

VARIABLES ASOCIADAS CON LA PSICOPATOLOGIA EN PUERTO RICO

Alba Nydia Rivera Ramos, Ph. D.

Centro Caribeño de Estudios Postgraduados

RESUMEN

El presente estudio responde a un diseño factorial 2 x 2 x 3, donde se consideran como variables independientes: Ingreso, Sexo y Edad. La variable ingreso se dividió operativamente en dos niveles: personas con ingresos iguales o menores de \$800.00 mensuales y personas con ingresos iguales o mayores de \$1,000.00 mensuales. La variable edad quedó compuesta por 3 niveles (niños, adolescentes y adultos). La muestra incluía personas de ambos sexos.

El propósito del estudio era examinar las variables que más se asocian con los trastornos emocionales presentados por la población en tratamiento, según manifestadas en la muestra seleccionada.

Los análisis estadísticos (Regresión Múltiple y Análisis Trayectorial de Causas) arrojaron dos modelos principales que explican una porción sustancial de la variabilidad asociada con los trastornos emocionales estudiados. Estos son:

Para personas de menores ingresos:

$$Y' = 1.28 + .38i + .23v + .18sf + .10r \quad (89\% \text{ va. } p < .001)$$

Para personas de mayores ingresos:

$$Y' = 1.58 + .68sd + .22Ob \quad (90\% \text{ va. } p < .001)$$

El concepto de psicopatología o enfermedad mental se ha tomado en la psicología norteamericana como equivalente de conducta anormal, desajustada y/o desadaptada. Estos conceptos han sido objetos de múltiples discusiones y controversias, (ver Weiner, 1976; Kolb, 1971; Wolberg, 1977; Sandler & Davidson, 1977; McNamara, 1980) de las cuales se desprende, sin embargo, un denominador común. Aunque con sus particulares diferencias, todos coinciden en definir al enfermo, anormal, desajustado o desadaptado, como aquella persona cuya conducta no se conforma a los patrones o normas establecidos por la sociedad imperante.

Para tratar de explicar las causas de la psicopatología a anormalidad, se han desarrollado varios modelos. El modelo médico o biológico postula que la conducta anormal es el producto de un mal funcionamiento orgánico, fisiológico o neurológico. Por tanto, considera que el tratamiento debe ser médico, mediante el uso de fármacos, medicamentos, choques eléctricos, cirugía, etc. (Ver Schulsinger, 1980).

El enfoque psicológico ha desarrollado a su vez varias explicaciones comenzando por la visión psicoanalítica que considera la conducta anormal como producto de procesos intrapsíquicos no observables. De ahí que la intervención terapéutica se canaliza con el objetivo de ajustar tales procesos. Por otro lado, el marco conductista concibe a la conducta anormal como aprendida a través del refuerzo, fortaleciendo así el enlace entre estímulo respuesta. Por tanto el tratamiento va dirigido a reestructurar el aprendizaje para formar patrones de conducta adoptativos. La corriente racionalista, por su parte, postula que los desajustes de la conducta son productos principalmente de ideas irracionales, de ahí que el tratamiento se fundamente en la erradicación de tales ideas.¹

Recientemente, se han comenzado a considerar las variables sociales como causales de la conducta enferma, anormal o desajustada, dando lugar a lo que se ha venido llamando el modelo psicosocial.

El ataque más fiero que se haya lanzado sobre el concepto de enfermedad mental fue originado por Thomas Szasz (1960), quien llega hasta cuestionar la existencia real de la enfermedad mental. Szasz afirma que la enfermedad mental es un mito y que se ha tratado incorrectamente de dar una solución médica a problemas humanos que no son médicos.

