

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL
EN FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
INSTITUCIONALIZADOS

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N :

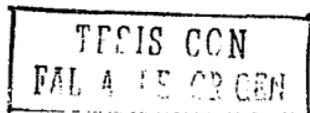
YURIRIA ALEJANDRA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Y
ANGÉLICA MARIANA SWEET CORDERO

DIRECTOR DE TESIS:
Mtra. Gracia Domingo Ibáñez.

Director de la Facultad de Psicología
Dr. Juan José Sánchez SoSa

México, D.F.

1993





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.

ÍNDICE

Página

INTRODUCCIÓN	I
I. DE LA CIENCIA AL SENTIDO COMÚN	2
II. REPRESENTACIÓN SOCIAL. TEORÍA Y MÉTODO	10
2.1 Antecedentes Históricos	11
2.2 El Fenómeno de las Representaciones Sociales	12
2.2.1 Definición y características	12
2.2.2 La Representación Social como Ambiente	14
2.3 Procesos y Funciones	16
2.3.1 Anclaje	16
2.3.2 Objetivación	18
2.4 Metodología	22
Conclusiones	23
III. ENFERMEDAD MENTAL	26
Introducción	27
3.1 Antecedentes Históricos	27
3.1.1 Antigüedad	27
3.1.2 Época Clásica (Siglo X A.C. - 450 D.C.)	29
3.1.3 Edad Media y Renacimiento	33
3.1.4 Siglos XVII y XVIII	36
3.1.5 Siglos XIX y XX	40
3.2 La Enfermedad Mental en México	43
3.2.1 Breves Antecedentes Históricos	43
a) Época Prehispánica	43
b) La Colonia	46
c) Siglos XIX y XX	49
d) Actualidad	50
3.3 Aproximaciones al Estudio de la Enfermedad Mental	54
3.4 Representación Social y Enfermedad Mental	59

IV. DESARROLLO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	63
4.1 Objetivos.....	65
4.1.1 Objetivo General	65
4.1.2 Objetivos Específicos	65
4.2 Problema de Investigación.....	65
4.3 Hipótesis.....	66
4.3.1 Hipótesis Conceptual	66
4.3.2 Hipótesis de Trabajo.....	66
4.4 Variables.....	66
4.4.1 Variable Dependiente	66
4.4.2 Variable Independiente.....	67
4.5 Tipo de Estudio.....	67
4.6 Muestra.....	67
4.7 Instrumentos.....	68
4.8 Trabajo Piloto	68
4.9 Definición de Categorías.....	69
V. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA	70
VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: ANÁLISIS CUALITATIVO	73
VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	78
VII. ALCANCES Y LIMITACIONES	91
BIBLIOGRAFÍA	94
ANEXOS	102

*" Lo que llamamos conocimiento
no es el producto de mentes individuales,
sino del intercambio social;
no es el fruto de la individualidad,
sino el de la interdependencia."*

(Gergen, K. 1989,p.169)

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En un hospital psiquiátrico donde existe una constante afluencia de familiares que buscan se les proporcione información respecto a lo que le ocurre a su paciente, resulta evidente la necesidad de establecer una comunicación eficaz entre el familiar y la institución.

La enfermedad mental, como fenómeno social, tiene una mayor repercusión en éste contexto, y es por ésto que pensamos que el conocer el tipo de representación que se tiene de ella entre los familiares con pacientes psiquiátricos institucionalizados permitirá por un lado a la institución adecuar el contenido y el tipo de información que proporciona y cumpla con esclarecer las dudas existentes en torno al fenómeno, y por el otro que los familiares logren una mayor comprensión de lo que ocurre con su paciente y puedan participar en el tratamiento.

En nuestro país existen pocos trabajos que se abocan a estudiar la representación social de diferentes grupos acerca de la enfermedad mental (Natera,G.; Casco, M.; González,L., 1985), (Natera,G. y Casco, M.,1984), (Natera,G.; Casco, M., 1986), (De la Cruz,U.; Gómez,M.; Suaste,G.,1990), y ninguna conocida o editada hasta el momento que se haya realizado directamente con familiares de pacientes psiquiátricos. Incluso, en la Facultad de Psicología, de la UNAM, no solo en el campo de la Representación Social de determinado fenómeno, sino en general, se han realizado pocas investigaciones con la familia.

En un estudio realizado en la misma facultad, en 1991, se encontró que, en cuanto al tipo de población con la que se realizaron las tesis profesionales, de 1969 a 1986, en esa escuela solo el 1% era la familia. "El que haya un número tan pequeño de estudios con familias, puede deberse a la dificultad de estudiar los grupos familiares; sin embargo creemos que deben hacerse más estudios de éste tipo." (Lucio, E. y Heredia,C.,1991,p.89). Este es un argumento más que justifica la presente investigación.

En la actualidad el campo de la representación social ha provisto una serie de conceptualizaciones en torno a la comprensión de los fenómenos sociales que intentan poner de manifiesto la interacción comunicativa entre los individuos. En este sentido, ésta teoría presta particular atención en los fenómenos cognoscitivos (nexo comunicativo que está alimentado por las formas de pensar de los individuos en la vida cotidiana, esto es como estructuran, viven y se organizan en torno al sentido común).

Esta forma de pensar poco estudiada por la "ciencia" psicológica (GERGEN 1985) es retomada por la orientación psicosociológica de la cual emana la teoría de las representaciones sociales; es precisamente aquí donde surge el foco de interés en la argumentación de la teoría.

La teoría de las representaciones sociales se fundamenta principalmente en el interés que tuvo Moscovici por comprender cómo la gente común y corriente, el ciudadano simple, estructura el conocimiento que proviene de la ciencia. Moscovici (1963) en su libro " El Psicoanálisis, su imagen y su público" fundamentó la necesidad de comprender las formas de pensar de los individuos en torno al psicoanálisis como teoría científica. En ese sentido buscó el nexo comunicativo entre el conocimiento reificado de la ciencia y el conocimiento socializado de la gente.

A partir de estas ideas, pensamos que el objetivo de esta tesis, esto es, el conocer la representación social de la enfermedad mental que tienen dos grupos de familiares de pacientes psiquiátricos institucionalizados, recupera o intenta recuperar la idea central de comprender cómo los individuos interiorizan el significado del mundo de la ciencia, le dan un significado y un sentido en relación con sus familiares enfermos.

La presente tesis tiene como principal objetivo comprender cómo los familiares de pacientes psiquiátricos institucionalizados estructuran, comprenden y significan la enfermedad mental en su vida diaria y en su relación con sus familiares enfermos, y cómo esto los determina a actuar y entender a sus familiares en concordancia con éstas imágenes que han construido.

Para alcanzar éste objetivo, realizamos una investigación cualitativa según los cánones de la teoría de la representación social, que intentó recuperar y comprender la forma en que en estas personas se estructura el significado de la enfermedad mental.

El primer capítulo habla de la importancia del sentido común. Enfatizando la importancia de recuperar ésta noción con el fin de comprender cómo la gente piensa. El segundo capítulo intenta desarrollar el marco teórico que sustenta la tesis, es decir la teoría de las representaciones sociales. El tercer capítulo desarrolla la conceptualización que históricamente se ha tenido de la enfermedad mental desde la antigüedad hasta nuestros días. El cuarto capítulo, describe el desarrollo metodológico de la investigación en la cual se trabajó con dos grupos: uno formado por familiares de pacientes psiquiátricos institucionalizados por primera vez, y otro formado por familiares de pacientes psiquiátricos con internamientos

múltiples.

En términos generales lo que se encontró es que hay una diferencia entre las representaciones sociales de ambos grupos en términos de que una está más ligada a una concepción social-ambiental mucho más vinculada al sentido común mientras que la otra después de entrar en contacto con la ciencia médica se encuentra en proceso de modificación.

Pensamos que este trabajo arroja cierta luz sobre la necesidad de estar atento a las formas de comunicación para conocer como piensa la gente y hablarle en su lenguaje, y por otra parte, la necesidad de acercarse más a esa imagen de los familiares para que comprendan lo ocurrido con su paciente y la importancia de su colaboración para que la rehabilitación y readaptación sea más efectiva.

Seis meses estuvo en la cama Tomás, en los cuales se secó y se puso, como suele decirse, en los huesos, y mostraba tener turbados todos los sentidos; y aunque le hicieron los remedios posibles, solo le sanaron la enfermedad del cuerpo, pero no la del entendimiento; porque quedó sano, y loco de la más extraña locura que entre las locuras se había visto. Imaginóse el desdichado que era todo hecho de vidrio y con ésta imaginación, cuando alguno se llegaba a él, daba terribles voces pidiendo y suplicando con palabras y razones concertadas que no se le acercasen, porque le quebrarían; que real y verdaderamente él no era como los otros hombres, que todo era de vidrio de pies a cabeza.

(Miguel de Cervantes , El Licenciado Vidriera)

CAPÍTULO I
DE LA CIENCIA AL SENTIDO COMÚN

CAPÍTULO I DE LA CIENCIA AL SENTIDO COMÚN

Todo el mundo da por hecho la existencia del individuo y de la sociedad: la presencia de la dualidad individuo sociedad, en donde el primero conforma y determina a la segunda y ésta a su vez resulta ser sólo un conglomerado del primer.

Hasta hace unas décadas, la psicología social abordaba el estudio de los fenómenos sociales desde tres diferentes perspectivas:

a) Desde el individuo: dándole mayor importancia a las características particulares de cada sujeto, considerándolo como parte constituyente de los grupos de la sociedad, y centrando el interés en las formas del comportamiento de los individuos en grupo.

b) Desde el ambiente: ocupándose en ésta perspectiva del planteamiento taxonómico de los estímulos del medio ambiente, mismos que, de acuerdo con ella, influyen y determinan el comportamiento de los grupos y de los individuos en grupo.

c) Desde los grupos: a partir de ésta perspectiva, lo social se define por lo numérico, y la manera en que el sujeto se relaciona con el medio, con el grupo, depende de la forma en que se relacionan los sujetos entre sí.

Sin embargo, después de un tiempo de crisis tanto de la psicología social como de la sociedad, aparece un replanteamiento de ésta disciplina:

" La crisis de la psicología social puede entenderse como la conciencia de un fracaso ante la realidad: la dejó de explicar y por lo tanto dejó de ser significativa para ella. La crisis más que un estado de azoro, es un movimiento de autocritica y replanteamiento."

(Fernández, CH. P., 1989, p.78)

Aparece entonces una nueva perspectiva que presenta otra forma de conocimiento: desde ella se supera la diferenciación entre el individuo y la sociedad (realidades cuya existencia es interdependiente), produciendo así una tercera realidad que correspondería al vínculo entre ellas: **la intersubjetividad.**

En ésta instancia se da la expresión, el intercambio y la interpretación de símbolos con significados compartidos por los miembros de la sociedad, quienes construyen con ellos su realidad social.

La intersubjetividad no se encuentra ni dentro ni fuera de los individuos, sino entre éstos, por tanto se presenta entre ellos y la sociedad.

De ésta manera, encontramos en ella un ámbito comunicativo, afectivo y comprensivo de sistemas de símbolos y significados que se intercambian, se recrean y representan la experiencia y los hechos socialmente compartidos.

La noción de intersubjetividad la podemos desglosar metodológicamente en sus componentes objetivo, subjetivo e intersubjetivo: lo objetivo corresponde a los símbolos que son objetos tangibles como una palabra, un gesto, un signo, que "pueden ser aprehendidos por todos los participantes de la interacción e incluso por observadores independientes" y que "son creación y propiedad social" (Fernández, CH.,P.1989,p.81). El elemento subjetivo está constituido por los significados que "representan a la experiencia o acontecimiento no presente o no tangible a que refieren los símbolos" (Fernández, CH.,P.1989,p.81). De ésta forma, un gesto significa tristeza, una palabra significa una sensación, una cosa significa un valor.

El tercer elemento, el intersubjetivo, es la comunicación: "la comunicación representa la confluencia en vivo, en acto, de símbolos y significados, representa la experiencia y los acontecimientos socialmente compartidos" (Fernández, CH.,P.1989,p.81). Es por medio de éste componente que los individuos interactúan y se conforman en la sociedad.

Considerando lo anterior podemos decir que "nada es social si no es instituido como tal en el mundo de significados comunes y propios de una colectividad de seres humanos, es decir, en el marco y por medio de la intersubjetividad" (Ibáñez, T.,1989,p.119).

Ésta nueva forma de conocimiento, éste replanteamiento hecho por la psicología social brinda elementos de conocimiento para comprender lo simbólico colectivo, rescatando así la subjetividad existente en todo fenómeno social.

Recordando un poco la historia, sabemos que fué Charles Sancers Pierce quien inició el estudio de lo simbólico proponiendo una versión triádica de las relaciones sociales. De sus planteamientos surgieron teorías de la comunicación simbólica, desarrolladas entre otros por su discípulo Josiah Royce, maestro a su vez de Mead. Éste último plantea un modelo terciario dentro de la psicología colectiva y desarrolla

"lo que puede denominarse una teoría social del símbolo" (Fernández, CH.,P. 1987,p.55).

Ahora en la segunda mitad del siglo XX encontramos un enfoque psicosocial que se ubica en el ámbito de la cultura, la comunicación simbólica y la intersubjetividad. Es Serge Moscovici (1972) quien lo propone, introduciendo la versión terciaria de la realidad en psicología social. Éste nuevo enfoque concibe a la interacción como una relación entre tres instancias, en un modelo tripolar

ALTER

EGO

OBJETO

en donde el EGO puede ser el individuo o un grupo que percibe y actúa sobre un OBJETO, mismo que puede ser otro individuo, otro grupo, una idea, una cosa, una situación, un afecto, etc. Quien da la posibilidad de interpretar la interacción entre EGO y OBJETO es el ALTER, ya que es ésta tercera instancia la que da sentido a dicha interacción y se compone "de todos los factores que están presentes y que determinan el tipo de relación que se establece entre EGO y OBJETO" (Fernández, CH.,P.1991,p.240). Puede ser una situación, un contexto, un espacio, universos simbólicos mediadores, etc., en suma, la intersubjetividad.

Éste modelo brinda la posibilidad de comprender la construcción social de la realidad a partir de la interacción de los tres elementos que conforman la estructura social, la cual, retomando el modelo anterior está conformada por:

Interpretación
ó
sentido

Símbolo
ó
Lenguaje

Significado
ó
Realidad

De tal modo la relación dinámica de éstos tres elementos da como resultado una realidad simbólica distinta de la realidad material. Ésta realidad simbólica se crea y recrea constantemente en la comunicación de los individuos que intercambian símbolos con significado e interiorizan la realidad del "otro", construyendo así la suya propia.

La psicología social, explorando el aspecto subjetivo de los sucesos de la realidad social y cuestionando la separación entre lo individual y lo colectivo, busca analizar y comprender los fenómenos que son al mismo tiempo psicológicos y sociales como "es el caso de los fenómenos de masas, del lenguaje, de la influencia, de signos en general, y de las representaciones sociales que se comparten en una sociedad" (Moscovici, S.,1985,p.19).

De ésta forma resulta ser la "ciencia de los fenómenos de la ideología (cogniciones y representaciones sociales) y de los fenómenos de comunicación" (ibidem), la ciencia que presenta una nueva forma de comprensión e interpretación de la realidad simbólica de los individuos, de lo que en ella ocurre, de cómo es construida a partir de elementos significativos y compartidos por los individuos entre sí.

La teoría de la representación social, de la que hablaremos más específicamente en el siguiente capítulo, es la que se ha planteado directamente las interrogantes acerca de cómo piensa la gente y cómo comprenden los individuos su mundo.

Ahora bien, si lo que interesa es comprender la forma en que los individuos utilizan la información que les transmiten diversos mundos simbólicos como la ciencia o la experiencia cotidiana para constituir su realidad social, es necesario entonces considerar dos cosas: la primera es que en la vida cotidiana de aquellos es donde se gesta ésta construcción:

" La vida cotidiana además de configurar un mundo comunicativo autónomo, es también el más amplio y difundido, al grado de aparecércelo al ciudadano promedio como la única realidad, la realidad sin más (...) junto a la cual otras realidades como el arte o la filosofía aparecen como meras aficiones, ficciones o trabajos sobreespecializados."

(Fernández, CH.,P.1989,p.83)

La segunda es que en ese ámbito comunicativo de la vida cotidiana se encuentra el sentido común, ese cuerpo de conocimientos reconocido por todos, es decir, el conocimiento espontáneo o ingenio que, de acuerdo con Moscovici (1988):

"...incluye las imágenes y los lazos mentales que son utilizados y hablados por todo el mundo cuando los individuos intentan resolver problemas familiares o prever su desenlace."

(Moscovici, S. 1988,p.682)

Estas dos consideraciones fundamentan la importancia del estudio del sentido común, ya que es ahí donde vamos a encontrar las representaciones sociales de los individuos. Sin embargo, el sentido común no sólo surge de los conocimientos de la experiencia cotidiana, también se encuentra permeado por la ciencia.

De ésta manera encontramos, en sociedades como la nuestra, dos modos de conocimiento o de adquisición de conocimientos uno normalizado que ha recibido nombres como lógico o pensamiento doméstico y otro no normalizado llamado mito o pensamiento salvaje (Lévy-Strauss, 1962; citado por Moscovici, S.,1988, p.681) ó pensamiento crítico y pensamiento automático (Moscovici, S. 1981; citado por Moscovici, S.,1988, p.681). El primero corresponde a aquel que busca la verdad, que establece criterios para corroborar o anular los razonamientos que postula, utiliza la lógica como regla y sus planteamientos son válidos para todos los individuos. Por otra parte, el pensamiento no normalizado es aquel que no tiene una formación particular, en él los individuos tratan de solucionar los problemas por sí mismos y sus reglas les parecen evidentes. Además, éste tipo de pensamiento se ve influenciado por las creencias anteriores y el lenguaje existente.

Podemos decir que cada tipo de pensamiento proviene de dos diferentes fuentes: el primero, de la ciencia; el segundo, de la vida cotidiana. Sin embargo, ambos se hallan mezclados en el sentido común. En muchas situaciones podemos dar cuenta de esto: cuando alguien enferma y se explica su padecimiento como resultado de "mal de ojo", y al mismo tiempo acude al médico para que "le dé medicina" para curarse; o bien, cuando una persona observa a otra hablando sola y dice " parece que le falta un tornillo", por citar un par de ejemplos. Razonamientos, imágenes ó palabras provenientes de la ciencia son retomados por los individuos en mayor o menor medida, en el momento de explicarse los acontecimientos de su vida diaria; pero no son utilizados con la misma lógica y orden que en la ciencia.

Los individuos "retienen su contenido, pero modifican su forma y sus reglas. Deben transformarlo en el juego del sentido común, con todo lo que éste presupone de pensamiento y lenguaje propios" (Moscovici, S., 1988, p.680).

El uso de la ciencia y la transformación de sus contenidos por los individuos no ocurre si éstos no han tenido contacto o conocimiento de la misma. El sentido común como conocimiento ingenuo, no corrompido por la educación o las reglas profesionales y cuya comunicación se establece por la vía oral (los rumores por ejemplo), viene a ser un conocimiento de primera mano.

Después, el sentido común se ve transformado por la ciencia, la cual ordena de acuerdo a su lógica, proponiendo hipótesis para llegar a generalizaciones válidas según sus propias reglas.

Posteriormente, éste conocimiento, producto de un largo trabajo de sistematización, regresa a los individuos por medio de la imprenta o la película, convirtiéndose en un pensamiento que se da a través de imágenes. Éste producto es retomado y transformado por los individuos derivando así un nuevo sentido común, caracterizado por la razón, al que podemos considerar un conocimiento de segunda mano.

Tal como lo plantea Moscovici (1988) tenemos que:

" Lo que se denomina sentido común aparece en dos formas. Primero, en tanto cuerpo de conocimientos producido de forma espontánea por los miembros de un grupo, basado en la tradición y el consenso. Siendo un conocimiento de primera mano, es en su terreno donde nace y prospera la ciencia. Segundo, en tanto que suma de imágenes mentales y de lazos de origen científico, consumidos y transformados para servir en la vida cotidiana. En éste sentido, el sentido común es penetrado por la razón y sometido a la autoridad legítima de la ciencia. Éste es un conocimiento de segunda mano que se extiende y establece constantemente un nuevo consenso acerca de cada descubrimiento y cada teoría."

(Moscovici, S., 1988, pp.685-686)

Para ejemplificar lo anterior, podemos suponer la situación de una familia en donde poco a poco se hicieron evidentes los síntomas de una enfermedad mental en uno de sus miembros. Dicha familia nunca había tenido contacto con la medicina psiquiátrica y la explicación que daban a aquellas actitudes y conductas "raras" se refería a una serie de creencias populares, como al hecho de que eran causadas por brujería o por el mal que alguien les quería ocasionar. En ese momento se manifiesta un conocimiento de primera mano.

Posteriormente al tener conocimiento de un hospital donde se atiende a personas con actitudes y conductas similares a las de su familiar, entran en contacto con la medicina psiquiátrica. Después de una serie de consultas con el médico, adquieren cierto conocimiento sobre las enfermedades mentales, sus causas y tratamiento farmacológico y empiezan a pensar que ese mal, al que ahora llaman enfermedad mental, pudo deberse a algún daño cerebral. Ésta nueva información agregada a la concepción ya existente forma un conocimiento de segunda mano.

El ejemplo anterior, aunque sencillo nos es útil para apoyar la idea que en es en el sentido común en donde encontramos las representaciones sociales y que su estudio es de gran importancia para entender en qué forma la sociedad vive, piensa y comprende los acontecimientos de su vida cotidiana, en suma, cómo realiza la construcción social de su realidad.

CAPITULO II
REPRESENTACION SOCIAL. TEORIA Y METODO

CAPITULO II REPRESENTACIÓN SOCIAL. TEORÍA Y MÉTODO.

La teoría de la representación social es una forma particular de enfocar la construcción social de la realidad. A través de ella se pueden comprender los fenómenos socialmente significativos considerando la elaboración subjetiva que hacemos de estos. Ibañez (1989), propone que " existen diversas realidades porque la propia realidad incorpora en sí misma y como parte constitutiva de si, una serie de características que provienen de la actividad desarrollada por los individuos en el proceso que les lleva a formar su propia visión de la realidad". La forma en que se elaboran éstas realidades da lugar al estudio de las representaciones sociales.

A continuación presentaremos un breve panorama de la historia del estudio de las representaciones sociales, tratando de brindar una definición y una descripción de los procesos que la forman, sus funciones y su metodología.

2.1 Antecedentes Históricos

Los orígenes de la teoría de las representaciones sociales se pueden encontrar en los estudios realizados por Wundt en su laboratorio de Leipzig, fundado en 1879 donde, utilizando el método de la introspección analizaba los contenidos de la conciencia de los sujetos. Wundt pensaba que la ciencia experimental que había creado era limitada ya que consideraba que había ciertos fenómenos importantes que no podían ser estudiados con su metodología, tales como el lenguaje, los mitos, la religión, entre otros.

Partiendo de ésta idea es que Wundt escribe su obra " Völkerpsychologie " en la que trabaja con el concepto de la mente en sociedad, planteando la necesidad de abordar el fenómeno con métodos no experimentales, ya que como plantea Farr (1984), " todos ellos eran productos culturales que estaban fuera del conocimiento consciente de los individuos". Debido a esto, Wundt sintió necesario tratar la psicología social como algo separado de su ciencia experimental, planteando la separación entre una psicología de la mente individual y una psicología de la mente colectiva, aun cuando éstas estuviesen relacionadas.

Aunque fueron muchos los científicos sociales influidos por la obra de Wundt, (Malinowski, Freud, Mead, Thomas, etc.), es el sociólogo francés Emile Durkheim (1858-1917) quien replantea la separación de una psicología individual y otra colectiva en donde, de acuerdo con su postura, la primera correspondería a la psicología y la segunda a la sociología.

Como queda explicitado en su obra "Représentations Individuelles et Représentations Collectives" (1989), escrito en el que reafirma la independencia de la sociología con respecto a la psicología, diciendo que a la primera corresponde el estudio de las representaciones colectivas y a la segunda el estudio de las representaciones individuales.

" Durkheim acuñó el término de representaciones colectivas para designar de ésta forma el fenómeno social a partir del cual se construyen las diversas representaciones individuales."

(Ibáñez, T. 1989,p.29)

De ésta manera, Durkheim planteaba que las representaciones colectivas eran elaboraciones mentales colectivas que eran parte de la cultura de la sociedad en la que vive el individuo, que trascienden al mismo, y que son la base a partir de la cual el sujeto crea sus representaciones individuales, particularizadas y adaptadas a sus características. Con base en esto, la sociología veía las representaciones colectivas como un mecanismo que explicaba un cierto fenómeno sin considerar su dinámica.

Es hasta 1961, cuando Serge Moscovici rescata la noción de representaciones colectivas de Durkheim, denominándolas representaciones sociales, haciendo énfasis en la importancia de estudiar la estructura y la dinámica de las mismas.

2.2. El Fenómeno de las Representaciones Sociales

2.2.1 Definición y Características

Para llegar a la definición de lo que es una representación social, nos parece

importante hacer mención de un punto al que se refiere Moscovici en su libro " El Psicoanálisis: su imagen y su público " (1961) "... si bien es fácil captar la realidad de las representaciones sociales, no es nada fácil captar el concepto" pues es necesario tomar en cuenta que éste es un concepto híbrido que encuentra sus raíces en la sociología y en la psicología, siendo así un fenómeno psicossociológico. Por otra parte, el concepto atañe a varios fenómenos y procesos más que a objetos particularmente bien definidos, lo cual dificulta su comprensión. Tomando en cuenta lo anterior, procederemos a definir el concepto de representación social.

El acto de representar se refiere al hecho de hacer presente en la mente algo, sustituir a, o estar en lugar de, ya sea de un objeto, una persona, un acontecimiento, una idea, etc. Según Kaes (1980), " es la reproducción de un percepción anterior, de un residuo mnémico de aquellas partes del objeto que se inscribe en los sistemas mnémicos". (Citado por Domingo, G. 1991, p.14).

Podemos decir de ésta manera que la representación está emparentada con el símbolo y el signo, ya que remite a otra cosa, y con el significado ya que no solamente restituye lo ausente, sino que puede sustituir lo que está presente, "siempre significa algo para alguien (para uno mismo o para otra persona) y hace que aparezca algo de quien la formula" (Jodelet, D.1984,p.476).

Las representaciones sociales son sistemas cognitivos con una lógica y un lenguaje propio; no representan "opiniones acerca", "imágenes de" o "actitudes hacia", sino que son "teorías o ramas de conocimiento" para el descubrimiento y organización de la realidad.

