach*. New York, The Ronald Press. 1959.
15. CASSEL.—Social class and mental disorders: an analysis of the limitations and potentialities of current epidemiological approaches, Miller Grigg (ed.) 1966.
16. CLAUSEN J. A.—The sociology of mental illness, en Merton, Broom y Cottrell (eds.) *Sociology Today*, New York, Basic Books. 1959.
17. CLAUSEN J. A. y KHON M. L.—The ecological approach in social psychiatry, *Amer. J. Soc.*, 1954, 60, 140.
18. CLAUSEN J. A. y KHON M. L.—Relation of schizophrenia to the social structure of a small city, en Pasamanick (ed.), 1959, 69.
19. DEVEREUX G.—Maladjustment and social neurosis, *Amer. Soc. Rev.* 1939, 4, 844.
20. DITTMAN A. T.—The interpersonal process in psychotherapy: development of a research method, *J. Ab. Soc. Psychol.* 1952, 47, 236.
21. DITTMAN A. T. y WYNNE L. C.—Linguistic techniques and the analysis of emotionality in interviews, *J. Ab. Soc. Psychol.*, 1961, 63, 201.
22. DOHRENWEND B. P.—Social status and psychological disorder: an issue of substance and an issue of method, *Amer. Soc. Rev.*, 1966, 31, 14.
23. DOHRENWEND B. S. y DOHRENWEND B. P.—Field studies of social factors in relation to three types of psychological disorder. *J. Abnorm. Psychol.* 1967, 72, 369.
24. DORN H. F.—The incidence and future expectancy of mental disease, *Public Health Reports*, 1938, 53, 1991.
25. DUNHAM H. W.—The current status of ecological research in mental disorder. *Soc. Forces*, 1947, 25, 321.
26. DUNHAM H. W. Social Psychiatry, *Amer. Soc. Rev.* 1948, 13, 183.
27. EISENBERG L.—School phobia: a study in the communication of anxiety, *Amer. J. Psychiat.*, 1958, 114, 712.
28. ELKIND, H. B. y TAYLOR M.—The alleged increase in the incidence of the major psychoses, *Amer. J. Psychiat.*, 1936, 92.
29. FARIS R. E. y DUNHAM H. W.—*Mental disorders in urban areas*, Chicago, University of Chicago Press. 1939.
30. FELIX R. H. y BOWERS R. V.—Mental hygiene and socio-environmental factors, *Milbank Memorial Fund Quart.*, 1948, 26, 125.
31. FELIX R. H. y KRAMER M.—Extent of the problem of mental disorders, *Am. Amer Acad. Pol. & Soc. Sc.*, 1953, 286, 5.
32. FROMM E.—*Escape from freedom*, New York, 1941.
33. GILLING J.—Personality in preliterate societies, *Amer. Soc. Rev.*, 1939, 4, 681.
34. GOTTSCHALK L. A., GLEESER G. C. y HAMBIDGE G.—Verbal behavior analysis, *Arch Neurol. and Psychiat.* 1957, 77, 300.
35. HALEY J.—An interactional description of schizophrenics, *Psychiat.*, 1959 a, 22, 321.
36. HALEY J.—The family of the schizophrenic: a model system, *J. Nerv. & Ment. Dis.* 1959 b, 357.
37. HALEY J.—Observation of the family of the schizophrenic, *Amer J. Orthopschiat.* 1960, 30, 460.
38. HALLOWELL, A. I.—Culture and mental disorder, *J. Ab. Soc. Psychol.* 1934, 29, 1.
39. HALLOWELL A. I.—Psychic stress and cultural patterns, *Amer. J. Psychiat.* 1936, 92, 1291.
40. HOLLINGSHEAD A. B. y READLICH F. C.—Social stratification and psychiatric disorders, *Amer. Soc. Rev.*, 1953, 18, 163.
41. HOLLINGSHEAD A. B. y READLICH F. C.—*Social class and mental illness* New York, Wiley, 1958.
42. HORNEY K.—Culture and neurosis *Amer. Soc. Rev.*, 1936, 1, 221.
43. HORNEY K.—*The neurotic personality of our time*, New York, 1937.
44. HUNT R. G.—Socio-cultural factors in mental disorders, *Behav. Sc.*, 1959, 4, 96.

45. JACKSON D. D.—The question of family homeostasis, *Psychiat. Quart.*, suppl., 1957, 31, 79.
46. JACKSON D. D.—The study of the family, *Family Process*, 1965, 4, 1.
47. JACKSON D. D., SATIR V. y RISKIN J.—A method of analysis of a family interview, *Arch. Gen. Psychiat.*, 1961, 5, 321.