Ninguna de las definiciones de conducta anormal arriba esbozadas satisfacen a la autora por entender que en ninguna de ellas se plantea la posibilidad de que en lugar de ser el individuo quien esté enfermo sea la sociedad la que esté enferma. Teóricamente, de forma muy general y preliminar, consideramos toda conducta humana como el producto de fuerzas externas y ambientales (historia, cultura, geografía, recursos materiales), actuando a través de las fuerzas o causas internas (dotación biológica, composición neurológica y química) y los procesos cognoscitivos y perceptuales.²

No obstante, a los fines del presente estudio, adoptamos como definición operacional de la enfermedad mental como los problemas o quejas principales manifestados por las 523 personas que acudieron a solicitar servicios psicoterapéuticos sin que ello implique que los consideramos enfermos.

El tema de las condiciones críticas de salud mental en Puerto Rico ha sido objeto de reciente preocupación por parte de distintas personalidades de la comunidad puertorriqueña, entre las que destaca el Secretario de Salud, Dr. Jaime Rivera Dueño.

El Informe Anual del Departamento de Salud (1979-80) señala que el actual problema de salud mental constituye la amenaza número uno a la salud de nuestro pueblo (p. 8).³

Por tal razón, entendemos que es necesario realizar estudios empíricos que nos lleven a reconocer las variables que más se asocian con dichos problemas en la población puertorriqueña. Este estudio es uno de los primeros esfuerzos en esta dirección.

Metodología

Se revisaron 523 expedientes clínicos de distintos niveles socioeconómicos, de ambos

1) Para mayor información sobre estos temas, puede consultar a Kolb (1970), Leifer (1970), McNamara (1980), Nemiah (1970), Foreyt & Rathjen (1978)

2) Este tema es objeto de un estudio más profundo y abarcador que está llevando a cabo la autora en el esbozo de *Hacia una Psicoterapia para el Puertorriqueño*. Presentado en XVIII Congreso Interamericano de Psicología, junio 21-26, 1981, en Santo Domingo, República Dominicana.

3) Para más datos estadísticos al respecto, consúltese dicho Informe.

sexos y tres categorías de edades (niños, adolescentes, y adultos). Los expedientes evaluados para propósitos de colección de datos se obtuvieron de distintas instituciones y prácticas privadas de las áreas norte, este y oeste de la Isla. Tanto el nombre de las instituciones como de las personas se mantienen en el más estricto anonimato para proteger el principio de confidencialidad.

Para la clasificación o categorización del problema principal se diseñó un formulario con las siguientes 18 categorías: (1) insuficiencia en el ingreso, (2) desempleo, (3) insatisfacción con el empleo, (4) insatisfacción con la vivienda, (5) problemas de salud física, (6) problemas sexuales, (7) problemas matrimoniales, (8) problemas familiares, (9) insatisfacción con la educación, (10) insatisfacción con el ambiente social, (11) timidez, (12) culpabilidad, (13) inseguridad, (14) suicidio, (15) alto nivel de ansiedad, (16) depresión, (17) baja autoestima y (18) falta de objetivos e incentivos para vivir.

Se analizaron los casos estableciendo primero el diagnóstico más frecuente por nivel económico, por sexo y por edades. Se realizaron análisis de frecuencia con X^2 y análisis de varianza para corroborar la existencia de diferencias significativas (Keppel, 1973). Además, se establecieron las causas inmediatas y antecedentes por nivel socioeconómico, edad y sexo.

Para propósitos de comparación estadística, se utilizaron pruebas de X^2 , análisis de varianza, regresión múltiple y análisis trayectorial de causas (Blalock, 1971).

Resultados

Luego de categorizar los trastornos emocionales y conductuales más comunes por nivel socioeconómico, edad y sexo y de analizar las causas expresadas y observadas con los métodos estadísticos antes mencionados, los resultados arrojaron las siguientes diferencias:

I Distribución de frecuencia por nivel socioeconómico

1. De los 523 expedientes, el 75% de los casos (393) provenían de familias de bajos ingresos (\$800 mensuales o menos). De estos 393 casos, casi la mitad (199) estaban desempleados y su ingreso provenía exclusivamente de cupones de alimento.
2. Un total de 25% de los 523 casos, es decir, 130 eran de ingresos promedio o sobre promedio (\$1,000 mensuales o más).
3. La comparación estadística de estas categorías socioeconómicas ofrece un análisis de frecuencia por $X^2 = 509.81$, con 1 gl. $P < .001$. El análisis de varianza unidireccional reflejó significatividad estadística ($F=309.40$, $gl=1$, $p<.001$).