En este sentido, " las representaciones sociales tienen una estructura y dinámica propias que llevan a estas a adquirir el valor de fenómeno y no de un mero concepto" (Moscovici, 1984). En otras palabras, las representaciones sociales se refieren al conocimiento espontáneo o ingenuo que se ha denominado conocimiento del sentido común. Se trata de un conocimiento práctico que participa en la construcción social de nuestra realidad.

Este conocimiento se constituye a partir de las experiencias de los individuos y de la información y conocimientos que recibe del medio en el que se desenvuelve, de tal forma que resulta ser un conocimiento socialmente elaborado y compartido.

A partir de este conocimiento, el individuo se explica el universo en el que vive, los fenómenos que en él ocurren, los sucesos de su vida cotidiana. Enfrenta y construye situaciones novedosas como podrían ser aquellas que emanan del conocimiento científico.

Para que una representación social sea considerada como tal, es necesario que tenga ciertas características:

En primer lugar, una representación social debe ser estructurada, puesto que engloba diversos componentes de manera sistematizada, lo cual nos indica que no tiene por qué existir una representación social para cada objeto en el que podamos pensar.

" Puede que un determinado objeto tan solo de lugar a una serie de opiniones y de imágenes inconexas. Esto nos indica también que no todos los grupos o categorías sociales tienen que participar de una representación social que les sea propia".
(Ibañez, T. 1989, p.34)

Por otra parte, Moscovici (1976) señala la dimensión irreductible de las representaciones sociales: "... constituyen una organización psicológica, una forma de conocimiento que es específica de nuestra sociedad y que no es reductible a ninguna otra forma de conocimiento". (citado por Ibañez, T. 1989, p.35) .Así se marca la diferencia entre las representaciones sociales y otras formas de pensamiento social.

Otra característica es que las representaciones sociales son estructuras significantes que emanan de la sociedad y nos informan por lo tanto sobre las características de la misma, es decir, son productos socioculturales.

Por último, se dice que una representación social es a la vez pensamiento constituido y pensamiento constituyente. Es pensamiento constituido en tanto que se transforman en productos a partir de los cuales se construye la realidad, y es pensamiento constituyente debido a que la representación social constituye en gran medida lo que representa, no solo refleja la realidad sino que interviene en su elaboración. " No se trata de un simple proceso de reproducción, sino de un auténtico mecanismo de construcción" (Ibañez, T. 1989 P.37).

2.2.2 La Representación Social Como Ambiente.

"La teoría de las representaciones sociales constituye tan sólo una manera particular de enfocar la construcción social de la realidad" (Ibañez, T. 1989, p.25). Podemos decir que el individuo construye su realidad social a partir de las

representaciones sociales existentes en su medio.

Así, podemos decir también que la realidad como tal no existe, sino que es el resultado de nuestra actividad de construcción subjetiva de la misma. La forma en que conceptualizamos esta realidad es lo que constituye una representación social. Estas realidades subjetivas compartidas nos dan la posibilidad de considerar la representación social como un ambiente.

La representación social presenta dos características que la hacen ver como un ambiente:

- su naturaleza convencionalizadora;
- su naturaleza prescriptiva.

Cuando hablamos de su naturaleza convencionalizadora, nos referimos a la forma en la cual las representaciones sociales dan lugar a categorizaciones y al establecimiento de modelos en los que ubicamos a las personas, los objetos, las situaciones, etc.

Estas categorías y modelos son compartidos por un grupo de personas a quienes dichas convenciones les dan la posibilidad de añadirles cada experiencia nueva, definirla y distinguir los mensajes significativos de aquellos que no lo son para construir y resignificar su realidad. Es en este sentido en el que podemos afirmar que todos estamos influidos por las representaciones sociales que nos preceden.

" Pensamos por medio de un lenguaje; organizamos nuestros pensamientos de acuerdo con un sistema que es a la vez condicionado por nuestras representaciones y nuestra cultura."

(Moscovici, S., 1984, p.8)

De tal modo, estamos influidos por estas convenciones, sin que nos demos cuenta necesariamente; y aunque esto sucediera, lo que no podemos hacer, como lo plantea Moscovici (1971), es estar libres de toda convención.

Cuando hablamos de la naturaleza prescriptiva de las representaciones sociales que son una combinación de la propia estructura social que nos precede y de la tradición que marca lo que se debe pensar, nos referimos a que éstas se nos imponen con una fuerza irresistible.

Podríamos ilustrar este punto tomando como ejemplo a aquella persona que camina por la calle hablando sola, gesticulando, en malas de condiciones de higiene, a la cual sin más análisis se le considera como extraño, desubicado, drogadicto o enfermo mental.

Como podemos ver, ésta respuesta no necesariamente es el resultado de un razonamiento abstracto, sino de la fuerza con que las representaciones sociales se nos imponen.

2.3 Procesos y Funciones.

Hasta ahora hemos presentado una definición de la representación social y corresponde a éste apartado hablar de su estructura y dinámica interna.

No es fácil hacer que aquellas palabras, ideas o eventos que nos parecen extraños, se conviertan en familiares. Para lograr otorgarles ésta familiaridad es necesario echar a andar dos mecanismos: el anclaje y la objetivación.

"El primero busca anclar las ideas extrañas, reducir las a imágenes y categorías comunes y colocar las en un contexto familiar. El propósito del segundo mecanismo es el de objetivizarlas, es decir, convertir algo abstracto en algo concreto, transformar aquello que está en la mente, en algo existente en el mundo físico."

(Moscovici, S., 1984)

2.3.1 Anclaje

Este proceso se refiere al procedimiento mediante el cual hacemos que algo extraño, que nos intriga, se vuelva algo familiar y reconocible, ubicándolo dentro de nuestro sistema particular de categorías, al compararlo con el paradigma de la categoría al que creemos que corresponde. Es decir, que lo clasificamos y le damos un nombre para darle existencia.

" En realidad, el proceso de anclaje permite a lo desconocido normalizarlo y

construirlo según una convención preestablecida " (Moscovici, 1971 citado por Domingo, G. 1985,p.50). Al clasificar y darle nombre a eso desconocido, le asignamos un valor, sea positivo o negativo, que ubica a lo representado en una categoría dentro de una jerarquía de valores. Además, "al clasificar el objeto de representación, le atribuimos un conjunto conductas y de reglas características a esa clase". (Domingo,G. 1985,pp.50-51). El clasificar y nombrar a los objetos no solo sirve para etiquetarlos, sino que nos permite interpretar sus características, comprender sus intenciones y motivos, es decir, formarnos una opinión. De ésta manera, las representaciones preexistentes son modificables y las nuevas son sujetas a una modificación mayor con base en las anteriores, de manera que adquieren una existencia diferente.

Para esclarecer un poco más lo anterior regresamos al ejemplo del hombre al que hemos clasificado como desubicado o enfermo mental. Imaginemos que nunca hemos topado con una persona con éstas características. Tal vez dentro de nuestras categorías preexistentes esté la de ubicar a estas personas como "agresivas", "contagiosas", u "olvidados de la mano de Dios", por ejemplo. Así podremos pensar que deberíamos rezar por él, alejarnos o protegerlos.

Al clasificarlo le hemos otorgado un valor; podemos repudiarlo o sentir compasión por él. Podemos también darnos cuenta que de que este tipo de sujetos no solamente pueblan el universo de las películas, las telenovelas o los hospitales psiquiátricos, sino que pueden formar parte de nuestro entorno inmediato, modificando así la representación preexistente.

Una vez establecida la categorización del objeto o concepto extraño, el anclaje puede tomar dos sentidos:

- la generalización
- la individualización

En la generalización, se reduce la distancia entre el objeto y nosotros, se considera algún rasgo del objeto extraño como inmerso en la categoría del prototipo existente " teniendo los mismos rasgos, los mismos comportamientos y respondiendo a las mismas motivaciones que los miembros de ésta categoría" (Moscovici,S. 1979 citado por Domingo,G. 1985,p.51). Cuando la categoría es positiva manifestamos aceptación, cuando es negativa, rechazo.

Por el contrario, en la individualización se aumenta la distancia, considerándolo como categoría divergente al prototipo y al mismo tiempo intentando detectar ese

rasgo, motivación o actitud que lo distingue.

La tendencia a clasificar por medio de la generalización o la individualización refleja una actitud hacia el objeto, un deseo de definirlo como normal o aberrante.

Es importante señalar que es imposible clasificar algo sin nombrarlo. Al nombrar algo lo sacamos de un contexto anónimo que nos molesta, para localizarlo en la matriz de identidad de nuestra cultura. Esto es importante ya que aquello que permanece innombrable no puede convertirse en una imagen comunicable ni puede ser ligado con imágenes preestablecidas, aún y cuando lo podamos clasificar como normal o anormal. El nombrar algo nos permite también representarlo. La asignación de un nombre a algo o a alguien puede ser arbitraria, sin embargo con el consenso, puede devenir usual y hasta necesaria.

De acuerdo con Moscovici (1984), son tres las consecuencias de otorgarle un nombre a las cosas:

- 1.- Una vez que se nombran las cosas o las personas pueden ser descritas, y adquirir determinadas características, tendencias, etc, etc.
- 2.- Pueden diferenciarse de otras por medio de esas características y tendencias.
- 3.- La cosa o persona se vuelve objeto de una convención entre aquellas que adoptan y comparten la misma convención".(Moscovici, 1984).

De esta manera, en lo que respecta al anclaje, Moscovici (1984) plantea que la teoría de las representaciones sociales, tiene dos consecuencias:

Primero, que excluye la idea de pensamiento o percepción sin anclaje, y segundo que 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 motivaciones en las acciones de la gente; de hecho, formar opiniones.

2.3.2 Objetivación.

Este segundo proceso consiste en reproducir un concepto en una imagen, en la materialización del anclaje realizado del objeto extraño.

" En éste proceso, la intervención de lo social se

traduce en el agenciamiento y la forma de los conocimientos relativos al objeto de una representación, articulándose con una característica del pensamiento social, la propiedad de hacer concreto lo abstracto, de materializar la palabra. De ésta forma, la objetivación puede definirse como una operación formadora de imagen y estructurante". (Jodelet, D. 1984, p.481).

El poner en imágenes las nociones abstractas da una forma material a las ideas y hace corresponder cosas con palabras.

"Objetivar es reabsorber un exceso de significación materializándola formando así cierta distancia a su respecto. También es trasplantar al plano de la observación lo que sólo era interferencia ó símbolo".

(Moscovici, 1961; citado por Domingo, G. 1985, p.52)

La consecuencia más importante de la objetivación es la formación de un núcleo figurativo que constituye la parte más sólida de la representación y ejerce una función organizadora para el conjunto de la misma. Proviene de la transformación de los diversos contenidos conceptuales relacionados con el objeto, en imágenes que permiten que las personas se forjen una visión menos abstracta del objeto representado. "Las ideas abstractas se convierten así en formas icónicas" (Ibañez, T. 1989,p48).

El pensamiento social tiende a transformar lo que es abstracto en elementos concretos. Así por ejemplo, cuando una persona intenta explicar el fenómeno de la enfermedad mental, puede recurrir o hacer alusión a imágenes tales como "máquinas descompuestas", "le hace falta un tornillo", etc.

La objetivación presenta tres fases (Ibañez, T. 1989, pp.48-49):

- La construcción selectiva
- La esquematización estructurante

- La naturalización

a) La construcción selectiva.- es el proceso mediante el cual los distintos grupos sociales y los individuos que los integran se arropian de una forma que es específica de cada uno de ellos, las informaciones, y los saberes de un objeto determinado. Se retienen ciertos elementos de la información y se rechazan otros. Los elementos que se apropian se transforman para encajar en las estructuras de pensamiento preexistentes en el sujeto.

b) La esquematización estructurante.- los elementos de información, seleccionados y adaptados, se organizan para proporcionar una imagen, cuyo resultado es el esquema figurativo que repercute sobre el conjunto de la representación dándole un significado global. "De ésta forma, los conceptos (...) se constituyen en un conjunto gráfico y coherente que permite comprenderlos de forma individual y en sus relaciones" (Jodelot, D. 1984, p.482).

c) La naturalización.- en éste proceso, el esquema figurativo pasa a formar parte del individuo y se sitúa como un componente más de la realidad objetiva. " Así, el esquema figurativo pasa a ser la expresión directa de una realidad que se le corresponde perfectamente y de la que no parece constituir sino un reflejo fiel" (Ibañez, T. 1989,p.49). De ésta manera, podemos por ejemplo, pensar y dar por hecho que el cerebro no es más que una serie de conexiones eléctricas.

2.3.3 La Formación de las Representaciones Sociales y sus Funciones.

La formación de las representaciones sociales se da apartir de una serie de elementos incluidos en nuestro entorno social. Podríamos hablar de un fondo cultural común que se vive y se transmite en toda la sociedad; como un conjunto de creencias, valores y referencias culturales e históricas, compartidas que forman la memoria colectiva y la identidad de una sociedad. Este fondo cultural común proporciona las categorías básicas a partir de las cuales se contruyen las representaciones sociales.

" En su plano más general, las fuentes de determinación de las representaciones sociales se encuentran en el conjunto de condiciones económicas, sociales, históricas que caracterizan a una sociedad determinada en el sistema de creencias y valores que circulan en su seno. "

(Ibañez, T. 1989, p.40)

Los procesos de la dinámica interna de las representaciones sociales, como son la objetivación y el anclaje, mencionados anteriormente, también constituyen una fuente de determinación de las representaciones sociales.

Por último, las representaciones sociales se forman a partir de un conjunto de prácticas sociales que se relacionan con las diversas modalidades de comunicación social.

" Es en efecto, en los procesos de comunicación social donde se origina principalmente la construcción de las representaciones sociales."

(Ibáñez, T., 1989, p.41)

Nos referimos aquí tanto a los medios de comunicación de masas como a la comunicación interpersonal y más específicamente a las conversaciones en las que una persona participa en su vida cotidiana "... en estas conversaciones no solamente afloran representaciones sociales sino que en ellas se constituyen literalmente las representaciones sociales" (Ibáñez, T. 1989, p.42).

El estudio de los procesos a partir de los cuales se construyen las representaciones sociales nos posibilita entender su significado y comprender en qué medida dichas representaciones son sociales.

Podemos decir que lo son porque dan lugar a una visión compartida de la realidad y un marco de referencia común y significativo para todos los miembros de la sociedad. Otra razón para afirmarlo es que son compartidas por conjuntos más o menos amplios de personas, es decir, que son colectivas, sin que este hecho reduzca el fenómeno de lo social a la numerosidad.

Por último, son sociales porque desempeñan un papel importante en la conformación de la identidad de los grupos sociales.

Se puede ver pues, que las representaciones son sociales tanto por la naturaleza de sus condiciones de producción, por su dinámica interna y por los efectos que producen o engendran.

Para finalizar este apartado, podemos decir que las representaciones sociales tienen un papel preponderante en la comunicación social ya que es con base en éstas que se pueden dar los intercambios verbales y simbólicos de la vida cotidiana. Otra función de las representaciones sociales, ya expuesta, es la integración de la novedad en el pensamiento social: hacer familiar lo extraño.

En éste sentido, "la función de las representaciones sociales es especialmente relevante en la transformación de los nuevos conocimientos científicos en saberes del sentido común" (Ibañez, T. 1989, p.54).

Las representaciones actúan como teorías del sentido común que permiten describir, clasificar, explicar y comprender los fenómenos de la vida cotidiana.

En este sentido también tienen otra función importante: la conformación de las identidades personales y sociales.

De igual manera constituyen generadores de tomas de posición, orientan la postura que tome una persona ante un objeto representado y la manera en la cual se comportará respecto a este objeto.

Por último, se puede mencionar que las representaciones sociales propician que las personas acepten la realidad social instituida, "... suscitan las conductas apropiadas a la reproducción de las relaciones sociales establecidas por las exigencias del sistema social" (Ibañez, T. 1989, p.55).

2.4 Metodología

Se han realizado diversos estudios con base en la teoría de las representaciones sociales. Los más significativos para el caso que nos ocupa son aquellos relacionados con los conceptos de salud y enfermedad (Herzlich, Claudine, 1969, 1973), del cuerpo humano (Jodelet, D.1983) y de manera más específica, los estudios realizados sobre la representación social de la enfermedad mental (Jodelet, D.1984; Natera, G., Casco, M. 1985 y 1986).

La forma de aproximación al estudio de las representaciones sociales ha tenido distintas variaciones a través del tiempo.

De acuerdo con Herzlich (1975):

" Los primeros estudios fueron antes que nada descriptivos. A partir de un material de encuesta se trataba de analizar, sobre un ejemplo concreto,

el tipo de organización psicológica que constituye una representación social, de distinguir los principales mecanismos. Pero hacía falta también, en el plano teórico, precisar el sentido del concepto, definir las posibilidades de su empleo, descubrir sus lagunas y los progresos a cumplir. Hoy el conceptode representación social penetra en la experimentación: es entonces su función en la elaboración de los comportamientos lo que es objeto de investigación".

(Herzlich, C.,1975p.396)

Hoy en día son dos los principales procedimientos que se emplean para estudiar el contenido de una representación social: las técnicas del análisis de contenido y el análisis de correspondencias.

El análisis de contenido consiste en recopilar un material discursivo que puede producirse de manera espontánea o por medio de la inducción a través de cuestionarios más o menos estructurados.

Una vez recopilada la información se somete a las técnicas del análisis de contenido que proporcionan indicadores con los cuales se puede reconstruir la representación.

El análisis de correspondencias, que también se hace sobre el material discursivo, es un análisis multidimensional de tipo factorial que brinda una descripción detallada de las variables que componen cada factor. Este análisis otorga un papel simétrico a las variables por una parte y a los individuos por otra, lo cual permite establecer una tipología de las personas en función de sus respuestas.

CONCLUSIONES

En este capítulo hemos presentado una descripción de la teoría de las representaciones sociales, donde se puede destacar que éstas son construcciones de la realidad socialmente significativas y compartidas por todos los miembros de una

sociedad, siendo a la vez producto y proceso de la construcción subjetiva de la misma.

Las representaciones sociales se refieren al conocimiento espontáneo o ingenuo que se ha denominado conocimiento del sentido común; se trata de un pensamiento práctico que participa en la construcción social de nuestra realidad. Poseen características tales como que son estructuradas, irreductibles y son productos socioculturales. Estas se pueden considerar como un ambiente en cuanto a una forma específica de entender la realidad y de comunicar lo que ya sabemos. La dinámica interna de las representaciones sociales se encuentra constituida por los procesos de objetivación y anclaje, que fueron explicados en este capítulo.

Las representaciones sociales se forman a partir de una serie de elementos tales como el fondo cultural común de una sociedad, los procesos de la dinámica interna de la misma y de las diversas modalidades de las prácticas de comunicación social.

Respecto a la metodología de las representaciones sociales podemos afirmar que son dos las principales formas de acceder a su conocimiento: el análisis de contenido y el análisis de correspondencias.

Por último, considerando que las representaciones sociales hacen posible que el conocimiento científico sea elaborado y transformado en un conocimiento del sentido común, y que permiten a las personas comprender un fenómeno y adaptarlo a su propio marco referencial, es que nos parece que la teoría de las representaciones sociales resulta adecuada para abordar el fenómeno de la enfermedad mental y para conocer específicamente la representación social de la enfermedad mental que tienen los familiares de pacientes con padecimientos mentales, institucionalizados.

CAPÍTULO III

ENFERMEDAD MENTAL

- Vincent, Vincent, ¿cuántas veces te he dicho que un pintor no debe tener teorías?

- Fíjate en ese viñedo, Gauguin -prosiguió su amigo- parece como si las uvas quisieran estallar bajo la presión de su jugo. Mira ésta garganta, quiero hacer sentir todos los millones de toneladas de agua que han pasado por ella. Cuando pinto el retrato de un hombre quiero que se refleje en él toda su vida, todo lo que ha visto, luchado y sufrido.

- ¿A dónde diablos quieres llegar?

-A ésto, Gauguin: Los campos en que crece el trigo, el agua que corre torrentosa por las gargantas, el jugo de la fruta y la vida que se desliza del hombre son todos la misma cosa. La única unidad en la vida es la unidad de ritmo. Un ritmo al son del cual todos bailamos, hombres, manzanas, agua, campos, casas, caballos y sol. La materia de que estás hecho, Gauguin, es la misma que forma a la uva, pues tú y la uva no son más que uno. Cuando pinto a un labrador en su campo, quiero hacer sentir la unidad que existe entre el uno y el otro. Quiero que se sienta el sol que vivifica al campesino, a su campo, al trigo y a los caballos por igual. Recién cuando sientas ese ritmo universal en medio del cual se mueve todo el mundo, recién entonces comenzarás a comprender la vida. Eso es Dios.

-Maestro tienes razón -exclamó Gauguin alegremente.

(...)El trabajo continuo, las eternas reyertas, la falta de sueño y de alimento y el exceso de ajeno y tabaco lo había conducido a un paroxismo de excitación rayano a la locura.

Un día que se hallaba pintando una naturaleza muerta, Gauguin aprovechó para hacerle el retrato. Cuando Vincent vio la tela recién terminada de su amigo le dijo:

-No cabe duda que soy yo... Pero soy yo loco.

(Anhelos de Vivir, Stone, Irving, 1957, pp.350-354)

CAPÍTULO III ENFERMEDAD MENTAL

INTRODUCCIÓN

La concepción de la enfermedad mental ha tenido diversos e importantes cambios a lo largo de la historia. La figura del "loco" ha jugado siempre un papel determinado en la sociedad. Considerado como manifestación de la ira de una deidad, poseído, enviado por Dios, alienado, anormal o finalmente enfermo mental, se ha hecho presente en la vida cotidiana. Un gran número de representaciones populares de la locura aparecen en las producciones culturales a lo largo de la historia de la humanidad, manifestándose a través de opiniones, actitudes e incluso de las instituciones creadas alrededor de la figura de el "loco".

La enorme cantidad de información a través de los medios de comunicación, los avances tecnológicos y científicos y sobre todo su difusión han generado, incluso acelerado las transformaciones que han experimentado las creencias generales acerca de la locura. Así, actualmente encontramos en nuestra sociedad una mezcla de concepciones antiguas y recientes, producto de la experiencia cotidiana e influenciadas por el conocimiento científico al que se tiene acceso, en el discurso popular que hace referencia a la enfermedad mental.

Esta sabiduría compartida y el sentido que crea a un determinado grupo social es el trabajo que ocupa esta tesis. Por eso es necesario hacer una breve revisión histórica y un planteamiento de la situación actual de la enfermedad mental en nuestra sociedad.

3.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

3.1.1 Antigüedad.

Tomando como punto de partida el hecho de que al abordar el fenómeno de la enfermedad mental es necesario considerar los factores sociales que lo determinan, podemos pensar que la figura de el "loco" existía ya en las más antiguas sociedades.

Se tiene conocimiento de que en las culturas de la antigua Palestina y las zonas adyacentes existían ciertos tipos de comportamiento considerados manifestaciones de trastorno mental. En pasajes del Antiguo Testamento, por ejemplo, se muestra claramente que los trastornos mentales se presentaban y eran reconocidos como tales entre los antiguos hebreos y los pueblos vecinos. Dicha información permite identificar ciertas formas de psicopatología, las ideas respecto de sus causas y la manera como la comunidad consideraba y trataba a los que las sufrían.

Algunas de las conductas que describen a los enfermos mentales se describían como explosiones emocionales y se asociaban a impulsos incontrolables, además de estados de depresión y miedo, ansiedad e irritabilidad excesiva.

De acuerdo con los testimonios escritos de estas culturas, las ideas que prevalecían respecto de las causas de la enfermedad mental estaban basadas en la creencia de que eran causadas por una fuerza sobrenatural o por la ira de una deidad como castigo del pecado:

"Si no obedeces la voz de Yavé, tu Dios, guardan
do todos sus mandamientos y todas sus leyes...
Yavé te herirá de locura, de ceguera y de delirio"
(Deuteronomio 28: 15, 28)

Entre los antiguos israelitas, un criterio objetivo para definir la enfermedad mental era la manifestación de una conducta impulsiva, desordenada e irracional. Las personas que presentaban conductas de ese tipo eran rechazadas, repudiadas y despreciadas por haber desobedecido la voluntad de Dios, causa por la que se encontraban en dicho estado.

Al igual que otros pueblos de la antigüedad, los israelitas consideraban la enfermedad mental como un asunto privado, "excepto en los casos en que estaban implicados la seguridad pública y algún problema legal" (Rosen, G. 1974, p. 85).

Los locos no violentos, de familias de clase baja, andaban sueltos vagando por las calles. No era raro que los siguieran los niños o los vagabundos, que se mofaban de ellos, los ridiculizaban e insultaban o les arrojaban piedras. Se sabe que los enfermos mentales de familias acomodadas podían ser cuidados por un servidor personal o recluidos en el hogar.

Pero cuando había peligro de que un enfermo mental pudiera hacerse daño, o herir a los demás, no sólo se le encerraba, "sino que se lo controlaba. Un individuo así podía ser atado o puesto en el cepo..." (Rosen, G., 1974, p. 86).

La ley, también consideraba al enfermo mental en casos de difamación, agresión o insulto. "Un perturbado mental que causara lesiones corporales a otra persona no podía ser imputado legalmente responsable". (ibidem)

El Talmud (en Babylonische Talmud, Neu Ubertragen durch Lazarus Goldschmidt, Siebenter Band, 1933, citado por Rosen, G. 1974, p. 87) relata que ciertos maestros talmúdicos establecían principios generales tratando de definir el trastorno mental. Decían que había que juzgar la conducta de los dementes con arreglo a la de la mayoría de las personas a las que la comunidad consideraba normales.

En el Talmud se habla poco del tratamiento de la enfermedad mental, pero sí se hace referencia frecuente a los médicos y curanderos.

En cambio, por el Antiguo Testamento sabemos que la música ocupaba un lugar importante en el tratamiento de dicha afección, como lo demuestra el consejo terapéutico que dieron los médicos al rey Saúl cuando se manifestó su enfermedad por primera vez:

" El tratamiento de la enfermedad causada por espíritus intrusos es muy simple en su esencia: se trata de suprimir o amortiguar la causa. Se pueden usar varios medios para este fin, entre ellos el poder mágico de la música."

(Rosen, G. 1974 p.51)

Es claro que algunos sujetos eran considerados trastornados mentales en el antiguo Israel y entre los judíos del período talmúdico, las actitudes que la comunidad tenía respecto de ellos estaban relacionadas con la creencia de que la causa principal de su padecimiento era el castigo divino.

