

EL PROBLEMA DE LAS DEFINICIONES EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL¹

DEFINICIONES APLICABLES EN ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS

Dres. José Horwitz² y Juan Marconi³

"Enormous amounts of time and energy are required to increase the objectivity of most of the concepts which are of interest to psychiatry. This makes research in psychiatry in many ways much more difficult and demanding than in those areas of medicine chiefly dependent upon concepts measurable with the techniques of the biological and physical sciences."
(1)

En el Segundo Seminario Latinoamericano de Salud Mental, patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud y realizado en Buenos Aires en septiembre de 1963, nos referimos al problema del epígrafe, señalando su importancia fundamental para desarrollar una epidemiología de los desórdenes mentales científicamente aceptable, así como su valor para mejorar la comprensión de los términos psiquiátricos y facilitar la comunicación entre los especialistas. Tratamos sobre los vicios en la conceptualización de los términos usados en psiquiatría y, como corolario, sobre la dificultad para establecer una clasificación uniforme de los desórdenes mentales. Sostuvimos que tal clasificación permitiría una sistematización de esta ciencia, la descripción de los fenómenos psicopatológicos y la formulación de hipótesis verificables mediante los diferentes caminos que sigue la investigación: clínico epidemiológico y experimental (2).

¹ Documento de trabajo presentado en la Reunión sobre la Epidemiología de los Trastornos Mentales en América Latina, celebrada en Washington, D. C., del 29 de marzo al 3 de abril de 1965. La investigación de que se da cuenta fue realizada con ayuda de la subvención número DA-ARO-092-65-G73, de la Oficina de Investigaciones y Desarrollo del Ejército de los Estados Unidos de América.

Jefe del Servicio de Psiquiatría, Hospital Psiquiátrico, Santiago.

³ Profesor de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.

Introducción

Scott (3) discute los principales criterios utilizados para las definiciones de desorden mental en estudios epidemiológicos:

- Un criterio empírico de desadaptación social conduce a usar índices como las tasas de suicidio, homicidio, delincuencia juvenil, divorcios, etc., como indicadores de desorden mental en una comunidad. La relatividad de las normas culturales acerca de la muerte, la actividad sexual o el delito en diversos grupos humanos, y la escasa validez de estos índices como señales de desorden mental, hace que el criterio mencionado tenga escaso valor predictivo científico y no sea comparable transculturalmente. Dada la multiplicidad y el polimorfismo de las culturas que se encuentran en los países de Latinoamérica, creemos importante insistir en que las definiciones aplicables en nuestro continente deben formularse en el nivel transcultural. El criterio de incapacidad para el trabajo o de incapacidad social ("impairment") se puede utilizar únicamente en forma paralela y adicional a un criterio clínico para definir un "caso" en estudios de campo (4).

- En el otro extremo, con un criterio individualista subjetivo, se afirma que hay desorden mental cuando la persona se siente, subjetivamente, infeliz o desadaptada. Este criterio, apoyado por la escuela psicoanalítica, sufre de la limitación opuesta al anterior: ignora la existencia de normas culturales supraindividuales. Además, ciertos pacientes (dementes, maníacos, etc.)

pueden actuar con autosatisfacción individual a pesar de estar dominados por serias enfermedades.

- La definición de enfermedad mental mediante síntomas psicológicos, objetivados mediante cuestionarios u otras pruebas psicológicas, constituye por ahora sólo una ayuda complementaria, pues el criterio externo de validación de dichas pruebas no está suficientemente definido. Los cuestionarios sufren de limitaciones metodológicas de tipo general; además no tienen valor cuando se los aplica a pacientes que no tienen conciencia de enfermedad, los cuales constituyen un número apreciable.

- Otro criterio, aun más difícil de aplicar, consiste en considerar como desorden mental el fracaso de un individuo en lograr el desarrollo de todas sus potencialidades. El número y variedad de factores individuales y supraindividuales que pueden limitar dicho desarrollo, así como el carácter desiderativo de este último, hacen imposible el uso práctico de tal criterio.

- Por último, se ha usado el diagnóstico psiquiátrico como criterio de desorden mental. Este criterio surge de la fuente misma donde se ha estudiado el problema psicopatológico; es decir, la actividad clínica. Creemos que este es el principal camino para perfeccionar las definiciones: para los fines epidemiológicos, ellas deben ser formuladas a partir de hipótesis y teorías descriptivas psicopatológicas. El problema reside aquí en superar, en la medida de lo posible, las definiciones puramente sintomáticas de desorden mental, las cuales tienen escaso valor teórico y no son aplicables en cualquier cultura, y tratar de lograr conceptos estructurales, o aun mejor, conceptos patogénicos. Los dos últimos tienen mayor valor como instrumentos transculturales. El nivel conceptual en el cual se expresen estas definiciones guardará relación con el estado actual de los conocimientos sobre cada tipo de desorden mental.