II Categorización según sintomatología dominante

A. Los resultados demuestran que entre los síntomas predominantes se encuentran altos niveles incontrolados de ansiedad, depresión, baja autoestima, falta de objetivos y/o metas, falta de incentivos para vivir y tendencias suicidas.

Aunque estos síntomas estuvieron presentes en casi la totalidad de los casos, se agruparon diagnósticamente según la Codificación revisada de DSM-III; 1980, (Diagnostic and

Statistical Manual) bajo el código 300.02 neurosis de ansiedad y varias categorías de neurosis depresiva (296.22, 296.32, 300.40, 309.00).

III Análisis estadístico categorizado por nivel socioeconómico reflejó que:

1. Bajo la categoría de neurosis de ansiedad se agruparon 200 de los 393 casos (cerca del 50%).
2. Un total de 163 casos fueron codificados bajo neurosis depresiva.
3. Los 30 casos restantes fueron agrupados bajo el código 295.70 denominado esquizofrenia depresivo-afectiva (Schizo-affective disorder).
4. La distribución de la frecuencia no arrojó diferencias significativas entre las primeras dos categorías ($X^2 = 3.02$, gl 1, $p > .05$). Sin embargo, sí arrojaron diferencias significativas al compararse las categorías 1 y 3; 2 y 3; y 1 + 2 vs 3 (X^2 todas con $p < 0.001$).

En los 30 casos de psicóticos su historial reflejaba que en las primeras fases de la enfermedad estas personas desarrollaron sentimientos de impotencia, frustración, ansiedad, depresión, falta de metas y objetivos, degenerando más tarde en psicosis con manifestaciones alucinógenas, fantasías, y delirios de grandeza. Ej.: "Yo soy una reina con súbditos y joyas". "Yo soy un gobernante con muchas propiedades", etc.

IV En las clases de ingreso promedio o sobre promedio los resultados fueron los siguientes:

Se analizaron 130 casos de los 523 que fueron ubicados en esta categoría de nivel socioeconómico. Los síntomas predominantes fueron también altos niveles de ansiedad, sentimientos de soledad y tristeza y falta de objetivos para vivir. La agrupación de los casos, según DMS III, fue la siguiente: (a) 300.00 neurosis de ansiedad — 59 casos, (b) 300.40 neurosis depresiva — 26 casos, (c) 295.70 psicosis — 45 casos.

1. El análisis estadístico de frecuencia refleja una X^2 entre a y b de 8.81, gl 1, $p < .05$.
2. Entre b y c; $X^2 = 6.13$, gl 1, $p < .05$.
3. Entre a y b; $X^2 = 5.03$, gl 1, $p < .05$.

V El análisis estadístico por sexo reveló la siguiente diferencia

F = 380 casos

M = 143 casos

$X^2 = 125.8$, gl = 1, $p < .01$

F = 104.3, gl = 1, $p < .001$.

Las manifestaciones sintomáticas y psicopatológicas en el caso de las mujeres reflejaron estar altamente correlacionadas con las responsabilidades adjudicadas a los roles de ama de casa, esposa y madre ($r = .83$).

VI El análisis por edades reflejó la siguiente distribución:

Niños – 101 (edades 6–11).
Adolescentes – 20 (edades 12–17).
Adultos – 402 (18 en adelante).

Con un análisis de varianza significativo ($F=114.50$, $gl\ 2/521$, $p < .001$).