3.1.2 Epoca Clásica (siglo X a.C - 450 d.C)

En este apartado consideraremos principalmente a las dos culturas más representativas de esta etapa de la historia: Grecia y Roma.

De acuerdo con Rosen (1974) a partir de Homero, los escritores griegos ejemplificaron en sus obras una gran variedad de comportamientos que incluían

algunos lo suficientemente raros como para poder ser considerados como anormales y merecedores de una explicación especial.

En algunos pasajes de la *Iliada* (por ejemplo 19.86 ss.) se hace referencia a un comportamiento imprudente o inexplicable que se atribuye a la ate que es " un estado de anublamiento o perplejidad momentáneo de la conciencia normal ... una locura parcial o pasajera que se atribuye no a causas fisiológicas o psicológicas, sino a un agente externo y demoníaco" (Dodds, E.R 1981 p. 19)

Herodoto en sus escritos (*The History of Herodotus*, traducción inglesa de George Bawlinson, 2 vols. Londres 1924; citado por Rosen, G. 1974, p.94) refiere la locura del rey persa Cambises, en donde se pueden observar conductas irracionales, impulsivas y agresivas. En esos mismos escritos se encuentra la afirmación de que el rey de Persia fue castigado con la locura por los crímenes que cometió.

Como podemos ver, se atribuía la causa de la enfermedad mental a un castigo divino, a la fuerza sobrenatural venida de una deidad. Sin embargo, había quienes afirmaban que el padecimiento del rey era "consecuencia de una grave enfermedad que padecía desde su nacimiento" (*ibidem*).

Entre los griegos y los romanos se aceptaban dos posibles causas o explicaciones del fenómeno de la enfermedad mental: una que la atribuía a la intervención divina o sobrenatural, y otra que la atribuía a causas naturales que alteraban la actividad psíquica. Estas representan respectivamente la actitud popular y la médica.

La medicina griega, al igual que la romana rechazó la explicación sobrenatural del desorden mental para contemplarla esencialmente en términos fisiológicos. " La anomalía mental se consideraba una enfermedad, o el síntoma de una enfermedad, causada del mismo modo que una dolencia corporal" (*ibidem*). Esta opinión se basaba en la teoría humoral que explicaba a la enfermedad en general.

Dicha teoría planteaba que el cuerpo se compone de cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla, y bilis negra que eran producidos por procesos fisiológicos en varias partes del cuerpo. Además, cada humor tenía una cualidad básica: calor, frío, sequedad, y humedad. Según esta doctrina, la enfermedad se originaba cuando por algún factor interno o externo se presentaba un exceso de las cualidades básicas, lo cual producía efectos perjudiciales. Se decía que "la abundancia de bilis negra bajo ciertas condiciones era una causa particularmente poderosa de diversas formas de enfermedad mental y en especial de la llamada melancolía" (*ibidem*).

Otra forma de abordar el fenómeno de la enfermedad, que se dió entre los griegos, fue la que partió de la contribución de Hipócrates (430-355 a. de C.) quien sostuvo que "la epilepsia era una enfermedad del cerebro del hombre y no debida a causas sobrenaturales". (Risticha de Groot, M. 1972 P.16). Este punto de vista fué tomado en cuenta en pocas ocasiones; sin embargo formaba parte de las propuestas de la naturaleza humana de la enfermedad mental.

También el médico Galeno (130-200 d. de C.), quien retomó la teoría humoral griega, desarrolló una teoría en la que explicaba que "la salud del alma dependía de la armonía de las partes racional, irracional, y sensual del alma" (Vázquez, Gonzalez 1986 citado por De la Cruz, Gómez y Suaste, 1990 p.18).

Por otra parte, podemos ver a través de los testimonios escritos que, en el pensamiento popular existía la creencia de que la enfermedad mental se debía a la acción de alguna fuerza sobrenatural o de algún ser que entraba en el cuerpo, o que producía su efecto desde afuera. Se creía que había deidades que podían castigar o atacar a los hombres causándoles locura. Padecimiento que también podía ser provocado por el uso de encantamientos y ritos, según la creencia popular.

De ésta manera, vemos que se encontraban dos formas de abordar la enfermedad mental que hasta ahora siguen presentes: aquella que da prioridad a los elementos psicológicos y otra que otorga una mayor importancia a los factores biológicos.

Respecto a las actitudes hacia la enfermedad mental, podemos decir que ésta se relacionaba con lo sobrenatural y se le miraba con el respeto que inspira aquello que es inexplicable y misterioso. Debido a que el contacto con las cosas sagradas y profanas se debía de evitar, la gente trataba de alejarse de los enfermos mentales. Una forma de ahuyentarlos era el "escupir sobre sus pecheras para alejar el mal (...), otro medio de evitar el contacto con los dementes era ahuyentarlos arrojándoles terrones o piedras". (Rosen, G 1974 p.110)

Resumiendo, entre los antiguos griegos y romanos el enajenamiento mental era definido como tal " con base en su orientación respecto al concepto de realidad aceptada, con base en el estilo y coherencia de su conducta y a las consecuencias de ésta para el mismo sujeto y para los que lo rodeaban" (ibidem).

En las leyes de estas culturas también el enfermo mental era considerado de tal forma que no podía ser juzgado culpable de ningún delito, debido a su padecimiento. Sin embargo, la protección legal a éste y a las personas relacionadas con él era limitada. De hecho los juristas romanos no se ocupaban de la naturaleza y la causa

de la locura, " solo les preocupaba establecer el hecho de la incapacidad mental y sus consecuencias en el desempeño de los actos jurídicos" (Rosen, G. 1974 p.156).

Al principio de la época clásica, el cuidado de los enfermos mentales era confiado a sus parientes y amigos ya que no existían asilos para el tratamiento o custodia del mismo. Además, al igual que en las culturas de la antigua Palestina, si el enfermo mental era demasiado peligroso se le encerraba y se le ataba y en algunos casos era reducido a prisión.

Fué hasta el siglo I antes de C. cuando se dió cierta institucionalización a algunos pacientes. Como muestra de ello Soranus, quien desarrolló un enfoque en el cual los pacientes debían de recibir un trato humano:

" ... es conocido en particular por los principios verdaderamente humanitarios que aplicaba en el tratamiento de los enfermos mentales. Las habitaciones debían de carecer de estímulos trastornantes; debían limitarse las visitas familiares; se instruí al personal responsable de los cuidados a adoptar una actitud simpática, y se alentaba a los pacientes, durante los intervalos lúcidos, a leer y analizar lo que habían leído, a participar en representaciones dramáticas (se recetaba la tragedia para contrarrestar la manía; la comedia para contrarrestar la depresión) y hablar en reuniones de grupo".

(Kaplan, H. y Sadock, B. 1989 p.2032)

Al parecer lo anterior es el antecedente de la primera revolución psiquiátrica y de las comunidades terapéuticas actuales.

Otras formas de tratamiento practicadas eran aquellas en las que se recurría a sustancias y plantas medicinales entre las cuales se encontraban principalmente el eléboro " que representaba para ellos el medicamento específico de la locura".(Ristich de Groote, M. 1972, p.24)

El tratamiento específico con esta planta era:

" Una primera evacuación seguida de una alimentación copiosa para dar tiempo a obrar al eléboro; reposo, fricciones, lavados, baños, y más tarde la

repetición de toda la serie, siguiendo un orden cronológico rigurosamente establecido. En sus suspendidas camas, a las que si era necesario se les imprimía un ligero balanceo para acelerar la reacción de vomitar. Largas plumas de ganso, o guanteletes de cuero humedecido en aceite de ciprés introducidos en la garganta debían paliar la sensación de estrangulación que la acción prolongada del eléboro era susceptible de provocar sobre el organismo." (Ristich de Groot, M. 1972 p.24)

Para finalizar este apartado es importante señalar que a finales de la época clásica y principios de la Era Cristiana, la figura de el "loco", "enrgomuncos" para los griegos o el "mente captus" de los latinos es considerado por la tradición cristiana como "el poseído" a quien se acude para denunciar al demonio que lo habita y ahuyentarlo por medio de la palabra de Dios: "se vió al endemoniado sentado, vestido y en su sano juicio ... vete a tu casa, le dijo Jesús, ve con los tuyos y cuéntales lo que el Señor te ha hecho y como se apiadó de ti". (Marcos 5: 5-16)

El poseído es "le presencia encarnada del demonio y al mismo tiempo el instrumento de la gloria de Dios, el signo de su poder" (Foucault, M. 1990, p.88)

De acuerdo con San Buenaventura "Dios permite las posesiones con el fin de manifestar su gloria, por medio de la punición del pecado, la corrección del pecador o para nuestra instrucción". (ibidem). El pensamiento cristiano ve en el poseído el drama del hombre aprisionado entre lo divino y lo satánico. La posesión se ejerce de acuerdo con ésta concepción tanto en el alma como en el cuerpo.

3.1.3 Edad Media y Renacimiento

A partir de la Edad Media, la influencia incisiva de la iglesia en la sociedad europea contribuye a que se fortalezcan las nociones acerca de la posesión demoníaca sostenida al principio de la era cristiana. Según plantea Ristich de Groot (1967), aparecen en el mundo los espíritus infernales poseídos por Belcebú o Asmode.

En Europa se pensaba que los demonios que alienaban a las personas se apoderaban únicamente de su cuerpo dejando al alma libre de toda posesión. De

acuerdo con Santo Tomás de Aquino (1225-1274) sólo en el cuerpo se deslizan los ángeles malos:

"... impresionan a las facultades ligadas a nuestros órganos pero la impresión no llega hasta la voluntad porque ésta no depende, ni en su ejercicio, ni en su objeto, de un órgano corporal. De éste modo se salva la libertad del poseído. Pero su cuerpo está condenado y si el poseedor está aferrado sólo en la carne, si solo agita, atormenta y revoluciona la existencia animal, matar esta vida bestial y quemar ese cuerpo no es más que devolver al alma la pureza de su querer, librarle del instrumento pervertido de su libertad; el fuego liberará al espíritu de su cuerpo poseído, se quemará al insano por su salvación."

(Foucault, M. 1990 p.89)

La enfermedad mental corresponde entonces al dominio de la fe y su curación era privilegio exclusivo de los sacerdotes.

Giraldus de Galle, (citado por Foucault, M. 1990 p.52) sostenía que "si los enfermos tiene necesidad del socorro de la medicina, el único lugar donde pueden beneficiarse se encuentra en los monasterios". De esta forma cada manifestación de la enfermedad mental tenía un Santo protector. Por ejemplo, San Avertín curaba el vértigo, San Cado curaba las caídas y San Valentín era el patrón de los que sufrían convulsiones.

"El tratamiento del enfermo mental por exorcismo o en peregrinación a un santuario religioso era no pocas veces fomentado y subvencionado por las autoridades seculares y eclesiásticas."

(Rosen, G. 1974 p.190)

Aun cuando la idea predominante sobre la causa de la enfermedad mental relacionaba a ésta con la posesión demoníaca, existía también la idea entre algunos médicos de la existencia de causas naturales.

La responsabilidad de aquellos "locos" a quienes no se encontraba culpables de posesión demoníaca salvándose así de la hoguera o el exorcismo, recaía sobre su familia o sus conocidos, quienes podían mantenerlo en casa o recluirllos en sitios reservados para ellos. Se tiene conocimiento de la existencia de hospitales generales como el Hôtel-Dieu en París. En 1326 se erigió una Dolhaus (casa de locos) formando parte del Georgeshospital de Elbing.

En 1375 existía también una Tollkiste (celda de locos) en Hamburgo y en Ertfurt, el Grosse Hospital tenía una Tollboken (cabaña de locos) en la que encerraban a los alienados. Se sabe que ciertas instituciones de este tipo tenían habitaciones separadas o un servicio especial para esos pacientes.

Por otra parte, mientras en occidente se acusaba a los locos de posesión demoníaca, la cultura islámica recurría a la explotación de los conocimientos del mundo antiguo.

Los árabes consideraban al enfermo mental como un ser elegido y amado por Dios, y como un conocedor de la verdad. " Su palabra se acogía como señal del espíritu divino que en ellos habitaba" (Ristich de Groote, M. 1972 p.38). Esta concepción del enfermo mental originaba el trato amable que se le daba:

" No confiar a los necios los bienes que Dios os ha confiado, pero encargaros vosotros mismos de ellos alimentarles y vestirlos y hablarles siempre con un lenguaje dulce y honesto"

(El Coran IV, 4)

De hecho, existían construcciones reservadas a los alienados, que eran accesibles a todos sin distinción.

" El asilo de Fathi, fundado en el año 1471 ofrecía a sus internos camas de nogal, sábanas y camisas de seda. Se les daba de comer dos veces por día alimentándolos con faisán, perdices y otros pájaros (...) se les entretenía con músicos y cantores."

(Ristich de Groote, M. 1972 pp.36-37)

De acuerdo con el Dr. Morger (1974) el tratamiento sin embargo era menos atractivo, ya que los enfermos eran encadenados y se les aplicaban bastonazos en las plantas de los pies.

La concepción de la enfermedad mental sostenida por la cultura musulmana prevaleció en la península Ibérica durante la ocupación de los árabes.

A finales de la Edad Media, en Occidente se recrudeció la concepción del enfermo mental como endemoniado. De hecho, después de la reconquista de España por los Reyes Católicos, el tribunal de la inquisición tomó fuerza también en esa zona. Sin embargo, en el transcurso del Renacimiento se dió una fuerte polémica entre aquellos médicos que sostenían que la enfermedad mental tenía causas naturales, y la interpretación de los tribunales eclesiásticos. A finales del siglo XV y durante el siglo XVI se retomaron poco a poco los conocimientos de oriente respecto a la locura.

" Gracias a los árabes, Aristóteles e Hipócrates llegaron a la Europa hundida entonces en las brumas de la Edad Media. Y gracias a ellos la asistencia hospitalaria, cuya proliferación había sido obstaculizada en Occidente por los oleajes políticos, se revivió a últimos del siglo XV siguiendo la desviada ruta de la península Ibérica."

(Ristich de Groote, M. 1972 p.35)

Las críticas a las ideas religiosas en el Renacimiento dieron origen a un intento por orientar el interés en el hombre mismo. Sin embargo este movimiento causó "un recrudecimiento de las epidemias colectivas y los procesos de brujería", (ibidem) originando también que hombres eminentes por su saber retomaran la concepción antigua, impidiendo el desarrollo de nuevas concepciones respecto a la enfermedad mental.

3.1.4 Siglos VII y VIII.

Este período fue de gran tensión espiritual y psicológica debido a las transformaciones que se dieron en la estructura política, social e intelectual de Occidente.

" Después del Renacimiento, la posesión adquiere

un nuevo sentido en el pensamiento cristiano. Ya no es más perversión del cuerpo que deja intacta la libertad del alma, sino posesión del espíritu por el espíritu, abolición de la libertad, mientras que la naturaleza, obra divina, permanece indiferente al tumulto del corazón".

(Foucault, M. 1990, p.89)

Lo importante es evitar que el enfermo sea el instrumento sin fuerza de un espíritu insano. De ahí que se desarrollen las nuevas prácticas hospitalarias " en las que el régimen de la fuerza no tiene el sentido del castigo sino de la salvaguardia." (ibidem)

Poco a poco se fue liberando a la locura de la concepción de pecado y de posesión demoníaca para asimilarla a la de enfermedad.

Esta modificación en la concepción de la locura se debió al cambio mismo de la concepción de la naturaleza humana originado por la Revolución Copernicana.

Las causas de la enfermedad mental se relacionaban así con el hombre mismo. Por ejemplo, " Descartes (1596-1650), continuó adhiriéndose al concepto galénico de los espíritus, aunque él relacionaba las diferencias de temperamento o las tendencias naturales con las diferencias en el número, tamaño, forma y movimiento de los espíritus". (Freedman, Kaplan, 1982; citado por De la Cruz, Gómez, y Suaste, 1990 p.27). De alguna manera la concepción de Descartes respecto a las causas de la enfermedad mental expresa la dualidad natural-sobrenatural.

Contrariamente, en el enfoque religioso se dió un "...énfasis en los factores emocionales como causas de la enfermedad mental, combinado con su rechazo de los factores sobrenaturales y las prácticas ocultas". (ibidem)

Debido a estos cambios en la concepción de la enfermedad mental hubo una serie de estudios y propuestas como la de Paolo Zacchia (1584-1659), quien afirmó que solo un médico era competente para juzgar el estado mental de una persona. Propuso la elaboración de un examen a través del cual se valorara dicho estado mental y también que éste había de basarse "solo en la observación de la conducta de la persona, su lenguaje, acciones, capacidad de juicio y estado emocional". (Kaplan, Sadock 1989 p.2039).

La enfermedad mental ocupa de ésta manera, un lugar más en el universo médico. A partir de este hecho surgen varias clasificaciones de las enfermedades mentales y la necesidad de la búsqueda del tratamiento adecuado a cada una, lo que da lugar al

proceso de internamiento. Esto propició la creación de instituciones como el Hospital Bethlehem de Londres y espacios exclusivos para enfermos mentales en instituciones ya existentes como el Hospital General de París. En estas instituciones existían junto con la población de enfermos mentales otras personas consideradas nocivas para la sociedad, como los mendigos los vagabundos, ya que otro objetivo del internamiento era alejar de la sociedad a los individuos que resultarían amenazantes.

Respecto al tratamiento que los enfermos recibían, podemos decir que consistía básicamente en baños, sangrías, duchas, purgas, y vejigatorios en las piernas. El tratamiento era administrado en un tiempo aproximado a tres meses y si el enfermo no mejoraba se daba por incurable. También se sabe que los locos furiosos permanecían encadenados con un collar de hierro al cuello a la cabecera de sus camas.

En tanto que en los siglos anteriores se pensaba en el enfermo mental como un poseído, en los siglos XVII y XVIII se le otorga al enfermo un sentido más humano aunque se le alejaba de la sociedad, reclusándolo. Este encierro incrementó en la opinión popular, una actitud de temor y rechazo, pues tal y como lo plantea Maud Mannoni (1990 p. 51) " la población temía verse contaminada por las emanaciones de la locura y del vicio, como si del otro lado de los muros del encierro la amenazara un oscuro peligro".

Por otro lado, una vez aceptada la enfermedad mental en el universo médico, las concepciones acerca de la misma, toman un camino diferente; ya no se piensa en la locura como efecto de una fuerza sobrenatural, sino como la desaparición de las facultades naturales del hombre.

" Las alucinaciones y los delirios son los efectos naturales de la ilusión, del error, de la incapacidad de reconocer lo verdadero; hay locos que ignoran la "verdad física" (la verdad de las sensaciones), son los que oyen conciertos de ángeles; hay locos que ignoran la "verdad moral", en ellos encontramos todos los defectos del espíritu, todas las ilusiones del amor propio y todas las pasiones".

(Artículo "Locura", de la Enciclopedia citada por Foucault, M. 1990 pp.91-92)

Con este nuevo enfoque surgen a fines del siglo XVIII representantes de nuevas tendencias en el tratamiento de los enfermos mentales. Entre ellos encontramos a William Tuke (1732- 1819) en Inglaterra, Vincenzo Chiarugi (1759-1820) en Italia y Philippe Pinel (1745-1826), en Francia. Este último, en 1793, al ser nombrado médico de los alienados del Hospital Bicêtre cambió radicalmente el tratamiento que hasta ese momento se les daba a los pacientes, aboliendo el uso de cadenas, no tomando en cuenta las sangrias ni las purgas y rechazando los azotes, tachándolos de ineficaces.

Pinel, considerando que las enfermedades mentales tenían un componente moral, propuso un tratamiento moral. El objeto principal de este tratamiento era colocar al enfermo bajo la influencia de un hombre que por sus cualidades morales orientara tanto sus pensamientos como su comportamiento. Este tratamiento, heredero de los métodos empleados en Valencia y Zaragoza, España, partía de la idea de que la locura no abole la conciencia moral del enfermo y para combatirla se apelaba a ésta, de tal manera que " más que de tratamiento podría hablarse de una reeducación moral" (Ristich de Groot, M. 1972 P.193).

Otra de las importantes aportaciones de Philippe Pinel fue su intento de clasificar las enfermedades mentales de acuerdo con los síntomas que éstas presentaban. Describía así cuatro tipos de locura: "melancolía (alteración del funcionamiento intelectual); manía (excesiva excitación nerviosa con o sin delirium); demencia (alteración de los procesos del pensamiento) e idiocia, (deterioro de las facultades intelectuales y los afectos)". (Kaplan, 1989 p. 2042). El movimiento que produjo Pinel se conoce como la "Primera Revolución Psiquiátrica".

Es necesario hacer mención de dos movimientos que surgieron a finales del siglo XVIII y principios del XIX, los cuales influyeron en el desarrollo de la psiquiatría.

El primero de estos movimientos fue el Mesmerismo, desarrollado por Franz Anton Mesmer (1734-1815) quien decía que el hombre estaba "dotado de un fluido magnético especial que, una vez liberado, puede producir efectos curativos" (Kaplan, 1989 p.2042). Se dice que los pacientes mesmerizados estaban, en realidad, en un estado de trance. Este movimiento representó un notable esfuerzo por estudiar los fenómenos neuróticos más que los elementos psicóticos.

Por otra parte, Franz Joseph Gall (1758-1828), padre de la frenología, "postuló la existencia de facultades mentales innatas localizadas en órganos específicos (...) a los que correspondían protuberancias particulares de la superficie craneal externa" (Ibidem). Sus estudios neurológicos dieron lugar al desarrollo del concepto de localizaciones cerebrales.

Para finalizar este apartado, es importante señalar que la concepción del tratamiento moral desarrollado en Europa, tuvo gran auge en Estados Unidos e influyó directamente en la obra de Benjamin Rush (1745-1813), considerado padre de la psiquiatría norteamericana, y quien estableció en el Hospital de Pennsylvania un tratamiento basado en los principios de Pinel

3.1.5 Siglos XIX y XX.

A principios del siglo XIX prevalecían las concepciones sobre el papel de las emociones como causas de la enfermedad mental. Pero, poco a poco, se fue poniendo énfasis en el desarrollo del conocimiento del sistema nervioso y su relación con las causas de este tipo de enfermedades. De esta manera se esboza más claramente la división entre las distintas formas de concebir la enfermedad mental. Por un lado, causada por factores emocionales, y por otro, causada por factores orgánicos, por ejemplo, en Alemania, la psiquiatría se dividió entre dos escuelas, la de los Psychiker y la de los Somatiker. Estos es, entre los que estaban de acuerdo con la idea acerca de causas psicológicas y morales de la enfermedad mental y los que defendían una causa material.

A pesar de la controversia existente es el somatismo absoluto el que triunfa hacia la primera mitad del siglo XIX con Friesinger (1817-1868), quien publica en 1845 su obra " Patología y Tratamiento de las Enfermedades Mentales", considerado el libro de psiquiatría de mayor autoridad en ese tiempo. En él se sostenía que las enfermedades mentales podían explicarse sólo en función de cambios físicos en el sistema nervioso, y que las enfermedades cerebrales eran causadas por factores internos y externos. A partir de este momento, se promueven los esfuerzos por construir una clasificación útil de las enfermedades mentales.

Entre las más grandes contribuciones se pueden mencionar las de Kraepelin (1855-1925), quien estableció la distinción entre las psicosis maniaco depresivas y la demencia precoz; Eugene Bleuler (1857-1939), quien rebautizó a la demencia precoz con el nombre de esquizofrenia; la locura obsesiva propuesta por Morel (1857); la manía persecutoria de Lasègue; la paranoia de Westphal; la catatonía descrita por Kahlbaum (1874) y la hebefrenia de Hecker (1871).

Al mismo tiempo, la frenología se desarrollaba dando importancia al volumen, la forma y estructura del encéfalo y se proponía que cada función mental debiera ocupar un lugar en la corteza cerebral misma que estaba siendo transformada en mapamundi:

" Se pensaba que el alucinado sufría perturbaciones en la zona sensorial; que el megalómano deliraba con sus lóbulos frontales (...). Se estableció una verdadera carta geográfica sobre esta fina capa de materia gris que recubre la sustancia blanca sobre toda la superficie de nuestro cerebro."

(Ristich de Groot, M. 1974 p.216)

A fines del siglo XIX aunque prevalecía la concepción organicista de la enfermedad mental, se empezó a desarrollar un nuevo enfoque heredero del mesmerismo donde se hacía mayor énfasis en factores psicológicos como causa de la enfermedad mental.

La psiquiatría empezó a interesarse en el estudio de los síntomas que se manifestaban en pacientes no psicóticos, abriendo así el camino para el estudio de las neurosis.

El neurólogo francés Jean Marie Charcôt (1825-1893) comenzó a realizar estudios sobre los fenómenos hipnóticos y la histeria en el hospital de la Salpêtrière de París. Charcôt partía de la idea de que la histeria se debía a un trauma de naturaleza generalmente sexual y que éste a su vez desencadenaba ideas y sentimientos que se volvían inconscientes.

Por medio de la hipnosis lograba reproducir síntomas histéricos e incluso curar la histeria.

En 1886, Sigmund Freud, tras desplazar su interés por la neurología al estudio de la mente, inicia sus estudios en el campo de la hipnosis y su aplicación en la cura de la histeria, con Charcôt.

Posteriormente, prosiguiendo con sus estudios sobre la histeria, Freud abandonó el método de la hipnosis a favor de la libre asociación y el método catártico que dieron lugar a la nueva concepción del inconsciente y la teoría psicoanalítica.

Las ideas de Freud impregnaron profundamente la obra del psiquiatra suizo Eugene Bleuler a quien se le debe que la psiquiatría se haya enriquecido con la teoría psicoanalítica. Esto se conoce como la "Segunda Revolución Psiquiátrica".

" ... supo realizar la síntesis de una psiquiatría tradicional fundada en la observación clínica rigurosa"

sa (...) y de una comprensión clara del papel fundamental desempeñado por el inconsciente freudiano en el desarrollo de las psicosis."

(Poste, J., Quétel, C. 1987 p.464)

Los discípulos de Freud continuaron con la obra que él había iniciado, (aunque en algunos casos con notorias divergencias) entre ellos se pueden mencionar a Carl Gustav Jung (1875-1961), Alfred Adler (1870-1937), y Otto Rank (1884-1939). Así, el psicoanálisis fue el punto de partida para el desarrollo de diversas teorías y técnicas psicoterapéuticas en torno a la enfermedad mental.

Por otra parte, se desarrollaron diversas formas de tratamiento. En 1952, una nueva era comenzó dentro de la psiquiatría con el descubrimiento de un fármaco llamado clorpromazina, que disminuye los síntomas psicóticos, así mismo una serie de psicotrópicos como la imipramina y el litio, hacia 1960.

