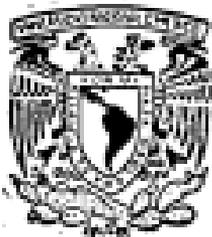


32 26)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



LA REPRESENTACION SOCIAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN CUATRO GRUPOS DE PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

TESIS CGE
VALA DE CRUCE

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

UBALDO DE LA CRUZ VELAZQUEZ
MARTHA VIRGINIA GOMEZ LOPEZ
GERARDO SUASTE AGUIRRE

ASESORA: LIC. GLORIA CAREAGA PEREZ



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

PÁG.

Introducción	1
Capítulo Uno. La teoría de la representación social	
1.1. Antecedentes del estudio de la representación social en Psicología Social	3
1.2. Definición de la representación social	5
1.3. Características de la representación social	6
1.4. Función de la representación social	9
1.5. Dimensiones de la representación social	9
1.6. Dinámica de la representación social	10
Capítulo Dos. La enfermedad mental	
2.1. Primeras civilizaciones	15
2.2. Época clásica	16
2.3. Edad media	20
2.4. Renacimiento	24
2.5. Siglos XVII y XVIII	26
2.6. Siglos XIX y XX	29
Capítulo tres. Metodología	
3.1. Tema	41
3.2. Planteamiento del problema	41
3.3. Control de variables	41
3.4. Sujetos	41
3.5. Muestras	41
3.6. Procedimiento	42
3.7. Instrumentos	43
3.8. Confiabilidad y validez	43
3.9. Aplicación y calificación	44
3.10. Diseño	45
3.11. Análisis estadístico	45
3.12. Resultados	45
Capítulo cuatro. Resultados	
4.1. Tablas 1 - 5 y Cuadros 1 - 21	47
4.2. Análisis de resultados	64
4.3. Conclusiones	81
4.4. Alcances, limitaciones y sugerencias	84
Bibliografía general	85
Anexo	
Anexo 1	89
Anexo 2	91
Anexo 3	135
Anexo 4	144

INTRODUCCION

La enfermedad mental puede verse como una entidad o como muchas entidades (cada vez más o bien como un concepto). De cualquier manera es un punto muy significativo dentro de la teoría y práctica de la psicología clínica. Sin embargo, en esta la información que se da y el tipo de investigación que se hace (libre o por control), se dirige, en gran medida, a construir sobre bases que, frecuentemente, no se cuestionan.

El presente trabajo investiga, de manera exploratoria, la representación social de la enfermedad mental, que tienen profesionales del área de la salud mental y, con base en lo mencionado anteriormente, respecto a la relevancia de la enfermedad mental, ya que es nuestro objeto de estudio, se espera que lo contenido en el presente trabajo sirva de algo a los profesionales del área a quienes, básicamente se dirige.

En el capítulo uno se presenta una visión general acerca de la teoría de la representación social, dividida en siete secciones, incluyendo sus antecedentes. La información es organizada aquí fluctuando entre una tendencia descriptiva y de educación a los objetivos del presente estudio.

La teoría de la representación social se refiere, en términos generales, a la forma y contenido de la definición grupal así como a sus determinantes. Esta teoría permite una mayor explicación de los fenómenos de estudio, puesto que permite trabajar con datos predominantemente cualitativos y, por lo mismo, no requiere de gran cuantificación.

En el capítulo 2 se presenta una revisión histórica del fenómeno de enfermedad mental, tratando de organizar la información por épocas y dentro de estas se estructura de acuerdo con el modelo médico de enfermedad. Una excepción notable fue hecha con la información de México, puesto que se presenta dentro de algunas épocas de manera independiente.

El hecho de que la información del país se presente en solo algunas épocas se debe a que, se trata de presentar solo lo propio del mismo, así pues, la información se refiere a los siguientes periodos: Precolonia, Colonial, e Inicios del siglo XX.

Otra peculiaridad de este capítulo es que al final se incluye un apartado referido a los conceptos de salud, enfermedad, normalidad, anormalidad y otros que pudieran referirse al fenómeno en estudio. Este apartado, a diferencia de los otros del capítulo dos, puesto que da mayor peso al aspecto analítico que al descriptivo.

El capítulo 3 se refiere a la metodología empleada para realizar el presente investigación y en el cual se puede ver el nivel metodológico, permitiendo así juzgar los resultados.

Finalmente, el capítulo 4 comprende los resultados, de los cuales se presentan solo las frecuencias mayores de cada uno de los análisis realizados y referente a cada muestra estudiada; el análisis de resultados que se hizo con base en la frecuencia y porcentaje, fluctuando entre una tendencia descriptiva y analítica y, por último, las conclusiones, de las cuales, la más importante se refiere a una similitud entre las representaciones sociales de las muestras estudiadas.

CAPÍTULO I
LA TEORÍA DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL

1.1 Antecedentes del estudio de la Representación Social en Psicología Social.

Los orígenes del estudio de las representaciones sociales pueden ubicarse en Alemania y específicamente con Wundt fundador de la psicología experimental, que trabajaba en su laboratorio de Leipzig fundado en 1879; de su trabajo dice Farr (1982): "La ciencia experimental de Wundt se basó en un análisis de los contenidos de la conciencia mediante la introspección. Por consiguiente esta primitiva psicología experimental fue bastante explícitamente una psicología de la conciencia del individuo."

A pesar de que Wundt tenía una perspectiva limitada de la conciencia humana, cosa que se reflejaba en su concepción de la misma pues no incluía entre otros aspectos importantes el social, así como en su metodología (la introspección) y sin mencionar todas las implicaciones que esto tuvo tanto para el desarrollo de su psicología como la de otras corrientes. "...Wundt pensaba que su ciencia experimental necesitaba ser complementada con el estudio de la mente en sociedad, fuera del laboratorio, lo cual solo podía llevarse a cabo con métodos no experimentales." (Farr, 1982).

Esto fue el tema de su "Völker Psychologie" que publicó entre 1900 y 1920, en la cual consideraba que fenómenos tales como la lengua, el mito y la religión trascienden a los individuos, es decir, son razonabilidad colectiva y no individual por lo cual, no pueden ser estudiados mediante la introspección.

Por tal limitación metodológica Wundt se vio imposibilitado de hallar la forma de articulación de los dos niveles (individual y colectivo) y se vio obligado a tratarlos de manera independiente.

Otro aspecto importante dentro de los antecedentes del estudio de la representación es la visita en 1884 que Durkheim realiza a las universidades alemanas, entre las cuales se halla la de Leipzig, que era una de las más grandes e importantes de Alemania, en esta Durkheim estuvo inscrito como alumno de Wundt; durante su estancia le sorprendió el rigor experimental con que Wundt trabajaba y quedó influenciado por su Völker Psychologie, estando de acuerdo con este en que lo individual y lo colectivo son diferentes niveles de análisis, pero va más allá al extrapolar tal diferencia a la diferencia entre psicología y sociología, correspondiendo a la primera el estudio de la representaciones individuales y a la segunda el de las representaciones colectivas.

"Durkheim insistía tanto como Wundt en que no se podían reducir los fenómenos colectivos a nivel del individuo." (Farr,

1902).

Así pues es, en efecto "...Durkheim el primero que utiliza el término representación colectiva y trata de constituir a ésta en un objeto de estudio autónomo." (Farr, 1902). "Durkheim quería señalar así la especificidad del pensamiento colectivo en relación al pensamiento individual." (Farr, 1902).

Esto lo hizo con el fin de independizar a la sociología de la psicología. Sin embargo, la Escuela Francesa de Representaciones Sociales, considera que lo que realmente hizo fue fundar una psicología social sociológica, esto debido a que en las reglas del estado sociológico en 1895 señala "...cabe preguntarse si las representaciones individuales y las representaciones colectivas no se asemejan, sin embargo, en el hecho de ser unas y otras igualmente representaciones; y si a consecuencia de estas semejanza no tendrían ambas rasgos algunas leyes comunes." (Portantiero, J.C. en Vasacek, 1900).

De este modo se concibe una psicología que sería terreno común de la psicología y la sociología.

A pesar de esto, la propuesta de Durkheim quedó mucho tiempo relegada de la psicología social y de acuerdo con Herdlich (1975), "...es en el campo antropológico donde se encuentra una tradición de estudio de estos fenómenos (...) tales como los mitos, los repertorios lingüísticos y los diversos sistemas conceptuales de las sociedades llamadas primitivas; ya se trate de antiguos estudios del pensamiento mágico religioso o de los más recientes de las teorías edípicas o totémicas de la etnología." Herdlich, en Moscovici, 1975).

Así pues la reconsideración de tal propuesta la hizo Moscovici finalmente en 1961, con la publicación de su libro: "De Psychoanalyse son usage et son abus", en el cual se reportan una serie de estudios sobre la representación social del psicoanálisis en la sociedad francesa. Con esto surge una escuela de Psicología Social europea y esencialmente sociológica.

Mesa que contrasta con la psicología dominante que era y es individualista y estadounidense y a la cual se debe el recago en la apropiación colectiva en psicología social; Moscovici (1972) afirma que "...una vez que las representaciones sociales puedan ser establecidas como fenómenos, la psicología social podrá ser definida como el estudio de dichas representaciones." (Farr, 1902).

Cabe señalar que aun cuando el estudio de las representaciones sociales proviene de la propuesta de Durkheim la concepción que de estas tiene Moscovici difiere sustancialmente del concepto de representaciones colectivas, en varios aspectos:

a).- La sociología ve a las representaciones solo como mecanismos explicativos irreductibles para un posterior análisis, su función es similar a la del átomo en física tradicional y a la

del genio en genética clásica. Por otro lado, la psicología social se preocupa únicamente de la dinámica y la estructura de las representaciones.

b).- Desde el punto de vista de Durkheim las representaciones colectivas describen un total rango de formas intelectuales que incluyen la ciencia, la religión, el arte, las modalidades de tiempo y espacio, etc.

La experiencia sugiere que es imposible cubrir tan amplio rango de conocimientos y creencias. Ellos son, en primer lugar, heterogéneos y no pueden ser definidos por unas pocas características generales.

c).- Durkheim, centrado en la tradición aristotélica y kantiana, tiene una concepción más bien estática de las representaciones. "Como consecuencia son vistas como cosas de aire estancado en la atmósfera social que retienen los conceptos y que pueden ser cortadas como un pastel para su estudio, sin embargo, las representaciones sorprenden por su carácter móvil y circulatorio, por su plasticidad." (Moscovici, 1984).

1.2 Definición de la Representación Social.

El término representación puede ser definido en psicología de diversas maneras, desde considerarla una imagen fiel del mundo exterior hasta verla como una reconstrucción de la realidad, posiciones que llevan implícita la idea de considerar al individuo o grupo, según sea el sujeto de estudio -el cual generalmente se reduce al nivel del individuo-, como un ente pasivo o simple receptor, o como alguien activo y creador.

Por otro lado, tales estudios pueden ir desde la falta de consideración de los aspectos colectivos hasta su inclusión total, como sucede con la investigación sobre la representación social. (Cherbert, 1987). (Singer, 1987). (De Saegh, 1980). (Marr, 1983).

Para los fines del presente estudio (ya que dentro de la misma teoría son posibles muchas definiciones), se definirá cada uno de los términos.

Por un lado, el término representación implica una re-construcción mental del objeto de conocimiento, re-construcción que se logra en colectividad, característica que la diferencia de las representaciones individuales. Esta definición lleva implícita una concepción del hombre que lo considera como un ente activo, dinámico y creador en contraste con las definiciones que lo implican como un ente pasivo.

Por otro lado, se les considera representaciones sociales por lo siguiente:

"... Ellas tratan con la realidad social principalmente en el

sentido de estructura social y cultural), (C) ellas son sociales en origen y, (D) ellas son ampliamente compartidas y como resultado se convierten en parte de la realidad social misma." (Jaspers, Fraser, en Roscovici, 1981).

Esto se hace con el fin de poder estudiar la representación social en su especificidad; sin embargo, cabe mencionar que la teoría no pone en duda la comprensión de otros valores sociales objetivos, tanto en el origen como en la permanencia de las representaciones sociales. "... no es cosa de poner en duda una tal determinación (pero) esta proposición demasiado general no permite en nada comprender la especificidad de la representación en relación con otras producciones igualmente sociales, como la ciencia, el arte y la religión." (Herglisch, en Roscovici, 1975) y, en otro lado dice: "...en su esfuerzo por analizar el tipo de organización cognoscitiva que constituye una representación los psicólogos, a nuestro parecer han dejado en segundo plano el problema de su determinación social. Para ellos (...) como hemos tratado de demostrar el carácter social se lee ya en la organización de la realidad y la orientación de los comportamientos." (Herglisch, en Roscovici, 1975).

Es decir, que a esta escuela le interesa más conocer la estructura cognoscitiva colectiva que el contenido específico de una u otra representación social, lo cual se ve más claro en la consideración que hace Roscovici de la determinación social, misma que se divide en dos determinación social central que "...regaría el surgimiento de una representación y su contenido (...) determinación social lateral que se maneja directa, dirigida sobre sus aspectos predominantemente cognoscitivos y expresivos." (Herglisch, en Roscovici, 1975).

1.2 Características de la Representación Social.

Primero cabe mencionar las características de la representación al estudio de las representaciones sociales, que como ya se mencionó, difiere en varios aspectos (ver sección anterior), del estudio de la representación en sociología y de los cuales aquí interesa el referente a que la psicología social se ocupa de la dinámica y la estructura de las representaciones sociales "... penetrar al interior para descubrir los mecanismos intrínsecos y la validez de las representaciones sociales con el mayor detalle posible, esto es, dividiendo las representaciones, como los átomos y los genes tienen que ser divididos para su estudio." (Roscovici, 1981).

Por otra parte y según Farr, a Roscovici le interesa el hecho de "... que los individuos o grupos de individuos, como función de su situación dentro de una sociedad y una cultura asistan lo que les es extraño o les llega de un ámbito distinto al "conocido" (...) se interesa, por consiguiente en el pensamiento profano y las epistemologías profanas." (Farr, 1983).

De nuevo aparece su concepción acerca de que los grupos o

sociedades presentan el interés en las epistemologías propias se interesa en uno de los dos universos, (el consensual), que él mismo define; estos son el consensual y el materializado, en el primero "... la sociedad es una visible y continua creación, cubierta de significado y propósito, poseyendo una voz humana, de acuerdo a la existencia humana y actuando y reactuando como ser humano." (Roscovici, 1964). En otras palabras el hombre es, aquí, la medida de todas las cosas.

"En el mundo material la sociedad es vista como un sistema de roles y clases diferentes cuyos miembros son indistintos; solamente la competencia adquirida determina su grado de participación de acuerdo al escrito, lo bueno que es para funcionar como físico, como psicólogo (...), o para sostenerse en la medida en que no tienen competencia en la materia." (Roscovici, 1964). El universo consensual es un universo común, que tiene un significado subjetivo para quienes lo comparten, pero que sin embargo, es aceptado como una realidad. Las representaciones sociales tienen más que ver con este universo que con el material, el cual sería explicado por las ciencias. Sin embargo, hay un paso del mundo material al consensual, es decir, que muchas veces las ciencias forman la base de una representación, como ocurre Roscovici en el caso del psicoanálisis. (Roscovici, 1961). En este sentido, las ciencias vendrían a ser ciencias hechas comunes y cotidianas.

Como ya se ha mencionado (ver definición), no se considera que las representaciones sociales sean un reflejo fiel y acabado de la realidad, sino una reconstrucción, quizá distorsionada de la realidad y que constantemente se halla en movimiento, sea por adición de nuevos elementos y/o eliminación de otros, es decir, es un proceso dialéctico. A este respecto, Roscovici (1964) expone tres hechos:

a).- "Primero, la observación familiar muestra que nosotros no nos enteramos de las más obvias cosas que frapásemos en ver lo que está ante nuestros ojos. Esto es como si fuesimo vista o percepción fuera oscurecida por una clase dada de personas..."

b).- "Segundo, frecuentemente notamos que algunos hechos que damos por sentados y que son básicos para nuestro entendimiento y conducta súbitamente pasan a ser meras ilusiones (...). Así nosotros distinguimos la apariencia de la realidad de las cosas, pero distinguimos esto, precisamente, porque podemos cambiar desde la apariencia a la realidad por medio de alguna noción o imagen."

c).- "Tercero, nuestras reacciones a los eventos, nuestras respuestas a los estímulos, están relacionadas a una definición dada, común para todos los miembros de la comunidad a la que pertenecemos."

Es decir, que nuestros sistemas perceptuales y cognoscitivos son ajustados a ellos. En los que respecta a nuestra conducta cotidiana, las representaciones tienen varias características que

las influencias

a).- Primero, ellas convencionalizan los objetos, personas y eventos que encontramos. Ellas les dan una forma definida, los colocan en una categoría y gradualmente los establecen como un modelo de cómo todo debería y debería ser por un grupo de gente.

b).- Las representaciones son prescriptivas, esto es, que se imponen sobre nosotros con una fuerza irresistible. "Esta fuerza es una combinación de una estructura (...) y de una tradición que decreta que deberíamos creer." (Rosenthal, 1996).

En resumen, podemos considerar a una representación como una realidad por los aspectos básicos:

- 1) Porque se funda en la tradición cultural.
- 2) Porque es socialmente compartida.

Aspectos que, cumplidos, han de determinar la permanencia de una representación, es decir, que una vez presentada, tienda a preservarse por el grupo ya que esta resume aspectos generales de actitudes, valores y normas sociales, así pues, esta servirá para distinguir al grupo ante los demás y ante sí mismo.

Debe aún mostrar, por contraste con otras aproximaciones en psicología social, otra característica de aquella de la representación social.

Otras aproximaciones que acentúan actitudes, valores, por ejemplo, se diferencian de la escuela de la representación social, no por el hecho de referirse a constructos psicológicos, ya que al ser escuelas cognoscitivas las interesan tales fenómenos, incluso así que la estimulación social objetiva; sino lo más importante y que, las diferencia de la psicodinámica, es que ignoran el contenido, origen social y, sin embargo, de acuerdo con Jaspard, G. Frater "Debería ser dicho (...) que la investigación "angloamericana" en cognición social, y los recientes estudios en relación a la estructura y contenido de los sistemas conceptuales y de creencias, que aquellos aspectos acentuados por la investigación francesa en representaciones sociales han recibido mucha atención en la investigación de la cognición social." (Jaspard and Frater, 1980).

Con esto se aclara que la investigación angloamericana no se ha centrado solamente en estudios fragmentarios de "opinión acerca", "actitudes de" o "actitudes hacia". El problema se halla en el nivel de análisis ya que las representaciones sociales permiten un nivel al menos interindividual, mientras que la angloamericana no puede ir más allá de éste, en gran medida como resultado de sus orígenes; la representación social se basó en Durkheim y la investigación angloamericana surgió como una respuesta a una psicología En la cual surge explicaciones de diferencias individuales. Por tanto, representación social no es

la misma que representamos cognitivamente.

1.4 Función de la Representación Social.

A la representación social como una forma de conocimiento que tienen los grupos para apropiarse su entorno, se le pueden asignar varias funciones. Sin embargo, y de acuerdo con Moscovici la más importante es la "... hacer familiar alguna cosa no familiar, o la no familiaridad en sí misma familiar." (Moscovici, 1984). Esta situación ha de permitirle al grupo mantener un sentimiento de continuidad respecto a su entorno y restituirle un sentimiento de tranquilidad.

Por lo tanto, podemos decir que una representación se forma para la defensa de la integridad psicológica y social de los individuos surgiendo donde existe peligro para la identidad colectiva." (Moscovici, 1984).

Todo esto, por consiguiente, se halla dentro del mundo consensual (ver caracterización), en el cual "... la memoria prevalece sobre la deducción, el pasado sobre el presente, la respuesta sobre el estímulo y la imagen sobre la realidad." (Moscovici, 1984). Así pues, tendemos a hacer familiar algo que no lo es por medio de lo que conocemos y siempre que esto coincide con lo que tenemos, no aparecerá que se le relegue a lo abstracto o a lo desconocido en realidad, no provocará un sentimiento de no familiaridad que seguramente se presenta cuando "...las fronteras y o convenciones desaparecen cuando las distinciones entre lo abstracto y lo concreto son empalmeadas, o cuando un objeto que ya se tiene pensado como abstracto, súbitamente aparece en toda su concreción." (Moscovici, 1984).

La forma en que tal sentimiento trata de evitarse al mismo se verá en una sección posterior (ver Dinámica).

Así pues, nuestra realidad viene a ser una materia de convenciones y de limitaciones, lo que implica que es subjetiva; sin embargo esto no le resta poder ya que lo tiene a nivel de cualquier fenómeno natural.

1.5 Dimensiones de la Representación Social

Estos son aspectos ya propiamente del estudio analítico de la representación social en el cual Moscovici distingue tres grupos de fenómenos (Maschay, 1985):

- a) La organización del contenido y análisis dimensional.
- b) El proceso de elaboración de la representación social.
- c) El sistema cognitivo propio de la representación social.

Por lo que toca al inciso a, tal inciso o se verá en la

primera sección). Damos que son consideradas tres dimensiones las cuales, según Moscovici son: la información, el campo de representación y la actitud.

"La información refiere a la suma de conocimientos poseídos a propósito de un objeto social, a su cantidad y a su calidad sea o sea este estereotipada trivial o original, por ejemplo." (Herslich, en Moscovici, 1975); aquí habría señalar que lo más importante para el estudio de la representación social es la calidad, aquella que en base a su historia un grupo le da a esta cantidad de información respecto de un objeto de interés social.

"La noción de campo de representación es más compleja, este todo expresa la idea de una organización del contenido. Hay una unidad jerarquizada de los elementos." (Herslich, en Moscovici, 1975). En otras palabras, el campo de representación es un conjunto de ideas, jerarquizadas que sustituye a un conjunto de ideas, tal jerarquización se realiza en base a las actitudes, normas y valores sociales del grupo, por lo tanto, de esto va a depender que el esquema tome una forma u otra.

"La actitud por último, expresa la orientación general positiva o negativa frente al objeto de representación. El hecho importante nos parece ser que la actitud se manifiesta como una dimensión más preactiva que las otras dos, en el sentido de que puede existir en el caso de una información reducida y de un campo de representación poco organizado." (Herslich, en Moscovici, 1975).

Este análisis tridimensional, como se le llama es el que nos va a permitir una cooperación intergrupos ya que se refiere al contenido de la representación, mismo que va a estar determinado por un contexto específico, entendiendo este en un sentido amplio y a nivel colectivo, y por consiguiente ha de variar de grupo a grupo.

Este aspecto es importante aun cuando a la escuela francesa de representaciones sociales no le interesa tanto en sí mismo, como el hecho de, a través de éste, llegar a un conocimiento lo más cierto posible de la estructura y funcionamiento de la cognición colectiva.

La Dinámica de la Representación Social

La dinámica de la representación social (que corresponde al inciso b, mencionado en la sección anterior), se refiere al proceso de la elaboración de una representación social. De acuerdo con Herslich, es por medio de esta que "... existimos a la construcción social de lo real." (Herslich, en Moscovici, 1975).

Este proceso consta de dos etapas que se continúan pero, que sin embargo son diferentes, estas dos etapas son: el anclaje y la objetivación, mismas que según Moscovici son "...dos mecanismos

de proceso de pensamiento basados en la memoria y las conclusiones conocidas de antemano." (Roscovici, 1984).

Anclajes. Consiste en traer a lo conocido algo que no lo es, es decir traer un nuevo objeto a las cosas, esto mediante dos operaciones clasificatorias y de anclaje.

Así pues, cuando nos enfrentamos con algo desconocido, que nos intriga, nos esforzamos por volverlo familiar, tratamos de ponerlo en alguna de las categorías que poseemos.

Toda categoría posee un paradigma, el cual, como su nombre lo dice, es una especie de modelo que reúne las características generales de los elementos constitutivos de una categoría, es así como cada nuevo elemento es comparado al paradigma y entonces, en la medida en que un objeto o cosa es comparado al paradigma de una categoría adquiere las características de esa categoría, es ajustada para que coincida con ella.

"En la clasificación así obtenida es generalmente aceptada, entonces, alguna idea que se refiere a la categoría, puede también referirse al objeto o idea". (Roscovici, 1984). En el caso de una persona esto puede aplicarse además, una serie de patrones de conducta esperados, con lo cual este operación incluye una serie de limitaciones respecto al objeto, Roscovici dice: "... es verdad que nuestros juicios y clasificaciones a la gente y a las cosas comparables con un prototipo entonces, inevitablemente, tenderemos a seleccionar aquellas facetas que son más representativas de este prototipo..." (Roscovici, 1984). Esta operación puede llevarse a cabo de dos maneras individualizando o generalizando.

La primera forma, individualizando, se refiere a que el objeto de conocimiento se mantiene aislado por no coincidir con el prototipo de la categoría en la cual se creea que podía incluirse, pudiendo ser este el origen de una nueva categoría, esto implica que, además, a aquello que es individualizado, simultáneamente se le busca que es lo que lo hace diferente.

La segunda, generalizando, realiza la elección de una faceta de algún objeto de conocimiento la cual es usada como una categoría y se hace extensiva a todos los elementos, de tal manera que cualquier nuevo miembro que posea esta faceta se incluya en la categoría.

De acuerdo con Roscovici "...la tendencia para clasificar, por generalización o por particularización, no es una elección meramente intelectual sino que refleja una actitud dada hacia el objeto, un deseo para definirlo como normal o anormal." (Roscovici, 1984).

Por último, diremos que el hecho de clasificar tiene la ventaja de que una categoría "...es fácil de manejar, proporciona un modelo o prototipo para representar a la clase..." y el

proyecto "...de crear clases de individuos..." (Rosowicz, 1984).

La segunda operación del anclaje, es una operación que va más allá de la mera con la anterior, ya que generalmente no podemos clasificar sin nombrar. inherentemente tenemos una fuerte tendencia a nombrar todo aquello que nos parece desconocido. Rosowicz dice: "Nombrando algo nosotros lo sacamos del perturbador anónimo, para dotarlo con una genealogía y para incluirlo en un complejo de palabras específicas, para colocarlo, de hecho en la matriz de identidad de nuestra cultura." (Rosowicz, 1984).

Esta operación es también importante ya que si no se puede nombrar algo no se lo puede representar, permanese en el mundo de lo abstracto, así, nos permite llenar de sentido el mundo, el cual de lo contrario ocasionaría temor y desconfianza.

La asignación de un nombre a algo o a alguien puede ser arbitraria, sin embargo, con el consenso, puede devenir usual y hasta necesaria.

Rosowicz menciona tres consecuencias de nombrar los objetos de conocimiento:

a) Una vez nombrada, la persona o cosa puede ser descrita, a la vez que tiene ciertas características, tendencias, etc.

b) El proceso se vuelve distinto de otras personas o cosas por medio de esas características y tendencias, y ...

c) El proceso se vuelve el objeto de una convención entre aquellos que la adoptan y comparten." (Rosowicz, 1984).

Es así como en el presente estudio, por los términos tales como complejo, represión y neurótico se da consistencia a estados de tensión humana, lo que implica que tales vocablos psicoanalíticos, a la par de ser anclados, son socializados.

Respecto de esta operación Rosowicz dice: "...es obvio que nombrar no es una operación puramente intelectual que apunte a la claridad o a la coherencia lógica, es una operación relacionada a una actividad social." (Rosowicz, 1984). Y, afirma que la teoría de las representaciones sociales en este sentido tiene dos consecuencias:

Primero, excluye la idea de pensamiento o percepción sin anclaje.

Segundo, los sistemas nominales y de clasificación no son simplemente medios de graduación y etiquetamiento de personas u objetos como entidades discretas. Su principal objeto es facilitar la interpretación de características, el entendimiento de intenciones y motivos de las acciones de la gente, de hecho, para formar opiniones.

Objetivación: El segundo proceso de la gimnasia se conoce como objetivación, por medio del cual se logra la saturación de realidad del objeto de conocimiento que hasta antes había permanecido a nivel abstracto.

Según Roscovici, "la objetivación explica una descepción particular de los conocimientos concernientes al objeto de la representación social." (Herglisch, en Roscovici, 1975). Por medio de este proceso se convierte algo abstracto en algo concreto, se le pasa de la mente al mundo físico. Un ejemplo claro es el siguiente: la aceptación de hechos teóricos o fenómenos que en épocas pasadas fueron rechazados por ser considerados ilógicos o poco accesibles. A este respecto, Roscovici dice que "...realidad que no es percibida no familiar es una generación de cual e ideas y familiar en la siguiente." (Roscovici, 1980).

Recordemos tres teorías que con su historia pueden ilustrar de manera más clara este fenómeno: la teoría de Copérnico, la teoría de Darwin y la teoría de Freud.

Como explicación a lo anterior en esta dicho se proponen dos etapas de la objetivación: "...la primera se caracteriza porque el sujeto o el grupo recibe de forma selectiva la información circulante, la cual es descontextualizada (Sapin, 1967), trayendo como consecuencia que los elementos seleccionados del conocimiento teórico inicial se elaboren dándole un carácter concreto, lleno de imágenes coherentes y, sobre todo, accesible." (Banda, Flores 1986).

Aquí, y de acuerdo con Herglisch, es donde Roscovici introduce la noción de esquema figurativo ya que para él "...objetivar es describir la cualidad misma de una idea, es reproducir un concepto en una imagen." (Herglisch, en Roscovici, 1975).

Todas aquellas ideas que pueden ser imaginadas en esta etapa, pasan a conformarse en un núcleo figurativo.

En el segundo estadio, el esquema figurativo se desvía de su origen y ya elaborado pasa a formar parte de la realidad, "... el esquema figurativo (...) deja en efecto de ser una elaboración abstracta explicando ciertos fenómenos, para tener su expresión inmediata y directa." (Herglisch, en Roscovici, 1975). Se ha llamado naturalización al proceso por el cual "... convertimos en realidad un símbolo." (Alquicira, 1965), consistiendo además, de acuerdo con Herglisch (1975), en la formación de verdaderas categorías que nos permitieran, a partir de una representación, formar otra, de este modo, un sujeto o grupo creen reflexar de manera objetiva la realidad ignorando que es lo que sucede en la formación de su representación social. Así pues, se hallan "... olvidando que dicho conocimiento se encuentra atravesado por nociones procedentes de otras partes y por valores y normas que le son propios, ignorando a la vez, en que es rebasado por su conocimiento y en qué es su creación propia..." (Herglisch, en Roscovici, 1975).

Una vez que una sociedad o grupo, dentro de esta acepta y adopta un determinado esquema figurativo, lo cual depende de la habilidad que este tenga para explicar situaciones concretas, encuentra fácil hablar de cualquier cosa que dicho esquema implique y además, por lo antes dicho, les permitirá entender a los demás y a sí mismos.

Moscovici (1974), asegura que tenemos una fuerte tendencia a objetivar, situación que se hace patente cuando hablamos de clases sociales o poderes, puesto que tendemos a buscar quienes los personifiquen, cuando escribimos, también, puesto que preferimos usar sustantivos, que se refieren a cosas, menciona también que en psicoanálisis no hay una excepción ya que éste se refiere más a una acción, ni un indociente ya que éste señala un atributo de algo más.

A través de la dinámica de representación social, se ve de manera más clara que estas actitudes hacen familiar lo que no es, basándose en la teoría, de este modo se puede decir que "... el anclaje y la objetivación son formas de manejar la ansiedad." (Moscovici, 1984).

Cabe señalar, por último, que existen tres condiciones que pueden afectar el surgimiento de una representación social:

"Ante todo hay índice Moscovici' dispersión de la información y desfase entre la efectivamente presente y la que sería necesaria para constituir el fundamento sólido del conocimiento. Además, el grupo o el individuo están diversamente focalizados, sobre ciertos objetos o ciertos problemas, varía su grado de interés, de socialización. Pero se debe tener en cuenta la presión a la inferencia que existe en todo grupo social." (Citado por Herzlich, en Moscovici, 1975).

La teoría de las representaciones sociales pues, se refiere a las formas, contenidos y determinantes del conocimiento de los grupos. Como es que pueden conducir para conducirse de tal o cual forma respecto a un objeto de interés social.

En el caso del presente estudio tal objeto sería la enfermedad mental, acerca de la cual existen diversas concepciones, que a la luz de la presente teoría serían formas de explicar y hacer familiar este fenómeno. Tales explicaciones determinarían formas específicas de conducta hacia la enfermedad mental y que en este caso serían los tratamientos, es decir mediante estos se objetivaría una determinada concepción.

CAPITULO I LA ENFERMEDAD MENTAL

2.1 PRIMERAS CIVILIZACIONES

2.1.1 Egipto

En las primeras civilizaciones prevalecía una tendencia a considerar que el origen de las enfermedades mentales era sobrenatural, por lo tanto fuera del hombre. Por ejemplo en China "... se centran en la causalidad supersticiosa de la enfermedad como algo relacionado con la invasión de la mente por espíritus nocivos..." (Freedman, Kaplan, 1982). Sin embargo también se le atribuían causas naturales, psicológicas y sociales. Por ejemplo, en la cultura judía, "Aparte de los espíritus malignos las causas de la enfermedad mental podían ser la herencia, los procesos fisiológicos, las relaciones sexuales excesivas o incorrectas, la soledad y la pereza." (Freedman, Kaplan, 1982). En la India, la etiología de la enfermedad mental "...se atribuye a la prevalencia de la pasión (raza) y la obscuridad (tama) que causaban un desequilibrio en la constitución de la persona." (Freedman, Kaplan, 1982).

2.1.2 Mesopotamia

Es muy probable que el hombre antiguo "... haya elaborado (...) ideas a partir de sus propias experiencias personales y de sus contactos con los enfermos, (...) sus observaciones sobre la conducta disparejada, incoherente, inmersa y destructora del delirante y del psicótico, sus aprehensiones frente a un estado confusional..." (Ibid, 1982). Gracias a esta situación se llegó incluso a tener diferenciaciones entre patologías. Por ejemplo, existe la diferenciación entre demencia mental, enfermedad mental, enfermedades físicas, esto en la cultura india según el antiguo testamento.

2.1.3 Israelitas

El tratamiento en estas culturas era variado, según lo que se tiene reportado, así pues: "La actitud de la cultura judaica hacia la enfermedad mental oscilaba entre un enfoque ilustrado y una actitud intolerante, pero en cualquier caso se hallaba influido por la energía ordenada de que el hombre es a la imagen de Dios." (Freedman, Kaplan, 1982).

En la cultura india el tratamiento "...constaba de cuatro métodos: 1) Psicoterapia basada en el canto de canciones (...)
2) Drogas obtenidas de plantas o animales, en particular la serpiente (raafola serpentina), con sedante y tranquilizante.
3) Agentes diversos como el sal, el azar y el agua.
4) Drogas fabricadas por el hombre..." (Freedman, Kaplan, 1982). En China, era basado en la creencia "...de que el ying y

el yung. Los portadores del equilibrio psíquico se hallaban igualmente distribuidos por todo el cuerpo, ofrecía la base racional para las prácticas de la acupuntura y "acupuntura..." (Freeman, Kaplan, 1982).

2.2 TEORA Clásica

2.2.1 Teoría

En Grecia existió una cultura vasta que puede considerarse base de otras artes y ciencias. No es pues, de extrañar que existan datos relevantes respecto a la enfermedad mental.

2.2.2.1 Empírico

Era característico de la opinión popular la creencia en determinadas sobrenaturales de la enfermedad mental y, específicamente, la posesión por los dioses Hércules y Lisis. Sin embargo, desde el punto de vista médico, "El funcionamiento de la personalidad alcanzaba un nivel crítico cuando se conseguía la crisis, es decir, la interacción apropiada de las "fuerzas internas y externas. Contrariamente al conflicto denominado diátesis, indicaba el exceso de algún humor corporal..." (Freeman, Kaplan, 1982).

Otro aspecto importante de esta época, fue la concepción de Hipócrates (460-350 a.C.), el cual sostenía que la epilepsia era una enfermedad del cerebro del hombre y no debida a causas sobrenaturales; así pues, con esta concepción se cambiaban las ideas en el hombre mismo, posibilitando una explicación más adecuada que cuando se atribuían a causas sobrenaturales. Sin embargo, este punto de vista sería rechazado como veces y bellas veces rechazándose sus patentes hasta después del descubrimiento.

Por otro lado, los filósofos que representaban el aspecto aristotélico o racionalista decían lo siguiente: "Platón hizo un esfuerzo impresionante para explicar los acontecimientos irracionales y la conducta como partes inevitables de la vida humana así que como resultado de influencias sociales." (Freeman, Kaplan, 1982).

Aristoteles habló de la unidad cuorporena por medio de la bilis.

Empédocles decía que el amor y el odio eran fuentes fundamentales que determinaban cambios en la conducta humana.

Se encuentran entonces, por un lado, la creencia en lo sobrenatural como factor etiológico y, por otro, en factores

relacionados con el hombre mismo (su cuerpo, sus pasiones, sus facciones fisiológicas de la enfermedad mental), es fácil. Aquí, donde pueden ubicarse con más claridad los orígenes del psicoanálisis y del psicoanálisis.