48. JAKSON D. D. y WEAKLAND J. H.—Schizophrenic symptoms and family interaction, *Arch. Gen. Psychiat.*, 1959, 1, 618.
49. JAFFE J.—Language of the dyad: a method of interaction analysis in psychiatric interviews, *Psychiatry*, 1958, 21, 249.
50. JAFFE J.—Formal language patterns as defensive operations on Barbara (ed.), *Psychological and psychiatric aspects of speech and hearing*, Springfield, Ill., Charles C. Thomas, 1960.
51. JAFFE J.—Computer analysis of verbal behavior in psychiatric interviews, en Rioch y Weinstein (eds.), 1964.
52. JAFFE J.—Psycholinguistics and computational linguistics, en Arieti (ed.), *American Handbook of Psychiatry*, New York, Basic Books, 1966, 689.
53. JONES E.—Psychoanalysis and anthropology *J. Roy. Anthropol. Society*, 1924, 54, 47.
54. KARDINER, A.—*The individual and his society*, New York, 1939.
55. KARDINER A.—*The psychological frontiers of society*, New York, 1945.
56. KLUCKHOHN F. R.—Variations in the basic values of family systems, *Soc. Casework*, 1958, 39, 63.
57. LEACOCK E.—Three social variables and the occurrence of mental disorders, en Leighton et al (eds.) *Explorations in social psychiat.*, New York, Basic Book, 1957.
58. LEE E. S.—Socio-economic and migration differentials in mental disease, *New York State, Milbank Mem. Fund. Quart.*, 1963, 41, 249.
59. LINTON R.—*The study of man*, New York, 1936.
60. LINTON R.—Cultural society and the individual, *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 1938, 33, 425.
61. MALZBERG B.—*Social and biological aspects of mental disease*. New York State Hospital Press, 1940.
62. MARCONI J.—Consideraciones sobre la metodología de la investigación psiquiátrica, *Acta psiquiát. psicol. Amér. lat.*, 1964, 10, 265.
63. MCQUOWN N. A.—Linguistics transcription and specification of psychiatric interview materials, *Psychiatry*, 1957, 20, 79.
64. MEAD G. H.—*Mind, Self and Society*, Chicago, The University of Chicago Press, 1934.
65. MEAD M.—*Coming of age in Samoa*, New York, 1928.
66. MEAD M.—*Growing up in New Guinea*, New York, 1930.
67. MEAD M.—*Sex and temperament in three primitive societies*, New York, 1935.
68. MEAD M.—Culture and personality, *Amer. J. Soc.*, 1936, 42, 84.
69. MILLER K. S. y GRIGG CH. M. (eds.).—*Mental health and the lower social classes*, Tallahassee, The Florida State University, 1966.
70. OPLER M. K.—*Culture, psychiatry and human values*, Springfield, Ill. Charles C. Thomas, 1956.
71. OPLER M. K. (ed.).—*Culture and mental health: cross-cultural studies*. N. Y., Macmillan, 1959.
72. OWEN M. B.—Alternative hypotheses for the explanation of some of Faris' and Dunham's results, *Amer. J. Soc.*, 1941, 47, 48.
73. PARSONS T.—Social structure and the development of personality: Freud contributions to the integration of psychology and sociology, *Psychiatry*, 1958, 21, 321.
74. PASAMANICK B. (ed.).—*Epidemiology of mental disorders*, Washington Amer. Assoc. of the advancement of Science, 1959.
75. PASAMANICK B., ROBERTS D. N., LEMKAU P. y KRUEGER D. B.—A survey of mental disease in an urban population: prevalence State, *Milbank Mem. Fund. Quart.* 1963, by race and income, en Pasamanick (ed.), 1959.
76. PITTENGER R. E., HOCKETT C. F. y DANEHY J. J.—*The first five minutes. A sample of microscopic interview analysis*, Ithaca, N. Y., Paul Martineau, 1960.
77. PITTENGER R. E. y SMITH H. L. (jr.).—A basis for some contributions of linguistics to psychiatry, *Psychiatry*, 1957, 20, 61.
78. RABKIN L. Y.—The patient's family: research methods, *Family Process*, 1965, 4, 105.
79. RIOCH D. y WEINSTEIN E. A. (eds.).—*Disorders of communication*, Williams y Wilkins, vol. 42, 1964.
80. ROBINSON W. S.—Ecological correlations and the behavior of individuals, *Amer. Soc. Rev.* 1950, 15, 351.
81. RUESCH J.—*Disturbed communication*, N. Y., Norton, 1957.
82. RUESCH J. y BATESON G.—*Communication. The social matrix of Psychiatry*, N. Y., Norton, 1951.
83. RUESCH J., BLOCK J. y BENNETT L.—The assessment of communication: I. A method for the analysis of social interaction, *J. of Psychol.*, 1953, 35, 59.