La utilización de los fármacos en el tratamiento de los pacientes reavivó la discusión entre los defensores de la psicogénesis de la enfermedad mental por un lado, y los defensores de la organogénesis por el otro, poniendo en tela de juicio las psicoterapias individuales y colectivas y las quimioterapias.

Con la introducción de los neurolépticos de efecto retardado se hizo posible que algunos pacientes institucionalizados pudieran regresar a sus casas y reincorporarse, en la medida de sus posibilidades, a la sociedad.

Por esta reincorporación del enfermo mental a la sociedad, se hizo más patente su condición de manera que la opinión pública empezó a cuestionarse la situación del enfermo mental, el tratamiento que debía recibir, la legitimidad de la psiquiatría, y sus modelos y prácticas tradicionales. En este contexto, surgen, en el ámbito de la psiquiatría, figuras como la de Tomás Szasz quien promulgaba que la enfermedad mental era un mito. Se puede ver en el prólogo de su libro "El Mito de la Enfermedad Mental", su inconformidad con la psiquiatría tradicional:

" Mi interés por escribir este libro surgió hace más o menos 10 diez años, - cuando dedicado ya a la psiquiatría- comenzó a preocuparme cada vez más el carácter vago, caprichoso y en general insatisfactorio del muy utilizado concepto de enfermedad mental, y sus corolarios, el diagnóstico, el pronós-

tico y el tratamiento. Pensé que, aun cuando el concepto de enfermedad mental parecía acertado desde el punto de vista histórico (ya que emana de la identidad histórica de la medicina y la psiquiatría), carecía de sentido racional. Si bien pudo haber sido útil en el siglo XIX, hoy está desprovisto de valor científico y es, desde una perspectiva social, nocivo." (Szasz, T. 1968 p.9)

Las ideas de Tomás Szasz influyeron en el trabajo de otros científicos tales como David Cooper, R. Laing, A. Esterson, y Gregory Bateson, quienes continuaron con el cuestionamiento a la psiquiatría tradicional. A pesar de la importancia y fuerza que tomó el movimiento de la antipsiquiatría, ya para 1970 comenzó a descender debido a que no aportó un modelo alternativo y solo cuestionaba lo establecido en la psiquiatría tradicional.

3.2 La Enfermedad Mental en México.

3.2.1 Breves Antecedentes Históricos.

a) Epoca Prehispánica.

Antes de la conquista de los españoles existía ya en nuestro país una concepción de la enfermedad mental y de su tratamiento, impregnada de creencias mágicas de las culturas existentes.

En este apartado haremos referencia a la concepción de la enfermedad mental entre los aztecas, pues aun cuando fueron muchos los grupos culturales existentes en esa época, es éste del cual se posee mayor información al respecto.

En la cultura Nahuatl, tal y como especifica German Somolinos (1976) no había una concepción de "alma" como una sustancia espiritual e inmortal, capaz de entender, querer y sentir, que informa al cuerpo humano y con él constituye la esencia del hombre, idea que corresponde al pensamiento occidental.

Para los aztecas, los componentes principales de la salud mental de los individuos se encontraban en el equilibrio de la relación rostro-corazón. El rostro es considerado como "fisonomía moral" y el corazón como "el principio dinámico del ser humano" (León Portilla, citado por Somolinos, 1976 p.26).

" El dueño de un rostro sabio es un hombre fisonómicamente cabal cuya faz refleja su rectitud moral. El corazón por su lado, preside toda la actividad y el dinamismo individual (...) Para el hombre náhuatl (...) es el corazón y no el cerebro, el origen o motor todos nuestros sentimientos, actividades y pasiones, corazón que puede desviarse, torcerse e incluso ser perdido en ciertos casos patológicos en los cuales es necesario actuar recuperándolo o enderezándolo para poder reincorporar al paciente a su estado normal".

(Somolinos, G. 1976 p.26)

La falta de un equilibrio entre estos dos elementos se debía a diferentes causas, dando como resultado la enfermedad.

La etiología de la enfermedad mental se conceptualizaba de diversas maneras. Los aztecas creían que los dioses eran quienes determinaban todo acontecimiento. La conducta reprobable o la envidia a una divinidad traían como consecuencia que ésta se encolerizara, lo que se manifestaba a través de diferentes castigos entre los cuales se encontraba la enfermedad mental. De esta manera "los factores principales que provocaban alteraciones mentales eran: el susto, provocado por alguna señal o augurio de perturbaciones en la vida, el pecado y el castigo divino" (Valderrama, P. pp. 80-81).

Otro factor importante en la etiología de las enfermedades mentales según la cultura azteca era el tiempo. Este, regido por dos calendarios, el Tonalpahualli y el Xihupohualli, influía en la vida de los individuos de tal forma que el día del nacimiento de una persona podía determinar la predisposición a ciertos comportamientos tales como la tendencia a la embriaguez o a la cobardía, y la propensión a los accidentes.

Por otra parte, los "echacames" (aires) considerados como seres individuales subordinados a los dioses, dotados de voluntad, inteligencia y memoria, que vagan

dispersos en el aire, escondiéndose en cuevas, honduras de pozos o remansos, eran considerados como espíritus errantes a consecuencia de las faltas que habían cometido en vida. A estos aires se les atribuía las enfermedades del mal de ojo, el mal de oído y la parálisis facial.

Al igual que los aires, el nahual es un ser secundario acarreador de "males".

" El nahual se consideraba como un ser que habita en el cuerpo sin abandonarlo nunca. Es sumamente inteligente y siempre despierto. Cuando la voluntad, la inteligencia y la memoria duerme, lo que sucede cuando el individuo está durmiendo o dedicado a trabajos rutinarios, el nahualli cuida el cuerpo (...); el nahualli solo tiene ojos, y con ellos ve en los sueños; como no tiene voz, cuando quiere hace uso de la voz del cuerpo, más por ser éste tan torpe, sólo se le oyen incoherencias."

(Flores, J. 1981 PP.39-40)

Al parecer, las manifestaciones del nahual, hechas a través del cuerpo que lo poseía corresponderían a algunos síntomas de lo que actualmente se considera como enfermedad mental.

" Se dice que el nahual se apoderaba de la razón de nuestros antiguos, cuando se introducían en sus corazones, e incluso los llevaría a tomar actitudes y comportamientos ilógicos."

(op. cit p. 45)

Es necesario mencionar que la enfermedad mental podía tener un origen en los actos de las deidades sobre la vida de hombre o en la intervención de un individuo en la vida de otro, como era el uso de hechizos y brujerías en perjuicio de alguno.

En la cultura azteca era importante el diagnóstico, el cual consistía en el conocimiento de las causas de la enfermedad ya que, dependiendo del origen divino o humano, de ésta sería el rito que se seguiría para su curación.

" Cuando un indio caía enfermo, la primera medida que había que tomar era distinguir la causa de su enfermedad: diagnóstico que descansaba no en la observación de los síntomas sino en la adivinación. Para hacer esto, el doctor arrojaba algunos granos de maíz sobre un trozo de tela, o en un recipiente lleno de agua, y según el modo como caían los granos, en grupo o dispersos, o la manera como flotaban sobre el agua o por el contrario se iban al fondo, sacaba sus conclusiones".

(Flores, J. 1981 p.84)

Después de conocer el diagnóstico, el tonalpohuqui o curandero, especialista dedicado a resolver los problemas "psicológicos", intentaba la cura del enfermo. "buscaba restablecerle el rostro y recuperar el 'yo'" (Valderrama, P., 1988, p. 81). Al mismo tiempo que el tonalpohuqui realizaba el rito necesario, con palabras suaves y oraciones recomendaba al enfermo el remedio medicinal que habría de contribuir a la cura. La terapéutica tenía como finalidad calmar el enojo divino o bien desviar sus efectos, y en otros casos estaba dirigida directamente al órgano afectado (en el caso de la enfermedad mental, al corazón), para restablecerlo.

Como tratamiento médico se usaba entre otras plantas menos importantes, la flor de Yolloxóchitl, considerada como la medicina más efectiva para el corazón, además del ixtauhyatl, y el teonacate, hongo medicinal que servía para modificar las funciones mentales. También se recomendaba el uso de un amuleto como una concha, piedras o talismán, además de la ingestión de mezclas como la que se hacía con una piedra llamada quiauhteuciatl y agua.

b) La Colonia

Esta etapa se inicia a partir de la consumación de la conquista, en el año de 1521. Con la llegada de los españoles, la cultura indígena mexicana vive grandes transformaciones. El pensamiento mágico, esotérico y la concepción de la vida y del hombre regido hasta entonces por una religión politeísta, se ve violentamente transformada por las ideas que gobiernan el pensamiento cristiano del mundo occidental que imponen la práctica de los sentimientos cristianos de piedad, caridad, abnegación y amor al prójimo, que se reflejaban en el trato hacia los enfermos; características que como lo plantea Somolinos (1976) eran "virtudes difícilmente identificables en grupos culturales anteriores donde el concepto de enfermedad era

distinto, distinto también el comportamiento interhumano y diferentes a su vez las recompensas obtenidas" (p.39)

Esta visión humanista respecto de la importancia de ayudar al desvalido o desprotegido, influyen directamente en el trato hacia los enfermos mentales. En este contexto surge la figura de Bernardino Álvarez, a mediados del siglo XVI, quien influenciado por la labor iniciada en Zaragoza, España por Juan Gilberto Jofre, crea la primera institución de auxilio al enfermo mental en América llamada "Hospital de San Hipólito", que albergaba a hombres y mujeres dementes e insuficientes mentales provenientes de todo el territorio Mexicano. En esta institución se les procuraba a los enfermos mentales cuidados humanitarios y la satisfacción de sus necesidades básicas "para que tuviese en su hospital la ración segura como vivientes, que no podían buscar como faltos de entendimiento". (Díaz de Arce, citado por Somolinos, 1976, p.49).

También, a finales del siglo XVI se publicaron los primeros tratados psiquiátricos de México. Agustín Farfán escribe, en esta época su Tratado breve de la medicina y de todas las Enfermedades (1592), en donde se describen los síntomas de algunas enfermedades mentales y en particular los de la melancolía, además intenta dar una clasificación y la explicación de sus causas

" Dos maneras hay de melancolía, la una se hace de las hezes de la sangre. La otra se hace de cólera que con el demasiado calor se cueze y requema. A ésta llaman cólera negra o melancolía adusta, aunque hablando con rigor no es propiamente melancolía. Esta enfermedad de que trato se hace y engendra en el hígado con los otros humores, mas o menos, según la complexión de cada uno. De manera que siendo uno la complexión melancólica o corriendo manjares melancólicos se criará más melancolía".

Farfán desarrolló también una terapéutica recomendada para los casos de melancolía:

"... Procuren conversación alegre con que se recreen. Ocupen otras veces el tiempo en cosas -

que los divierta de sus imaginaciones. Es muy provechosa la música, huya de las pesadumbres y alteraciones del ánimo y guárdase de los manjares que engendran melancolía".

(Farfán, 1592, citado por Somolinos, G. 1976, p. 84)

La obra "Tratado breve de Medicina y de todas las Enfermedades" nos muestra las prácticas imperantes sobre el conocimiento y manejo de los enfermos mentales, en lo que respecta a la práctica médica que tenían bajo su jurisdicción aquellas enfermedades consideradas como naturales, es decir, aquellas cuyos síntomas eran palpables y localizables sobre algún órgano.

Al tiempo que transcurrían estos acontecimientos en la historia, la inquisición tomaba fuerza en México, y aún y cuando no funcionaba con la misma rigidez, cumplía las mismas funciones: "mantener la pureza de la fe católica, evitar a sangre y fuego la herejía, la heterodoxia y el desvío de la ortodoxia tradicional sancionada por la iglesia" (Somolinos, G. 1976, p. 92). De esta manera, cualquier individuo que se comportara de manera extraña o se alejara de las normas preestablecidas por la iglesia, por ejemplo los que creían ver a Dios, creían tener poderes sobrenaturales o de alguna manera no respetaban la autoridad de la iglesia, eran considerados como herejes, brujas o endemoniados y debían ser juzgados por los tribunales de la inquisición, que no tenía clemencia con ellos. Incluso muchos trastornos de conducta que actualmente no se consideran patológicos resultaron sospechosos de influencia demoníaca y eran juzgados y aún condenados con toda severidad.

Esta fue la suerte que corrieron aquellos enfermos cuyo padecimiento no cubría las características de una enfermedad natural, considerando su enfermedad como sobrenatural y como evidencia de la presencia del demonio en ellos.

A finales del siglo XVII, José Sayago, carpintero de bajos recursos económicos decide junto con su esposa brindar su casa a algunas mujeres con padecimientos mentales. Esto sucedió en 1687, y más tarde, con la ayuda de Francisco de Aguilar y Seijas, su obra crece y se instala en una casa ubicada frente a la iglesia de San Pedro y San Pablo, un espacio para alojar a sesenta enfermos mentales; "en este lugar permanecen hasta que otra congregación, la del divino Salvador, compra una casa en la calle de Canoas, para fundarse allí un hospital para enfermos mentales en 1700" (Vázquez, L. y González, S. 1986, p. 37). Años más tarde, el gobierno se hace cargo de este hospital.

En el transcurso del siglo XVIII no se dan muchos progresos en el área de la enfermedad mental y el manejo de ésta se encuentra principalmente a cargo de la iglesia católica.

c) Siglos XIX y XX.

Durante el siglo XIX, los dos hospitales existentes se mantienen brindando atención a los enfermos mentales. Sin embargo, es el Hospital de la Canoa el que recibe mayor apoyo y en 1824 se le conceden las utilidades de una lotería por lo que la atención a los internos mejora.

Al mismo tiempo, las corrientes científicas de Occidente continúan influyendo en la práctica psiquiátrica mexicana, de tal forma que se introduce la fronología y el mesmerismo también en México.

En el año de 1910 y con motivo del primer centenario de la independencia se inaugura el Hospital de la Castañeda con el propósito de reubicar a los pacientes y brindarles mejor atención que la recibida hasta entonces en los hospitales de la Canoa y San Hipólito. Al inicio de su fundación, el hospital de la Castañeda ofrecía la atención adecuada a los pacientes. En los años 30 mejoró debido al uso de nuevas terapias creadas por médicos especialistas en desórdenes neurológicos y mentales. Además, en el transcurso de las primeras décadas de este siglo, se inauguraron también otros hospitales y sanatorios para enfermos mentales con el fin de apoyar la función del Manicomio General de la Castañeda.

En la década de los años cincuenta se introduce la utilización de fármacos como los que "restauraban el contacto con la realidad y estabilizaban el humor abatido o exaltado" (Vázquez, González, 1986, p. 39), lo cual repercutió en la concepción del enfermo mental, brindándoles la posibilidad de ser curados y reintegrados a la sociedad. Así, el interés por su rehabilitación se modificó de un nivel individual y centrado en el paciente a un interés social, centrado en la familia, y en la comunidad, y en la necesidad de programas de prevención.

Para finalizar este apartado debemos señalar que en el año de 1967 se inauguró el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez para adultos y el Hospital Psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro para niños, y diversas granjas-hospitales, los cuales sustituirían al Manicomio General de la Castañeda, que se encontraba en pésimas condiciones, debido a su sobrepoblación.

d) Actualidad

A través de la historia, las formas de abordar el estudio de la enfermedad mental y su tratamiento han sido muy variadas. Sin embargo, en la actualidad podemos afirmar que en la mayoría de las instituciones para enfermos mentales en México, sean privadas o públicas, el enfoque básico para su estudio y tratamiento es el médico, aquel en el que se plantea la enfermedad mental como la presencia de psicopatología, originada por cambios estructurales del cerebro ocasionados por lesiones directas o modificaciones derivadas de alguna alteración del medio interno del organismo.

Aunque esta aproximación sea la base principal para el estudio y tratamiento de la enfermedad mental, y sea fundamentalmente la psiquiatría la que la maneja, se han tomado en cuenta opiniones, críticas y aportaciones de otros enfoques y de otras disciplinas. De hecho en las instituciones actuales se ofrece al paciente un programa de atención integral en donde participan psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales, entre otros profesionistas de la salud mental; con el fin de lograr la atención integral del paciente y su mejor reincorporación a la vida social. Se pretende también que este trabajo interdisciplinario se realice no solo con el paciente sino con su entorno familiar y social.

Para lograrlo se han implementado programas de prevención y detección temprana de casos con proyección en la comunidad, además de programas educativos para el paciente y para sus familiares.

Es importante señalar que en México como en muchos países más, existe aún un largo camino que recorrer en el área de la enfermedad mental, su prevención, detección y tratamiento.

" En México, las carencias en el campo de la salud mental se relacionan con varios hechos. Uno es que los servicios son a toda luces insuficientes, están mal distribuidos y sólo una parte de la población tiene acceso a ellos; de ahí la necesidad de mejorar y extender la cobertura. Otro es que el personal adiestrado es escaso en todos los niveles profesionales y técnicos, de ahí la necesidad de adiestrar y capacitar personal. Otro más es que la prevención y el manejo oportuno de los casos re-

quieren que sean abordados en los dos primeros niveles. Por otra parte, se requiere conocer mejor los problemas; de ahí la necesidad de hacer investigación. Por último, es preciso (...) que las acciones se planen y se coordinen debidamente."

(De la Fuente, R. 1982 p.22)

Pese a las deficiencias institucionales en el área de atención de la enfermedad mental, México cuenta con instalaciones como Hospitales Psiquiátricos y Hospitales-Granjas, públicos y privados, para pacientes crónicos y para pacientes agudos y subagudos. A continuación se presentará una lista de las instituciones existentes en México, que brindan servicios especializados al paciente con enfermedad mental.

En el rubro de los hospitales públicos para pacientes agudos encontramos el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" para adultos. Es en esta institución en la que se realizará la investigación empírica del presente trabajo.

Como ya se dijo, este hospital fue fundado en el año de 1967. Actualmente cuenta con los servicios de consulta externa, hospital parcial, Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos, Urgencias: siete pisos de hospitalización continua además de la unidad de enseñanza e investigación más importante de la Secretaría de Salubridad, en medicina psiquiátrica. Los servicios antes mencionados ofrecen atención con la participación de un equipo interdisciplinario en el cual colaboran psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, médicos especialistas, terapeutas ocupacionales y residentes en psiquiatría, secretarías y personal administrativo en general.

Específicamente, en el servicio de urgencias se da atención a aquellos pacientes que llegan al hospital por su propio pie o llevados por sus familiares o conocidos, quienes solicitan internamiento o tratamiento intrahospitalario para el paciente. En esta unidad se valora al enfermo, se le practica un examen mental y se toma la decisión de internarlo o canalizarlo a consulta externa. El ingreso de un paciente al hospital psiquiátrico puede ser: a) voluntario, b) involuntario, c) obligatorio. El ingreso voluntario requiere la solicitud del enfermo y la indicación del médico a cargo del servicio de urgencias, haciendo constar el motivo de la solicitud. En ingreso involuntario se clasifican aquellas personas con trastornos mentales severos que requieren atención urgente y representan un peligro grave e inmediato para sí mismo o para los demás. En este caso se internan en el hospital psiquiátrico, a través del servicio de urgencias y por solicitud de otras personas, con la indicación del

médico a cargo del servicio. Por último, el ingreso obligatorio se realiza cuando lo ordena la autoridad competente (Estos lineamientos de ingreso están establecidos en la "Norma Técnica para la Prestación de Servicios de Atención Médica en Hospitales Psiquiátricos").

En lo que respecta al servicio de hospitalización continua podemos decir que es éste al que nos abocaremos ya que es en uno de los programas que se realiza en esta modalidad donde encontraremos la muestra de los entrevistados para el estudio. En el servicio de hospital que se va a desarrollar, se da la investigación especializada del padecimiento del paciente internado, su diagnóstico y tratamiento a seguir. Es aquí donde el psiquiatra se encarga del tratamiento farmacológico del paciente, de la investigación de su historia clínica, de su diagnóstico, y del tratamiento administrado en el transcurso de su permanencia en el hospital así mismo se hace el seguimiento y canalización del caso al hospital parcial y a la consulta externa. Desde luego, el psiquiatra trabaja en colaboración de una trabajadora social quien realiza el estudio socioeconómico de cada paciente, además de los trámites requeridos para su mejor atención, como son los requeridos para interconsulta, o la canalización del paciente hacia un hospital para padecimientos crónicos. Además, la trabajadora social realiza estudios que tienen como objetivo comprender la dinámica familiar de cada enfermo para colaborar con esto a un tratamiento integral en cada caso.

En el equipo interdisciplinario también colabora un psicólogo quien aporta, para cada caso, datos importantes para el manejo de la problemática del paciente. Esto lo realiza a través de actividades individuales y de grupo. Respecto a estas actividades, la tarea del psicólogo pretende cubrir los siguientes objetivos: a) valorar la dinámica de personalidad del paciente con el fin de conocer su funcionamiento psicosocial, las posibles causas de su padecimiento, el desarrollo de su sintomatología y el pronóstico y así sugerir el tratamiento más adecuado y proporcionar su psicodiagnóstico; b) crear conciencia de enfermedad en el paciente y dar contención al tratamiento farmacológico; c) valorar el grado de coeficiente intelectual e índice de deterioro del enfermo para hacer diagnóstico diferencial. El psicólogo que selecciona y sugiere la canalización del enfermo al taller de terapia ocupacional en el hospital parcial más adecuado. También aporta sugerencias sobre algún tipo de psicoterapia que le favorezca; d) proporciona observaciones pertinentes para mejorar el manejo intrahospitalario del paciente; e) brindar al paciente principios de realidad; f) crear conciencia de enfermedad en la familia del paciente e informarles al respecto de las posibles causas y consecuencias de la enfermedad mental, y hacer recomendaciones para el apoyo a la terapéutica de su familiar enfermo; g) promover la participación activa de la familia en el tratamiento, y h) desmitificar en lo posible la enfermedad mental y a la institución psiquiátrica.

Los objetivos antes mencionados se intentan obtener con varias actividades que se realizan individualmente con cada paciente y en actividades grupales con los pacientes y sus familiares.

Dentro de las actividades individuales y de atención médica se encuentran las entrevistas inicial y subsecuentes, la aplicación de una batería de pruebas psicológicas y su integración en un estudio psicológico, la elaboración de notas en el expediente del paciente y las sesiones de revisión de expedientes con el equipo interdisciplinario.

Por otra parte, dentro de las actividades grupales y de salud pública se encuentra: 1.- la asamblea de pacientes; 2.- la visita a puertas abiertas; 3.- la orientación a pacientes; 4.- la orientación a familias. Estos cuatro programas son organizados y coordinados por el área de Psicología y se realizan con la colaboración de las demás disciplinas.

En general, la asamblea de pacientes busca ser un foro de expresión de los enfermos en donde se puedan reunir con el equipo interdisciplinario para tratar temas generales del servicio en el piso, lo anterior con el objeto de establecer una comunicación más directa entre todos y una mejor organización del piso, con esto se cubre los objetivos anteriormente expuestos.

El programa de visita a puertas abiertas se realiza con el objeto de reducir en lo posible las fantasías de prisión y daño que los familiares de los pacientes manifiestan. Consiste en una visita que hacen los familiares a la sección de hospitalización continua. En un trabajo previo, antes de entrar a la sección, el psicólogo realiza una dinámica de sensibilización abordando el tema de la visita y alentando a los familiares a expresar sus opiniones, dudas, expectativas, temores y fantasías. Posteriormente el psicólogo coordina una sesión de reflexión sobre las vivencias de dicha experiencia.

La orientación a pacientes se refiere a la utilización de una técnica grupal de información y sensibilización en donde se brinda al paciente un mayor conocimiento de su enfermedad, del cuidado posterior a su internamiento y su reingreso a la comunidad. En esta actividad se abordan temas relacionados con la conciencia de enfermedad mental, en efectos secundarios del tratamiento farmacológico, el autocuidado, los aspectos familiares, en planificación familiar y en habilidades. Todo eso se realiza en diferentes sesiones con los pacientes, divididos en pequeños grupos no estructurados y abiertos en donde un miembro del equipo interdisciplinario expone el tema y lo trabaja con ellos y la psicóloga coordinadora del programa apoya las sesiones.

Por último, el programa de orientación a familias pretende involucra a la familia del paciente como co-participante en la evolución de los padecimientos psiquiátricos, además de integrar la participación activa de la familia en el tratamiento y la rehabilitación del paciente. La actividad se realiza en una sesión semanal coordinada por la psicóloga, en la que el equipo interdisciplinario apoya la exposición de diversos temas como por ejemplo: causas y consecuencias de la enfermedad mental, su definición, los fármacos utilizados en el tratamiento y sus efectos colaterales. la sexualidad del enfermo mental y la planificación.

3.3 Aproximaciones al Estudio de La Enfermedad Mental.

Como hemos visto hasta ahora, la concepción de la enfermedad mental en cuanto a sus causas, su tratamiento y el papel social del "loco" a variado mucho a lo largo de la historia, bajo la influencia de la cultura y de las diferentes épocas que ha vivido la humanidad.

En la actualidad la persona del "mente captus", poseído, alienado, o loco es considerada dentro de otra categoría, la de enfermo mental, lo cual lo reviste de características distintas.

A partir de éste momento se vuelve necesario hablar un poco de las nociones de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad, que determinan en alto grado la manera en que se contempla un padecimiento y al sujeto en sí.

En el caso particular de los padecimientos llamados mentales, se ha observado una fuerte tendencia a hacer equivalentes los términos de salud-normalidad y enfermedad- anormalidad. Así, una persona con una enfermedad mental se concibe, desde algunos puntos de vista como un desadaptado que no cumple con las normas estipuladas en una determinada sociedad mientras que una persona saludable es aquella que cumple con un tipo ideal de estructura y conducta.

" El comportamiento anormal es el que se desvía de la norma es decir, de la tendencia central de una población, del comportamiento general de los hombres de un grupo, lo normal, al contrario, es lo que prevalece en un momento dado, el

comportamiento más común, el más usual, el que alcanza los más altos porcentajes de presencia"
(Foley, J. citado por Bastide, R. 1981)

Lo normal es en este sentido lo conforme a la norma ya sea estadística o cultural prevaleciente en determinado momento.

La sociedad acoge a aquel que hace suyas "las reglas", lo reconoce y le da un nombre que lo identifica como miembro de un grupo; mientras que rechaza a aquel que por causas que parecen inexplicables e incomprensibles y por lo mismo amenazantes se ha alejado de ella.

" Enfermo es un concepto de no valor que comprende todos los valores negativos posibles. Estar enfermo significa ser perjudicial, indeseable o socialmente desvalorizado".