La Asociación Americana de Psicopatología reunió, en febrero de 1959, un grupo de los más destacados investigadores en el campo de la salud mental con el objeto de explorar las áreas de acuerdo y desacuerdo respecto a conceptos y métodos aplicables en estudios epidemiológicos (5). En esa oportunidad se hicieron evidentes los distintos

criterios para definir términos y delimitar conceptos, y se expresaron las dificultades que se presentan al intentar realizar estudios epidemiológicos, debido a la carencia de uniformidad en las definiciones básicas, y las naturales complicaciones de una disciplina que debe considerar numerosas variables. La situación puede resumirse en la síntesis que al final de la reunión hace un epidemiólogo y, específicamente, su ilustración de la definición operacional de un esquizofrénico que le comunicó uno de los participantes: "una persona tal que después de haber conversado con ella 15 minutos, yo considero que es esquisofrénica" (5, pág. 334). Afirmación en la cual no se pretende definir un objeto científico, la esquizofrenia, sino una persona, de la cual no se define nada sino que se le aplica, circularmente, dos veces el mismo término. Aparte de contribuciones metodológicas valiosas, el ambiente general de los trabajos y discusiones indicó que, en el estado actual de la investigación epidemiológica en salud mental, el tema central gira en torno de conceptos, definiciones, nomenclaturas y clasificaciones.

No cabe duda que, en este momento de su evolución, la psiquiatría presenta como problema capital el desarrollo de un lenguaje que permita la comunicación entre los diversos investigadores y haga posible comparar los resultados de diversos estudios (2). Los términos descriptivos que nos entrega la psiquiatría tradicional son, por un lado, ambiguos, carecen de límites precisos y no son confiables; es decir, su valor no se puede traspasar de un estudio a otro. Por otra parte, derivan de observaciones empíricas ingenuas, lo cual paradójicamente, tiende a asignarles un tinte de certeza inmutable, dogmático, reñido con la concepción probabilística de la ciencia (6, 7).

Algunos tipos de definición y su aplicación a la psicopatología

En relación con el problema de las definiciones en psicopatología, enumerare-

mos algunas de las utilizadas, para precisar cada vez más los límites de un concepto científico (8).

- *Definición nominal*, que establece la equivalencia simple de un símbolo o concepto con otros símbolos. Ejemplo: la esquizofrenia es una enfermedad mental con grave compromiso de la personalidad.

- *Definición ostensiva*, que señala ciertos índices empíricos para afirmar el concepto. Ejemplo: la esquizofrenia existe cuando en un individuo aparece robo del pensamiento, percepciones delirantes, etc.; es decir, los síntomas de primera categoría de Kurt Schneider (9).

- *Definición real*, que enuncia las propiedades del concepto. Ejemplo: la esquizofrenia es una variedad de psicosis cognitiva escindida caracterizada por la coexistencia de la conciencia normal de realidad con una mutación insólita y productiva de la estructura de la conciencia cognitiva de realidad (10).

- *Definición condicional*, que establece las condiciones suficientes para afirmar la existencia del concepto. No existe aún—siguiendo con nuestro ejemplo—una definición patogénica de la esquizofrenia. Pero sí existe una definición de este tipo para el alcoholismo: incapacidad de detenerse o de abstenerse en la ingestión de alcohol debida a una dependencia física hacia el alcohol (11, 12).

- *Definición postulacional*, que contiene el más alto grado de evidencia, apoyado en una estructura lógica de inferencias correctas. Se da en modelos matemáticos, aún no aplicados en psicopatología.

Como puede apreciarse, en esta progresión se alcanza cada vez más profundidad. Los atributos esenciales del objeto emergen cada vez más claros y precisos; es decir, se logra abarcar el objeto sin sobrepasarlo ni disminuirlo.

Ahora bien, ¿cuál es la función de una definición en ciencia? Como dice Hempel (5) “el vocabulario de la ciencia tiene dos funciones básicas: primero, permitir una descripción adecuada de las cosas y sucesos que son objeto de investigación científica; segundo, permitir el establecimiento de leyes generales o teorías mediante las cuales puedan explicarse, predecirse y así enten-

derse científicamente, eventos particulares; puesto que entender un fenómeno científicamente es mostrar que ocurre de acuerdo con ciertas leyes generales o principios teóricos”. A medida que las ciencias avanzan, pasan del nivel observacional al teórico (13). En psicopatología se pasa del nivel sintomático, ostensible, al real o estructural, que define propiedades del objeto, y de éste al patogénico, centrado en las condiciones suficientes para la aparición de un fenómeno.

