

IDEOLOGIA, PLANEACION Y MODELOS EN PSIQUIATRIA*

Dr. Carlos Pucheu R* *

Introducción

En este ensayo, al analizar los conceptos de ideología, planeación y modelos, se busca mostrar la importancia de su interrelación con los obstáculos que encuentra la psiquiatría para ampliar su clásica concepción aplicativa de nivel individual hacia una psiquiatría de orientación social.

En buena parte de las ramas de la biología y la medicina, la naturaleza de la materia tratada se refleja con cierta exactitud en el título que se expresa, por lo que las diferencias de opinión en los métodos de instrucción dan por convenido que hablan de lo mismo. Esta suposición no la puede hacer el escritor sobre medicina social, y mucho menos el de psiquiatría social (12).

El desarrollo tardío de la medicina social ocurrió hasta el siglo XIX, en que la amenaza de infección o el sufrimiento que ésta causaba trascendieron la limitación de la medicina que se ocupaba únicamente del cuidado de los pacientes infectados. Se reconoció la necesidad de otro enfoque para establecer medidas médicas que resultasen más eficaces, dirigidas a la comunidad como un todo. Se investigó la enfermedad por métodos epidemiológicos, y no por coincidencia se introdujeron los servicios médicos públicos. Hoy en día, en todas las ramas de la medicina, la investigación en grupos humanos y en grupos de problemas médicos es un complemento indispensable de los métodos individuales tradicionales de laboratorio, gabinete y estudio clínico.

Hasta principios del siglo XX, la psiquiatría empieza a dar mayor importancia al conocimiento de las influencias psicológicas y socioculturales para el mantenimiento o quebrantamiento de la salud mental.

Es hasta las décadas recientes que se han empleado los métodos epidemiológicos para la investigación de enfermedades no infecciosas, con el objeto de conocer la distribución de las enfermedades mentales y algunos débiles acercamientos a los factores implicados en sus causas.

En los años recientes, se ha comenzado a demostrar y medir la variedad de errores asociados con los procedimientos comunes clínicos y de laboratorio. Muchos de éstos son el resultado de influencias doctrinarias que han permanecido cerradas a la influencia de conocimientos con mayor grado de objetividad.

El carácter de los servicios de salud mental ha sido determinado hasta ahora por múltiples influencias que incluyen su historia, su demanda pública y consideraciones políticas, así como la impresión del psiquiatra de que son "buenos" para sus pacientes. Lo que resalta es que no

han sido planeados a la luz de una estimación objetiva de las necesidades y del óptimo empleo de sus recursos.

En la medicina contemporánea, y por tanto en la psiquiatría, se carece de una teoría integrada y de una plataforma de comprobaciones científicas o empíricas que permitan asignar el peso específico para explicar la concatenación dialéctica de los diversos factores de índole biológica, psicológica y social que actúan sobre el proceso salud-enfermedad mental. Se ha llegado a la aceptación de una multicausalidad difusa en la que diversas variables, que habitualmente no son controladas por la investigación, se remiten a la categoría de factores pre-disponentes, condicionantes, precipitantes, etc., pero no se ha avanzado más allá del hecho de reconocer su existencia. Se desconoce cómo opera este sistema de factores para prevenir, reducir o contener el trastorno mental. Esta condición se orienta en el sentido de que el foco de atención primordial se sitúe en una medicina psiquiátrica curativa, con el empleo de una tecnificación cada vez más costosa y especializada, en la que el conocimiento fragmentario conlleva a acciones multifragmentarias. Se toma el hospital como ámbito preferente de actuación en donde la tecnología sustituye al contacto afectivo y efectivo, y en donde la acción estrictamente terapéutica apenas da importancia al pasado del enfermo, y las más de las veces se desentiende del futuro del mismo. En consecuencia, se deja de lado la atención en la comunidad, se permanece indiferente ante los mensajes que infunden pánico en la población en relación a procesos naturales de la vida humana, y apenas se propicia la promoción y la preservación de la salud mental por la vía de la autogestión y por el incremento de la capacidad para la autoasistencia.

Las dificultades de la medicina y la psiquiatría como rama de ella, para su ampliación al enfoque social se derivan en parte de su condición de ramas de las ciencias aplicadas, destinadas a lograr resultados prácticos. Las ciencias teóricas no contienen *de facto*, referencias a hechos captados por la experiencia, se fundamentan en el "Saber", cuya garantía de acierto es la justificación objetiva de un cuerpo de proposiciones fundadas en razones válidas para cualquiera. En cambio, el "Conocer" cobra mayor importancia cuanto más aplicada y menos teórica es una disciplina científica. La garantía de acierto en el "Conocer" es la experiencia personal del experto en ese campo. El psiquiatra a menudo requiere más de los conocimientos consolidados por el trato personal que de su propio saber teórico. En las aplicaciones de las ciencias empíricas se puede colindar con ciertas formas de sabiduría práctica. Las ciencias básicas están plenamente justificadas; descansan en razones objetivamente suficientes que constituyen un criterio de verdad seguro de sus aseveraciones. "Pero en el conocimiento personal no tiene sentido preguntar por su justificación, pero sí por

*Trabajo presentado en la VII Reunión Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. Oaxaca, Oax. Septiembre, 1981.