(Jaspers, 1975, p.254)

Pero ¿cómo se estipula quién es enfermo mental? Puede hablarse de una normalidad estadística que designa como enfermo a aquel que se encuentra en los extremos de una determinada curva, pero no creemos que éste sea el criterio que empuja a una persona a señalar a otra como extraña, anormal o loca.

En un intento por encontrar los criterios de salud mental, Marie Jahoda (1955), enumera tres: la adaptación al medio, la unidad de la personalidad, y la percepción correcta de la realidad. Sin embargo, plantea que analizando cada una de ellas resultan insostenibles, puesto que la realidad no es solo una, es difícil emitir un juicio respecto a la forma correcta o errónea en la que una persona puede llegar a percibirla. El medio en el que se desenvuelve un individuo puede ser determinado por diferentes factores y puede no ser el propicio de acuerdo a sus características. En cuanto a la unidad personal, ésta es muy difícil de obtener y evaluar, llega a encontrarse en sujetos con trastornos psíquicos graves por lo que tampoco resulta ser un criterio válido.

Podemos decir que el que una persona sea o no considerada como enferma depende en gran medida del medio y de las circunstancias, y que es susceptible de tener muchas y muy distintas interpretaciones, las que dan lugar a las diferentes aproximaciones al estudio de la enfermedad mental.

Como hemos podido ver hasta el momento, el estudio de la enfermedad mental se ha caracterizado por un persistente cuestionamiento a su etiología. Las relaciones entre el soma y el psiquismo han sido motivo de polémica a lo largo de la historia.

En el siglo XVII, Descartes se coloca a la cabeza del pensamiento científico, impregnando el desarrollo de las ciencias físicas y mecánicas. Concibe al hombre como dividido en dos partes: por un lado el alma libre e inmortal y por el otro el cuerpo considerado como una máquina. Esta división del hombre tuvo un enorme peso en el pensamiento psiquiátrico de los años siguientes. Así, para aquellos que se ciñen a la dicotomía cartesiana, el enfermo mental será pronto "aquel cuyas lesiones diversas, suficientes y necesarias, proporcionan la explicación de sus molestias y sus manifestaciones". (Ristich de Groote, M. 1972 p.73), mientras que, aquellos que consideran el alma o el psiquismo como factores capitales de la enfermedad mental se alejan de una concepción organicista siguiendo la línea marcada por Paracelso, Mesmer, Sthal, y más tarde Freud.

Bajo la influencia de estas corrientes de pensamiento, surgen distintos modelos teóricos que abordan el estudio de la enfermedad mental.

No cabe duda de que antes terreno exclusivo de hechiceros, adivinos, y finalmente sacerdotes, la enfermedad mental, es hoy en día materia de estudio de la medicina y en especial de la psiquiatría.

Diversas teorías han influenciado la práctica psiquiátrica. El psicoanálisis abrió perspectivas distintas dentro de esta rama haciendo que se creara un mayor interés hacia los aspectos psicodinámicos de la personalidad y cuestionando de manera importante el concepto de enfermedad mental en sí mismo.

Freud mostró a lo largo de sus estudios que entre la salud y la enfermedad mental se sitúan múltiples estados intermedios y que la línea que divide lo normal de lo patológico es casi imposible de determinar.

De acuerdo con De la Fuente, "todos los atributos de la personalidad patológica son en cierto grado observables en todas las personas, (...) y las diferencias entre lo normal y lo patológico son cuantitativas". (De la Fuente, R., 1981, p.68).

Es decir, que desde el punto de vista médico existe un sujeto normal y otro, que en la medida que sus síntomas se hacen más evidentes, se aleja más del primero y es visto como enfermo.

"Curar significa en principio, volver a llevar a la norma una función o un organismo que se han apartado de ella" (Canguilhem, G., 1984, p. 89), y a pesar de que en las instituciones psiquiátricas se sostiene que la enfermedad mental no es curable y únicamente se puede aspirar a controlarla, las distintas técnicas utilizadas para lograrlo intentan de alguna manera acercar al "enfermo" a la norma, dentro de lo posible.

A pesar de que la psiquiatría tiene hoy en día un enfoque mucho más psicodinámico y se ha comenzado a tomar en cuenta la influencia sociocultural que existe sobre la enfermedad mental, el enfoque organicista es, sin lugar a dudas, el que impera dentro de esta disciplina:

" (...) Que el cerebro es el órgano de la mente, lo atestigua el hecho de que los cambios estructurales debidos a las lesiones cerebrales directas o modificaciones del cerebro derivadas de alteraciones del medio interno del organismo, producen cambios en las funciones mentales aisladas y en la mente en su totalidad. El hecho de que el estado actual de nuestros conocimientos sobre la estructura y función del cerebro no sea conocer las localizaciones cerebrales y los mecanismos fisiológicos implicados en las operaciones más complejas del organismo humano, tales como el juicio, la imaginación, los deseos, etc, no nos autoriza a considerar estos procesos como cualitativamente diferentes, ni tampoco nos releva de la obligación de describirlos o investigarlos en los términos y con los métodos que los hacen más accesibles a ser comprendidos. En este sentido, no hay otras funciones que las orgánicas. Estructura y función son inseparables. La distinción entre trastornos funcionales y orgánicos depende sólo del estado actual de nuestra tecnología."

(De la Fuente, R., 1981, pp.70-71).

Ante este enfoque hegemónico, surgen otras aproximaciones al estudio de la enfermedad mental que ponen en tela de juicio los conceptos de salud-enfermedad, normalidad-anormalidad, y finalmente, el rol del psiquiatra con respecto al enfermo mental.

La antipsiquiatría surge, como se ha mencionado, como un cuestionamiento a la práctica psiquiátrica prevaleciente en la década de los años sesenta. Cuestiona la idea de un componente orgánico indispensable en la etiología de las enfermedades mentales, otorgando un valor preponderante a los factores sociales.

Para la antipsiquiatría, "la curación es un proceso normal que no necesita ninguna terapéutica" (Marti-Tousquets, 1986, p.225). Así, la locura es vista como una protesta contra la sociedad. Se le debe permitir desarrollarse, aceptándola y acogiéndola dentro de la sociedad, pues si bien el psiquiatra es el encargado de buscar las "causas", de "dar cuenta del porqué" de la enfermedad mental, es aquella la que designa los enfermos que éste debe tratar.

Se da una fuerte oposición a la idea de salud o normalidad como preexistente al mismo hombre y a su sociedad, ya que, tal como plantea Roger Bastide (1980), "cada civilización tiene su propio sistema de normas por lo que es posible considerar patológico en una civilización lo que es normal en otra y viceversa"(p.90)

De esta manera, resulta que llegar a precisar quién es un enfermo mental y quién goza de salud en este terreno está sujeto a interpretaciones subjetivas. No existe una sola norma, y es a partir de esta idea que la antipsiquiatría niega la existencia de la enfermedad mental.

Este enfoque ha influenciado los trabajos que hasta la fecha se han realizado en los campos de la sociología, la antropología y la psicología social que, dejando de lado el estudio del individuo en particular y la preocupación por categorizarlo como normal o anormal, enfermo o sano, intentan comprender el contexto que se crea a partir de la interacción individuo-sociedad.

Finalmente, el psicoanálisis cuestiona la existencia de un sujeto normal como libre de toda patología. Sostiene que aquellos rasgos señalados como patológicos en algunos individuos, son en realidad parte estructurante de toda persona, por lo que se vuelve irrelevante plantear la existencia de un sujeto enfermo en contraposición a otro saludable.

Así, el proceso de la "cura" es visto en forma distinta al modelo psiquiátrico. No se da éste tipo de "cura" en la medida en que no se piensa en una norma a la que se deba regresar al sujeto.

El interés fundamental del psicoanálisis freudiano radica en el estudio del inconsciente como rector de las "motivaciones" del individuo, y es la interpretación simbólica el principio en que se basa la técnica.

Su material e instrumento de curación es, tal como lo plantea Pelcastre (1991), al mismo tiempo el lenguaje y su propia capacidad interpretativa.(p.49)

A pesar de las divergencias existentes entre el modelo médico y el psicoanálisis, la noción de inconsciente dinámico ha influenciado mucho la práctica psiquiátrica, que ha incorporado algunos de los planteamientos de Freud a su conceptualización de la personalidad.

Aunque existen otras aproximaciones al estudio de la enfermedad mental, consideramos que las que hemos mencionado brevemente son aquellas que han tenido una influencia más determinante en el trabajo que se lleva a cabo en la actualidad, por lo que resultan de más relevancia para.

3.4 Representación Social y Enfermedad Mental.

Podemos afirmar que la figura del loco tiene una existencia propia dentro de todo grupo social. Ese individuo extraño, que camina por las calles hablando solo, perseguido por demonios invisibles o elegido por Dios para salvar al mundo por cuenta propia, con cara de alucinado, emitiendo gritos estridentes o sumido en un mutismo absoluto como confinado en sí mismo, es el loco, al que hoy endía se llama enfermo mental y que ahora nos ocupa. La sabiduría popular nos da innumerables muestras de su existencia. "Cada loco con su tema", "no te aloques", "no te alucines", "está como loco", "loco de remate", "te patina el coco", "estas mal de la azotea", "loco de atar", "pirado", "tocadiscos", "botado", "orate", "le falta un tornillo", etc., son frases, dichos y palabras que atestiguan su presencia, pero que no necesariamente garantizan su comprensión.

Decimos que comprendemos en la medida en que algo nos crea sentido, se nos vuelve familiar o inclusive propio. Pero ¿será este el caso del sujeto extraño del que tanto hemos hablado?

Cuando caminamos por la calle lo distinguimos con facilidad. Detectamos aquellos rasgos que lo hacen diferente, podemos sentirnos atraídos por él, admirarlo, repudiarlo e inclusive venerarlo. Podemos formarnos una opinión respecto a su manera de comportarse, formular hipótesis respecto al origen de su "rareza" y

terminar por manifestar una actitud hacia la locura en general, pero, ¿de qué manera se hace comprensible el fenómeno?

Una vez que se ha categorizado a alguien como loco, se echa mano de toda la información que se tiene al respecto, para tratar de explicar el origen de su padecimiento. Así, hablamos de la locura como consecuencia de "traumas" infantiles, de la influencia de una mala estrella, de factores congénitos, hereditarios, de la influencia de malas compañías, de vicios o virtudes exacerbadas.

Hay una locura permisible y otra que no lo es dependiendo del grado que alcance y de la forma y el espacio que elija para manifestarse. Aquellas palabras que en boca de un artista o un filósofo son manifestaciones de una sensibilidad incomprendida, se convierten en labios de la persona común en tonterías, incoherencias, idioteces o ideas delirantes.

" El mundo de hoy admite mal a los soñadores y a los "artistas" improductivos. No tienen otra elección que la del asilo, único lugar en el que la locura es permitida".

(Mannoni, M. 1990 p.31)

Tal y como lo atestiguan Cervantes, Erasmo, Shakespeare y el Bosco entre muchos otros, el loco está presente en la literatura, en el cine, en el teatro, en la música, en la pintura y en los refranes que a diario utilizamos. Estas son algunas de las fuentes a las que tenemos un acceso inmediato y que por influencia de manera directa las ideas, opiniones o actitudes o manifestaciones hacia la locura.

Por otro lado, dependiendo del ambiente en el que nos desenvolvemos existe contacto más o menos directo con un tipo de información que podríamos denominar científica que aporta otro tipo de elementos.

Los tipos de información mencionadas forman parte de un bagaje cultural que unido al sentido común proporciona las herramientas con las cuales nos apropiamos del fenómeno, en el intento de hacerlo comprensible o al menos explicable.

La realidad se nos impone con distinta intensidad. Hay fenómenos que precisan explicación, cuya comprensión nos es imprescindible, pues se manifiestan en nuestra vida cotidiana con tal fuerza que no podemos ignorarlos, mientras que otros pasan desapercibidos porque resultan tan ajenos que carecen de significado.

De esta manera, observamos que existen representaciones solo para algunos fenómenos y que algo puede ser importante para un determinado grupo mientras que para otro puede resultar irrelevante.

En el caso particular de la enfermedad mental y para el fin específico del trabajo que nos ocupa, es importante señalar que, si bien, se ha determinado que existe un conocimiento sobre el tema compartido por un grupo social, el fenómeno no necesariamente crea un mismo sentido para todos sus miembros. Puede ser que el conocimiento se presente a manera de ideas inconexas sin que sea posible sistematizarlas para crear una estructura que se comparta, en otras palabras, estas ideas no necesariamente van a dar lugar a una representación social.

Diversas investigaciones se han desarrollado en torno a la representación social de la enfermedad mental. De Rosa (1984) investigó el desarrollo de los sistemas de creencias en torno a la enfermedad mental en grupos de niños y adolescentes. Jodelet (1975) realizó un estudio sobre la reacción de los habitantes de diversos poblados en Francia hacia los enfermos mentales que eran colocados en su medio y encontró que sus representaciones eran determinadas por nociones tradicionalistas que determinaban la manera en que interactuaban con ellos.

A partir de estas investigaciones y tomando en cuenta las consideraciones que hemos hecho hasta el momento, nos planteamos conocer si existe o no una representación social de la enfermedad mental en un grupo directamente relacionado con el fenómeno: una población conformada por familiares con pacientes psiquiátricos institucionalizados.

Alejele el torrente preguntándole cuál era aquel tiempo que él celebra, en que vivía feliz y se le hace todavía tan apetecible.

- ¡Pobre demente! - exclamó con una sonrisa compasiva- . Se refiere a la temporada en que estaba ido; es la que celebra; la de su permanencia en el hospital e, en que se hallaba fuera de sí.

Ésta expresión fué para mí un centellazo; púsele una monedilla en la mano, y la dejé arrebatadamente.

*- ¡Cuando eras dichoso -exclamé, utropellándome hacia el pueblo-, cuando te hallabas en tu elemento, como el pez en el agua ...! ¡Dios de los cielos!
¿ Dispusiste que en la suerte del hombre no cupiese felicidad sino antes del uso de razón o en su carencia? ¡Desdichado! Y, sin embargo, ¡cuánto envidio el destempe y trastorno de potencias en que yaces! Tú andas esperanzado en coger flores para tu reina..., en el invierno..., y te desconsuelas por no hallarlas, y no alcanzas por qué no das con ellas. Y yo... yo salgo desahuciado y sin objeto, y me envuelvo como vine. Tú sueñas qué hombre serías si te pagasen los Estados.
¡Dichosa criatura, que conceptúa toda su bienaventuranza alejada por estorbos humanos! Tú no percibes, tu no alcanzas que en tu pecho alterado y en el trastorno de tu cerebro estriba tu desventura, que todos los reyes de la tierra no pueden remediar. (...) ¿ Y llamaréis a esto locura vosotros, los chalanes de palabras?... ¡Locura!*

(Goethe, J.M., Las Cuitas de Werther, 1944, p.103)

CAPÍTULO IV
DESARROLLO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO IV DESARROLLO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

El hecho de estudiar el fenómeno de la representación social de la enfermedad mental, nos remite a considerar que su contenido se manifiesta como un producto sociocultural, que está presente en el pensamiento de ciertos grupos de personas, y que por lo tanto debe ser estudiado con una metodología cualitativa que nos permita no solo enumerar y clasificar, sino también comprender la representación social dentro del marco de referencia de las personas, tomando en cuenta todas sus perspectivas, haciendo uso de los métodos necesarios para comprender la interpretación (y el proceso en el que se realiza) del fenómeno de la enfermedad mental.

Parafraseando a Ibañez (1989,p.112) podemos decir que "ningún investigador social puede pensar la sociedad en la que vive desde fuera de ella misma, es decir, desde un lugar que le sea exterior" ya que somos parte de ella, y es a partir del momento en que desaparece la distinción entre el sujeto productor de conocimientos y el objeto de conocimiento que se reconoce que el saber sobre la sociedad está EN la sociedad, y que es necesario dejar la creencia en una supuesta "objetividad" de los saberes psicosociales., sustituyendo la razón instrumental por una racionalidad basada en la comprensión y la dilucidación de la realidad social. Por lo anterior se presenta esta investigación desde una perspectiva psicosocial, haciendo uso de metodología cualitativa ya que es ésta la que se requiere para la comprensión del fenómeno en cuestión: La representación social de la enfermedad mental en familiares de pacientes psiquiátricos institucionalizados.

De acuerdo con el propósito de la investigación y la orientación teórica que se adoptó, es decir, la teoría de la representación social que se refiere al estudio de los modos de pensar y simbolizarse el mundo de la gente, se utilizó un marco metodológico acorde con este modelo teórico, esto es, el análisis de contenido propuesto por Moscovici (1961) que se refiere precisamente al análisis de los modos de pensar de las personas, es decir su ideología.

El interés específico de esta investigación se centró en la significación que tiene la enfermedad mental para la familia del enfermo mental, y enseguida describiremos el trabajo metodológico que se siguió para abordar el tema desde la perspectiva de la representación social.

4.1 Objetivos

4.1.1 Objetivo General.- el objetivo general de este trabajo fue conocer la representación social que tiene la familia del enfermo mental institucionalizado; en otras palabras, cómo entienden la enfermedad mental, qué significado tiene para ellos, cómo la viven, cuáles son sus expectativas y creencias en torno a ella. Esto resulta importante ya que la manera que tienen de concebir la enfermedad mental repercute y orienta el desenvolvimiento que esta tiene dentro de la realidad social.

4.1.2 Objetivos Específicos.-

1.- Llevar a cabo un análisis de contenido sobre la conceptualización que tiene de la enfermedad mental los familiares de dos grupos de pacientes psiquiátricos institucionalizados: uno formado por pacientes internados por primera vez, y otro por pacientes con internamientos múltiples.

2.- Realizar un tratamiento teórico-metodológico de los datos obtenidos que permitiera la comprensión de la representación social de la enfermedad mental en estos dos grupos de familiares.

4.2 Problema de investigación.

El problema de investigación se definió de la siguiente manera:

¿Cuál es la representación social de la enfermedad mental que tienen los familiares de pacientes psiquiátricos institucionalizados por primera vez y de aquellos de pacientes con con internamientos múltiples?

4.3 Hipótesis

4.3.1 Hipótesis Conceptual

a) Las representaciones sociales constituyen una organización psicológica y una forma de conocimiento que es específica de nuestra sociedad y que no es reducible a ninguna otra forma de conocimiento (Moscovici, 1961).

b) La representación social es una manera de pensar e interpretar la realidad cotidiana siendo ésta una forma de conocimiento social; permite una comprensión de esa realidad que lleva al desenvolvimiento del comportamiento dentro de la misma (Moscovici, 1961,1985).

4.3.2 Hipótesis de Trabajo

Moscovici (1985) plantea que la representación social es una manera de pensar e interpretar la realidad cotidiana, siendo ésta una forma de conocimiento social que varía en cada uno de los grupos que forman la sociedad. En éste caso vimos que la representación social que hay de la enfermedad mental en los familiares de pacientes de primer ingreso es distinta a la de aquellos de pacientes con ingresos múltiple. Así las hipótesis son las siguientes:

H_0 = No hay diferencias cualitativamente significativas en la representación social de la enfermedad mental entre el grupo de familiares con pacientes de primer ingreso y el grupo de familiares de pacientes con ingresos múltiples.

H_1 = Si hay diferencias cualitativamente significativas en la la representación social de la enfermedad mental entre el grupo de familiares con pacientes de primer ingreso y el grupo de familiares de pacientes con ingresos múltiples.

4.4 Variables

4.4.1 Variable Dependiente.- La representación social que tiene los familiares

4.4.2 Variable Independiente.- Grupo de primer ingreso y grupo de ingresos múltiples.

4.5 Tipo de Estudio

El tipo de estudio fue evaluativo de campo ya que el fenómeno se dió y no se manipularon las variables. Se hizo solo un análisis de cómo las variables antes señaladas influyeron en la representación social de la enfermedad mental que tiene los familiares.

4.6 Muestra

La muestra fue no probabilística de tipo intencionado ya que se trabajó con estos dos grupos de familiares en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". La muestra quedó constituida por un total de 40 sujetos: 20 del grupo de pacientes de primer ingreso y 20 del grupo de pacientes con ingresos múltiples.

Estos dos grupos se eligieron partiendo de la base de que al entrar en contacto con la institución psiquiátrica, los familiares reciben diversos tipos de información respecto a la etiología, tratamiento y manejo del paciente psiquiátrico. El primer grupo se formó por aquellos familiares con pacientes que habían ingresado por primera vez y que pensamos tendrían un menor manejo de la información y el segundo grupo se conformó con familiares de pacientes con más de dos ingresos, quienes pensamos que al tener más contacto con la información tendrían un mejor manejo de la misma

Se entrevistó individualmente a cada sujeto y la información obtenida se mantuvo anónima.

4.7 Instrumentos

Los instrumentos por medio de los cuales se obtuvo la información fueron:

- un guión de entrevista
- una grabadora
- cassettes necesarios para grabar todas las entrevistas.

Se elaboró un guión de entrevista semiestructurada que abordó libremente diversos aspectos de la enfermedad mental, basado en lineamientos generales de la propia teoría de las representaciones sociales y del fenómeno de la enfermedad mental. Este tipo de entrevista se eligió por las siguientes ventajas:

- 1) Permite conocer el universo representacional de la población y no simplemente las reacciones que ésta pudiera transmitir a través de preguntas con cuestionarios estructurados.
- 2) No limita la información que se desprende de la entrevista.

Para guión de entrevista ver Anexo 1.

4.8 Trabajo Piloto

Se tomó una muestra previa al estudio empírico definitivo, de dos familiares de pacientes de primer ingreso y dos de pacientes con ingresos múltiples, con el fin de observar la claridad de las preguntas y su grado de complejidad. Una vez piloteado este primer instrumento se elaboró la entrevista final que se realizó en la población seleccionada.

4.9 Definición de Categorías

A partir de la información que se obtuvo en el piloto y en el estudio final, se elaboraron diferentes categorías de análisis las cuales sirvieron para la explicación

de los resultados. Las categorías de análisis quedaron definidas de acuerdo con dicha información de la siguiente manera:

- **Organicista.**- Son todas aquellas respuestas que retoman información de la ciencia médica.
- **Mágica-Mística.**- Son todas aquellas respuestas que basan sus explicaciones en mitos y creencias, supersticiones o fenómenos sobrenaturales.
- **Psicológica.**- Todas aquellas respuestas que hacen referencia a fenómenos psicológicos tales como personalidad, problemas mentales, traumas, etc.
- **Afectiva.**- Corresponde a esta categoría todas las respuestas que expresan afectos, emociones y sentimientos.
- **Social Ambiental.**- Pertenecen a esta categoría todas aquellas respuestas cuyo contenido expresa fenómenos sociales y medio ambiente tales, tales como familia, clase social, vida cotidiana, roles, medios de comunicación, etc.
- **Indefinida.**- Son todas las respuestas que no entran dentro de las categorías anteriores.
- **Nula.**- Es cuando los entrevistados no responden a la pregunta planteada, o ignoran la respuesta.

CAPÍTULO V
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Después de realizar los trámites necesarios para obtener el permiso de la institución en la que se trabajó, se procedió a entrevistar a los familiares, uno por uno, a quienes se les aclaró que su participación debía ser grabada y que sería anónima. Las entrevistas se realizaron con los familiares que aceptaron colaborar de manera voluntaria, en un consultorio, donde se trabajó con tranquilidad. La duración de las entrevistas varió de 15 a 25 minutos.

Realizadas las 40 entrevistas individuales, se transcribieron de los audiocassettes a un block (ver anexos 2 y 3 donde presentamos 2 entrevistas completas). Posteriormente se agruparon las respuestas similares (de acuerdo con los rubros de la entrevista) y se inició la categorización con base en las categorías establecidas: mágica, organicista, psicológica, afectiva, social-ambiental, indefinida y nula.

Los resultados de las frecuencias y porcentajes en cada grupo de familiares se describirán a continuación.

Daremos inicio con el grupo de los familiares de pacientes de primer ingreso, grupo "A", en el que se encontró que en el rubro "etiología", el 23.3%(7) del total de respuestas se categorizaron como mágicas, 30%(9) como organicista, el 16.6%(5) como psicológica, 6.6%(2) como afectiva, 20%(6) como social-ambiental, y 3.3%(1) como indefinida.(ver anexo 6).

En lo que respecta al rubro "características", el 4.7%(1) se ubicó en la categoría mágica, el 9.5%(2) en la organicista, el 4.7%(1) en la psicológica, 4.7%(1) también en la afectiva, 71.4%(15) en la social-ambiental, y 4.7%(1) en la categoría indefinida.(ver anexo 8)

En cuanto al rubro "trato", el 4.7%(1) de las respuestas de este grupo cayó en la categoría mágica, el 4.7%(1) en la categoría organicista, 85.7%(18) cayó en la categoría afectiva, y por último el 4.7%(1) en la categoría indefinida.(ver anexo 10)

En el rubro "fuentes" se dió un 5% (1) que cayeron dentro de la categoría mágica, 10%(2) en la categoría organicista, 5%(1) en la psicológica, y 80%(16) en la categoría social-ambiental. (ver anexo 12)

Finalmente en el rubro de "reacción inicial", el grupo "A" dió 20%(4) de las respuestas que se ubicaron en la categoría mágica, 65%(13) en la organicista, 5%(1) en la psicológica, y 10%(2) en la social-ambiental.(ver anexo 16)

En el segundo grupo de familiares, el grupo "B", en lo que corresponde al rubro "etiología", un 11.1%(4) del total de respuestas se ubicó dentro de la categoría mágica, el 22.2%(8) se ubicó dentro de la categoría organicista, el 16.6%(6) en la psicológica, 11.1%(4) en la categoría afectiva, 36.1%(13) se ubicó en la categoría social-ambiental y un 2.7%(1) en la categoría indefinida(ver anexo 7).

Por otra parte, en el rubro "características", el 10%(2) del total de las respuestas se categorizó como mágica, otro 10%(2) se ubicó en la categoría organicista, el 20%(4) se ubicó en la categoría psicológica, 55%(11) en la social-ambiental y el 5%(1) en la categoría nula. (ver anexo 9).

En cuanto al rubro "trato", las respuestas de este grupo se categorizaron como se describe a continuación: 4.3%(1) se ubicó en la categoría organicista, otro 4.3%(1) en la psicológica, 73.9%(17) en la categoría afectiva, 8.6%(2) en la social-ambiental, 4.3%(1) también en la categoría indefinida y 4.3%(1) en la nula.(ver anexo 11).

Las respuestas respecto a las fuentes de información se agruparon de esta manera. el 28%(7) se categorizó como organicista, el 8%(2) en la afectiva, el 52%(13) en la social-ambiental, y el 12%(3) en la indefinida. (ver anexo 13).

