

**SALUD MENTAL EN EL PERU:
VARIABLES SOCIO-ECONOMICAS,
POLITICAS Y CULTURALES (*)**

Alberto PERALES. ()**

PALABRAS CLAVE : Salud Mental - Variables Psicosociales

KEY WORDS : Mental Health - Psychosocial Variables

El autor precisa las diferencias conceptuales entre salud mental y psiquiatría, proponiendo incluir en el análisis de la primera, variables, aún no consideradas en la práctica, entre ellas, las socio-económicas, políticas y culturales. Asimismo, postula que, en último análisis, la salud mental constituye cultura asimilada en el contexto socio-familiar que conduce al hombre a un particular estilo cognoscitivo de interpretar la realidad y enfrentar la vida, a y a generar conductas individuales y colectivas vinculadas al desarrollo y a la productividad, cuando aquella es plena. Sobre esta base examina diversos problemas de salud mental, particularmente vigentes en países del tercer mundo como el Perú. Finalmente, postula que el subdesarrollo nacional depende de una importante variable de salud mental y que no puede haber desarrollo en el país si no hay cambio de mentalidad en su población hacia tal fin.

MENTAL HEALTH IN PERU: SOCIOECONOMIC, POLITICAL AND CULTURAL VARIABLES

The author specifies the conceptual differences between mental health and psychiatry proposing to include socio-economic, political and cultural variables in the analysis of the former. He also considers that, at last examination, mental health constitutes assimilated culture in the socio-family context that leads human beings to develop particular cognitive and coping styles fostering human and social development and productivity. On these basis he examines several mental health problems specially present in third-world countries like Peru. Finally, he proposes that Peruvian national underdevelopment depends on an important mental health variable and states that there will not be national development without a population change in mentality towards that goal.

(*) Conferencia magistral leída en la ceremonia de conmemoración del Día de la Psiquiatría Peruana como actividad de clausura del XII Congreso Nacional de Psiquiatría, el 18 de noviembre de 1992.

(**) Director Ejecutivo del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Profesor Principal de Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

INTRODUCCION

El tema que he escogido para cumplir con la gentil invitación a participar en esta ceremonia de conmemoración de la Psiquiatría Peruana, debería, por su vastedad y compleja trama, ser tratado por un experto en varios campos del conocimiento humano. Yo no pretendo serlo. Mi propósito es más circunscrito: ayudar a mi país en estos difíciles momentos de la vida nacional estimulando a mis colegas a defender la salud mental de nuestro pueblo. De aceptarse, los psiquiatras nos veremos obligados a ingresar a escenarios de acción en los cuales carecemos de experiencia; a utilizar metodologías en cuyo empleo adolecemos de adiestramiento formal; a incluir otras variables en el análisis allende las psiquiátricas y médicas habituales; y, a diseñar estrategias de intervención que desafíen nuestra capacidad creativa.

La tesis central de mi exposición, ya esbozada en anteriores comunicaciones (Perales, 1988a, 1988b y 1989) puede compendiarse en tres objetivos o necesidades :

1. Reiterar, una vez más y cuantas veces sea necesario, la diferencia esencial entre Psiquiatría y Salud Mental; ello no sólo por urgencia científica sino, fundamentalmente, política, pues es esta última variable la que decide la asignación de los recursos del estado para la solución de sus problemas.
2. Integrar, de manera regular, en el diagnóstico situacional de salud mental, otras variables, particularmente las socio-económicas, políticas y culturales, al mismo tiempo que desarrollar nuevas metodologías de inter-

vencción, más sensibles y acordes a las necesidades de nuestra población.

3. Comprometer al psiquiatra peruano en la defensa y avance científico de la salud mental, pues, como se sabe, constituye elemento esencial en el desarrollo pleno del individuo, de la familia, de la comunidad y de la nación, no sólo en el aspecto humano sino en el de productividad general, incluido el económico.

Desarrollaremos secuencialmente estos tres puntos:

1. DIFERENCIA ENTRE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.

Dos razones prácticas obligan a distinguirlas, pues la confusión conceptual surge por considerar ambos términos como sinónimos.

1.1. Económicas, pues, como se sabe, el presupuesto que a nivel central se ha otorgado a la salud mental ha sido siempre ínfimo. El nivel más bajo del mismo ocurrió en 1989, cuando lo asignado a esta necesidad correspondió a tan sólo el 0,28% del asignado al Sector Salud.

1.2. De Salud Pública, pues, mientras la Psiquiatría, en un país del tercer mundo como el Perú, no constituye problema prioritario comparado con otros mucho más graves y urgentes como la epidemia del cólera, la desnutrición, la mortalidad infantil y tantos otros, la Salud Mental si requiere de atención preferente.

Conviene, por ello, deslindarlas claramente.

La Psiquiatría es definida como: «la rama de la medicina que se ocupa del estudio y tratamiento de las enfermedades mentales»; sus metodologías son conocidas y su liderazgo pertenece al médico especialista en esta disciplina. En cuanto a sus problemas prioritarios, los dos últimos estudios epidemiológicos realizados en nuestro país, aunque limitados a sectores de la ciudad capital (Hayashi et al, 1985; Minobe et al, 1990) han ubicado en términos de prevalencia de vida, en primer lugar, al Abuso y Dependencia del alcohol (16.8% y 18.6% respectivamente) mientras que el segundo lugar correspondió a los Trastornos Fóbicos (16.5%) en el primer estudio y al Episodio Depresivo Mayor (9.7%) en el segundo. Hablamos, pues, de trastornos mentales o, si se prefiere, de conductas humanas patológicas.

La Salud Mental, por el contrario, corresponde al aspecto sano del individuo en lo concerniente a las dimensiones psicológica y social comprendidas en la definición general de salud. Cuando aquella es plena, lo orienta hacia una relación armoniosa con su medio y a las conductas necesarias para su autorealización. En tal sentido, la Salud Mental es un concepto íntimamente vinculado al desarrollo humano, tanto a nivel individual como social. La consecuencia más inmediata y visible de su presencia es el bienestar psicológico, social y espiritual de la persona así como su productividad, incluyendo la económica. En tal sentido, casi por definición, un individuo que goce de salud mental contribuirá decididamente,

no sólo a su propio progreso y al de su familia, sino, al de su país. Consecuentemente y en último análisis, el desarrollo social y económico de una nación dependerá del desarrollo de cada uno de sus habitantes, vale decir, de su nivel de salud mental.

Como quehacer multiprofesional y multisectorial, la Salud Mental integra diferentes ciencias del Hombre (antropología, sociología, psicología, economía, ecología, etc.) y variados Sectores (salud, educación, trabajo, economía, etc.). Sus metodologías de estudio aún se encuentran en plena evolución. Su liderazgo, actualmente adjudicado con más frecuencia al psiquiatra por ser el profesional con mayor capacitación y experiencia en los campos biológico, psicológico y social de la conducta humana, está básicamente vinculado a la acción de equipos multiprofesionales.

Bajo esta perspectiva, distinguimos como problemas prioritarios de salud mental en nuestro país, los siguientes:

a. El SUBDESARROLLO.

Complejo fenómeno que no depende exclusivamente de una variable económica, la que resulta, más bien, su consecuencia y manifestación más evidente. Para nosotros, el subdesarrollo depende básicamente de una actitud mental del hombre frente a la vida, que lo conduce a enfrentar los problemas de la misma con repertorios ineficaces de afronte, tanto de evaluación de la realidad cuanto de estrategias de solución de pro-

blemas. Es el caso de muchos peruanos cuya actitud mental preferente y mecanismos de afronte (coping styles) tienden a ser pesimistas, poco apegados a los objetivos de calidad y de logro y con disminuída asertividad. Aumentan, así, su probabilidad de desistir ante los inevitables obstáculos que encontrarán en la consecución de sus metas y los desafíos de su existencia.

Es de hacer notar que las condiciones nacionales de subdesarrollo han producido en el país dos corrientes de acción que postulan, de muy diferente manera, su superación. La primera, vinculada a la acción terrorista, expresa la finalidad de cambiar el **status quo** por medio de métodos cruentos. La segunda, vinculada a un sector de la población en gradual incremento, ha generado un modelo de conducta de esforzado trabajo, específicamente en el campo de la economía informal, produciendo el fenómeno que tan acertadamente De Soto et al (1986), han llamado «El Otro Sendero». Para tener una idea del impacto económico que esta economía informal ha significado para el Perú de las últimas décadas, conviene comparar los montos de inversión generados por los sectores oficial e informal durante el periodo 1960-1984. En dicho lapso, el estado peruano construyó viviendas populares, a nivel nacional, por un monto de 173 millones de dólares, mientras que, la economía informal construyó casas por un monto de 8,319.8 millones de dólares. Más aún, sólo en Lima, el comercio informal da trabajo a unas

439,000 personas. De los 331 mercados que hay en la ciudad, 274 han sido construidos por los informales (83%), el 95% del transporte público de Lima está en sus manos con una inversión de más de 1000 millones de dólares (De Soto et al, 1986).

b. LA CORRUPCION GENERALIZADA.