**Subdirector General del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

las creencias que se basan en él. Conocer puede ser, para el conocedor, razón suficiente para creer en una proposición que otros no compartan. Así, un conocimiento directo puede ser fundamento de certeza y de fuertes convicciones personales" (21). El Saber científico se fundamenta en la teoría y en la ley. El Conocer, en la experiencia directa que llega a traducirse en doctrina o en dogma.

Resulta, pues, inevitable que el patrimonio de conocimientos de la psiquiatría se haya constituido con base en proposiciones objetivas y subjetivas. A pesar de los avances científicos y técnicos que ha incorporado a lo largo del siglo XX, sus perspectivas indican que aún habrán de hacerse muchos esfuerzos para ganar mayor grado de objetividad. Requiere para ello de una revisión constante de aquella parte de sus proposiciones explicativas que se fundamentan en creencias. Estas obedecen a los intereses particulares de diversas ideologías, cuya influencia se manifiesta en los modelos de acción que emplea, resultantes de las distintas concepciones interpretativas con que se cuenta sobre la naturaleza del proceso salud-enfermedad mental. La complejidad de lo que constituye el objeto de estudio de la psiquiatría, determina la variedad de las explicaciones existentes. Sin embargo, algunos de sus dogmas, o en su caso, algunos axiomas, han perdido buena parte de su fuerza original a la luz de los conocimientos actuales. Su permanencia en el acervo de la psiquiatría, por más respeto a la tradición que al saber, sólo contribuye a que se acentúen las contradicciones y a que se dificulte su desarrollo.

Ideología

Siguiendo a Rosenbluth (16), 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 ni 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 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, de axiomas casi irrenunciables (aun ante evidencia teórica o experimental) y axioma es una proposición que no se demuestra" (16).

Psiquiatría social

Cuando se habla de programas de psiquiatría social, se emplean indistintamente términos tales como: programas de salud mental en la comunidad, psiquiatría comu-

nitaria, psiquiatría social en acción o psiquiatría preventiva (3 al 8).

Cada uno de estos términos corresponde a diferentes modelos creados hasta ahora por diversos autores de distintos países, que tienen en común el énfasis que se da a la importancia de la comunidad en el proceso salud-enfermedad mental. Como obedecen a distintas ideologías, sus expectativas y metas no son coincidentes, lo que refleja las diferencias sociales, culturales y económicas del sitio de donde provienen dichos programas. Por ello, todos los conceptos desarrollados hasta ahora por la psiquiatría social constituyen un marco de referencia ideológico, cuyas variantes pueden ser aplicadas o adaptadas dependiendo de las características y políticas de salud del sitio donde se deseen implantar; por tal motivo, los modelos de otros países no pueden ser reproducidos literalmente (13).

Psiquiatría social es el estudio de la salud y de la enfermedad mental en la comunidad. Incluye, por una parte, la planeación, organización, desarrollo y administración de programas y servicios relacionados con la salud mental; y por la otra, requiere de un cuerpo de conocimientos sistemáticos constituido por la epidemiología psiquiátrica. Se ocupa de estudiar la forma en que actúan los fenómenos sociales en la génesis, manifestación y curso de las enfermedades mentales. Estudia también cómo emplear las fuerzas sociales en el tratamiento de los desórdenes mentales y emocionales. Su relación con la psiquiatría individual consiste en aportar esa comprensión de los factores psicosociales que hay que tener en cuenta, tanto en el diagnóstico como en el manejo de la enfermedad en el paciente individual. La psiquiatría social aspira a que con un mínimo de intervenciones se beneficie a muchos, en vez del principio de acción de la psiquiatría individual que aplica el máximo de intervenciones para beneficio de pocos. Estas perspectivas diferentes, aunque antitéticas, no han de ser comprendidas como antagónicas, de hecho son complementarias entre sí. Lo que se modifica es el campo de acción de las medidas que se aplican y el número de personas que se benefician, pero no sólo se refiere al aspecto cuantitativo, sino que se debe producir un cambio cualitativo en el enfoque, la actitud y los resultados. Esto exige no sólo la reorganización de los servicios asistenciales, sino la reorientación de los profesionales de la salud mental y de la investigación.

Pero también implica no abandonar el estudio de la salud mental en aras de un enfoque centrado en la enfermedad mental. Requiere, a pesar de sus dificultades, del diseño de programas de psiquiatría preventiva, de educación en salud mental, de la elaboración de métodos idóneos para la detección oportuna de casos, así como de la adopción de medidas que permitan evaluar diferentes estrategias que prevengan, reduzcan o contengan las incapacidades resultantes de la enfermedad mental (14).