2.2.1.2 Diagnóstico

En esta época, se tienen datos de, por un lado, el origen de la enfermedad basados principalmente en la teoría de los humores, las "... personas se clasificaban según cuatro temperamentos (...): sanguíneo, colérico, melancólico y flemático. Esta clasificación se consideraba como un índice de la orientación emocional prevalente." (Freedman, Kaplan, 1982).

Del estudio de cualquiera de estos, iba a depender el tipo de psicología: esta teoría sería retomada en Roma por Galeno y, en la Edad Media, por Santo Tomás y San Alberto.

Por otro lado, se podía hacer el "diagnóstico" cotidiano en base a la identificación conductual "característica" de este tipo de personas.

"La costumbre de coquetear sin orientación y la tendencia a la violencia se consideraban como signos especiales de enfermedad mental." (Freedman, Kaplan, 1982).

No se tienen datos, pero es muy probable que desde esta época (y aun antes), se había considerado solo a los que hoy se llaman trastornos psicóticos como enfermedad mental.

2.2.1.3 Tratamiento

El tratamiento era muy variado, en el sentido propio del término, existían técnicas psicoterapéuticas como el teatro, que promovía la abstracción, técnica que sería retomada por Socrates en base entre el siglo I y el a.C., cuyo efecto terapéutico era reconocido por Aristóteles "... postulaba que su función terapéutica se debía a que excitaba las pasiones." (Freedman, Kaplan, 1982).

Existía además, el ejercicio llevado a cabo por sacerdotes griegos que "Complementaban los encantamientos y los ejercicios para el enfermo mental con recomendaciones de benevolencia y sugerencias de que se emplearan actividades físicas y recreativas." (Ibid, 1982).

También puede mencionarse la incubación, método que consistía en que el enfermo iba a dormir al templo del dios Asclepio y éste se presentaba en el sueño del enfermo en forma de niño, perro o serpiente, tocaba la parte enferma y la persona despertaba aliviada, un intérprete describía su sueño, después de lo cual hacía oraciones votivas como recomendamiento.

Por otro lado, existían técnicas que pueden denominarse místicas como el uso de "... una serie de sustancias animales o vegetales que se consideraban específicas para el tratamiento de la locura y la esquizofrenia." (Freeman, Kaplan, 1982). La discrasia iterao empleada para designar el exceso de algún humor corporal, se solucionaba mediante una dieta.

Por último, existían tratamientos psicodramáticos puesto que a veces se les trataba como señores, mientras que otras veces, se les trataba como objetos de burla y desprecio, siendo inclusive encadenados bajo el supuesto "... de que los mismos creían que los hicieron enfermar debían cuidar de ellos." (Vázquez, González, 1986).

Al paso, se ve que, acorde con sus variadas concepciones de enfermedad mental, eran igualmente variados y, en ocasiones, contradictorios y/o complementarios entre sí los tratamientos existentes.

3.2.2 Egipto

Una vez caído la cultura griega, como resultado del disenso interno y la invasión árabe, la siguiente cultura importante surge en lo que hoy se conoce como Italia. La cultura romana se impone como potencia en la Europa de principios de nuestra era aproximadamente en el año 100 a.c., debido a sus grandes triunfos militares. Caracterizada por sus ambiciones coloniales, desarrollo poco lo concerniente a las ciencias y, en cambio, tuvo un gran auge el derecho, como consecuencia de la necesidad de asegurarse territorios, tributos y esclavos.

3.2.2.1 Etiología

Como consecuencia de la falta de desarrollo de las ciencias, en esta cultura seguía prevaleciendo la creencia, en el origen sobrenatural de las enfermedades.

Sin embargo, sobresale en esta época el médico Galeno (100 a 200 d.c.), que tuvo el cuidado de retomar los avances de la cultura griega, desarrolló una teoría acerca del alma y "Sostiene que la salud del alma dependía de la armonía de las partes racionales, irracionales y sensuales del alma." (Vázquez, González, 1986). Como consecuencia de sus investigaciones sobre la cultura griega, se vio influido por la teoría de los humores y, en este sentido sostenía que "La salud era debida a una proporción correcta de sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra; la discrasia, que conducía a la enfermedad se debía a una acción inadecuada." (Freeman, Kaplan, 1982).

En este autor, considerado eclecticico, se hallan presentes las dos posturas típicas: lo psicológico y lo biológico como factores etiológicos, situación que se manifiesta, en este mismo sentido,

claramente, hasta el siglo XI, con el surgimiento de la medicina psicoesomática.

Así pues, se siguen encontrando los orígenes somatomotrices y humanos y dentro de este, lo orgánico y lo psicológico.

3.2.2.2 Galenístico

Galeno, estudiando "la anatomía y fisiología del sistema nervioso, sostuvo que la existencia de síntomas no indicaba necesariamente que el órgano o la parte del cuerpo que produce dichos síntomas fuera la parte alterada." (Vazquez, González, 1982), con esto, probablemente, también estaba atribuyendo la etiología de las enfermedades mentales al sistema nervioso.

Se describieron patologías, por esta época, aparentemente somatomotrices.

Aclepiades, "describió la frenitis como una fiebre acompañada de excitación mental, y la manía, como una excitación continua sin fiebre." (Freedman, Kaplan, 1982). Por su parte, "Galenó describía muchos tipos de aberraciones melancólicas (paranoias), procedentes en parte, de impresiones sensoriales falsas (fantasías) no obstante, eran comunes a todos ellos el miedo y la desesperación (distiquias)." (Freedman, Kaplan, 1982).

Por otro lado, en la legislación romana, enferma y desarrollada, existían artículos que hacían referencia a la enfermedad mental "... en el texto legal de los romanos Corpus Iuris Civilis, se exponían con detalle los diferentes estados como enfermedad y embriaguez, que podían disminuir la responsabilidad criminal; sin embargo, al parecer el estado de la mente del demandado era determinado por un juez." (Freedman, Kaplan, 1975).

3.2.2.3 Tratamiento

Se pueden distinguir tres tipos de métodos terapéuticos: Los religiosos los médicos y los místicos.

Dentro de los primeros se halla la embriaguez, originaria de Babilonia y popularizada en Roma a principios del siglo III a.d., cuando se construyó el templo del dios Aclepias.

Por lo que toca a los tratamientos médicos, un ejemplo es el exceso de bilis que "...debía ser eliminado a través de la flebotomía o utilizando agentes catárticos". (Freedman, Kaplan, 1982), afirmación de Galeno que refleja la misma calidad orgánica psicológica de su concepción.

En cuanto a los tratamientos místicos se "...se subrayaba el uso correcto de la comida, del vino, de la fisioterapia y de

otras actividades que imponían restricciones físicas mínimas, e incluía así mismo, técnicas psicoterapéuticas, como la estimulación musical e intelectual; a los pacientes se les animaba a formar relaciones con los otros." (Freedman, Kaplan, 1992).

Aparentemente existía la institucionalización de los pacientes los cuales recibían un trato humano. El principal exponente de esta tendencia fue Soranus (siglo I a II d.c.), caso que "...es conocido en particular por los principios verdaderamente humanitarios que aplicaba en el tratamiento de los enfermos mentales. Las habitaciones debían estar protegidas de estímulos perturbadores; las visitas de los parientes eran restringidas; el personal, responsable del cuidado de los pacientes era instruido para actuar en forma simpática; durante los intervalos libres, los pacientes mentales eran animados a leer y discutir después lo que habían leído, a participar en situaciones dramáticas (la tragedia se presentaba para controlar la ira, la comedia para contrarrestar la depresión) y a hablar en las reuniones de grupo." (Freedman, Kaplan, 1992).

Esta última aproximación puede considerarse el antecedente remoto del tratamiento moral del siglo XVIII, por una parte y, por otra, de la comunidad terapéutica del siglo XX.

2.3 **EDAD MEDIA 1470-1497 años.**

Este periodo de la historia europea, también llamado oscurantismo, comprende desde la caída del imperio romano (476) hasta la toma de Constantinopla por los turcos (1453), o bien hasta el Renacimiento.

Una vez terminada la dominación romana, la iglesia surgió como la mayor fuerza y produjo gran fervor religioso, reflejado en las cruzadas. Esta situación generó que la iglesia controlara prácticamente todo, la cultura se basaba de los monasterios y solo, posteriormente, en las universidades, con el consecuente atraso científico, solo tomando gran auge la filosofía escolástica. Siendo además el sistema de producción el feudalismo, provocó grandes injusticias a la población sembradas por las fuertes y devastadoras epidemias de peste negra.

2.3.1 **Elucubra.**

Se nuevo aparece aquí la concepción del origen sobrenatural de la enfermedad mental, esta vez tomada como posesión o pacto con el diablo (brujería). Concepción que es consecuencia lógica de las ideas y el fanatismo religioso de la época. Se considera que hubo un retroceso puesto que de nuevo, y con más fuerza, se ponen las explicaciones fuera del hombre mismo.

"En lo que concierne al desprendimiento de las explicaciones "sobrenaturales" de la enfermedad mental, la medicina

grecolatina y árabe había considerado ya a la manía, la melancolía, la epilepsia, la histeria, el delirio, como "enfermías" de origen "natural" ..." (Cf. Bernard, *ib. cit.*, 1980).

Sin embargo, no se pretendía que la posesión fuera la única causa (pero sí la más importante), expresión clara de esto es que Santo Tomás de Aquino y San Alberto Magno, grandes exponentes de la filosofía escolástica, aceptaban la patología griega. "Al iniciar el siglo XIII el núcleo de la teoría de la psicopatología postulada por Alberto Magno (1193-1208) y Tomás de Aquino (1225-1274), lo constituye la noción de que el alma no podía enfermar, por tanto la locura era esencialmente un trastorno somático." (Vacquez, González, 1986).

En este mismo sentido se encuentra San Agustín, el cual se "...atribuía a la ampliamente aceptada división de la mente en tres facultades: la razón, la memoria y la voluntad. Aceptaba también la descripción de Cicerón de las cuatro pasiones o perturbaciones fundamentales, es decir, el deseo (libido), el miedo, la alegría y la pena, que podían ser moderadas por la razón." (Freedman, Kaplan, 1982). Con este exponente se hace clara la relación entre explicaciones psicológicas y religiosas, y habría preguntarse si es que realmente centra el interés en el hombre, por este mismo o por considerar que el alma se halla alojada en él.

Otro concepto desarrollado fue la doctrina de los temperamentos a la cual se apegaron incluso, médicos no católicos.

En Arabia, "... la raíz de la actitud humanitaria se encontraba en la creencia musulmana, puesta de manifiesto por el profeta, de que la persona que ha perdido la razón es amada por Dios y ha sido particularmente escogida por él para decir la verdad." (Freedman, Kaplan, 1982).

2.7.2 Diagnóstico

Acorde al clima de época, surgieron o se identificaron algunos cuadros característicos como el *insubus* y la *apedia*. La primera "... se atribuía a la existencia de un género masculino que atacaba a las mujeres honestas, en oposición al fenómeno del *subus* que era, a su vez, un demonio femenino que molestaba a los hombres." (Freedman, Kaplan, 1982).

La segunda (*la apedia*), se presentaba en los niños y se caracterizaba por fantasías y obsesiones eróticas.

Otro caso es el de la *brujería*, para el cual existe controversia hasta la fecha, puesto que no se tienen suficientes elementos acerca de si se trataba de histerias, epilepsia, demencia senil o parálisis general progresiva, entre otras cosas;

sin embargo, el diagnóstico, si se puede llamar así, se basaba en encontrar marcas de nacimiento, puntos de anestesia y confesión de pacto con el demonio. No es pues de extrañar que el diagnóstico se hiciera principalmente en forma oral y teológica, basándose incluso en los diez mandamientos.

Es destacable, respecto a esto último, que la enfermedad mental y la posesión estaban fundidas, (buscá con el mismo fenómeno visto con diferentes marcas referenciales).

Esta situación, aunada al hecho de que el terreno más frecuentemente empleado para la mayoría de las alteraciones, era el de melancolía, deja muy pocas posibilidades de progreso en nosologías y, no se diga en la clínica. Así parece efectivamente surtido que solo se tiene el informe de "... Alejandro de Tralles (824-885), quien describió un cuadro que estaba formado no solamente por la melancolía, sino también por fases maníacas de manera cíclica, y está es aparentemente la primera descripción de la locura circular." (Freedman, Kaplan, 1982).

3.3.3 Tratamiento

Con cuando el cristianismo suponía el deber de amar y ayudar al prójimo en desgracia, esta idea parece haber influido de manera más notoria en África (Árabia), que en Europa, ya que en esta época "...y al principio del Renacimiento la 'demonología' inspiró los peores excesos (Bodin y el famoso Malleus Maleficarum, siglos IV y XVII), y debieron ser vencidas grandes resistencias para hacer aceptar la idea de que las brujas, los poseídos podían sufrir una 'enfermedad natural'." (Gy, Bernard, et. al. 1981). Aunque respecto a esto, es probable que más bien estuvieran enfermos los dictaminadores ya que los métodos dejaban poco lugar a la inocencia, además se sabe de las 'cazadas de brujas' de manera que se les buscaba y se les encontraba, terminando muchas de ellas en la hoguera.

Otra forma de tratamiento era el ejercicio mediante la intercesión de los Santos, los cuales expulsarían a los demonios del cuerpo del poseído, (leóna quizá llenado psicótico). Cuando esto fallaba, se atribuía a la no intercesión de los Santos y se recurría a métodos sádicos (sangría, purgantes, trepanación craneal), esperando, de cualquier manera, el apoyo divino.

Por otro lado, los cristianos fundaron instituciones donde "...surgió una forma religiosa de psicoterapia que era al mismo tiempo curativa y consoladora..." (Vaquero, González, 1986).

También se utilizaba la suspensión en el aire (Pablo de Egipto, siglo VIII); silencio y confinamiento solitario (Babiloniano, siglo III); lugares brillantes e iluminados, de colores fríos (Bernard de Gordon, siglo XIII); relaciones sexuales frecuentes y uso moderado de alcohol (Hazes, en Arabia); para la melancolía dieta apropiada, palabras cariñosas y

sensibles, música, baños catárticos, desahogo, ejercicio físico y gratificación sexual (Africanah).

2.3.3 México.

Mientras en Europa transcurría la Edad Media, en México, era la precolombia y al igual que en las primeras culturas asiáticas, africanas y mediterráneas, existía la creencia en el origen sobrenatural, natural y social de las enfermedades mentales.

Aquí cabría señalar que no existía gran diferencia con lo logrado en Europa hasta la Edad Media.

2.3.4.1 Etiología

Se sabe que además "... de los augurios eran dos las causas de enfermedad: la colera divina y la infracción de normas sociales de comportamiento generalmente sexuales." (Figueroa, González, 1986), además, el octil (puliquet), se consideraba como origen de muchos males y el alcoholismo era rechazado social y oficialmente. "...el sacerdote inmediatamente después de su elección indicaba a su pueblo que el octil (puliquet), era el principio y raíz de todo mal y que se abstuviera de beberlo..." (Cassano, 1971). Se encuentra en esta cultura Azteca (según el codice Mediceo), una teoría de las enfermedades muy organizadas, donde varios órganos tenían su papel en la vida de relación de la gente sobrepasándose, en ocasiones, las funciones de los órganos. Así, por ejemplo, el corazón "... puede ser modificado por el paso del tiempo, hechizos, pecados, etc., que provocaban el torcimiento del órgano causando la locura, vejez, senectus, fatiga, ira, inconsciencia y transgresión de normas sociales." (Figueroa, González, 1986).

En resumen, la etiología de las enfermedades se puede agrupar en cuatro áreas: los dioses, los signos calendarios, los brujos y la naturaleza, las causas, por lo tanto, serían externas e internas.

2.3.4.2 Diagnóstico

Se tiene información acerca de la distinción de varias entidades nosológicas en las culturas Maya y Azteca. En la primera se hablaba de "Cob (decepción, locura); Tz'ol (melancolía); Co'ot'ob (delirio); Ch'ok'ot'ob (alucinaciones); Oh'ob (locura, devaneo, frenesí); Ch'ob'ob (decepción) (epilepsia)." (Alvarez, Ramirez, 1981).

En cuanto a los Aztecas, reconocieron dos formas de epilepsia a las que llamaban "... huapachiatli y otra solamente manifestada por temblor del cuerpo, huahucayotl (...), debe notarse que la melancolía, la epilepsia y el estuper mental no se consideraban como debidas a spiritus malignos, sino como

verdaderas enfermedades del cuerpo." (Carson, 1971).

2.4.4.3 Tratamiento

Partiendo de su concepción acerca de las enfermedades y, entre estas la mental, existían tratamientos médicos, psico-religiosos y sociales. En el caso del primero, eran mediante hierbas y sustancias naturales generalmente acompañados de rituales, por ejemplo, en el caso de la epilepsia, "... el tratamiento intentaba aliviar el mal con castigos, así como con curules mágicas nativas." (Carson, 1971).

En el caso del segundo tipo de tratamientos (psico-religiosos), "... incluye una mezcla de invocaciones a espíritus y deidades junto con gestos y prescripciones rituales, una prescripción de medicamento alguna." (Torres, González, 1988). Se destacan entre estos, el conjuro, la manda y las limpiezas (aun en uso).

En cuanto al tratamiento social, se halla como ejemplo, el alcoholismo para el cual los castigos "... iban desde exponerlo a la vergüenza pública con la cabeza rapada, hasta las penas corporales, como apelarlo y aun condenarlo a muerte sobre todo si era sacerdote." (Carson, 1971). El protagonista principal en los dos primeros tratamientos era "... el Toniquitqui; persona que pensó en prácticas métodos terapéuticos para reestablecer el equilibrio emocional en otros individuos." (Alvarez, Ramírez, 1981), muy similar al chamán de otras culturas.

2.4 RESUMEN DE LOS SIGLOS IX Y X.

En esta época fueron severamente criticadas las ideas religiosas y se orientó el interés en el hombre mismo, se redescubrieron los avances latinos y griegos virtualmente ignorados en la edad media, prevaleció una filosofía que permitió lograr importantes avances en las diferentes áreas, siendo esta una patente en Italia.

2.4.1 Etiología

En los inicios de esta época, sin embargo, prevalecía entre el pueblo la creencia en la posesión de la mente por espíritus malignos como causa de enfermedades mentales, situación que en ocasiones se presentaba en los hombres cultos en los cuales existía tal dualidad aun en tiempos avanzados; un ejemplo, "Johan Meyer (1515-1518), empezó con una dura repulsa de la brujería y una fuerte condena de los sacerdotes que sustentaban esta creencia, entonces pasó a explicar basándose en el conocimiento médico pero, una variedad de signos sobrenaturales con los cuales se identificaba, en general, a los embrujados. Cuando el conocimiento médico resultaba insuficiente, como en el caso de las alucinaciones, atribuía estos fenómenos a una combinación de factores naturales y sobrenaturales..." (Vázquez, González,

19881.

Dujo sus rasgos más adelante cuando se concibió la enfermedad mental desde un punto antroponocéntrico y ya no tanto teocéntrico.

Cardano forjó un sistema de relaciones entre el hombre y el universo. En la introducción del libro "Libro de las enfermedades que privan al hombre de la razón" dice: "La Europa cristiana de nuestros días atribuye estas enfermedades a seres espirituales y espíritus tristes; no nos encontramos inclinados a creer estas teorías, porque la naturaleza prueba que estas afirmaciones respecto a los dioses terrestres son totalmente incorrectas y, tal como explicamos en estos capítulos, la naturaleza es el único origen de estas enfermedades." (Freedman, Kaplan, 1982).

2.4.2 Diagnóstico

Como se mencionó anteriormente, debido a la escasez temporal, cultural y geográfica de este período con relación a la Edad Media, se seguían considerando varias cosas de mujeres como brujería, basándose en "El martillo de las brujas" de Sprenger y Kramer, que se convirtió en un texto clásico para todos los juicios de brujería. Es difícil decir hasta qué punto se confundía la brujería con la locura." (Vaquer, González, 1988). Como ya se mencionó, el diagnóstico se pretendía que se basara en conocimientos médicos (Meyer), lo cual se vio favorecido por el desmoronamiento de la anatomía por Vesalio (1514-1564), y la importancia del hombre como un microcosmos que refleja al macrocosmos. De aquí que Cardano "... en numerosas ocasiones se opuso a la persecución de la gente por la llamada brujería, detalló los prerrequisitos de la salud mental y describió varios tipos de carácter y sus correlaciones somáticas." (Freedman, Kaplan, 1982).

Es quizá por esto, que los médicos del renacimiento (a excepción de Meyer), añadieron poco al conocimiento de la psicopatología humana.

2.4.3 Tratamiento

Aparentemente el tratamiento era contradictorio ya que a veces "... se trataba a los pacientes con humanidad y visión como en Gheel (Bélgica)...". (Vaquer, González, 1988), mientras que en este mismo período se continuaron las odiosas de brujas, habiendo inclusive ejecuciones en masa.

Por esta misma época, se fundan varias instituciones en Europa donde los pacientes eran mantenidos en condiciones infrahumanas y tratados pesadamente, eran recluidos como delincuentes, (podían quedar en cárceles o en hospitales debido, seguramente a fallas de discriminación). El típico establecimiento de esta época fue el hospital inglés Bethlem,

donde se exhibía a los pacientes los domingos y se cobraba la entrada.

En el siglo XVI, se publica un libro donde se habla "... sobre la fundación de la iglesia de San Bartolomé, que trata sobre los pacientes ingresados en el hospital de St. Bartolomé de Londres, y demuestra la persistencia de prácticas paganas bajo una visión cristiana." (Freedman, Kaplan, 1982).

En este mismo período, Meyer "... reconstruye la importancia de la relación terapéutica y de la posibilidad de la comprensión que el terapeuta debe extender hacia su paciente." (Freedman, Kaplan, 1982). Estas ideas de Meyer serían rechazadas e ignoradas incluso por los médicos, lo cual habla de que estas concepciones la visión como acerca de la enfermedad mental, tales ideas serían retomadas solamente hasta el siglo XX.

2.4.4 México

Cuando en Europa prevalece el Renacimiento, en México se presentaba el período de la Colonia. Este fenómeno histórico social se caracterizó por la imposición de la cultura europea a la nativa, siendo esto una patente en el campo científico, en el cual fueron ignorados los avances logrados por las culturas mexicanas. En cuanto a las enfermedades mentales y, acorde con las concepciones europeas, hubo aportaciones en México referentes al tratamiento institucional de los enfermos mentales.

2.4.4.1 Tratamiento

A partir de lo mencionado anteriormente, se justifica que solo se mencione lo referente al tratamiento, el cual fue 100% europeo y a cargo de los órdenes religiosos hispanos; este tratamiento fue tardado puesto que el primer hospital fue el San Hipólito (primera en América), y se fundó en 1576, tiene que transcurrir poco más de un siglo para "... que un personaje de humilde cuna mereciera otro reconocimiento además en la historia de los hospitales psiquiátricos en México, José Espaga, pobre campesino que apenas ganaba lo suficiente para subsistir, resuelve junto con su esposa, con gran espíritu caritativo, digno de ser ensalado, alojar en su propia hogar a algunas enfermas mentales..." (Cárdena, 1971). Se ignora cuál era el tratamiento específico que se daba en estas instituciones mexicanas primitivas, sin embargo, es probable que los religiosos practicaran algún tipo de psicoterapia con los nativos.

2.5 Siglos XVI y XVII.

Durante esta época (principalmente en el siglo XVIII y, específicamente en Europa, puede considerarse como un período en el cual se hallaban notoriamente superadas las concepciones religiosas prevalecientes en la Edad Media y muy significativas aun en el Renacimiento, gracias a, entre otros aspectos, la

revolución de Copérnico que provocó que se centrara el interés en el hombre.

2.5.1 Etiología

Las causas eran ya claramente relacionadas al hombre mismo, aunque las hipótesis eran algo fantásticas, por ejemplo "Discurtus (1590-1600), continúa adheriéndose al concepto galénico de los espíritus, aunque al relacionar las diferencias de temperamento o las tendencias naturales con las diferencias en el número, tamaño, forma y localización de los espíritus." (Freedman, Kaplan, 1982).

La teoría que Descartes ubicaba como centro de los espíritus en la glándula pineal, además de que, influenciado por la época, no descarta las causas emocionales y, en su convergencia crítica de lo que podría, en un momento dado, ser causas de enfermedad mental, se destaca la persistente dualidad natural-sobrenatural, que posteriormente sería representada por lo práctico y lo teórico en el caso de las enfermedades mentales.

Desde el punto de vista religioso popular, existió un "... énfasis en los factores emocionales como causas de la enfermedad mental, combinado con su renouvo de los factores sobrenaturales y las prácticas ocultas..." (Freedman, Kaplan, 1982).

La situación de falta de conocimiento en cuanto a la etiología de la enfermedad mental y la posición cultural para definir, se prolongó hasta el siglo XVIII. Un ejemplo es el siguiente "... la manía des vapours, sistema favorito de muchos deuses llegó a significar la existencia de sistemas nerviosos causados por la llegada a la parte superior del cuerpo y el contacto de sustancias nocivas que, supuestamente procedían del útero..." (Freedman, Kaplan, 1982). En Alemania "... Cullen definió la manía como una alteración de las funciones intelectuales causada por un desequilibrio de la energía nerviosa que podía ser perseguida en un clima anéxico hasta el propio sistema nervioso." (Freedman, Kaplan, 1982). Esta tendencia organicista se vio favorecida por el desarrollo de la química, la física y la biología. Sin embargo, el abuso de esta aproximación condujo al extremo de la llamada teoría de la degeneración de los franceses Morel y Pagan en el siglo XIX.

Por otro lado, de acuerdo con la filosofía del tratamiento moral siglo XVIII), se consideraban causas importantes de enfermedad mental las pasiones, esta concepción sería opacada por las tendencias organicista y hereditaria.

Por esta misma época, Mesmer (1734-1815), consideraba al hombre dotado de un fluido magnético cuya obstrucción produciría la enfermedad. Esta concepción se menciona como antecedente, ya que en su época fue despreciado por los médicos, aunque su concepción no es más oscura que las deuses. En efecto, se hablaba de pasiones, fuerzas, fluidos, energías y sistemas nerviosos, entre otras, pero no se hacían especificidades. A excepción de Cail

(1759-1826), padre de la frenología, que postulaba la existencia de centros cerebrales específicos para cada una de las facultades innatas.

3.2.2 Siemprellano

Por lo que toca a este aspecto, hubo aplicaciones a la clínica como la de Zentis (1954-1959), respecto a lo que actualmente se llama crimen mental, "Sugería [...] que este crimen debía basarse en la observación de la conducta de la persona, de su lenguaje, de sus actos, de su capacidad para emitir juicios lógicos y de su estado emocional." (Freedman, Kaplan, 1982).

"Thomas Heydenham [...] fue consciente de la importancia de los sistemas neuróticos e histéricos y la frecuencia que que se producían en sus pacientes y describió estos síntomas en detalle, señaló que las manifestaciones histéricas no se limitaban a las mujeres sino que también podían observarse en hombres y niños. Su gran importancia radica en el hecho de hacer que los psiquiatras que se ocupaban exclusivamente de los fenómenos psicóticos, dirigieran su atención hacia dos sistemas neuróticos." (Vareza, Guzmán, 1984).

3.2.3 Jaime Miró

El tratamiento era variado. Se utilizaban los eméticos, purgas y catárticos en el caso de la histeria, en general se puede decir que "... los métodos terapéuticos de la época se encaminaron a corregir los movimientos alterados de los espíritus que, a la luz de los nuevos conceptos dinámicos sobre la vida, habían sido aceptados por la medicina. De acuerdo con ello, la sangría, en medio, el retardo de los anales y de las figuras, se usaba se utilizaba mediante vapores y la inyección de hierva, la purificación se obtenía a través de la infusión de sangre; la creación de infecciones locales, para expulsar a los agentes nocivos, y el uso del jabón y vinagre; la inserción se llevaba a cabo a través de la purificación con agua [...] y mediante el uso de agua caliente y fría en los baños, que más tarde condujo a los baños y duchas por sorpresa, y la regulación de los movimientos [...] que condujo más tarde a la construcción de todo tipo de aparatos rotatorios y móviles." (Freedman, Kaplan, 1982).

En el aspecto institucional se hallan los hospitales psiquiátricos, en los cuales "... el tratamiento consistía en el aislamiento, la lectura, las conversaciones personales con los miembros religiosos, los ejercicios espirituales y en los contactos controlados con su familia." (Freedman, Kaplan, 1982).

Por otro lado, se halla el tratamiento moral surgido en Francia gracias al clima revolucionario de la época que exaltó la justicia y la igualdad de derechos, los emergentes en este

como fueron; Philippe Pinel (1745-1826) en Francia y otros dos españoles, uno en Inglaterra; William Tuke (1732-1820) y otro en Italia; Vincenzo Chiarugi (1760-1822). Estos tres autores comparten la idea de que la enfermedad mental era curable, opinión derivada del clima político social. En esencia, el tratamiento consistía "...debe en un enfoque amable y libre de procedimientos estrictos." (Freedman, Kaplan, 1962). La siguiente es una descripción de Tuke: "No puede existir nada sobre el hecho de que el principio del cura en la mente humana, cuando es sujeta a seducción y perturbación, como sucede mediante la aplicación de leyes justas e igualitarias, tienen un efecto saludable sobre la sanidad. Se trata de un principio ampliamente usado en la educación de los niños, cuyo imperfecto conocimiento e imperfecta capacidad de juicio hacen que sean muy susceptibles por estos factores. Pero cuando el alma es sujeta de manera excesiva, o cuando se convierte en el principal motivo para actuar, tiende claramente a impedir la comprensión, a debilitar las disposiciones benéficas, a envilecer la mente." (Tuke, 1803, en Jorita, 1979). Este tratamiento tiene antecedentes en las técnicas psicoreligiosas y principalmente en las Arahos. Sin embargo, debido al aumento de la población en los salios se fue reduciendo el tratamiento moral de estos, lo habo sustituido el término manicomio, principalmente en los poblados quedando para funcional solo en los privados, representado en los primeros a el "...látigo, los grillos y la reclusión..." (Sluchewski, 1963, en Márquez, González, 1966).

Por este periodo Freud produce sus curas psicótomas con pacientes neuróticos, fue rechazado en su época por la forma de tratamiento, considerada aburridamente. Sin embargo, aparte por dos cosas; por un lado, se dedica a neuróticos, mientras que en esa época el peso se le daba al tratamiento de psicóticos y, por otro lado, no se había considerado la participación de los aspectos psicológicos en el tratamiento de los pacientes, lo que abre la posibilidad de una mayor actividad por parte del alia, característica de los tratamientos psicológicos y generalizada posteriormente con el Psicoanálisis.

2.6 SIGLOS XIX y XX.

2.6.1 Etiología

A principios de este siglo surge siendo prevalente la filosofía del tratamiento moral, en el cual, como ya se había mencionado, se le daba gran papel a las emociones como causas de enfermedad mental. Sin embargo, el énfasis se iba poniendo en el sistema nervioso cuya patología produciría trastornos mentales, tendencia ya presentada en el siglo XVII y originada en Grecia con Galeno. "En estos contrastes con las tendencias seguidas por varios psiquiatras teístos autores (Friedrich Naege, Johannes Friedrich y Maximiliane Jacobbi), postularon una relación causal directa entre enfermedad mental y patología cerebral, y llegaron a ser los primeros patrocinadores de la orientación orgánica de

la psiquiatría que prevaleció durante la segunda mitad del siglo XIX." (Freedman, Kaplan, 1982). Tendencia apoyada por el descubrimiento del origen sífilítico de la parálisis progresiva, lo cual permitía concluir a definir la enfermedad mental como una enfermedad en el estricto sentido médico del término, es decir, natural. "El nuevo modelo médico-psiquiátrico de enfermedad mental, [...] no dejaba resquicios: de la misma manera que una enfermedad infecciosa producía manchas rojas en la piel, la enfermedad mental producía síntomas psiquiátricos." (Jervis, 1979). Esta tendencia se llega a llevar a los extremos en Francia aunque no precisamente sobre el sistema nervioso central, como en la genética, "...en el trabajo de Benedict Morel (1809-1873) y Valentin Magnan (1835-1916), que postulaban que la enfermedad mental era una prueba de una tendencia degenerativa que se iba haciendo progresivamente más grave en las generaciones sucesivas cuando se extinguen." (Freedman, Kaplan, 1982), teoría que tuvo una importante influencia, con las consecuencias lógicas sobre el pánico. Esta tendencia sería complementada por el trabajo sociológico de Kraepelin.

A inicios de este siglo se manifiesta una concepción (que igualmente centrada es el hombre, trabajada ya por filósofos) y que se centra en los aspectos psicológicos, de la enfermedad mental parcialmente ignorada al principio. Es en las primeras décadas de este siglo que ejerce su influencia. Orientando el enfoque sobre los trastornos de tipo neurótico que había antes casi no se habían trabajado, como enfermedades mentales, excepción hecha de Schopenhauer y Freud, ya que se consideraban "enfermedades neuróticas" y, por lo tanto, se hallaban dentro del campo de la neurología. Esta aproximación es el psicoanálisis.

Para esta concepción el trastorno mental "...fue visto como el resultado de un contraste de un desequilibrio irreconciliable entre exigencias humanas y sociales contradictorias." (Jervis, 1979). Es decir, la neurosis sería el resultado de un conflicto irreconciliable entre el ello y el yo. En este sentido, "Desde la idea medieval de la posesión por el diablo, así como con "o" mayúscula, hasta la idea de posesión por el inconsciente así como con "o" minúscula, hay en efecto un espacio de continuidad "antipsiquiátrica", que debe ser entendida como el movimiento que se la opuesta siempre a considerar la enfermedad mental como una enfermedad natural." (Kp, Bernard, et. al, 1980).

Con esta teoría, surge más claramente el fundamento del concepto cuantitativo de normalidad, pues sugiere que la salud y la enfermedad es un continuo, que en los "normales" hay situaciones patológicas y en los "enfermos" situaciones sanas.

Posteriormente y, dentro de los psicoanalistas, se da una división entre "ortodoxos y disidentes." (Mendelsohn, 1977). Los que distinguían lo hicieron por varias diferencias de fondo en cuanto a la causalidad de las neurosis específicamente. Sea por darle mayor peso al trauma, que a la libido (Adler), rechazo a la teoría sexual (Jung), la técnica de tratamiento (Rank), causas heredadas (Abramson, Klein), la falta de inclusión de los

aspectos sociales en la causalidad de la Neurosis (Reich), de los factores culturales (Murray, Sullivan, Fromm), la falta de consideración del yo en la psicopatología (A. Freud), a raíz de lo cual surgieron diferentes ramas del psicoanálisis.

Década 1940 a 1950. (Etiología)

Durante esta época las estudios genéticos histopatológicos y biológicos realizaron logros importantes avances en la fisiología, como la teoría de las emociones de James Papez; el sistema visceral de Paul Porges; el sistema reticular de Giuseppe Moruzzi y Holace Magoun basados en el conductismo Watsoniano y la teoría de Cannon acerca de la homeostasis.

Por otro lado, entre 1940 y 1950 se halla un fuerte impulso a la medicina psicoanalítica y especialmente en Chicago, lugar donde bajo la influencia de la teoría vectorial del psicoanalista Franz Alexander (que hace énfasis en el deseo de los órganos de recibir o eliminar energía neurona o de otro), se halló la correlación psicoanalítica de varias enfermedades orgánicas: la colitis ulcerativa, el asma bronquial, la hipertensión, la artritis reumatoidea, la neurodermatitis y el hiperhidrosis. Fue durante esta década cuando, dentro del campo psicoanalítico, se dio un cambio de enfoque desde el inconsciente al yo, identificando con el libro "Psicología del Yo y la Problemática de la Adaptación", (1939), de Heinz Hartmann (1894-1972), y en el cual "...Hartmann distingue dos grupos de funciones del yo: las específicamente involucradas en los conflictos y las que constituyen la esfera del yo libre de conflictos." (Freudson, Kaplan, 1982).

Década 1950 a 1960. (Etiología)

Durante esta década, la causalidad de trastornos, se centra más en el aspecto de la solididad (suras) creados conflictos de identidad (Erikson), existenciales (existencialismo), el medio en general (aproximación comunitaria), o la familia (Ackerman). Esto referido, en gran parte, a trastornos de la personalidad y "problemas de adaptación", mientras que en el caso de las psicosis era prevalente la orientación orgánica.

Década de 1960. (Etiología)

Fue en esta época y, a raíz de la orientación cada vez más accesible de la causalidad de la enfermedad mental (de lo sobrenatural a lo natural, por un lado, de las reacciones al inconsciente, al yo, a la familia y al medio, por otro, este tipo de causas difusas, y a una serie de tensiones sociales importantes, que surge una tendencia inclusiva y clara respecto a esta esfera de la causalidad de la enfermedad mental denominada antipsiquiatría, que puede provocar una revolución al generar la conciencia en los profesionales de la salud mental, cosa que aparentemente sería difícil en una población que -en gran parte- se dedica a enterrar el significado latente detrás de lo manifiesto,

independientemente de su postura teórica, pero que sin embargo, aparentemente no lo hace respecto a su propia práctica profesional, ya que hasta ahora se ha trabajado como si las teorías fueran sólidas o tratando de que lo sean, rebasando los límites en el sistema nervioso central, quizá porque éste es el aspecto más sólido y palpable, y el poner las causas de enfermedad mental fuera del hombre puede implicar un límite a volar a lo sobrenatural, o, simplemente a aquella que no se puede explicar.