Conviene precisarlo, no es problema exclusivamente peruano sino mundial, y que suele acrecentar sus malévolas consecuencias en situaciones de deterioro del orden social. Considerada como conducta humana, no necesariamente asentada en patología psiquiátrica subyacente (por lo cual no es, en estricto, problema psiquiátrico) se observa en individuos y personal de instituciones de diverso orden, en estas últimas, aún en aquellas que por sus objetivos específicos están obligadas a mantener una conducta intachable entre sus miembros. Los medios de comunicación, en general, señalan evidencias de conductas corruptas, cada vez de mayor escándalo en la sociedad peruana.

c. LA VIOLENCIA.

Tanto la estructural vinculada a los grupos terroristas cuanto la generalizada que se observa en nuestra población, aún en la vida cotidiana. Síndrome importante de este tipo es el que ocurre en los hogares, ya sea por maltrato al cónyuge, prioritariamente femenino (en 1989 se presentaron 4,289; en 1990, 4,054; y, en 1991, 4,327, denuncias por mujeres agredidas a la Comisaría de Mujeres)

o por abuso físico de padres a hijos o de adultos a niños. Del mismo modo, debe considerarse que, entre las causas de muerte, los factores de violencia urbana vienen apareciendo en las estadísticas respectivas. En 1990 hubieron 727 homicidios, 728 decesos por accidente de tránsito y 208 suicidios, entre otros. La violencia terrorista ha cobrado más de 24,000 vidas.

Pero no sólo las manifestaciones o efectos visibles de la violencia testimonian el problema de salud mental. Lo evidencia, también, una actitud poblacional pasivamente receptiva, que asiste como obligada espectadora al trágico drama de los actos violentos en el diario vivir. Al respecto, con aguda pero humorística percepción, Cueto ha precisado que una de las frases más comunes entre los limeños es: «Para que te metes...», refiriéndose al consejo amical de que «veas lo que vieres mejor no intervenir», pues, de hacerlo, puede uno involucrarse en problema de insospechadas consecuencias. Explica, así, Cueto, porque los limeños pueden ser festivos presenciales de actos delincuenciales o violentos, «que ocurren a cualquier hora del día, en las calles, las tiendas, los vehículos de transporte, etc....y no se meten»

2. INTEGRACION DE OTRAS VARIABLES EN EL ESTUDIO DE LA SALUD MENTAL.

Cuando la OMS planteó su ya universalmente aceptada definición de salud como: «El estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones y enfermedades», el problema de

la salud fue ampliado a dimensiones vastas y extraído del hasta entonces dominio médico. La interpretación biológica y psicológica (soma y psiquis), hasta entonces imperante en la comprensión de la salud, al integrar la dimensión social, ubicó la variable médica como una más entre muchas otras en el interjuego productor de la resultante final: salud o enfermedad. Consecuentemente, la salud, y por ende, la salud mental, se convierten en disciplinas multiprofesionales y multisectoriales.

En forma breve podría decirse, que la Salud Mental abarca el estudio, en general, de la conducta humana, tanto de aquella adaptativa que conduce al desarrollo pleno como de la patológica, propia del trastorno mental. Así considerada, la Salud Mental deviene en concepto que engloba a la psiquiatría (del mismo modo que el concepto de salud engloba a la medicina como una de sus áreas).

La consideración de todas las variables que influyen en el comportamiento humano torna muy compleja la tarea. El propósito de la presente comunicación tiene un alcance más selectivo: llamar la atención sobre algunas de ellas que, si bien han sido advertidas, no han sido adecuadamente consideradas en el análisis de los problemas concretos de salud o enfermedad. Priorizamos en esta exposición las variables socio-económicas, político-sociales y culturales.

2.1. LA VARIABLE SOCIO-ECONOMICA.

2.1.1. RELACION CON EL MATRIMONIO

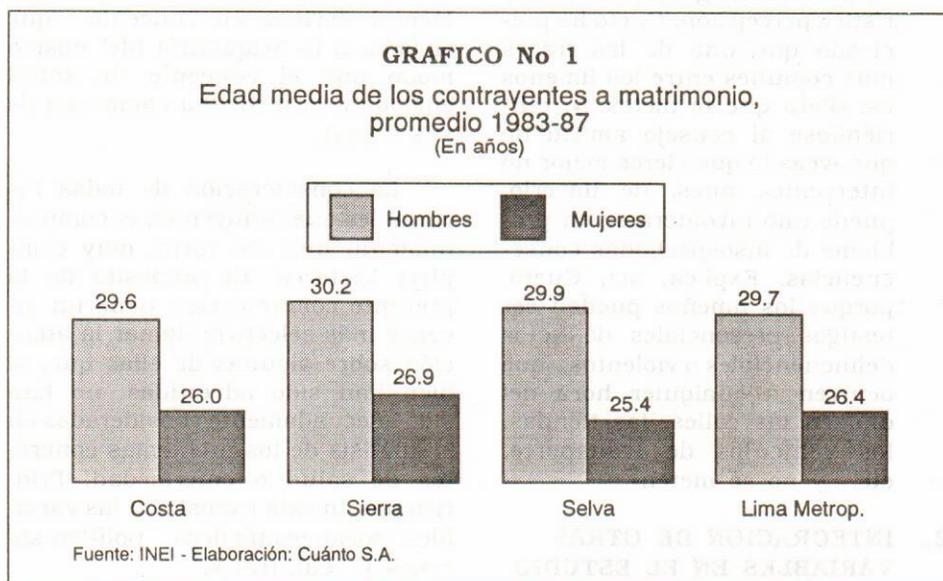
Gary S. Becker, Premio Nobel de

Economía 1992, ha enriquecido la interpretación económica demostrando que la conducta familiar y, en general, la conducta humana, obedecen a una importante variable económica cuya influencia final se manifiesta en la economía global de una sociedad. Seguiremos su pensamiento en esta parte de la exposición.

En su opinión, el análisis histórico ha demostrado que las variables económicas han tenido mayor peso, por lo menos en Europa, en la determinación de la edad de contraer matrimonio que en las tasas de mortalidad.

En un trabajo publicado al final de la pasada década (Becker,

1988) interpreta la primera de las relaciones citadas en los siguientes términos : «Todo país en el cual los salarios aumentan permite que su población se case a edad más temprana, facilitando, así, periodos de fertilidad más prolongados con mayor producción de hijos (parejas que inician su vida marital más jóvenes) con el consiguiente incremento poblacional. Cuando estos niños llegan a la adultez y aumentan la fuerza laboral, (al constituir mayor oferta de mano de obra) ejercen presión para que los salarios disminuyan (por la ley de la oferta y la demanda) orientando la economía hacia un punto de equilibrio entre los salarios y el número de habitantes»



Si aplicamos esta tesis a nuestro país deberíamos esperar que la edad promedio en que los peruanos contraen matrimonio, en virtud de los bajos salarios existentes y de su mínimo aumento real, debiera tender a

ubicarse más cercanamente a los niveles superiores que inferiores del intervalo etario 20-29. En el gráfico No. 1 podemos apreciar que la edad promedio de matrimonio para el sexo masculino, en el periodo 1983-

1987 fue de 29.9 años a nivel nacional, mayor en orden decreciente en la sierra, selva y costa, respectivamente, siendo en Lima Metropolitana de 29.7 años. Para el sexo femenino, 26.1 años fue el promedio a nivel nacional con una gradiente de disminución, sierra, costa y selva. Para este sexo, en Lima Metropolitana, el promedio fue de 26.4 años. Basado en la misma premisa se puede postular que el fenómeno de la convivencia, tan común en nuestro país como Seguin lo ha descrito en un estimulante libro (Seguin, 1990) además de obedecer a las variables socioculturales que dicho autor plantea, dependería, importantemente, de una económica. En otras palabras, las parejas establecerían vínculo de convivencia, entre otras razones, porque asumir los costos de un matrimonio formal como demanda la sociedad resulta cada vez menos práctico y factible, más aún para una joven pareja con salarios mínimos.

Así, la elección del número de niños que la pareja producirá y la inversión posterior que efectuará en el capital humano que representa cada uno de los hijos, siguiendo el pensamiento Beckeriano, influirá (considerado el conjunto de todas las familias sometidas a la misma situación) en el nivel de salarios del país. Becker postula, de este modo, que la economía global de una sociedad o macroeconomía influye decididamente en la economía familiar (hecho fácil de aceptar) pero, además y circularmente, la conducta económica familiar o

microeconomía tiene, definitiva influencia en el macronivel económico.

2.1.2. RELACION CON LA POBREZA

En el Perú, de los estimados 22 millones de habitantes, el 53.7% vive en condiciones de pobreza crítica (con ingresos que no permiten comprar la canasta básica) y entre éstos, el 21.7% en condiciones de pobreza extrema (con ingresos insuficientes para cubrir el costo de la canasta de alimentos). Podría plantearse, fácilmente, y de hecho los economistas así lo han hecho, que la pobreza representa el problema económico más urgente a resolver en el país.