Planeación

Cuando se trata de implantar programas o actividades de psiquiatría social, se requiere de la planeación. Se planea porque las decisiones cuestan, y la ineficiencia es costosa, no sólo en términos de unidades monetarias, sino también en términos de consecuencias indeseables para los enfermos, sus familias y la comunidad. El planificador tiene que tomar en cuenta que hay actividades poco costosas y muy productivas, que también las hay costosas y productivas, pero que existen otras que son muy costosas y poco productivas.

La planeación del desarrollo de la psiquiatría social, que pretende ser racional, comprende entre otros pasos: "la construcción de uno o más modelos de la realidad; la formulación de una escala de preferencias o de una función de utilidad, o cuando menos la definición de un escenario deseable; la especificación de cursos posibles de acción y la elección del camino óptimo" (16).

La definición del escenario deseable está condicionada por el horizonte de planeación, es decir, el plazo en el que se evaluará el grado de acierto de las políticas o medidas alternativas propuestas por el modelo de planeación. Existen así, la planeación a corto, mediano y largo plazo. De acuerdo a una convención, de ninguna manera universal, la planeación a corto plazo es a un año o menos; a mediano plazo, a más de un año y menos que a largo plazo; y a largo plazo, a más de 25 años.

Construir una función de utilidad o escenario deseable implica aún más claramente la adopción de una ideología, y lo mismo vale en cuanto a idear posibles cursos de acción. Dada la naturaleza anticipatoria de la planeación, se requiere predecir las consecuencias de las posibles decisiones; así, la planeación no es un acontecimiento aislado, sino un proceso que no termina (17). Es un proceso de búsqueda que se realiza a partir de preguntas que buscan respuestas; las preguntas que se formulan y las que quedan sin formular; las respuestas que se obtienen y las que quedan sin buscar, dependen de las personas que se dedican a planear y a tomar las decisiones. Estas personas poseen preferencias o reservas y aceptan unos principios y otros no, es decir, invariablemente tienen detrás una ideología.

En nuestro campo, como en muchos otros, existen personas que pretenden permanecer en una "neutralidad ideológica" y que dicen estar totalmente desinteresadas en la planeación. Sin embargo, de manera implícita o explícita desempeñan un papel que es resultante de modelos de la realidad, aplican métodos que requieren de un plan y obtienen resultados cuya interpretación objetiva o subjetiva les permite evaluar lo que realizan. Por ello, repi-

ten o modifican lo que hacen, es decir, hacen planes constantemente. En un sentido empírico e individual esto es permisible, pero cuando se aceptan responsabilidades que van a influir en la vida de personas e instituciones, se exige mayor advertencia de los factores que influyen en lo que se emprende. Hacer por hacer, requiere de una reflexión previa entre actividad *versus* productividad.

Modelos

Hablando sobre los modelos, Rosenblueth nos dice lo siguiente: "A partir de las sensaciones, se construyen percepciones y de ahí modelos del mundo exterior. 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 percepciones en datos, se requiere aplicar teorías; pero las teorías se derivan del estudio de los modelos. El proceso es, pues, iterativo y contiene además la sanción que dan otros seres humanos a la expresión de las teorías" (16).

La elección de modelos es particularmente vulnerable a la ideología. Elegimos un modelo de la realidad en función de lo que deseamos hacer con él, y lo que deseamos hacer con un modelo es del resorte de nuestra ideología.

La psiquiatría como disciplina científica destinada a lograr resultados prácticos, ha construido a lo largo de su historia diferentes modelos de acción. Estos modelos son el resultado de diferentes tipos de influencias: históricas, filosóficas, científicas, ideológicas, sociales, culturales, religiosas, económicas, políticas, etc. Algunos de los modelos han caído en desuso al ser sustituidos por otros marcos de referencia más acordes con las ideas prevalentes en su momento histórico.

Revisaremos ahora los principales modelos que están presentes en nuestra cotidianeidad profesional (20).

Es pertinente aclarar, que en la realidad, estos modelos no funcionan de manera estática y rígida, sino que operan

Cuadro I

Modelo moral	
Etiología/patogenia	Importancia secundaria. Los hábitos de conducta se aprendieron en el curso de la vida.
Diagnóstico	La ideología determina cuál conducta es aceptable o inaceptable (inmoral).
Tratamiento	Fijar límites a la conducta mediante un plan explícito o implícito (estímulos gratificantes o frustrantes).
Pronóstico	Bueno, si los sujetos cooperan.
Objetivos	Adaptación de las personas a la sociedad.
Institución (función)	Corregir, preferentemente con anuencia de los sujetos.
Personal	La conducta se evalúa, no se interpreta. Confianza y seguridad en sus procedimientos. Experiencia y capacidad técnica. Profesionales y no profesionales.
Derechos	Paciente — Recibir conducción. Familia — Recibir ayuda para corregir. Sociedad — Defender el orden social.
Obligaciones	Paciente — Cooperar en el cambio de conducta. Familia — Incitar a que se acepte el tratamiento conductual. Sociedad — Proveer posibilidades de rehabilitación de la conducta.

dinámicamente y que sus combinaciones podrían ser motivo de un análisis más amplio.