Por último, en el rubro "reacción inicial", se categorizó un 15%(3) de respuestas como mágica, el 70%(14) como organicista, el 10%(2) en la social-ambiental, y el 5%(1) en la categoría nula. (ver anexo 17).

CAPÍTULO VI
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA:

ANÁLISIS CUALITATIVO

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: ANÁLISIS CUALITATIVO.

Respecto al rubro "etiología", el grupo "A" mostró una ligera tendencia a darle mayor importancia a los factores orgánicos como causa de la enfermedad, haciendo referencia a golpes de cabeza, disfunciones cerebrales, efectos de drogas, etc., por lo que su tipo de pensamiento fue categorizado como organicista. Sin embargo es importante hacer notar que el 25% de la población consideraba elementos supersticiosos y sobrenaturales como causas directas de la enfermedad mental: "Le hicieron un trabajo y están tratando de influir sobre él", "le han de haber puesto algo en la bebida", y otro tanto que consideró también factores sociales como la causa de la enfermedad mental.

En el rubro "características de la enfermedad mental", los familiares del grupo "A" expresaron ideas tales como: "ve cosas raras", "hace como perro", "se cree que lo andan persiguiendo", "se la pasa hablando de cosas así como de sexo" etc., sin hacer mención de términos científicos, por lo que su tipo de pensamiento fue considerado dentro de la categoría social-ambiental.

En lo que respecta al rubro "trato", consideramos el tipo de pensamiento como afectivo ya que las respuestas emitidas por este grupo manifestaban que a los enfermos mentales se les debía de tratar con afecto y paciencia, intentando razonar con ellos, brindándoles el apoyo que requirieran y tratando de entenderlos mejor.

En el siguiente rubro, "fuentes", se pudo observar claramente que la información que manejan los familiares entrevistados en este grupo fue obtenida de los medios masivos de comunicación y de la experiencia cotidiana: "por ahí por mi casa me dijeron que ...". "en los programas de televisión luego salen casos así". Debido a esto incluimos el tipo de pensamiento manifestado en la categoría social-ambiental.

Por último en el rubro "respuesta inicial" se observó una tendencia a llevar a los enfermos al médico familiar o a instituciones de salud por lo que lo ubicamos dentro de la categoría organicista.

Para finalizar la descripción del análisis cualitativo de este grupo de familiares es necesario puntualizar algunas observaciones generales:

Las ideas que se tienen respecto a la etiología de la enfermedad mental no muestran una línea predominante ya que mientras las respuestas de unos la atribuyen

a la drogadicción o a golpes recibidos, otros la relacionan a la falta de actividad sexual o a "quererse meter demasiado en los libros".

Por otra parte observamos también que una parte del grupo respondió inicialmente llevando a su familiar con el brujo o el chamán de su comunidad.

Es importante referirnos a ciertas preguntas de la entrevista que no formaban parte de un rubro en especial pero que consideramos necesarias para la comprensión del fenómeno: la pregunta num.15 y la pregunta num.16 (ver anexo 1). Las respuestas fueron las siguientes: El grupo consideró que lo ocurrido a sus familiares sí podía ocurrirle a cualquier persona tanto como a ellos mismos.

Para terminar el análisis de los resultados obtenidos en éste primer grupo de familiares citaremos algunas de las respuestas que dieron a la entrevista:

"... Se vuelve uno así nervioso también por un susto"

"... Se puede pensar que es algo de la mente, que algo le afectó el cerebro. Como debilitación del cerebro porque ya ve que allá en el capmo la alimentación, pues es diferente".

"...Dicen que es maldad que le hicieron y por eso está así".

"...Lo que tiene mi hermana es del sentido, del sentido del cerebro. Haga de cuenta que ella no quiere admitir lo que le pasa".

"...Se le alteran a uno los nervios y se pone de malas, a cualquiera le puede pasar..."

"...Para mí es una pérdida de uno mismo, o sea que ya no es uno, uno ya está actuando como yo, sino es un, es un algo que nace en nosotros o que muere, no sé en realidad, pero ya no somos dueños de nuestros actos por lo que vi en él, su mirada fija como de odio digamos, hacia los demás..."

"...Yo le tengo paciencia, su familia de mi esposo de todo se enoja con él, todo les molesta; los muchachos se burlan de él, le hacen maldades...Hay que tenerles paciencia, tratarlos bien..."

Procederemos ahora a realizar el análisis cualitativo del segundo grupo de familiares, el grupo "B".

En el rubro "etiología" éste grupo mostró cierta inclinación a considerar los factores sociales como causa de la enfermedad mental: "los problemas de la casa", "le afectaron los problemas familiares, se le murieron dos maridos y no lo podía aceptar", dicen que está así porque no se ha casado", "es por sus amigos", "simplemente se juntó con malas compañías", etc. Por éste motivo incluimos su tipo de pensamiento en la categoría social-ambiental, aunque también hicieron mención de de causas organicistas, psicológicas y mágicas.

En lo que corresponde al rubro "características" los familiares de éste grupo, al igual que los del grupo "A", expresaron que su enfermo "decía cosas raras", "veía visiones", "no sabía quien era", "se echaba a correr", etc., por lo que consideramos su tipo de pensamiento dentro de la categoría del mismo nombre.

Las fuentes de información más comunes para el grupo "B" son los medios de comunicación y la experiencia cotidiana por lo que fueron incluidas en la categoría social-ambiental.

En cuanto a la respuesta inicial de los familiares al enfrentarse por primera vez al problema ambos grupos reaccionaron llevando a su familiar al médico motivo por el cual se incluyó en la categoría organicista.

Haremos aquí algunas observaciones generales respecto al grupo "B":

Al igual que en el grupo "A", la etiología no presenta una línea predominante ya que las respuestas fueron diversas y caían en varias categorías.

Respecto al trato, aún y cuando también fué predominantemente afectivo, se manifestó en menor proporción. Esto mismo sucedió con las fuentes de información ya que al igual que en el grupo "A" predominó en este rubro la categoría social-ambiental aunque en menor proporción. Es necesario señalar que en este rubro se mostró también que parte del grupo obtuvo información de medios académicos y científicos lo cual no se dió en el primer grupo de familiares.

Con respecto a si le podía ocurrir a cualquier persona lo ocurrido con su familiar, los miembros de este grupo respondieron principalmente de forma afirmativa.

Para terminar con el análisis cualitativo de este grupo citaremos algunas de las respuestas proporcionadas.

"...Uno se vuelve loca porque no sabe enfrentar la realidad".

"...Puede ser como en el caso de mi cuñada la falta de sexo porque ella se quedó soltera y a cierta edad ya es necesario. También el terremoto del 85 que la espeantó muchísimo y se quedó traumada. Tal vez eso le pasa a la gente hipersensible".

"...La traiciona el sentimiento y se acuerda de lo que le hizo su marido de antes y así se pone, mal, porque la traiciona el sentimiento".

"...Las personas que se dice locas es, pues, porque tienen una enfermedad mental o un trauma. Es así como si fuera un virus y que si no se atiende se ponen mal. Es que está mal del cerebro..."

"...El problema con él es que no ha aceptado que está enfermo y no se toma las medicinas..."

"...Yo me hice cargo de él; tenemos miedo que nos vaya a pegar. Mi hermana me dijo- pues no sé a donde lo pones o a donde lo llevas, ya no lo aguanto- ..."

"...Pues yo digo que es la pérdida de todo el conocimiento de la realidad ¿no?, o sea que no saben lo que están haciendo, no saben por qué el cerebro no les funciona..."

"...Algunas personas dicen que por qué no la llevo a curar, que a lo mejor le hicieron algo... yo con el fin de que se aliviara si lo creyera yo..."

CAPÍTULO VII
DISCUSION Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Después de realizar el análisis cualitativo, presentaremos ahora la discusión de los resultados obtenidos, para lo cual retomaremos nuestro cuestionamiento inicial respecto a si hay o no representación social de la enfermedad mental en dos diferentes grupos de familiares de pacientes psiquiátricos institucionalizados.

Para responder a este cuestionamiento retomamos la teoría que sustenta la investigación de ésta tesis: La Representación Social. En ella se plantea que las representaciones sociales son construcciones de la realidad socialmente significativas y compartidas que se forman a partir de un fondo cultural común compuesto por el conocimiento del sentido común y el científico. Se constituyen por medio de dos procesos fundamentales: el anclaje y la objetivación. Son pensamiento constituido y constituyente, estructuradas e irreductibles.

Hablaremos en principio del grupo constituido por familiares de pacientes institucionalizados por primera vez. Observamos que se ha formado una representación social de tipo social-ambiental, a la que se han incorporado elementos de la vida cotidiana que permiten categorizar al enfermo mental como un fenómeno más de la realidad social y como producto de la misma. Así se piensa que la enfermedad mental es causada por factores orgánicos, sociales o mágicos incontrolables que la provocan en determinadas circunstancias y cuando el ambiente en el que se desenvuelve el sujeto es propicio.

Esto se objetiva en el momento en que estas personas pueden otorgarle un nombre al fenómeno y actúan consecuentemente. De ésta manera, la persona que se echa a correr sin motivo, que habla sola, o dice "ver cosas", se comporta de manera extraña, "hace como perro", etc., es nombrada enfermo mental y requiere ser recluida para su protección y para evitar la burla de los demás.

Podemos observar la naturaleza convencionalizadora de la representación social que establece un modelo compartido en donde se ubica al enfermo mental y su naturaleza prescriptiva que marca lo que se debe pensar y hacer con respecto a la enfermedad.

Como ya se ha dicho, las representaciones sociales permiten hacer un fenómeno más familiar y comprensible, involucrando elementos afectivos y vivencias compartidas con los demás. Esto se manifiesta en la clara tendencia de éste grupo a considerar que lo ocurrido con sus familiares puede ocurrirle a cualquier persona incluyéndolos a ellos mismos.

Si bien existe representación social en éste primer grupo de familiares ésta no se manifiesta claramente en el segundo grupo, formado por familiares de pacientes psiquiátricos con 2 o más internamientos en donde observamos un pensamiento ambivalente, elementos mágicos, organicistas, social-ambientales, y psicológicos, especialmente en lo que respecta al origen de la enfermedad mental. Las respuestas van desde aquellas personas que piensan en la enfermedad mental como consecuencia de fenómenos mágicos, "... como un espíritu que le influye el pensamiento" (sic.), cuestiones de origen afectivo, "... la traiciona el sentimiento porque como la dejó su marido...", falta de actividad sexual, daño cerebral, efecto de drogas, etc.

En principio parece que tener más información sobre el fenómeno genera confusión en el grupo, lo cual se refleja en una ligera disminución de las respuestas afirmativas cuando se les interroga respecto a la posibilidad de que les pueda ocurrir a ellos lo mismo que a su familiar.

Contrariamente a los resultados obtenidos por Echevarría y Paez (1989) en su investigación de la representación social del SIDA, vemos aquí que la nueva información no ha sido incorporada a la representación social preexistente, sino que es manejada como si fuese un "banco de datos" del cual se echa mano para responder a las preguntas de la entrevista, pero que no parece tener una influencia directa sobre la forma de proceder de los familiares en el momento de enfrentarse a la situación.

El contacto con la institución psiquiátrica hace que haya un mayor acceso al conocimiento científico. Se hace evidente para los familiares que existen explicaciones en torno al fenómeno, distintas a las suyas.

" La ciencia penetra hasta el fondo del conocimiento vulgar, despierta su atención sobre los fenómenos hasta entonces olvidados: le enseña a analizar nociones que se habían mantenido confusas y enriquece así el patrimonio de las verdades comunes a todos los hombres o, al menos a aquellos que han alcanzado cierto grado de cultura intelectual".
(Moscovici, S. 1984 p.684)

Mientras una persona da una explicación orgánica al problema de su familiar puede atribuir la enfermedad mental de otra persona a factores sociales.

" El trabajo de la ciencia aparece así como un trabajo de dilucidación y de ordenamiento de materiales populares, religiosos e incluso mágicos. Por medio de la razón transforma lo que ha sido acumulado por la tradición. Somete al control de la experiencia lo que sólo estaba sujeto al control de la práctica y del grupo. En pocas palabras, la ciencia no sería más que el sentido común sistemático".

(Moscovici, S. 1984 p.683)

Así, observamos que este segundo grupo recurre inmediatamente al médico cada vez que se agudiza el cuadro de su paciente, esperando que se le ofrezca una solución.

Retomando la característica de la representación social como pensamiento constituido y constituyente podemos pensar que se está dando una dinámica de transformación en la que se integran nuevos elementos y construyen nuevas categorías para darle cabida a la nueva información.

"En la calle ha visto gente así y la señalo y me he burlado de ella, pero ya con lo que le pasó a mi hermana y viendo a la gente de aquí pues sé que ellos también sienten igual que uno y que uno no sabe y igual y le puede pasar a uno".

Creemos que no se puede hablar de de la existencia de una representación social en este grupo, porque no es posible detectar claramente los procesos de anclaje y objetivación. La información obtenida a través de la entrevista hizo posible detectar que las actitudes que adoptan con respecto a la enfermedad mental no corresponden a las ideas que manifestaron en el curso de la entrevista.

De acuerdo con Herzlich (1975 p.397), " se puede sostener que la aprehensión de un objeto social es inseparable de la formación de un lenguaje que le concierne". Sin embargo, es importante preguntarnos si corresponde ese lenguaje a una representación efectiva o si serán sólo verbalismos en respuesta a las preguntas de la entrevista.

Por su parte, Teresa Cabruja (1984) menciona que a pesar de que se ha supuesto que la disminución en el temor que acompaña a la representación de la locura podía dar lugar a una disminución en las conductas de rechazo. Se ha podido observar que

esto no sucede así sino que éstas continúan surgiendo en algunos comportamientos y actitudes, a pesar de que se aparente una mayor tolerancia. " Pueden haber cambiado algunas de sus formas de expresión, sin embargo los prejuicios y temores continúan". (Cabruja, T. 1989, P.191)

Cuando es preciso enfrentar el problema de la enfermedad mental parece que la solución está en el sentido común. Ese cuerpo de conocimientos espontáneos que da lugar a un cierto tipo de representación, que a su vez lleva a que se adopte una determinada actitud y a que se obre en consecuencia.

Podemos pensar que el segundo grupo de familiares actúa en principio, conforme a lo que les dicta su sentido común, el cual no ha incorporado los elementos de la ciencia proporcionados por la institución, que sí se pudieran detectar en el momento de la entrevista a un nivel que denominaremos "informativo".

" Dicen que es algo así como que no le funciona el cerebro".

" Yo no sé, pero en las pláticas dicen que luego se hereda".

La interpretación de los datos antes expuestos surgió como resultado de la discusión sobre aquellos obtenidos en la investigación empírica, donde encontramos diferencias importantes entre los dos grupos de familiares. En ambos grupos encontramos elementos socialmente compartidos, pero a diferencia del primero en el que se compartía mayormente la forma de comprender la enfermedad mental, el segundo grupo presentó un conocimiento ambivalente sobre el fenómeno. Se encuentran tanto elementos de la vida cotidiana como del conocimiento científico que proporciona la institución psiquiátrica incluidos en su comprensión del fenómeno, misma que no es compartida por los miembros del grupo.

Saber si había o no representación social en cada grupo nos llevó a considerar las características de las representaciones sociales que pudimos encontrar en el primer grupo. En el segundo no fué posible dilucidarlas debido a la falta de estructuración en su pensamiento.

Esta falta de estructuración se manifiesta en el hecho de que no existe una visión compartida en éste segundo grupo respecto a las causas de la enfermedad mental y se atribuye a factores muy diversos. Por otra parte, su trato hacia el enfermo mental refiere la necesidad de apoyarlo y comprenderlo, ayudándolo así a controlar su problema, actitud que no se ve reflejada en el momento de la convivencia con él.

Ahora procederemos a analizar las dimensiones de la representación social del primer grupo y las dimensiones en torno a las cuales posiblemente se esté estructurando la representación social del segundo. Estas son la actitud, la información y el campo de representación.

" La actitud se manifiesta como la disposición más o menos favorable que tiene una persona hacia el objeto de la representación, y expresa por lo tanto la orientación evaluativa en relación a ese objeto. Los diversos componentes afectivos que forman parte de cualquier representación se articulan precisamente sobre ésta dimensión evaluativa, imprimiendo a las representaciones sociales un carácter dinámico".

(Ibañez, T. 1989 p.46)

Evaluando la actitud de los familiares del primer grupo hacia la enfermedad mental encontramos que en su mayor parte ésta resultó negativa. Hecho que se reflejó en la dificultad manifestada en las entrevistas, para comprender y aceptar el hecho de que alguien muy cercano y significativo para ellos pudiera presentar un problema de este tipo. Sin embargo, es importante mencionar que su actitud hacia el trato del enfermo mental es positiva. Expresan la necesidad de ayudar y cooperar para el bienestar de su paciente, lo cual puede deberse a la carga afectiva que conlleva el hecho de que el enfermo sea un familiar.

En cuanto a la actitud del segundo grupo hacia la enfermedad mental, encontramos que en su mayor parte resultó ambigua. Si bien, es positiva en cuanto al trato, en otros aspectos se altera.

La información que reciben por parte de la institución realza los factores individuales de la enfermedad mental de manera que no se dan elementos para que se conciba como un fenómeno de grupo. Se hace incapié en las características del desarrollo personal que pueden predisponer a éste tipo de padecimientos así como en las causas orgánicas.

" Se le dijo a mi mamá que a él no le llega la electricidad necesaria al cerebro ...",

" El problema con él es que no ha aceptado que está enfermo y no se toma la medicina".

" ... no lo consentimos, normal, como si estuviera normal, recomendado que lo tratemos tal vez a veces como un niño pero honestamente ... él es muy difícil manejarlo así porque lógicamente es un adulto y muy bien que está ... de acuerdo a su conveniencia escoge el trato " (sic.)

Considerando que Herzlich (1975) plantea que " la información remite a la suma de conocimientos poseído a propósito de un objeto social, a su calidad (más o menos trivial u original por ejemplo)". (p.399), pudimos observar que se tiene información respecto al fenómeno, aunque ésta se dictribuye de manera desigual, tanto cuantitativa como cualitativamente en ambos grupos, lo que se debe a las diferentes fuentes de información a las que han tenido acceso los familiares.

A diferencia del primer grupo, el segundo, que también ha obtenido información de los medios masivos de comunicación y la vida cotidiana, presenta como una fuente a la institución. La información que manejan está cambiando en cantidad y contenido, provocando replanteamientos en su concepción del fenómeno.

" Me dijo el doctor, mire señora, éste muchacho no está bien de la cabeza, se imagina cosas".

" ... es una enfermedad para mí difícil, difícil de superar y cuando no se tiene el apoyo en conjunto pues es mucho más difícil".

Ibañez (1989) nos dice que "los diversos grupos sociales y las personas que los integran, disponen de medios de acceso a la información que son muy variables según los diversos objetos. Tal grupo puede acceder mucho más fácilmente que tal otro a la información sobre un determinado objeto y tener, sin embargo, muchas más dificultades que éste último en relación con otro objeto". (p.47). Como podemos ver, en el segundo grupo se dificulta la relación con el fenómeno al tener que transformar la información anterior y reorganizarla con la que están recibiendo, la cual no solo corresponde a la que les dan los médicos y personal del hospital sino también a la que intercambian con el resto de los familiares que acuden a la institución.

" La dimensión que designamos por medio del vocablo "campo de representación" nos remite a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las preposiciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de la representación... Existe un campo de representación,

una imagen allí donde hay una unidad jerarquizada de elementos".

(Moscovici, S. 1961,p.43)

Podemos ver que en el primer grupo el campo de representación parte de la consideración de la enfermedad mental como algo irreversible, en donde el enfermo no tiene el control de la misma, independientemente de que tenga causas orgánicas, sociales o individuales. De ésta manera se representa al familiar enfermo como alguien que entra en una etapa desconocida, pero a quien hay que ayudar.

" Se debe tratar como una persona normal, darle mucho amor, confianza y comprensión ... es una pérdida de uno mismo o sea que ya no es uno, uno ya no está actuando ... cuando lo vi a mi suegro yo diría que no era él". (sic.)

" Se le alteran a uno los nervios y se pone de malas, a cualquiera le puede pasar"

" Le vino un colapsis de nervios" (sic.)

Citamos las respuestas anteriores por dar un ejemplo de la manera en que se concibe y representa al enfermo mentallo que trae como consecuencia la determinación del trato que debe recibir; si se le premian y estimulan los comportamientos que manifiesten su adaptación al medio, o bien, si se le castiga con el propósito de lograr su mejoramiento y control.

En lo que respecta al campo de representación del segundo grupo pudimos observar que éste no se encuentra bien integrado.

No se delimita claramente si el enfermo tiene o no la posibilidad de concientizarse de lo que le ocurre y de poderse controlar. La imagen concreta de éste se diluye entre el personaje bueno y ajeno a la causa de lo que le sucede o la del responsable único de su situación y merecedor de castigos por no saber comportarse o simplemente por no aceptar su padecimiento.

De ésta manera resulta importante para este grupo de familiares el cuestionarse sobre la causa de los síntomas y el trato que debe recibir su paciente sin poder dar prioridad o jerarquizar los elementos del campo de representación, aún y cuando la necesidad de comprender el fenómeno provoca un proceso de integración de éstos.

Hablaremos ahora de algunos datos arrojados por la entrevista que no habían sido contemplados en el momento de su elaboración y que por lo tanto no es posible someter a la categorización descrita hasta el momento. En primer lugar, hablaremos de la noción de la enfermedad mental que se pudo observar a través de la entrevista.

En el capítulo III, Enfermedad Mental, hicimos una revisión histórica del fenómeno dando por sentado que el personaje del "mente captus", el "alienado", el "poseído", el "loco" y el "enfermo mental" era de alguna manera el mismo, revestido con los atributos propios de la época pero sin dejar de ser en esencia el mismo. Aquel que se comporta de manera contraria a las formas sociales, que delira, que gesticula, que vocifera, que se pelea con enemigos invisibles, que es alejado de la sociedad y recluido en sitios que hoy en día denominamos hospitales psiquiátricos. Sin embargo, pudimos observar que algunos de los familiares de los pacientes institucionalizados hacen una diferenciación tajante entre los conceptos de enfermedad mental y de locura.

El primero describe la condición de su propio paciente y el segundo la de cualquier otro que aún cuando muestre los mismos síntomas, es contemplado de manera distinta.

De éste modo, mientras que el enfermo mental es víctima de alguna disfunción orgánica o de las presiones de la sociedad moderna, merecedor de todo el apoyo que se le pueda ofrecer, el loco produce una serie de actitudes negativas de rechazo, repulsión y miedo y se le atribuyen una serie de malas intenciones:

"Un loco es alguien que de plano ya está muy mal y ya no le importa nada".

"Es una persona que ya ni sabe quién es y anda tergiversando todos los conceptos".

"Son gente a la que ya no le importa nada".

De acuerdo con Maud Manonni (1990), el individuo desde la infancia está consciente de una cierta palabra relativa a la "locura". La amenaza que el loco encarna está presente en las historias que se cuentan, en las revistas ilustradas, y en los programas de televisión que transmiten un prototipo de héroes, locos, retardados,

y anormales. El loco es el que no sabe lo que hace y se violenta cuando le fallan los nervios.

Su imagen, "aun entre los no creyentes, se superpone a la del diablo, ese diablo del que los niños dicen que no viene de ninguna parte, que surge de todas, de sí mismo sobre todo". (Dolto, F. 1945 citado por Mannoni, M. 1990 p.33)

La distinción entre los conceptos de enfermedad mental y locura que en principio habíamos contemplado como equiparables nos ha llevado a varios cuestionamientos. Por un lado a preguntarnos por qué se vuelve necesaria esta diferenciación cuando se habla de un familiar y no cuando se habla del fenómeno en general, y por el otro a pensar en qué tanto influye para adoptar esta postura el contacto con la institución psiquiátrica.

En una de las entrevistas, por ejemplo, un familiar, que describía los síntomas de su paciente mencionaba: "Se cree que todos andan tras de él, tiene delirios de persecución y dice que vé y oye gente que le dice cosas, pero no vaya usted a creer que está loco, ni Dios lo mande, es que está enfermo de su cabeza".

Cuando el fenómeno se impone con fuerza es ineludible, ya no basta burlarse o salir huyendo, no hay más que enfrentarlo y buscarle una explicación que nos lleve a resolver el problema. Algo que explique qué es lo que le pasa al familiar y que calme la angustia de pensar que se ha vuelto como "el loco del vecindario". Para eso parece servir hablar de enfermedad mental.

La institución psiquiátrica promueve el término en contraposición al de locura, más no parece que sea el fin concebirllos como fenómenos distintos sino evitar la carga peyorativa que implica el segundo. Sin embargo, para las personas que acuden a los grupos de orientación dentro del hospital evidentemente el mensaje es distinto y se lee como "su paciente no es un loco, es un enfermo mental", lo cual trae como consecuencia que ambos términos se conciban como fenómenos distintos y que, si bien cada caso pueda ser único, se tienda a exagerar su singularidad, en lugar de que se obtenga una visión más amplia del fenómeno.

La locura se percibe como algo amenazante, aniquilante, incapacitante e incomprensible, y la carga afectiva que conlleva es tal que resulta impensable para los familiares del paciente que éste la pueda padecer.

Una vez analizados y discutidos los resultados obtenidos, a la luz de la teoría que sustenta esta investigación, podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna concluyendo que si existen diferencias cualitativamente,

significativas entre la representación social de la enfermedad mental del grupo de familiares de pacientes de primer ingreso y la representación social del grupo de familiares de pacientes de dos o más ingresos.

De acuerdo con la discusión antes presentada, podemos decir que la representación social del primer grupo de familiares coincide con la representación social de la salud y la enfermedad estudiada por Herzlich, en la cual se explican estas según factores internos individuales y externos. Lo interno es el individuo y su colaboración en la génesis de su enfermedad; lo externo es el modo de vida y el medio en el que se desarrolla, siendo este último la fuente principal de la enfermedad y considerando a los factores individuales la capacidad de resistencia a la misma. De esta manera la génesis de la enfermedad se presenta como la lucha entre el individuo-salud y el modo de vida-enfermedad. "La representación se elabora por lo tanto en una doble oposición: la oposición entre la salud y enfermedad tiene por origen y reproduce la oposición de individuo sano y su modo de vida nocivo" (Herzlich, 1975, p.404).