Sin embargo, este aspecto, muy probablemente puede, más adelante, tener su lugar dentro de la causalidad y evolución de la enfermedad mental haciendo posible una explicación más amplia, complementaria y no necesariamente excluyente.

7-6-2 Diagnóstico

Por lo que respecta al diagnóstico, a principios del siglo XIX, según prevalecía la confusión y "Hacia tanta cosa basta que punto personas como el vagabundo, el maníaco, el alcohólico, el asesino, el visionario, el violento, el epiléptico, el débil mental, eran considerados enfermos y enfermas mentales..." (Jervis, 1878). A principios de este siglo y, en la relación a la psicosis que precede a la psicosis, se basaba en la vivencia del sufrimiento por parte del paciente, en contraste con la psicosis cuyos parámetros diagnósticos fueron claros y definidos principalmente desde fuera por Sigmund Freud (1856-1939), el cual describió una serie de comportamientos que, agrupados posteriormente, fueron llamados enfermedad precox y, más adelante, esquizofrenia, consecuente con la tendencia naturalista de la época respecto a la psicosis.

Cabe señalar que ya antes se habían hecho clasificaciones que ya se eran neurobiológicas, sobre todo en el siglo XVIII (Pinel, Tuke y Collier), las cuales fueron agrupadas por razones desconocidas. Así, "Los comportamientos enumerados de uno a uno y repetidos de cualquier contexto y convertidos en objetivos fueron denominados síntomas psicopáticos y sustituyeron a las alteraciones orgánicas cerebrales..." (Jervis, 1878).

Esta tendencia, junto con otras le resultado VIII y en nuestra época se sigue tratando de clasificar, y un ejemplo son los manuales estadísticos de los trastornos mentales. Otra forma de llegar al diagnóstico son las pruebas psicológicas de las cuales, las referidas a la clínica, surgen en 1923 el test de psicodiagnóstico de Binet-Simon, y en la década de 1950 las técnicas proyectivas. Posteriormente, surgen las inventarios de personalidad, aunque que se basan en supuestos teóricos válidos y que ayudan al diagnóstico solo en base a la clínica; puesto que, éstas por sí solas son muy relativas.

2.6.3 Pronóstico

A principios del siglo XIX, el pronóstico de la psicosis fue haciéndose cada vez más negativo por la adhesión de muchos autores a la teoría degenerativa de Morel y a la prevalencia de los conceptos del Determinismo social que hablaba de la inherencia de los rasos epilépticos, justificando entonces pagar por encima de los sanos.

Esta opinión se consideraba con más optimismo de 1940 a 1960 por la introducción de diversos tratamientos orgánicos. Por lo que toca a la neurosis, no se puede decir cuál es el pronóstico ya que el psicoanálisis no se cifre al ámbito médico tal que trata de curar al presente capitulo, por lo que resta formar la teoría para llegar a conclusiones precisas.

2.6.4 Tratamiento

A principios del siglo XIX, por lo que respecta a la psicosis, los tratamientos se escocían. Por un lado los tratamientos médicos tradicionales (sangría, ayuno, etc.), y el tratamiento moral que podría considerarse preventivo.

Esta última comenzó a decaer en su uso debido a la sobrepoblación en los asilos y a la creencia en el origen natural de la enfermedad mental, por lo que, en gran medida, quedó reducida a rituales, hospitalizaciones psiquiátricas y religiosas (algo similar sucedería con el psicoanálisis).

Aparentemente existía un gran aumento de demanda de institucionalización ya que a finales del siglo XVIII y a principios del XIX se construyeron muchos hospitales o asilos en Estados Unidos. Tal como "En un plazo de 30 años se construyeron 18 hospitales; de 1825 a 1855 el número de asilos pasó de 9 a 62." (Friedman, Kaplan, 1987). La legislación se fue de construcciones significativas de hospitales (no se tiene el dato exacto), aunque que en un inicio aplicaban el tratamiento moral que, posteriormente, reflejaban las concepciones de la época referentes al diagnóstico, asumiendo las características que en gran parte manteneron, se decir, la distinción en pautaciones por diagnósticos.

Por lo que toca a la neurosis, Jean M. Charcot (1825-1893), neurólogo francés, debido a su contacto con los neuróticos, llegó a pensar que la histeria era curable mediante la hipnosis, sostiene que solo los histericos eran susceptibles de ser hipnotizados, a lo cual se opusieron A.R. Liebaert (1823-1904), e Hippolyte M. Bernheim (1837-1910), de la Escuela de Nancy.

Pierre Janet (1859-1947), considerado por varios autores (Ej. por ejemplo, como el verdadero padre del punto de vista psicodinámico, "Reconoce que las ideas fijas y el espíritu interior ante la realidad, en los casos de histeria, eran de naturaleza neurótica e insatisfecho en que se trataban por medios

psicológicas." (Carmona, 1971). Freud (1858-1939), en cuanto a técnicas terapéuticas, para la atención de los neuróticos utilizó: "Análisis, hipnoterapia y estimulación eléctrica (1885-1890); ligadura (1897); asociación libre, entre 1892 y 1895." (Carmona, 1981).

A partir del trabajo de Freud y, gracias a que estudiaba también el proceso terapéutico, surgen una serie de aplicaciones del psicoanálisis en el nivel físico, de una u otra forma, la corriente central del Tratamiento psicológico.

Así, Walter Dill Scott de la Psicología Individual, propone que "... el paciente se dedica consciente de los objetivos físicos de su vida, así como de su estado, motivación o sentimientos..." (Freudman, Kaplan, 1982).

Jung le daba mucho peso a los sueños en el tratamiento y la terapéutica fenomenológica-estructural proponía que el paciente ligara la individualidad.

Sigmund (1858-1939), fue el primero en aplicar el psicoanálisis a psicóticos en un hospital fundado por él mismo.

Alexander (1880-1964), centró su papel de la autoobservación y apoyo a reducir la dependencia a corto plazo.

En esta década, además surge el tratamiento hospitalario infantil "El primer centro fue establecido en Burgholm, cerca de Zúrich, en 1909." (Freudman, Kaplan, 1982).

Década 1940 y 1950. Estructurales

La fuente estructural que la psicología comienza a tener un problema más favorable con la introducción de diversas técnicas como el electroshock, los shock breves y la psicofarmacología. Según gracias a este optimismo se dio una atención a esta esfera del comportamiento humano y se trabajó, incluso con psicofarmacología, surge exponiendo más correctamente se brinda. From Kaplan (1980-1987).

Por otro lado, en Estados Unidos, surge la psicoterapia de grupo, así mismo, y como resultado de una búsqueda más efectiva del proceso terapéutico, surge la psicoterapia centrada en el cliente con Carl Rogers.

Por esta época, se revitaliza la hipnosis como tratamiento (Kaplán).

Década 1960 a 1980. Estructurales

En esta década, y como resultado de la acción de psicoanálisis y psicología del yo, surge la psicoterapia breve como alternativa a las limitaciones del tratamiento psicoanalítico.

Berger también, los psicofármacos "Después del descubrimiento de los efectos beneficiosos de la clorpromazina en los pacientes psicóticos y agitados por los franceses Pierre Deniker, Henry Laborit y Jean Delay en 1953, los medicamentos sintetizados por Frank Wenger y E. Ludwig, en 1950 fueron introducidos en la práctica clínica en 1954; el ácido lisérgico, descubierto accidentalmente por Albert Hoffman, fue objeto de una investigación clínica por José Elías y otros; la ampergita, utilizada empíricamente durante siglos en la India, fue sintetizada por Hugo Klein y E. Kahn, en 1956; el clonidazepato, lo utilizó por primera vez E. Cohen, en la Universidad de Texas en 1960." (Freudman, Kaplan, 1982).

Actualmente, se dice que "... la farmacología es el tratamiento más efectivo de los trastornos mentales..." (Munster, 1986).

Por esta época, en Estados Unidos se comenzaban a conocer los principios de la política de puertas abiertas y de la terapéutica comunitaria, aplicados en Europa.

Por otro lado, se inicia la posibilidad del tratamiento familiar con Ackerman, el cual se complementaría con los aspectos comunitarios de la Escuela de Palo Alto y, más adelante, con la Terapia General de los Sistemas, de Bertalanffy, aproximadamente en 1960. También tiene su auge la terapia conductual que se basa en la teoría de Pavlov, y la de Thorndike, esta técnica fue usada primero en África.

Finalmente, se presentan los siguientes datos referidos a la psicoterapia, con algunos de ellos para mostrar el desarrollo que se le da esta forma de tratamiento: "Psicoanálisis Clásico (Freud); Psicoterapia Psicoanalítica (Jung); Terapia de la Voluntad (Band); Terapia Analítica Sintética (Eliot); Psicología Individual (Adler); Psicoterapia Interpersonal (Gullion); Psicoterapia Intensiva (Fromm Reichmann); Análisis Genérológico (Norway); Análisis del Ego (Stein); Terapia Breve (Alexander); Terapia Sectorial (Alaman); Psicoterapia Objetiva (Karpman); Psicoterapia a Corto Plazo (Simeon, Wilson, Bellak); Análisis Directo (Rosen); Terapia Psicodinámica (Meyer); Terapia Bioconductiva (Mueser); Psicodinámico Adaptativo (Rosen); Hipnoanálisis (Wolberg); Análisis Caracterológico (Reich); Imbroglio Reptorio (Weiper); Impulsiva (Steff); Terapia del Método Condicionada (Gellert); Teoría del Aprendizaje (Gellert); Terapia de Aprendizaje Social (Solter); Terapia Modelar (Bandura); Terapia Psicodinámica (Thorne); Resolución Directa (Greenwald); Resolución de Problemas por Confrontación (Garner); Terapia de Actos Estructurales (Phillips); Terapia de Comunicación Personal (Milly); Terapia Racional (Ellis); Terapia Integrativa (Daberford); Terapia de la Realidad (Glaser); Psicoterapia Filocópica (Sakel); Entrenamiento Biofeedback (Green); Análisis Existencial (Barnesinger); Desesencialista (Moss); Logoterapia (Frankl); Terapia Centrada en el Cliente (Rogers); Terapia Gestalt (Perls); Terapia Psicodramática (Sherris);

Terapia Experimental (Whitaker); Terapia Experimental (Gendlin); Terapia Primal de Grito (Janov); Análisis Estructural (Roth); Análisis Bioenergético (Lowen); Entrenamiento Autogénico (Luthe); Meditación Transcendental; Terapia Nirvana; Psicoterapia Zen (Maitai); Terapia Psicodélica (Gomoni).² (Puentes, 1987).

2.4.5 Orígenes, Siglos XIX y XX.

Desde la conquista hasta el siglo XIX, la atención de las enfermedades mentales estaba en manos de la iglesia católica y es hasta que se proclama la independencia de nuestro país, cuando son excluidos los órdenes religiosos, por disposición de España, entre ellos, la de los hipólitos. Sin embargo, "... los religiosos excluidos se mantienen atendiendo a los enfermos mentales hasta el año de 1843, que quedan bajo el control gubernamental." (Vazquez, Gonzalez, 1986).

Durante este siglo, de los dos hospitales existentes, el de San Hipólito y el de la Caraca, es este último el que recibe las mejores beneficias, ya que se le cedieron los recursos obtenidos por la lotería, desde 1825.

Es hasta comienzos del siglo XX que aparece otro acontecimiento importante en el tratamiento de los enfermos mentales en México.

"Con el surgimiento del siglo XX y como una de las obras realizadas para conmemorar el Primer Centenario de la independencia, el gobierno del general Porfirio Díaz inaugura el 10 de Septiembre de 1910 (dos años después de la fundación de San Hipólito y 210 de la Caraca), el Manicomio General, que por haber sido construido en los terrenos de la antigua hacienda de la Castañeda, se le conoció por dicho nombre." (Carmona, 1971). Su cupo fue calculado para 600 personas, y llegó a tener en momentos 3 mil. "Siendo no nada más el problema de espacio sino también problema de los médicos que laboraban en él, los que no sabían diferencial bien su función entre "custodios-guardianes" del encastriamiento o Médicos Rehabilitadores y reintegradores de la salud de este tipo de pacientes." (Reja, 1981).

Por los datos que se tienen, se puede pensar que el área de la salud mental en México, había sido descuidada desde entonces, oficial y científicamente, puesto que el hecho de que un hospital se construya dos años después del primero, parece ser muestra del abandono oficial. Además, la psiquiatría no existía en México, los pioneros de esta disciplina en nuestro país se formaron ahí, hecho que parece ser muestra del abandono científico.

En 1967 desaparece la Castañeda, y se reabren forzados ya los hospitales granja, en el asenno de Díaz Caden, construidos tomando como modelo la granja de San Pedro del Norte, de Leona, Cto., fundada en 1940. Ya para 1982, "la dirección de Salud Mental cuenta [...] con una red de 11 hospitales, aunque mal distribuidos en el territorio nacional, ya que el 68% de las

casas se hallan en el D.F., y esta en proporción de 1 por cada 5,433 habitantes, mientras que en provincia es de una por cada 55,135." (Vázquez, González, 1981).

Por lo que respecta a los tratamientos psicológicos, México se ha convertido, convirtiéndose con lo impuesto en la Colonia, en un país dependiente que retoma teorías y tratamientos de otros países y, en el mejor de los casos, los adapta a la realidad del país; sin embargo, hasta la fecha no han habido aportaciones de nosotros para nosotros.

2.4.2 Conceptos.

Se aborda aquí el concepto de enfermedad mental y sus variantes (salud, psicopatología, alienación, etc.), porque se considera que a partir de lo que se entienda por este término, se dará una determinada concepción del hombre, misma que se hará manifiesta en los tratamientos.

Los conceptos de salud y enfermedad al ser tratados de las áreas más biológicas de la medicina, donde existen referentes claros de bases, a la psicología clínica mediante la psiquiatría, le dado lugar a importantes imperfecciones, ya que la "enfermedad" mental es cualitativamente diferente, pues afecta la parte humana del hombre, aun en el caso de lesiones cerebrales, ya que esto es el órgano que guarda y permite la expresión de este aspecto humano y, sin embargo, hasta hoy, parece que lo trasciende. Es en el momento de definir el concepto de "enfermedad" mental, cuando surge toda la confusión, la cual no se presenta al momento de la detección del enfermo mental.

Por otro lado, parece existir una sobreposición de los conceptos de salud y normalidad y de enfermedad mental con anormalidad. Es sabido que existen diferentes criterios de normalidad que llevan implícita la definición de lo que ésta es. De los más usados, es el criterio estadístico. Según este criterio, "... una persona normal es la que está próxima a la media de un grupo típico de individuos." (Roth, 1980). También entre los más usados se halla el criterio cuantitativo. "De acuerdo a este método, la diferenciación entre lo normal y lo anormal, solo es cuestión de grado, puede decirse que éste surge con el psicoanálisis, Freud al decir "... ya no creemos que la salud y la enfermedad, los normales y los perturbados se distinguen claramente unos de otros"...." (Roth, 1980).

De acuerdo con el criterio normativo, "se erigen ideales, por ejemplo, los diez mandamientos, convirtiéndose en norma la ética media." (Moffit, 1982). En este sentido, la definición de la Organización Mundial de la Salud, es una definición normativa.

En el criterio clínico, "... se llama normal y se clasifica, diagnóstica y trata por medios biológicos, psicológicos o, por ambos, a la persona que ya no puede gobernar su propia vida o pone en peligro su ambiente." (Moffit, 1982). Este criterio abarca ya aspectos del criterio estadístico y normativo.

En todos estos criterios, independientemente de que hagan referencia en la "productividad, adaptación o nivel de efectividad del sujeto..." (Kell, 1990), se basan en el aspecto estadístico y normativo, en el sentido de que siempre se toma como referencia al grupo, cultura, sociedad y época, entre otras. Dependiendo generalmente, en parámetros comportamentales, los cuales se habían establecidos por normas sociales, de ahí que no sea de extrañar la concebida relatividad de la normalidad de una cultura a otra, de un país a otro, de una comunidad a otra y de un individuo a otro, criterio subjetivo, este último es el menos aceptado profesionalmente por las implicaciones sociales que podría tener, un caso concreto es la psicosis.

Paralelamente porque la enfermedad mental tiene que ver con el aspecto humano del hombre, incluyendo desde luego, el aspecto social, no es poco de extrañar que se hayan superpuesto, en gran medida, los conceptos que se refieren a la anormalidad y la enfermedad mental, situación que se refleja en las definiciones de salud mental y enfermedad mental, las cuales generalmente se basan en la práctica clínica y la teoría. Sin embargo, es evidente en muchas de ellas, que esta por sí sola no las explica en su totalidad.

A continuación se presentan varias definiciones de salud y enfermedad mental que permiten entrever la superposición planteada anteriormente:

"... especie bastante singular de enfermedad, capaz de alterar al hombre en su psiquismo, es decir en su "humanidad" o, si se quiere en su consistencia con los demás y en la construcción de su mundo." (Ej, Bernard, et. al., 1990).

"...anomalías en el funcionamiento de la personalidad, que afectan ya sea la vida subjetiva del individuo o sus relaciones con los demás, así como su capacidad para adaptarse a la vida en sociedad." (Kell, 1993).

"... desorden de la conducta causado, aparentemente, por un mal ajuste en las relaciones sociales..." (Carson, 1971).

"...cuando la persona se siente infeliz o desadaptada." (Carson, 1971).

"...el fracaso de un individuo en lograr el desarrollo de todas sus potencialidades." (Carson, 1971).

"La salud (...) es la posibilidad de utilizar al máximo las aptitudes físicas del organismo, o sea, capacidad de usar el propio cuerpo de manera óptima." (Ajuraguerra, 1983).

"Aptitudes del psiquismo para funciones de toda especie, efícas, agradables, cuando las circunstancias le permiten, para afrontar con flexibilidad situaciones difíciles y para reestablecer el equilibrio dinámico después de la prueba." (Feret,

1977).

"La enfermedad es una nueva vida que se caracteriza por nuevas constantes fisiológicas: estar sano no solo es ser normal en una determinada situación, sino ajustarse a unas normas en su situación o en otras situaciones posibles: estar sano es poder caer enfermo y recuperarse, es un lujo biológico." (Aguilera, 1983).

En estas definiciones se ve la inclusión de algún criterio de normalidad. Por otro lado y, referidas al aspecto social, están las siguientes definiciones:

"En su significado preciso, desviación no significa excepcionalidad, ni indica algo 'descorrido' o 'infrecuente'; y tampoco coincide con la idea de 'inadecuación'. El concepto de desviación incluye todos estos conceptos pero implica, sobre todo, algo más, es decir un juicio moral." (Lleras, 1979).

"La salud mental no debe ser considerada en ningún caso, en términos de liberación de un estado de 'enfermedad' sino en términos de realización del hombre como ser social: su lucha plantea pues de por sí problemas que se refieren a la estructura de las relaciones entre las personas dentro de una sociedad dividida en clases; correctamente entendido en términos de psicología marxista, el concepto de salud mental es, pues, un concepto que presupone, para realizarse concretamente, una modificación profunda de las estructuras de la sociedad en que vivimos y de las relaciones entre las personas que constituyen una etapa consecuente de ellas." (Castro, Malagoli, 1988).

Con este tipo de definiciones los sociólogos presionan en la parte dividida por los clínicos haciendo críticas y aportaciones al área de la salud mental entre las cuales se halla la idea de la estigmatización de la enfermedad mental. "El concepto de 'locura' siempre ha sido estigmatizado en la sociedad y el 'loco' aparece ante sus semejantes -presuntos "sanos"- como la expresión concreta de sus miedos, sus culpas, sus ansiedades." (Guinsberg, 1981).

Este tipo de definiciones, si bien tienen parte de la verdad, no tienen la verdad; se refieren a las causas sociales de la enfermedad mental (muchas de ellas son conductivas proponiendo normas diferentes), pero no se puede asegurar que esta sea solamente consecuencia de la lucha de clases.

La enfermedad mental puede o no tener bases orgánicas, psicológicas y sociales, o ser todo a la vez, en una interacción no solo dinámica sino dialéctica. Sin embargo, esto no se discute aquí. Este tipo de "tratamientos" pueden tener estas bases, el problema está en por qué se les llama enfermedades mentales. Por la aquí supuesta sobreposición de las nociones de normalidad-salud, anormalidad-enfermedad mental, -no podrá ser, igualmente relativo, aquello que denominamos "enfermo" o "sano", y, por lo tanto, determinado socialmente a través de las culturas, edades, etc. y, quizá a través del tiempo, pudiera ser que la enfermedad

mental, y este, referido en gran medida, a los trastornos no polibólicos. ¿podrían hallarse presentes y manifestarse e identificarse de manera diferencial según las épocas? De ser cierto esto, justificaría definiciones parciales y consensuales, que de hecho existen y han existido, y que se aceptan o no, según se adaptan a las profesiones y las épocas.

CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA

3.1 Tema

Se analiza el contenido de la representación social que sobre la enfermedad mental tienen cada una de las muestras estudiadas.

3.2 Planteamiento del problema

¿Cuál es el contenido de la representación social que sobre la enfermedad mental tienen psicólogos clínicos, psiquiatras clínicos, psicoterapeutas psicólogos y psicoterapeutas psiquiatras?

3.3 Control de Variables

El control que se ejerció fue de tipo estadístico, en base a las siguientes indicadores:

La edad: 25-50 años.

Experiencia profesional: Ranges de dos años, sin importar si era en consultorio particular, institución o ambas.

Actividad: Se consideró que las sujetos estuvieran en prácticas actuales.

3.4 Sujetos

Los sujetos que constituyeron las cuatro muestras reunieron las siguientes requisitos:

Profesión-Especialidad: Esta fue de Psicólogos, Psiquiatras o Psicoterapia esta última, con base de psicología o de psiquiatría, haber concluido los estudios aun cuando no poseyeran el título o diploma, y los demás señalados en el apartado de control de variables.

3.5 Muestra

El muestreo fue de tipo no probabilístico, puesto que no se eligieron los elementos de las muestras al azar y por cuota, sino que consiste en "...que se estipula de antemano el número de personas que cada investigador interrogará u observará." (Livier, Bédalla, et.al. 1982). Y para la presente investigación, fue como sigue:

- 20 psicólogos
- 20 psiquiatras
- 10 psicoterapeutas base psicología
- 10 psicoterapeutas base psiquiatría

3.5 Procedimiento:

Los sujetos se obtuvieron de dos formas básicas, una fue de manera directa mediante conocidos, otra fue mediante oficios de la Facultad a los hospitales. En cualquiera de los dos casos, se les pidió a las personas su colaboración en un trabajo de tesis, que pretendía investigar la representación social de la enfermedad mental.

Una vez que acordaban, y ya se estaba en el lugar y hora fijados por ellos, se les solicitaba permiso para grabar, una vez obtenido esto se leían las consignas iniciales de la codificación de entrevistas (ver anexo II), posteriormente, se pasaba al registro de sus datos generales y de ahí a la entrevista.

Una vez obtenidas las sesenta entrevistas se procedió al mecanografiado de cada una de ellas; concluida esta tarea, se pasó a hacer indicadores de cada una de las sesenta entrevistas, realizando este trabajo tres personas, es decir que cada entrevista fue revisada tres veces, posteriormente estos indicadores se comenzaron a agrupar en tres grandes rubros (biológicos, psicológicos y sociales). Seguidamente se pasó a agruparlos de manera más específica, obteniendo diferentes subgrupos de los tres grandes grupos iniciales, que correspondían las categorías de análisis (ver anexo 2).

A raíz de este trabajo, se definieron categorías para otro análisis de contenido que estaba dirigido a evaluar ciertos aspectos de la respuesta su nivel, su tendencia, su calidad y su importancia (ver anexo 3).

Así mismo se eligieron una serie de palabras con el fin de hallar su frecuencia de aparición (ver anexo 4).

Posteriormente, se llevó a cabo una confiabilidad interna (con el equipo de tesis) para lo cual se seleccionaron doce entrevistas (20 %) al azar. Los resultados fueron poco satisfactorios para los dos análisis con categorías, (ver anexos 2,3), de manera que se procedió a redefinir y reubicar categorías.

Posteriormente se realizó el juicio externo, para determinar confiabilidad y validez para los dos análisis por categorías (para el análisis por palabras no se determinó confiabilidad ni validez).

Una vez obtenida la confiabilidad y la validez de las categorías, se procedió a realizar el análisis de contenido de las sesenta entrevistas.

Los resultados fueron procesados por análisis de frecuencia y porcentajes y representados mediante cuadros de contingencia y tablas.

3.6 Instrumentos

Se utilizó una grabadora y sesenta fonocintas magnéticas para el registro de la información; así mismo, se utilizó una cédula de entrevista estructurada que consiste en "...un interrogatorio estándar cuyo procedimiento está fijado de antemano por una guía, por medio de la cual las preguntas son presentadas con idénticas palabras y en idéntico orden para todos los entrevistados." (Lisler, Bedolla, et.al. 1982). La mencionada cédula estuvo compuesta de dieciséis preguntas abiertas, dirigidas al entrevistado y referidas al tema de manera general; estas estuvieron repartidas de la siguiente manera: Definiciones, preguntas 1 y 6; etiología preguntas 2, 3 y 4; factores precipitantes, pregunta 5; diagnóstico, dos preguntas 7 y 8; pronóstico, 1P: preguntas 9, 10, 11 y 12; tratamiento, 1T: preguntas 13, 14, 15 y 16 (ver anexo 1).

Se utilizaron categorías de análisis (ver anexos 2 y 3), así como palabras de las que se contabilizaba su presencia (ver anexo 4).

Las abreviaturas que aparecen entre paréntesis, se utilizaron frecuentemente, y se refieren, siempre, a los temas que aparecen a su izquierda.

3.7 Confiabilidad y Validez

La confiabilidad y validez, se determinó para las categorías de análisis y no para el material que se iba a analizar, ni para la cédula de entrevista usada.

Estos aspectos se determinaron para los dos tipos de análisis por categorías (ver anexos 2, 3) mediante un jurado externo que estuvo compuesto de cinco psicólogos clínicos, los cuales realizaron dos tareas:

La primera de ellas fue para determinar la validez de contenido de las categorías de análisis, su labor consistió en poner un título, que incluya la definición de este, a cada uno de la categorías que se habían sacado al azar, completando un 10 %. En este caso la validez para el nivel de respuesta (personal, impersonal, referencias, (ver anexo 3) resultó con un porcentaje de acuerdo entre jueces de 70 %; para la bondad de respuesta (biológica, psicológica, social) el porcentaje de acuerdo fue de 80 %; para la validez de respuesta fue de 80 %.

En el caso de las categorías por pregunta (ver anexo 2) la validez fue de 86 %.

La segunda operación (confiabilidad), consistió en que analizaran el 10 % de las entrevistas (total), que fueron elegidas al azar, a las cuales tenían que aplicar las categorías de análisis a cada una de las respuestas, de cada entrevista.

puntuando únicamente la presencia de la categoría en cada una de ellas. La confiabilidad fue la siguiente: Para el nivel de respuesta, de 78.25 % ; para la tendencia de respuesta fue de 79.58 % ; para la calidad de respuesta de 87.75 % ; mientras que, para las categorías por pregunta (ver anexo 2), la confiabilidad fue de 74.6 % .

Por lo que respecta al análisis por palabra no se determinó confiabilidad ni validez ya que únicamente consistió en computar la presencia de la palabras (ver anexo 4).

3.6 Aplicación y Calificación

La aplicación de la entrevista fue en forma individual las instrucciones fueron idénticas, las respuestas fueron grabadas (previa autorización). Se registraron datos de edad, práctica médica, profesión y, en su caso, especialidad, no hubo límite de tiempo a las respuestas, se procura que las intervenciones del entrevistador durante la respuesta fueran reducidas exclusivamente a pedir explicaciones, o ejemplos, sobre lo que el entrevistado mismo hablaba.

Por lo que toca a la calificación, se realizaron tres tipos de análisis de contenido, los cuáles se caracterizaron por haber sido elaborados a partir de las mismas respuestas, es decir, no fueron elaborados a partir de la teoría de las representaciones sociales. En todos los casos la unidad de análisis fue el ítem.

El primero consistió en valorar cada una de las respuestas con categorías excluyentes para cada una de ellas, excepto en el caso de las preguntas 13-16; para tal efecto se tenían hojas de respuesta especiales, donde se hacía el número o letra de la categoría correspondiente (ver anexo 2).

Los datos arrojados por este análisis se utilizaron para determinar la información, básicamente se usó:

El segundo análisis, estuvo enfocado a valorar cuatro aspectos diferentes de cada respuesta (nivel, tendencia, calidad e importancia), estas categorías eran aplicables a las 16 respuestas, al igual que en el caso anterior, se dispuso de una hoja de respuestas, en la cual se escribía la letra o número correspondiente a la categoría seleccionada. Cabe señalar que se utilizó una hoja de respuestas por entrevista.

Los datos arrojados por este segundo análisis se utilizaron como sigue:

Nivel de respuesta y sus criterios de importancia, para actitud.

Tendencia de respuesta y sus criterios de importancia para información.

Por lo que toca a la información proporcionada por el análisis de la calidad de respuesta, esta no fue utilizada.

El tercer análisis, estuvo compuesto de una serie de palabras, 163 en total, elegidas arbitrariamente, computándose únicamente su presencia para cada una de las preguntas y para cada una de las muestras, es decir, en análisis del global y no individual. Los datos fueron vaciados en formatos especiales para tal efecto, ver anexo 47. Cabe señalar que de las palabras presentadas en dicho anexo, todas tuvieron frecuencias.

Los datos proporcionados por este análisis se utilizaron para determinar actitudes.

Por lo que respecta al campo de representaciones, este se determinó a partir de los datos proporcionados por las valoraciones de información y actitud, es decir, no se tuvo un análisis específico para valorar este aspecto.

3.9 Discusión

Se trata de una investigación exploratoria de caso. Se trabajó con datos rápidos de cuatro muestras independientes, ya que su única relación es la actividad profesional.

3.10 Análisis Estadístico

Debido a la naturaleza de los datos y principalmente al nivel de medición, se trabajaron los datos únicamente en base a frecuencia y porcentaje de la siguiente manera:

El porcentaje se determinó, tomando en todos los casos, el tamaño de la muestra, como 100, es decir que el 100 fue 20, para los psicólogos y los psiquiatras y de 16 en el caso de los psicoterapeutas psicólogos y psicoterapeutas psiquiatras. De que esto permitiría una comparación más rápida y confiable entre los porcentajes.

Se tomaron para análisis solo las mayores frecuencias, ya fuera en porcentaje o en bruto.

3.11 Resultados

Para el análisis de resultados, como se menciona en el apartado anterior, se tomaron únicamente las frecuencias mayores, siendo en cada caso como sigue:

Para el análisis de los tipos de respuesta, se tomó la frecuencia mayor en nivel de respuesta, la frecuencia mayor en latencia de respuesta, y las tres mayores frecuencias, en calidad de respuesta, (ver anexo 37).

En cuanto a las categorías por pregunta se tomó la frecuencia mayor por cada cinco categorías, dentro de un mismo apartado -Biológicas, Psicológicas, Sociales, Inespecíficas, etc.- (ver anexo 2); es decir, que si el apartado de biológicas de la pregunta 1 tiene seis categorías se toma solo la frecuencia mayor. Si hubiese tenido diez, se tomarían las dos mayores y así sucesivamente en todos los casos referentes a este análisis.

En lo referente al análisis por palabra, se tomaron las tres de mayor frecuencia en cada pregunta. Estas operaciones se realizaron con cada muestra estudiada.

Para la representación de resultados se utilizaron cuadros de contingencia y tablas.

CAPÍTULO CUARTO

Resultados

I C R M N E

Se presentan los flujos de caja, empresa separada e integral de la compañía
 financiera de la compañía y consolidados de la compañía, por a cada uno de los
 períodos en el curso de los periodos.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Neto	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750
Financiera	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750
Integral	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750
	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750
	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750	04.000	04.750

Detalle de los flujos de caja:

Neto de la compañía	0	Personal
	1	Materiales
	2	Depreciación
Financiera de la compañía	3	Recepciones
	4	Pagos de intereses
	5	Neto
Integral de la compañía	6	Compras
	7	Amortización
	8	Recepciones
	9	Recepciones

1 0 0 0 0 0

De asemenea, în prezentarea noastră este inclusă și o listă de companii
clasificate în funcție de numărul de angajați, care poate servi ca listă
de referință în cazul în care doriți să vă comparați.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Număr	100000	200000	300000	400000	500000	600000	700000	800000	900000	1000000	1100000	1200000	1300000	1400000	1500000	1600000
Industria	100000	200000	300000	400000	500000	600000	700000	800000	900000	1000000	1100000	1200000	1300000	1400000	1500000	1600000
Calitate	100000	200000	300000	400000	500000	600000	700000	800000	900000	1000000	1100000	1200000	1300000	1400000	1500000	1600000
	100000	200000	300000	400000	500000	600000	700000	800000	900000	1000000	1100000	1200000	1300000	1400000	1500000	1600000

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Număr de companii	100000	200000	300000	400000	500000	600000	700000	800000	900000	1000000	1100000	1200000	1300000	1400000	1500000	1600000
Industria de companii	100000	200000	300000	400000	500000	600000	700000	800000	900000	1000000	1100000	1200000	1300000	1400000	1500000	1600000
Calitate de companii	100000	200000	300000	400000	500000	600000	700000	800000	900000	1000000	1100000	1200000	1300000	1400000	1500000	1600000

C O M P O S I T O

9

Se preencha este formulário ao responder as questões de acordo com o nível de desempenho
 observado de competência e qualidade de desempenho para cada item do seu
 perfil de competências de acordo com o seu Perfil Profissional Psicológico.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Atuação	Atuarial															
Condições de trabalho	Atuarial															
Qualidade	Atuarial															

Legenda - Qualidade de trabalho

- | | | |
|------------------------------|---|-----------------|
| Nível de competência | 1 | Parcial |
| | 2 | Parcialmente |
| | 3 | Integral |
| Condições de trabalho | 1 | Insatisfatórias |
| | 2 | Parcialmente |
| | 3 | Satisfatórias |
| Qualidade de trabalho | 1 | Insatisfatória |
| | 2 | Parcialmente |
| | 3 | Satisfatória |
| | 4 | Insatisfatória |
| | 5 | Parcialmente |
| | 6 | Satisfatória |
| | 7 | Insatisfatória |
| | 8 | Parcialmente |
| | 9 | Satisfatória |

A B C D E F

Se prezintă în continuare un exemplu de structură a unui de componentă
 fundamentale de componentă (structură de componentă), care poate avea de fapt
 prezența un alt nivel de sub-structură specifică fiecărei:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Model	010000	041000	010000	011000	010000	010000	011000	011000	010000	010000	011000	010000	010000	010000	010000	010000
Componente	010000	041000	010000	011000	010000	010000	011000	011000	010000	010000	011000	010000	010000	010000	010000	010000
Calculat	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000
	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000
	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000
	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000

ANEXA 1 - Structura

- Model de componentă:**
 - 01 Partea
 - 02 Mecanism
 - 03 Componente
- Componente de componentă:**
 - 01 Mecanism
 - 02 Componente
 - 03 Partea
- Structura de componentă:**
 - 01 Mecanism
 - 02 Componente
 - 03 Partea
 - 04 Mecanism
 - 05 Componente
 - 06 Partea
 - 07 Mecanism
 - 08 Componente
 - 09 Partea

THE PROGRESS OF AGRICULTURE IN THE UNITED STATES
 THE PROGRESS OF AGRICULTURE IN THE UNITED STATES, 1909
 IN LARD PRODUCTS, IN THE LIGHT OF THE PROGRESS

1 2 3 4 5 6 7

UNITED STATES	1909	1908	1907	UNITED STATES	1909	1908	1907
Food products	100	100	100	Food products	100	100	100
Meat products	100	100	100	Meat products	100	100	100
Dairy products	100	100	100	Dairy products	100	100	100
Other food products	100	100	100	Other food products	100	100	100
Alcohol	100	100	100	Alcohol	100	100	100
Other products	100	100	100	Other products	100	100	100
Total	100	100	100	Total	100	100	100

LE PRODUCTIONS LES PLUS HAUTES DES INDUSTRIES
 PAR PROVINCES ET RAYONS A LAIS (1951) PRODUCTIONS REUNIES
 EN CENTS MILLEGRAMMES (EN 1000 GR) DES PRODUITS CHIMIQUES REUNIS

T A B L E A U

Productions	PROVINCE	PRODUCTION	Σ	Productions	PROVINCE	PRODUCTION	Σ
Alcool méthylique	1	100	1000	Alcool	5	5	50
Alcool éthylique	2	10	100	Alcool méthylique	5	5	50
	3	2	20		5	5	50
	12	4	40		12	4	40
Alcool divers	1	2	20		12	5	50
Alcool divers	2	5	50	Alcool	5	5	50
	3	5	50	Alcool méthylique	5	5	50
	7	5	50	Alcool divers	5	5	50
Alcool divers	2	20	200	Alcool	5	25	250
	3	10	100	Alcool méthylique	5	5	50
	12	21	210	Alcool divers	5	5	50
	12	2	20	Alcool	2	5	50
Alcool divers	2	5	50	Alcool	2	5	50
	3	5	50	Alcool méthylique	2	5	50
	9	5	50	Alcool divers	2	5	50
Alcool divers	3	10	100	Alcool	2	5	50
Alcool divers	3	10	100	Alcool méthylique	2	5	50
Alcool divers	12	5	50	Alcool divers	2	5	50
Alcool divers	3	10	100	Alcool	2	5	50
	4	10	100	Alcool méthylique	2	5	50
	11	10	100	Alcool divers	2	5	50
	14	2	20	Alcool	2	10	100
Alcool divers	3	14	140	Alcool méthylique	2	10	100
	4	10	100	Alcool divers	2	10	100
	14	10	100				
Alcool divers	4	2	20				
Alcool divers	5	5	50				
Alcool divers	5	5	50				
Alcool divers	5	5	50				
Alcool divers	5	5	50				

EN 1211 Sampling Certificate for the detection of Polychlorinated Biphenyls (PCBs) in the presence of paraffin
 + CERTIFICADO DE MUESTREO DE LA PRESENCIA DE POLICLORURO DE BIFENILO EN LA PRESENCIA DE PARAFINA

50

Parafina						
Código	0	1	2	3	4	5
0	04	07	02	01	03	05
1	100	07	110	40	025	25
2	40	20	110	12	50	21
3	200	125	500	60	250	100

Resinas Parafinicas						
Código	0	1	2	3	4	5
0	04	05	06	20	40	01
1	00	00	125	100	200	40
2	00	07	120	21	50	07
3	200	125	600	105	300	05

Resinas de Parafina						
Código	0	1	2	3	4	5
0	05	07	10	1	15	1
1	100	20	100	100	100	100
2	20	11	50	1	20	01
3	200	100	500	100	200	100

Resinas de Resinas						
Código	0	1	2	3	4	5
0	05	07	10	10	20	01
1	100	20	100	100	100	100
2	20	11	50	1	20	01
3	200	100	500	100	200	100

	00000	00001
Resina de Parafina	0	Parafina
	1	Resinas de Parafina
	2	Resinas de Parafina
Resinas de Resinas	3	Resinas de Resinas
	4	Resinas de Resinas
	5	Resinas de Resinas

C O N T E N I D O

PRÓLOGO I ¿Cómo conceptualizaremos Internet e la intermedialidad en el aula?