I. Modelo moral

Es uno de los más antiguos. Se basa en una ideología o código moral que determina cuáles conductas son aceptables o inaceptables (inmorales). El origen de la conducta puede explicarse de diversas maneras, pero en todo caso es de importancia secundaria. Lo que interesa es fijar límites a la conducta mediante un plan explícito o implícito y valiéndose para ello de estímulos gratificantes o frustrantes. Su objetivo es corregir la mala conducta, preferentemente con anuencia de los sujetos. Pero si la moral prevaleciente lo autoriza, puede emplearse aun contra la voluntad del sujeto. Su objetivo es adaptar a las personas a la sociedad.

Aunque esté relacionado, no debe confundirse con el tratamiento moral que se desarrolló a finales del siglo XVIII por Chiarugi, Pinel y Tuke y que declinó a principios del siglo XIX (19).

La expresión más moderna del modelo moral está constituida por las técnicas de análisis y modificación de conducta que emplean metodologías y técnicas de lo más sofisticadas, pero que obedecen a los principios enunciados anteriormente. El modelo moral se usa también en cárceles y reformatorios. Las personas que lo aplican no necesariamente deben contar con un plan explícito como el psicólogo "conductista"; es más, muchas personas lo llevan a cabo intuitivamente. Es el caso de muchos miembros del personal de vigilancia de los hospitales psiquiátricos.

Lo que garantiza que su empleo no se convierta en abuso y crueldad, es el código ético o moral de la persona o institución que lo aplica.

Cuadro II

Modelo de incapacidad/invalidez	
Etiología/patogenia	Importancia secundaria.
Diagnóstico	Se estima o determina grado de incapacidad o invalidez.
Tratamiento	Sintomático, énfasis en medidas rehabilitatorias.
Pronóstico	Pesimista o incierto.
Objetivos	Detener la evolución de la enfermedad, prevenir la invalidez completa, reintegrar a la comunidad con las capacidades restantes y desarrollar nuevas potencialidades.
Institución (función)	Proveer protección, cuidado, trabajo y rehabilitación.
Personal	Espíritu humanitario. Capacidad técnica desarrollada. Profesionales y paraprofesionales.
Derechos	Paciente — Recibir protección. Familia — Conocer grado de incapacidad. Sociedad — Proteger el orden social.
Obligaciones	Paciente — Conducirse normalmente, dentro de los límites de su incapacidad. Familia — Favorecer que el incapacitado viva lo más normalmente posible. Sociedad — Proveer posibilidades de rehabilitación.

II. Modelo de incapacidad/invalidez

Este modelo también muy antiguo, está relacionado con los tratamientos custodiales clásicos que surgieron con la "teoría de la degeneración". En la actualidad se ha visto modernizado por los nuevos conceptos y alternativas para la rehabilitación del enfermo mental crónico. Principalmente se emplea en pacientes con síndrome orgánico cerebral, demencia senil, retardo mental severo o profundo, etc.

en psiquiatría que promete en la década de los años 80 descubrimientos que quizá vayan a transformarla radicalmente.

Hasta ahora ha sido un modelo ideal y su peligro está en el triunfalismo con que se reciben los hallazgos de laboratorio, lo cual disfraza una regresión en términos históricos hacia la búsqueda de la unicausalidad. Cuando sus conclusiones se aplican a la realidad social, existe una diferencia básica de perspectiva; es decir, la experimentación toma como punto de partida aquello que, en el ambiente físico, psicológico y social, es un punto de llegada: empleo, ingreso, alimentación, vivienda, familia, servicios urbanos, educación, cultura y recreación.

El esquema de historia natural de la enfermedad de Leavell y Clark (10), originado por la epidemiología y a su vez basado en este modelo, es el fundamento que empleó Caplan (2) para establecer los principios de psiquiatría preventiva organizados por niveles de prevención. Por tal razón, en la práctica se vincula con el modelo sociogénico del que se hace referencia más adelante.

