

INVESTIGACION EN PSIQUIATRIA REFLEXIONES SOBRE SUS MODELOS

Dr. Carlos Pucheu Regis*

Nos dice Villoro (11) que hay dos modelos ideales de conocimiento: la ciencia y la sabiduría. En la primera predomina el saber; en la segunda, el conocer. La garantía de acierto en el saber es la objetividad, que es válida para cualquiera y, por tanto, puede ser impersonal. En cambio, la garantía de acierto en el conocer es la experiencia personal.

Hay muchos cuerpos de conocimiento en los que resulta difícil separar la sabiduría de la ciencia. Puede intentarse clasificarlos según prive en ellos un saber objetivo o un conocimiento subjetivo y personal. En un extremo, las disciplinas científicas básicas; en el otro, el arte, la moral, la religión; en diferentes grados intermedios, las disciplinas mixtas, en las que interviene por igual un saber objetivo y un conocimiento personal; entre ellas, la medicina y, como rama de ésta, la psiquiatría. Las dificultades de ambas para la ampliación de un enfoque tradicionalmente individual a una perspectiva social se derivan, en parte de su condición de ramas de las ciencias aplicadas cuyo destino es lograr resultados prácticos.

Para las disciplinas básicas, el ideal es explicar un hecho en un enunciado general y, de ser posible, plasmarse en un lenguaje matemático para que su conjunto de saberes sea compartible por cualquiera. El conocer cobra mayor importancia cuanto más aplicada y menos teórica es una ciencia. Las ramas de las ciencias empíricas admiten descripciones variadas que aluden a un conocimiento personal del que tiene la experiencia en ese campo. Las observaciones personales directas que interesan a la ciencia son aquéllas en que el conocer interviene en el descubrimiento de nuevos saberes científicos pero, para admitirlos, condiciona que los enunciados de observación originados en una experiencia directa sean comprobables por otros sujetos y compartibles por una comunidad epistémica determinada. Estas observaciones deben estar cimentadas en un marco conceptual que responda a preguntas planteadas y que puedan referirse a teorías vigentes o proceder de alguna ideología-doctrina capaz de conducir a la acción. En este sentido, el marco conceptual de referencia es "el que orienta el conocimiento del observador para que busque en el objeto las características que le interesan y destaque en él ciertos rasgos con exclusión de otros".

Al conocimiento derivado de la experiencia le interesa captar una realidad provista de valor que no puede

prescindir de un enfoque subjetivo, "no desdeña la confusa variedad de lo individual", "no le interesan las explicaciones por reducción a ideas simples, sino reconocer en una persona, a través de su conducta manifiesta, las motivaciones peculiares ocultas que la animan", "con lo que logra encontrar unidad a la diversidad de sus apariencias".

La relación con el valor es distinta en la ciencia. Los juicios de valor no deben distorsionar el proceso de razonamiento si ha de alcanzarse un saber objetivo. Si se abandona el ideal de objetividad, se aproxima a formas de creencias en las cuales el conocimiento se pone al servicio de los intereses particulares "de grupos sociales, de ocupaciones o profesiones, de clases o de nacionalidades, que mediante procedimientos científicos pueden encontrar los medios eficaces para la consecución de sus fines".

Cuando se hace referencia a la salud mental como algo independiente de la salud, se manifiesta en nuestro lenguaje la herencia del dualismo cartesiano, que se expresa además en las dicotomías: salud-enfermedad y mente-cuerpo.

Salud mental es salud integral, individual y colectiva. Es la búsqueda constante del ser humano por alcanzar niveles de bienestar idealmente equitativos, a sabiendas de que se trata de un proceso dinámico en el que activamente se gana de manera temporal el estado de salud que, a su vez, se pierde transitoriamente debido a una serie de factores, y en el que es posible recobrar la salud de manera parcial o total. El proceso es pues iterativo.