VII El análisis de la etiología :

En el análisis de la etiología de la psicopatología analizada se encontraron diferentes causas para las personas de bajos ingresos y para las personas de altos ingresos. Para las personas de bajos ingresos las causas son: (1) el desempleo, (2) la insatisfacción de su empleo cuando lo tienen, (3) bajos ingresos que no remuneran adecuadamente su trabajo, (4) insatisfacción con servicios médicos y sociales, (5) insatisfacción con la vivienda, (6) condiciones pobres de salud física y (7) falta de recreación.

En un análisis estadístico de regresión múltiple y subsiguientemente en análisis trayectorial de causas (Path analysis) (Blalock, 1973), se alimentaron las variables anteriores como causales de la psicopatología reflejada y surgió el siguiente modelo:

$$Y = 1.28 + .38 i + .23 v + .18 sf + .10 r$$

explicando 89% de la varianza, $p < .001$.

Donde: i = ingreso, v = vivienda, sf = salud física, r = recreación.

Para las clases de mayores ingresos las etiologías (causas) difieren.

Se utilizó el mismo modelo para fines de comparación y arrojó los siguientes resultados:

$$Y = 2.45 + .11 i + .05 v + .03 sf + .09 r.$$

Este modelo explica 28% de varianza. De modo que, al no explicar un por ciento significativo de la variabilidad, se alimentaron otras variables que produjeron un modelo más adecuado:

$$Y = 1.58 + .68 sd + .22 ob \quad (90\% \text{ de varianza}).$$

Donde: sd = soledad y ob = objetivos para vivir.

Para las clases de ingresos bajos se alimentaron las mismas variables y el modelo resultante fue el siguiente:

$$Y = 3.01 + .25 sd + .09 ob \quad (34\% \text{ de la varianza}).$$

Interpretación y Conclusiones

Los resultados demuestran que entre los síntomas predominantes se encuentran altos

niveles incontrolados de ansiedad, depresión, baja autoestima, falta de objetivos y de incentivos para vivir, con tendencias suicidas.

El análisis estadístico, comparando la incidencia psicopatológica por nivel socioeconómico, revela que 3 de cada 4 de los casos estudiados provienen de un sector social con bajos ingresos económicos, en su mayoría desempleados cuyo ingreso proviene únicamente de ayudas gubernamentales.

Las causas de enfermedades mentales para las personas de bajos ingresos son: el desempleo, la insatisfacción de su empleo cuando lo tienen, bajos ingresos que no remuneran adecuadamente su trabajo, insatisfacción con la vivienda, insatisfacción con servicios médicos y sociales y condiciones pobres de salud física. En tales casos se desarrollan en las primeras fases de la enfermedad sentimientos de impotencia, frustración, ansiedad, depresión, falta de metas y objetivos que degeneran más tarde en tipos de psicosis con manifestaciones alucinógenas, fantasías y delirios de grandeza. Este tipo de psicosis no orgánica se interpreta como mecanismo adaptativo de enajenación de la realidad, pretendiendo satisfacer necesidades a través del mundo irreal creando las fantasías y alucinaciones.

Para las personas de mayor ingreso las causas difieren ya que generalmente pueden obtener satisfacción en el empleo, vivienda y salud que logran a través del dinero o relaciones sociales. No obstante los casos estudiados reflejan niveles de ansiedad, soledad y falta de objetivos por vivir. En estos casos, sin embargo, la psicogénesis se fundamenta, no en la insatisfacción de estas necesidades, sino en la incapacidad de desarrollar objetivos y actividades interpersonales que no estén motivadas por egocentrismo e individualismo. Esta incapacidad de tener objetivos comunes y cooperativos surge del aprendizaje de unos valores que se fundamentan en el individualismo y engendran egoísmo a través de los medios de socialización.