III. Modelo biogénético

En él se fundamenta toda la llamada psiquiatría biológica. Se incorpora a la psiquiatría a finales del siglo XIX con grandes esperanzas. Sus resultados se han limitado a la explicación científica de la sífilis del sistema nervioso (PGP) y a la demencia pelagosa. Sin embargo, sirve de base al desarrollo actual de la investigación biomédica

Cuadro III

Modelo biogenético	
Etiología/patogenia	Sub-modelo enfermedad infecciosa (Koch). La enfermedad se explica con base en una única causa, sea ésta bacteriana, genética, viral, enzimática, inmunológica, tóxica, nutricional o psicológica. "Atrás de cada pensamiento enredado, hay una molécula enredada" (22). Sub-modelo patología celular (Virchow). La enfermedad se debe a un defecto material de las células u órganos del cuerpo. El defecto es único y causado por un agente externo o por alguna aberración específica de la maquinaria intrínseca de la célula, por ejemplo: la alteración estructural o la ausencia de una enzima.
Diagnóstico	Proceso que parte del reconocimiento y valoración de los síntomas a la caracterización de una enfermedad específica (9).
Tratamiento	Racional y específico.
Pronóstico	Se fundamenta en el diagnóstico.
Objetivos	Tratar la enfermedad y restaurar la salud. Prevenir enfermedades. Fomentar la salud. Investigar.
Institución (función)	El hospital como ámbito preferente de actuación. Internamientos transitorios. El paciente no trabaja para el hospital.
Personal	Profesional. Con predominio de médicos psiquiatras y enfermeras.
Derechos	Paciente — Asumir su papel de enfermo. Eximirse de sus responsabilidades habituales. Familia — Recibir información sobre la enfermedad y su evolución. Sociedad — Proteger a la sociedad de las personas enfermas.
Obligaciones	Paciente — Cooperar con el tratamiento. Familia — Cooperar con el tratamiento. Sociedad — Proveer atención médico-psiquiátrica.

Cuadro IV

Modelo psicogenético	
Etiología/patogenia	Importancia primordial. Psicogénesis del padecimiento. "Las neurosis se labran en la infancia".
Diagnóstico	Síntomas neuróticos, psiconeuróticos o psicóticos. Análisis de los conflictos y mecanismos de defensa. Sub-modelos: económico, genético, adaptativo, dinámico y estructural. Cada caso es único.
Tratamiento	Relación psicoterapeuta-paciente. Hacer consciente lo inconsciente. Se interpreta simbólicamente el presente en función del pasado y el pasado en función del presente.
Pronóstico	Depende de qué tanto quiera mejorar el paciente. Malo en casos de psicosis.
Objetivos	Resolver los conflictos emocionales inconscientes. Favorecer el desarrollo armónico de la personalidad.
Institución (función)	Proveer condiciones para el tratamiento. Ocasionalmente, favorecer la separación de relaciones enfermas.
Personal	Psicoanalistas o psicoterapeutas, previamente sujetos a tratamiento. Únicamente profesionales.
Derechos	Paciente — Simpatía por su problemática emocional. Que su conducta sea interpretada simbólicamente y que no sea juzgada moralmente. Familia — Sin derechos. No se informa sobre la evolución. Sociedad — Sin derechos.
Obligaciones	Paciente — Cooperar con la psicoterapia. Familia — No interferir en el tratamiento. Sociedad — Aceptar la conducta del paciente como manifestación de trastornos emocionales.

IV. Modelo psicogenético

Con antecedentes que datan de la medicina de los asclepiades y de la escuela mesmeriana, su impulsor definitivo es Freud. Con respecto a la llamada psicología profunda, cabe la afirmación de que se puede estar con Freud, contra Freud, pero no sin Freud. Los aportes del

psicoanálisis y sus críticas no pueden ser analizados en un breve espacio. Casi todas las formas de psicoterapia existentes se basan de una manera u otra en sus principios. Recientemente han proliferado una serie de aparentes nuevas técnicas psicoterapéuticas que en el fondo sólo son una combinación del modelo psicogenético con el modelo moral.

Cuadro V

Modelo sociogenético	
Etiología/patogenia	La enfermedad mental se debe a la desorganización social. La sociedad es la que está enferma. Influyen pobreza y discriminación.
Diagnóstico	La conducta es síntoma de la patología social.
Tratamiento	Curativo para el paciente. Incrementar la calidad de la vida. Producir cambios sociales, políticos, económicos y culturales.
Pronóstico	Depende de la efectividad de los cambios sociales que se introduzcan.
Objetivos	Reformar o revolucionar a la sociedad hasta crear un ecosistema saludable.
Institución (función)	Aislar a los severamente dañados. Hacer la revolución desde las instituciones psiquiátricas.
Personal	Reformadores sociales. Profesionales y no profesionales.
Derechos	Paciente — Recibir cuidados especiales como víctima de la sociedad. Familia — Hacer los cambios que prevengan la patología social. Sociedad — Sin derechos.
Obligaciones	Paciente — Cooperar con el cambio social. Familia — Favorecer las reformas sociales. Sociedad — Reformarse a sí misma. Implantar medidas para impedir que la familia transmita la patología social a los individuos.