La enfermedad mental, en un sentido genérico, es un vocablo que se refiere a cierto tipo de fenómenos a los que los miembros de todos los grupos sociales y de todas las épocas de la historia se han visto expuestos. Existe, por tanto, un conjunto de convicciones intelectuales o culturales que definen a la enfermedad en términos de indeseabilidad para la persona y asociada a desajustes en la conducta, con o sin sensación de malestar. Como la condición de la enfermedad no es algo deseable, la sociedad y la cultura van a dar origen al empleo de medidas correctivas. Estas incluyen una serie de creencias y explicaciones sobre la enfermedad, de donde se va a derivar un conjunto de reglas de conducta que racionalizarán las actividades del tratamiento; éstas serán aplicadas por grupos especializados de la sociedad o, en ocasiones, por cualquier persona, y serán, en su esencia, medidas socialmente adaptativas. Estos sistemas de creencias constituyen lo que se llama

* *Subdirector General del Instituto Mexicano de Psiquiatría.*

un modelo.

Los modelos científicos se construyen principalmente para promover la investigación científica y derivar de ella medidas específicas para la prevención, tratamiento y rehabilitación de los enfermos. Contratan con los modelos que no son científicos y se fundamentan en conceptos populares sobre la enfermedad mental, que para referirse a ella emplean términos análogos y representan esfuerzos para la adaptación social.

La construcción de modelos científicos se origina en las sensaciones y en las percepciones del investigador. El paso a modelos requiere, por una parte, inferir datos a partir de las percepciones y, por la otra, obtener información partiendo de los datos. Para convertir las percepciones en datos se requiere emplear teorías que, a su vez, se derivan del estudio de los modelos (10).

El modelo que se elige determina el papel o rol que es deseable asuman el individuo o paciente, la familia, la comunidad y la sociedad en conjunto, lo que, a su vez, va a delimitar las fronteras de la responsabilidad del profesional al convertirse en norma para la educación, práctica profesional y modo de investigar.

Un modelo se selecciona en razón de lo que se quiere hacer con él; es decir, se elige con el objeto de encontrar los medios eficaces para la consecución de fines. Y la elección de fines puede ser asunto de ciencia y producto de una ideología.

Siguiendo a Rosenblueth (10), vale recordar que no solamente existen dos ideologías: la proletaria o socialista y la burguesa o capitalista, sino multitud de ellas, y que en el uso corriente contemporáneo no siempre se condiciona la ideología a relaciones de producción y a luchas por el poder, aunque las más de las veces estos factores son determinantes de la ideología. Parece inevitable que todos tengamos alguna ideología que nos apasione, fruto de la propia experiencia, de la razón y de los conocimientos científicos; y un código ético condicionado por valores axiológicos, resultantes de conceptos religiosos individualizados y de la manera particular de apreciar el prestigio y de valorar el propio comportamiento y modo de ser. Lo importante de nuestra propia ideología es que nos motive a la acción, pero siempre que mantengamos control sobre ella para que no se convierta en fanatismo.

Cuando la ideología es compartida por un grupo, influyen los mismos factores que intervienen en la ideología individual y se añaden: la necesidad de pertenencia al grupo; la idea de que fortaleciendo al grupo nos fortalecemos a nosotros mismos; el pensamiento mágico según el cual si pertenecemos a un grupo superior, somos superiores, y el efecto radicalizante que surge de las discusiones en grupo.

No se exagera al decir que detrás de toda ciencia hay una ideología. "En este esquema, ideología es una doctrina capaz de conducir a la acción; doctrina es un conjunto de dogmas constituidos por axiomas casi irrenunciables (aun ante evidencia teórica o experimental), y axioma es una proposición que no se demuestra" (10).