Si bien la representación social de los familiares de este primer grupo se elabora en esta doble oposición, sería interesante conocer cual es la representación social de los médicos y en general de los profesionales que laboran en el hospital psiquiátrico y la influencia que ésta ejerce sobre los familiares que tienen contactos repetidos con la institución. Recordemos que "el estudio de las representaciones sociales es un intento por conocer los "modos de conocimiento y el papel que tienen los procesos simbólicos en relación con la acción humana". (Farr, 1984, p. 129)

El tipo de pensamiento del primer grupo de familiares refleja la concepción de la enfermedad mental que se maneja en la vida cotidiana en los espacios de la sociedad donde los sujetos interactúan y se relacionan con los objetos sociales haciendo uso de su sentido común, de los saberes que se plantean en torno al fenómeno, de ese universo de ideas y opiniones que los sujetos van adquiriendo sin una formación particular, y que influyen en su comprensión de la realidad.

De esta manera, "el objeto es modificado por la sociedad para que el sujeto lo asimile dependiendo esto de su capacidad y de la sociedad que provee el componente contextual de la significación del objeto (social y cultural)" (Natera, 1986, p.45)

Ahora bien. Sabemos que la expresión, el intercambio y la interpretación de todos esos elementos simbólicos que permiten a los sujetos familiarizarse con su realidad y comprender los fenómenos que en ella ocurren, se da en la intersubjetividad, instancia que, desde una perspectiva psicosocial vincula al sujeto

y la sociedad de que forma parte. Es ahí donde "la gente no solo reproduce sus significados, sino también los produce y los usa; no solo somos actores prefabricados sino también sujetos creativos" (Sulkunen, 1982; citado por Natera, 1986, p.46). A partir de lo anterior podemos concluir que en el segundo grupo de familiares donde no hay una representación social, existe un proceso en donde el fenómeno se está comprendiendo a partir de diversas causas y de nueva información, inclusive, si consideramos la dimensión histórica de la realidad social, de todo objeto social, a la que Ibañez (1989) apunta, podemos concluir también que la enfermedad mental, como objeto social se haya en un proceso de constante creación, recreación y transformación, en este grupo de familiares. No sabemos como es que se está dando dicho proceso, ni como la representación que tenían del fenómeno se esté modificando.

Tal vez sería aventurado afirmar que se está construyendo otra representación social, aunque esto podría ser un punto de partida para futuras investigaciones tanto teóricas como empíricas, acerca de la representación social y la enfermedad mental. "Quizá volvemos a encontrar en otro plano, el programa inicial de Durkheim: estudiar 'de que manera las representaciones se llaman y se excluyen, se fusionan unas en otras o se distinguen'" (Herzlich, 1975, p.406). Parece ser que la investigación de estos procesos se ha dejado a un lado, puesto que en la revisión bibliográfica realizada no se encontraron elementos que nos permitieran la comprensión de los mismos.

De acuerdo con Herzlich (1975) "la representación social, puesto que es un proceso de construcción de lo real, actúa simultáneamente sobre el estímulo y sobre la respuesta. Más concretamente orienta a ésta en la medida en que modela a aquel". (p.393) Así, el conocer como se elabora la representación social de la enfermedad mental nos informa sobre las características sociales de la misma así como del efecto que tiene sobre las conductas de los sujetos, hecho que en si puede resultar interesante para los estudiosos de los fenómenos sociales, aunque en el contexto en el que se ha desarrollado la presente investigación cobra una mayor importancia.

En el hospital psiquiátrico, donde existe un contacto permanente con los familiares de los pacientes, el conocer sus ideas, creencias, actitudes u opiniones acerca de la enfermedad mental pueden condicionar el contenido y el tipo de información que se les proporciona.

Como se pudo observar, lejos de esclarecer las dudas de los familiares y de lograr una participación activa en la rehabilitación de su paciente, la información que se les proporciona crea una mayor confusión y la tendencia a contemplar a la institución

como la única responsable de la rehabilitación del paciente. Creemos necesario que las instituciones promuevan y realicen investigaciones dirigidas a conocer las nociones, ideas y pensamientos existentes entre los distintos grupos de familiares y así lograr un mayor acercamiento entre el familiar y la institución, así como una comunicación más efectiva.

**CAPÍTULO VIII
ALCANCES Y LIMITACIONES.**

ALCANCES Y LIMITACIONES

Dentro de los alcances del presente estudio podemos mencionar que a pesar de la extensa revisión bibliográfica, no pudimos encontrar ninguna investigación acerca de la enfermedad mental, que haya involucrado familiares, por lo que consideramos que en este campo, es una investigación pionera en México.

Utilizamos como marco teórico un modelo psicosocial: la Teoría de las Representaciones Sociales, además de un marco metodológico cualitativo, haciendo uso del análisis de contenido y la categorización.

Se empleó un tipo de entrevista semiestructurada que permitió que los entrevistados expresaran sus ideas, y lograr la obtención de un acervo importante.

Pensamos que los alcances prácticos de la investigación que hemos realizado podrán ser valorados de mejor forma por aquellas personas interesadas en el campo de la enfermedad mental y su tratamiento.

En cuanto a las limitaciones de nuestro trabajo podemos decir que estas son de dos tipos: aquellas que son intrínsecas a la Teoría de las Representaciones Sociales y aquellas que se derivan de la investigación misma.

Dentro de las críticas que se han formulado a la Teoría de la Representación Social, Ibañez, (1989) menciona que ni la teoría ni los datos empíricos proveen claramente los elementos para decidir si un objeto dado es capaz o no de generar una representación social (p. 78). Así, estudiar el fenómeno de la representación social de la enfermedad mental, o cualquier otro fenómeno, resulta un tanto arbitrario.

Otra limitación de nuestro trabajo es el haber trabajado con una población de familiares partiendo de la idea de que compartir una determinada característica los conformaba como grupo lo cual resultó limitante para la investigación ya que no se tomaron en cuenta otros factores importantes tales como el nivel socio-cultural, económico, ni el tipo de parentesco.

Otra limitación la constituye el haber delimitado a priori los rubros donde habrían de categorizarse las respuestas ya que esto no nos permitió tomar en cuenta otros aspectos de la representación que aparecieron en el transcurso de la investigación empírica. Tal es el caso de la diferencia entre las nociones de locura y enfermedad mental que tuvieron que ser evaluadas de manera aislada.

Tal vez una de las limitaciones más importantes sea el no haber contemplado de principio los elementos afectivos existentes en cualquier relación familiar, que hacen que surjan factores de tipo individual que puedan afectar la representación del fenómeno.

Así, habría que preguntarnos si es preciso acotar la sugerencia de Jahoda (1988) de circunscribir el significado del término representación social para excluir claramente aquello que atañe a creencias e ideas privadas, personales o familiares así como a las teorías de la ciencia formal y los dogmas religiosos.

Como punto final creemos necesario señalar que, tanto en el campo de la Teoría de la Representación Social como en el de la enfermedad mental queda mucho por hacer y coincidimos con Herzlich (1975) en que "los problemas no resueltos manifiestan las lagunas y las incertidumbres de un campo de estudio, mostrando por eso mismo la posible riqueza. Las promesas de un campo de investigación no implican sino raramente su madurez"(p.415).

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. Alzati, C. Patricia y Andrade, E. Amandina (1991): "Grupos de Orientación Psicosocial para familiares de Pacientes Psiquiátricos" en: *Memorias del II Encuentro de Psicología Clínica Institucional: el quehacer del psicólogo clínico, alcances y desafíos*, Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", 1991.
2. Ardila, Rubén (1986): La Psicología en América Latina pasado, presente y futuro, Siglo XXI, México, 1986.
3. Bastide, Roger(1981): Sociología de las enfermedades mentales, Siglo XXI, México, 1981.
4. Cabruja, Teresa(1989): "La imagen popular de la locura" en: Ibáñez, G. Tomás: Ideologías de la Vida Cotidiana, Sendai ,Barcelona, 1989. p.p. 183-203.
5. Canguilhem, Georges(1984): Lo normal y lo patológico, Siglo XXI, México, 1984.
6. Carmona, Romero, Eliseo(1971): La enfermedad mental en México, Tesis de Licenciatura, Colegio de Psicología, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM,1971.pp. 1-30.
7. Clinard, Marshall, B. (1954)(Comp.): Anomia y Conducta Desviada, Paidós, Buenos Aires, 1954.
8. Deconchy, Jean-Pierre(1988): "Sistemas de Creencias y Representaciones Ideológicas" en Moscovici, Serge(1988):Psicología Social, Paidós, Barcelona, Vol. 2, 1988. pp. 439-468.
9. De La Cruz, V.,Ubaldo, Gómez, L. Martha; Suaste, A. Gerardo(1990): La Representación Social de la Enfermedad Mental en cuatro grupos de profesionales de la Salud Mental, Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM. 1990.
10. De La Fuente, Muñiz, Ramón(1981): Psicología Médica, Fondo de Cultura Económica, México. 1981.
11. De La Fuente Ramón(1982): "Acerca de la salud Mental en México" en: *Salud Mental*, Vol.5, No.3, 1982.pp.22-31.
12. De La Fuente, Ramírez, Juan Ramón(1982): "Actualización por Temas: La

Psiquiatría de Hospital General" en: *Salud Mental*, Vol.5, No.3,1982. pp.17-18.

13. Del Campo, Mónica; Sandoval, Elizabeth(1991): "Programa de Orientación a Pacientes Hospitalizados" en: *Memorias del II Encuentro de Psicología Clínica Institucional: el quehacer del Psicólogo Clínico, alcances y desafíos*. Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", 1991.

14. Dodds, E. R (1981): "Los Griegos y lo Irrracional" Alianza Universidad, México, 1981.

15. Domingo, I. Gracia(1991): Las Representaciones Sociales. Facultad de Psicología, UNAM. 1991.

16. Domingo, I., Gracia(1985). "Representación Social de las Causas de la Crisis en México: Pensamiento Empresarial y Pensamiento Obrero". Trabajo Inédito, proporcionado directamente por la autora. UNAM,1985.

17. Echebarria, E:A; Paez, R.D.(1989): "Social Representations and Memory:The case of AIDS" en: *European Journal of Social Psychology*. Vol.19, 1989.pp.543-551.

18.. Esterson, Aaron(1977): Dialéctica de la Locura. Fondo de Cultura Económica, México, 1977.

19. Farr, Robert(1983): "Escuelas Europeas de Psicología Social: la investigación de representaciones sociales en Francia" en. *Revista Mexicana de Sociología*. Centro de Investigaciones Sociales, UNAM. Vol.XLV, Num. 2, 1984.pp.641-657.

20. Farr, Robert(1984): "Las Representaciones Sociales" en: Moscovici, Serge(1984): Psicología Social. Paidós, Barcelona, Vol. II, 1988.pp.495-506.

21. Farr, Robert; Moscovici, Serge(1984): "The Phenomenon of Social Representations" en Farr, R.; Moscovici, S. : Social Representations. Editions de la Maison des Sciences de l'homme. Cambridge University Press.

22. Fernández, Ch. Pablo(1991): Elementos para la reconsideración de la Psicología Colectiva como versión contemporánea de la Psicología Social. Doctorado en Ciencias Sociales, El Colegio de Michoacán. 3er. avance de investigación. 1991 (Material proporcionado directamente por el autor.)

23.. Fernández, Ch. Pablo(1991): "La Posmodernidad como el fin de la seriedad y

- su individuo" en: *Investigación Psicológica*, Facultad de Psicología, UNAM. Vol. 1, Num.1,1991.
24. Fernández, Ch. Pablo(1989): "La Psicología Social de la Cultura Cotidiana" en: Fernández, Ch. Pablo(Coor.): Psicología Colectiva y Cultura Cotidiana. México; UNAM-Facultad de Psicología. Cuadernos de Psicología. Serie: Psicociencia(1).
25. Fernández, Ch. Pablo(1987): "Las Tradiciones de la Psicología Colectiva" en: SOMEPSO: *Crónicas y fundamentos de la Psicología Social Mexicana*.
26. Flores, Ch. José Luis(1981): Salud y Enfermedad mental en la Cultura Azteca. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM. 1981.pp.28-112.
27. Foucault, Michel(): Enfermedad Mental y Personalidad. Paidós studio,México, 1990.
28. Foucault, Michel(1964): Historia de la Locura en la Época Clásica. Tomo I y II. Fondo de Cultura Económica, breviaros. México,1896.
29. Franz, Alexander(1970): Historia de la Psiquiatría. Espax, Barcelona. 1970.
30. Gergen, Kenneth(1991): "Hacia una Psicología Posmoderna" en: *Investigación Psicológica*. Facultad de Psicología, UNAM. Vol.1, Num.1, 1991.pp.97-109.
31. Gergen, Kenneth(1989): "La Psicología Posmoderna y la retórica de la realidad" en: Ibañez, G. Tomás(Coor.): El Conocimiento de la Realidad Social. Sendai, Barcelona, 1989.pp.157-185.
32. Goffman, Erving: (1961): Asylums. Anchor Books, USA. 1961.
33. Herzlich, Claudine (1975): "La Representación Social" en: Moscovici, Serge:Introducción a la Psicología Social, Planeta, Barcelona.
34. Hewstone, Miles y Moscovici, Serge(1984): "De la Ciencia al Sentido común" en Moscovici, Serge (1984): Psicología Social. Paidós, Barcelona. Vol.2, 1988. pp.679-710.
35. Ibañez, Gracia, Tomás(1989): "La Psicología Social como Dispositivo Desconstruccionista" en: Ibañez, G: Tomás(Coor.): El Conocimiento de la Realidad Social. Sendai, Barcelona.1989.pp.109-155.

36. Ibañez, Gracia, Tomás(1989): "Representaciones Sociales Teoría y Método" en: Ibañez, G. Tomás(1989): Ideologías de la Vida Cotidiana. Sendai, Barcelona, 1989, pp.13-79.
37. Ibañez, Gracia, Tomás(1992): "Some Critical Comments about the Theory of Social Representations. Discussion of Ráty and Snellman" en: *Ongoing production on social representations- threads of discusión*. Vol. I, Num. I, 1992, pp.21-26.
38. Jahoda, Gustav(1988): "Critical notes and reflections on social representations" en *European Journal of Social Psychology*. Vol. 18, 1988. pp.195-209.
39. Jaspers, Karl "Psicopatología General" Beta, Buenos Aires , 1975
40. Jervis, Giovanni(1979): Manual Crítico de Psiquiatría. Anagrama. Anagrama, Barcelona, 1979.
41. Jodelet, Denise: "La Representación Social, fenómenos y conceptos" en: Moscovici, Serge(Coor.)Psicología Social. Paidós, Barcelona, Vol. II. pp. 469-494.
42. Kaplan, H.I.; Sadock, B.T.(1989): Tratado de Psiquiatría. Salvat, Barcelona, Vol.II, 1989. pp.2030-2050.
43. Litton, I. y Potter, J.: "Social representations in the ordinary explanation of a riot" en *European Journal of Social Psychology* Vol. 15, pp. 371-388 1988
44. Llanes, Jorge: "Modelos Psicológicos para la Educación y Cambios de Actitudes en la Comunidad" del simposio Educación de la Comunidad para la Salud, en *Gaceta Médica de México*, Vol. 115, No. 7 , Julio 1979 pp. 294-296.
45. Lucio, Emilia y Heredia, Cristina: "Análisis Crítico de las Tesis Realizadas en el Arca Clínica" en *Investigación Psicológica*, Vol. I, año 1, 1991, pp. 75-95 Fac. de Psicología, U.N.A.M.
46. Mannoni, Maud: "El Psiquiatra, su Loco y el Psicoanálisis" Siglo XXI, México, 1990
47. Marcos, Sylvia: "Alternativas de la psiquiatría" Dossier, México 1982.

48. Marcos, Sylvia (Coor): "Manicomios y Prisiones" Aportaciones críticas del 1er. Encuentro Latinoamericano y V Internacional de Alternativas a la Psiquiatría, realizado en la Ciudad de Cuernavaca del 2 al 6 de Octubre de 1981, Fontamara, México.
49. Mardones, J. M. y Ursua, N: "Filosofía de las Ciencias Humanas y Sociales" Materiales para una Fundamentación Científica, 2a. Edic. Fontamara, México pp. 15-38 pp. 69-74
50. Martí-Tusquets, José Luis: "Psiquiatría Social" Herder, Barcelona, 1986
51. Martínez Franco, Judith: "Asamblea de Pacientes" en Memorias del II Encuentro de Psicología Clínica Institucional :El Quehacer del Psicólogo Clínico Alcances y Desafíos Nov. 6, 7, y 8 H.P.F.B.A, México 1991
52. Menéndez, Eduardo : Cura y Control: la apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica. Nueva Imágen, México 1979.
53. Moscovici, S. : El Psicoanálisis : su imagen y su público. Huemul, Buenos Aires 1979.
54. Moscovici, Serge: "Psicología Social" Paidós, Barcelona 1985
55. Moscovici, S. : " Notes Towards a Description of Social Representations" en *European Journal of Social Psychology* Vol. 18 pp. 211-250 1988.
56. Natera, G. : " Algunos Conceptos de la Psicología Social Aplicados al Estudio de las Rpresentaciones Sociales" en *La Psicología Social en México Vol. I* SOMEPSO, México 1986.
57. Natera, G. Casco, M., González, L., Newell, J. "Percepción de la Enfermedad Mental a través de Historietas", 1985.
58. Norma Técnica para la Prestación de Servicios de Atención Médica en Hospitales Psiquiátricos.
59. Orellan Alfaro, G., González Pérez, M.A. "Representación Social del SIDA en Adolescentes: Bases para el Diseño de una Campaña de

Prevención Tesis de Licenciatura U.N.A.M. , México 1991.

60. Paicheler, Henri : "La Epistemología del Sentido Común. De la Percepción al Conocimiento del Otro". en Moscovici, S. Psicología Social Paidós, Barcelona 1988.

61. Pelcastre, Blanca : "La Cura Chamánica: una interpretación psicosocial" Tesis de Licenciatura U.N.A.M, México 1991.

62. Postel, J., Quetel, C. "Historia de la Psiquiatría". F.C.E., México, 1987.

63. Rätty, Hannu, Snellman , Leila : "Some Notes on the Criticism of the Theory of Social Representations". en *Ongoing Productions on Social Representations Vol. 1, Num. 1* pp. 1-15 1992.

64. Ricoeur, Paul: "Freud: una interpretación de la cultura" Siglo XXI, México, 1978.

65. Ristich de Groot, M.: "La Locura a través de Los Siglos". Bruguera, España, 1972.

66. Rosas Laurabaquio, L. : "Programa de Puertas Abiertas" en Memorias del II Encuentro de Psiquiatría Clínica Institucional: Alcances y Desafíos Nov. 6,7 y 8 de 1991 H.P.F.B.A. México, 1991.

67. Rosen, G. : "Locura y Sociedad Segregativa" Alianza Universidad, Madrid, 1974.

68. Ryan, P.J.: "Salud Mental Sistemas Tradicionales y Modernos" en *Salud Mental*, Vol. Otoño, pp. 15-16

69. Sagrada Biblia Versión del padre José Miguel Petisco Apostolado de la Prensa S.A. , Madrid, 1958.

70. Sánchez, Hector.: "La Lucha en México Contra las Enfermedades Mentales". F.C.E., México, 1974.

71. Schwarts, P., Jacobs, J.: "Sociología Cualitativa. Método para la Reconstrucción de la Realidad" Trillas, México, 1984 pp.17-36

72. Shotter, John. : " El Papel de lo Imaginario en la Construcción de la

Vida Social" en El Conocimiento de la Realidad Social Tomás Ibañez (Coord.) Sendai Ediciones, Barcelona, 1989, pp.139-155

73. Stone, Irving(1957): Anhelos de Vivir, Editorial Diana, México, 1983.

74. Szasz, Thomas : " El Mito de la Enfermedad Mental". Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1968.

75. Taylor, S.J., Bogdan R. : " Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación . La Búsqueda de Significados". Paidós, Barcelona, 1990.

76. Valderrama, Pablo. : " Un Esquema para la Historia de la Psicología en México" en *Revista Mexicana de Psicología* Vol. II, No. 1 1986 pp.80-92.

77. Vasconcelos, Rubén. : "Conceptos de Salud Aplicables en la Educación de la Comunidad" del Simposio " Educación de la Comunidad para la Salud" en *Gaceta Médica de México* Vol. 115 No. 7 Julio 1979 pp.292-294

78. Vázquez, A.L. "La Actitud Hacia la Enfermedad Mental en una Población no Comprometida con el Área de la Salud". Tesis de Licenciatura U.N.A.M., México, pp. 1-43

79. Villareal, Ramón: "Participación de la Comunidad en los Programas de Salud" del Simposio "Educación de la Comunidad para la Salud", en *Gaceta Médica de México* Vol. 115 No. 7 Julio 1979 pp. 291-292.

80. Yankelevich, Guillermina : "Información versus Comunicación. Implicaciones para la Producción de la Salud" del simposio " Educación de la Comunidad para la Salud" en *Gaceta Médica de México* Vol. 115 No. 7 Julio 1979 pp.297-300.

ANEXOS

ANEXO 1

-Edad

-Sexo

-Numero de Internamiento

-Tiempo de Internamiento

-Relación con el Paciente

1.- ¿Cómo llegó aquí su paciente?

2.- ¿Por qué lo trajeron?

3.- ¿Qué nombre le daría usted a esto que le ocurre a su paciente?

4.- ¿De qué está enfermo?

5.- ¿Por qué dice usted que está enfermo?

6.- ¿Cómo se dió cuenta?

7.- ¿Qué hizo usted al darse cuenta?

8.- ¿Por qué se enferma la gente de esta manera?

9.- ¿Cree usted que es algo contagioso?

a) SI ¿De qué manera?

b) NO ¿De qué forma se adquiere?

10.- ¿Cómo cree que se les debe tratar a este tipo de personas?

11.- ¿Por qué?

12.- ¿Qué trato recibe su paciente en casa?

13.- ¿Cómo se comporta el resto de la gente con su paciente?

14.- ¿Por qué cree usted que se comportan así?

15.- ¿Cree usted que cualquier persona puede enfermarse de esta manera?

16.-¿Cree que le podría ocurrir a usted?

17.-¿Ha sabido usted de algún caso parecido al de su paciente?

18.-¿Ha usted escuchado usted en algún medio de difusión que se hable de algún caso similar?

19. ¿Qué es la enfermedad mental?

ANEXO II

Edad.- 19 años

Sexo.- Fem.

Numero de Internamiento.- 1

Tiempo de Internamiento.- 15 días.

Relación con el Paciente.- Esposo.

1.- ¿ Cómo fué que llegó aquí su esposa ?

Pues, osea que llegó muy mal, llegó en un estado de psicosis, osea que no conocia a nadie, a nadie conocía.

2.- ¿ Por qué la trajeron para acá ?

Pues porque me dieron un pase del hospital Juárez hacia acá.

- Primero la llevó al hospital Juárez.

Si.

3.- ¿ Por qué?

Pues hora si que como yo no sabía nada de esto, este, pues ese caso me agarró, pues hora si que, pues se puede decir que ignorante,¿no?, porque no sabía yo nada de eso y fui al Juárez para que me orientaran haber a donde la podía traer y de ahí me dieron el pase para acá.

4.- ¿ Qué era lo que hacía su esposa ? ¿ Cómo fué que se puso mal?

Pues osea que ella se uso mal de un coraje porque era, osea que era muy alterada, osea que sus nervios también eran muy fuertes, no se sabía controlar a veces y se enojó y yo pienso que de ahí fué de donde le vino.

5.- ¿ Qué le pasó ?

Pues empezó a perder el conocimiento y, osea que no sabía después que hacía, o sea que si ya después perdió completamente la noción después, de todo, de todo ya, no me conocía ni a mí, ni a su papá, ni a nadie.

6.- ¿ Cuáles cree que puedan ser las causas de que alguna persona tenga este tipo de problemas ?

Bueno pues, yo pienso que algunos pues como dicen la drogadicción, otros por algún golpe que sufrieron antes, algunos por, como mi esposa, por ejemplo, por los nervios, a ella le vino un... se puede decir un como colapsis de nervios, algo así, y pues no sé, la verdad, no sé.

7.- ¿ Cree que se puede contagiar el padecimiento de su esposa?

Bueno pues, esa no es una enfermedad que se contagie, porque las enfermedades que se contagian se puede decir que es como ahorita que yo tengo gripa y se lo puedo contagiar a usted, alguna tos, se la puedo contagiar, pero eso no es para que se contagie, o sea, por ejemplo las personas que viven con esas personas, si están este, si están sufriendo por dentro como yo, por ejemplo con mi esposa, que ella siendo una persona tan cuerda, tan centrada en sus ideas y tan activa pues no puedo creer que de un momento a otro ella por su mal caracter, por sus nervios, se haiga puesto así, entonces, este pues... yo pienso que a mí me podría suceder o sea porque como yo vi todo esto que le pasó a ella, osea de que estuvo perdiendo el conocimiento poco a poco, entonces yo pienso que yo también, me puede suceder a mí.

8.- ¿ A cualquier persona le puede pasar?

Si a cualquier persona.

9.- ¿ Y cómo la trata la gente que convive con ella, su familia, usted, no sé si alguien más viva con ella?

Si, o sea su papá y sus tíos.

10.- ¿ Cómo la tratan ?

Normal, normal y pues si para que esté más. hora si que más en la realidad, la tratamos normal.

11.- Y la gente que la conoce, que no es de su familia, como sus vecinos y amigos o cualquier otra gente que no viva con ella ¿ cómo la trata?

También, claro, si. Si, o sea que todos la tratan normal.

12.- ¿ Cómo considera usted que se debería de tratar a las personas con este tipo de enfermedades ?

Bueno, pues yo pienso que esas personas se les debería de tratar pues como estamos hablando ahorita, normal, como debe de ser porque, porque si uno les esconde la realidad nunca van a salir de la realidad y cuando salgan al mundo se van a espantar tanto ellos como la gente, ¿ Por qué? porque a veces muchos tenemos la idea de que, de que estas personas que por ejemplo yo a mi esposa no la considero que estaba loca sino que, osea que, que perdió el conocimiento nada más, si y este, y hay muchas personas que piensan, que como esas personas que están enfermas piensan que están locas, entonces cuando la ve uno, piensa uno que lo van a agarrar por la espalda, le van a pegar el pescuezo le van hacer cualquier cosa, si, algo malo, le van a pegar o... Pero pues, no, o sea que yo pienso que a esas personas se les debe de tratar pos como a cualquier otra enfermedad.

13. Y ¿a partir de qué fuentes o medios de información ha obtenido usted todo esto que me ha dicho ?

Pues, hora si que he ido a la actividad de puertas abiertas, he ido un par de veces y pues algo de ahí he sacado ¿no? , pero pues mas que nada, este yo pues, no nada más ha sido ese, porque como le comento, este caso a mi me agarró ignorante porque pues yo había visto cualquier otra cosa de enfermedad pero nunca esta, bueno en mi familia jamás.