V. Modelo sociogenético

Sus antecedentes se encuentran en la medicina social alemana de la segunda mitad del siglo XIX y en el desarrollo de las ciencias sociales en el siglo XX. Se relaciona con el movimiento de higiene mental iniciado por Clifford Beers en 1908. El modelo sociogenético fue enriquecido por la llamada escuela de Chicago y tuvo fuerte influencia en el desarrollo del programa de salud mental comunitaria norteamericano (13).

Hasta ahora, las evaluaciones de su aplicación han sido extremadamente dificultosas de conducir, principalmente porque la relación entre desorganización social y enfermedad mental no ha logrado ser establecida (18). Pensamos, como muchos otros autores, que los estudios epidemiológicos y psicosociales deparan para la psiquiatría y la salud mental un prometedor campo, cuyos efectos se perciben desde ahora y que serán de beneficios incalculables.

VI. Modelo antipsiquiátrico

Los principales iniciadores de este modelo son Foucault, Laing, Cooper y Bassaglia. Las proposiciones de este modelo han cimbrado en sus cimientos a la psiquiatría mundial. A pesar de la vehemencia de sus afirma-

ciones, éstas nunca dejan de tener un grano de verdad. Ha ocurrido que al negar las bases biológicas de la personalidad y de la enfermedad mental, muchas de sus afirmaciones son inaceptables. Además, muchas de sus críticas se refieren en el fondo más a problemas de organización de los servicios psiquiátricos y a las consecuencias de su carencia crónica de recursos. Sin embargo, las críticas demoleadoras de la institución psiquiátrica con su autoritarismo y crueldad, así como el análisis de la represión social para las conductas desviadas, deben motivar a mayores reflexiones y a no soslayar este enfoque.

VII. Modelo familiar

Este modelo tiene íntimas conexiones con el sociogenético, pero centra su foco de atención en la familia y ofrece como medida práctica un nuevo tipo de psicoterapia: la familiar. Contribuyeron de manera importante a su desarrollo los estudios de Lidz (11), Wynne (23) y Bateson (1), quienes estudiaron a familias de esquizofrénicos e interpretaron que las relaciones interpersonales en la familia producían los síntomas principales de la esquizofrenia. A pesar de que posteriormente éstos y otros autores abandonaron su posición original, hoy en día los conceptos de familia funcional y disfuncional forman parte del cuerpo de conocimientos psiquiátricos, y se practica la psicoterapia familiar.

Cuadro VI

Modelo antipsiquiátrico	
Etiología/patogenia	La enfermedad mental no existe. Las formas alternativas de pensamiento y conducta son desviaciones naturales.
Diagnóstico	Únicamente se identifica como enfermo al que se "etiqueta" como tal, por un "etiquetador".
Tratamiento	Busca reprimir la conducta desviada que no se tolera e induce conformidad.
Pronóstico	Círculo vicioso. Mientras más se trate a una persona como enfermo mental, más se comportará como tal.
Objetivos	Liberación de los perseguidos. Para el "conspirador": mantener <i>statu quo</i> .
Institución (función) Personal	Degradar, perseguir y reprimir. Conspiradores. Todos aquellos que "etiquetan" y dan tratamiento a los enfermos mentales. Anticonspiradores. Quienes combaten y denuncian esta injusticia.
Derechos	Paciente — En las instituciones psiquiátricas no se tienen derechos. Familia — Perdidos, por actuar en contra de uno de sus miembros al "etiquetarlo". Sociedad — Encarcelar a quienes violen las leyes, pero no a quienes tienen formas desviadas de conducta.
Obligaciones	Paciente — Sin obligaciones en las instituciones psiquiátricas. Familia — Tolerar formas desviadas de conducta. Sociedad — Impedir la persecución de los desviados.

Cuadro VII

Modelo familiar	
Etiología/patogenia	La enfermedad mental expresa la patología familiar. Comunicación defectuosa, confusión en el desempeño de roles, diversas formas de manipulación entre sus miembros.
Diagnóstico	El paciente es el "chivo expiatorio" de la familia. Probablemente su miembro más sano.
Tratamiento	Terapia familiar.
Pronóstico	Del éxito de la terapia depende la superación de los síntomas en el paciente.
Objetivos	Restaurar la interacción familiar. Hacer de una familia disfuncional una funcional.
Institución (función) Personal	Proveer condiciones para el tratamiento. El hospital es antiterapéutico. Psicoterapeutas familiares. Únicamente profesionales.
Derechos	Paciente — Que los otros miembros de la familia estén de acuerdo en el concepto de familia enferma y cooperen. Familia — A ser tratada como enferma. Sociedad — Sin derechos.
Obligaciones	Paciente — Cooperar con la terapia familiar. Familia — Cooperar con la terapia familiar. Sociedad — Proveer facilidades para la terapia familiar.

VIII. Modelo psicodélico

De aparente inicio en la década de los años 60, pero indudablemente conectado con el empleo de sustancias de origen vegetal que modifican el estado de la conciencia y que han sido usadas por el hombre desde sus orígenes con fines rituales y ceremoniales.