La ciencia no es algo dado, sino la resultante de las preguntas que se hacen para buscar respuestas, por lo que la ciencia es inseparable de los científicos, y éstos

no pueden ser gente sin compromisos. Por eso, invariablemente, tienen detrás una ideología que los hace mostrar preferencias o reservas, aceptar unos principios y otros no, y buscar algunas respuestas solamente. Si quedan muchas preguntas sin contestar y otras, incluso, sin formular, es porque las personas que se dedican a la actividad científica y las que toman decisiones manifiestan su ideología. La ideología detrás de toda ciencia se expresa en la elección del tema a investigar, lo cual constituye un problema de ética, y la ética es una faceta de la ideología, cuando no la ideología misma, por lo que si se ha de hacer ciencia, la preocupación deberá estar centrada en la ética, es decir: a partir de qué supuestos, para beneficio de quién, buscando qué, con qué métodos, a qué costo social y económico, quién y cómo debe decidir, y qué hacer con los resultados.

El modelo que sirve de base a la investigación biomédica es el modelo dominante para la comprensión de la enfermedad en el mundo occidental. Los méritos del modelo y los avances que ha propiciado no necesitan discutirse. Sin embargo, muchos especialistas en salud cuestionan al modelo biomédico no por su excelencia científica, sino porque a pesar de ser lineal, restrictivo y sobresimplificado, se le ha convertido en un imperativo cultural que trasmite su propia ideología.

Del modelo biomédico se han derivado los modelos médico-psiquiátricos tradicionales; el primero de ellos proviene del modelo de Koch para las enfermedades infecciosas. Su concepción afirma que un tipo particular de agente es la causa de una entidad patológica; por ejemplo, la espiroqueta pálida causa la neurosífilis parética; busca la explicación total de una enfermedad en base a una sola causa.

El modelo evolucionó al incorporar los alcances del modelo de patología celular de Virchow, donde se afirma que la enfermedad se debe a un defecto material de las células u órganos del cuerpo. Este defecto es único y causado por un agente externo o por alguna aberración específica de la estructura y la fisiología intrínseca de la célula, tal y como se observa en los síndromes demenciales de Alzheimer y Pick. También puede deberse a la ausencia de una enzima, como ocurre en los casos de oligofrenia fenilpirúvica; o a la deficiencia de una vitamina, como en la demencia pelagrosa. La mayoría de las explicaciones de este modelo son de naturaleza funcional y fascina a la mayoría de los psiquiatras; por ejemplo, la clonidina administrada oralmente produce una caída significativa del MHPG urinario en los sujetos sanos, efecto que no se observa en los enfermos con depresión que no han recibido tratamiento, quienes después de ser tratados con medicamentos antidepresivos recuperan dicho funcionamiento (4); pero aún no se puede decir por qué, en un momento determinado, falla el metabolismo de las catecolaminas. Es decir, se explica en parte la patología pero difícilmente la etiología.

De la teoría de la unicausalidad se pasó a la teoría de la multicausalidad, que acepta la intervención de factores bacterianos, virales, genéticos, inmunológicos, tóxicos, nutricionales, psicológicos y hasta sociales.

Por extrapolación analógica llevada demasiado lejos, el modelo se emplea para la explicación de todas las enfermedades mentales, a pesar de que se trata a los factores psicosociales como si fueran de la misma naturaleza que los factores biológicos, físicos y químicos. En consecuencia, se favorece una limitación para comprender la interacción entre lo psicosocial y lo biológico; así, cuando las conclusiones de los hallazgos de laboratorio se aplican a la realidad psicosocial, existe una diferencia básica de perspectiva, pues la experimentación toma como punto de partida aquello que en el ambiente físico, psicológico, social, económico, político y cultural es un punto de llegada.