Desde la perspectiva de la salud mental, consideramos, sin embargo, que la pobreza no es sólo un estado de economía deficitaria, sino, básicamente, consecuencia de un estilo cognoscitivo incompetente de interpretar la realidad y enfrentar la vida. Se puede formular, inclusive, que hay dos tipos de pobreza en nuestra población(*). En el complejo fenómeno de migración interna, (Valdivia, 1970; Matos Mar, 1984) de tan acelerada acentuación en las últimas décadas, muchos de los pobladores, a pesar de haber migrado con escasos recursos educacionales, económicos, de lenguaje, etc, han tenido la capacidad organizativa necesaria para producir estrategias de sobrevivencia y desarrollo; por ejemplo, resolver el problema de vivienda por medio de la invasión

(*) La formulación de este concepto fue precisada por el Sr. Rector de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Dr. Roger Guerra García, en una actividad académica.

de terrenos estatales o privados formando los llamados Asentamientos Humanos. Se sabe, tal como De Soto et al. (1986) han demostrado, que tales grupos humanos, que al inicio se constituyen en manifestación evidente de poblados de escasos recursos (incluyendo ausencia de servicios sanitarios básicos) van gradualmente transformándose, en un promedio de 25 a 30 años, en pequeñas urbanizaciones y, eventualmente, en nuevos y pujantes distritos urbanos. Gran parte de la población que en ellos habita logra alejarse, así, de la pobreza; en realidad, su pobreza nunca fue absoluta, pues su actitud frente a la vida, vale decir, su salud mental, los propulsó hacia el desarrollo. En cambio, el otro tipo, o mejor dicho, el otro estilo cognoscitivo de pobreza, constituye una subcultura diferente. Se trata aquí de una «pobre población» que ha nacido y crecido en una comunidad que ha asimilado el hábito de la pobreza por generaciones. El morador de antiguos barrios capitalinos, tradicionalmente pobres, por ejemplo, constituye un pobre diferente. Puede tener, a veces, mayor nivel de educación formal, pero su actitud frente a la vida es perdedora, desmoralizada y sin ambiciones realistas. Con frecuencia, dependiente y quejoso, muestra poca disposición para el esfuerzo continuado y laborioso en la obtención de logros. Se trata de una población sin esperanzas de un futuro mejor. Así, sus posibilidades de mejorar su nivel económico se reducen. Su salud mental -vale decir, sus mecanismos de afronte- funcionan más como estrategias de

sobrevivencia que de desarrollo. El objetivo del primer grupo es triunfar por esfuerzo propio y desarrollarse; el del segundo, sobrevivir, y «si la suerte lo acompaña», tener dinero. Abonan, así, a lo ya descrito (Jahoda, 1958; Gilmore, 1974; Haan, 1977) que las mayores posibilidades de desarrollo y éxito de un ser humano se basan en una actitud realista frente a la vida y en la ubicación del centro de control y decisión sobre el futuro de su existencia al interior del Yo, mientras que un nivel de menores posibilidades de éxito ocurre cuando el centro o locus de control se ubica externo al Yo.

1.2.3. RELACION CON LA FAMILIA

Respecto a la dinámica familiar, en la defensa de la especie, el amor de padres a hijos constituye una variable de innegable importancia. La explicación biológica la ha interpretado siempre como manifestación de un instinto básico que sigue vicisitudes humanas (Freud, 1948). Desde el análisis económico cabe otra interpretación, su interrelación con la valoración utilitaria que para los padres tiene la presencia de los niños en el hogar. En otras palabras, que el grado de utilidad que los padres asignen a los hijos dependerá del grado de beneficio generado por cada uno de ellos. Así, la variable utilitaria será porcentualmente mayor cuanto menor sea el número de hijos, del mismo modo que un automóvil adicional en una familia reduce el porcentaje de utilidad atribuido a un solo auto. En tales circunstancias, parecería

existir, como promedio, un número máximo de hijos que podría recibir atención y cuidados de óptimo nivel. Cuatro hijos parece ser el máximo, con intervalos de separación de dos años entre ellos (Werner, 1985)

Debe, además, señalarse que, desde la perspectiva económica, en épocas de recesión los niños cuestan y valen menos porque el tiempo que los padres les dedican, en virtud de los bajos salarios, desempleo y otras consecuencias recesivas, tienen, también, menor valor. Y si el grado de utilidad baja, el vínculo afectivo tendería a seguir el mismo derrotero. A ello se agrega que la Economía del Desarrollo ha reconocido que los padres valoran más a los hijos que proveen soporte en su ancianidad (mayor utilidad), y que aquellos guardan expectativas de dependencia total respecto a éstos para su vejez (Perales et al 1985).

Becker (1988) ha señalado que, desde siempre, las necesidades de los viejos, niños, enfermos y desempleados de una sociedad han sido primariamente cubiertos por la familia y sólo secundariamente por el estado y la Seguridad Social. Con ello se merman los recursos económicos de aquella, disminuyendo su capacidad de compra y de inversión en educación de la prole, contribuyendo, inevitablemente, al aumento porcentual de población en condiciones de pobreza.

En consecuencia, y expresado en términos económicos, la estructura del sistema familiar puede descomponerse en dos

subsistemas diferenciados: el de la PEA, miembros de la familia que son económicamente activos; es decir, producen ingresos familiares para cubrir su presupuesto y ahorrar, si ello es posible; y el subsistema No-PEA, miembros de la familia que por su condición de viejos, jubilados, adultos desempleados, enfermos y jóvenes o niños estudiantes, dependen de los primeros, económica y emocionalmente.

2.1.4. RELACION CON CRONICIDAD DE LA ESQUIZOFRENIA

Al respecto, y en torno a la psiquiatría, permítaseme elaborar sobre algunas observaciones clínicas apreciadas en el proceso de recaída y cronicidad de la esquizofrenia, cuando el paciente (No - PEA) es hijo de una familia de modestos recursos. En esta situación, la actitud familiar suele tornarse ambivalente. De amor por un lado y de rechazo expresado con diversos matices, por otro. Con frecuencia, el gasto que representa el mantenimiento del paciente y el costo de su tratamiento generan desacuerdos y roces entre los padres. Inevitablemente, el presupuesto familiar habrá de ser recortado en otros rubros para satisfacer los gastos de atención médica y compra de medicamentos con la consiguiente frustración y generación de hostilidad. A nivel conductual, el problema habrá de traducirse en rechazo encubierto o manifiesto, más frecuente el primero que el último, con influencia negativa en el curso evolutivo de la enfermedad. La inevitable disminución

del soporte social familiar con las consecuencias deletéreas que ya se conocen, cuando esto ocurre, será la regla (Knapp, 1985; McGlashan, 1986).

Si a ello le sumamos el costo creciente de los medicamentos y de la consulta, los gastos de transporte hacia el centro de atención y lo prolongado del tratamiento psiquiátrico, habremos completado los elementos económicos del drama familiar del esquizofrénico. Así, no debe sorprendernos que el proceso terapéutico de estos cuadros, de acuerdo a los actuales conocimientos, tenga su «talón de aquiles» en el seguimiento, en el que suele apreciarse una problemática adherencia terapéutica a las indicaciones médicas. Se facilita, de este modo, la recaída y, eventualmente, la cronicidad, con lo que el problema socio-económico de la familia se agrava y el futuro del paciente se ensombrece. Aportes nacionales al tema del seguimiento han habido varios; remito a los interesados a las contribuciones de Gaviria (1967) Rivera y López (1971) y Guerra (1991).

Si ahora revisamos las hipótesis psicodinámicas de décadas pasadas sobre las características de la «madre esquizofrenógena» (Alanen, 1958) aquella que mostrando su hostilidad ante el paciente «le generaba la enfermedad con su ausencia de amor maternal, rechazo y agresión constantes»; las del «padre esquizofrenógeno» (Lidz et al, 1956), debemos destacar que, desde la vertiente económica, particularmente en familias de bajos ingresos, cabe una visión

diferente. Cuando una madre debe decidir el gasto de sus escasos recursos, sea en apoyar el prolongado tratamiento médico de la enfermedad mental de su hijo o alimentar a su prole sana, sus sentimientos y su triste realidad la torturarán en direcciones contrarias. Su actitud, observada «desde fuera» impresionará como negativa hacia el paciente (agente central del problema). Económicamente interpretada, sin embargo, es congruente plantear como hipótesis, **«que cuanto menor productividad económica tenga el paciente y mayor sea su consumo, su valor utilitario para la familia disminuirá a niveles de conflicto»**. El rechazo que provocará tal dependencia habrá de tornarse manifiesto y la familia, no infrecuentemente, tenderá a excluir al enfermo de su núcleo. Desde esta perspectiva, el costo de los exámenes y tratamientos que prescribe, debiera constituir, para el psiquiatra, importante factor, no sólo de estrategia terapéutica realista sino de ética médica en estos casos. De allí que, en el tratamiento del esquizofrénico, planificar el programa de rehabilitación desde el inicio, es necesidad no sólo científicamente fundada sino humanamente justificada. El objetivo será, más allá de la superación de las secuelas de la enfermedad, disminuir, en lo posible, la dependencia emocional y económica del enfermo promocionando su maduración y autovalimiento. Postulamos que si el paciente se convierte en un miembro productivo, aunque sea en modesto grado para cubrir los gastos de su sostenimiento, la adherencia terapéutica aumentará, el so-

porte social familiar se hará más consistente y el riesgo de recaída y cronicidad disminuirán.