Se ha dicho frecuentemente que la psiquiatría debería llegar idealmente a definiciones, conceptos y clasificaciones etiológicas. Pero dada la multidimensionalidad de la etiología en casi todas las formas de afecciones mentales, apoyamos plenamente la conclusión tentativa de Böök (14), cuando dice “cualquier explicación unitaria de la etiología, aun de lo que se considera como un tipo especial de enfermedad mental, o una entidad clínica, no contribuirá al avance de la investigación psiquiátrica”.

Evidencia objetiva de los términos científicos: definiciones operacionales

El operacionismo nació en el seno de la física, la cual ha alcanzado el más alto nivel teórico. “Una definición operacional para un término dado se concibe como aquella que entrega criterios objetivos, de manera que cualquier investigador científico puede decidir, en cualquier caso particular, si el término se aplica o no a dicho caso” (5). Pero en algunas ciencias de desarrollo teórico incipiente, como la psicología y, aun más, la psicopatología, se ha pretendido que la operación reemplaza al concepto, error que conduce a un caos científico (5, 8). Así lo ejemplifica el caso citado más arriba, referente a una definición de esquizofrenia vertida en la Reunión de la Asociación Americana de Psicopatología. De hecho, la calidad de la definición operacional no depende sólo de la calidad del segundo término de la expresión, de la operación, sino de la calidad conceptual de la definición,

en los términos progresivos anotados anteriormente. Afirma Boring (15): "Las operaciones pueden ser buenas o malas. Las operaciones que relacionan los conceptos científicos con sistemas más amplios de generalización tienden a la unificación de la ciencia, son las definiciones más productivas, y como tales, son mejores que las operaciones más aisladas".

La operación es en último término un criterio de objetivación cuyo valor científico dependen tanto del grado de objetividad y comunicabilidad de la operación como de la madurez de la teoría que inspira la definición subyacente y de la posibilidad de expresar esta última en términos del método hipotético-deductivo (?).

Ejemplos de definiciones operacionales en psicopatología

Alcoholismo. A nuestro juicio, el alcoholismo constituye una de las formas psicopatológicas susceptibles de definición condicional, patogénica, vale decir, con una evolución teórica desarrollada. Además, por tratarse de dependencia física, de la necesidad orgánica urgente e imperiosa de una sustancia exterior al organismo, es mayor la probabilidad de observación objetiva y comunicable de la ingestión patológica. Analizaremos esta situación en los estudios clínicos, epidemiológicos y experimentales, en los cuales se ha aplicado esta concepción del alcoholismo como enfermedad.

En el terreno clínico y en estudios epidemiológicos de campo, tanto el paciente como sus familiares pueden testimoniar la presencia o ausencia de la incapacidad de detenerse o abstenerse, con índices subjetivos de parte del individuo interrogado (sed de alcohol, etc.), corroborados por índices objetivos fácilmente observables: 1) frecuencia de embriaguez, especialmente durante días de trabajo; 2) síntomas de privación al suspender, distanciar o disminuir la ingestión, y 3) frecuencia y duración de las crisis de ingestión de alcohol. Estos índices están íntimamente relacionados con el concepto

teórico de dependencia física y configuran una definición operacional del alcoholismo repetidamente validada en diversas investigaciones (16, 17, 18).

En el campo clínico-experimental la incapacidad de detenerse en la ingestión de alcohol ha sido definida operacionalmente, colocando al alcohólico frente a la ingestión experimental *ad libitum* de hasta 0,5 g de etanol absoluto por Kg de peso; cuando la prueba es positiva aparecen como índices objetivos la ingestión de más de 0,125 g por Kg de la solución al 20% y la ingestión de más de un sorbo de solución, y, en el plano subjetivo, sequedad de boca y garganta y deseo intenso de ingerir más etanol, síntomas que se alivian temporalmente con una nueva dosis de sustancia. Este procedimiento, estrictamente operacional, permite diferenciar las dos formas clínicas más frecuentes de alcoholismo: intermitente (con incapacidad de detenerse) e inveterado (con incapacidad de abstenerse); también sirve como indicador clínico experimental del resultado de un tratamiento patogénico, psicoquirúrgico, del alcoholismo grave recidivante (19, 20).