Estructurado para su aplicación clínica existe otro modelo médico tradicional, que es el del diagnóstico de la enfermedad. Kety (6) lo ha definido como un proceso que avanza del reconocimiento y valoración de los síntomas a la caracterización de una enfermedad específica, en la cual la etiología y la patogenia son conocidas y el tratamiento es racional y específico. Sin embargo, esta situación ideal no ocurre en la mayoría de las enfermedades y mucho menos en las psiquiátricas. En la medida en que nuestro conocimiento aumenta, se reconoce la existencia clínica de subformas múltiples de cada enfermedad, por lo que el modelo es idealista y no realista. Además, el tratamiento exitoso de la enfermedad no tiene que depender necesariamente del conocimiento de su etiología, como lo demuestra la existencia de otro modelo médico-psiquiátrico de empleo cotidiano, que es el curativo. En este modelo se emplea una serie de medidas terapéuticas que empírica o experimentalmente han mostrado algún grado de eficacia; acepta que, por ahora, la mayoría de las enfermedades mentales no puede ser curada; cuando más, lo que el psiquiatra puede hacer es aliviar el sufrimiento de los síntomas, emplear su personalidad como un poderoso agente psicoterapéutico y evitar hacer daño al paciente. Sin embargo, en su versión menos afortunada, propicia el ejercicio de una psiquiatría que considera al hospital como su ámbito preferente de actuación, centrada en acciones dirigidas estrictamente a la sintomatología presente, que concede poca importancia al pasado del enfermo y que se desentiende del futuro del mismo.

Vemos, entonces, que abundan las tautologías y las falacias en el campo de la psiquiatría y hemos de andar como entre cardos para no espinarnos, pues la contribución de las tautologías al conocimiento es nula y la de las falacias, negativa. El peligro proviene de tomar demasiado en serio al modelo biomédico en su capacidad explicativa de todas las variantes del proceso salud-enfermedad mental, y sentir como verdad evidente que en los modelos derivados operan todas las relaciones y las propiedades relevantes que son válidas sólo en aquél. Por esto es importante no confundir la estrategia de investigación fraccional y analítica, metodológicamente válida, del modelo biomédico, con los modelos de acción inspirados en él. En la actualidad, las perspectivas del modelo biomédico y las de la investigación clínica basada en éste, son promisorias de hallazgos que revolucionarán el campo de la psiquiatría y la salud mental (3).

No obstante, sería ingenuo pensar que las anomalías químicas y endócrinas permitirán explicar en forma suficiente las causas de los desórdenes mentales, por lo que existe el peligro de esperar demasiado de este enfoque y de no impulsar debidamente otros tipos de investigación que den relevancia a los factores psicosociales.

Von Bertalanffy nos dice: "en el presente estado de la psiquiatría, es necesario generar nuevas vías o caminos de conceptualización que permitan el reconocimiento de problemas y aspectos que previamente fueron descuidados o intencionalmente excluidos" (1).

A partir del modelo biomédico sobre las enfermedades infecciosas, McFarlane Burnett, en 1940, creó el modelo de historia natural de la enfermedad. Posteriormente, Leavell y Clark (7) ampliaron este marco de referencia para explicar cualquier enfermedad, y Caplan (2) lo adaptó a las enfermedades psiquiátricas.

Este modelo lineal tiene limitaciones; sin embargo, permite comprender el sentido dinámico del proceso salud-enfermedad mental y planear un orden para las acciones preventivas y de investigación.

Engel (5), quien propone el desarrollo de un modelo biopsicosocial, señala que concentrarse en la parte biomédica y excluir los factores psicosociales equivale a distorsionar la perspectiva, ya que los índices de mala salud son más altos en aquellas poblaciones en las que no hay congruencia entre las demandas de la organización social y la cultura que impera en ese sitio. La tarea, dice, debe centrarse en neutralizar el dogmatismo de la biomedicina y todas las indeseables consecuencias sociales y científicas que surgen de éste.