2.1.5. RELACION CON POBLACION

Habíamos señalado que la elección del número de hijos, de acuerdo a Becker, tendría, a la larga, un efecto reductor del nivel general de salarios, el cual, a su vez, reduciría la posibilidad de aumentar los ingresos familiares. Frente a ello, la familia ha desarrollado estrategias de sobrevivencia que paliando unos problemas crean otros. Una muy habitual es que ambos padres trabajen, con lo que se genera la ausencia parental en casa, tan inconveniente en los primeros años de vida del niño. Otra, que el padre, o ambos padres, trabajen en más de una ocupación, con lo que habrá de lograrse más ingresos aunque a riesgo de más fatiga en la pareja y merma de la capacidad de respuesta afectiva y de atención para la prole. En otros casos, la medida se orienta al trabajo de los hijos, primero los mayores y, aún, los menores. Con ello se propicia un aumento modesto de la economía familiar pero se merma el tiempo dedicado al estudio y aumenta el riesgo de su abandono.

Respecto a la economía familiar, sabemos que la actual recesión y el bajo nivel de salarios favorecen la desnutrición de sus miembros, particularmente infantiles. Con ello, a la par del aumento de riesgo sobre la salud general, se producen consecuencias biológicas negativas y

merma de las reservas energéticas necesarias para afrontar con éxito el periodo escolar. Si a lo descrito se suma una pobre estimulación ambiental y menor supervisión del niño en el hogar por ausencia física o psíquica de los padres, particularmente cuando la madre es afectada por un cuadro depresivo o de desmoralización, comprendemos que tal situación habrá de convertirse en una variable importante en la explicación de la deserción escolar. Al respecto, las estadísticas oficiales más actuales señalan que en el periodo 1985-1991, el seguimiento de cohortes estudiantiles de estudios primarios demostraron que de los ingresantes en 1985, habían desertado del sistema escolar el 43.3% en 1991. A ello debe agregarse, como problema, el porcentaje de repitencia que para la misma cohorte, sólo en el primer año de Primaria, cursado entre 1985-1986, llegaba a 22.8%

Si a esta población con serias deficiencias de ajuste y rendimiento escolar le sumamos la cifra calculada de población infantil que no se inscribe en el sistema educativo, particularmente aquella de las zonas rurales de nuestra serranía, y consideramos, además, los afectos de algún grado de retardo mental que para América Latina se calcula entre 4 y 5% (Alarcón, 1986) tendremos que aceptar que el Perú actual está produciendo un contingente humano que, cuando adulto, habrá de luchar en desventaja en un mercado cada vez más competitivo constituyendo una población fácilmente vulnerable y en riesgo de sufrir tipos diversos

de patología social. Y más preocupante, aún, con alta probabilidad de generar hijos que llegarán al mundo en peores condiciones que sus progenitores. El peso de dependencia que esta población ejercerá en todos los que pertenecen a la PEA nacional será, al parecer, cada vez mayor, a menos que podamos hacer algo para revertir el proceso.

Justificados sobre lo expuesto y criticados desde diversos ángulos, especialmente por la Iglesia, los programas de control de natalidad intentan constituirse en una respuesta pragmática. Observemos, así, cómo ha evolucionado la estructura poblacional del país según las proyecciones estimadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Precisemos que los sucesivos censos nacionales han venido informando de un aumento poblacional creciente. Por ejemplo, en 1940, el total de habitantes llegaba a 6'208 000; en 1961, a 9'907 000; en 1972, a 13'538 000; en 1981, a 17'005 000 y en 1992, la estimación señalaba 22'465 000 con una tasa de crecimiento anual del 2.1% lo que significaba un aumento calculado de 1 254 nuevos peruanos cada día.

Como puede apreciarse en el Gráfico No.2 la pirámide poblacional obtenida en 1980, muestra una reducción de su amplitud basal, correspondiente a la población infantil, y un discreto aumento de su vértice, correspondiente a su población vieja comparada con la estimación poblacional para 1992.

Aunque a la espera del nuevo Censo de Población y Vivienda a realizarse el próximo año, los cambios señalados a nivel nacional reciben apoyo factual de estudios ejecutados en pequeñas muestras. En un reciente censo poblacional efectuado por Perales et al (1992) en una urbanización urbano-marginal de 3 492 habitantes, hemos podido constatar las tendencias señaladas. En él, encontramos que el grupo etario de 65 años a más correspondió al 5.4% del total que, comparado con el porcentaje para el mismo grupo etario, señalado para Lima Metropolitana en el Censo de 1981(3.6%) mostraba un claro incremento.

2.1.6. RELACION CON SALUD MENTAL

Manfred Maxnet, Premio Nobel de Economía, plantea que la Política y la Salud están muy unidas en el desarrollo de la sociedad. Para nosotros, como ya lo hemos señalado, en el concepto general de salud la dimensión de salud mental es esencial. El Hombre, sin salud mental no es Hombre cabal. Sin embargo, un examen realista evidencia que la salud mental como concepto tiene escasa penetrancia social. Resulta, pues, indispensable aumentarla, haciéndola ingresar, especialmente, a los niveles de decisión política que en última instancia lo son también de decisión económica. Urge humanizar o socializar la economía. Los planes económicos deben integrarse a planes y programas de apoyo y de desarrollo social. **No puede haber desarrollo en un país si no hay cambio de mentalidad hacia el desarrollo de**

Gráfico No. 2

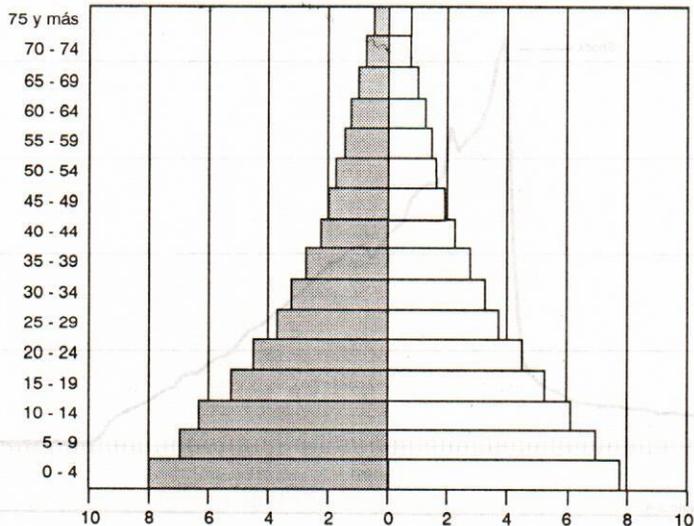
Pirámides de la población total

(Por sexo y edad)