Categorías	Subcategorías	Módulos / Páginas	Temas/temas / Páginas	Temas/temas / Páginas	Temas/temas / Páginas	
Metalingüística	Ortografía	1-5-1	Comunicación	1-10-1	Ortografía	1-10-1
	Gramática	1-5-1	Comunicación	1-10-1	Intermedia	1-10-1
Praxiológicas	Formación del texto	1-10-1	Comunicación	1-10-1	Comunicación	1-10-1
	Comunicación	1-10-1	Formación del texto	1-10-1	Comunicación	1-10-1
	Comunicación	1-10-1	Formación del texto	1-10-1	Formación del texto	1-10-1
Sociolingüística	Ortografía	1-10-1	Comunicación	1-10-1	Comunicación	1-10-1
	Gramática	1-10-1	Comunicación	1-10-1	Comunicación	1-10-1
	Formación del texto	1-10-1	Comunicación	1-10-1	Comunicación	1-10-1
	Formación del texto	1-10-1	Comunicación	1-10-1	Comunicación	1-10-1
Conceptos	Formación del texto	1-10-1	Formación del texto	1-10-1	Formación del texto	1-10-1
Intermedialidad	Formación del texto	1-10-1	Formación del texto	1-10-1	Formación del texto	1-10-1

C O N T E N I D O

PRÓLOGO II Desde los puntos de vista, ¿cómo nos las cosas de la intermedialidad?

Categorías	Subcategorías	Módulos / Páginas	Temas/temas / Páginas	Temas/temas / Páginas	Temas/temas / Páginas	
Metalingüística	Ortografía	1-10-1	Comunicación	1-10-1	Comunicación	1-10-1
	Gramática	1-10-1	Comunicación	1-10-1	Comunicación	1-10-1
	Formación del texto	1-10-1	Comunicación	1-10-1	Comunicación	1-10-1
Praxiológicas	Formación del texto	1-10-1	Formación del texto	1-10-1	Formación del texto	1-10-1
	Formación del texto	1-10-1	Formación del texto	1-10-1	Formación del texto	1-10-1
	Formación del texto	1-10-1	Formación del texto	1-10-1	Formación del texto	1-10-1
	Formación del texto	1-10-1	Formación del texto	1-10-1	Formación del texto	1-10-1
Sociolingüística	Formación del texto	1-10-1	Formación del texto	1-10-1	Formación del texto	1-10-1
Conceptos	Formación del texto	1-10-1	Formación del texto	1-10-1	Formación del texto	1-10-1
Intermedialidad	Formación del texto	1-10-1	Formación del texto	1-10-1	Formación del texto	1-10-1

E E E E E E

PROBLEMA 13 Basen en parte de veritas, ¿Pueden con las veritas de la Pírricaa?

Categorías	Particulares	Universales Particulares	Universales Part.	Universales Particulares
Relaciones	Relaciones 1 40 1	Relaciones 1 50 1	Relaciones 1 50 1	Relaciones 1 50 1
Particulares	Familia 1 50 1 Particulares 1 25 1	Familia 1 25 1 Particulares 1 50 1	Familia 1 50 1 Particulares 1 50 1 Particulares 1 50 1	Particulares 1 50 1 Particulares 1 50 1
Sociales	Sociales 1 25 1	Sociales 1 25 1	Sociales 1 25 1 Sociales 1 25 1	Sociales 1 50 1 Sociales 1 50 1
Universales	Universales 1 50 1	Universales 1 50 1	Universales 1 50 1 Universales 1 50 1 Universales 1 50 1	Universales 1 50 1 Universales 1 50 1 Universales 1 50 1

13

E E E E E E

PROBLEMA 14 Basen en parte de veritas, ¿Pueden con las veritas de la Pírricaa?

Categorías	Particulares	Universales Particulares	Universales Part.	Universales Particulares
Relaciones	Relaciones 1 50 1	Relaciones 1 50 1	Relaciones 1 50 1	Relaciones 1 50 1
Particulares	Familia 1 50 1	Familia 1 50 1	Familia 1 50 1	Familia 1 50 1 Familia 1 50 1
Sociales	Sociales 1 50 1	Sociales 1 50 1	Sociales 1 50 1	Sociales 1 50 1
Universales	Universales 1 50 1	Universales 1 50 1	Universales 1 50 1	Universales 1 50 1

PROGRAMA 1.5. Estado de cuenta de vista, ¿cuáles son los factores presupuestales del crecimiento real?

Categorías	Países Bajos	Media de Países Bajos	Irlanda	Países Bajos
Industria	Servicios 1 500 Sect. manufact. 4 500 Comercio 1 500 Servicios 1 500	Servicios 4 150	Industria 4 250	Servicios 4 150 Industria 4 150
Préstamos	Préstamos 1 400	Préstamos (Sector)	Préstamos 1 400	Préstamos 1 400
Salarios	Salarios 1 200	Salarios (Sector)	Salarios 1 200	Salarios 1 200 Salarios 1 200

PROGRAMA 1.6. ¿qué estados Unidos por el crecimiento?

Categorías	Países Bajos	Media de Países Bajos	Irlanda	Países Bajos
Industria	Industria 1 500	Industria 1 250	Industria 1 250	Industria 1 250
Préstamos	Préstamos 1 200	Préstamos 1 200	Préstamos 1 200	Préstamos 1 200
Salarios	Salarios 1 500	Salarios 1 400	Salarios 1 400	Salarios 1 400
Industria	Industria 1 500 Salarios 1 500	Industria 1 400 Salarios 1 400	Industria 1 400 Salarios 1 400	Industria 1 400 Salarios 1 400 Salarios 1 400 Salarios 1 400 Salarios 1 400 Salarios 1 400

C H A B R O 12

PROBLEMA 3 ¿Cuáles son los parámetros que mejor utilizan, por lo general, para llegar a un diagnóstico?

Categorías	Psicólogos	Psicólogos Psiquiatras	Terapeutas Psico.	Terapeutas Psiquiatras
Psicólogos	Exámenes: 4 00 %	Exámenes: 4 95 %	Exámenes: 4 60 %	Exámenes: 4 60 % Entrevistas: 4 60 %
Psicólogos	Entrevistas: 4 90 %	Entrevistas: 4 60 %	Entrevistas: 4 70 %	Exámenes: 4 100 %
Evaluación	Psicólogos: 4 50 %	Psicólogos: 4 35 %	Psicólogos: 4 60 %	Psicólogos: 4 60 %

C H A B R O 13

PROBLEMA 4 ¿Cuáles son los parámetros que mejor utilizan, raras veces, para desarrollar un diagnóstico preliminar?

Categorías	Psicólogos	Psicólogos Psiquiatras	Terapeutas Psico.	Terapeutas Psiquiatras
Entrevistas	Realizadas: 4 80 % Funcionamiento: 4 65 % Entrevistas: 4 40 %	Realizadas: 4 70 % Funcionamiento: 4 65 % Entrevistas: 4 35 %	Realizadas: 4 70 % Funcionamiento: 4 60 % Entrevistas: 4 30 %	Realizadas: 4 30 % Entrevistas: 4 60 % Entrevistas: 4 20 %

PROGRAMA 1.13 ¿Cuál sería el tratamiento ideal para una persona?

Letras/Signos	Psicólogos	Médicos Psiquiatras	Terapeutas Psic.	Terapeutas Múltiples
Biopsiquiatras	Ejercicio 1 10 1	Ejercicio 1 10 1	Ejercicio 1 10 1	Intermedicados 1 10 1
Psicólogos	Ter. Soc., Ind. 1 10 1 Ter. Soc., Fam. 1 10 1 Familia 1 10 1	Psicoterapia 1 10 1 Ter. Soc., Ind. 1 10 1 Grupos, Individ. 1 10 1	Ter. Soc., Ind. 1 10 1 Psicoterapia 1 10 1 Grupos, Individ. 1 10 1	Psicoterapia 1 10 1 Ter. Soc., Ind. 1 10 1
Señales		Intermedicados 1 10 1		
Terapeutas	Mixto 1 10 1 Múltiple 1 10 1	Mixto 1 10 1 Múltiple 1 10 1 Intermedicados 1 10 1	Mixto 1 10 1	
Exclusivos	El Intermedicados 1 10 1	El Psicólogo 1 10 1	El Centro Clín. 1 10 1 El Psicólogo 1 10 1 El Intermedicados 1 10 1	El Psicólogo 1 10 1

13

PROGRAMA 1.14 ¿Cuál sería el tratamiento ideal para una persona?

Letras/Signos	Psicólogos	Médicos Psiquiatras	Terapeutas Psic.	Terapeutas Múltiples
Biopsiquiatras	Ejercicio 1 10 1	Ejercicio 1 10 1	Ejercicio 1 10 1	Ejercicio 1 10 1
Psicólogos	Ter. Soc., Grupo 1 10 1 Psicoterapia 1 10 1	Psicoterapia 1 10 1 Ter. Soc., Grupo 1 10 1 Familia 1 10 1	Psicoterapia 1 10 1 Ter. Soc., Grupo 1 10 1 Ter. Soc., Ind. 1 10 1 Familia 1 10 1 Individuo 1 10 1	Psicoterapia 1 10 1 Ter. Soc., Ind. 1 10 1
Señales	Intermedicados 1 10 1 Intermedicados 1 10 1			Intermedicados 1 10 1
Terapeutas	Combinados 1 10 1	Mixto 1 10 1	Mixto Múltiple 1 10 1	Mixto 1 10 1
Exclusivos	El Centro Clín. 1 10 1 El Psicólogo 1 10 1 El Intermedicados 1 10 1	El Intermedicados 1 10 1	El Centro Clín. 1 10 1	El Psicólogo 1 10 1

4.2 Análisis de Resultados

En este capítulo se fragmenta la representación social únicamente con fines de facilitar el análisis, pero este hecho no implica que se pretenda que esta, en la realidad se presente de forma fragmentada.

De este modo, se aborda la información, la actitud y el campo de representación que se encuentra en cada una de las muestras estudiadas.

Información:

Información. En este caso, el contenido de la información que fue proporcionada se caracterizó, en gran medida, por hacer referencia a temas psicológicos. Esto tomando como apoyo los resultados de mayoría de frecuencias, que se aplicó para analizar los datos y que en este caso indica que la tendencia psicológica se presentó en tres preguntas, (ver cuadro 1) lo cual parece corroborarse por el análisis global de frecuencia de asignación de los criterios de importancia (ver anexos 3 y cuadro 5) en el cual aparece que de acuerdo al criterio 1 fue de 100 %, mientras que en el caso 2 fue de 250 % para el aspecto psicológico.

Otro aspecto importante es que, con este mismo análisis el uso de referencias de los actores o grupos, fue cooperativamente bajo; para el caso de 1 fue de 20 %, mientras que para 2 fue de 140 %, sin embargo este análisis, solo da una panorámica global de la información. Por otro lado, y de manera más específica, el análisis de las frecuencias mayores de categorías por pregunta se como sigue: En cuanto a las causas de enfermedad mental 1) en base al análisis de las preguntas 2, causas de neurosis; 3, causas de psicosis; 4, factores predisponentes, se encuentra que se reconocen causas biológicas, psicológicas y sociales y dependiendo de la entidad, tendencias mayor para unas u otras, así, en el caso de la neurosis el primer lugar lo ocupan los factores sociales con 45 % ; las psicoanalíticas 35 % ; las circunstanciales, que se refiere al origen más circunstancial que genético 30 % ; reaccion-ventilante , incluyendo el estado 20 % ; la familia 30 % . En cuanto a la biológicas se orgánicas 10 % ; neurológicas 10 % ; la carga biológica 10 % .

Para la psicosis (pregunta 3) el aspecto biológico ocupa el primer lugar, referido como orgánicas con 40 % ; la familia con 30 % ; psicoanalíticas 35 % ; social 30 % .

Es notorio que en relación a la esquizofrenia, en este caso la relación biológico-social de importancia, quedando en los dos casos la psicológica en medio.

En cuanto a factores predisponentes (pregunta 4), la familia ocupa el primer lugar con 40 % ; la genética con 30 % ; la social 30 % . (ver cuadros 7 - 8).

Se notaría una falta de información suficiente respecto a la biología y lo social, los cuales son manejados de una manera difusa y poco clara, con términos muy amplios, que bien reflejan consideración, pero esta no necesariamente implica conocimiento.

Por otro lado, aparentemente existe una tendencia a descentrar las causas de la enfermedad del individuo mismo.

Por lo que toca a las factores precipitantes (pregunta 6) que serían aquellos que provocarían la manifestación e identificación clara y evidente de la patología; se tiene lo siguiente: Las peticidas-tramas con 40 % ; el ambiente con 30 % ; las sustancias, referentes al sistema nervioso, la incompatibilidad sanguínea, a lo biológico 5 % cada uno de ellos. (Ver cuadro 10).

Aquí se nota un cambio, puesto que se para mayor peso en el sujeto mismo o su vivencia, aun cuando lo social se considera en un menor medida que en las causas y, finalmente, la biología aun cuando tiene una frecuencia baja, igualmente se refiere al individuo, lo que implicaría cierta tendencia individualizadora, que va más allá de que esto sea cierto o no.

En cuanto al diagnóstico (pregunta 7 y 8), que puede decirse, es una operación realizada por un profesional, con fines de organizar la información que le es proporcionada, en este caso, por el paciente, siempre en relación a su marco de referencia, que, evidentemente, no solo es teoría.

En este caso parece basarse en gran medida, en cuestiones relativas a la esfera psicológica del individuo: Contacto con la realidad 80 % ; funciones superiores 85 % ; psicológicas 80 % , mediante una serie de estudios y técnicas. (Ver cuadros 11 y 12), se observa aquí la mencionada tendencia, puesto que se buscan habilidades, fallas, deficiencias, que, finalmente se refieren al individuo.

Por lo que se refiere al pronóstico (preguntas 9 - 12) que vendría siendo una hipótesis que el profesional hace con respecto a la evolución del paciente, de la afección, de la enfermedad mental específica, o bien, del paciente con su enfermedad, como la delirio, y que implica la consideración de diversos factores, generalmente recopilados en la fase de diagnóstico.

Referente a este aspecto se encontró lo siguiente: las referidas al individuo fueron: individuo 80 % o tipo de enfermedad 30 % (pregunta 9); paciente 30 % (pregunta 10); orgánicos 15 % (pregunta 11); sistema nervioso 15 % (pregunta 12), (ver cuadros 14-17), mientras que las referidas a cuestiones que van más allá del individuo se tienen: la familia con 85 % y 15 % (preguntas 12 y 11 respectivamente); el medio 25 % (preguntas 9 y 10); tratamiento 15 % y terapéuticas 5 % (pregunta 11); preferencias 5 % (pregunta 10); factores fortuitos 10 % (pregunta 12). Esta situación permite ver una mayor apertura en cuanto a la consideración de factores en el pronóstico, lo cual

pueda deberse a que esto implica la teoría y no la participación directa. Ya que en cuanto a tratamiento, que en teoría implicaría todas aquellas operaciones que el profesional realiza o propone realizar conjuntamente con el interesado, para tratar de superar la situación que obstaculiza a este y que sería consecuencia de las concepciones sobre las causas del padecimiento que aquel haya elaborado.

De acuerdo a lo encontrado la gran mayoría se refieren al individuo, llamáronse ítemos 50 % (pregunta 14); psicoterapias de primer nivel 50 % (pregunta 18); psicoanalista 45 % (pregunta 13), presentándose el tratamiento familiar en la pregunta 14 con 30 % y la grupal en la 18 con igual porcentaje (ver cuadros 10-21). Se habla por otro lado, de apertura en la elección, de usar el que más beneficiará al paciente, sin embargo, parece que la variedad de tratamientos no es muy amplia, y que primero se recomendaría un tratamiento individual, dando el individuo tiene un papel de material de trabajo del profesional; siendo esta una pauta en el caso de la psicosis en la cual se recomienda en primer lugar las fármacos (pregunta 14) siendo que cuando se les pregunta tratamientos a recomendar (pregunta 16) fue el menos valorada, Actitud, Orientación general positiva o negativa respecto al objeto de interés. De acuerdo a la información que proporciona el cuadro cinco, que presenta el porcentaje global de asignación de importancia, indica que para la respuesta personal (0) fue de 330% con 3 y de 200 % con 2, mientras que para la impersonal (1), con 3 fue de 110 %, y con 2 de 500 %, mientras que, de acuerdo a la mayor frecuencia de tipo de respuesta (ver cuadro 11, se ve que la mayor frecuencia de personal (0), se halla en las preguntas 1, 6, 8, 10, 14, 15 y 16, lo cual puede implicar involucramiento con su área de trabajo, situación que está más significativo ya en la práctica clínica.

Sin embargo, esta información no indica dirección de actitud, para lo cual, del análisis por palabra (ver anexo 4), de las cuales, se tomarán las tres de mayor frecuencia en cada pregunta, quedando las siguientes:

Equiente: frecuencia general de 186, presentándose a partir de la pregunta 7 hasta la 16, que se refieren a diagnóstico, pronóstico y tratamiento (ver tabla 1), siendo mayor en la pregunta 8 y en la 12, lo cual también indica como un referente muy importante al individuo. Mientras que, por otro lado, indica la tendencia a reducir al individuo a paciente como si todo el estuviese enfermo.

Enajenar: frecuencia general de 120, presentándose en la pregunta 8, e implicando una connotación mucho más amplia que la palabra paciente de hecho, puede decirse que estas en sí solo opuesta. Cabe señalar que no se encontró en ninguna pregunta referida a psicosis 4 (ver tabla 1).

Práctico: frecuencia general de 110, la cual no se refiere a ningún aspecto sino que se presenta prácticamente en toda la entrevista, lo cual, entonces, parece ser una palabra clave para

referirse a enfermedad mental (después de paciente y persona, y que implica una connotación negativa.

Normal: frecuencia general de 83, solo se encuentra en la pregunta 8 que pide definición de normalidad. Pudo haber sido inducida por el texto de la pregunta, por lo que no se considerará para análisis.

Trastorno: frecuencia general de 14, presentándose solo en la pregunta 4, cuyo texto incluye la palabra trastorno, por lo cual no se considerará para análisis.

Alteración: frecuencia general de 10, presentándose solo en la pregunta 14; implica igualmente una connotación negativa, en este caso, referida a la persona.

Buena: frecuencia general de 7, presentándose solo en la pregunta 7. Palabra que, como comentario, puede utilizarse como eufemista o bien como juicio por lo que no se consideró para el análisis. Resumiendo, puede decirse que, si bien parece existir una actitud despectiva hacia el área de trabajo, parece tenerse una actitud negativa respecto al objeto de estudio que vendría siendo la enfermedad mental y que parece obliterarse en el paciente.

Otro análisis que puede proporcionar información sobre actitud es el referente a las preguntas 1 (definición de enfermedad mental) y 8 (definición de normalidad) puesto que piden definiciones sobre algo abstracto y, de acuerdo con la teoría de la representación social sería mediante la forma de nombrar el objeto de interés que se le categoriza, es decir, se le ubica.

En cuanto a la pregunta 1, la enfermedad mental fue definida como una alteración o trastorno de la personalidad en un 30 % ; se emplearon las palabras en 25 % ; se incluyó la palabra desadaptación en 15 % referida a las normas, valores, etc.; se le caracterizó como salida de normas, valores sociales aceptados en 10 % ; se le caracterizó como parámetro estadístico o basado en la estadística en 10 %. Del mismo se definió como orgánica en 5%; se le definió por lo negativo en 5 % y se hizo referencia a la dificultad de la definición en 15 % (ver cuadro 61).

De acuerdo al análisis de la pregunta 8, la normalidad fue definida como aquella que la mayoría hace (80 %); con base en la estadística (65 %); se habla de la dificultad de definir el término (35%); se definió con base en las capacidades del individuo (25%) (ver cuadro 11).

Es curioso que, en el caso de la enfermedad mental, esta se defina primeramente con base en características del individuo y la normalidad de una manera difusa (impresión y estadística), por otro lado, el hecho de definir a la enfermedad mental como un salirse o no adaptarse a lo socialmente aceptado, y a la normalidad como lo que la mayoría hace, independientemente de

todos los cuestionamientos que pudieran hacerse con base en la práctica clínica según una aceptación de la que se hace comúnmente, si toda esta bien, es difícil aplicarse las desviaciones, las cuales son depositarias de una actitud negativa que en el presente caso, y después de todo el análisis, por demás está decir que el depositario sería el "entorno social".

Cabe señalar que las caracterizaciones a la enfermedad mental como desadaptación y desviación de normas, no son privativas ni definitivas de la enfermedad mental puesto que pueden aplicarse por igual a otro tipo de situaciones: incendio, robo, crisis, etc. y quizá, de ahí venga la confusión, puesto que no es raro denominar loco alidito a un violador por ejemplo.

Campo de Representación.- En este caso y en base a los datos proporcionados en informaciones la enfermedad mental parece ser vista como una alteración en la esfera psicológica, la biológica y que tiene contribuciones sociales, siendo percibida de esta última de manera más clara, a la familia, de estos componentes parece que se le da mayor importancia a lo psicológico ya que, inclusive, la familia es vista desde un aspecto psicológico, sinas que, finalmente parece sentirse en individuos.

La persona parece conceptualizarse como paciente a partir de la situación clínica, es decir, a partir de las fases de diagnóstico, pronóstico y tratamiento (ver tabla 1, cuadros 12 a 21 y anexo 3).

La enfermedad mental es considerada como una alteración emocional, desadaptación social y algo que sale del promedio de la población (ver cuadro 6). Lo cual finalmente puede hacerse extensivo al individuo-paciente-problema.

De una forma sequentica, lo anterior quedaría como sigue:



Médicos Psiquiatras.

Información. De acuerdo a los datos presentados en el cuadro 5, el código 5, que se refiere a contenido psicológico, tiene una mayor frecuencia de asignación de los dos códigos de importancia (ver anexo 3), siendo en el caso de E de 200 %, mientras que en

el 2 es de 30%, siguiéndole el 3 (biológico) con un porcentaje para 2 de 140 y para 2 de 115 %, finalmente el social con 45 % para 2 y 85 % para 3. De esta manera, puede decirse que el sentido de las respuestas, de una manera global, incluyeron información predominantemente biológica y psicológica, dándosele mayor peso a esta última.

De manera específica respecto a las causas, basándose para ello en el análisis de las preguntas 2 (causas de neurosis), 3 (causas de psicosis) y 4 (factores precipitantes) (ver anexos 11, y véase del mayor porcentaje al menor se presentará lo siguiente):

La genética 65% y 35% preguntas 4 y 2 respectivamente; la biológica 50 % en la pregunta 3; familia 50 %, 35 % y 50%, preguntas 2, 3 y 4 respectivamente, ocupando en todos los casos la referencia a lo social el último lugar 20 %, 20 %, 20 %, preguntas 2, 3 y 4 (ver cuadros 6, 7, 8 y 9).

Es evidente un mayor peso al individuo y específicamente su esfera biológica en cuanto a las causas de enfermedad mental. El hecho de incluir a la familia implica cierta apertura en cuanto a los factores causales de enfermedad mental, y no centrar estos solo en el individuo.

En cuanto a los factores precipitantes (pregunta 5) se encuentra lo siguiente: Pérdidas-traumas 50 %, sentimientos-exceles 50 %, soledad 20 %, ambiente 20 %, sustancias 15 %.

La anterior parece reflejar que se le da mayor peso a factores individuales, y aun cuando se incluye la sociedad o ambiente como factores precipitantes, esto puede ser visto finalmente en base al individuo, es decir, el ambiente es el precipitante siempre que el individuo tuviera una predisposición genética o física, a presentar una psicología específica.

Por lo que respecta al diagnóstico, y de acuerdo al análisis de las preguntas 7 (parámetros para diagnóstico) y 8 (diagnóstico diferencial entre neurosis y psicosis) este, parece haberse considerado una serie de técnicas 80 % y estudios 55% en la pregunta 7, enfocados en gran medida a evaluar la esfera psicológica del individuo. Aun cuando técnicamente se hablan de causas que rebasan al individuo, el momento de la evaluación de las "alteraciones", estas solo se basan en el individuo (hacerse contacto con la realidad 70 %, funciones superiores 35 %, estas en pregunta 8; esfera psicológica 35 % en la pregunta 7 (ver cuadros 12 y 13).

Es aquí donde de manera mas clara se individualiza la enfermedad mental.

Por lo que respecta al pronóstico, en base al análisis de las preguntas 9 (criterios para pronóstico), 10 (pronóstico de neurosis), 11 (pronóstico de psicosis), 12 (factores que afectan pronóstico), se encuentra lo siguiente: tipo de enfermedad 75% en la pregunta 9; el tratamiento 60% en la pregunta 12; el individuo

55%, pregunta 8; tipo de patologia 40% y 30% en la pregunta 11; paciente 30% en la pregunta 10; patologia 25% en la pregunta 12; la conciencia 25%; factores sociales 25% estas dos ultimas en la pregunta 12; causas 5% en la pregunta 9; enfermedades fisicas 5% en la pregunta 12.

En la historia aqui la consideracion del tipo de patologia, no tanto de las caracteristicas del paciente, sin embargo, igualmente imputable al individuo. Por otro lado, los factores sociales se consideraron poco y solamente como alteradores del pronostico y no como parametros para establecerlo; la familia, que en las causas tiene un peso importante, en este caso no aparece.

Con respecto al tratamiento, en su mayoria se refieren al individuo, sean farmacos 65%, 90% y 40% en las preguntas 14, 15 y 16 respectivamente; psicoterapia 55%, 45% y 20% en las preguntas 13, 14 y 15 respectivamente, quedando el tratamiento familiar en 40%, solo reducida al caso de las psicosis (pregunta 14), aun cuando teoricamente es compatible con la neurosis y con base en sus resultados, hasta recomendable. Sin embargo, no parece ser asi en la realidad, con la cual es incompatible debido a la falta de recursos, siendo quizas esta, una de las fuentes de su no recomendacion.

Esta tendencia individualizadora se va manifestada de nuevo cuando, para mencionar tratamientos, se mencionan: mencionada a patologia 25% en la pregunta 13; condicionada a individuo 15% en la pregunta 14; mencionada a capacidades 15% y a patologia 15%, para la pregunta 15; individuo 35%, y con base en el beneficio que le reporta el paciente 5%, antes para la pregunta 16 (ver cuadros 18 a 21).

Con base en todo lo mencionado anteriormente, puede decirse que existe incongruencia en cuanto a la informacion que se recibe, principalmente, en cuanto a las causas con todos los demas aspectos, pudiendo decirse, con base en esto, que existe una marcada tendencia individualizadora y biologica respecto a la enfermedad mental.

Actitud.- La actitud muestra el proporcionar la informacion y, de acuerdo con la frecuencia mayor del nivel de respuesta por pregunta (ver cuadro 2), y a la valoracion de importancia (ver en el cuadro 3, el porcentaje de asociacion de 1 y de 2 respecto al codigo 2), parece ser predominantemente impersonal, lo cual, se puede atribuirse al entrevistador, ya que fueron diferentes personas las que entrevistaron, de manera que puede implicar una actitud alejada hacia el fenomeno de estudio.

Por otro lado y, de acuerdo al analisis por palabra, (ver tabla 2), de aquellas que pueden indicar actitud, se hallan las siguientes: paciencia, frecuencia general de 30%, cuya aparicion fue a partir de la pregunta 7, de manera que puede implicar un no poder pensar en diagnostico, pronostico y tratamiento sin pensar en paciente, pero ademas, esta palabra tiene una connotacion

negativa ya que reduce al individuo en su totalidad a enfermo. (Tiene mayor frecuencia que otras palabras en las preguntas de diagnóstico; neurosis, con una frecuencia general de 114, sin embargo, se presenta solo en las preguntas 2, 10 y 13, cuyo texto incluye la palabra neurosis (ver anexo II, por lo cual no se considera para análisis, ya que es evidente que fue incluida por la pregunta; **enfermedad**, frecuencia general de 119 y, cuya frecuencia de la pregunta 1, no se considera por los mismos motivos que neurosis. Sin embargo, al resto de las frecuencias y por la cercanía con paciente, viene a indicar una probable asociación de las dos palabras: psicosis, sucede lo mismo que con neurosis, ya que solo se presenta en las preguntas 3, 8 y 11; **liberación**, frecuencia general de 74, que se presenta en las preguntas 1, 2, 4 y 5 (ver anexo II, estas dos últimas no se consideran, esta palabra, igualmente, tiene una connotación negativa y que implica, además, un juicio valorativo: normal, frecuencia general de 74, solo se halla en la pregunta 6 que implica deficiencias de normalidad, razón por la cual no se considera; **salud**, frecuencia general de 68, término peyorativo que lleva implícita una actitud negativa; buena, frecuencia general de 48, pero no se considera, puesto que se usa como sustantivo, sin embargo, cabe señalar que su mayor frecuencia (187, se presentó en la pregunta 10 que se refiere al pronóstico de la neurosis y no se halla en ninguna de las referidas a psicosis; **alteración**, con frecuencia general de 25, se presentó solo en las preguntas 1 (definición de enfermedad mental) y 3 (causas de psicosis), implica un juicio valorativo y una actitud negativa, en este caso, lo significativo es la asociación de alteraciones con enfermedad mental y con psicosis; **ajust**, frecuencia general de 31 y hallado solamente en la pregunta 6 (definición de normalidad), que aparentemente no implica más que la superposición de salud y normalidad, sin embargo y, precisamente por esto, puede pensarse en la aplicación de los criterios separatisas en los que se basa la normalidad al evaluar la salud, en este caso, mental; **problemas**, frecuencia general de 20, presentándose en las preguntas 2 (causas de neurosis), 14 (tratamiento de psicosis) y 15 (tratamientos usados más frecuentemente), implica una connotación negativa; **ansia**, frecuencia general de 18, presentándose únicamente en la pregunta 14 que puede implicar una devaluación, en este caso, referida a la psicosis; **individuo**, frecuencia general de 13, presentándose solo en el caso de la pregunta 8, (diagnóstico diferencial de neurosis y psicosis), connotando una actitud positiva, en este caso, quizá por la asociación de psicosis con neurosis, que aparentemente no se asocia con enfermedad, puesto que esta palabra no se halla en ninguna de las preguntas referidas a neurosis; **delinción**, frecuencia general de 13, presentándose únicamente en la pregunta 6 (criterios para psicosis); **normal**, frecuencia general de 12, solo se halla en el caso de la pregunta 6 (definición de normalidad), lo cual puede implicar una tendencia a explicar lo normal a partir de lo anormal y viceversa; **ajuda**, frecuencia general de 8 en la pregunta 10 (tratamientos a recomendar), lo cual implica una actitud positiva respecto al tratamiento para con el paciente; **ajuda**, frecuencia general de 4 en la pregunta 10, implica una actitud positiva pero

a la vez desvalorizada.

Por otro lado, de acuerdo a la pregunta 1 (definición de enfermedad mental), esta fue definida como un trastorno o alteración emocional 38%; en funciones psíquicas 30%; como desviación de normas 25%; como desadaptación 10%; como teniendo causas o consecuencias biológicas 5%. Por otro lado, se hizo referencia a la dificultad de definir el concepto 20% y fue definida de manera vaga o inespecífica 10%. En cuanto a la pregunta 6 (definición de normalidad), esta se definió con base en lo que la mayoría hace 60%; la estadística 40%; como un equilibrio-estabilidad 20%; se homologa la normalidad con salud 10% y se habla de la dificultad de definirla 10%.

Con base en lo anterior, es probable que se presente una superposición de normalidad con salud y con negativas, anormalidad-enfermedad, de manera que la enfermedad mental puede verse como un salir de los límites, valores y normas sociales y puede o no ser eso. Sin embargo, hoy por hoy se tiene una actitud negativa hacia esta situación, la cual, por demás esta decirlo, se es privativa o característica de la enfermedad mental. Ahora bien, hacia donde se dirige esta actitud? Parece ser que va dirigida al individuo, que sería un enfermo o paciente que requiere ayuda o manejo; sin embargo, en este caso, esta actitud parece tener un camino más largo puesto que parece verse, por un lado a la enfermedad y por otro al individuo, por lo que puede decirse que para esta muestra el individuo se personaliza a la enfermedad mental más que la porta.

Campo de Representación.- En una medida significativa, la enfermedad mental es vista como un trastorno o desadaptación individual que, aun cuando tiene influencias externas, estas son vistas desde el individuo, a más de que la visión de estos elementos llega solo a la familia, la cual es vista en su aspecto psicológico. Sin embargo, el individuo no parece reducirse a paciente al homologarse con enfermedad, es a partir de la situación clínica cuando se empieza a pensar en paciente (ver tabla 2 y cuadros 12 a 21), siendo en todos los casos la referencia a la patología o tipo de enfermedad mayor que a individuos, lo cual puede deberse a que en medicina las enfermedades tienen leyes propias, sin embargo, en el diagnóstico se buscan las alteraciones o problemas únicamente en el individuo, por lo que puede verse que, finalmente, la enfermedad mental se asocia con individuo. De por esto, que al asociarse la enfermedad mental con desadaptación, problemas y trastorno fácilmente se asocian al individuo. De una manera esquemática lo dicho anteriormente quedaría como sigue:

	De, Pa, Tx		Patología
Enfermedad Mental	Sujeto	Paciente	Familia
			Sociedad

Trastorno, Desadaptación, Problema, Acción

Psicoterapeutas Psicológicos.

Información.- Con base en los criterios para valorar tendencia de respuesta (ver anexo 3), y de acuerdo a la frecuencia mayor de estas (ver cuadro 3), la información proporcionada se caracterizó, en gran medida, por un importante contenido psicológico y, de acuerdo a los criterios para valorar importancia de la tendencia de respuesta (ver anexo 3), este fue mayor en los dos criterios que los otros aspectos evaluados, siendo para 1 de 100% y para 2 de 240%, lo cual es coherente con su formación académica, pero que implica, ya de por sí, una tendencia a individualizar.