La teoría general de los sistemas desarrollada por Von Bertalanffy (1), aplicada al proceso salud-enfermedad mental, puede abrir el paso a enfoques holísticos adaptables a la investigación científica. Este enfoque, al tratar en conjunto eventos relacionados como sistemas que manifiestan funciones y propiedades sobre el nivel específico del todo, ha hecho posible el reconocimiento de isomorfismos a través de diferentes niveles de organización, como moléculas, células, órganos, el organismo, la persona, la familia, la sociedad y la biosfera. A partir de tales isomorfismos pueden desarrollarse leyes fundamentales y principios que operan comúnmente a todos los niveles de organización, de tal manera que su adopción como modelo científico podría contribuir, en gran parte, a eliminar la dicotomía holista-reduccionista.

Weiner (12) describe un moderno acercamiento que consiste en el desarrollo de un modelo de enfermedad complejo, no lineal y amplio, que incorpore las profundas y modernas aportaciones de la genética, la virología, la inmunología, la bioquímica, la biología celular, la biología molecular y la fisiología integrativa, con los conceptos de la biología evolutiva y del desarrollo, lo que implica la manera en la cual los organismos y las poblaciones de organismos se comportan, interaccionan y se comunican, así como la manera en que viven y se adaptan a sus ambientes naturales y sociales.

Aunque sólo hay una psiquiatría, se reconoce la existencia de una psiquiatría social. Esta tiene dos campos de acción fundamentales: por una parte, organiza servicios de salud mental para lograr un sistema efecti-

vo de atención médico-psiquiátrica y, por la otra, investiga la influencia de los factores psicosociales en la génesis, manifestación y curso del proceso salud-enfermedad mental, sin sacrificar por ello las ventajas del enfoque biomédico. Idealmente, sus resultados deben retroalimentarse entre sí e inducir nuevos cambios en la organización de los servicios, y cambios básicos en las circunstancias socio-históricas que condicionan la salud y la enfermedad mental. Las ideologías y doctrinas que han dado origen a la serie de diferentes modelos de acción, creados hasta ahora por diversos autores de distintos países, han introducido modificaciones novedosas e importantes que han transformado las concepciones y prácticas de todos los capítulos de la psiquiatría.

Para algunos críticos de la psiquiatría envueltos en un cientificismo, ésta se ha convertido en un entramado de teorías no científicas, procedentes de diferentes filosofías e ideologías, que propician la confusión en el desempeño del papel profesional y que se aprovechan para hacer propaganda y politiquería sobre salud mental y otras metas esotéricas, por lo que debe mantenerse en el modelo médico del que nunca debió separarse.

Se olvida que, en parte, la crisis de la medicina moderna se debe a su adhesión a un modelo de enfermedad que ya no resulta apropiado para las tareas científicas y las responsabilidades sociales de la medicina. ¿Debe entonces la psiquiatría abandonar sus propios modelos para adherirse al modelo médico que está en crisis? Si la enfermedad sólo se comprende a partir de parámetros somáticos, la medicina y, por tanto, la psiquiatría, no deben ocuparse de los factores psicosociales que en esta condición quedan fuera de la responsabilidad de la autoridad médica. La psiquiatría contemporánea ha sido influenciada y, a su vez, ha dejado sentir su influencia en el desarrollo actual de la medicina social. No resulta exagerado señalar que muchos fallan en percibir que actualmente la psiquiatría constituye la única disciplina clínica dentro de la medicina, involucrada primordialmente en el estudio del hombre y su organización social. Las principales aseveraciones de los conceptos de salud-enfermedad más integrados y holísticos, propuestos durante los últimos 30 años, no provienen de la estructura biomédica, sino de quienes han manejado conceptos y métodos que se originaron dentro de la psiquiatría (5).

Aunque diversas explicaciones derivadas de la epidemiología psiquiátrica y de la investigación psicosocial señalan ya la existencia de factores multicausales en el proceso salud-enfermedad mental, no se ha avanzado más allá del hecho de reconocer su existencia; se desconoce el peso específico que tiene cada uno de ellos y la manera como opera este sistema de factores para favorecer o impedir el curso del trastorno mental.