Porcentaje

1980

■ Hombres □ Mujeres



1982

■ Hombres □ Mujeres

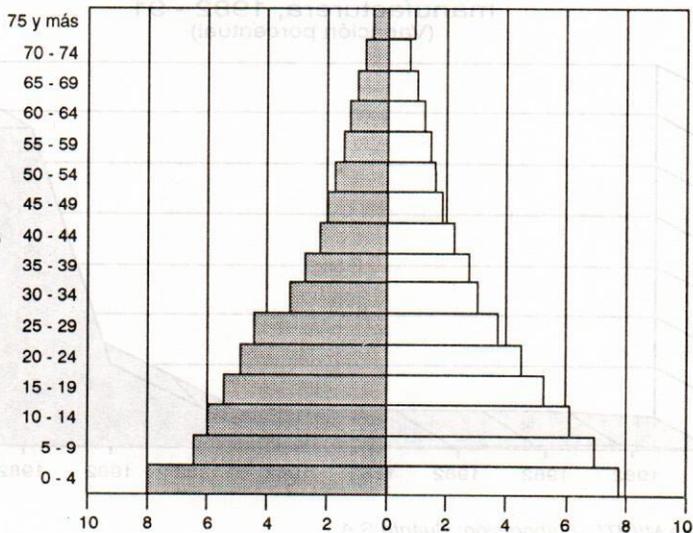


Gráfico No. 3

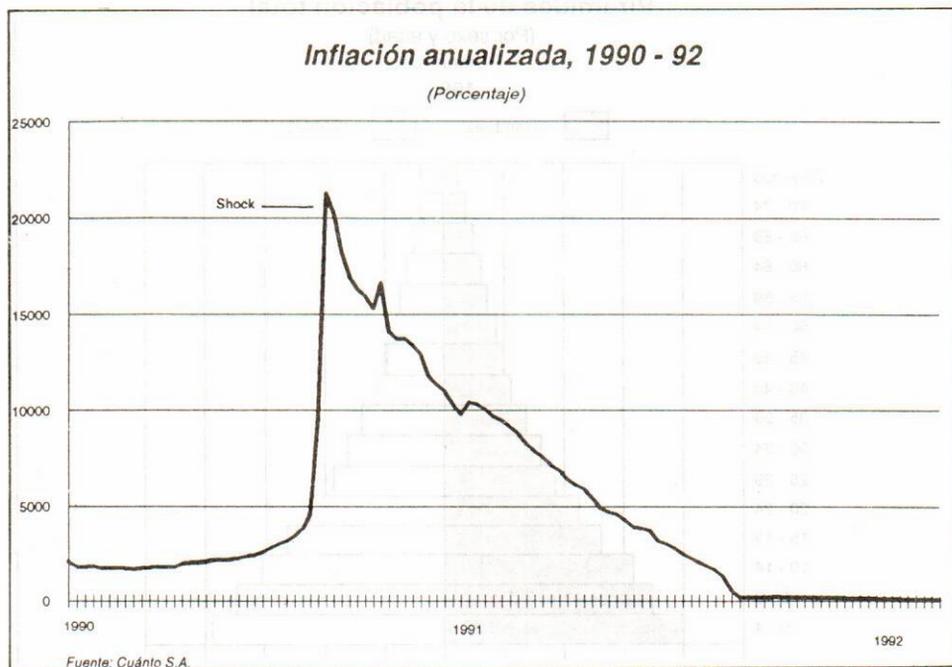


Gráfico No. 4

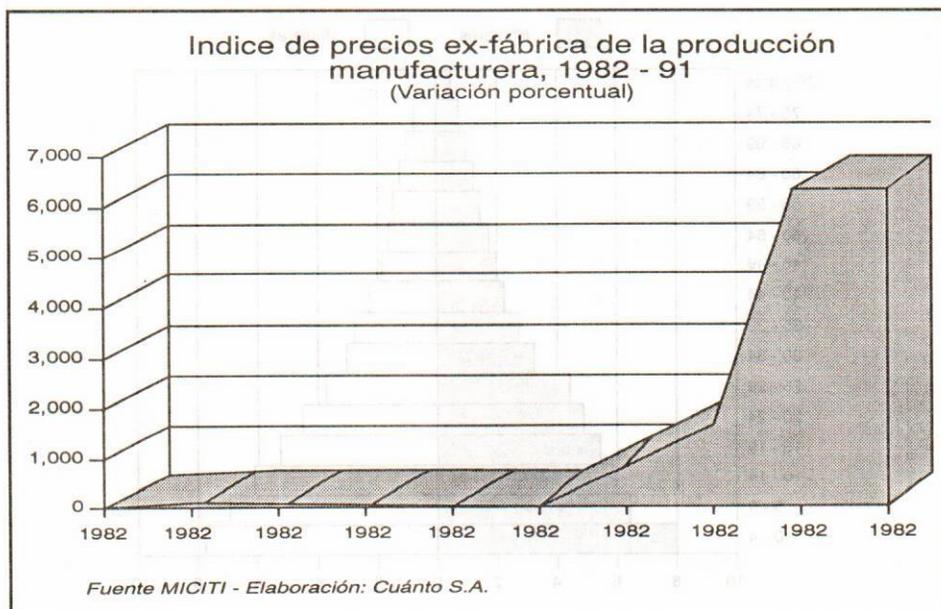


Gráfico No. 5

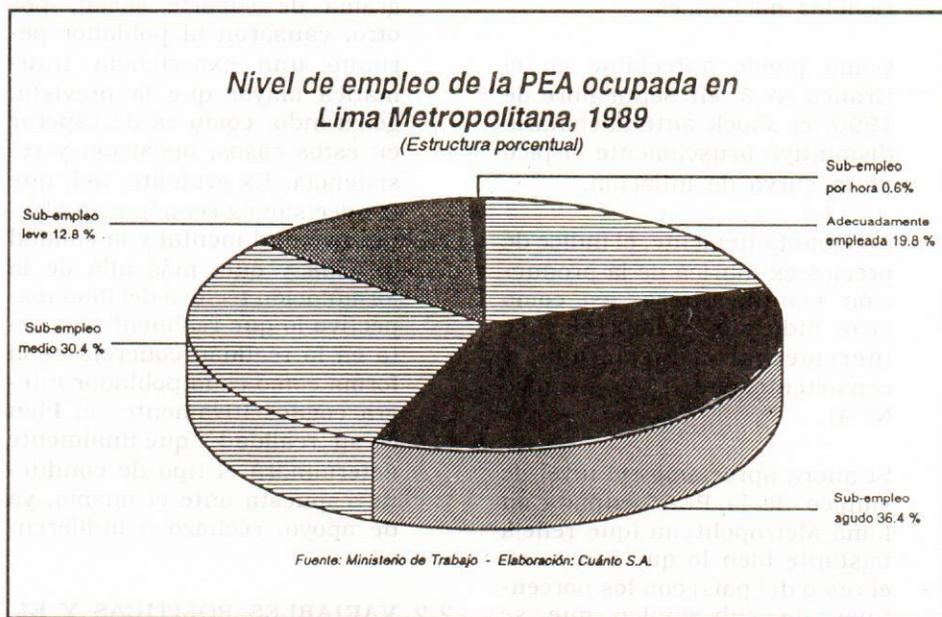
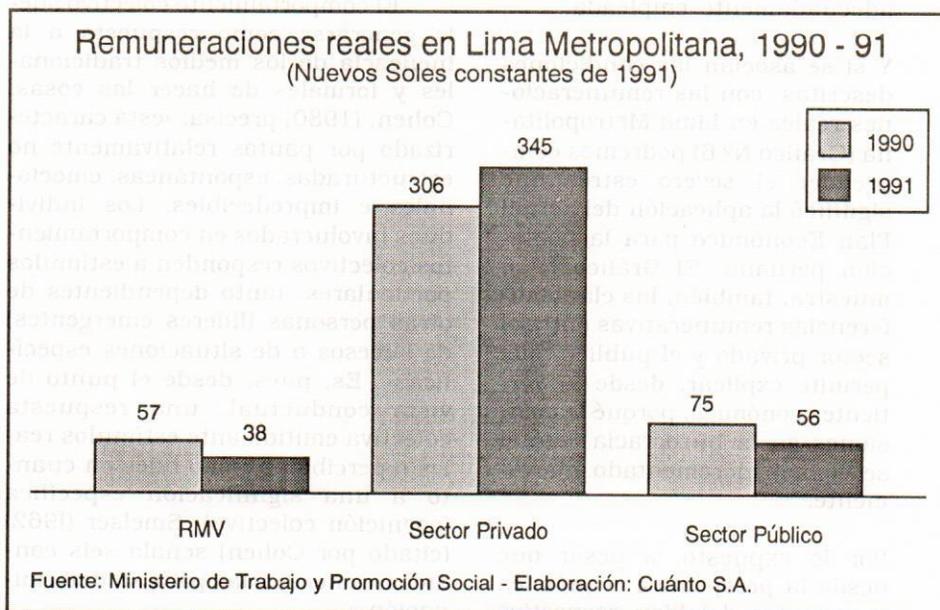


Gráfico No. 6



su población. Y éste no ha ocurrido en el nuestro por razones diversas. Revisemos, al respecto, nuestras recientes experiencias nacionales.

Como puede apreciarse en el Gráfico Nº 3, en Septiembre de 1990, el shock antinflacionario disminuyó bruscamente el pico de la curva de inflación.

Concomitantemente, el índice de precios ex-fábrica de la producción manufacturera, así como otros indicadores de precios, se incrementaron acelerada y consistentemente (Ver Gráfico Nº 4).

Si ahora apreciamos el nivel de empleo de la PEA ocupada en Lima Metropolitana (que refleja bastante bien lo que ocurre en el resto del país) con los porcentajes de sub-empleo que se muestran en el Gráfico Nº 5, veremos que sólo una quinta parte de dicha población está adecuadamente empleada.

Y si se asocian las condiciones descritas con las remuneraciones reales en Lima Metropolitana (Gráfico Nº 6) podremos comprender el severo estrés que significó la aplicación del actual Plan Económico para la población peruana. El Gráfico Nº 6 muestra, también, las claras diferencias remunerativas entre el sector privado y el público, que permite explicar, desde la vertiente económica, porqué las tensiones en la burocracia estatal se vienen incrementado nuevamente.

Por lo expuesto, a pesar que desde la perspectiva económica los ajustes del Plan respectivo

eran imprescindibles, el no considerar la variable salud mental en la decisión por un lado, y el retardo en asociarlo a un programa de soporte social, por otro, causaron al poblador peruano una experiencia traumática mayor que la prevista, generando, como es de esperar en estos casos, oposición y resistencia. Es evidente, así, que las decisiones económicas afectan la salud mental y la calidad de vida y que, más allá de la formulación técnica del Plan respectivo lo que realmente importa en la realidad concreta es la forma como cada poblador integra cognoscitivamente el Plan en su realidad, que finalmente determinará el tipo de conducta-respuesta ante el mismo, ya de apoyo, rechazo o indiferencia.