La condena social de este modelo ha estado relacionada con la epidemia de farmacodependencias que, traspasando las fronteras, se ha constituido en un problema de salud pública en la mayor parte de los países.

A partir de sus principios, se han desarrollado innumerables técnicas pretendidamente psicoterapéuticas, que no han podido ser evaluadas satisfactoriamente debido a la falta de seriedad de sus reportes. Constituye este modelo una probable línea de investigaciones que ha sido abandonada pero no agotada.

IX. Modelo médico curativo

A pesar de las ostentaciones de la psiquiatría y los psiquiatras, es el modelo práctico más empleado aun cuando se le disfraza o combina con otros modelos. Es el que está hoy por hoy más cercano a la realidad. Esta nos muestra (y esto es válido para toda la medicina, incluida la psiquiatría) que la mayoría de las enfermedades (en nuestra época) no pueden ser curadas; cuando más, lo que puede hacerse es aliviar el sufrimiento, disminuir los síntomas y evitar hacer daño al paciente.

No invalida ningún otro modelo y quizá sirva de base para construir un nuevo modelo que en teoría existe pero que en la práctica no ha podido establecerse: el modelo biopsicosocial.

Comentario final

La revisión que se ha presentado de manera resumida sobre cuáles son las proposiciones básicas de los modelos representados, de acuerdo a las constantes analizadas, adolece del peligro reconocido del reduccionismo, pero la idea ha sido mostrar cuáles son las aproximaciones a la realidad con que contamos y cuyas concepciones influyen al tomar decisiones en la planeación sobre: desarrollo de programas y organización de servicios de salud mental; formación y capacitación continua de los recursos humanos; investigación y modos de prevención.

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, la psiquiatría debe poner una atención mayor a la confrontación de las corrientes de su propio pluralismo interno, pues los distintos enfoques, aunque siendo 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.

En la confluencia de las corrientes críticas reside la fuerza ineludible del proceso de avance científico, y éstas están garantizadas sólo en medio del respeto, la responsabilidad y el interés por el cumplimiento de los objetivos de la psiquiatría y la salud mental.

Dentro del cuestionamiento de las ideas, se polarizan las posiciones y se dan las más diversas gamas y síntesis personales, propias de cada problema que se investiga, de cada tema que se desarrolla y de cada asunto que se difunde. Si la discusión se da, sin que se manifieste la tendencia a censurar o autocensurarnos, ocurrirá un de-

Cuadro VIII

Modelo psicodélico	
Etiología/patogenia	La enfermedad mental ha sido inducida por la familia para tratar que el individuo se conforme.
Diagnóstico	Los síntomas de enfermedad mental se interpretan como un fenómeno de expansión de la mente, en donde hay una visión más clara de la realidad.
Tratamiento	Favorecer la visión interna de sí mismo mediante el empleo de drogas psicodislépticas. Se induce una psicosis experimental (viaje), seguida de una forma de psicoterapia.
Pronóstico	Incierto.
Objetivos	Esclarecimiento de la problemática por incremento de la capacidad para la exploración interna.
Institución (función)	Proveer facilidades para el tratamiento.
Personal	Los "guías" deben tener experiencias previas en "viajes". Profesionales y no profesionales.
Derechos	Paciente — Ser conducido en un "viaje". Familia — Sin derechos. Sociedad — Sin derechos en relación al enfermo mental.
Obligaciones	Paciente — Aceptar ser refrenado en caso necesario. Familia — No "etiquetar" al paciente y no enviarlo a un hospital. Sociedad — Permitir que sus miembros se abran paso.

Cuadro IX

Modelo médico-curativo	
Etiología/patogenia	La etiología es importante, pero casi siempre es desconocida. Se conocen teorías sobre la causa patogenética única de una enfermedad o su patofisiología alterada. Se aceptan las causas naturales del padecimiento y la influencia de factores psicosociales (multicausalidad). La personalidad es una unidad bio-psicosocial.
Diagnóstico	De acuerdo a una valoración de los síntomas, el médico determina la enfermedad. Efectúa diagnóstico diferencial con otras enfermedades. Informa ampliamente al paciente y/o a sus familiares. El diagnóstico es fundamental para el tratamiento y el pronóstico. Se reconocen sub-formas múltiples de cada enfermedad específica.
Tratamiento	Habitualmente de tipo empírico, aunque fundamentado en diferentes teorías y tecnologías que han comprobado algún grado de eficacia. Establece contraindicaciones para formas de tratamiento. Emplea procedimientos biológicos, psicológicos y sociales.
Pronóstico	Se fundamenta en el diagnóstico y la respuesta al tratamiento. No se promete cura, pero se ofrece algún grado de esperanza.
Objetivos	Se reconoce que la mayoría de las enfermedades no pueden ser curadas; cuando más lo que puede hacerse es: aliviar el sufrimiento, disminuir los síntomas y evitar hacer daño al paciente. Prevención por medio de la educación en salud mental y de diferentes medidas para reducir o contener a la enfermedad mental. Investigación.
Institución (función)	Organización por niveles de atención médico-psiquiátrica.
Personal	Multi e interdisciplinario. Fundamentalmente profesionales. Se aceptan paraprofesionales y no profesionales.
Derechos	Paciente — Asumir el papel de enfermo. Eximirse de sus responsabilidades habituales. Cuidados especiales. No se le culpa. Familia — Recibir información sobre la enfermedad y su evolución. Sociedad — Proteger a la sociedad de las personas enfermas y al enfermo de la sociedad.
Obligaciones	Paciente — Cooperar con el tratamiento, aceptar participar en actividades recreativas, ocupacionales, educativas y vocacionales. Familia — Responsabilizarse del paciente y seguir las indicaciones del equipo de salud mental. Sociedad — Proveer atención médico-psiquiátrica y facilidades para la prevención e investigación.