Por lo que respecta al análisis por pregunta, se tiene que, en cuanto a las causas de enfermedad mental (preguntas 2: causas de neuróticas, 3: causas de psicosis, 4: factores predisponentes del trastorno mental), se encontró lo siguiente: se le da un peso significativamente mayor a aspectos individuales pasados en un 50% y un 40% para las preguntas 2 y 3 respectivamente; orgánicos en un 50% y genéticos en un 40% para la pregunta 3; psicosomáticas en un 30% y 40% para las preguntas 2 y 3 respectivamente; familia en un 30% y 40% para las preguntas 3 y 4 respectivamente y, por último, lo social en un 20% para la pregunta 3 y el medio en un 30% para la pregunta 4 (ver cuadros 7-8). Este análisis, de nueva cuenta, la mencionada tendencia individualizadora predominante y, muy probable es que, aun cuando se habla de la familia y lo social, esto se reduce al individuo ya que no se presenta una especificación sobre todo en el caso de lo social, habiéndose pues, de manera general.

Por lo que respecta a los factores precipitantes, pregunta 5, en este caso se ve (ver cuadro 10), que gran parte de lo que prevalece que a una persona se le juegue enferma, se debe, su manifestación conductual, después del individuo: pérdidas-trama 60%; ambiente 30%. lo cual implica cierta concepción de interacción individuo-medio. Sin embargo, el medio en este caso (referido de manera general), fue visto como aquel que proporciona el elemento disparador, de que sea o no así, depende totalmente del individuo. Por último, aparece la biología con un 30% cuyo porcentaje no difiere significativamente del de medio y que, finalmente, se refiere al individuo, más que en este caso a su esfera biológica (ver cuadro 10).

El diagnóstico, de acuerdo al análisis de las preguntas 7 (parámetros para diagnóstico) y 8 (diagnóstico diferencial de depresión y psicosis), en gran medida parece basarse en datos que el profesional busca en el individuo (para saber lo que este tiene), sobre todo en su esfera psicológica mediante una serie de técnicas: técnicas 70% y psicológicas 60% para la pregunta 7; funciones superiores 60%, instrumentos 30% y prueba de realidad para la pregunta 8 (ver cuadros 12 y 13), en donde se ve una fuerte tendencia individualista, estas sugerencias son significativas sobre el dar el diagnóstico al individuo y, por otro lado, su influencia en la elección y conducción del tratamiento.

En cuanto al pronóstico y, de acuerdo al análisis de las preguntas 8 (trastornos para pronóstico), 10 (pronóstico de neuróticos) y 11 (pronóstico de psicosis), parecen basarse para establecerse en la siguiente: individuo 30%; tipo de enfermedad 40%; factores sociales 30%; organismo 10% (ver cuadro 14). en este caso el individuo es el punto clave para el establecimiento del pronóstico; aun cuando se incluyen factores externos a él, estos son en porcentaje significativamente menores, cuando pudiera ser mayor, si se piensa que aparte de enfermedad hay otras situaciones y que pueden influir al individuo, inclusive, en la consecución de su tratamiento.

Por otro lado (preguntas 19 y 11), se considera que, tanto una neuróticos como una psicosis, tienen buen pronóstico si se someten a tratamiento 60% para una y 30% para la otra (ver cuadros 15 y 16). Asimismo, en el caso de la psicosis (pregunta 11), se hizo una relación entre ésta, los tratamientos disponibles y el pronóstico, así pues se menciona que la psicosis no se cura, se controla 30%; la insuficiencia de los fármacos 30%. Por otro lado se encuentran, aunque con porcentaje menor, cuestiones referidas al individuo: patología 30% (pregunta 10); psicología 30% (pregunta 11); en este mismo sentido, se hallan las respuestas inespecíficas condicionadas, donde no dan pronóstico por no haber especificación del cuadro o paciente en la pregunta; inespecíficas condicionadas a individuo 20% (pregunta 10) e inespecíficas condicionadas a patología 20% (pregunta 11).

El pronóstico parece diferir entre lo que se dice considerar y lo que finalmente se considera, ya que en la pregunta 8 se menciona la consideración de factores sociales, mientras que para ésta ya (preguntas 19 y 11), los factores que se incluyen son solo los referentes a la situación de consulta, es decir, de manera aislada; se da el pronóstico con base en el individuo y a la eficacia de los tratamientos disponibles, no incluyendo ni siquiera a la familia.

Al analizar la pregunta 12 (factores que modifican pronóstico inicial), se nota la misma tendencia, ya que se considera, en primer lugar, al tratamiento 30%, que se refiere al individuo en el tratamiento, duración, demanda de ayuda, etc.; patología 20%; detección-ataje 30%, que implica los errores terapéuticos, mientras que solo el 10% correspondía a la economía, referida a los costos del tratamiento y los factores generales 10%, que se refieren al estigma y no aceptación del enfermo mental.

Por lo que toca al tratamiento y, de acuerdo con el análisis de las preguntas 13 (tratamiento para neuróticos), 14 (tratamiento para psicosis), 15 (tratamientos a usar más frecuentemente) y 16 (tratamientos a recomendar), ocupan un lugar importante los tratamientos psicológicos, siendo referidos solo en el caso de la psicosis por los fármacos 70%, en contraste con 30% de la psicoterapia (ver cuadro 10).

En cuanto al trabajo en conjunto, parece que se recomienda más de lo que se hace. Así tenemos que: canalización 30% y otras

profesionales 30%, para la pregunta 13 (ver cuadro 21). Otros profesionales 20% para la pregunta 14; resto 10% para la pregunta 13 (ver cuadros 19 y 20).

Cabe señalar que, en este caso, la condición de individuo parece disminuir sobre todo en las preguntas 13 y 14, aun cuando estas preguntas fueron de texto tan general como las otras, teniendo esta condición un porcentaje igual a la psicoterapia en la pregunta 14, tratamiento de psicosis: con la cual se probaba que los psicoterapeutas psicólogos tengan poco contacto y requieran más puntos de referencia, ya que esto no sucedió en el caso de la psicosis.

Actitud.- De acuerdo con los datos de mayor frecuencia respecto a nivel de respuesta (ver anexo y cuadro 2), parece existir una actitud impersonal, mientras que de acuerdo con los criterios para valores importancia de la tendencia de respuesta (ver anexo 3), de acuerdo con 2, la mayor frecuencia fue de respuesta personal con 150%, siguiendo impersonal con 130%, mientras que de acuerdo con 2 fue de 230% para la respuesta personal y 500% para la impersonal. Con base en los dos análisis la respuesta más frecuente fue la impersonal, la cual puede implicar un alejamiento respecto al objeto de estudio.

Por otro lado y, tomando el análisis por palabras (ver anexo 4), seis de ellas serían las que claramente implican actitud buena, normal, trastorno, problemas, anormal y difícil (ver tabla 3), de las cuales, la primera es la menos confiable puesto que se usó más de ocho veces (veintidós); la segunda "normal", se halló únicamente en la pregunta 6 por lo que puede pensarse que fue indicada por la pregunta y por lo tanto no se consideró para análisis; acorde lo mismo con la palabra trastorno, que solo se encontró en las preguntas 4 y 5; anormal, se halló en las preguntas 13 y 14, quizá en la primera por el contacto más estrecho con neurosis, así mismo, en la 14 como resultado de no poder hablar de manera general; problemas, solo en la pregunta 6, la cual puede indicar la necesidad del referente negativo para explicar el positivo; difícil, solo se presentó en la pregunta 14 que pide pronóstico de psicosis, lo cual habla por sí mismo.

Por otro lado y, de acuerdo con el análisis de las preguntas 1 y 6, se encuentra lo siguiente: respecto a enfermedad mental (pregunta 1), la mayor frecuencia 50%, se halla referida a la desviación de las normas, valores o límites socialmente aceptados; emociones 30%; aparato psíquico 30%; dificultad de definir 30%; personalidad 20%; que tiene causas o consecuencias biológicas 10%. En cuanto a la pregunta 6 (definición de normalidad), se encuentra lo siguiente: la adaptación del sujeto a su medio social 40%; mayoría 40%, considerar normal lo que la mayoría hace; la estadística 30%, vista como el promedio o la media estadística; estabilidad emocional 20%; equilibrio homeostático 10%; salud física 10%, que se refiere a la actuación del sujeto de acuerdo a su salud física (ver cuadros 8 y 11, así como anexos 1 y 2).

En este caso es clara la tendencia a sobrepasar enfermedad mental y normalidad, puesto que se ve una significativa similitud, de acuerdo a lo encontrado en uno y otro, donde los parámetros basados en la estadística y lo que la mayoría hace se aplican al individuo (aparato psíquico etc.), dando por supuesto que lo que la mayoría hace, o la media estadística es lo "normal", de ahí que quien de hecho necesariamente será considerado normal, eso es evidente e innegable. Sin embargo, esto lleva ya junto una actitud negativa al que sale de lo aceptado; esta actitud de nuevo, que estas actitudes no son deficitarias al exclusivo de la enfermedad mental ya que son igualmente aplicables a todo otro tipo de anomalías.

Campo de Representación.- En este caso, la enfermedad mental parece asociarse con una desviación de normas, desadaptación o problema en la esfera psicológica (ver cuadros 8 y 11), pero que, finalmente, se asocia con el individuo (ver cuadros 7-8, 12, 13, 19 y 21), al cual no se le denomina paciente tan frecuentemente (ver tabla 3).

Esquemáticamente, lo mencionado anteriormente, quedaría de la siguiente manera:

Enfermedad Mental = Desviación de Normas = Individuo
 Desadaptación
 Trastorno Emocional

Psicoterapeutas Médicos.

Información.- De acuerdo con la mayor frecuencia de tendencia de respuesta (ver cuadro 4), la información parece caracterizarse por un importante contenido de temas psicológicos, mientras que, de acuerdo con los criterios de importancia de la tendencia de respuesta (ver anexo 3 y cuadro 5), se encuentra lo siguiente: en el caso de X, fue de 300% para la psicología, mientras que para Z fue de 260% para el mismo aspecto.

Por otro lado, en lo referente a las causas y, en base al análisis de las preguntas 2 (causas de neurosis), 3 (causas de psicosis) y 4 (factores predisponentes del trastorno mental), se encuentra lo siguiente: psicoanalíticas 70% y 50% para las preguntas 2 y 3 respectivamente; orgánicas 50% para la pregunta 3; familia 40% para las preguntas 2 y 4; genética 40%, historia 40%, social 40% para la pregunta 4; social 30% para la pregunta 2; pasado 30% para la pregunta 3; causa genética 10%, enfermedades y alteraciones fisiológicas 10%, desuso del terreno 10%, sistema 10%, múltiples 10%, todas estas para la pregunta 2; social 10%, educación 10%, múltiples 10%, única-desconocida 10%, hemorragia 10%, todas estas para la pregunta 3; varicos 10%, depende 10%, ambas para la pregunta 4 (ver anexo 2 y cuadros 7, 8 y 9).

Lo anterior permite suponer un enfoque más amplio respecto al objeto de estudio del área, al incluir, aparte de cuestiones relativas al individuo lo social, aun cuando de este solo se percibe más claridad a la familia.

En cuanto a los factores precipitantes y, de acuerdo al análisis de la pregunta 5 (ver anexo 13, se encuentra lo siguiente: nivelamiento-emociones 70%; ambiente 30%; sustancias tóxicas, drogas 30%; biopsiquia 10%, lo cual indica, por un lado, mayor interés por la vivencia subjetiva del individuo pero, por otro lado, la preeminencia que tendría el individuo en la manifestación de la enfermedad y el papel comparativamente inferior del medio, visto como el que precipita el elemento disparador; esta última característica la daña el mismo sujeto, ya que se considera que lo que es precipitante para unos, para otros es la enfermedad, principalmente, a la familia visto, con lo que se disminuye la importancia del medio.

En cuanto al diagnóstico y, con base en el análisis de las preguntas 7 (parámetros para diagnóstico) y 8 (diagnósticos diferenciales entre neuróticos y psicóticos), se encontró lo siguiente: propia experiencia 100% para la pregunta 7; prueba de realidad 70% y relaciones interpersonales 60% para la pregunta 8; grado de adaptación 30%, conciencia de enfermedad 30%, mecanismos de defensa 30%, aparato psíquico 30% y sistemas 30% para la pregunta 8; exploración física 10% y, con ayuda de estudios de tipo médico (TAC, EEG etc.), 10% para la pregunta 7. Es de nuevo, en este caso, notar que los parámetros diagnósticos son más por cuenta referidos al individuo, con preeminencia de los aspectos psicológicos, combinados además, con criterios valorativos de profesionales (grado de adaptación, relaciones interpersonales, etc.).

Por lo que respecta al pronóstico y, con base en el análisis de las preguntas 9-12 (ver anexo 14, se encontró lo siguiente: para llegar a estabilidad (pregunta 9), tipo de enfermedad 60%; individuo 50%; estudios 10%; medio 10%; prejuicio 10% (ver cuadro 18). Cabe señalar que en este caso, aun cuando tienen un peso comparativamente mayor los aspectos ligados al individuo, parece considerarse en cierta medida, los referentes a factores que lo trascienden como modificadores del pronóstico.

En cuanto a dar ya un pronóstico (preguntas 10 y 11), tanto en el caso de la neurótica como en el caso de la psicosis, parece basarse en cuestiones relativas al individuo (depende de patología 40%, interés 10% y social 10%, para la pregunta 10; tipo de patología 30% y cura-control 30% para la pregunta 11; tratamiento 30%, no integración 10%, que se refiere a la no integración del paciente al tratamiento y etiología 30%, todas estas para la pregunta 11. Por otro lado, también se considera que el pronóstico depende del tipo de tratamiento que se le da al individuo (ver cuadros 15 y 16), por lo cual en este caso se hace evidente una diferenciación entre enfermedad y paciente. Sin embargo, la mayoría de los parámetros o condicionantes se

refiere al individuo y, en menor medida, a cuestiones que lo trascienden, como el tratamiento que recibe. En cualquiera de los dos casos, finalmente se reduce al consultorio donde todo lo demás, referido a causas, parece olvidarse.

En cuanto a los factores que alteran pronóstico (pregunta 12), se encontró lo siguiente: tratamiento 50%; sociales 30% y patología 20% (ver cuadro 17), los cuales indican una tendencia a incluir, como factores que alteran el pronóstico, tanto elementos del individuo (desempeño en tratamiento), como aquellos que lo trascienden (estigma, no aceptación).

En relación al tratamiento y, con base en el análisis de las preguntas 13 (tratamiento de neurólogo), 14 (tratamiento de psicólogo), 15 (tratamientos usados más frecuentemente) y 16 (tratamientos recomendados), se encontró lo siguiente: Farmacos 80% y 70% para las preguntas 14 y 15 respectivamente; psicoterapia 80% y 70% para las preguntas 15 y 16 respectivamente; psicoterapia 50% para la pregunta 14; condicionan el tratamiento a patología 50% y psicoterapia 50% para la pregunta 13; psicoanalisis a tener nivel 40% y terapia familiar 40% para la pregunta 15; interconsulto y aislamiento 30% para la pregunta 13; psicoanalisis 30% para la pregunta 14; condicionan el tratamiento a patología 30% para la pregunta 14; terapia familiar e individual 30% para la pregunta 16; tratamiento condicionado a patología 30%, individuo 30%, problema 30% y reintegración social 30% para la pregunta 14; condicionado a individuo 30% en la pregunta 15; Farmacos 20% para la pregunta 16; trabajo con otros profesionales 20% para la pregunta 16; consultación y abierta 10% para la pregunta 15 (ver cuadros 18-21).

Se nota la prevalencia de los tratamientos individuales quedando la terapia familiar como una terapia que se usa y se recomienda. Sin embargo, no se encontró ni en neurólogo ni en psicólogo como un tratamiento importante, tampoco operó la terapia grupal; por otro lado, cuando se condiciona la elección del tratamiento se hace únicamente en función del individuo o patología.

Actitud.- De acuerdo con la frecuencia mayor del nivel de respuesta por pregunta (ver anexo 3), prevaleció la respuesta impersonal (ver cuadro 4), mientras que, de acuerdo a los criterios de asignación de importancia del nivel de respuesta (ver anexo 3), se encontró lo siguiente de acuerdo con X 320% y de acuerdo con Z 80% para la respuesta impersonal (ver en el cuadro 5 las asociaciones con el código 2), lo cual implica una tendencia a mantenerse alejado del fenómeno de estudio.

Por otro lado, de acuerdo al análisis por palabra (ver anexo 4) y de aquellas de mayor frecuencia de las que pueden indicar actitudes, se hallan las siguientes (ver tabla 4): **paciente**, frecuencia general de 82 que se presenta a partir de la pregunta 7 (ver tabla 4), lo que implica que esta es una palabra importante para pensar en diagnóstico pronóstico y tratamiento,

siendo su mayor frecuencia en la pregunta 12, que se refiere a factores que afectan el pronóstico. Esta palabra implica una tendencia reactiva del individuo a enfermedad; **enfermedad**, frecuencia general de 49 siendo su mayor frecuencia en la pregunta 1 que se refiere a enfermedad mental y significando en la pregunta 8 (parámetros para pronóstico); **problema**, frecuencia general de 40, que implica una actitud negativa y que aparece con mayor frecuencia en las preguntas 7 (parámetros para el diagnóstico) y 12 (factores que afectan pronóstico); **individuo**, frecuencia general de 25 que implica una no reducción a enfermedad y que se presenta en las preguntas 2, 4, 6 y 7, siendo su frecuencia en esta última igual que la de paciente. Es interesante esta situación además por el hecho de que paciente parece guardarse como calificativo básico a aquel que se le ve en la situación clínica (ver lo anteriormente dicho respecto a enfermedad). **Normal**, frecuencia general de 24, solo se encuentra en la pregunta 8 (definición de normalidad), por lo que no se considera para análisis; **bueno**, frecuencia general de 25, se usa como sustantivo y como adjetivo, de manera que no se utiliza para análisis; **buena**, frecuencia general de 30 presentándose su mayor frecuencia en la pregunta 2, implicando una connotación positiva; **marzo**, frecuencia general de 15 presentándose solo en las preguntas 3 y 10, siendo en esta última serse a paciente, lo cual indica una actitud positiva; **casualidades**, frecuencia general de 12 presentándose solo en las preguntas 8 (diagnóstico diferencial entre neurosis y psicosis) y 13 (tratamiento de neurosis), implicando una tendencia positiva en el diagnóstico para la pregunta 8; **maraja**, frecuencia general de 12 que se presenta solo en las preguntas 14 (tratamiento para neurosis) y 15 (tratamientos usados más frecuentemente), y que puede referirse al maraje de los tratamientos por parte del profesional, aun cuando no se presenta en el caso del tratamiento para la neurosis (pregunta 13); **alteración**, frecuencia general de 10, presentándose solo en la pregunta 1, implicando una actitud negativa y una asociación con enfermedad mental; **causas**, frecuencia general de 10, que se presenta solo en la pregunta 3 (causas de psicosis); **causar**, frecuencia general de 7, presentándose únicamente en la pregunta 4 (factores predisponentes de trastorno mental); **trastorno**, frecuencia general de 7, encontrándose solo en la pregunta 1, lo cual indica una tendencia a asociar enfermedad mental con trastorno; **difinición**, frecuencia general de 6 que se presenta únicamente en la pregunta 8 (factores predisponentes del trastorno mental); **asociación**, frecuencia general de 5, que se presenta únicamente en la pregunta 8 (definición de normalidad); **salud**, frecuencia general de 4 y que solo se encuentra en la pregunta 8; **salud**, se presentó únicamente en la pregunta 8 y aquí es significativo que se asocie normalidad y salud, ya que implica el separar normales-deudos de anormales-enfermos; **pedagogía**, frecuencia general de 7 y que solo se presentó en la pregunta 7 (parámetros para diagnóstico), que implica personalizar la enfermedad, además de reflejar el interés por la vivencia subjetiva; **según**, frecuencia general de 4 presentándose solo en la pregunta 14 (tratamiento de psicosis), que implica, en este caso, una actitud desvaloradora del individuo ya no se redujo a paciente, sino a

caso.

Por otro lado y, de acuerdo con el análisis de las preguntas 1 (definición de enfermedad mental) y 6 (definición de normalidad), que pueden indicar el origen de la actitud, se encuentra la siguiente enfermedad mental fue definida como alteración de las relaciones interpersonales 30%; como resultado de una emoción 40%; como desviación de lo socialmente aceptado 10%; como un afectar a otras personas 10%; como resultado de cuestiones ecológicas 10%; como parámetro estadístico 10%; por lo negativo 10%.

Por otro lado, se hizo referencia a estados emocionales 30%; se habló de la dificultad de definir enfermedad mental 20%; se afirmó que la enfermedad mental sí existe 10%.

En cuanto a la normalidad, se definió con base en la estadística 50%; a la mayoría 40%; a la estabilidad emocional 20%; incluyendo el bienestar, la armonía o la felicidad 10%; también se habló de la dificultad de definir el concepto 10%; de su relatividad 10%; de ser ideal 10%; así mismo se habló de homología normalidad y salud 10%. En este caso, se hace patente la inclusión de varios factores para definir la enfermedad mental al igual que en las causas y, aunque en este caso, no es clara la asociación de enfermedad mental y normalidad, se puede pensar, con todo, y con base en las palabras halladas, que existe una actitud tendiente a la negatividad y, así mismo, individualizadora, si bien parece que se posee mayor información y consideración de lo social, esto o bien no se ha podido integrar a la práctica clínica, o bien sólo se ha entendido, al igual que en los factores precipitantes, como una especie de bacteria gigante que afecta al individuo en una relación lineal y unidireccional.

Campo de Representación.- La enfermedad mental es vista diferente a individuo, pero muy cercana a paciente, el cual parece tomar este papel a partir de la situación de diagnóstica, pronóstica y tratamiento, es decir, de la situación clínica. De ahí que se evalúen, en gran medida, cuestiones individuales y se de tratamiento individual, los cuales son influidos por la familia y la sociedad cuyo papel en las causas, en los factores precipitantes, pronósticos y tratamientos grupales es importante, no así en el diagnóstico. Por otro lado, la enfermedad mental se asocia también con sujeto, individuo, problemas, capacidades y que, por reflejo, se refiere al individuo.

De una manera esquemática, lo dicho anteriormente quedaría así:

De, Ps, Tx

Enfermedad Mental = Individuo Paciente (Portador)

Problemas
Consecuencia Social

4.3 Conclusiones.

De acuerdo a los resultados presentados puede decirse que las representaciones sociales difieren básicamente en cuanto al grado de focalización en los diferentes aspectos, que de cualquier manera, en la mayor muestra se consideran, reduciéndose esta focalización principalmente al aspecto biológico o psicológico. siendo el social, en general, menos considerado, excepción hecha de los psicoterapeutas médicos que vierten mayor información de este tipo.

En estalrge, en todos los casos se reduce a la etiología y al pronóstico, considerándose en pocas ocasiones para el tratamiento y en ninguna para el diagnóstico.

En cuanto a los otros dos aspectos estudiados (actitud y escape de representaciones) no se encuentra una diferencia importante entre las muestras estudiadas, ya que en gran medida la actitud que aparentemente prevalece se halla más orientada al polo negativo, esto puede deberse en gran medida a la asociación que, al menos en tres muestras se presenta, entre enfermedad mental, desviación de normas y desadaptación. Esta actitud parece hallarse dirigida concretamente al paciente o enfermo mental, de lo cual conviene advertirse a pensar sobre las consecuencias que tendría en el tratamiento.

Por otro lado, aun cuando hay consideración de factores sociales estos en gran medida son vistos desde la perspectiva individual y no necesariamente psicológica.

La representación social, pues, parece estar enfocada de una manera significativa en el individuo, mismo que parece ser el núcleo de mayor importancia, con paciente y que, con base en lo visto, en todas las muestras en cuanto a diagnóstico, parece considerarse como enfermo, al cual, aunque en teoría se sabe que tiene áreas libres de conflicto, parece no considerarse capaz ya de conductas "normales" "... es obvio que hablar no es una operación puramente intelectual que apunte a la cantidad o a la coherencia lógica, es una operación relacionada a una actitud social." (Moscovici, 1984).

En consecuencia, en este sentido, importante recordar la evidencia asociada de enfermedad mental con normalidad en tres de las muestras, excepción hecha de los psicoterapeutas médicos, mediante el cual, puede decirse que el núcleo de la presunta actitud negativa parece hallarse en la importante asociación de enfermedad mental con desviación de normas e inadaptación, criterios que, como ya se menciona, no son definitorios de la enfermedad mental, sino que, por igual, pueden ser aplicados a cualquier otra conducta desviada-anormal-enferma, como el incesto, el dolo a la propiedad privada, etc. criterios que, aunque pare reconocerlo, son de sentido común y nada científicos.

Resumiendo, puede decirse que lo que se hace es ubicar al individuo, en este caso al debilitado, en una categoría más

paradigma es la inadaptación o la desviación de normas socialmente aceptadas, es decir, en la categoría de los desviados.

Ahora bien, las mencionadas normas ¿de quien y para quien son? Es evidente que esta trasciende al profesional y a su paciente-enfermo-caso-problema y, no es ninguna novedad que estas sean relativas de época a época y de grupo a grupo, siendo lo que determina la aplicación de unas normas antes que otras el poder social que un grupo tiene sobre otro.

En el embargo, en este caso, no parece haber una aplicación de normas específicas de la psicología o de la psiquiatría, más bien parece existir una alianza en la que estas disciplinas apoyan las normas vigentes, definiéndose a la normalidad con base en la estadística o como aquello que la mayoría hace. Es bastante evidente pues la alianza con el poder.

Ahora bien, esto no necesariamente implica que el profesional se imponga, equisistemáticamente, sobre su paciente, ya que éste puede muy bien tener la misma idea de normalidad y pedirle que lo vuelva a la normalidad, preguntarle cuando va a volver a ser normal, diciéndole que él quisiera ser como toda la gente etc. pero esto no siempre es así. Ahora bien, si partimos de que el diagnóstico -siempre muchas psicoterapeutas reflexan en haberlo- en salud mental se halla esterido, en gran medida a síndromes, es decir, un conjunto de comportamientos lógicos y, si consideramos que en gran medida la enfermedad mental es subjetiva, sobre todo en el caso de la psicosis, el diagnóstico vendría a ser un juicio de enfermedad, aun en el caso de lesiones orgánicas donde estas pudieran ser un caso y no necesariamente un por qué. Es en esta fase donde más claramente se haría la objetivación de la enfermedad y que, en el caso de las múltiples entidades, parece referirse solo a diferentes aspectos del individuo (genética, bioquímica, aparato psíquico, funciones superiores).

Con esto, el profesional, en gran medida y de manera inconsciente -al menos eso se cree-, estaría condescendiendo a según la responsabilidad colectiva y estructural social en la causalidad de la enfermedad mental, les necesario crearle conciencia de enfermedad al paciente, esto es en gran medida atribuible a la formación académica ya que psicología, psiquiatría y psicoterapia son profesiones-especialidades dirigidas, básicamente, al individuo, pero además donde se niega abiertamente la ideología, aunque es inyectada por medio de las teorías predominantes, que no son todas malas ni todas buenas, es decir, tienen aspectos positivos y negativos. Lo importante es estar consciente de ella y tomar una posición al respecto ya que es paradójico que quienes teorizan o prácticamente proponen conocer el inconsciente o se aboquen al estudio del cerebro, ignoren la ideología que también se halla en el aparato psíquico, en la transferencia y en el cerebro, es decir, es igualmente humana.

Es difícil creer que el este hecho de la formación no permita

modificar los viejos esquemas reaccionistas, puesto que existe suficiente información sobre ideología en general, dirigida a la práctica clínica en salud mental y que en ocasiones es muy incisiva, que se ha ignorado y, por lo visto, en el presente estudio no ha servido ni un ápice los mencionados esquemas. No es que únicamente se pretenda que se incluyan los factores sociales en la etiología de la "enfermedad mental", punto que ya se los incluye como un factor diluido y uno más, siendo muy clara en el caso de los factores precipitantes, sino que se conoce la etiología ideológica de aquello que llamamos enfermedad mental y, es en este sentido, que se considera que, dependiendo de la concepción que se tenga de ella será la forma de abordarla. Con este último, no se pretende, que quede claro, negar la existencia de lo que se denomina enfermedad mental con sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Es probable que, de acuerdo a esta representación social y referido específicamente a las mujeres estudiadas, sea más difícil un cambio del enfoque individual, que realmente se refleja en la práctica clínica, esto se basa en los resultados del estudio de Di Giacomo (1986) donde, mediante el estudio de la representación social, logró predecir con exactitud el comportamiento futuro de las estudiantes respecto a un movimiento estudiantil de protesta. En este sentido, sería difícil puesto que con ello se protegen estos esquemas al compartir una ideología dominante y que, además han tenido éxito con pacientes que quieren adaptarse, lo que ideológicamente se llamaría conciencia de enfermedad y demanda de tratamiento, pero no es un secreto que si el paciente no quiere adaptarse no se le puede "ayudar", a no ser que tenga que ayudarse por poner en peligro su salud.

Así pues, aun cuando se ve difícil un cambio, no se ve como imposible y esta buena que desde las aulas no se pierda el contenido ideológico de nuestras disciplinas, de nuestra formación, de nuestra práctica y de nuestra propia ideología para que no lleguemos a ser inconscientes que servimos el inconsciente.

ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

Los alcances del presente trabajo se hallan referidos, principalmente, a las hipótesis que de él se desprenden y que permitirían ir delimitando variables y hacer estudios más específicos, con mayor rigor metodológico en una área virtualmente virgen, de investigación de este tipo, como es la práctica clínica de salud mental en nuestro país.

Metodológicamente hablando, las limitaciones son varias: las variables controladas fueron pocas y no se controló u homogeneizó la práctica profesional a lo interno de cada muestra; el muestreo es de los sesgos confiables y la muestra no es representativa; no se diseñaron instrumentos específicos para cada uno de los aspectos estudiados, prácticamente no se hizo análisis estadístico, los resultados presentados son solo las frecuencias mayores de cada uno de los análisis.

En cuanto a los resultados que arroja la presente investigación y por las características de la misma, es evidente que no agota el tema y que se requiere de más investigación en este sentido. Se sugiere que se haga una tesis que abarque, la representación social de la enfermedad mental en población no comprometida con el área de la salud mental. Otro tipo de investigación que se considera necesario, es del tipo de tesis y referida a la historia de la enfermedad mental, la cual vaya orientada a estructurar y recopilar información que es básica para el entendimiento de nuestro quehacer como psicólogos clínicos, así como para posteriores investigaciones, esto debido a que en la revisión realizada para el presente trabajo se encontró lo siguiente: falta de información, lagunas, falta de correspondencia en el manejo de las fechas entre diferentes autores y, en todos los casos, falta de contextualización histórica y cultural de la información proporcionada.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO, J. M. (1995) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (1996) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (1997) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (1998) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (1999) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2000) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2001) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2002) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2003) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2004) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2005) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2006) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2007) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2008) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2009) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2010) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2011) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2012) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2013) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2014) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2015) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2016) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2017) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2018) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2019) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2020) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2021) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2022) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2023) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2024) *El agua en España*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, J. M. (2025) *El agua en España*. Madrid: Alianza.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Acherarero, M., Zygouris, N., et. al. Análisis de Contenido algunos procedimientos metodológicos (código del análisis y marcos de referencial). Escuela Latinoamericana de Sociología. (Material Fotocopiado)
- Aguariguerra, J. Manual de Psicología Infantil. Ed. Masson. 4a. edic., 3a. reimpresión. México, 1983
- Aiguicira, S., Orozco, A. La representación social del poder en la cárcel. Tesis Licenciatura, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, 1985.
- Banda, B. Flores, F. La representación social del movimiento feminista en trabajadoras administrativas y amas de casa. Tesis Licenciatura, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, 1985.
- Bastide, E. Sociología de las enfermedades mentales. Ed. Siglo XXI, 4a. edic. México, 1982.
- Bellak, M.D.L., Small S.W.L. Psicoterapia Breve y de Experiencia. 2a. edic., 5a. reimpresión. Ed. Pax. México, 1985.
- Berelson, B. Análisis de Contenido. 1984. (Material Fotocopiado)
- Caceres, L., Matagall, M. Psiquiatría y Relaciones Sociales. 2a. edic. Ed. Nueva Imagen. México, 1988.
- Carrasco, L.L., Cuevas, C. Pruebas de Significancia estadística. Coordinación de Matemáticas, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, 1982.
- Carsons, R.E. La enfermedad mental en México. Tesis de Licenciatura, Colegio de Psicología, Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional Autónoma de México, 1971.
- Certero, P. Psicopatología General Diagnóstica. Ed. Nueva Vision. Buenos Aires, 1986.
- Chergov, E.J. Enfermedad Mental y Delito. Tesis Licenciatura, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, 1988.
- Dora, R. Teoría y Práctica de la Psicología Clínica. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1972.
- Danielson, W. El análisis de contenido y la investigación sobre la comunicación. Trad. Adolfo Charon, 1970. (Material Fotocopiado)

- By, H., Bernard, P., et. al. Tratado de Psiquiatría. 2a. edic. La Reimp. Ed. Masson. México, 1966.
- Figueras, G.F., Moras, R.F., et. al. Cursos de problemas del mundo vivo. Coordinación de Laboratorios, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, 1962.
- Freedman, A., Kaplan, H., et. al. Tratado de Psiquiatría. Tomo I. Ed. Salvat. Barcelona, 1962.
- Freedman, A., Kaplan, H., et. al. Compendio de Psiquiatría. Ed. Salvat. Barcelona, 1975.
- George, A. Enfoques cuantitativos y cualitativos del análisis de contenido. (Material Fotocopiado)
- Greenow, F. Teoría y Práctica del Psicoanálisis. Ed. Siglo XXI, 2a. edic. México, 1966.
- Gulneberg, E. Sociedad, Salud y enfermedad mental. Cuadernos de Psicología /1, 2a. edic. Universidad Autónoma Metropolitana, Xochitlan. México, 1981.
- Gutiérrez, E., Pared, P. Actitudes de la comunidad hacia la enfermedad mental y hacia el rol del psicólogo. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 1983.
- Hertzlich, G. La representación social. En: Introducción a la psicología social. Ed. Planeta. Barcelona, 1978.
- Hosti, R.O. Una introducción al análisis de contenido. (Material Fotocopiado)
- Jasper, J., Fraser, C. Attitudes and Social Representations. En: Social Representations. Ed. Cambridge University Press. Great Britain, 1984.
- Jervis, G. Manual crítico de Psiquiatría. Ed. Anagrama, cincuenta artículos críticos (197). Barcelona, 1977.
- Kerlinger, F. Investigación del Comportamiento. (Técnicas y metodologías) Ed. Interamericana, 2a. edic. México, 1984.
- Kobb, L. Psiquiatría Clínica Moderna. Ed. La Prensa Médica Mexicana, 2a. edic. México, 1965.
- Livier, R.O., Redorta, R.F. Cursos de problemas del tercer nivel. Coordinación de Laboratorios, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, 1982.

- Mandelstam, G.M. Historia General del Psicoanálisis. Ed. Gedisa, 2a. edic. Buenos Aires, 1977.
- Mejía, G.F.J. En convivencia con la Lengua. Escuela de Psicología. Universidad de Guadalajara, 1988.
- Rescovici, S. El Psicoanálisis en imagen y su aplicación. Ed. Humani, Buenos Aires, 1971.
- Rescovici, S., Ferr. R.H. Social Representations. Ed. Cambridge University Press, Great Britain, 1984.
- Pades, J. Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1979.
- Pinker, L. Teoría de la psicoterapia analítica breve. Ed. Gedisa, Colección Psicoteca Mayor, España, 1984.
- Porot, A. Diccionario de Psiquiatría. Tomo II. 2a. edic. española, Ed. Labor, Barcelona, 1977.
- Puerto, S.P. Aspectos de la materia Modificación de la Conducta. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, 1987.
- Siegel, S. Estadística no paramétrica. 2a. reimp. de la 2a. edic. Ed. Trillas, México, 1983.
- Singer, E. Conceptos Fundamentales de la Psiquiatría. Primera edic. 1969. 2a. reimp. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1984.
- Uriarte, F. Psicofarmacología. 2a. edic., 1a. reimp. Ed. Trillas, México, 1985.
- Valenzuela, C.M.A. Amor de la materia Introducción a la Psicoterapia. (Material Fotocopiado), Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, 1988.
- Varquez, A.L.H., Gonzalez, G.S.W. La salud bajo la enfermedad mental en una población comprometida con el área de salud mental. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, 1988.
- Vega, F.L., Garcia, F.L. Ensayo analítico de la salud pública. 2a. reimp. Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1982.
- Wetberg, L.R. The Techniques of Psychotherapy. Vol. 1. 2a. edic. Ed. Grune & Stratton, Nueva York, 1977.
- Wolfr, W. Introducción a la Psiquiatría. 7a. reimp. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1982.

Tamayo, C.A. Representación Social y Migración. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, 1985.