Para la psiquiatría no tiene sentido distinguir, como se hace, entre ramas "fuertes" de la investigación y ramas "suaves" de la misma. Para los objetivos de la psiquiatría, tanta importancia tiene la investigación biomédica y la clínica, como la epidemiológica, la psicosocial y la de los servicios de salud mental. Máxime que todas se sustentan en pocos saberes objetivos y en muchos conocimientos directos que son fundamento de certeza y de fuertes convicciones personales. Mientras

unas emplean instrumentos y técnicas acordes con nuestro desarrollo industrial y tecnocrático, otras han encontrado serias dificultades en su proceso evolutivo y aplicativo, principalmente por la multitud de variables que tienen que manejar. Lo que interesa es que la investigación biomédica se beneficie de conocer, por medio de la investigación epidemiológica, la magnitud y trascendencia de un problema de salud mental entre la población; y que ambas participen en las preocupaciones de la clínica por los obstáculos que se encuentran a nivel individual en la aplicación de ciertos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, pero sin abstraerse de los efectos a mediano y a largo plazo que producen las intervenciones clínicas. A su vez, han de mantenerse íntimamente vinculadas con los hallazgos de la investigación psicosocial preocupada por la influencia de este tipo de factores en la génesis, manifestación y curso del proceso salud-enfermedad mental. La investigación en servicios de salud mental ofrece la posibilidad de conocer qué tan bien hacemos lo que hacemos, si lo que hacemos vale la pena hacerlo y si lo que hacemos utiliza mejor los recursos en comparación con las alternativas disponibles. La buena organización de los servicios de salud mental redundará en beneficio no sólo de una mejor calidad de la atención, sino en mejores oportunidades para la enseñanza y la investigación. Por todo esto, las ramas de la investigación de la psiquiatría no pueden estar separadas; forman parte de un sistema en el que el atraso de unas limita el desarrollo de las otras.

Planeación de las investigaciones

Cuando se habla de políticas de investigación, problemas nacionales de salud y áreas prioritarias, se prefiere sugerir que la investigación se oriente, se fomente o se guíe en función de necesidades específicas. Estas sutilezas del lenguaje no pueden ocultar que se trata, de una manera o de otra, de actos de planeación, que al ser planteados con cautela buscan evitar el que se coarte la libertad de investigación y del investigador. Sin embargo, la preponderancia del modelo biomédico se manifiesta en la predilección de los investigadores y de las instituciones por llevar a cabo, en primer término, investigaciones que correspondan al modelo; luego, investigaciones clínicas basadas en la orientación biomédica, y, por último, la investigación sociomédica psiquiátrica, que incluye la epidemiológica psiquiátrica, la psicosocial y la de servicios de salud mental.

Esta influencia cultural sesga la orientación de la medicina y la psiquiatría hacia la solución de problemas de individuos enfermos, por lo que la psiquiatría social orientada a la solución de problemas colectivos de salud mental, tiene un lento desenvolvimiento, principalmente porque se cae en un círculo vicioso en el que, por no contar con la suficiente retroinformación científica, se limita su desarrollo, y por falta de éste, no logra atraer significativamente a los investigadores.

Es socialmente impostergable la necesidad de avanzar con mayor rapidez hacia el conocimiento de las causas, mecanismos y consecuencias de las enfermedades mentales que afectan a la población, por lo que es

necesario orientar la investigación para que contribuya a resolver nuestros problemas de salud mental. La necesidad de guiar la investigación en salud mental a base de planeación, no pretende coartar el libre albedrío del investigador, sino disminuir el desarrollo aleatorio de la pesquisa y, por tanto, quedar en una situación dependiente del azar y de la necesidad de hallazgos repentinos, geniales o casuales, que modifiquen el curso de los acontecimientos. Esto es preciso entenderlo en términos dialécticos. No puede planearse toda la investigación científica, ya que es imposible predecir las invenciones y los descubrimientos de los investigadores pioneros y originales, cuyo talento individual no podrá ser superado por sistema de planeación alguno, pero las necesidades sociales de salud mental consisten en indagar en la mayor parte de su campo y en definir, por medio de la planeación, cuáles son los requerimientos de investigación en función de los problemas prioritarios que confronta, y cuyo costo económico y social es elevado. En este sentido, el futuro está para diseñarse, no para predecirse.