2.2. VARIABLES POLITICAS Y EL SINDROME DE DESCONFIANZA APRENDIDA

El comportamiento colectivo suele generarse como respuesta a la ineficacia de los medios tradicionales y formales de hacer las cosas. Cohen, (1980) precisa: «está caracterizado por pautas relativamente no estructuradas, espontáneas, emocionales e impredecibles. Los individuos involucrados en comportamientos colectivos responden a estímulos particulares, tanto dependientes de otras personas (líderes emergentes) de sucesos o de situaciones específicas» Es, pues, desde el punto de vista conductual, una respuesta colectiva emitida ante estímulos reales o percibidos como tales en cuanto a una significación específica (cognición colectiva). Smelser (1962) (citado por Cohen) señala seis condiciones necesarias para su determinación :

- a. **Conductividad estructural**, la estructura de la sociedad debe ser de tal naturaleza que permita su emergencia.
- b. **Tensión estructural**, cuando la sociedad soporta una tensión generalizada, la colectividad tiende a unir esfuerzos para encontrar una solución aceptable a tal situación.
- c. **Creencia generalizada**, se establece un consenso previo sobre la identificación y significación del problema que genera las correspondientes opiniones y actitudes generalizadas ante él.
- d. **Factores catalizadores**, uno o varios acontecimientos significativos potencializan la reacción. Con frecuencia, el rumor y la comunicación colectiva van dando forma a la creencia generalizada y a la reacción consecuente.
- e. **Movilización para la acción**, la colectividad se organiza para la acción aunque generalmente lo hace en forma poco estructurada y laxamente.
- f. **Operación de control social**, la sociedad, como respuesta ante el comportamiento colectivo, pondrá en juego sus mecanismos de control social, ya sea a través de sus niveles formales: estado, policía, prensa; o por la respuesta del resto de la colectividad que no asumió el comportamiento generado.

Como precisa Smelser, factor de promoción importante en este tipo de comportamiento suele ser el rumor, que es un mensaje transmitido ampliamente aunque no sustentado fácticamente, apoyándose, además,

en el contagio social emocional. En nuestra experiencia, este tipo de patología de la comunicación puede ser factor muy nocivo en las instituciones de salud (Perales, 1983).

Augusto Comte, creador de la sociología, precisó el concepto de alienación social y postuló que la desorganización de la personalidad conducía a la desorganización de la sociedad. Emile Durkheim introdujo el concepto de anomia, definiéndola como un estado de anormalidad o desarraigo resultante de la incompatibilidad que surge entre las expectativas culturales y las realidades sociales. Lo unitario entre las posiciones de ambos investigadores, desde el punto de vista de la salud mental, es que el comportamiento humano se orienta siempre a la satisfacción de necesidades el que, en virtud de la adaptación social, se conforma a pautas colectivas de mutuo entendimiento que toman el carácter de costumbres o, en su forma más normativa, de leyes. El individuo, espera así, de su sociedad, las condiciones fundamentales para satisfacer sus necesidades. La solidaridad, resulta de este modo, un elemento natural que cohesionaba a los grupos humanos en torno a objetivos comunes de mutuo beneficio. No puede haber solidaridad real sin confianza mutua. Cuando se producen condiciones sociales que no permiten al ser humano afirmarse como miembro de un grupo en virtud de la participación de sus objetivos y metas; cuando el ser humano aprecia que las proposiciones o instrumentos sociales explícitos difieren de lo observado y vivido en la realidad de los hechos, la conducta humana se altera y se aparta de lo usual tomando variados matices de respuesta. Como señala Merton (1957) los individuos aprenden a identificar las metas cultu-

ralmente significativas y, a la vez, los medios culturalmente aceptados para su obtención. Cuando ésto no ocurre los individuos buscan nuevas alternativas; el comportamiento por el cual opten puede devenir en una desviación social. Merton enumera, así, cuatro tipos de conducta desviada (de la norma social): de innovación (cuando la gente acepta las metas culturales pero rechaza los medios culturalmente aceptados); de ritualismo (cuando se aceptan los medios pero se rechazan las metas); de retraimiento (cuando se rechazan las metas y los medios propuestos); y de rebelión (cuando, además de rechazar a ambos se instauran otros nuevos en su reemplazo).

En el Perú de hoy, especialmente en las grandes ciudades como Lima Metropolitana, se aprecia un comportamiento colectivo que ha devenido en un estilo normal (estadísticamente hablando) de relación social. Implica un tipo de respuesta colectiva que puede interpretarse como una nueva modalidad o como la exageración de un rasgo presente pero hasta hace poco no dominante, **la desconfianza generalizada**. La gente actúa como si fuera necesario estar prevenido y en guardia ante un posible engaño. Esto suele manifestarse con mayor claridad ante las figuras de autoridad laboral como con representantes sociales de todo orden. En el área industrial se asiste a un patrón muy extendido por el cual las fuerzas laborales básicas, por un lado y el nivel gerencial por otro, se perciben como enemigos y no como socios ante un objetivo común. El argumento que ello es la lógica consecuencia de la explotación de los primeros sobre los segundos, no resulta muy consistente ante la experiencia de las instituciones hospitalarias estatales (en las cuales no

existe patronazgo real) que demuestra que el factor de desconfianza tiene, además, otras variables en su génesis. La palabra de la autoridad tiende, a priori, a ser puesta en duda. Suele ser percibida como falsa y con intenciones diferentes al mensaje verbal explícito, prejuiciado engaño del cual el trabajador parece protegerse. El peso en contra del desarrollo institucional que genera esta **desconfianza aprendida**, es transmitida como parte de la cultura laboral y colectiva, constituyéndose en problema grave en nuestro país pues destruye la posibilidad de esfuerzos colectivos mayores en busca de objetivos institucionales y nacionales comunes. Así, todos perdemos. La actitud de desconfianza, muy vinculada a la patología de la comunicación social de la mentira que altera profundamente la credibilidad de los mensajes, en tanto problema generalizado, merma toda posibilidad de acción social y fuerza de conjunto, de solidaridad orgánica, como planteó Durkheim en el siglo pasado, afectando negativamente el desarrollo del hombre peruano a nivel personal, familiar, social y nacional. Sobre ello ha incidido, en gran medida, el negativo ejemplo de conducta de muchos líderes y de una prensa no siempre veraz. Recordemos que hubo una época en la que el uso de la mentira fue ingrediente del lenguaje oficial del Perú.

En tal sentido, y tal como precisa Bandura (1969) en su concepto de aprendizaje social, el peruano de hoy no es que carezca de modelos de conducta a seguir; los ha tenido a manos llenas, aunque, con frecuencia conducentes al desacuerdo con las normas sociales, habiendo recibido, durante muchas décadas, un mensaje oficial de promesa demagógica consistente en que el Estado le resolvería todos sus problemas;

asi se estimuló su dependencia estatal y se frenó su impulso al desarrollo personal. En realidad, el poblador peruano aprendió bien la lección; por lo mismo, ahora reclama el cumplimiento de lo prometido. La necesidad de un cambio cognoscitivo fundamental en la mente del peruano no ha recibido suficiente atención. El peruano tiene que aprender que él será su principal sustento de desarrollo y progreso y que el estado sólo podrá ayudarlo en tal proceso.

Para que esta colaboración pueda darse (Estado-Individuo) debe, en primer lugar, lograrse que aquél, como autoridad nacional deje de ser percibido como engañador y enemigo. En otras palabras, asegurar el cambio cognoscitivo para vencer la desconfianza generalizada es fundamental para lograr el desarrollo del país. Pero ¿Cómo hacerlo si existen instituciones tutelares de la sociedad que diariamente hacen noticia con la demostración de actos corruptos que impiden, por lógica, creer? He ahí un problema clave de salud mental nacional dependiente del modo de percibir la realidad incluyendo «las intenciones del otro». Tal problema sólo podrá superarse si nos unimos sobre la base de una credibilidad mutua. Toca a los responsables de la salud mental del país iniciar el debate sobre el mismo trayéndolo como tema fundamental a la conciencia de todos los peruanos.

Por otro lado, nada podrían hacer los profesionales de salud mental de escotomizar un importante agente que muchas veces suele demostrar artes de verdadero adivino; un profesional cuyo arte es «hacer creer a la gente»...**el Político**. La necesidad de un acercamiento de trabajo conjunto entre políticos y profesionales de la salud mental es perentoria. Las decisiones que ellos suelen tomar tienen efectos

decisivos en la marcha de la sociedad. No pueden ser hechas en base, tan sólo, al «olfato político» ni a la participación exclusiva de ciertos asesores de confianza. Los profesionales de cada área deben proveerles de información relevante y de datos duros para una toma de decisiones más ajustadas a la realidad. Tales datos sólo pueden ser producidos por la investigación pertinente que debe, en consecuencia, recibir el apoyo estatal correspondiente. De otro modo, las autoridades del país asumen el riesgo de decidir sobre supuestos con el peligro que implica para la inversión del estado que busca efectos reproductivos en lo económico y en lo social.

2.3. VARIABLES CULTURALES

2.3.1. SALUD MENTAL y CULTURA

Corin et al (1991) precisan que la epidemiología toma como unidad central de análisis a la persona (enfermedad y caso); y, por medio del método de muestreo reconstituye las características de la población bajo estudio. La Antropología, por su lado, procede de manera inversa. En principio, considera a la comunidad como la unidad central de análisis, interesándose por la forma como su contexto socio-cultural contribuye a formar las percepciones, valores y comportamientos de las personas que la integran. El proceder antropológico se inscribe, de este modo, en el universo de las representaciones colectivas prevalentes en la comunidad

La cultura puede ser, así, definida como: « la suma total de los rasgos de comportamiento y de las características creencias

aprendidas, incluyendo la ciencia y la tecnología, de los miembros de una sociedad particular». Ciencia y tecnología son, pues, no sólo cultura sino, también, civilización. Todo ello se transmite de una generación a otra, formal e informalmente.