REVISTAS

- Chabbert, B.L.R.J. "La representation des catégories sociales
diversées, rôle social, interrelation." Bulletin de
Psychologie. En: Psychologie Sociale. Tome XXXVII, No.
366, 1983-1984, p.p. 877-886.
- Di Giacomo, J.P. "Intergroup Alliance and Rejections Within a
protest movement. Analysis of social representation." European
Journal of Social Psychology. Vol. 10, No.
4, 1980. p.p. 329-344.
- Farr, R.R. "Ecoles européennes de psychologie sociale: la
investigation de représentations sociales en
France." En: Revue Française de Sociologie. Vol.
XLV, Num. 2, 1983.
- Marin, M. "Représentations sociales et évaluation des cadres de
vie urbains." Bulletin de Psychologie. En: Psychologie
Sociale. Tome XXXVII, No. 366, 1983-1984, p.p. 823.
828.
- Mali, C.V. "Concepto de Anormalidad y Normalidad." Alzheimer,
Geriatrie, No. 3, Vol. 1, 1980, p.p. 82-80.
- Singery, J., Renaud, S.J. "L' impact de l' informatique sur les
représentations et les comportements des employés: l'
exemple d' un poste de guichet." Bulletin de
Psychologie. En: Psychologie Sociale. Tome XXXVII,
No. 366, 1983-1984, p.p. 843-858.
- Singery, S.J. "La représentation d' objets sociaux
multidimensionnels: l' exemple des organismes de la
protection sociale." Bulletin de Psychologie. En:
Psychologie Sociale. Tome XXXVII, No. 366, 1983-
1984, p.p. 833-842.

ANNEX I

CÉDULA DE ENTREVISTA

Se trata de una entrevista para un trabajo de la Tesis "La Representación Social de la Enfermedad Mental", que consistió en una serie de preguntas abiertas, en las que se pide su personal postura al respecto. Los datos arrojados durante la entrevista serán grabados para su conservación cabal y adecuada, manteniéndolos en un estricto anonimato y siendo manejados con absoluta discreción.

Se le preguntarán una serie de datos generales, como:
Edad, Profesión, años de experiencia (públ. o priv.)

1. ¿Cómo conceptualiza usted a la enfermedad mental?
2. Desde su punto de vista, ¿cuáles son las causas de la neurosis?
3. Desde su punto de vista, ¿cuáles son las causas de la psicosis?
4. Desde su punto de vista, ¿cuáles son los factores predisponentes del trastorno mental?
5. Desde su punto de vista, ¿cuáles son los factores precipitantes del trastorno mental?
6. ¿Qué entiende usted por normalidad?
7. ¿Cuáles son los parámetros que usted emplea, por lo general, para llegar a un diagnóstico?
8. ¿Cuáles son los parámetros que usted utiliza, comúnmente, para distinguir entre neurosis y psicosis?
9. ¿Cuáles son los criterios que emplea, con mayor frecuencia, para establecer un Pronóstico?
10. Según su punto de vista, ¿cuál es el pronóstico de la neurosis?
11. Según su punto de vista, ¿cuál es el pronóstico de la psicosis?
12. ¿Cuáles son los factores que, con mayor frecuencia, afectan su pronóstico inicial?
13. ¿Cuál sería el tratamiento idóneo para una neurosis?
14. ¿Cuál sería el tratamiento idóneo para una psicosis?
15. ¿Qué tipos de tratamiento usa más frecuentemente?
16. ¿Qué clases de tratamiento recomienda más?

ANEXO II

CATEGORIAS

PERGUNTA 1

¿ Como conceptualiza usted a la enfermedad mental ?

BIOLOGICAS

1. ORGANICA. Cuando explícitamente refieres que la enfermedad mental es ORGANICA y no mencionas este mismo como causa, consecuencia o acompañante de la enfermedad mental. p.e. la enfermedad mental es organica.

2. SISTEMA NERVIOSO. Cuando los problemas, deficiencias, etc., del SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, son considerados como la enfermedad misma, y no como causas, consecuencias, o características de la enfermedad mental.

3. ENFERMEDAD. Cuando la enfermedad mental es DEFINIDA explícitamente como una ENFERMEDAD, pero de un tipo diferente a aquella. p.e. enfermedad organica, enfermedad biológica.

4. BIQUIMICA. Cuando la enfermedad mental es DEFINIDA como una alteración en la BIQUIMICA o FARMACOLOGIA cerebral, siempre y cuando esta no sea referida a causa, consecuencia o característica de la propia enfermedad mental. p.e. la enfermedad mental es un problema bioquímico.

5. CAUSAS/CONSECUENCIA. Cuando en su DEFINICION o parte de esta, se considera explícitamente que la enfermedad mental tiene CAUSAS o CONSECUENCIAS BIOLOGICAS.

6. BIOLÓGICA. Cuando dices explícitamente que la enfermedad mental es BIOLÓGICA.

7. INTERNA. Cuando dices explícitamente que la enfermedad mental es INTERNA.

8. RUPTURA. Cuando dices explícitamente que la enfermedad mental es la RUPTURA DE LAS CONDICIONES DE SALUD.

PSICOLOGICAS

a. EMOCIONAL. Cuando haces referencia dentro de su DEFINICION de enfermedad mental a algún estado emocional del sujeto. p.e. angustia, tensión emocional, estrés, sentirse mal, la angustia, etc.

b. MECANISMOS. Cuando refieres explícitamente como parte de su DEFINICION de enfermedad mental, alguna falla o una característico de MECANISMOS, sean de defensa, adaptación, etc. por ejemplo: fallas en mecanismos de adaptación, estilos ciertos mecanismos de defensa, incapacidad para el manejo de problemas

con estructuras adecuadas.

c. **ESTRUCTURAL/TOPOGRAFICO.** Cuando en su DEFINICION o parte de esta, incluye alguna alteracion de las instancias del aparato Intelectual, sea a nivel **ESTRUCTURAL**, **cello**, **ya**, **superpó** o **TOPOGRAFICO** (consciente, preconscious, inconsciente), no importando si solo menciona o especifica en cualesquiera de ellas.

d. **PERSONALIDAD.** Cuando refiere que la enfermedad mental es un trastorno o alteracion a nivel de la **PERSONALIDAD**, sea en sus partes (desarrollo, caracteri, o en su organizacion, desarrollo o estructura, siempre que cualquiera de los anteriores ademas sea mencionada de manera explicita.

e. **MOTIVOS/INSTINTOS.** Cuando explicitamente **DEFINEN** la enfermedad: que la enfermedad mental es una "... alteracion o conflicto entre **MOTIVOS** o **INSTINTOS**."

f. **CONDUCTA/ACTITUDES.** Cuando en DEFINICION o parte de esta aparece elemento conductuales, independientemente de que haya acompaados de cualquier otro aspecto. Por ejemplo: desajuste afecto-conducta, sentimiento o equilib que cause trastorno.

g. **PASADO.** Cuando dentro de su discurso **MENCIONAN** como **CAUSA** de la enfermedad mental el **PASADO** del individuo. Por ejemplo depende de historia de vida, como fue su desarrollo, como fue su infancia, etc.

h. **RELACIONES INTERPERSONALES.** Cuando explicitamente **DEFINEN** a la enfermedad mental como sigue: "...es una alteracion en las relaciones interpersonales." y **así** cuando digan **así**.

i. **PSIQUICAS/PSICOLOGICAS.** Cuando de manera general **DEFINEN** que la enfermedad mental es una alteracion en funciones **PSIQUICAS**, **PSICOLOGICAS** o **INTERNA**. Por ejemplo: trastorno de estado psicologico, alteracion en el funcionamiento de la psique, sin hacer hincapie en ninguna de ellas.

j. **CAPACIDADES.** Cuando se dice que la enfermedad mental es una falta, afeccion o perdida de **CAPACIDADES**. Por ejemplo: laboral, escolar, intelectual, de relaciones etc.

k. **FUNCIONES SUPERIORES.** Cuando se dice de manera explicita, que la enfermedad mental es una alteracion en **FUNCIONES SUPERIORES**, sea de manera generica (funciones superiores) o especifica (juicio, memoria, pensamiento, lenguaje, consciencia) sin implicarlas como causas o consecuencias.

l. **FAMILIA.** Cuando explicitamente se refiere a cualquier aspecto de la **FAMILIA** como **CAUSA** de enfermedad mental siempre que la palabra "**FAMILIA**" se mencione.

m. **SITUACIONES TRAUMATICAS.** Cuando se mencionan explicitamente las **SITUACIONES TRAUMATICAS** y se les menciona como **CAUSA** de

enfermedad mental.

SOCIALES.

a. **DESVIACION.** Cuando se DEFINE explícitamente como una situación donde el sujeto SALE de lo socialmente aceptado, sean normas, valores, límites etc.

b. **DESCRIPCIÓN.** Cuando explícitamente es mencionada la palabra "DESCRIPCIÓN" o cualquier sinónimo de esta y, siempre y cuando se refiera al entorno, al sistema de valores, a las normas.

c. **RESULTADO.** Cuando se DEFINE explícitamente a la enfermedad mental como RESULTADO de valores, cultura o educación.

d. **SOCIEDAD.** Cuando explícitamente se define a la enfermedad mental como resultado de una SOCIEDAD o del medio, siempre que utilicen cualquiera de estas dos últimas palabras, y sean consideradas como causas.

e. **RELACIONES INTERPERSONALES.** Cuando la DEFINICIÓN de enfermedad mental o parte de esta, incluye las características de las RELACIONES INTERPERSONALES, siempre que explícitamente se refiera a terceros personas. Por ejemplo: alianza o lealtad personas, conflicto con las demás personas.

f. **ES COMÚN.** Cuando en su definición o parte de esta, hacen referencia a lo COMÚN que es la patología, por lo que es aceptada. Por ejemplo: Todos tenemos grados de patología, nadie es sano completamente, gente con conductas extrañas son aceptadas.

g. **ECONOMÍA.** Cuando refieren explícitamente el aspecto ECONÓMICO como causa de enfermedad mental.

h. **ECOLOGÍA.** Cuando refieren explícitamente como DEFINICIÓN de enfermedad mental el resultado de cuestiones ecológicas. Por ejemplo contaminación ecológica etc.

i. **VIDA COTIDIANA.** Cuando refieren explícitamente aspectos de la VIDA DIARIA (COTIDIANA) y se maneja como CAUSA de enfermedad mental.

j. **ESTADÍSTICA.** Cuando refieren explícitamente que la enfermedad mental es un PARÁMETRO ESTADÍSTICO o con base en la ESTADÍSTICA.

CONCEPTO.

1. **DIFICULTAD.** Cuando hacen referencia de manera explícita a la DIFICULTAD se define en concepto de enfermedad mental.

2. **IDÉAL.** Cuando se hace referencia de manera explícita a lo IDÉAL, arbitraria y/o determinación ideológica, para DEFINE el

concepto de enfermedad mental.

3. **AMPLIO.** Cuando explícitamente **DEFINEN** a la enfermedad mental como una noción, concepto, etc. **AMPLIO.**

4. **CONTRAVERTIDO.** Cuando explícitamente **DEFINEN** a la enfermedad mental como una noción, concepto, etc. **CONTRAVERTIDO.**

5. **SIN OBJETO DE ESTUDIO.** Cuando se dice explícitamente que la enfermedad mental **NO TIENE OBJETO DE ESTUDIO** específico.

6. **CONTINUO.** Cuando se manejan los conceptos de salud/enfermedad, como un **CONTINUO.** Por ejemplo: no hay línea divisoria etc.

7. **CUALIDAD/CANTIDAD.** Cuando explícitamente se le asigna el adjetivo de **CUALIDAD** o de **CANTIDAD**, o se manejan situaciones de "mayor que", "menor que", a la **DEFINICIÓN** de enfermedad mental.

IMPACTOS.

1. **INESPECÍFICO.** Cuando se **DEFINE** explícitamente a la enfermedad mental de manera inespecífica. Por ejemplos algo muy importante, algo muy raro, algo no controlable, algo nuevo, etc.

2. **POR LO NEGATIVO.** Cuando se define explícitamente a la enfermedad mental a partir de lo que **NO ES** o por lo **NEGATIVO.** Por ejemplo Ausencia de salud.

3. **NO EXISTE.** Cuando explícitamente se dice que la enfermedad mental **NO EXISTE.**

4. **SI EXISTE.** Cuando explícitamente se dice que la enfermedad mental **SI EXISTE.**

CATEGORÍAS

PREGUNTA 2

Desde un punto de vista, concuerda con las causas de la neurosis?

BIOLOGICAS

1. ORGANICAS. Cuando refieren explícitamente que la neurosis tiene CAUSAS ORGANICAS o físicas.
2. NO ORGANICAS. Cuando explícitamente refieren que la neurosis NO TIENE CAUSAS ORGANICAS o físicas, o bien que NO SON DEMOSTRABLES.
3. HERENCIA. Cuando refieren de manera explícita, aun a nivel de probabilidad, a los factores GENETICOS o de HERENCIA como CAUSA de neurosis (herencia, dotación natural, probablemente sean hasta genéticos, lo genético aunque sea la más reecta, etc.).
4. NO HERENCIA. Cuando explícitamente NIEGAN que los FACTORES GENETICOS sean CAUSA de neurosis. (Genéticos definitivamente no; se dice que sean genéticos, etc.).
5. NEUROLOGICAS. Cuando explícitamente refieren cualquier alteración a procesos NEUROLOGICOS (siempre que se mencione esta palabra) como causa de neurosis.
6. CARGA BIOLÓGICA. Cuando refieren como CAUSAS de neurosis, de manera explícita, la siguiente: el equipo biológico o la carga biológica.
7. ENFERMEDADES/ALTERACIONES FISIOLÓGICAS. Cuando explícitamente refieren ENFERMEDADES FISICAS o ALTERACIONES FISIOLÓGICAS, como CAUSAS de neurosis, a excepción de las neurológicas.

PSICOLÓGICAS

- a. PÉRDIDAS. Cuando explícitamente refieren las PÉRDIDAS, de cualquier tipo (pérdidas objetivas, pérdida de seres queridos, pérdidas económicas), como CAUSAS de neurosis.
- b. PERSONALIDAD. Cuando explícitamente se refieren a la PERSONALIDAD, en cualquier aspecto, (estructura, rasgos de..., factores de..., ... así adaptativos), como CAUSA de neurosis.
- c. FRUSTRACION/TOLERANCIA. Cuando explícitamente se refieren a la TOLERANCIA o FRUSTRACION como CAUSA de neurosis. Por ejemplo: tolerancia a la frustración, frustración de necesidades, etc.
- d. PSICODINAMICOS. Cuando se refieren a aspectos PSICODINAMICOS o PSICODINAMICOS, sea de esta manera o especificando en alguno

de los aspectos de cualquiera de las teorías, fundamentalmente, integrativas, compleja de origen, material, multifactorial, fijación, desarrollo psicosexual, etc.), como CAUSAS de neuróticos.

e. **PRIMARIO**. Cuando hacen referencia al PRIMARIO a la historia del individuo (primeros años de vida, relación temprana con la madre, relaciones operativas no resueltas, deprivación afectiva, etc.), y son percibidos como CAUSAS de neuróticos. En caso de que se refirieran CLARAMENTE con "familia", ser la categoría correspondiente.

f. **CIRCUNSTANCIAS**. Cuando explícitamente dicen que las CAUSAS de neuróticos son "... deb. de origen circunstanciales que persisten."

g. **EMOCIONAMENTE**. Cuando se refiere explícitamente con CAUSAS de neuróticos al SENTIR o VERBALES del sujeto. Por ejemplo: angustia, ansiedad, emocionales, estrés, etc.

h. **FAMILIA**. Cuando refieren a la FAMILIA de donde proviene (estructura, estructura, características de los miembros, etc.), o específicamente en cualquiera de sus subsistemas. Por ejemplo: relación primaria con la madre, adaptación del hijo, personalidad de los padres, la familia, etc., y SON percibidos como CAUSAS de neuróticos.

i. **SEXUAL**. Cuando se refieren a lo SEXUAL (genital), no psicosexual como CAUSAS de neuróticos. Por ejemplo: el abuso sexual del hijo por parte del adulto, neuróticos como resultado de falta de expresión sexual.

j. **CONTRADICCIÓN**. Cuando refieren como CAUSAS de neuróticos, al poder lograr algo, siempre que se refiera de donde proviene a la contradicción "... contradicción entre lo que sucede ser y no", "sentido que no se cumplen las expectativas".

SOCIALES

1. **ECONÓMICOS**. Cuando son referidas cuestiones de la ECONOMÍA, su dinámica o estructura, como GENERADORES de neuróticos. Por ejemplo: aspecto económico, situación económica, fuerzas productivas, infraestructura, o tipo de economía.

2. **SOCIAL**. Cuando dice así, explícitamente lo que palabra las "SOCIAL" o "SOCIAL", siempre que vaya acompañada de algún otro factor y se le considere como CAUSAS de neuróticos. Por ejemplo: status social genera neuróticos, tiene causas sociales, factores del medio, se suman los internos y los externos, la influencia del medio, etc.

3. **SOCIALIZACIÓN**. Cuando hablan de la TRANSICIÓN de pautas culturales y las consideran como CAUSAS de neuróticos. Por ejemplo: desde la educación en la infancia, origen cultural, inducida por el grupo social de pertenencia, etc.

4. **EXTRAFAMILIARES.** Cuando explícitamente refieren la siguiente "... factores EXTRAFAMILIARES.", y los manejan como CAUSA de neurosis.

5. **CIDAD.** Cuando refieren como CAUSA de neurosis las implicaciones que tiene el vivir en la CIUDAD. Por ejemplo: los problemas de convivencia, violencia, altos niveles altos de competitividad, falta de entretenimiento, aislamiento.

6. **MARGINACIÓN.** Cuando explícitamente consideran a la MARGINACIÓN como CAUSA de neurosis, siempre que utilicen la palabra "marginada" o "marginación".

7. **LABORAL.** Cuando explícitamente se refieren a la situación LABORAL o de trabajo como CAUSA de neurosis.

8. **NO ADAPTACIÓN.** Cuando explícitamente refieren como CAUSA de neurosis la NO ADAPTACIÓN, desadaptación o falta de adaptación del individuo.

INESPECIFICAS

1. **DISMINUCIÓN DE CAPACIDADES.** Cuando refieren como CAUSA de neurosis la existencia de sucesos muy desfavorables, siempre que sea dicho TAL CUAL.

2. **NO SE CONOCE.** Cuando dicen clara y explícitamente que "... NO SE CONOCE NADA...", con respecto a las CAUSAS de la neurosis.

3. **SUERTE.** Cuando dicen clara y explícitamente: "... la SUERTE o experiencia que el sujeto tiene en su desarrollo". siempre que se maneje como CAUSAS de neurosis.

4. **DÉSORD.** Cuando refieren explícitamente que "... ya NO SE ve el mismo neurosis."

5. **MIXTO.** Cuando refieren que la neurosis es MIXTA. Por ejemplo: es un problema mixto, usen factores externos e internos.

6. **MÚLTIPLES.** Cuando dicen explícitamente que las CAUSAS de la neurosis son varias, MÚLTIPLES, infinidad, muchas o cualquier otro sinónimo que implique diversidad.

7. **BIOPSICOSOCIAL.** Cuando dicen que la neurosis tiene CAUSAS BIOPSICOSOCIALES, sin especificar algún aspecto de ella.

CATEGORIAS

PREGUNTA 3

Desde su punto de vista, ¿cuáles son las causas de la psicosis?

BIOLOGICAS.

1. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. Cuando refieren como CAUSA de psicosis cualquier alteración del SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, sea a nivel anatómico o estructural (lesión biológica). Por ejemplo: lesión orgánica del sistema nervioso central, ...de estructura del cerebro, de la neurona, un golpe, un traumatismo craneoencefálico.

2. BIQUIMICA. Cuando refieren como CAUSA de psicosis cualquier aspecto de la BIQUIMICA cerebral. Por ejemplo: neurotransmisores, alta producción de serotonina, acetilcolina, dopamina, noradrenalina, biolactonas, lesión funcional.

3. GENÉTICAS. Cuando refieren algún mecanismo de transmisión GENÉTICA a la mente como CAUSA de psicosis. Por ejemplo: "...herencia genética comprobada", "...la genética, sin duda interviene", "...genes que influyen."

4. NO GENÉTICAS. Cuando explícitamente NIEGAN o deducen del factor GENÉTICO como CAUSA de psicosis.

5. MECANICAS. Cuando explícitamente refieren elementos de la estructura MECÁNICA del ser humano (visión, biología, orgánica), expresando estas palabras como CAUSA de psicosis. Excepción: lo referente a sistemas nerviosos centrales.

6. CONGÉNITAS. Cuando mencionan como CAUSA de psicosis factores del NACIMIENTO. Por ejemplo: prematuros, congenitos, etc.

7. INSTABILIDAD. Cuando mencionan como CAUSA de psicosis la inestabilidad, uso o abuso de SUSTANCIAS, cualquiera que sea su tipo: alcohol, drogas, inhalantes, etc. b.

PSICOLÓGICAS.

a. ESTRUCTURA. Cuando explícitamente se considera la ESTRUCTURA de la personalidad como CAUSA de psicosis. Por ejemplo: personalidad no estructurada, estructura muy rígida, siempre que se sea referida como característica de la psicosis.

b. EMOCIONES. Cuando se refiere cualquier dificultad o incapacidad en el manejo de las EMOCIONES (ansiedad, angustia) como CAUSA de psicosis. Por ejemplo: "...cuando la ansiedad se desborda", cuando la tensión no puede ser manejada con éxito.

c. REALIDAD. Cuando explícitamente consideras a la REALIDAD como CAUSA de psicosis. Por ejemplo...realidad agustiana...no tiene que recurrir a la fantasía por lo frustrante de la realidad.

d. NO CONTACTO. Cuando se menciona como CARACTERÍSTICA de la psicosis cualquier FALTA en el CONTACTO con la realidad. Por ejemplo: no deseo de la realidad, pérdida de contacto con la realidad.

e. FAMILIA. Cuando se mencionan aspectos directamente concernientes a la FAMILIA, sea que se habla de partes de esta (relación madre-hijo, relación padre-psiótico con sus hijos, alienación familiar trigeneracional), siempre que se haga explícito "FAMILIA", "madre" o "padre".

f. PSICUNALÍTICAS. Cuando a lo largo de un discurso se emplean conceptos o metáforas de teorías PSICUNALÍTICAS, independientemente del contexto que tengan. Por ejemplo: psicodramas, no verías después, (aplicación de teoría) paterna, psicosis absoluta con la madre, papel del hijo, encuentro de defensas, debilidad psica, etc.

g. MENSAJES MENSAJES. Cuando hacen referencia explícita a los MENSAJES MENSAJES y los mensajes como CAUSA de psicosis.

h. PASADO. Cuando hacen referencia al PASADO o a la historia del individuo, sea en general o considerando algún período específico de esta, siempre y cuando no se mencionen las palabras "madre", "familia", "padre", y lo consideren como CAUSA de psicosis.

i. TRAUMAS. Cuando refieren como CAUSA de psicosis los TRAUMAS o situaciones externas demasiado fuertes o crónicas (trauma constante, situaciones de presión), siempre que no se hable de emociones, donde se enfoca el trauma interconsciente (ansiedad, inseguridad, angustia no sanada).

j. FÍSICAS. Cuando refieren explícitamente CAUSAS FÍSICAS, psicológicas o cualquier otro similares, siempre que se expliciten causas.

SOCIALES.

1. MEDIO AMBIENTE. Cuando refieren explícitamente al MEDIO AMBIENTE y dicen que puede ser o es CAUSA de psicosis, sea mencionado aisladamente o referido a la interacción del sujeto con él. Por ejemplo: medio ambiente y de interrelación con el sujeto, ambientales, el medio.

2. SOCIAL. Cuando se habla de la SOCIEDAD y es mencionado como CAUSAS de psicosis, siempre que la palabra "SOCIAL" o "SOCIEDAD" se mencionen.

3. **INDICACION.** Cuando explícitamente se considera a la SITUACIÓN física o familiar, como CAUSA de psicosis. Por ejemplo:

4. **CONFIRMACIÓN.** Cuando explícitamente se tienen como CAUSA de psicosis lo siguiente: "... la contaminación visual y sonora".

INESTICIDAD.

1. **MÚLTIPLES.** Cuando se menciona explícitamente que las CAUSAS de la psicosis son MÁS DE UNA o Son varias, hay una amplia variedad, son múltiples, etc.

2. **UNICIDAD/DESCONCIBIDA.** Cuando se menciona explícitamente que la CAUSA ÚNICA es difícil, o bien, cuando se afirma que no más "A esta CONDICIÓN, siempre que se especifique más.

3. **HOMOLOGACIÓN.** Cuando se habla de una similitud o igualdad entre neuróticos y psicóticos, es importante que se diga que existe diferencia de grados, siempre que las HOMOLOGACIONES de alguna manera. Por ejemplo: tienen causas comunes, de neuróticos se puede pasar a psicosis, neuróticos psicóticos forman un continuo, psicosis misma de actividades de neuróticos se atiende.

4. **BIDIRECCIONAL.** Cuando dicen explícitamente que las CAUSAS de psicosis son "...BIDIRECCIONALES", sin especificar nada más.

CATEGORÍAS

PREGUNTA 4

Desde su punto de vista, ¿cuáles son los factores predisponentes del trastorno mental?

BIOLÓGICAS

1. **GENÉTICAS.** Cuando explícitamente se refiera la palabra "genética", "hereditaria" o cualquier derivado, y es asumida como FACTOR PREDISPONENTE.

2. **GENÉTICA/HERENCIA.** Cuando explícitamente se refiera a la GENÉTICA o a la HERENCIA como FACTOR PREDISPONENTE (factores genéticos, la genética en lo mismo, herencia, antecedentes hereditarios, etc.).

3. **PLÉNATALIC.** Cuando refiera explícitamente como PREDISPONENTE cualquier alteración o problema durante el nacimiento, o trastorno perinatales, aborto, feto, etc.).

4. **BIQUÍMICA.** Cuando explícitamente refiera factores de la química cerebral como PREDISPONENTE. (Alteración de bioquímica, problemas de metabolismo, etc.).

5. **BIOLÓGICAS.** Cuando explícitamente refiera como FACTOR PREDISPONENTE elementos del equipo o aparato biológico siempre que utilice estas mismas palabras.

6. **SISTEMA NERVIOSO.** Cuando explícitamente refiera como PREDISPONENTE las alteraciones del SISTEMA NERVIOSO, a excepción de las biológicas. Por ejemplo: traumatismo craneoencefálico, daño, lesión, factores que influyen en el sistema nervioso, etc.

7. **DRUGAS.** Cuando explícitamente se refiera las drogas, medicinas que son su tipo, drogas, alcohol, tabaquismo, etc.), siempre que se mencionen como FACTOR PREDISPONENTE.

PSICOLÓGICAS

1. **FAMILIA.** Cuando explícitamente refiera como FACTOR PREDISPONENTE a la FAMILIA de manera general (estructura, etc.), o bien, expectativas alguna de sus subsistemas (padres, hijos), padecimientos referidos a la interacción de estas (relación madre-hijo).

2. **INDIVIDUAL.** Cuando explícitamente se refiera a los INDIVIDUOS y los mencione como FACTOR PREDISPONENTE del trastorno mental, independientemente de que apunte habiendo de sus características (tal, así), o solo los nombres individuales.

3. **EMOCIONES.** Cuando explícitamente se refieren a las subjetividades del individuo y especialmente en relación a las **EMOCIONES** (emocionales, angustias, ansias), o los **COMPLEJOS** (en el sentido más, se siente diferente, se siente rechazado, como **PREDISPOSICIONES** del trastorno mental).

4. **PSICOANALITICAS.** Cuando se refieren de manera explícita los factores **PREDISPOSICIONES** en términos de cualquiera de las teorías **PSICOANALITICAS**. Por ejemplo fragilidad psíquica, niño no separado, necesidad de defensa inadecuadas, deseo de la madre, regresión, formación de la figura paterna, etc.

5. **HISTORIA.** Cuando refieren la **HISTORIA** del individuo a cualquier período de su pasado como **FACTORES PREDISPOSICIONALES**. Por ejemplo: historia personal, momento del nacimiento, la infancia, primeros años de vida, etc., siempre que no se hagan explícitas las palabras "padres", "madre", "padres" o "familia", en cuyo caso se prefieren la designación referida a "familia".

6. **PSICOLÓGICAS.** Cuando refieren explícitamente factores o sistemas **PSICOLÓGICOS**, psicológicos, psicológicos o psíquicos como **FACTORES PREDISPOSICIONALES**, siempre que no se especifican cuáles de ellos.

7. **PERSONALIDAD.** Cuando refieren explícitamente la **PERSONALIDAD** como **FACTORES PREDISPOSICIONALES**, sea que solo se mencionen o cuando se refieren a cualquiera de sus aspectos (estructura, dinámica, constitución).

8. **HECHOS/TRAUMAS.** Cuando se refieren los **HECHOS** (perdidas, muerte, etc.), o los **TRAUMAS** (eventos traumáticos, trastornos) como **FACTORES PREDISPOSICIONALES** del trastorno mental, siempre que no se refieren al aspecto emocional o de sentimientos.

9. **ADAPTACION.** Cuando explícitamente se refieren alguna deficiencia de **ADAPTACION**. Por ejemplos presentados adaptativos pobres, mal adaptativos, no adaptativos, desadaptativos, siempre que esto sea referido como **FACTORES PREDISPOSICIONALES** del trastorno mental.

SOCIALES

1. **MILIO AMBIENTE.** Cuando explícitamente se refieren al **AMBIENTE** como **FACTORES PREDISPOSICIONALES**, sea refiriendo al solo lo mencionado o especificando un algún elemento de este. Por ejemplos: ambiente, medioambiente, medioambientales, etc.

2. **ECONÓMICO.** Cuando explícitamente refieren la **ECONOMÍA** o algún factor directamente relacionado con esta. Por ejemplos: economía, dinero, pobreza, etc., siempre que se refiera como **FACTORES PREDISPOSICIONALES** del trastorno mental.

3. **SOCIALIZACION.** Cuando se refieren explícita y claramente a situaciones sociales supra-individuales que incluyen directamente a los individuos. Por ejemplos: escuela, amigos, educación.

cultura, normas, etc., como FACTOR PREDISPONENTE del trastorno mental.

4. ECOLÓGICA. Cuando explícitamente refieren a la ECOLÓGICA o a la contaminación como FACTOR PREDISPONENTE del trastorno mental.

5. SOCIAL. Cuando explícitamente se mencionan las palabras "SOCIAL" o "SOCIEDAD", y son señaladas como FACTOR PREDISPONENTE del trastorno mental, sin importar si solo las menciona o adresa las excepciones de algún calificativo. Por ejemplo: la sociedad, represión social, producto social, etc.

6. PSICOSOCIALES. Cuando refieren como FACTOR PREDISPONENTE fenómenos tales como el divorcio, las guerras, la delincuencia, el maltrato, etc., siempre y cuando sean señalados explícitamente como fenómenos PSICOSOCIALES.

7. POLÍTICA DE SERVICIOS. Cuando explícitamente se hace referencia a la POLÍTICA DE SERVICIOS (política de servicios, de educación, de salud, etc.), y se lo señala como FACTOR PREDISPONENTE del trastorno mental.

INDEFINIDAS.

1. VARIOS. Cuando explícitamente refieren que hay más de un FACTOR PREDISPONENTE, sin especificar cada uno. (dos veces, tres veces, etc.).

2. DEPENDE. Cuando explícitamente refieren que el FACTOR PREDISPONENTE DEPENDE, siempre que no especifiquen de qué.

3. NO CONOCIMIENTO. Cuando explícitamente refieren algún tipo de ignorancia respecto a la determinación de los FACTORES PREDISPONENTES. Por ejemplo: no están bien conocidos, no están bien determinados, no se sabe nada, etc.

4. BIOPSICOSOCIAL. Cuando en alguna parte de su discurso refieren explícitamente la palabra "BIOPSICOSOCIAL", referida a FACTORES PREDISPONENTES, siempre que no especifiquen algún aspecto.

CATEGORÍAS

PREGUNTA 5

Desde su punto de vista, ¿cuáles son los factores precipitantes del trastorno mental?

BIOLOGICAS

1. **EXISTENCIAL.** Cuando explícitamente refieren a las ideas o **SISTEMAS** (religión, dogmas, etc.), como **FACTORES PRECIPITANTES** del trastorno mental.

2. **SISTEMA NERVIOSO.** Cuando explícitamente refieren cualquier alteración del **SISTEMA NERVIOSO** como **FACTORES PRECIPITANTES**. Por ejemplo: Trauma, degeneración, epilepsia, gérmenes, o infección de las biocélulas.

3. **SANGUÍNEA.** Cuando explícitamente refieren como **FACTORES PRECIPITANTES** lo siguiente: "... incompatibilidad sanguínea".

4. **BIOLÓGICOS.** Cuando explícitamente refieren **PRECIPITANTES BIOLÓGICOS**, sea que la palabra vaya sola o acompañada de algún otro factor. Por ejemplo: biológicos, factores biológicos, serig biológico.

5. **GÉNÉTICOS.** Cuando explícitamente refieren aspectos de **GENÉTICA** o herencia como **PRECIPITANTES**.

6. **BIQUÍMICOS.** Cuando explícitamente refieren como **PRECIPITANTES** la **BIOQUÍMICA** o cualquier aspecto de esta. (Quemaduras, querosén, metabólicos, bioquímicos).

7. **ORGÁNICAS.** Cuando explícitamente refieren cuestiones **ORGÁNICAS**, sean llamadas aspectos, lesiones o síndromes orgánicos, siempre que sean manejados como **PRECIPITANTES**.

PSICOLÓGICAS.

1. **PERDIDAS/TRAUMAS.** Cuando refieren como **PRECIPITANTES** las **PERDIDAS**, (perdida, abandono, separación, muerte) por la situación no manejable por el sujeto (trauma). Por ejemplo: hecho emocional de alta intensidad, situación que no se puede manejar etc.

2. **SENTIMIENTOS/EMOCIONES.** Cuando se hace referencia directa a situaciones de vivencia subjetiva (**SENTIMIENTOS, EMOCIONES**) del sujeto. Por ejemplo: situación agresiva, sentirse atrapado, etc., sin cuando se haga mediante un solo concepto (angustia, ansiedad, estrés, etc.).

3. **ATRIBUTOS.** Cuando refieren **ATRIBUTOS** específicos del sujeto

esto es, familia, la vida o los otros, cuando se refieren, y los mismos como PRECIPITANTES del trastorno mental, y no como determinantes, independientemente.

4. FAMILIA. Cuando explícitamente se refieren a la FAMILIA como FACTOR PRECIPITANTE del trastorno mental, sea que la refieran como un todo, o familia, familia, roles, estructura, o por subestructuras (madre/padre, padrastro/step, siempre que los términos "familia", "madre" o "padre" se hallen presentes).

5. SÍMBOLO. Símbolo que explícitamente se menciona en relación al sujeto como PRECIPITANTE, sin importar si se refiere a TRASTORNO o trastorno. Por ejemplo: símbolo religioso, sea que se refiera al uso de la palabra o que se refiera al mismo, etc.

6. PERSONAS. Cuando se refieren explícitamente la relación directa entre PRECIPITANTE e individuo. Por ejemplo: "como un proceso", según la definición, con una individuo, etc.

7. RESPONSABILIDAD. Cuando explícitamente se menciona a las RESPONSABILIDADES relacionadas con la responsabilidad directa, las consecuencias (impulsivo y control), o las consecuencias (estructuras), como FACTOR PRECIPITANTE.

8. RESPONSABILIDAD. Cuando explícitamente se menciona al yo, los mecanismos de defensa o el aparato psíquico como PRECIPITANTE, independientemente de los términos (familia, madre, padrastro, etc.).

9. SISTEMA. Cuando explícitamente se refieren como FACTOR PRECIPITANTE al SISTEMA de vida.

TERMINOS.

1. CIUDADANO. Cuando explícitamente se refieren a la vida CIUDADANA o la existencia en este mundo, como FACTOR PRECIPITANTE.

2. ESPECIALIDAD. Cuando explícitamente SEPECIFICAN algún componente del medio. Por ejemplo: medio social, escolar, profesional, religioso, etc., y se refieren como FACTOR PRECIPITANTE.

3. SOCIALIZACION. Cuando explícitamente se refieren la palabra "SOCIALIZACION", y se menciona como FACTOR PRECIPITANTE.

4. SOCIEDAD. Cuando explícitamente se refieren la palabra "SOCIAL" o "SOCIABIL", solo si se acompaña de cualquier otro factor (estructuras, cambio, presión, y se menciona como FACTOR PRECIPITANTE).

5. ECONOMIA. Cuando explícitamente se mencionan las cosas económicas (dinero, recursos, otros recursos) y son mencionadas como FACTORES PRECIPITANTES.

6. AMBIENTE. Cuando explícitamente se hace referencia al medio y

de la muestra como FACTOR PRECIPITANTE. Si el entrevistado menciona alguna actividad física regular, sedentaria, etc., en categoría de actividades.

3. CLIMA. Cuando el entrevistado específicamente menciona FACTOR PRECIPITANTE es CLIMA.

INDICACIONES

1. **GENERICIDAD.** Cuando se evidencia la ambigüedad entre factores precipitantes o desencadenantes. Por ejemplo: según los datos, el var. Afirmación, sería precipitante y desencadenante etc.