Las psicosis. Con respecto a las psicosis, hemos propuesto una definición psicopatológica estructural (10), que permitirá unificar los criterios acerca de la presencia o ausencia del fenómeno en clínica, en estudios epidemiológicos y en relación con las psicosis experimentales. La equivalencia de resultados con estos tres enfoques metodológicos puede dar mayor validez científica al concepto y a las operaciones que lo objetivan como ha ocurrido ya con respecto al alcoholismo.

La hipótesis descriptiva (10) define la psicosis como: "una alienación o mutación insólita y productiva de la estructura de la conciencia de realidad o de uno de sus componentes (conciencia afectiva o cognitiva de realidad)". Esta definición precisa y delimita numerosas y antiguas descripciones y afirmaciones empíricas referentes al contacto con la realidad en las psicosis, al par que les da adecuado valor teórico. Este consenso de opiniones al respecto se expresa, por ejemplo,

en la mención, de la evaluación de realidad que, en la definición de psicosis, hacen el manual estadístico y diagnóstico sobre desórdenes mentales en uso en los Estados Unidos de América (21) y el manual de estadísticas mentales del Canadá (22). Según estas fuentes, una de las características de la psicosis es "una falla en la prueba y evaluación correcta de diversas esferas de la realidad externa".

El concepto de psicosis que hemos propuesto es genérico, unitario, centrado en un carácter psicopatológico nuclear (la estructura mutada de la conciencia de realidad), y relativista, ya que la estructura de la conciencia de realidad, y con ella la estructura de la psicosis, pueden variar de una cultura a otra.

Podemos distinguir dentro del género tres especies de psicosis, en grados decrecientes del compromiso de la conciencia de realidad:

1. Alienación de la conciencia total de realidad o psicosis oneiriformes, caracterizadas por dos criterios psicóticos de conciencia total de realidad: a) las seudopercepciones escenográficas, y b) los juicios deliriosos.

2. Alienación de la conciencia afectiva de realidad o psicosis afectivas, individualizadas por dos criterios psicóticos de conciencia afectiva de realidad: a) la intensidad desusada y ausencia de modulación de la afectividad basal, y b) los juicios deliroides.

3. Alienación de la conciencia cognitiva de realidad o psicosis cognitivas, las cuales se subdividen a su vez en dos subespecies: unitaria y escindida. La primera sólo muestra criterios psicóticos de conciencia cognitiva de realidad ante un estímulo dado; en la segunda coexisten, frente a un mismo estímulo, los criterios psicóticos y el criterio normal de conciencia cognitiva de realidad. Los criterios psicóticos de conciencia cognitiva de realidad serían tres: a) las seudopercepciones fragmentarias, b) los juicios delirantes, y c) la mutación de las relaciones semánticas.

Consignaremos esquemáticamente la hipótesis explicativa, patogénica, que hemos esbozado en relación con la definición recién planteada. Basándonos, por una parte, en el efecto de las drogas psicomiméticas (ácido

lisérgico, etc.), demostrado en animales, de producir bloqueo sináptico central y, por otra, en la hipótesis bioquímica de la memoria y el aprendizaje, postulamos que los diversos grados de mutación insólita de la conciencia de realidad (oneiriforme, afectiva y cognitiva) pueden ser debidos a grados concomitantes paralelos de bloqueo sináptico central; este último interferiría la utilización de los engramas referentes a la conciencia de realidad prepsicótica o normal, aprendida desde la infancia por cada individuo en su grupo cultural de referencia. Por otro lado, una vez producida la nueva estructura—psicótica—de conciencia de realidad, dicha estructura tendría tanto mayor tendencia a ser fijada mediante el aprendizaje cuanto más cerca esté del polo cognitivo. Esto último explicaría la tendencia a la cronicidad, en clínica, de las psicosis cognitivas (paranoia, esquizofrenia, etc.).

Otra deducción de nuestra hipótesis, que tiene claras implicaciones epidemiológicas, sería que la conciencia cognitiva de realidad, la cual tiene un carácter analítico o racional, sería el resultado de una diferenciación evolutiva de la conciencia total de realidad. Si esta deducción fuera acertada, los niños, los oligofrénicos y los individuos de culturas ágrafas o primitivas deberían mostrar, cuando aparece una quiebra psicótica, un predominio relativo de las psicosis oneiriformes sobre las cognitivas. El estudio clínico de las psicosis en niños y oligofrénicos apoya esta deducción.

Hemos iniciado una investigación epidemiológica de campo que permita evaluar estas y otras definiciones transculturales en población chilena y aborígen (mapuche)⁴ del centro de Chile (23).