Por tanto, es obvio de dónde surge la ineffectividad de los métodos psicoterapéuticos convencionales. Si bien es cierto que ofrecen ayuda temporera a los pacientes, no se logran cambios ni conclusiones permanentes, ya que no atacan las verdaderas causas de la enfermedad. En su mayoría tienen como objetivo fundamental tratar de que el paciente se ajuste a las situaciones que lo circundan. La mejor evidencia de su ineffectividad es que, a pesar de las miles investigaciones y aplicaciones hechas a diario en esta dirección, el índice de enfermedad mental en Puerto Rico continúa siendo alarmante. Este no es el primer análisis en esta dirección. En Estados Unidos se han encontrado resultados similares (Riessman, 1966; Leighton, 1963; Srole, 1967; Hollingshead & Redlick, 1958).

De ahí que no podrá erradicarse la enfermedad mental hasta tanto no se satisfagan las necesidades de empleo, vivienda, salud y buena alimentación de las clases de bajos ingresos en nuestra sociedad.

Para las personas de ingresos económicos más altos una alternativa psicoterapéutica sería la terapia grupal que le devuelva o le permita desarrollar objetivos comunes, por lo menos, parcialmente. Concebimos dicha terapia grupal basada en los fundamentos de una psicoterapia para el puertorriqueño analizando las contradicciones inherentes a su estilo de vida y generando cambios reales. Estos le servirían de incentivos para vivir, ya que evidentemente la sola satisfacción de sus necesidades como individuos separados de un grupo social no es suficiente para evitar la degeneración psíquica a trastornos mentales.

Concluyendo, señalamos que es necesario investigar más a fondo, científica y objetivamente esta problemática para desarrollar un modelo terapéutico de carácter psico-social que vaya encaminado a la solución escalonada de este gran problema de enfermedad mental en nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFIA

- Bauermeister, J. J. Terapeutas de Conducta Como Implementadores de Modelo Preventivo y de Psicología Comunal. *Revista de Ciencias Sociales*, 1974, XVIII, 59-81.
- Commonwealth of Puerto Rico, Department of Health, Mental Health Secretariat **Puerto Rico State Plan for Comprehensive Mental Health Services**, Third Annual Review and Progress Report, 1980-1981.
- Foreyt, J. D. & Rathjen, D. P. (Eds.) **Cognitive Behavior Therapy**, Plenum Press, New York, 1978.
- Hollingshead, A.B. & Redlich, F.C. Social Stratification and the Psychiatric Disorders. *American Sociological Review*, 1953, 118, 163-169.
- Hollingshead, A. B. & Redlich, F. C. **Social Class and Mental Illness**, New York: Wiley, 1958.
- Keppel, G. **Design and Analysis: A Researcher's Handbook**, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, 1973.
- Kolb, L. C. Community Mental Health Centers. *International Journal of Psychiatry*, 1970, 9, 283-292.
- Leifer, R. The Medical Model as Ideology. *International Journal of Psychiatry*, 1970, 9, 13-21.
- Leighton, D. C., et al. **The Character of Danger**, New York: Basic Books, 1963.
- McNamara, J. R. Behavior Therapy in the Seventies: Some Changes and Current Issues. **Psychotherapy Theory, Research and Practice**, 1980, 17, 2-9.
- Nemiah, J. C. The Myth of Mental Illness. *International Journal of Psychiatry*, 1970, 9, 26-29.
- Riessman, F., Cohen, J. & Pearl, A. **Mental Health of the Poor**, New York: The Free Press, 1966, Segunda impresión.
- Schulsinger, F. Biological Psychopathology. *Annual Review of Psychology*, 1980, 31, 583-606.
- Srole, L. **Poverty and Mental Health: Conceptual and Taxonomic Problems**, Washington, D. C., American Psychiatric Association, Psychiatric Research Report, 1967, 31, 132-143.
- Szasz, T. The Myth of Mental Illness. *American Psychologist*, 1960, 15, 113-118.
- United Press International, Estudio Revela Nivel de Vida Cubanos es Superior a Boricuas. **El Mundo**, martes 7 de octubre, 1980.
- Weiner, I.B. **Clinical Methods in Psychology**, New York: Wiley & Sons, 1976.
- Wolberg, L.R. **The Technique of Psychotherapy**, New York: Grune & Stratton, 1977, Tercera edición.