Si pensamos en la planeación de un sistema para la investigación científica, que por razones ideológicas suprimiera o evitara el empleo de determinados tipos de teorías, cuerpos de doctrina, metodologías o pesquisas, el resultado sería negativo para el saber científico al limitar el libre albedrío de los investigadores para elegir el objeto y método de estudio; pero éste sería el caso de un sistema restrictivo. Se puede, en cambio, definir un sistema inclusivo en el que, ante la necesidad de buscar vías alternativas para la solución a grupos de problemas, y ante el crecimiento del pluralismo de las ideas provenientes de las ciencias sociales y biomédicas, se ponga una atención mayor a la confrontación de las corrientes del pluralismo interno de la psiquiatría, pues los distintos enfoques, aunque diversos, son homogéneos en lo esencial, es decir, en la búsqueda de la objetividad científica, de la verdad histórica, así como de los procesos reales y posibles del cambio social, político y cultural. Sin embargo, debe tenerse siempre presente que la definición de un sistema se halla en los ojos del observador; luego, de la persona o grupo que planea; y la ideología, querámoslo o no, subyace y determina toda planeación (9).

Cuando se trata de investigar sobre un problema de salud mental específico, se puede planear un sistema cuyas funciones abarquen el estudio multi e interdisciplinario de esa área, para lo cual es necesario enfocarlo a partir de diversas metodologías científicas y emplear como modelos o marcos de referencia, diferentes teorías o cuerpos de doctrina que tomen en cuenta sus componentes biológicos y psicológicos, así como sus raíces y consecuencias sociales; pero que, además, ensayen variantes de las que se deriven mejoras en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a nivel individual, familiar y social.

La lógica de la explicación científica y el impacto de la teoría de la probabilidad han minado la ingenua noción positivista del carácter absoluto de las proposiciones científicas. Ahora parece posible sostener que una explicación no necesita asignarse a la categoría de lo absolutamente objetivo o a lo puramente subjetivo,

sino que se le puede juzgar por la riqueza de las proposiciones (axiomas) que gobiernan su secuencia de articulación. Así visto, un modelo de referencia teórico puede ser un conjunto de reglas heurísticas que propositivamente elimina cierto tipo de datos.

En medio de las preocupaciones consuetudinarias de la vida real, el psiquiatra social busca hechos y opiniones que llevan a conceptos más amplios, así como a mayor coherencia y predictibilidad. Rápidamente reconoce que, aunque meritorio, el tema de la salud mental es difícil de investigar, e incluso, más difícil de organizar. Existen muchos niveles de análisis, cada uno importante, pero ninguno claramente independiente de los otros; además, existen influencias históricas, económicas, políticas y culturales que se sobreponen y entremezclan a cada paso, por lo que cualquier marco de referencia o modelo que se emplee para analizar el problema debe facilitarle al investigador la posibilidad de cambiar los niveles de análisis y de sopesar las influencias claves.

La sola emergencia de hallazgos y teorías nuevas rara vez basta para contender con el poder de los intereses sociales, económicos y políticos, además de que el dominio profesional ha perpetuado las prácticas que prevalecen y ha disminuido las críticas (5).

La contribución con nuevos ensayos críticos dista mucho de lograr que se produzcan cambios básicos en las actitudes, y los llamamientos al humanismo y a la comprensión resultan efímeros e insustanciales. Ciertamente, lo que se requiere es que las nuevas proposiciones, para ser admitidas, se fundamenten en sólidas bases de principios científicos, lo que puede ser posible con el producto de la investigación multi e interdisciplinaria y, de preferencia, orientada por la planeación de sistemas diseñados ex profeso.