La primera fase de nuestro estudio epi-

⁴ En la descripción de estas observaciones, los autores emplean las denominaciones "mapuche" y "chileno" con referencia a las culturas respectivas: cultura aborígen de tipo pre-hispánico en el primer caso, y cultura hispanoamericana no aborígen en el segundo. En consecuencia, estas consideraciones no deben leerse asignando a "mapuche" y "chileno" una connotación política; desde este último punto de vista, el grupo racial mapuche integra la nación chilena con iguales derechos que el resto de la población.—*Nota del editor.*

demiológico nos condujo a analizar, antes de ir al terreno, las historias clínicas de los mapuches (aborígenes) egresados del Hospital Psiquiátrico de Santiago desde 1940 hasta 1963. La hipótesis de trabajo para esta revisión, de acuerdo con la deducción antes descrita de nuestra teoría de las psicosis, es la siguiente: en el total de psicosis funcionales del grupo mapuche (psicosis oneiriformes, afectivas y cognitivas), debería presentarse una proporción mayor de psicosis oneiriformes que en un grupo de control chileno (no aborígen). Los grupos quedaron constituidos por 136 fichas clínicas de mapuches y un número igual de fichas clínicas de chilenos, seleccionadas al azar, correspondientes a los mismos años.

La comparación entre ambos grupos con respecto al porcentaje representado por cada rubro diagnóstico, mostró no haber diferencias sustanciales entre ambos, salvo en dos rubros: psicosis asociada a deficiencia mental, y otras (reactivas, etc.). En efecto, mientras en el grupo mapuche, el 60,5% de las historias llevaban dicho diagnóstico, el grupo de control chileno mostró sólo un 25% de diagnósticos de ese tipo.

Al revisar en detalle las historias clínicas, se puede demostrar que a menudo el médico no estudia en detalle la posibilidad de una deficiencia mental; aun más, suele negar explícitamente su existencia, no obstante lo cual se termina por diagnosticar psicosis en deficiente mental.

Por otra parte, el diagnóstico de oligofrenia (sin psicosis) aparece en porcentajes similares en ambos grupos.

En la mayoría de los casos diagnosticados como psicosis en deficiente mental en el grupo mapuche, es evidente la tendencia a evaluar erróneamente el menor rendimiento en pruebas y en la adaptación social como índices de deficiencia mental; en realidad, se trata de un juicio etnocéntrico del médico o psicólogo chilenos quienes estiman inferior el rendimiento primitivo, aunque adecuado a su cultura, de los individuos de raza mapuche.

Descartada la deficiencia mental de fondo, lo que resalta es que estas psicosis en

mapuches se acompañaron de trastornos de la conciencia, con pseudopercepciones escenográficas y juicios deliriosos, en la enorme mayoría de los casos. Para los médicos que tuvieron a su cargo estos casos de individuos de una cultura ágrafa, la asimilación sindrómica más cercana a las psicosis funcionales con trastorno de conciencia consistió en describir tales trastornos como episodios psicóticos en deficientes mentales. En cambio, basándonos en nuestro concepto estructural psicopatológico de psicosis, nosotros incluimos la casi totalidad de las historias clínicas de mapuches con el diagnóstico indicado, en el rubro de las psicosis oneiriformes.

Traducido a estos nuevos términos, el hecho de que un 60% del grupo mapuche, en contraste con sólo un 25% del grupo chileno sufra esta forma de quiebra psicótica que compromete la conciencia total de realidad, apoya nuestra posición teórica y la deducción que de ella hemos inferido más arriba.

En relación con la hipótesis patogénica de la psicosis que hemos esbozado, vale la pena destacar aquí que cuando el factor etiológico de la psicosis oneiriforme actúa masivamente, el porcentaje de tales psicosis es igual para el grupo mapuche y para el chileno. Por ejemplo, las psicosis alcohólicas acusan porcentajes similares en ambos grupos. Pero cuando se trata de psicosis criptogénicas en cuanto a su factor etiológico, o bien de psicosis funcionales en las que puede suponerse el predominio de los factores predisponentes, entonces—según hemos visto—los mapuches se quiebran psicóticamente, en mayor proporción que los chilenos, en forma oneiriforme. Esto se debería, en los individuos mapuches, al predominio estructural de la conciencia total de realidad sobre la diferenciación analítica propia de la conciencia cognitiva de la realidad.