sarrollo de matices y variantes en planteamientos que, aislados unos de otros, pueden adquirir carta de naturalización como postulados básicos o dogmáticos, en tanto se consideren a sí mismos indiscutibles (15).

El científico congruente consigo mismo, participa en los procesos sociales de acuerdo con sus convicciones.

No se requiere que aparezca como omnisciente, pero sí como alguien que aporta su ideología y, dependiendo de las circunstancias, aporta su disciplina científica a la sociedad. Cuando el científico desea apoyar una ideología, le sientan bien los papeles de promotor, asesor y aún decisor; cuando quiere combatirla, le vienen bien los de crítico, conspirador y hasta activista (16).

BIBLIOGRAFIA

1. BATESON G: Minimal requirements for a theory of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. Mayo, 1960.
2. CAPLAN G: *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books, Inc. Nueva York, 1965.
3. CLAUSEN JA, YARROW MA: Paths to the mental hospital. *Journal of Social Issues* 11, 1955.
4. DUHL L (ed): *The Urban Condition*. Basic Books, Inc. Nueva York, 1963.
5. DUNHAM H, WARREN A, WEINBERG S: *The Culture of the State Mental Hospital*. Wayne State University Press. Detroit, 1960.
6. FARIS RE, DUNHAM H: *Mental Disorders in Urban Areas*. University of Chicago Press. Chicago, 1939.

7. FRANK L: Research for what? *Journal of Social Issues, Supplement Series* 10, 1957.
8. JONES M, THOMAS Ch (ed): *Social Psychiatry*. Springfield, 1962.
9. KETY S: From rationalization to reason. *Am J Psychiatry* 130: 957-963, 1974.
10. LEAVELL HR: Introducción a la primera edición en Freeman H, Lerine S, Reeder L (eds.). *Handbook of Medical Sociology*, segunda edición. Prentice Hall. Englewood Cliffs, Nueva Jersey, 1972.
11. LIDZ R, LIDZ T: The family environment of schizophrenic patients. *Am J Psychiatry*, febrero, 1949.
12. Mc KEOWN T, LOURE CR: *Introducción a la Medicina Social*. Siglo XXI Editores, 1981.
13. PUCHEU C: Panorama del campo de la psiquiatría social. *Memorias del Simposio "La Psiquiatría en la Medicina Actual"* Instituto Syntex. México, D.F., 1980.
14. PUCHEU C: La responsabilidad social del psiquiatra. *Salud Mental* 4 (1): 3, primavera, 1981.
15. PUCHEU C: Palabras pronunciadas en la ceremonia de inauguración de la VI Reunión Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. *Psiquiatría* 9 (2): 1-3, mayo-agosto, 1979.
16. ROSENBLUETH DE: *Sobre ciencia e ideología*. Fundación Javier Barros Sierra. México, D.F. Julio, 1980.
17. ROSENBLUETH DE: Planeación educativa. *Cuadernos de Planeación Universitaria* (5). UNAM. México, D.F. 1980.
18. ROSENZWEIG N: *Community mental health programs in England: An American view*. Wayne State University Press, Detroit, 1975.
19. RYAN P: El Origen del Tratamiento Moral en Psiquiatría. *Salud Mental* 4 (4): 2, 30-32, verano, 1981.
20. SIEGLER M, OSMOND H: *Models of Madness, Models of Medicine*. McMillan Publishing Co. Inc. Nueva York, 1974.
21. VILLORO L: Ciencia y sabiduría. *Revista de la Universidad de México* 36 (2): 8-13. Junio, 1981.
22. WEINER H: The illusion of simplicity: The medical model revisited. *Am J Psychiatry* 135: 27-83. 1978.
23. WYNNE L, SINGER M: Through disorder and the family relations of schizophrenics. I-II. *Archives of General Psychiatry*. Septiembre 1963.