La psiquiatría busca explorar una cierta perspectiva del mundo que no pretende ser una descripción o un análisis exhaustivo de todos los fenómenos, sino que se ofrece como un camino entre muchos otros para analizar ciertos aspectos.

No existe un marco teórico perfecto para cualquier objeto de estudio, sino muchos marcos, cada uno de los cuales tiene su propio estilo de comprensión. El problema para el investigador en salud mental consiste en la elección del marco o marcos que le permitan aproximarse a una porción particular de los fenómenos. Sólo se le pide cautela en el uso de los marcos básicos. Que no los ahogue con datos y que los utilice hasta los límites de su capacidad; que cuando el marco de referencia empiece a mostrarse incapaz de admitir cierto tipo de datos, lo abandone para buscar otro más amplio.

Este nuevo orden de investigación es fundamental para las disciplinas aplicadas o empíricas. Los elementos dinámicos presentes en los objetos de estudio de la psiquiatría, muestran la inevitabilidad del cambio. Cuando se pierde de vista este dinamismo, se empiezan a relegar todos los cambios significativos a un pasado mítico, contribuyendo así, implícitamente, a la justificación del *statu quo*.

La ciencia ha trascendido la posición tradicional que le exigía ser copia fiel de una realidad presumiblemente

estática, y ha descubierto el carácter esencialmente provisional de los modelos destinados a comprender un universo dinámico. Lo que se necesita es la disposición para estudiar las fuerzas cambiantes de la vida contemporánea. Se requiere una psiquiatría que nos eduque para la discontinuidad, porque la discontinuidad, el rompimiento y el caos son el terreno de nuestro tiempo. Podemos contar con la verdad para escapar de la seducción de un mundo que no sea otra cosa que la

fantasía de nuestros anhelos.

La práctica de la investigación en salud mental debe, entonces, relacionar los esfuerzos del investigador con los esfuerzos encaminados a resolver problemas individuales y de grupos humanos, y a influir con la objetividad de sus resultados en los cambios sociales y políticos a que haya lugar en función de la salud y la enfermedad mental (8).

BIBLIOGRAFIA

1. BERTALANFFY L Von: Problems of Life (Wiley, Nueva York, 1952); *General Systems Theory*. Braziller, Nueva York, 1968.
2. CAPLAN G: *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books, Inc, Nueva York, 1965.
3. DE LA FUENTE R: ¿Hacia dónde va la psiquiatría? *Gac Méd Méx*, 117 (5): 167-173, 1981.
4. DE LA FUENTE JR y Cols: Clonidine effects on MHPG excretion. *APA New Research Abstracts*, p. 59, 1982.
5. ENGEL GL: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286); 129-135, abril 1977.
6. KETY SS: From rationalization to reason. *Am J Psychiatry*, 131: 957-963, 1974.
7. LEAVELL HR: Introducción a la primera edición. En: H. Freeman, S. Lerine, L. Reeder (EDS.), *Handbook of Medical Sociology*, second edition. Prentice Hall. Englewood Cliffs, New Jersey, 1972.
8. PUCHEU C : Reflexiones sobre la investigación en salud mental. *Memoria I Reunión sobre Investigación y Enseñanza*. IMP (236-239) Agosto, 1982.
9. ROSENBLUETH DE: Planeación educativa. *Cuadernos de Planeación Universitaria*, 5, UNAM. México D.F., 1980.
10. ROSENBLUETH DE: *Sobre Ciencia e Ideología*. Fundación Javier Barros Sierra. México, D.F., julio de 1980.
11. VILLORO L: Ciencia y sabiduría. *Revista de la Universidad de México*, 36 (2): 8-13 Junio, 1981.
12. WEINER R: The illusion of simplicity: the medical model revisited. *Am J Psychiatry*, 135: 27-33, 1978. (Traducción: Gómez-Mont F: *Salud Mental*, 2 (4) diciembre de 1979).