La comunicación simbólica, que diferencia a los seres humanos de los animales inferiores, facilita la transmisión y adquisición de la cultura (experiencia colectiva). Sin ella el hombre no hubiera podido sobrevivir como especie.

Así, desde un punto de vista práctico, toda sociedad e inclusive la humanidad entera, representa un ejército de «hombres investigadores» con dos objetivos comunes : sobrevivir y desarrollarse. Los millones de seres humanos y sociedades que existieron antes que nosotros, ensayaron múltiples formas de obtención de tales objetivos. Frente a los diversos obstáculos, muchos fracasaron y perecieron, otros lograron parciales triunfos, otros tuvieron más éxito y, además de sobrevivir continuaron su desarrollo. Toda la experiencia así acumulada, consolidada en lenguaje escrito, verbal anecdótico o simplemente en hábitos o costumbres, ha sido continuamente transferida a las generaciones posteriores proveyéndolas de las soluciones más adecuadas para el manejo de problemas. De este modo, el ahorro de energías y recursos derivados de la validez del conocimiento obtenido, ha permitido la orientación de esfuerzos a nuevas áreas de indagación. Bajo esta tesis, el ser humano puede ser definido como un perpetuo investigador de solución de problemas.

Desde la perspectiva de la salud mental, el hecho importante a considerar, en virtud de lo expuesto al comienzo del presente trabajo, es que estos patrones fundamentales de percepción y significación de la realidad, así como los mecanismos de afronte y estrategias de solución de problemas que tipifican los estilos de vida, son aprendidos durante toda la existencia, aunque en sus aspectos básicos en los primeros cinco años de vida. En esta línea de pensamiento, la salud mental resulta, en último análisis, cultura asimilada en el contexto socio-familiar donde el sujeto se desarrolla.

Como tal, la salud mental es susceptible de ser modificada y transferida, y de hecho lo es por la educación, no sólo formal que se imparte en escuelas y universidades, sino, por la informal, que se da en el núcleo familiar y en la «universidad de la calle».

2.3.2. SALUD MENTAL Y EDUCACION.

Desde que la Salud Mental corresponde a una actitud mental que, en términos científicos puede denominarse conducta mental, ingresamos al gran capítulo de la conducta humana. Como tal, si bien ésta apoya sus bases en el substrato biológico del hombre, especialmente en el funcionamiento del sistema nervioso y, en particular, del cerebro, el gran porcentaje restante de la organización de la conducta depende del proceso de aprendizaje al que es sometido el individuo a partir de su nacimiento y a lo largo de su trán-

sito existencial.

Se infiere de ello que los peruanos se comportan tal y conforme han sido enseñados a comportarse. Si actúan, en su gran mayoría, subdesarrolladamente, es porque sus esquemas mentales, adquiridos por aprendizaje (repertorios de afronte o coping styles) han sido, también, subdesarrollados. He aquí la gran importancia que asume la investigación en salud mental. Precisar científicamente qué factores interfieren y cuáles facilitan la adquisición de actitudes mentales subdesarrolladas constituye el primer paso para el diseño de estrategias de intervención en este álgido campo. Debe recordarse que, de acuerdo a expertos como Sarason (1978), los patrones básicos de la personalidad y por lo tanto del comportamiento, se adquieren entre los 0 y 5 años, aunque la influencia del medio continúa durante toda la vida. El ambiente familiar y la educación formal e informal surgen, así, como los mayores modeladores de la conducta básica del futuro ciudadano.

En síntesis, puede postularse que la Salud Mental es susceptible de ser «enseñada», es decir, transmitida de un ser humano a otro por el proceso de transferencia cultural. Por lo mismo, pasible de transferencia más sistemática por medio de metodologías educativas específicas. En esta corriente de indagación surge, como absoluta y urgente necesidad para el país, la vinculación efectiva entre los Sectores Salud y Educación.

Cuando los niveles de decisión

política comprendan el enorme valor que para el desarrollo del país tiene la investigación en salud mental, habrán recapturado, al mismo tiempo, el verdadero significado del concepto de salud como inversión y potencial económico de un pueblo para la conquista de su futuro.

Al respecto, el fracaso de nuestro sistema educativo obliga a una seria reflexión. Con cierta frecuencia, los Programas Educativos Nacionales suelen variar en cortos plazos por el cambio de autoridades políticas; así, los peruanos están siempre empezando experiencias; peor aún, rompiendo el ciclo evolutivo del desarrollo natural que se nutre de la experiencia analizada y subsecuentemente mejorada. Más valdría tener un Programa de regular calidad pero susceptible de gradual perfeccionamiento que cambiar continuamente por Planes, teóricamente mejores pero sin posibilidad de evaluación, pues, según opinión experta, tal proceso, para ser adecuado, sólo puede hacerse a largo plazo.

Como lógica consecuencia, pues persiguen complementarios fines, el Programa Nacional de Educación debiera vincularse íntimamente al Plan Nacional de Salud Mental, con participación e intercambio nutriente entre los profesionales de ambas áreas. Con tal criterio, el aludido Programa debiera tener como principal objetivo la promoción y desarrollo de la salud mental del ciudadano peruano orientada a la adquisición de hábitos positivos, estilos de vida saludables y mecanismos de afronte (coping mechanisms) ganadores para lograr su desarrollo personal y colectivo y poder, así, contribuir al desarrollo del país.

3. ROL DEL PSIQUIATRA PERUANO. ¿ QUE HACER ?

Hasta donde he podido revisar el tema, que por lo expuesto supera cualquier posibilidad de esfuerzo individual, no conozco soluciones integrales al problema de salud mental en ningún país del mundo. Es más, en muchos países se sigue cometiendo el crónico error conceptual de considerarla como sinónimo de psiquiatría. Un aspecto me parece indiscutible: su atención, en la dimensión conceptual que le hemos señalado, es tarea prioritaria para el desarrollo de los pueblos y, además, urgente en los países del tercer mundo abatidos por la pobreza. Por ello, la necesidad de incluir las variables propuestas en su análisis y manejo.

Obsequiémosle riqueza económica sin que nada le cueste a **un hombre pobre** y haremos de él **un pobre hombre**. Adiestrémoslo a explotar su salud mental estimulando su tendencia al desarrollo y haremos de él **un hombre rico**, no necesariamente en el plano económico exclusivo sino en el pleno y cabal de su humanidad.

La tarea que se le presenta, así, al psiquiatra peruano, es enorme; y ante ella tendrá que decidir una posición de principio, aunque, por algún tiempo, ésta será más personal que corporativa. El problema, si se decide por la salud mental, no le resultará sencillo; tendrá que utilizar metodologías diferentes y actuar en escenarios distintos, compartiendo autoridad y responsabilidades, es decir, modalidades de acción que no les son habituales. Remitimos al lector interesado a un artículo en el cual se hace una elaboración mayor sobre este tema (Perales, 1989). En todo caso, si se arriesga a tomar el problema como propio, deberá gestar acciones innovativas con la finalidad de

vencer obstáculos no siempre rigurosamente científicos. Esbozaré los más visibles, aunque muchos otros tendrán que añadirse a la lista.

- a. Precisar y difundir la diferencia conceptual existente entre psiquiatría y salud mental (ya explicada) con el propósito de, a la par de penetrar en los niveles de decisión política que asignan los recursos, lograr que la población tome conciencia de su importancia a fin de promover su participación en los programas de salud mental, pues, sin su ayuda directa, no hay intervención que garantice resultados.
- b. Producir un modelo conceptual integrador (probablemente basado en la teoría de sistemas) que permita reordenar las complejas variables en juego y facilite el análisis de los problemas de salud mental.
- c. Incentivar la investigación en esta área, pues, problemas como los ya citados (subdesarrollo, corrupción generalizada y violencia) por señalar, tan sólo, los que más afectan a nuestro país, no pueden ni deben ser manejados desde la exclusiva perspectiva político-económica. Urge, por ello, contribuir con datos duros que sólo la investigación científica puede generar. En tal enfoque, me parece indispensable el estudio de los estilos cognoscitivos y mecanismos de afronte (coping styles) del hombre peruano. Comprender qué lo trava en sus esfuerzos de desarrollo, es fundamental para diseñar las estrategias necesarias de ayuda que, no me cabe la menor duda, tendrán que darse en el plano de la educación, tanto formal como familiar y de comunicación social.