84. SANUA V.—The sociocultural factors of families of schizophrenics: a review of the literature, *Psychiatry*, 1961, 24, 246.
85. SAPIR E.—Cultural anthropology and psychiatry, *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 1932, 27, 229. (Reprod en SAPIR, *Culture, Language and Personality*, Berkeley, Los Angeles, Univ. of California Press, 1960.)
86. SAPIR E.—The contribution of psychiatry to an understanding of behavior in society, *Amer. J. Soc.*, 1937, 42, 862.
87. SCHEFLEN A. E.—*Stream and structure of communicational behavior Context analysis of a psychotherapy session*. Philadelphia, Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, Behavioral Studies Monograph No 1. 1965.

88. SCHILDER P. — The relation between social and personal disorganization, *Amer. J. Soc.*, 1937, 42, 832.
89. SLUZKI C. E. — Seminario sobre metacomunicación, *Acta psiquiát. psicol. Amér. lat.*, 1966, 12, 119.
90. SLUZKI C. E. y BEAVIN J. — Simetría y complementaridad: una definición operacional y una tipología de parejas, *Acta psiquiát. psicol. Amér. lat.*, 1966, 11, 321.
91. SLUZKI C. E., BEAVIN J., TARNOPOLSKY A. y VERÓN E. — Transacciones descalificadoras. Investigación sobre el "doble vínculo", *Acta psiquiát. psicol. Amér. lat.*, 1966, 12, 329, y *Arch. Gen. Psychiat.*, 1967, 16, 494.
92. SPIEGEL J. P. — A model for relationship among systems, en Grinker (ed.). *Toward a unified theory of human behavior*, N. Y., Basic Books. 1956.
93. SPIEGEL J. P. — Interpersonal influences within the family, *Group Processes 3rd. Conf. Macy Foundation*. 1957 a.
94. SPIEGEL J. P. — The resolution of role conflict within the family, *Psychiat.*, 1957 b, 20, 1.
95. SPIEGEL J. P. y BELL N. W. — The family of the psychiatric patient, en Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*, N. Y., Basic Books, 1959, I, 114.
96. SROLE L., LANGNER T. S., MICHAEL S., OPLER, M. y RENNIX T. A. — *Mental health in the Metropolis. The Midtown study*, N. Y., McGraw-Hill. 1962.
97. SULLIVAN H. S. — A note on the implications of psychiatry, the study of interpersonal relations, for investigation in the social sciences, *Amer. J. Soc.*, 1937, 42, 848.
98. THOMAS D. S. y LOCKE B. Z. — Marital status, education and occupational differences in mental disease, *Milbank Mem. Fund. Quart.*, 1963, 41, 145.
99. TORGERSON W. S. — *Theory and methods of scaling*, N. Y. Wiley. 1958.
100. VERÓN E. — Notas para una concepción estructural en psiquiatría social, *Acta psiquiát. psicol. arg.*, 1963, 9, 287.
101. VERÓN E. — Comunicación y trastornos mentales: el aprendizaje de estructuras, *Acta psiquiát. psicol. Amér. lat.*, 1964, 10, 77.
102. VERÓN E., KORN F., MALFÉ R. y SLUZKY C. — Comunicación y estructuras neuróticas de conducta, Universidad de Bs. As., Departamento de Sociología, Pub. Int. N° 84. 1964.
103. VERÓN E., SLUZKY C., KORN F. y MALFÉ R. — Perturbación lingüística en la comunicación neurótica, I, *Acta psiquiát. psicol. Amér. lat.*, 1966, 12, 129.
104. VERÓN E., SLUZKY C., KORN F. y ORCE S. H. — The neuroses as communication systems, *Proceed. of the VI World Congress of Sociology*, International Sociological Association, 1968, III.
105. VON BERTALANFFY L. — General system theory, *General systems*, 1956, 1, 1.
106. WATZLAWICK P. — *An anthology of human communication*, Palo Alto Calif., Science and Behavior Books. 1964.
107. WATZLAWICK P., BEAVIN J. y JACKSON D. D. — *Pragmatics of human communication*, N. Y., Norton. 1967.
108. WEAKLAND J. H. — The double-bind hypothesis of schizophrenia and threepart interaction, en Jackson (ed.), *The etiology of schizophrenia*, N. Y., Basic Books. 1960.
109. WINSTON E. — The assumed increase of mental disease, *Amér. J. Soc.*, 1935, 40, 427.
110. WOODWARD J. W. — The relation of personality structure to the structure of culture, *Amer. Soc. Rev.*, 1938, 3, 637.