Esta comprobación, que tendría además importantes implicaciones pronósticas, es apoyada indirectamente por el estudio epidemiológico de campo efectuado en Formosa por Rin y Lin (24), que sintetizan Lin y Stanley (25). Los autores citados compararon algunos aspectos clínicos de 45 psicosis

funcionales encontradas en un grupo de 11.442 aborígenes malayo-polinésicos, con las características de las mismas psicosis en un grupo comparable de chinos. Se usaron los criterios de Bleuler para ambos grupos, y aunque la sintomatología de los aborígenes no difirió aparentemente de la del grupo chino, pudieron describir los siguientes "signos clínicos particulares" que les llamaron la atención en el grupo aborigen: "En la gran mayoría de los casos (84,5%), la enfermedad había sobrevenido bruscamente y sólo un 15,5% de los enfermos habían seguido un curso crónico. La duración del episodio psicótico había sido generalmente breve: 44,4% de los enfermos se habían curado al cabo de tres meses, 56,2% a los seis meses, 65,6% al año y 87,5% a los dos años; únicamente 12,5% habían estado enfermos más de dos años. La mitad de los pacientes habían tenido sólo un episodio psicótico, un tercio había tenido episodios múltiples y los restantes eran enfermos crónicos". Cabe destacar que "ninguno de los psicóticos había recibido asistencia médica o psiquiátrica". Desde nuestro punto de vista, cabe pensar que un porcentaje apreciable de las psicosis de estos aborígenes correspondieron a psicosis oneiriformes, breves, de comienzo abrupto, con alto porcentaje de recuperación espontánea y total.

Por último, volviendo a nuestro grupo mapuche, hicimos un análisis y una reclasificación de todas las historias clínicas con diagnóstico de psicosis funcionales o criptogénicas (esquizofrenias, parafrenias, psicosis manícodepresivas, episodios psicóticos en deficientes mentales, etc.) en los tres rubros principales de nuestra clasificación: psicosis oneiriformes, afectivas y cognitivas. Del total de 136 historias clínicas de mapuches 71 eran psicosis funcionales; 43 de éstas, o sea exactamente el 60%, correspondían en nuestra clasificación estructural al rubro de las psicosis oneiriformes. La mayoría de estos 43 casos correspondieron al rubro diagnóstico "episodio psicótico en deficiente mental" de la clasificación tradicional. En el grupo de

control, la proporción de psicosis oneiriformes dentro de las psicosis funcionales fue de sólo un 16%.

Con estas consideraciones acerca de la aplicación epidemiológica, clínica y experimental, de definiciones operacionales del alcoholismo y la psicosis, hemos querido ilustrar la importancia de usar conceptos precisos, del más alto valor teórico posible, traducidos a operaciones objetivables que otros investigadores pueden reproducir en forma independiente.

Consignaremos a continuación otras definiciones que utilizaremos en el estudio epidemiológico transcultural a que se ha hecho referencia (23). Cada una de estas definiciones conceptuales se amplía en un glosario donde se consignan los criterios operacionales respectivos; esto últimos se traspasan luego a la ficha de encuesta individual. Mencionaremos solamente las definiciones de demencia, oligofrenia y neurosis, así como la de epilepsia, que tiene especial importancia práctica, conceptual y metodológica. No hemos logrado aún desarrollar una definición suficientemente clara y unívoca de los desórdenes psicossomáticos, ni tampoco de la llamada personalidad psicopática, desorden ante el cual hay importantes diferencias de criterio entre las escuelas anglosajona y alemana. Sin embargo, respecto a la personalidad con conducta antisocial o desalmada, ha aparecido en los últimos años la hipótesis patogénica de Eysenck (26), en relación con la dificultad y lentitud del proceso de condicionamiento de estos pacientes; se torna imperativo someter a prueba dicha hipótesis con el método epidemiológico.

Demencia, oligofrenia, neurosis, epilepsia. La demencia se define como un decaimiento irreversible, insólito y simple de capacidades adquiridas por el individuo; el déficit debe sobrepasar el decaimiento fisiológico esperado para la edad respectiva. El concepto de "capacidades adquiridas" se refiere al aprendizaje instrumental logrado por cada sujeto para adaptarse a la función social que

desempeña en su grupo cultural. Dado que en la demencia se puede postular una patogenia orgánica (déficit biológico cerebral adquirido), se investigará en cada caso el agente etiológico desencadenante (aceleración simple de la evolución, arteriosclerosis, intoxicaciones, traumatismos, epilepsia, etc.)

La *oligofrenia* se define como una detención global, irreversible, insólita y simple del desarrollo de la capacidad de aprendizaje de un individuo. Como consecuencia de dicha detención, el sujeto adquiere, dentro del grupo cultural al cual pertenece, habilidades instrumentales inferiores a las que corresponden a individuos en la fase correspondiente de maduración psicobiológica. Tanto la oligofrenia como la demencia serán diagnosticadas clínicamente y mediante pruebas psicológicas apropiadas.