2. **GENERALES.** Cuando hacen referencia a la **REPRODUCCIÓN** de lesiones que evidentemente son lesiones, son lesiones, o bien, lesiones de cualquier "patía no de las vías".

3. **LOS FACTORES PRECIPITANTES.** Cuando hacen referencia específica a qué se relaciona de ser IDENTIFICAR LOS FACTORES PRECIPITANTES. Por ejemplo: "... a veces sin causa aparente", "... a veces con sin factor aparente".

4. **CLARIDAD.** Cuando específicamente refieren que los FACTORES PRECIPITANTES son lesiones CLARAS o evidentes, siempre que se refieren en términos verbales o gráficos, no a una descripción ambigua.

5. **GENERALES.** Cuando específicamente refieren que a través FACTOR PRECIPITANTE lo que desencadena es PRECIPITANTE.

6. **INDIFICACIÓN.** Cuando se refiere específicamente que los FACTORES PRECIPITANTES son INDIFICANTES a los que se refieren, independientemente de lo que sigue.

7. **ESPECIFICIDAD.** Cuando específicamente refieren que los FACTORES PRECIPITANTES son más ESPECÍFICOS que los desencadenantes.

8. **BIOPSICOLOGICAL.** Cuando específicamente en alguna parte de su respuesta refieren que los FACTORES PRECIPITANTES son BIOPSICOLOGIALES.

CATEGORÍAS

PREGUNTA 5

¿Qué entiende usted por Normalidad?

BIOLÓGICAS

1. **NECESIDADES.** Cuando explícitamente se hace referencia a la satisfacción de **NECESIDADES** biológicas o se cobertora como **NORMALIDAD**. Por ejemplo: cuando un individuo logra satisfacer sus necesidades a nivel biológico.

2. **ESTABILIDAD/IMPACTACIÓN.** Cuando explícitamente se refiere que la **NORMALIDAD** es un **ESTABILIDAD** o **IMPACTACIÓN**, generalmente biológica (homeostasis química, homeostasis física, equilibrio biológico).

3. **RAZONES FÍSICAS.** Cuando explícitamente se refiere que la **NORMALIDAD** es cuando se actúa de acuerdo con la **RAZONES FÍSICAS**.

PSICOLÓGICAS

1. **ESTABILIDAD.** Cuando se refiere que **NORMALIDAD** es parte de un equilibrio o **ESTABILIDAD** del individuo a nivel emocional o de bienestar. Por ejemplo: si está o gusta o no, emocionalmente estable.

2. **CAPACIDADES.** Cuando se hace referencia clara a la **CAPACIDAD** o capacidades del individuo, y se las califica como adecuadas, buenas, etc., y son referidas como características de **NORMALIDAD**. Ejemplo: las cosas adecuadamente, buena actitud, que sigue instrucciones, etc.).

3. **EXAMEN MENTAL.** Cuando explícitamente se refieren las **relaciones del examen mental**, como **NORMALIDAD**. Por ejemplo: no deliraciones, no alucinaciones, etc.).

4. **RENDIMIENTO.** Cuando se refiere un adecuado **RENDIMIENTO** como **NORMALIDAD** a parte de esta. Indirectamente del área a la que se refiere (... persona que puede desarrollar su vida laboral bien, ... rendimiento laboral adecuado, etc.).

5. **PERSPÉCTIVAS/INTERESES.** Cuando explícitamente se menciona que **NORMALIDAD**, a parte de esta es hecho de que haya **PERSPÉCTIVAS** o **INTERESES**.

6. **PSICÓLOGOS.** Cuando explícitamente se refiere como **NORMALIDAD** o parte de esta, la **psicología**, **factores psicológicos**, **psíquicos** o **psicológicos**, sin especificar cuáles serían.

SOCIALES

1. **RELATIVIDAD.** Cuando hacen referencia a la **RELATIVIDAD** de la **NORMALIDAD**, siempre que la conlacionen a cualquier aspecto social. (depende de estratos, depende de culturas, depende del país, depende del medio social, etc.).

2. **IMPOSICIÓN/REPRESIÓN.** Cuando se habla de la tolerancia social hacia la **anormalidad**, iguara diferente conducta, etc., o refiere la relación **NORMALIDAD-SOCIEDAD**. Por ejemplo: medida social, regulación social.

3. **GENERALIZACIÓN.** Cuando explícitamente se refieren a cualquier factor social (sociológico o de comportamiento del individuo), con **GENERALIZACIÓN** de **anormalidad**.

4. **ADAPTACIÓN/NOADAPTACIÓN.** Cuando refieren que **NORMALIDAD** o parte de ésta, la **ADAPTACIÓN** del individuo al medio, sea con esta misma palabra o con otras que indiquen claramente lo mismo. Por ejemplo: no **DESADAPTACIÓN** social grave, adaptación, actividad social dentro de la cultura, etc.

5. **RELACIONES INTERPERSONALES.** Cuando explícitamente refieren que la **NORMALIDAD** es la no afectación de terceras personas.

6. **NATURALEZA.** Cuando en su definición de **NORMALIDAD** o parte de ésta, refieren explícitamente que es lo que la **NATURALEZA** hace, la conducta resulta de una población o cualquier otra cosa que implique la determinación espontánea de la **normalidad**.

CONCEPTO

a. **CONCEPTO.** Cuando explícitamente dicen que la **NORMALIDAD** "... es un concepto", independientemente de lo que lo atribuyan.

b. **RELATIVO.** Cuando explícitamente se refieren a la **RELATIVIDAD** de la **NORMALIDAD**, siempre que sea referido como concepto. Por ejemplo: es un concepto arbitrario, es un concepto relativo.

c. **ESTADÍSTICA.** Cuando en su discurso, explícitamente, expresan algún término **ESTADÍSTICO** para definir **NORMALIDAD**, usando palabras, como: **de Gauss**, término estadístico, con base en la estadística, etc.).

d. **IDEAL.** Cuando explícitamente refieren a la **NORMALIDAD** como utopía, **IDEAL** o cualquier otra calificativa que denote su carácter inalcanzable o ideal.

e. **NO EXISTENCIA.** Cuando explícitamente afirman que la **NORMALIDAD** **NO EXISTE**.

f. **NORMALIDAD-SALUD.** Cuando se habla de una igualdad entre **NORMALIDAD** y **SALUD**, i.e., expresado en la definición de salud, todo es normal, ilegítima salud, etc.).

g. DIFICULTAD. Cuando explícitamente refieren DIFICULTAD para definir MORRALIDAD. Por ejemplo en difcult, etc.

h. DEFINICIONES. Cuando explícitamente refieren que existen muchas, varias o múltiples DEFINICIONES sobre MORRALIDAD.

i. INDIVIDUAL. Cuando explícitamente condicionan la MORRALIDAD a la persona, depende del sujeto, etc. i.

j. MUDA. Cuando explícitamente refieren que el concepto MORRALIDAD está pasando de MUDA.

k. RECONCILIACIÓN. Cuando definen MORRALIDAD de acuerdo con algunas palabras RECONCILIACIÓN, y además lo hacen explícito, según la OMI, según en OMI III, según Hayes, etc. k.

l. FELICIDAD/BIENESTAR. Cuando definen de su discurso intencional, explícitamente como parte de su definición de MORRALIDAD, el BIENESTAR, la armonía o la felicidad.

m. PROCESO. Cuando explícitamente refieren que la MORRALIDAD es un PROCESO vital.

n. Poca UTILIDAD. Cuando refieren que la MORRALIDAD es POCO ÚTIL o no sirve de nada, siempre y cuando lo muestran como concepto.

CATEGORÍAS

REGUNTA 7

¿Cuáles son los parámetros que usted usará, por lo general, para llegar a un diagnóstico?

A) TÉCNICAS

BIOLOGICAS

1. **ESPLORACION.** Cuando explícitamente se mencionen como **PARÁMETRO** (o) **DIAGNÓSTICO** (o) la **ESPLORACION** física o la exploración reológica.

2. **ESTUDIOS.** Cuando de manera explícita se mencionen la utilización de **ESTUDIOS** auxiliares de tipo médico y, específicamente, uno o más de los siguientes: **Tomografía**, **ecografía**, **radiografía**, **electroencefalogramas**, **estudios de perfusión** o **estudios de laboratorio**, como **PARÁMETRO** **DIAGNÓSTICO**.

PSICOLÓGICAS

1. **CLÍNICA.** Cuando se mencionen la utilización de la observación de signos o **CLÍNICA**, de manera general, son incluidas técnicas especiales para llegar al diagnóstico. Por ejemplo: observación de **deformaciones**, **observación de signos**, **“ojos” clínicos**, lo que se ve, **signos**, etc.

2. **TÉCNICAS.** Cuando explícitamente se mencionen alguna **TÉCNICA** o técnica repetitiva y la mención de **ayuda** para llegar al **DIAGNÓSTICO**, respecto al **examen mental**. Por ejemplo: **entrevista**, **entrevista dirigida**, **pruebas psicológicas**. No reportando su uso referencial de manera global o mencionándose cualquiera de sus partes.

3. **ADJUDICIAS.** Cuando se mencionen como **PARÁMETRO** **DIAGNÓSTICO** cualquier **diagnostico** emitido de las **entidades** **asociadas**. Por ejemplo: **ICD-9**, **DSM-III**, **diagnos** **Francia**, **Madrid**, etc., etc.

El Evaluación.

1. **ORGANICAS.** Cuando refieren explícitamente la evaluación de factores o aspectos BIOLÓGICOS u ORGANICOS. Por ejemplo: detectar orgánica, detectar patologías biológicas, ver todo lo que pudiera tener el organismo, y son evaluados como **PARÁMETROS DIAGNÓSTICOS.**

2. **FISIOLÓGICAS.** Cuando refieren explícitamente tener como **PARÁMETROS DIAGNÓSTICOS** la evaluación de : apetito y/o sueño.

3. **HEREDITARIA.** Cuando explícitamente refieren como **PARÁMETRO DIAGNÓSTICO** el factor **HEREDITARIO** o la evaluación de este, incluyendo hereditarios, etc.

4. **PSICOLÓGICAS.** Cuando mencionan explícita o considerat cuestiones relativas al individuo, en su esfera **PSICOLÓGICA**, sean estas aspectos (desarrollo físico, conducta intrínseca), como estado, etc., de su pasado (historia), síntomas, conducta en la infancia, etc., o de contraste entre ambos, todo lo referido y está, ...contrastar para ver si hay cambios, como **PARÁMETRO DIAGNÓSTICO.**

5. **FAMILIA.** Cuando refieren como **PARÁMETRO DIAGNÓSTICO** la evaluación de la **FAMILIA**, en su aspecto psicológico (vida familiar, relaciones familiares, dinámicas, comunicación, estructura, etc.).

6. **CRISIS MENTAL.** Cuando se refiere explícitamente al uso del **CRISIS MENTAL** o la evaluación de algún test de su tal elemento tal como **PARÁMETRO(S) DIAGNÓSTICO(S).** Por ejemplo: crisis mental, emoción, juicio, pensamiento, lenguaje, percepción, funciones mentales superiores.

7. **LO ESPERADO.** Cuando explícitamente refieren considerat como **PARÁMETRO DIAGNÓSTICO LO QUE SE ESPERA**, (partir de lo esperado, desde el punto de vista de la normalidad, lo que es esperado), independientemente del sujeto al que se aplica: estánt adaptaciones intelectual, afectivo, conductual, etc.).

8. **ENTORNO.** Cuando explícitamente consideran para el diagnóstico el medio ambiente o **ENTORNO**, independientemente de que solo sea mencionado o se valore alguno de sus aspectos.

9. **ADAPTACION.** Cuando refieren como elemento **DIAGNÓSTICO** la **ADAPTACION** o cualquier otra idea o frase que implique la medida del sujeto al medio.

CATEGORIAS

PREGUNTA B

¿Cuáles son los parámetros que usted utiliza, comúnmente, para distinguir entre Neurosis y Psicosis?

GENERICAS

a. REALIDAD. Cuando explícitamente refieren alguna alteración de la prueba, juicio, sentido o contacto con la REALIDAD como PARÁMETRO para establecer el DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

b. AFECTOS. Cuando explícitamente refieren la evaluación o descripción del estado emocional del sujeto para establecer el DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. (... var en nivel de angustia, angustia var disminuida en el psicótico, la base fundamental de la psicosis es la angustia).

c. FUNCIONES SUPERIORES. Cuando explícitamente refieren la evaluación del examen mental o la descripción del estado de las FUNCIONES SUPERIORES (memoria, juicio, lenguaje, pensamiento, sensorio-percepción). Por ejemplo: disonancia, curso de pensamiento e ideas, asociación o tipo de asociaciones, asociaciones (si hay o no), alteraciones sensorio-perceptuales siempre que sean referidos como PARÁMETROS para establecer el DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

d. INSTRUMENTOS. Cuando hacen referencia al uso de TÉCNICAS (observación, entrevista, historia clínica, interpretación, confrontación, etc.), excluyendo el examen mental, como elementos para llegar al DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

e. CONTROL DE IMPULSOS. Cuando mencionen el CONTROL DE IMPULSOS, habien de sus características (fuerte-débil), o sus déficits (intentos suicidas), siempre que lo refieran como PARÁMETRO para DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

f. GRADO DE ADAPTACION. Cuando refieren explícitamente la ADAPTACION del sujeto para establecer el DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

g. CONCIENCIA. Cuando se refiere el conocimiento y adaptación por parte del sujeto de que algo le pasa (CONCIENCIA DE ENFERMEDAD), así como la búsqueda o no de ayuda por parte del mismo como PARÁMETRO para DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

h. MECANISMOS DE DEFENSA. Cuando se refieren los MECANISMOS DE DEFENSA, independientemente de que se refieran a su evaluación o solo se mencionen sus características (ver qué mecanismos está utilizando, mecanismos más elaborados, mecanismos más primitivos), y son manejados como PARÁMETROS para el DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

i. RELACIONES INTERPERSONALES. Cuando se mencionan las características de las RELACIONES INTERPERSONALES que el sujeto

establece relaciones directas en la práctica, el artículo o algunos, el resultado establece relaciones de inclusión, y establece bases de establecer la diferencia entre procesos y procesos.

j. **ASPECTO PSICOLÓGICO.** Cuando se habla de los componentes del **APARATO INTERPSICOLÓGICO** (ello, ps. superior), o de su funcionamiento (proceso primario, proceso secundario) y son mencionados cualesquiera de estos como bases para establecer el **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**.

k. **TODOS LOS SERES.** Cuando en alguna parte de su discurso refieren que "TODOS LOS SERES PSICOLÓGICOS".

l. **CULTURAL.** Cuando hacen referencia a la presencia de ciertos rasgos que podrían considerarse patológicos, pero no lo hacen por consideraciones de origen **CULTURAL**. Por ejemplo: un indígena con pensamiento mágico no es psicótico.

m. **INSTITUCIÓN.** Cuando hacen referencia a la falta de socialización en el **DIAGNOSTICO** asociada a problemas de trabajo en **INSTITUCIÓN**. Por ejemplo: tiempo corto de estancia, gran cantidad de pacientes en una farmacia de área rural, etc.

n. **ESFERAS.** Cuando refieren evaluar cualquier aspecto del sujeto de acuerdo a la **ESFERAS** y lo consideran suficiente para llegar al **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**.

o. **SÍNTOMAS.** Cuando explícitamente refieren los **SÍNTOMAS** o sintomatología como **PARÁMETRO** para el **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**.

p. **RESPUESTA AL TRATAMIENTO.** Cuando explícitamente refieren como criterio para el **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL** la **RESPUESTA AL TRATAMIENTO**.

CATEGORIAS

PREGUNTA 2

¿Cuáles son los parámetros que usted emplea, por lo general, para llegar a un pronóstico?

BIOLOGICAS

1. ORGANISMO. Cuando explícitamente refieren utilizar como criterios para PRONOSTICO la fortaleza del ORGANISMO o las enfermedades asociadas.

2. ESTUDIOS. Cuando refieren el empleo de ESTUDIOS especiales de tipo médico como la tomografía axial computarizada, electroencefalogramas, exámenes de gabinete, exámenes de laboratorio, rads X, siempre que los refieran como apoyo para establecer el pronóstico.

3. CRUZAS. Cuando explícitamente se refieren a las CRUZAS BIOLÓGICAS como CRITERIO PRONOSTICO.

4. EDAD y SEXO. Cuando explícitamente refieren consideras para el PRONOSTICO la EDAD y el SEXO.

PSICOLOGICAS

1. HERRAMIENTAS. Cuando refieren por medio de que establecen el PRONOSTICO, es decir, de lo que se emplea. Por ejemplos pruebas, entrevista, observación y clínica. Sin entrar aquí lo que se evalúa por medio de estas técnicas, lo mismo sucede con los estudios de tipo médico que van aparte.

2. INDIVIDUAL. Cuando hacen referencia a lo que evalúan del INDIVIDUAL en su sistema psicológico (visto como individuo y no como organismo) y lo emplean para establecer el PRONOSTICO. Por ejemplo insight, intelectual, recursos internos, afectivos, sensorial, intereses, logros, capacidades, habilidades, etc. la existencia de relaciones intrapersonales.

3. RELACIONES INTERPERSONALES. Cuando explícitamente refieren las RELACIONES INTERPERSONALES con estos sistemas (debido a otros los emplean de manera clara lo mismo, por ejemplo, relaciones familiares, relaciones sociales, etc. siempre que sean mencionadas como CRITERIO PRONOSTICO.

4. ESPECIALISTA. Cuando, de alguna manera, hacen depender el pronóstico del manejo del caso por el especialista involucrado su formación y experiencia. Por ejemplo ética, experiencia, formación, depende de quienes y como lo han tratado, depende de quien lo este tratando.

5. TRATAMIENTO. Cuando explícitamente se hace dependa el PRONÓSTICO del tratamiento, sea este referido al tipo o al modo. Por ejemplo tipo de tratamiento, en este tipo de terapias hay quienes tienen buen pronóstico, pero no en otros: asistencia y eficacia del tratamiento, y complementarias, etc., ejemplo que explícitamente se refieren a tratamiento o terapia. (Sin incluir en ésta la referencia a manejo).

6. FAMILIA. Cuando se considera a la FAMILIA sea de manera general (FAMILIA), sus características (tipo, dinámica estructural o su relación y comportamiento para con la enfermedad y el tratamiento como CRITERIO para el PRONÓSTICO. Por ejemplo: apoyo familiar, adaptación familiar, tipo de familia, actitudes de padres, el mejor pronóstico depende de la familia, que ayuda a las citas, el tratamiento, las indicaciones.

7. INTERÉS. Cuando explícitamente consideras para el PRONÓSTICO el INTERÉS del paciente, o cualquier situación derivada de este, siempre que se hace referido al tratamiento. Por ejemplo: si el paciente LOCALMENTE hay BÚENOS de positivo: apreciación del tratamiento; cooperación, colaboración del paciente, disposición, puntualidad, que sea indicaciones, etc.

8. CASO PARTICULAR. Cuando condicionas el pronóstico al CASO PARTICULAR, sea importar al lo referido de manera general (el modo) sujeta la del, o especifican en algún aspecto, por ejemplo la edad (hasta completamente en niños y adultos).

SOCIALES

1. MEDIO. Cuando se hace referencia a la consideración de la relación del paciente con el MEDIO (relación con el medio, adaptación al medio, o a la influencia de este último, con sus características, en el pronóstico (medio en que se desenvuelve, diferente pronóstico de un paciente de la tierra al de la ciudad, etc.).

2. PREJUCIO. Cuando se hace referencia a la existencia o evaluación de LIMITANTES al entorno mental por la sociedad, de manera que afectan el pronóstico. Por ejemplo: mucho prejuicio en cuanto a enfermedad mental, no consiguen trabajo, var de son asociados o no en la comunidad, el problema es residencial al paciente al medio, var que se puede hacer para modificar el ambiente y reinsertar al paciente al medio.

3. ECONOMÍA. Cuando se considera el potencial ECONÓMICO del paciente como ELEMENTO PARA ESTABLECER EL PRONÓSTICO. Por ejemplo: condición económica del paciente, posibilidades económicas, si tiene empleo o no.

4. ESTADÍSTICA. Cuando refieren tomar como PARÁMETRO PRONÓSTICO las ESTADÍSTICAS existentes sobre un tipo de patología, las supone por lo que se sabe a nivel estadístico, la consideración estadística se parece...).

ENFERMEDAD.

1. **ESTRUCURAS.** Cuando explícitamente refieren las **ESTRUCURAS**, independientemente de su tipo, como **ELEMENTO PARA ESTABLECER EL PRONÓSTICO**.
2. **EVOLUCIÓN.** Cuando condicionan el **PRONÓSTICO** a la **EVOLUCIÓN** de la patología (desde su instalación), o a sus características. Por ejemplos: forma de inicio, evolución, severidad, tiempo de evolución, período de mayor exacerbación.
3. **TIPO.** Cuando condicionan el **PRONÓSTICO** al **TIPO DE PATOLOGÍA** o diagnóstico, dicho así, o bien, contrastando con cualquier patología específica. Por ejemplos: en neurosis depende del tipo, en base a un buen diagnóstico, es consecuencia del diagnóstico, las hay de mal pronóstico, el pronóstico es directamente proporcional al diagnóstico, es explícito en el diagnóstico.
4. **GRAVEDAD.** Cuando explícitamente condicionan el **PRONÓSTICO** a la **GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS** que presenta el paciente. Por ejemplos: gravedad del síntoma, agudo o crónico.

INESPECÍFICO

1. **VARIABLE.** Cuando explícitamente refieren la **VARIABLEIDAD** de los parámetros para establecer el **PRONÓSTICO**. Por ejemplos: es relativo, no son fijos, no son los mismos en todos.
2. **MULTIPLES.** Cuando explícitamente refieren la multiplicidad de los criterios empleados para establecer el pronóstico, o cualquier idea que implique gran cantidad de factores. Por ejemplos: son varios factores, varios, muchos.
3. **OMNIPOTENCIA.** Cuando explícitamente refieren lo siguiente: "...dar pronóstico es darse características de **OMNIPOTENCIA** por parte del terapeuta".
4. **NO SE CONOCE.** Cuando explícitamente refieren que los criterios para el pronóstico **NO SON CONOCIDOS**.

CATEGORIAS

PREGUNTA 10

Desde su punto de vista, ¿cual es el pronostico de la neurrosis?

BIOLOGICAS.

1. **MODELO MEDICO.** Cuando explícitamente refieren que "...dentro del MODELO MEDICO, existe mejor PRONOSTICO para la neurrosis que para la psicosis.

VALORACION

BUENO. Se considera dentro de esta aguada aquella apreciacion que incluye cualquiera de los siguientes calificativos, referidos explícitamente al pronostico: **ADecuado, PODRIA SER FAVORABLE, MUY BUENO, BENIGNO, MEJOR, ES CURABLE.**

SI NO CONDICIONADO. Cuando refieren que el PRONOSTICO de la neurrosis es BUENO, favorable, muy bueno, etc., SIN CONDICIONARLO a nada.

SI CONDICIONADO.

1. **AL PACIENTE.** Cuando hacen depender el BUEN PRONOSTICO del grado de dependencia de su problemática por parte del PACIENTE, independientemente de que sea referido a tratamiento o en general. Por ejemplo: es bueno si el paciente busca ayuda, buen pronostico si hay interés, puede ser bueno si el paciente puede tener cambios, intenciones de la persona por resolver sus problemas.

2. **A PATOLOGIA.** Cuando hacen depender el BUEN PRONOSTICO de la ESENCION que pudiera presentar el cuadro neurológico (excepto que se habla de neurrosis en general y no se particulariza en algun tipo). Por ejemplo: en general es bueno si no es severa, los que inician antes buen pronostico, es favorable pero depende del grado, etc.

3. **A TRATAMIENTO.** Cuando refieren un BUEN PRONOSTICO para la neurrosis (sea en general o particularizando algun tipo de caso), y lo condicionan a llevar un TRATAMIENTO, independientemente de las características de este, (buen tratamiento, mal tratamiento, etc.).

4. **A TIPO DE NEURROSIS.** Cuando refieren un BUEN PRONOSTICO para un determinado TIPO DE NEURROSIS (obsesiva, fóbica, histérica), no siendo generalizado esta a los otros tipos.

5. **A CONDICIONES FAVORABLES.** Cuando explícitamente se dice que la neurrosis tiene BUEN PRONOSTICO con todas las CONDICIONES.

FAVORABLES.

1. **COMUN.** Cuando del **PRONOSTICO** **EDICION** o de alguna manera se hacen para ello, en lo **COMUN** y compartido de los síntomas neuróticos tienen buen pronóstico, es un estado en el que prima más bastante general.

2. **MEDIO SOCIAL.** Cuando explícitamente condicionan el **BIEN** **PRONOSTICO** a un **MEDIO SOCIAL** que ayude.

3. **A FAMILIA.** Cuando condicionan el **BUSC** **PRONOSTICO** a la cooperación, apoyo, interés, etc., de la **FAMILIA**.

HALO. Se considerará dentro de este apartado aquella afirmación que incluye cualquiera de los siguientes calificativos, referidos explícitamente al pronóstico: **HALO**, **POBRE**, **DEFICIL**, **DEFICILMENTE** **BAJA**, **VA** **AUMENTANDO** **LA** **NEURÓSI**.

AL **NO** **CONDICIONADO.** Cuando hablan de **HAL** **PRONOSTICO** lo cualquier calificativo de los mencionados anteriormente, **SIN** **CONDICIONARLOS** **A** **NADA**. Por ejemplo: pobre, difícil, etc.

SI

1. **A** **TRATAMIENTO.** Cuando explícitamente refieren **HAL** **PRONOSTICO** para la neurótica, por falta de **TRATAMIENTO**, independientemente de cuál sea.

2. **NO** **INTERÉS.** Cuando refieren la **FALTA** **DE** **BUSQUEDA** **DE** **ALTERNATIVAS** o no aprovechamiento de las existentes por parte del paciente para salir de su situación, como condicionante del **HAL** **PRONOSTICO**. Por ejemplo: si no busca proceso terapéutico no se levanta, si no coopera en tratamiento no se mejora.

3. **A** **LA** **ENFERMEDAD.** Cuando, con base en las características de la neurótica, se da un **HAL** **PRONOSTICO**. Por ejemplo: difícil lograr total baja de su neurótica, no se puede decir está disminuida, va aumentando. Siempre que no se particularice en algún tipo de neurótica.

4. **AL** **ASPECTO** **SOCIAL.** Cuando se hace depender el **HAL** **PRONOSTICO** de cuestiones **SOCIALES** relacionadas en general. Por ejemplo: validas, separación de pareja, contaminación, adopción, problemas sociales, etc.

5. **AL** **TIPO** **DE** **NEURÓSI.** Cuando explícitamente refieren **HAL** **PRONOSTICO** para cualquier **TIPO** **DE** **NEURÓSI** (fóbica, obsesiva, compulsiva, agorafobia), y no lo generalizan a los demás tipos.

6. **A** **FAMILIA.** Cuando condicionan el **HAL** **PRONOSTICO** a la cooperación, apoyo, interés, etc., de la **FAMILIA**.

MEDIO. Se consideran dentro de este apartado aquellas afirmaciones que incluya cualquiera de los siguientes calificativos, referidos explícitamente al pronóstico: **MEDIO, REGULAR, VARIABLE, REGULAR.**

A) NO CONDICIONADO. Cuando explícitamente refieren que el **PRONOSTICO** de la neurrosis es **MEDIO, SIN CONDICIONARLO A NADA.** Por ejemplo: ya dice que tiene pronóstico regular.

B) CONDICIONADO.

1. **AL PACIENTE.** Cuando explícitamente refieren que el **PRONOSTICO** es **VARIABLE** con cada individuo o medio, dependiendo del **PACIENTE.**

2. **A PREFERENCIAS.** Cuando explícitamente dicen lo siguiente: "...el **PRONOSTICO** es **MEDIO** o **VARIABLE** porque el paciente **PREFIERE** divertirse a atenderse."

INESPECIFICAS

SIN RESPUESTA.

A) No condicionado. Cuando **NO DAN PRONOSTICO** (bueno, malo, regular). **NO CONDICIONAN** a nada específico. Por ejemplo: no se puede decir si sí o no, depende de muchas cosas, es un proceso muy grave.

B) NO TIENE PRONOSTICO. Cuando explícitamente refieren que la neurrosis **NO TIENE PRONOSTICO.**

C) CONDICIONADA.

1. **A PATOLOGÍA.** Cuando **NO DAN PRONOSTICO** argumentando que depende del **TIPO, grado y/o evolución** de la neurrosis.

2. **AL PACIENTE.** Cuando **NO DAN PRONOSTICO** y lo hacen depender del **PACIENTE.** Por ejemplo: depende de su desarrollo personal, individual, del individuo, de sus recursos económicos, de su deseo de curarse.

3. **AL MEDIO.** Cuando **NO DAN PRONOSTICO** y lo hacen depender del apoyo o ayuda que pueda recibir el paciente de su **MEDIO.** sea este mediato o inmediato. Por ejemplo: padre, depende de cómo se porta, depende del medio, etc., siempre que no se refiera a tratamiento.

4. **AL TRATAMIENTO.** Cuando **NO DAN PRONOSTICO** y refieren explícitamente que depende del **TRATAMIENTO** o ayuda terapéutica.

CATEGORÍAS

PREGUNTA 15

Según se pueda de vista, ¿cuál es el pronóstico de la paciente?

BUENO. Se considerará dentro de este apartado, cualquier afirmación que incluya conjeturas de los siguientes calificativos, referidos explícitamente al **PRONOSTICO BUENO**, **MEJOR**, **FAVORABLE**, **MUCHAS POSIBILIDADES**, **MEJORA**, **ETC.**

AL NO CONDICIONADA. Cuando refieren que el **PRONOSTICO** es **BUENO** con este o cualquier otro término de los anteriormente mencionados, **SIN HACERLE REFERENCIA** explícitamente al **BUENO** del. Por ejemplo: "el pronóstico puede ser bastante bueno", "inmediato es positivo", etc., siempre y cuando no lo condicionen a nada.

SI CONDICIONADA.

a. **A ETIOLOGIA.** Cuando se refieren explícitamente a las **CAUSAS** y establecen una relación directa entre el **BUEN PRONOSTICO** y el tipo de causas. Por ejemplo: "es por donde lo-... que pronóstico", "es por alteraciones bioquímicas, es positivo", etc.

b. **A TIPO DE PATOLOGIA.** Cuando establecen una relación directa entre el **BUEN PRONOSTICO** y el **TIPO DE PATOLOGIA**, o en los síntomas. Por ejemplo: "es favorable si es reactiva", "es en relación al pronóstico es bueno", "puede ser bueno en los primeros síntomas", etc.

c. **A LA FAMILIA.** Cuando se condiciona el **BUEN PRONOSTICO** al apoyo, reacción o comportamiento de la familia con respecto a la enfermedad. Por ejemplo: "es favorable si la familia tiene posibilidades de atender de manera particular", "puede ser bueno si la familia coopera", etc.

d. **FRENTE LA VIDA.** Cuando en alguna parte de su discurso incluyan explícitamente lo siguiente: "bueno para la vida", respecto al pronóstico.

e. **TEXTO REFINADO.** Cuando en alguna parte de su discurso incluyan explícitamente que "el pronóstico tendría muchas posibilidades de **EL TEXTO BUENO MÁS REFINADO**".

f. **NO HOSPITALIZACIÓN.** Cuando explícitamente refieren que "el pronóstico podría adaptarse a la sociedad si **NO FUERA HOSPITALIZADO**".

g. **A TRATAMIENTO.** Cuando con **BUEN PRONOSTICO** se el paciente recibe algún **TRATAMIENTO**, sin reportar el tipo de éste. Por ejemplo: "con tratamiento es mejor", "tramo con tratamiento integral", "con un buen pronóstico con manejo adecuado", etc.

1. A DEMANDA. Cuando se da un BUEN PRONOSTICO a la persona siempre y cuando exista DEMANDA de ayuda por parte del paciente.

2. A OPORTUNIDADES. Cuando se da BUEN PRONOSTICO y se relaciona a la existencia de OPORTUNIDADES para el paciente.

3. A EMPEÑO. Cuando dan BUEN PRONOSTICO y lo condicionan a que haya "MUCHO EMPEÑO" para salir adelante por parte del paciente".

4. A FARMACOS. Cuando explícitamente dan BUEN PRONOSTICO a la persona y lo atribuyen al surgimiento o al uso de los FARMACOS. Por ejemplo: "desde 1950 la persona tiene mejor pronóstico", "con el adelantamiento de los fármacos ha mejorado mucho el pronóstico de la persona".

REGULAR. Se considera dentro de este apartado aquella (as) afirmación (es) que incluye (en) cualesquiera de los siguientes calificativos, referidos explícitamente al pronóstico: INCERTO, DUDOSO, RELATIVO, AMBIGUO, VARIABLE.

1. A NO CONDICIONADO. Cuando refieren que el PRONOSTICO es relativo, incierto, dudoso, etc., y no hacen depender esta valoración de nada más.

2. A CONDICIONADO.

1. A FARMACOS. Cuando refieren de alguna manera que el PRONOSTICO es RELATIVO, ambiguo, etc., con FARMACOS. Por ejemplo: "...con fármacos estos, pero queda mucho por hacer...", etc.

2. A NO INTEGRACION. Cuando refieren un PRONOSTICO REGULAR y lo atribuyen a la NO INTEGRACION del paciente al tratamiento.

3. A TERAPISTA. Cuando dan PRONOSTICO REGULAR y lo atribuyen al manejo del ESPECIALISTA. Por ejemplo: "el pronóstico es relativo si no se atiende integralmente".

4. A GRADO DE PATOLOGIA. Cuando refieren que el PRONOSTICO es REGULAR o relativo, basándose en el GRADO DE PATOLOGIA o en las recidas.

HALO. Se considera dentro de este apartado aquella (as) afirmación (es) que incluye (en) cualesquiera de los siguientes calificativos, referidos explícitamente al pronóstico: UN POCO NEGATIVO, RESERVADO, NO TAN FAVORABLE, TRISTE, POCO, MENOS OPORTUNIDAD, DIFICIL, POCO PROMISORIO, SOMBRIO, HALO, POCO, ETC.

1. A NO CONDICIONADO. Cuando refieren que el PRONOSTICO es HALO, negativo, etc., SIN CONDICIONARLO a nada. Por ejemplo: "este definitivamente, siendo a ser halo, un poco más reservado, pronóstico triste, es poco, etc.

ES CONDICIONADO.

a. CURA-CONTROL. Cuando refieren explícitamente que la persona **NO SE CURA**, solo se **CONTROLA**.

b. A FARRACOS. Cuando refieren la ineficacia de los **FARRACOS**, para curar la psicosis.

c. INGANICIOS. Cuando mencionan explícitamente la persistencia de la psicosis desde el punto de vista **INGANICIO**.

d. HERENCIA. Cuando claramente refieren **MAL PRONOSTICO**, si las causas de la psicosis son de tipo **GENETICO** o **HEREDITARIO**.

e. PSICOLÓGICAS. Cuando se da **MAL PRONOSTICO** a partir del estado en que se encuentra la esfera **PSICOLÓGICA** de la persona. Por ejemplo: Juicio alterado, pérdida de funciones superiores, desestructuración de la personalidad, no establecer **YRIBAS**, quiere importante del yo, no contacto con la realidad, etc.

f. A PERSPECTIVAS. Cuando dan **MAL PRONOSTICO** para la persona y lo refieren a la ineficacia de las **PERSPECTIVAS** terapéuticas actualmente existentes.

g. A TRATAMIENTO. Cuando se refieren al control del cuadro psicótico con algún **TRATAMIENTO**, excepto **TERAPIAS**, pero no haber de cura. Por ejemplo: el tratamiento es de por vida y quedan remidos, si existe terapia adecuada, hay control, etc.

h. COSTOS. Cuando se refiere **MAL PRONOSTICO** debido a los **COSTOS** del tratamiento. Por ejemplo: "pronóstico pobre por costos de la medicina farmacéutica", "los costos de hospitalización son muy altos".

i. HOSPITALES. Cuando dan **MAL PRONOSTICO** a los psicóticos, por la situación que prevalece en los **HOSPITALES** psiquiátricos. Por ejemplo: no hay hospitales adecuados, lugares donde se les tiene hospitalizados, mas bien son custodiados y no hay tratamiento real, en los hospitales no hay clasificación de pacientes de acuerdo a quienes pueden curarse y quienes no, etc.

j. FAMILIA. Cuando refieren **MAL PRONOSTICO** considerando a la familia en cualquier aspecto. Por ejemplo: la familia no coopera en el tratamiento, a veces hay abandono familiar, se sabe porque la mayoría de las veces toda la familia está mal, etc.

k. **NÓ DEMANDA**. Cuando dan **MAL PRONOSTICO**, considerando explícitamente que en el paciente psicótico **NÓ EXISTE** **HERANÍA** de tratamiento o de ayuda.

l. **ADAPTACIÓN**. Cuando mencionan en su discurso, que: "es malo para la función o adaptación".

m. **INSTITUCION**. Cuando dan **MAL PRONOSTICO** que bas en la situación de las **INSTITUCIONES** de salud mental, y específicamente referido

a la falta de personal, ya sea por recursos, cambios o rotación de éste.

n. DETECCIÓN. Cuando mencionan la DETECCIÓN tardía y la consideren de MAL PRONÓSTICO.