- d. Crear la especialidad profesional de salud mental, así como creemos necesaria, con Neumann y Voss (1989), la especialidad de salud, pues, aunque el psiquiatra sea el profesional con adiestramiento más completo para asumir esta responsabilidad, deberá capacitarse para dirigir grupos multidisciplinarios en estrecha coordinación con la comunidad. Aún así, su liderazgo deberá ser flexible y compartido y, en algunos casos, delegado a otros profesionales.
- e. Realizar investigaciones de interfase, pues poco se ha estudiado la dinámica relacional entre las diversas disciplinas. La interfase existente entre las profesiones que se vinculan a la salud mental (las más comprometidas son psiquiatría, psicología, servicio social, tecnología médica y enfermería, aunque hay muchas otras que devienen necesarias) constituye zona de tensión en la que, a la par que se establecen los puntos de contacto centrípeto entre dos disciplinas afloran las tensiones centrífugas de interferencia. No es ningún secreto que las relaciones interprofesionales y, aún, intraprofesionales, cursan, no infrecuentemente, en nivel de conflicto. Esto merma la función grupal, indispensable para el abordaje al problema que nos ocupa. Es mi impresión que en estos conflictos la variable económica juega un rol importante.

PALABRAS FINALES.

A pesar de todo lo expuesto, y del rigor analítico que quisiéramos otorgarle al problema planteado, las metodologías y enfoques científicos tienen un límite en lo que se refiere a salud mental. Reiteramos que, en el fondo, el tema corresponde al nivel que más distingue al hombre de las otras especies de la escala zoológica. Hay, además, una variable importante que no hemos incluido, aunque su influencia puede ser decisiva: la dimensión espiritual. Esta, aún no integrada en los análisis clínico-psiquiátricos, lo es, mucho menos, en la problemática que nos ocupa. Mucho tendríamos que discutir al respecto pero no es mi propósito tratarla en esta comunicación.

Finalmente, señalaremos que si el psiquiatra peruano y los profesionales vinculados a la salud mental aspiran a tener alguna posibilidad de éxito en la tarea, tendrán que conducir su acción por dos avenidas fundamentales :

- a. Priorizar los objetivos comunes (que atañen a toda la población peruana) antes que los individuales, en una filosofía que no podrá resumirse en la pregunta: ¿Qué es más conveniente para mí? sino en: ¿Qué es más conveniente para todos? y,
- b. Unir las voluntades y los corazones para lograrlos.

Muchas gracias.

REFERENCIAS.

- ALANEN Y.O. (1958) The mother of Schizophrenic patients. *Acta Psychiatr. Scand.* (Supple) 124: 1
- ALARCON R. (1986) Salud Mental en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 101, (6):567-592.
- BANDURA A. (1969) Principles of behavior modification. Holt, Rinchart and Winston, Inc. New York.
- BECKER G S. (1988) Family Economics and Macro Behavior. *The American Economic Review*. Vol.78 (1):1-12
- BROOM L & SELZNICK P. (1963) *Sociology*. Third Edition. Harper & Row Publishers Incorporated. New York.
- CORIN E; BIBEAU G; MARTIN J A & LAPLANTE R.(1990) *comprendre pour soigner autrement*. Les Presses de l'Université de Montréal. Montréal.
- COHEN B J. (1980) *Teoría y problemas de Introducción a la Sociología*. Editorial McGraw-Hill Latinoamericana, S.A. Bogotá.
- COMTE A. (1961) Society and Government. En T.Parsons; E.Shils; K.D.Naegele & J.R.Pitts (Eds) *Theory of Society*. Foundations of Modern Sociological Theory. Vol.1: 125-136.
- DE SOTO H; GHERSI E & GHIBELLINI M. (1986) *El otro sendero*. 1ra.edición. Instituto Libertad y Democracia. Lima.
- DURKHEIM E. (1961) On Mechanical and Organic Solidarity. En T. Parsons; E.Shils; K.D.Naegele & J.R.Pitts (Eds) *Theory of Society*. Foundations of Modern Sociological Theory. Vol.1: 208-213.
- DURKHEIM E. (1961) Organic Solidarity and Contract. En T.Parsons; E.Shils; K.D.Naegele & J.R.Pitts (Eds) *Theory of Society*. Foundations of Modern Sociological Theory. Vol.1: 436-443.
- EY H; BERNARD P & BRISSET CH. (1967) *Manuel de Psychiatrie*. Troisième édition. Masson et Cie. Editeurs. París.
- FREUD S.(1948) *Obras Completas*. Volúmenes I y II. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid.
- GAVIRIA M. (1967) Seguimiento de una Cohorte de pacientes Esquizofrénicos, en el Hospital Centro de Salud Hermilio Valdizán . *Revista de Ciencias Psicológicas y Neurológicas* 4:340-365
- GILMORE J V. (1974) *The Productive Personality*. Albion Publishing. San Francisco.
- GUERRA. M. (1991) Hospitalización Breve. Resultados Preliminares de un año de Seguimiento de Pacientes Esquizofrénicos Crónicos Reagudizados Atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital «Victor Larco Herrera». *Anales de Salud Mental*, VII, Nº 1 y 2: 75-87.
- HAAN N. (1977) *Coping and Defending*. Academic Press. New York.
- Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi" (HAYASHI S; PERALES A; SOGI C; WARTHON D; LLANOS R & NOVARA J.) (1985) Prevalencia de Vida de Transtornos Mentales en Independencia (Lima-Perú) *Anales de Salud Mental*. Vol. I. Nos. 1 y 2: 206-222
- JAHODA M. (1958) *Current Concepts of Positive Mental Health*. Basic Books. New York.

- KNAPP P H. (1985) Current Theoretical Concepts in Psychosomatic Medicine. Ch. 25.2. En H.I.Kaplan y B.J.Sadock. Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV. Vol. 2. Fourth Edition. Williams & Wilkins. Baltimore.
- LIDZ R W; PARKER B & COANELISON A R. (1956) «The role of the Father in the Family Environment of the Schizophrenic Patient» Am. J Psychiatry 113: 126
- MATOS MAR J. (1984) Desborde Popular y Crisis del Estado. Perú Problema 21. Instituto de Estudios Peruanos. Lima.
- McGLASHAN T H. (1986) Schizophrenia: Psychosocial Treatments and the Role of Psychosocial Factors in its Etiology and Pathogenesis. En Schizophrenia. Section I. American Psychiatric Association Annual Review. Vol 5. Edited by A.J.Frances & R E Hales. American Psychiatric Press Inc. Washington.
- MERTON R K. (1957) *Social Theory and Social Structure*. The Free Press. Glencoe.
- MINOBE K; PERALES A. SOGI C; WARTHON D; LLANOS R & SATO T. (1990) Prevalencia de Vida de Transtornos Mentales en Independencia (Lima-Perú) Anales de Salud Mental, Vol. VI, Nos. 1 y 2: 9-20
- NEUMANN J & VOSS F. (1989) The Involvement of Psychiatry in Promoting Mental Health. Trabajo presentado al VIII Congreso Mundial de Psiquiatría. Atenas.
- PERALES A. (1983) Problemas de comunicación en el equipo psiquiátrico. Revista de la Sanidad de las Fuerzas Policiales. 44 (1): 1-8 .
- PERALES A; TEJADA K; VILLANUEVA M & HAYASHI S.(1985) Relación Madre-Hijo en un Distrito Urbano-Marginal de Lima. Estudio Piloto Anales de Salud Mental I, Nos. 1 y 2: 50-68
- PERALES A; TEJADA K & MONTOYA A (1988a) Salud Mental y Desarrollo Humano: Marco conceptual. En Salud Mental y Desarrollo Humano en el Perú: Puno. pp 60a, 60b y 60c. Ministerio de la Presidencia. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Servicio de Copias. S.A. Lima
- PERALES A. (1988b) Salud Mental y Desarrollo. Anales de Salud Mental, Vol. IV, Nos. 1 y 2: 125-134
- PERALES A. (1989) Concepto de Salud Mental: La Experiencia Peruana. Anales de Salud Mental. Vol. V, Nos. 1 y 2: 103-110
- PERALES A; SOGI C; MONTOYA A; MORMONTOY W & DIAZ N.(1992) Censo de Población y Vivienda de la Urbanización Popular «Los Angeles» (Rimac, Marzo de 1992). Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi».Lima. (Impreso).
- PEREZ-LAGUNAS E R & DIAZ-GUERRE-RO R. (1992) Las premisas histórico-socioculturales y la salud mental. Salud Mental V. 15. (2): 6-13.
- RIVERA N & MANGUIN L C. (1971) Seguimiento y Continuidad de la asistencia y rehabilitación del paciente esquizofrénico en la comunidad. Anales del Segundo Congreso Nacional de Psiquiatría. Asociación Psiquiátrica Peruana. pp. 254-259. Lima.
- SARASON I G. (1978) *Personalidad, un enfoque objetivo*. Editorial Limusa. México.
- SEGUIN C A. (1990) Convivencia, un estudio de la realidad peruana. CONCYTEC. Lima.
- SOLOMON P. (1979) Manual de Psiquiatría. Lit. Maico. Mexico D.F.
- VALDIVIA PONCE O (1970) Migración Interna a la Metrópoli. Contraste cultural, conflicto y desadaptación U.N.M.S.M. Lima.
- WERNER E E. (1985) Stress and Protective Factors in Children's Lives. Capítulo 14, en A.R.Nicol (Ed) Longitudinal Studies in Child Psychology and Psychiatry. John Wiley and Sons.Ltd. N.Y.