Respecto a las *neurosis*, utilizaremos un criterio estrictamente sintomático, dada la extrema dificultad de formular el problema transculturalmente. Dos proposiciones conceptuales tentativas, que deberán ser exploradas en el trabajo de campo, son:

- Neurosis como hiperemotividad habitual adquirida ante situaciones de tensión normales en una cultura. Se estudiará mediante índices de manifestaciones inadecuadas de emociones, los que deben ser precisados.

- Neurosis como sobrecarga habitual y distorsión de la conciencia afectiva de realidad de un individuo. Los elementos indicadores serían la intensidad afectiva, habitualmente moderada, y la ausencia de distorsión de la conciencia afectiva de realidad en los componentes del grupo de referencia al que pertenece el individuo afectado.

Por último, la *epilepsia* se define en términos de la presencia repetida de crisis de descarga parosística del sistema nervioso central: crisis convulsivas, ausencia, crisis psicomotoras, distimias, etc. Esta concepción patogénica será objetivada, siempre que sea posible, mediante trazado electroencefalográfico.

En los últimos años se ha hecho un avance

importante al identificar mediante el electroencefalograma focos temporales en casos clínicos con conducta violenta y en algunos casos de psicosis previamente clasificados como esquizofrénicos (27). Slater y sus colaboradores (28) han publicado recientemente un extenso material en este último sentido.

En Chile hemos analizado desde hace algunos años las diversas formas clínicas que adoptan las psicosis epilépticas (29, 30). Aplicando a dicho análisis los criterios estructurales psicopatológicos antes enunciados, podemos afirmar que en epilépticos confirmados, clínica y electroencefalográficamente, se dan psicosis episódicas a repetición, de buen pronóstico, corregibles con medicación antiepiléptica. Dichas psicosis adoptan a lo largo de la vida de un paciente, y en los enfermos analizados como grupo, todas las estructuras ya descritas: oneiriforme, afectiva y cognitiva. Como en estas psicosis se puede postular una patogenia unitaria—la descarga paroxística del sistema nervioso central—se abre un camino de investigación muy promisorio tanto para nuestra teoría estructural de las psicosis como para la indagación patogénica general de estos trastornos.

Resumen

En la etapa actual de su evolución, la psiquiatría en general, y en particular los estudios epidemiológicos en salud mental, necesitan desarrollar conceptos y definiciones más precisas que permitan la comparación de estudios hechos en diferentes países y culturas. Se ilustra la importancia de aplicar definiciones de calidad científica progresiva (nominal, ostensiva, real, condicional y postulacional) a los estudios clínicos, epidemiológicos y experimentales en salud mental. Se insiste en que, además de la calidad teórica de la definición, ésta debe expresarse en términos objetivables, operacionales. Se describe la aplicación de definiciones operacionales de alcoholismo, psicosis, de-

mencia, oligofrenia, epilepsia y neurosis, en diversas investigaciones, con referencia especial a un proyecto de investigación transcultural sobre la prevalencia de desórdenes mentales en las culturas mapuche aborígen y chilena (no aborígen), en Chile. □