INESPECÍFICAS:

A) NO CONDICIONALES. Cuando NO DAN PRONÓSTICO para la persona y tampoco mencionan algún CONDICIONANTE.

B) CONDICIONALES:

1. A TRATAMIENTO. Cuando NO DAN PRONÓSTICO y refieren que depende del momento de inicio del TRATAMIENTO.

2. TIPO. Cuando NO DAN PRONÓSTICO y refieren que depende del TIPO de psicosis o del diagnóstico. Por ejemplo: depende del caso, depende del tipo, depende de la presentación del cuadro, etc.

3. INDIVIDUAL. Cuando NO DAN PRONÓSTICO y lo hacen depender de cuestiones inherentes al SUJETO, tales como: capacidades, estructura, grado de adaptación, grado de delirio, edad, etc.

4. INTERÉS. Cuando NO DAN PRONÓSTICO y lo hacen depender del apoyo del paciente o de su demanda de ayuda.

5. ETIOLOGÍA. Cuando NO DAN PRONÓSTICO y hacen depender esta situación de las CIRCUNSTANCIAS QUE LLEVAN al paciente a ese cuadro, incluidos los inmediatos a su instauración, es decir, los precipitantes. Por ejemplo: depende de causas, depende de las situaciones que lo llevaron al cuadro psicótico, depende del factor que desencadenó, etc.

CATEGORIAS

PREGUNTA 12

¿Cuáles son los factores que, con mayor frecuencia, afectan su producción inicial?

NOTA: Esta pregunta se refiere a factores que afectan al pronóstico, no importando si es un sentido positivo o negativo.

BIOLOGICAS

1. SISTEMA NERVIOSO. Cuando refieren cualquier alteración del SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, sea orgánica (relacionada), o respuesta (traumática o neurocrimática), como factores que AFECTAN el PRONOSTICO INICIAL. Por ejemplos: daño orgánico cerebral, síndrome orgánico cerebral, crisis convulsivas.

2. EMFERMEDADES FISICAS. Cuando refieren las EMFERMEDADES FISICAS del organismo en cualquiera de sus sistemas (excepto el nervioso), como FACTORES que AFECTAN el PRONOSTICO INICIAL.

3. ALTERACIONES FISIOLOGICAS MOMENTANEAS. Cuando hacen referencia a cualquier ALTERACION MOMENTANEA del organismo que no requiere atención médica. Por ejemplos: sueño, hambre, cansancio, sed, etc.

PSICOLOGICAS

1. VALORACION. Cuando se refieren a aspectos del individuo en su esfera psicológica y sus asociados como FACTORES que AFECTAN el PRONOSTICO INICIAL. Por ejemplos: insight, inteligencia, autonomía, grado de delirium, nivel educativo, características de enfermedad, fuerza psíquica, sistemas.

2. TRATAMIENTO. Cuando se refieren a cuestiones relativas al individuo, pero no directamente relacionadas a un TRATAMIENTO, incluyendo desde la demanda, seguimiento y subsección del caso, siempre que sean cuestiones relativas al individuo, aunque no necesariamente imputables a él y que sean mencionadas como FACTORES que AFECTAN el PRONOSTICO INICIAL. Por ejemplos: acude por sí mismo o es llevado, resistencia al tratamiento, cooperado o no del tratamiento, deserción, que siga indicaciones al pie de la letra, voluntad de mejorar o similares.

3. DESEMPEÑO SOCIAL. Cuando mencionan como elementos que AFECTAN el PRONOSTICO INICIAL situaciones de DESEMPEÑO SOCIAL DEL PACIENTE. Por ejemplos: el grado de adaptación que tenga, la productividad que pueda tener, las relaciones interpersonales que tenga (en especial de esta a la FAMILIA).

4. RELACION TERAPEUTICA. Cuando se menciona como FACTOR que AFECTA el PRONOSTICO INICIAL, la RELACION DEL PROFESIONAL con el

paciente o sus familiares. Por ejemplo si el yo se modifica se rompe la alianza, entonces se modifica el pronóstico, la relación de dependencia paciente-terapeuta es la más importante, etc.

5. FAMILIA. Cuando se refiere explícitamente como elemento que AFECTA el PRONOSTICO INICIAL a la FAMILIA, sea referida en su dimensión, actitud o colaboración en el tratamiento del paciente.

6. TERAPIA. Cuando explícitamente se refieren a la TERAPIA afectiva por parte del paciente como elemento que AFECTA el PRONOSTICO INICIAL.

7. DETECCIÓN/ANÁLISIS. Cuando se refieren explícitamente a la DETECCIÓN tardía o a FIEBRES interpretativas como factores que ALTERAN el PRONOSTICO INICIAL.

SOCIALES

1. INSTITUCION. Cuando se refieren como factor que AFECTA el PRONOSTICO INICIAL la dificultad de dar una atención adecuada en las INSTITUCIONES, sea referida a la relación del personal, a la capacidad de las salas, al poco tiempo de entrevista, etc.

2. TERREMOTO DE 1965. Cuando mencionan el TERREMOTO de 1965, como un elemento ALTERADOR del PRONOSTICO INICIAL.

3. ECONOMIA. Cuando se refieren al aspecto ECONOMICO o de costos de tratamiento, como elemento que ALTERA el PRONOSTICO INICIAL. Por ejemplo: medicamento, alto costo de consultas, hospitalización, etc.

4. SOCIALES. Cuando se refieren explícitamente un poco MENOS bien que PRONOSTICO INICIAL que tiene la dificultad, sea referente al apoyo social o profesional (análisis en salud mental), en la adaptación social del enfermo, siempre que sean bien claras las palabras "SOCIAL", "SOCIAS", "AMIGABLE" o "MÉDICO".

INESPECIFICAS

1. FORTUITO. Cuando de manera explícita mencionan las situaciones FORTUITAS inevitables al individuo como MODIFICACIONES del PRONOSTICO INICIAL. Por ejemplo: hacerse la historia, el que el paciente entregue un accidente, etc.

2. CASO. Cuando explícitamente refieren que depende del CASO, los factores que MODIFICAN el PRONOSTICO INICIAL.

3. EVOLUCION. Cuando consideran como factor que AFECTA el PRONOSTICO INICIAL, cualquiera de los aspectos referentes a la EVOLUCION de la enfermedad incluyendo la remisión, por cualquier actividad y tiempo de psicología, grado de recuperación, evolución, etc.

4. **PATOLOGIA.** Cuando explícitamente hacen depender las **VARIACIONES** del **PROMOSTICO INICIAL** al **TIPO DE PADECIMIENTO** o **enfermedad**, o al **diagnostico**.

5. **INDEFINIDOS.** Cuando explícitamente dicen algo como lo siguientes "...factores definidos no hay." Refiriéndose a los **factores** que **ALTERAN** el **PROMOSTICO INICIAL**.

6. **VARIOS.** Cuando separen que los **factores** que **ALTERAN** el **PROMOSTICO INICIAL** son **VARIOS**, excepto y cuando **NO** especifican alguno tal.

CATEGORIAS

PREGUNTAS 13, 14, 15 y 16.

13. ¿Cuál sería el tratamiento idóneo para una neurona?
14. ¿Cuál sería el tratamiento idóneo para una proteína?
15. ¿Que tipos de tratamiento usa más frecuentemente?
16. ¿Que clases de tratamiento recomienda más?

BIOLOGICAS

1. **FARMACOS.** Cuando, independientemente de que estos los instalen o desactiven, mencionen como **TRATAMIENTO** para la neurona y/o para la proteína medicamentosos, medicinas o **FARMACOLOGICOS**, sin importar si lo condicionan, y a sea.
2. **DESCARTAR.** Cuando refieran explícitamente la acción de **dejar** que **DESCARTAR** cualquier otro aspecto para el **TRATAMIENTO**.
3. **INTERMEDIAMENTO/AISLAMIENTO.** Cuando explícitamente refieran como **TRATAMIENTO**, sin importar a que lo condicionen **INTERMEDIAMENTO**, institucionalización, hospitalización, aislamiento, utilizando estas palabras.
4. **TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.** Cuando explícitamente refieran como **TRATAMIENTO** la **TERAPIA ELECTROCONVULSIVA** o **ELECTROSHOCK**.
5. **PSICOCIRUGIA.** Cuando refieran explícitamente el uso de la **PSICOCIRUGIA** como **TRATAMIENTO**.
6. **EJERCICIO Y ALIMENTACION.** Cuando explícitamente refieran como **TRATAMIENTO** o parte de este, el **EJERCICIO** y/o **ALIMENTACION**.
7. **CASES.** Cuando manejar explícitamente como **TRATAMIENTO** "la **terapia de CASES**".
8. **BIORRETROALIMENTACION.** Cuando refieran explícitamente como **TRATAMIENTO** la **BIORRETROALIMENTACION**.

PSICOLOGICAS

NOTA: En este apartado que incluye las psicoterapias se refiere, por un lado, la técnica psicoterapéutica empleada (técnicas del 3 al 11 y, por otro, la forma de darla (grupo, niños, individual). Ver categorías de la 3 a la 6.

- a. **PSICOTERAPIA.** Cuando explícitamente refieran como **TRATAMIENTO** la **PSICOTERAPIA**, y se especifican el tipo (Conductual, personalística, apoyo, etc.), la forma de trabajo (individual, grupo, niños, etc.). Por ejemplos sería la psicoterapia, psicoterapia.
- b. **PRIMER NIVEL (APOYO).** Cuando se refieren al tipo de **terapeuta**

que tiene como fin **APUNTALAR** estructuras de defensa, no pretendiendo ningún avance, sino la **PERSISTENCIA** de la situación para evitar recaídas más profundas, y específicamente conseguirse de las siguientes formas: **APoyo**, ambiental, ocupacional, orientación, sin reportar la orientación que le dan o la forma de trabajarla (individual, grupo, etc.).

d. SEGUNDO NIVEL (REEDUCATIVOS). Cuando refieren como **TRATAMIENTO** todas aquellas psicoterapias que pretenden algún **CAMBIO** sobre la conducta, valores, actitudes, actas y relaciones interpersonales (se excluye la **FAMILIAR**), y que actúan a nivel consciente. Por ejemplo: terapia corporal, conductual, logoterapia, gestaltica, epideictica, relajación, terapia racional emotiva, terapia de roles, cognitivo conductual etc.

e. TERCER NIVEL (RECONSTRUCTIVAS). Cuando refieren como **TRATAMIENTO** aquella psicoterapia que pretende **RESOLVER** condiciones **INCONSCIENTES**, mediante el insight del paciente para lograr una **RECONSTRUCCION** de la personalidad del paciente. Estrictamente sería el psicoanálisis. (Excluyendo las orientadas psicoanalíticamente).

f. ORIENTADA ANALITICAMENTE. Cuando explícitamente se refiere como **TRATAMIENTO** la psicoterapia **ORIENTADA ANALITICAMENTE**.

f. JUEGO. Cuando explícitamente refieren la terapia de **JUEGO** o indica como **TRATAMIENTO**.

g. BREVE. Cuando explícitamente refieren como **TRATAMIENTO**, la psicoterapia **BREVE**, utilizando estas palabras.

h. PSICODRAMA. Cuando refieren explícitamente como **TRATAMIENTO** al **PSICODRAMA** o técnicas psicodramáticas.

i. DIRECTIVA. Cuando refieren como **TRATAMIENTO** alguna psicoterapia que explícitamente califican de **DIRECTIVA**.

j. GRUPO. Cuando explícitamente refieren la palabra "**GRUPO**" con lo que se da **TRATAMIENTO**, sin reportar la orientación y/o nivel de la psicoterapia, (se excluye a la **FAMILIAR**).

k. FAMILIA. Cuando se hace explícito algún tipo de **TRATAMIENTO** psicológico dirigido a la **FAMILIA**, sin reportar la orientación o nivel de tal tratamiento. Por ejemplo: orientación, psicoterapia, tratamiento, etc.

l. PAREJA. Cuando se hace explícito un **TRATAMIENTO** psicológico dirigido a la **PAREJA**. Por ejemplo: tratamiento de pareja.

m. NIÑOS. Cuando se hace explícito un **TRATAMIENTO** psicológico particular para **NIÑOS**, sin reportar el tipo o nivel del mismo. Por ejemplo "... con niños más psicoanalíticamente orientada". "en el caso de niños, terapia de juego."

n. ADULTOS. Cuando hacen explícito que con **ADULTOS** usan o

recomiendan determinada **TRATAMIENTO** psicológico, así se reporta el tipo y orientación de este.

g. INDIVIDUAL. Cuando explícitamente refieren la palabra "INDIVIDUAL" referido al tipo de **TRATAMIENTO** que sea.

SOCIALES.

1. HUMANIZACIÓN. Cuando se hace referencia explícita a la necesidad de **HUMANIZACIÓN** en el **TRATO** con el paciente psiquiátrico o neurológico, tanto a nivel profesional como ingu.

2. REINERCIÓN SOCIAL. Cuando refieren como parte del **TRATAMIENTO** al medio social y, básicamente, las posibilidades que ofrece al paciente de **REINERCIÓN SOCIAL**.

CONDICIONALES

1. A CUADRO CLÍNICO. Cuando hacen depender la elección del **TRATAMIENTO** a cualquier aspecto del **CUADRO CLÍNICO**. Por ejemplo, depende de las causas, depende del tipo, depende de síntomas, depende del grado de los síntomas.

2. A ORIENTACIÓN. Cuando se hace explícito que la elección del **TRATAMIENTO** depende de la **ORIENTACIÓN** o **ENTRENAMIENTO** del especialista. Por ejemplo, depende de cuánto maneje, depende del entrenamiento en la que se recomienda.

3. A CAPACIDAD. Cuando refieren que la eficacia del **TRATAMIENTO** depende de la **CAPACIDAD** y/o buen empleo de las técnicas por parte del profesional.

4. A PATOLOGÍA. Cuando explícitamente condicionan el tipo de **PATOLOGÍA**, tipo de enfermedad o tipo de subespecie, al **TRATAMIENTO** usado o recomendado.

NOTA: Para probar las siguientes categorías se **RECLERIRÓ** que se **PRESENTEN** las palabras que están en **RAJUSCULA**.

5. A INDIVIDUO/PACIENTE. Cuando condicionan explícitamente al **INDIVIDUO** o **PACIENTE** el **TRATAMIENTO** a recomendar o usar. Por ejemplo, depende de la situación del **INDIVIDUO**, depende del **PACIENTE**, de acuerdo a lo que el **PACIENTE** pide.

6. A PROBLEMA. Cuando condicionan explícitamente al **PROBLEMA** el **TRATAMIENTO** a usar o recomendar. Por ejemplo, depende mucho del **PROBLEMA**, va en función del **PROBLEMA**.

7. A CASO. Cuando condicionan explícitamente al **CASO** el **TRATAMIENTO** a usar o recomendar. Por ejemplo, depende del **CASO**, con que **CASO**.

8. A DIAGNOSTICO. Cuando condicionan explícitamente al **DIAGNOSTICO**, entidad clínica, el tipo de **TRATAMIENTO** a recomendar

a usar.

INESPECIFICAS.

1. **NIETO.** Cuando refieren **TRATAMIENTO NIETO** a usar, siendo ellos mismos los instaladores (sin analizar), de más de un tratamiento y hacen explícito cuáles. Por ejemplos: fármacos y psicoterapia, psicoterapia de apoyo y juego, o cualquier otra combinación de tratamiento de cualquier tipo.

2. **OTROS PROFESIONALES.** Cuando utilizan algún término que se refiere al trabajo con **OTROS PROFESIONALES**. Por ejemplos: multidisciplinaria, mancomunada, interconsulta, interdisciplinario.

3. **CANALIZACION.** Cuando refieren enviar al paciente a otro especialista para **TRATAMIENTO**, sin reportar cual profesional sea, siempre que digan el título del profesionala (neurologo, medico, psiquiatra, etc). Por ejemplos lo mando al medico, lo canalizo con el psiquiatra, etc.

4. **FILOSOFIA.** Cuando explícitamente refieren que se hace de elegir un **TRATAMIENTO** específico lleva implícita la **FILOSOFIA** de "cómo", de quien hace la elección.

5. **ABIERTA.** Cuando se hace explícita una **APERTURA**, en la elección del **TRATAMIENTO** a usar, sea con base en la funcionalidad que tenga o no. Por ejemplos: el que le funcione más, debe haber apertura para otro tipo de tratamiento, no es conveniente una postura rígida.

6. **ETICA.** Cuando refieren explícitamente recomendadas a usar cualquier **TRATAMIENTO** que sea manejado con **ETICA**.

7. **BENEFICIO.** Cuando se refieren explícitamente a recomendación o uso de **TRATAMIENTO** con base en la **FUNCIONALIDAD** que tenga para el paciente. Por ejemplos: todos los que pueden servir para el beneficio del paciente, el que le haga mayor beneficio al paciente.

8. **CIENTIFICO.** Cuando se refiere explícitamente la recomendación o uso de **TRATAMIENTO** en función de sus bases **CIENTIFICAS**, por ejemplos: cualquiera que esté científicamente comprobada. Todos los que tengan veracidad científica.

INDICACIONES PARA EL USO DE LA HOJA DE RESPUESTAS

(ANÁLISIS DE CONTENIDO)

La hoja de respuestas contiene todos los apartados y las letras o números de las categorías incluidas en los mismos (ver Hoja).

Lo que usted tiene que hacer, es tachar o circular la letra o número correspondientes a la categoría adecuada al fragmento de respuesta que quiere puntuar.

Por ejemplo: si usted quiere consignar la categoría B del apartado de "Biológicas" correspondiente a la pregunta 1, quedaría de la siguiente forma:

PREGUNTA 1.
Biológicas 1 2 3 4 5 6 7 8

H O J A D E R E S P U E S T A S

(ANÁLISIS DE CONTENIDO)

PREGUNTA 1.

Biológicas 1 2 3 4 5 6 7 8
 Psicológicas a b c d e f g h i j k l m
 Sociales a b c d e f g h i j
 Concepto 1 2 3 4 5 6 7
 Impreciso 1 2 3 4

PREGUNTA 2.

Biológicas 1 2 3 4 5 6 7
 Psicológicas a b c d e f g h i j
 Sociales 1 2 3 4 5 6 7 8
 Imprecisas 1 2 3 4 5 6 7

PREGUNTA 3.

Biológicas 1 2 3 4 5 6 7
 Psicológicas a b c d e f g h i j
 Sociales 1 2 3 4
 Imprecisas 1 2 3 4

PREGUNTA 4.

Biológicas 1 2 3 4 5 6 7 8
 Psicológicas 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 Sociales 1 2 3 4 5 6 7
 Imprecisas 1 2 3 4

PREGUNTA 5.

Biológicas 1 2 3 4 5 6 7
 Psicológicas 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 Sociales 1 2 3 4 5 6 7
 Imprecisas 1 2 3 4 5 6 7 8

PREGUNTA 6.

Biológicas 1 2 3
 Psicológicas 1 2 3 4 5 6
 Sociales 1 2 3 4 5 6
 Concepto a b c d e f g h i j k l m n

PREGUNTA 7.

TÉCNICAS
 Biológicas 1 2
 Psicológicas 1 2 3 4 5
 Evaluación 1 2 3 4 5 6 7 8 9

PREGUNTA 8.

Geografía a b c d e f g h i j k l m n o p

PREGUNTA 8.

Biologicas	1 2 3 4
Psicologicas	1 2 3 4 5 6 7 8
Sociales	1 2 3 4
Intermedias	1 2 3 4
Inespecificas	1 2 3 4

PREGUNTA 10.

Biologicas	1
BUENO	
Condicionado	1 2 3 4 5 6 7 8
No Condicionado	1
HALO	
Condicionado	1 2 3 4 5 6
No Condicionado	1
MEDIO	
Condicionado	1 2
No Condicionado	1
INESPECIFICOS	
Condicionado	1 2 3 4
No Condicionado	1
No Tiene Prom.	1

PREGUNTA 11.

BUENO	
Condicionado	a b c d e f g h i j k
No Condicionado	1
REGULAR	
Condicionado	1 2 3 4
No Condicionado	1
HALO	
Condicionado	a b c d e f g h i j k l m
No Condicionado	1
INESPECIFICOS	
Condicionado	1 2 3 4 5
No Condicionado	1

PREGUNTA 12.

Biologicas	1 2 3
Psicologicas	1 2 3 4 5 6 7
Sociales	1 2 3 4
Inespecificas	1 2 3 4 5 6

PREGUNTA 13.

Biologicas	1 2 3 4 5 6 7 8
Psicologicas	a b c d e f g h i j k l m n o
Sociales	1 2
Inespecificas	1 2 3 4 5 6 7 8
Condicionada	1 2 3 4 5 6 7 8

PREGUNTA 1A.

Biologicas	1	2	3	4	5	6	7	8							
Patologicas	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o
Sociales	1	2													
Inespecificas	1	2	3	4	5	6	7	8							
Condicionadas	1	2	3	4	5	6	7	8							

PREGUNTA 1B.

Biologicas	1	2	3	4	5	6	7	8							
Patologicas	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o
Sociales	1	2													
Inespecificas	1	2	3	4	5	6	7	8							
Condicionadas	1	2	3	4	5	6	7	8							

PREGUNTA 1C.

Biologicas	1	2	3	4	5	6	7	8							
Patologicas	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o
Sociales	1	2													
Inespecificas	1	2	3	4	5	6	7	8							
Condicionadas	1	2	3	4	5	6	7	8							

▲▲▲▲

INSTRUCCIONES

Lo que usted tiene que hacer, es llevar a cabo una valoración de las respuestas correspondientes a cada pregunta, para lo cual tendrá la grabación y la transcripción de la entrevista, la cedula de entrevista, la tabla de calificación (con sus incisos y sus definiciones), y la hoja de respuestas.

Debe considerar lo siguiente:

a) La valoración debe hacerse en cuatro tipos para cada respuesta: nivel de respuesta, tendencia de respuesta, calidad de respuesta y evaluación de importancia.

b) Debe leer cuidadosamente las definiciones que se dan en cada inciso de cada tipo de valoración, de manera que usted se ajuste a ellas y no con su postura personal. (Ver tabla de calificación).

c) Deben tomarse en cuenta todos los incisos de cada tipo de valoración, sin que necesariamente tengan que estar todos incluidos en cada respuesta.

d) Los incisos para valoración no son excluyentes y pueden estar presentes uno de una vez en la misma respuesta y en todas y cada una de ellas.

e) Por lo anterior, cada pregunta puede tener más de un inciso de cada tipo de valoración.

f) Debe anotar, por orden de aparición, la letra o número correspondiente al inciso que considere adecuada a la respuesta.

ESTA VALORACIÓN DEBE HACERSE EN FORMA INDIVIDUAL.

TABLA DE CALIFICACION

(TIPOS)

Consignas.

Con base en las siguientes definiciones, usted debe evaluar cada una de las respuestas, de manera que trace que leídas cuidadosamente antes de iniciar la calificación. Cuando considere que una respuesta tiene tales y tales atributos, anótalos por orden de aparición con la letra o número correspondiente, en la hoja de respuestas anexa.

A) NIVEL DE RESPUESTA

0) Respuesta personal. Cuando el entrevistado responde en primera persona del singular, o sin explicitar persona de conjugación. Por ejemplo: yo pienso, yo creo, desde mi punto de vista, estoy de acuerdo.

1) Referencias. Cuando el entrevistado cita estudios, teorías, autores; o bien cuando se expresa a manera de pertenencia a un grupo. Ejemplos: nosotros pensamos, lo hemos mencionado, lo que hacemos, según la teoría lacaniana, nosotros hemos investigado.

2) Impersonal. Cuando el entrevistado aplica la tercera persona del singular y/o pronombre determinado neutro; ejemplos: se ha, eso es, ella se ha, etc.

B) TENDENCIA DE RESPUESTA

3) Biológica. Cuando menciona y/o explica aspectos de medicina, biología, fisiología, etc.; dentro de su respuesta. Ejemplos: herencia biológica, trastornos orcoconocéfálicos, alteración en neurotransmisores, etc.

4) Psicológica. Cuando menciona y/o explica aspectos mentales, psíquicos, intrapsíquicos, subjetivos, experienciales, vitales, desarrollo psicológico, desarrollo psicosexual, componentes psicológicos del individuo, problemáticas familiares (para sin mencionar la relación de ésta con la sociedad, economía, política, cultura, etc.).

5) Social. Cuando menciona y/o explica aspectos sociológicos, culturales, económicos, políticos, etc. (contaminación, crisis económicas).

C) CALIDAD DE RESPUESTA

6) Concreta. Que menciona a lo que se refiere la pregunta, es decir, si se le pregunta alguna definición, que responda definiendo; si se le preguntan causas, que conteste cuáles son

las causas; si se le pregunta tratamiento, que responda más en el tratamiento; etc.

6) **Contradictoria.** Que afirme algo y lo niegue **ADISTANTEMENTE**, dentro de la misma respuesta. (Independientemente de que se retraste).

7) **Repetitiva.** Cuando habla tres veces o más de alguno de los aspectos específicos de cualquiera de los temas biológicos, psicológicos o sociales.

8) **Ejemplificación.** Cuando manifiesta analogías para expresar su respuesta. Cuando menciona de manera explícita "por ejemplo", "como si...", "parecido a...", "sería como...", con el fin de señalar situaciones que puedan servir de ilustración a lo que dice.

9) **Justificación.** Cuando manifiesta material verbal para apoyar lo que asegura o niega, a manera de expresar sus razones para hacerlo así (sea por qué), o bien, describe cómo ocurre lo que menciona.

10) **Excesiva.** Cuando habla de cosas diferentes a lo que es la pregunta, ejemplos: desacuerdo hacia la obtusa de entrevista, crítica hacia las preguntas, o bien, que condiciona a algo: "depende del caso...", "depende de...", etc., de tal modo que habla de otras cuestiones, independientemente de que continúe o no a lo que se refiere la pregunta.

11) **Titubeante.** Cuando hace pausas y/o tartamudeos a lo largo de la respuesta tres veces en adelante, para tomarse en cuenta.

12) **Sin respuesta.** Cuando en su discurso no aborda a lo que se refiere la pregunta (al ser preguntan causas contextuales diagnósticas, etc.).

13) **Extrapolada.** Cuando en la respuesta aborda cualquiera de las tres esferas (bio-psico-social), en una o varias de sus especies, pero que al pasar de una a otra esfera se retoma la anterior.

14) **No extrapolada.** Cuando en su respuesta aborda una esfera (bio-psico-social), pasa a otra de ellas y retoma lo que ya había mencionado anteriormente. Por ejemplos bio-psico-bio, psico-social-psico, etc.

15) **Contexta pregunta anterior o posterior.** Cuando dentro de su respuesta aborda aspectos referentes a una pregunta que ya se le plantó o se le plantará.

EVALUACION DE IMPORTANCIA
DEL "NIVEL DE RESPUESTA"

Consigna.

Lo que usted tiene que hacer es evaluar cada respuesta, con base en lo siguiente:

- La "importancia" se asignará a partir de un criterio de "POSTURA" o de un criterio de "FRECUENCIA".

- Si la respuesta cumple con el criterio de "POSTURA" I) o II), se considerará de este modo ya evaluada.

- Si se cumple lo anterior, NO SE MERITA a los criterios siguientes.

- Si aparecen estos dos criterios I y II, será necesario que usted evalúe la respuesta con los criterios de "FRECUENCIA" III, IV, V.

- En la columna correspondiente a "Nivel de Respuesta" de su hoja de respuestas deberá escribir los números que considere de mayor importancia, de acuerdo a los criterios I, II, III, IV, V; y escribir la letra "I" si esta "importancia" se asignó con base en I ó II; y la letra "2", si se asignó con el criterio III, ó IV, ó V.

A continuación se presentan los criterios y sus definiciones, con base en los cuales usted evaluará cada respuesta.

Cuando aparece solo uno u otro de los siguientes criterios el I ó II, no se toman en cuenta los criterios III, IV, V.

Si aparecen ambos I y III, deberá tener en cuenta los criterios III, IV, V.

CRITERIOS DE "POSTURA".

I) Cuando el entrevistado dice que está de acuerdo, aunque lo escriba solo una vez. Ejemplos: "Yo pienso que..."; "Esto es el punto de vista"; "Yo estoy de acuerdo"; "Yo diría que sí, es"; "Me adhiero a..."; desde el punto de vista"; etc. (la primera persona del singular) o, @ sin persona de conjugación: es, es, lo, o el verbo conjugado; considero, pienso, creo, etc., como se expusieron en los ejemplos).

II) Cuando el entrevistado escribe la tercera persona del singular y/o pronombre determinado neutro. Ejemplos: "lo que se ha..."; "ella se..."; "ese es..."; "se ha..."; "las causas son..."; "esto se..."; "los tratamientos son..."; etc., aunque lo escriba una sola vez en la respuesta.

SI SE PRESENTAN AMBOS CRITERIOS EN LA MISMA RESPUESTA SEÑÁLESE A LOS SIGUIENTES:

CRITERIOS DE "FRECUENCIA".

Se considerara como "mas importante" el que tenga mayor frecuencia.

Se contabilizara tantas veces como aparezca, cuando el entrevistado dice:

III) Personal: "Yo creo", "yo considero", "yo pienso", "creo", "se parece", "considero", etc., siempre y cuando vaya acompañada esta expresion de una justificacion, explicacion y/o ejemplificacion, (de acuerdo a la definicion de cada una de ellas). (En primera persona de conjugacion o sin especificar persona de conjugacion).

IV) Referencias. Cita estudios, lecturas, investigaciones, etc.

VI) Impersonal: "Lo que es..."; "allo es..."; "eso es..."; "se ha..."; "las cosas..."; "esta es..."; las lecturas..."; etc. (En tercera persona del singular y/o pronombre determinado neutro, de acuerdo a los ejemplos).

**EVALUACION DE IMPORTANCIA
DE "TENDENCIA DE RESPUESTA."**

Consigna.

La que usted tiene que hacer es evaluar cada respuesta con base en lo siguientes:

- La "importancia" se asignará a partir de un criterio de "POSTURA" o de un criterio de "FRECUENCIA."

- Si la respuesta cumple con el criterio de "POSTURA" (VII) se considerará de este modo ya evaluada.

- Si se cumple la anterior, NO SE HERRITA a los criterios siguientes.

- Si no aparece el criterio VI, será necesario que usted evalúe la respuesta con los criterios de "FRECUENCIA" (VII, VIII, IX).

- En la columna correspondiente a "Tendencia de respuesta" de su hoja de respuesta, deberá circular en negro que considere de mayor importancia, de acuerdo a los criterios VI, VII, VIII, IX, y escribir la letra "X", si esta importancia se asignó con base en VI, y la letra "2", si se asignó con el criterio VII u VIII o IX.

A continuación se presentan los criterios y sus definiciones, con base en los cuales usted evaluará cada respuesta.

Cuando aparece el criterio VI, se se toman en cuenta los criterios VII, VIII, IX.

Si no aparece el criterio VI, deberá tomar en cuenta los criterios VII, VIII, IX.

CRITERIO DE "POSTURA",

VII Cuando el entrevistado menciona la las palabras (o): "mas importante", "mas relevante", "fundamental", "basico", etc., o cualquier otro adjetivo que implique "mayor importancia", comparándolo de alguno de los aspectos biológicos, o psicológicos, o social (o) acuerdo a la definición de cada uno de ellos.

SI EN SU RESPUESTA EL ENTREVISTADO MENCIONA SOLAMENTE UN ASPECTO BIOLÓGICO, PSICOLÓGICO, SOCIAL, PERO NO DICE "EL MAS IMPORTANTE", "EL BASICO", ETC., NO ANOTE NINGUNA LETRA PARA VALORAR IMPORTANCIA.

SI SE PRESENTA LO ESPECIFICADO EN EL INCISO ANTERIOR (VI) PARA DOS O MAS DE LOS ASPECTOS MENCIONADOS (BIOL-PSICO-SOCIAL), EN LA MISMA RESPUESTA, HERRITASE AL CRITERIO DE "FRECUENCIA".

CRITERIO DE "FRECUENCIA",

Se considerara como "mas importante" el que tenga mayor

Indicando:

Se contabilizará tantas veces como apariciones cuando el entrevistado justifique, explique y/o ejemplifique, de acuerdo a lo siguiente:

VII: Biológico. Aspectos de medicina, biología, fisiología, etc., dentro de su respuesta, tales como herencia, lesiones, alteraciones de conductas, neurotransmisiones, etc., sin importar que en la simplificación, explicación, y/o justificación, contenga aspectos psicológicos y/o sociales, siempre y cuando estos últimos sean empleados como argumentos en función directa del aspecto biológico. Ejemplos: "Los problemas de parto producen alteraciones a nivel cerebral en el sujeto, que repercuten en sus relaciones interpersonales, en sus capacidades y habilidades, porque el sistema nervioso central no está en condiciones de funcionamiento, a causa de posible daño o lesión que se haya provocado..."

VIII: Psicológico. Aspectos mentales, psíquicos, inconscientes, subjetivos, etc., sin importar que en la simplificación, explicación y/o justificación contenga aspectos biológicos y/o sociales, siempre y cuando estos últimos sean empleados como argumentos en función directa del psicológico. Ejemplos: "Los problemas de parto producen alteraciones a nivel cerebral, y eso afecta a la persona, puesto que está tratada como enferma, está subconscientemente y, por lo tanto, tendrá una estructura débil de personalidad que la hará más propensa a caer en estados mentales..."

IX: Social. Aspectos ecológicos, culturales, económicos, políticos, etc., sin importar que en la simplificación, explicación y/o justificación contenga aspectos biológicos y/o psicológicos, siempre y cuando estos últimos sean empleados como argumentos en función directa del aspecto social. Ejemplos: "Los problemas de parto afectan a nivel cerebral al producto y emocionalmente a la madre, sin embargo, se prefiere acudir a la medicina que al médico, esto por la inexistencia de los servicios de salud en el país..."

HOJA DE RESPUESTAS

(TIPO DE RESPUESTAS)

Consignas.

A continuación se le presenta un formato en el que se encuentran los tipos de valoración: Nivel de Respuesta, Tendencia de Respuesta y Calidad de Respuesta; así como el cuestionario de entrevista.

Añote (letra) (letrita) o número(s) que considere pertinentes para cada Tipo de Valoración de la correspondiente respuesta, de acuerdo a la consigna de la Tabla de Calificación.

Escriba de izquierda a derecha, utilizando un solo cuadro para cada letra o número, sin dejar espacio entre uno y otro.

Utilice un solo formato de Hoja de Respuestas para cada entrevista que valore.

HOJA DE RESPUESTAS

(TIPO DE RESPUESTA)

	NIVEL	TENDENCIA	CALIDAD
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			

ANNEX IV

LISTA DE PALABRAS

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

Abrirante
A veces
Aceptables
Adaptacion
Adecuado
Adecuadamente
Afecta
Afectacion
Agencia
Agudo
Ajuste
Algo
Alteracion
Ambiente
Amor
Amoral (est)
Amoralidad
Amorosa
Ayuda
Ayudar
Ayudando

Bien
Bienestar
Buena
Bueno

Capacidad (est)
Carente
Casa
Cicatriz
Coherencia
Complejo
Concepto
Conflicto
Congruencia
Control
Controlada
Conserva
Conservado
Cosa
Cosa hostiles
Creativa
Cronica
Cura
Custodia

Debe Ser
Debe Tener
Debilidad

L I S T A D E P A L A B R A S (C O N T I)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

Deficiencias
 Defecto
 Degeneración
 Desadaptación
 Desajuste
 Desajuste
 Desestructuración
 Desfavorable
 Desorganización
 Desigualdad
 Desventajas
 Detallado
 Difícil
 Diferencia
 Diferente
 Directiva
 Disfuncional
 Disidente
 Disminución
 Disminuida
 Distorsionado
 Disturbio
 Enfermedad
 Enfermo
 Extensas
 Equilibrio
 Es Posible
 Estructura
 Evidente

Fácil
 Falta
 Falsa
 Fallando
 Fe
 Fieles
 Fortalesa
 Frágil

Grave
 Guedes

Habilidades
 Humana

Ideal (Histórico)
 Ilógico
 Impacto
 Imposibilidad
 Imposible

LISTA DE PALABRAS CORTAS

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

Inadaptación
Inadecuado
Incapacidad
Incongruencia
Indivíduo
Ineficiente
Institución

Listada
Luz

Mágico
Mala
Mal Adaptativa
Máster
Manejo del
Módulo Interactivo
Medio
Mejorar
Método
Método
Método

Neurosis
Neurótico
Neurosis
No Afectada
No Cerebral
No Cerebral
No Cerebral
No Cerebral
No Cerebral (n)
No Cerebral
No Cerebral
No Cerebral
No Tiene

Organización

Paciente
Paciente