REFERENCIAS

- (1) Hine, F. R.; Feather, B. W., "Psychiatry and philosophy of science: II. Some Approaches to Conceptual Problems", *J Nerv Ment Dis* 133(1):23-35, 1961.
- (2) Horwitz, J., "La importancia del problema de la salud mental", *Segundo Seminario Latinoamericano de Salud Mental. (Publicación Científica 99)*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 1964.
- (3) Scott, W., "Research definitions of mental health and mental illness," *Psychol Bull* 55:29-45, 1958.
- (4) *Epidemiology of Mental Disorders. Wld Hlth Techn Rep Ser No. 185*, 1960.
- (5) *Field Studies in the Mental Disorders*, Subin, J. ed., New York: Grune and Stratton, 1961.
- (6) Hine, F. R.; Feather, B. W., "Psychiatry and philosophy of science: I. Conceptual Problems in Psychiatry," *J Nerv Ment Dis* 132(6):485-496, 1961.
- (7) Marconi, J., "Consideraciones sobre la metodología de la investigación en psiquiatría," *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat* 10(4):265-270, 1964.
- (8) Plutchik, R., "Operationism as methodology," *Behav Sci* 8(3):234-241, 1963.
- (9) Schneider, K., *Clinical Psychopathology*. New York: Grune and Stratton, 1959.
- (10) Marconi, J., "Una teoría estructural de la psicosis". *Monogr Biol Univ Chile* (por publicarse).
- (11) Jellinek, E. M., *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven: Hillhouse Press, 1960.
- (12) Marconi, J., "The Concept of Alcoholism". *Quart J Stud Alcohol* 20:216-235, 1959.
- (13) E. H. Madden, ed., *The Structure of Scientific Thought*. Boston: Houghton Mifflin Co. 1960.
- (14) Böök, J. A., "Genetical etiology in mental illness." En: *Causes of Mental Disorders: a Review of Epidemiological Knowledge*. New York: Milbank Memorial Fund, 1961.
- (15) Boring, E. G., *History, Psychology and Science: Selected Papers*. New York: J. Wiley and Sons, 1963.
- (16) Varela A.; Marconi, J., "Adicción alcohólica: estudio de la evolución de la enfermedad", *Congreso Int Neuropsiquiat* 2:72-80, Santiago, Chile, 1953.
- (17) Horwitz, J.; Muñoz, L. C., et al., "Investigaciones epidemiológicas acerca de morbilidad mental en Chile", *Rev Serv Nac Salud* (Santiago) 3:277-309, 1958.
- (18) Marconi, J. et al., "A Survey on the Prevalence of Alcoholism Among the Adult Population of a Suburb of Santiago", *Quart J Stud Alcohol* 16:438-446, 1955.
- (19) Marconi, J.; Palestini, M.; Poblete, M. et al., "Experimental Study on the Inability to stop and to abstain from ethanol in alcoholics" (por publicarse).
- (20) Marconi, J.; Palestini, M.; Poblete, M. et al., "A New Approach to the Treatment of Severe Relapsing Alcoholism" (por publicarse).
- (21) *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association, 1952.
- (22) *Mental Statistics Handbook*. 2nd ed. Ottawa: E. Cloutier, 1954.
- (23) Horwitz, J.; Marconi, J., et al., *Evaluación de definiciones transculturales para estudios epidemiológicos en salud mental: Investigación de prevalencia de desórdenes mentales en áreas urbanas y rurales* (trabajo en realización).
- (24) Rin, A.; Lin, T., "Mental Illness Among Formosan Aborigenes as Compared with the Chinese in Taiwan," *J. Ment Sci* 108:134-146, 1962.
- (25) Lin, T.; Stanley, C. C.; *Importancia de los métodos epidemiológicos en Psiquiatría*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1964. (*Cuadernos de salud pública* 16).
- (26) Eysenck, H. J., *The Dynamics of Anxiety and Hysteria*. London: Routledge and Kegan Paul, 1957.
- (27) *WHO Scientific Group on Mental Health Research*. Geneva: World Health Organization, 6-10 April, 1964. Mimeografiado.
- (28) Slater, E.; Beard, A. W.; Glithero, E., "Schizophrenia-like Psychoses of Epilepsy", *Int J Psychiatr* 1(1):6-30, 1965.
- (29) Naveillan, P., "Psicosis epilépticas con dromatismo mantaco-depresivo", trabajo

inédito. Leído en la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, mayo de 1964.

(30) Sabat, J.; Naveillan, P., "Problemas clínicos de las psicosis epilépticas", *Rev Chil Neuropsiquiat* 3:65-75, 1964.

The Problem of Definitions in the Field of Mental Health (*Summary*)

At the present stage of development, psychiatry in general and epidemiological studies of mental health in particular need to formulate more precise concepts and definitions that will make it possible to compare studies made in different countries and different cultures. Examples are given to illustrate the importance of applying progressively more scientific definitions (nominal, ostensible, real, conditional, postulative) to clinical, epidemiological, and experimental studies in the field of mental health. The

author emphasizes that, in addition to its theoretical quality, the definition should be framed in objective and operational terms. He gives examples of the application of operational definitions of alcoholism, psychosis, insanity, oligophrenia, epilepsy, and neurosis and outlines a proposed transcultural investigation of the prevalence of mental disorders in Chile in the aboriginal mapuche culture and the Chilean, non-aboriginal culture.

O Problema das Definições no Campo da Saúde Mental (*Resumo*)

Em sua atual fase de evolução, a psiquiatria em geral e, em particular, os estudos epidemiológicos de saúde mental precisam estabelecer conceitos e definições mais precisos, que permitam a comparação de estudos feitos em diferentes países e culturas. O trabalho ressalta a importância de aplicar definições de índole científica progressiva (nominal, ostensiva, real, condicional e postulacional) aos estudos clínicos, epidemiológicos e experimentais feitos no campo da saúde mental.

Insiste em que a definição, além de teórica, deve expressar-se em termos de natureza prática e passíveis de objetivação. Descreve a aplicação de definições práticas de alcoolismo, psicose, demência, oligofrenia, epilepsia e neurose a diversas investigações, com referência especial a um projeto de investigação transcultural sobre a frequência de distúrbios mentais nas culturas *mapuche* (autóctone) e chilena (alotóctone), no Chile.