14.- Y en algún medio de información, en el cine, la televisión o algo así, nunca ha visto usted algo parecido?

No, no, algo que me oriente, no.

15.- Una última pregunta: ¿ Para usted qué es la enfermedad mental ?

¿ Para mí, qué es una enfermedad mental ? pues para mí en realidad fué algo pues, muy horrible, la verdad muy horrible porque como ya se los he dicho a mis amigos, yo no le desco a nadie que le pase eso y ni a sus esposas ni a ellos mismos porque pues es algo muy fco. No sé, la verdad no sabría ni cómo explicarlo.

ANEXO III

Edad.- 30 años

Sexo.- Fem

Num. de Internamientos.- 2

Tiempo de Internamiento.- 1 mes

Relación con el Paciente.- Madre

1.- ¿Por qué la trajeron?

La traje ahora porque estaba ya mucho muy agresiva, o sea que se peleaba, conmigo siempre se andaba peleando. Es que ella desde el 91 dejó de tomar su medicina o sea que ella misma se dio de alta y ya no la quiso tomar.

Yo le decía "vamos al doctor para que te den medicina porque estas mal", pero hasta apenas ahorita.

Ella no quería venir y me decía que la que estaba mal era yo. Le tuvimos que decir que veníamos a una exposición de juguetes ahí en Tlalpan que está. Pero nomás le gritaron su nombre y se puso como fiera. Pero ya gracias a Dios ya está bien.

2.- ¿Por qué cree que su hija se comportaba así?

Pues yo digo que mi hija está así por los nervios porque se le alteran.

3.- Por qué cree que se le alteran los nervios?

Pues no sé doctora, no sé por que será, unos me dicen que por que ya necesita casarse porque ya tiene 30 años. Pero yo digo que ella no se casa porque no ha de querer y como yo de madre le voy a obligar, pues no. Muchos me dicen que es por eso.

Luego también yo me imagino que es porque como se quedaron huérfanos y yo me vine a trabajar y los dejé chiquitos, pues depende del tratamiento que les halla

dado mi mamá. Se criaron así, y o sea que ella se traumó porque pues como se me murió una hija, la mayor, y ella vivía con ella y yo se me hace que desde eso ella como que se traumó.

Yo digo que de ahí también es que le resulta esa enfermedad porque como ella estaba chiquita y luego se quedaron con mi mamá, y pues no sé es que mi mamá es un poco, no sé, es así, un poco, ... como que la gente de antes trataba así a la gente como animales y pues ... ella se traumó con tantas cosas.

4.- Usted me mencionó que de todo esto le había resultado esta enfermedad. ¿De qué cree que está enferma?

Pues yo digo que de lo mismo, pues de lo que está, pues sabe, porque nomás cuando se comienza a enfermar se pone triste, triste, triste, y anda muy deprimida. Que primero estaba esperando un hijo y se ponía batas de maternidad y eso. Pero yo sabía que no era cierto porque ella se enfermaba. Pero ella decía que era invisible. Pero yo no creo eso.

Fíjese que ella cuando está bien es muy alegre, le gusta bailar y se va a sus fiestas y todo, trabaja y todo nomás que ahorita dejó de tomar sus medicinas y se volvió a enfermar.

5.- ¿Usted qué nombre le daría a esto que tiene su hija?

Pues mire doctora, yo no sé realmente qué nombre darle ... ya ve que luego ahí en la tele sale que se llama... ¡ay!... ya no me acuerdo pero así dicen que esa enfermedad pues que así nada más, pues no se cura, que nomás se tomas su medicina para controlarse nada más.

6.- ¿Esta enfermedad de la que habla de qué es? ¿De qué parte está enferma?

Pues mire, yo digo que de los nervios, pues, de la cabeza ¿no?, porque se pone muy agresiva y dice tantas cosas que no son. Yo digo que no está bien porque una gente normal, por ejemplo yo, que crecí peor que ella y no me ando enfermando, aquí ando. Yo le digo a ella "oye, mira, si hubieras sufrido lo que yo sufrí, sin embargo, mira, aquí estoy, y entonces tu ¿por qué, por qué?, no puede ser eso", digo yo.

7.- Señora ¿usted por qué cree que una persona se llega a enfermar de los nervios?

Pues, no sé doctora, será, pues, no sé, porque mire, por ejemplo, si yo me agarro así atrás de la cabeza pues como que me duelen los nervios, pero a mí cuando me

duelen me echo agua fría y se me quita y cuando me pongo nerviosa así me pongo a temblar y así le pasa a ella por eso yo digo que es de los nervios, pero pues, ahora se pone muy agresiva y por eso la traje para acá.

8.- La primera vez que se dieron cuenta de que se comportaba así ¿cuál fue su reacción? ¿cómo la trataban?

Pues las primeras veces se ponía así nomás como muda, luego no quería comer ni nada, pero ahora ya que se pone así, pues yo ya me desespero y sí la trato mal. Que no me he hecho loca yo, porque luego sí me desespero nomás que yo le pido a Dios que no porque luego qué vamos a hacer las dos locas.

Claro que uno debería de tratarlos bien, con cariño como aquí nos han dicho ya en las pláticas, que ya llevo aquí viniendo varios días, pero yo sí la trataba mal para qué le digo, pues sí al cabo Dios lo sabe, yo sí la trataba mal.

Debiera uno ser así, pues tratarlos con cariño en lugar de ser agresivo también.

8.- ¿Usted ha visto ha visto otras personas que tengan un problema de este tipo?

Sí pues aquí en el hospital, y yo creo que también puede ser porque ya ve que aquí en México muchas personas toman droga, pero mi hija no, ella no toma droga, pero yo creo que las demás personas que están aquí sí han de ser de eso, tal vez eso y alteran también.

9.- ¿Usted cree que lo que le ha pasado a su hija le puede pasar a cualquier persona?

Pues yo digo que sí, porque si no se saben controlar de sus nervios se les va desarrollando eso.

10.- ¿Usted cree que le podría pasar a usted?

Pues a lo mejor sí, si yo no me controlo. Pero yo le pido a Dios que no me vaya a pasar eso porque luego qué hacemos las dos.

11.- ¿Usted cree que ésta enfermedad de la que me ha hablado se contagia?

No, no se contagia pues como es de los nervios pues no. Lo único que me da pendiente es que se pone muy pero muy agresiva, pero de que se contagie no.

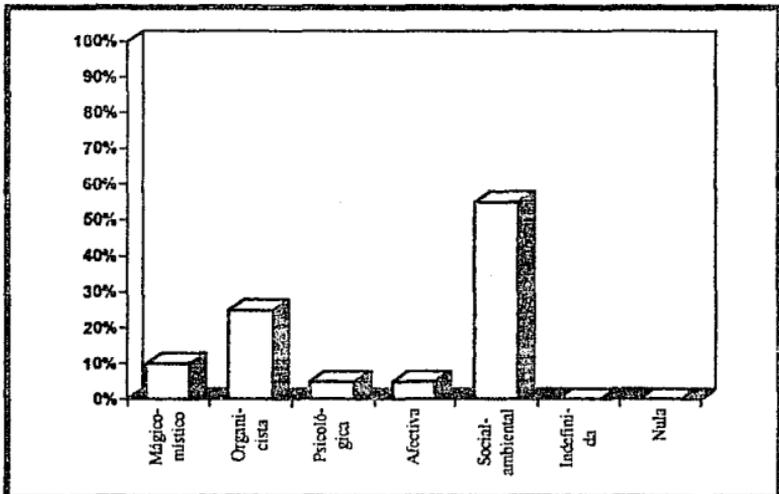
12.-¿Ha visto en algún lugar digamos en la televisión, en el periódico, algún caso similar al de su hija?

Sí, si la otra vez salió en la televisión un programa donde se hablaba de eso. También luego salen programas de éste hospital donde dicen que antes no estaba muy bien, pero yo ya veo que ella está bien.

ANEXO 4

GRUPO A DISTRIBUCIÓN DE CATEGORÍAS

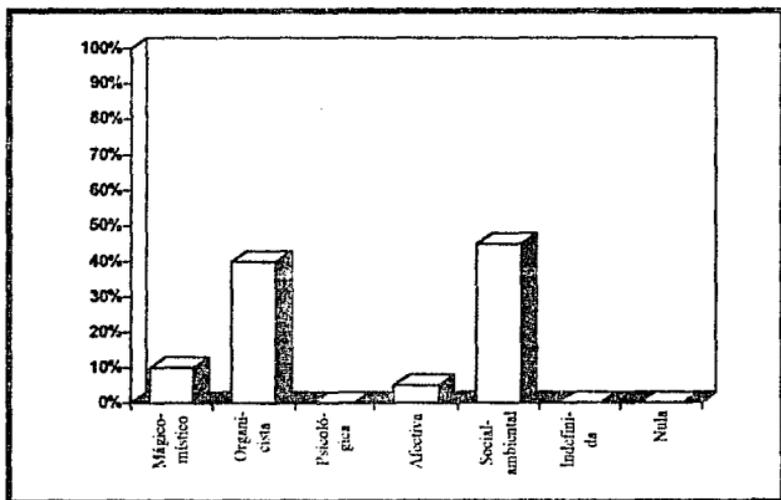
CATEGORÍAS	F	%
Mágico-místico	2	10
Organicista	5	25
Psicológica	1	5
Afectiva	1	5
Social-ambiental	11	55
Indefinida	0	0
Nula	0	0



ANEXO 5

GRUPO B DISTRIBUCIÓN DE CATEGORÍAS

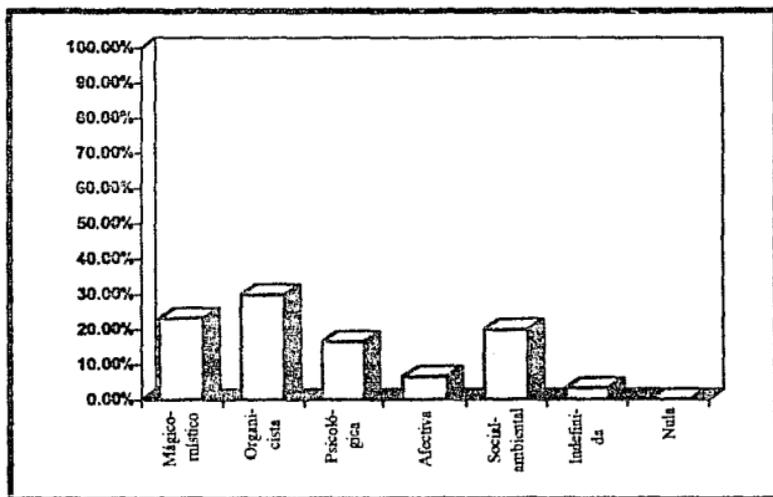
CATEGORÍAS	F	%
Mágico-místico	2	10
Organicista	8	40
Psicológica	0	0
Afectiva	1	5
Social-ambiental	9	45
Indefinida	0	0
Nula	0	0



ANEXO 6

GRUPO A DISTRIBUCIÓN DE CATEGORÍAS EN EL RUBRO ETIOLOGÍA

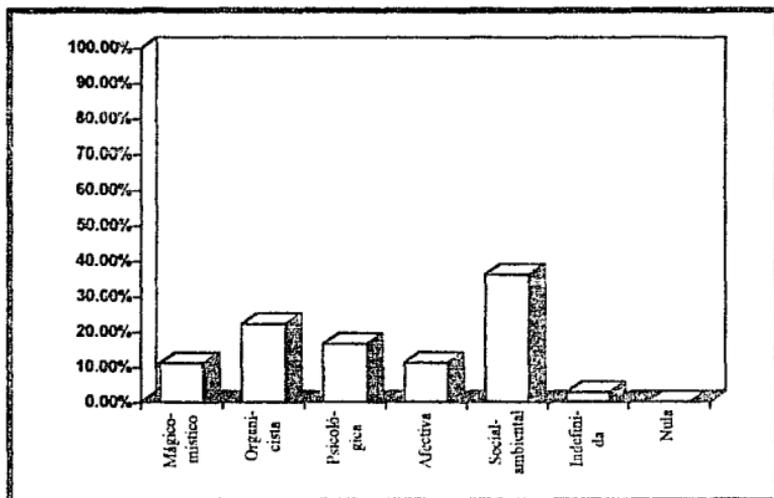
CATEGORÍAS	F	%
Mágico-místico	7	23.3
Organicista	9	30
Psicológica	5	16.6
Afectiva	2	6.6
Social-ambiental	6	20
Indefinida	1	3.3
Nula	0	0



ANEXO 7

GRUPO B DISTRIBUCIÓN DE CATEGORÍAS EN EL RUBRO ETIOLOGÍA

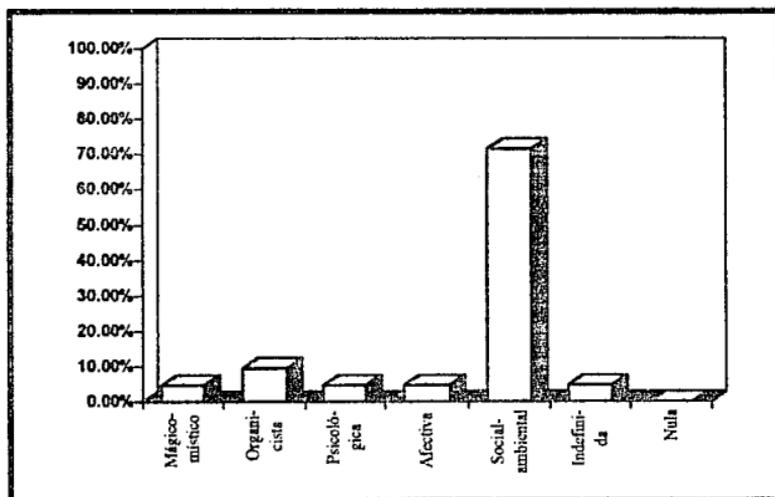
CATEGORÍAS	F	%
Mágico-místico	4	11.1
Organicista	8	22.2
Psicológica	6	16.6
Afectiva	4	11.1
Social-ambiental	13	36.1
Indefinida	1	2.7
Nula	0	0



ANEXO 8

GRUPO A DISTRIBUCIÓN DE CATEGORÍAS EN EL RUBRO CARACTERÍSTICAS

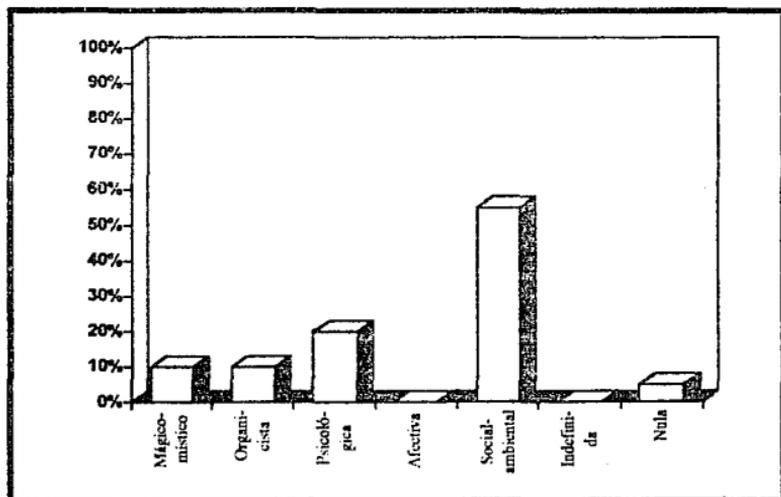
CATEGORÍAS	F	%
Mágico-místico	1	4.7
Organicista	2	9.5
Psicológica	1	4.7
Afectiva	1	4.7
Social-ambiental	15	71.4
Indefinida	1	4.7
Nula	0	0



ANEXO 9

GRUPO B DISTRIBUCIÓN DE CATEGORÍAS EN EL RUBRO CARACTERÍSTICAS

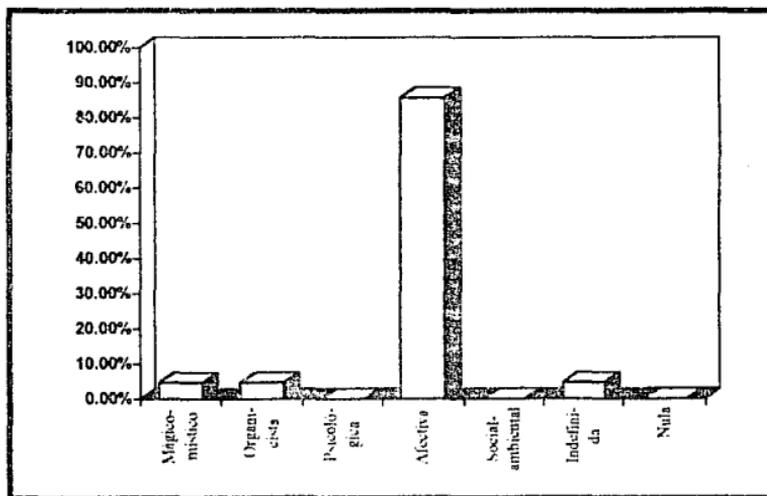
CATEGORÍAS	F	%
Mágico-místico	2	10
Organicista	2	10
Psicológica	4	20
Afectiva	0	0
Social-ambiental	11	55
Indefinida	0	0
Nula	1	5



ANEXO 10

GRUPO A DISTRIBUCIÓN DE CATEGORÍAS EN EL RUBRO TRATO

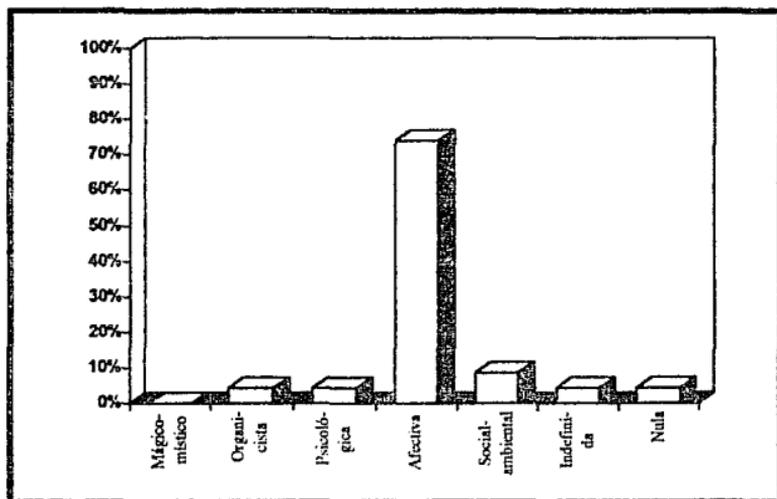
CATEGORÍAS	F	%
Mágico-místico	1	4.7
Organicista	1	4.7
Psicológica	0	0
Afectiva	18	85.7
Social-ambiental	0	0
Indefinida	1	4.7
Nula	0	0



ANEXO 11

GRUPO B DISTRIBUCIÓN DE CATEGORÍAS EN EL RUBRO TRATO

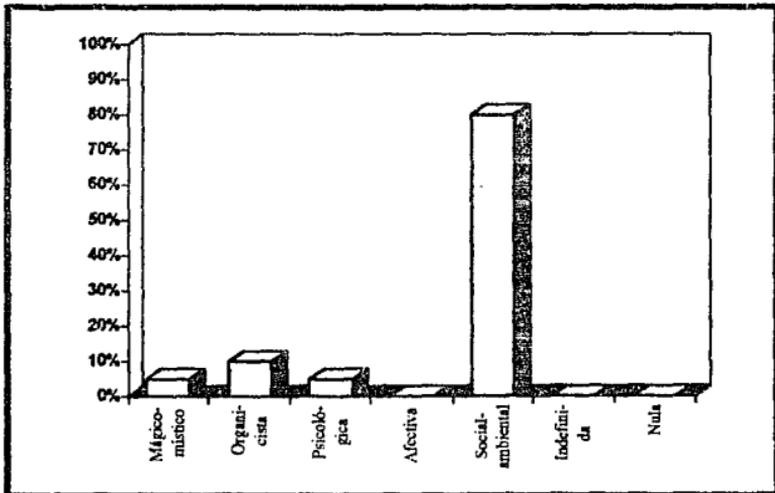
CATEGORÍAS	F	%
Mágico-místico	0	0
Organicista	1	4.3
Psicológica	1	4.3
Afectiva	17	73.9
Social-ambiental	2	8.6
Indefinida	1	4.3
Nula	1	4.3



ANEXO 12

GRUPO A DISTRIBUCIÓN DE CATEGORÍAS EN EL RUBRO FUENTES

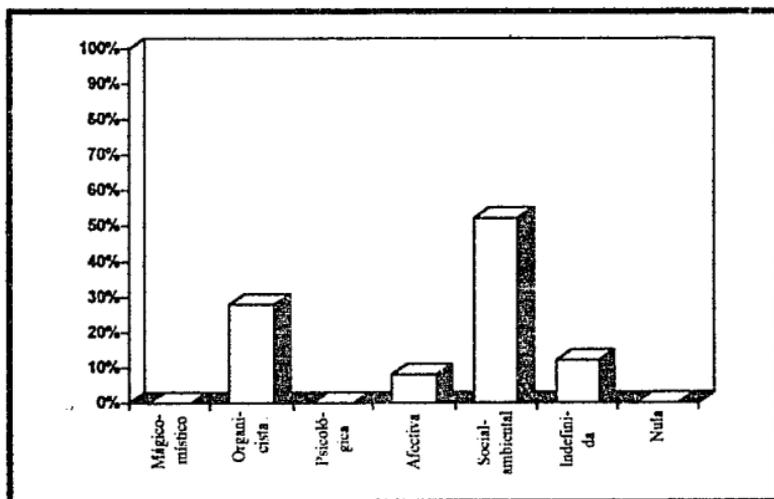
CATEGORÍAS	F	%
Mágico-místico	1	5
Organicista	2	10
Psicológica	1	5
Afectiva	0	0
Social-ambiental	16	80
Indefinida	0	0
Nula	0	0



ANEXO 13

GRUPO B DISTRIBUCIÓN DE CATEGORÍAS EN EL RUBRO FUENTES

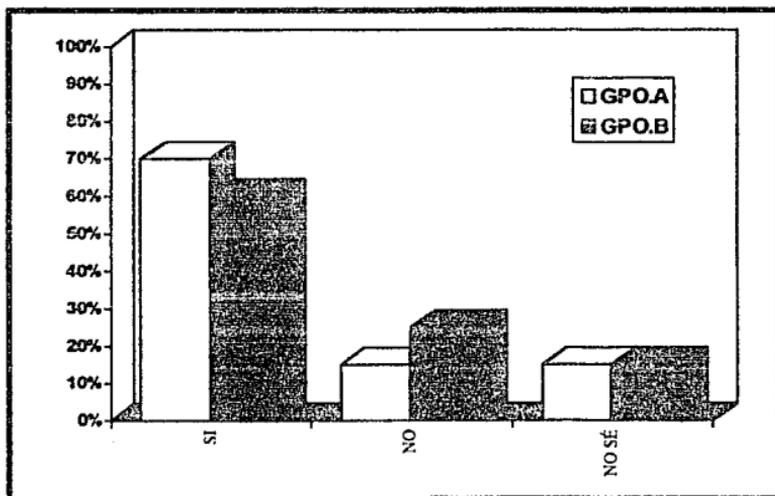
CATEGORÍAS	F	%
Mágico-místico	0	0
Organicista	7	28
Psicológica	0	0
Afectiva	2	8
Social-ambiental	13	52
Indefinida	3	12
Nula	0	0



ANEXO 14

GRUPO QUE CONSIDERA QUE LE PUEDE LLEGAR A OCURRIR A ELLOS

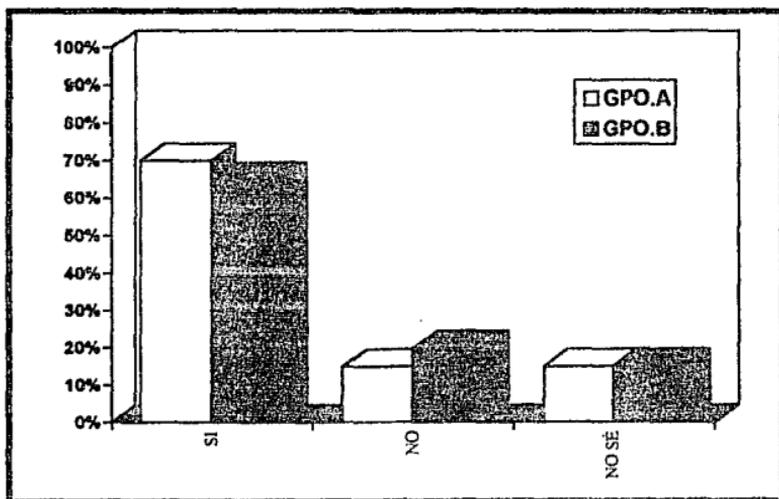
RESPUESTA	F (GPO. A)	%(GPO.A)	F (GPO.B)	%(GPO.B)
SI	14	70	12	60
NO	3	15	5	25
NO SÉ	3	15	3	15



ANEXO 15

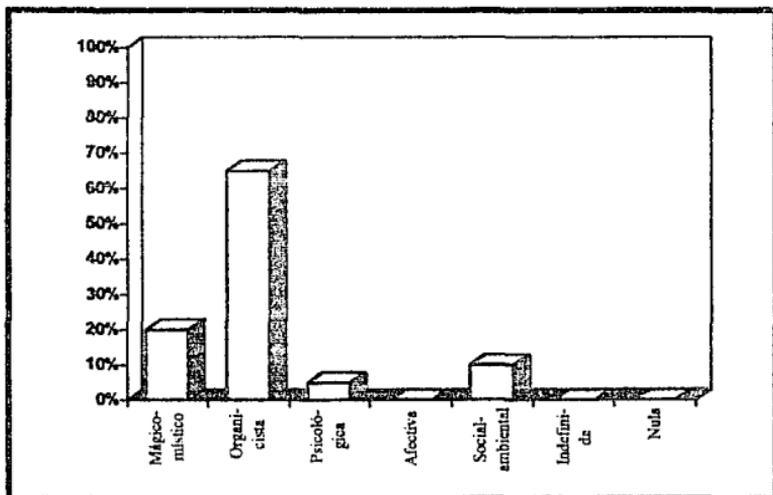
GRUPO QUE CONSIDERA QUE LE PUEDE LLEGAR A OCURRIR A CUALQUIER PERSONA

RESPUESTA	F (GPO. A)	%(GPO.A)	F (GPO.B)	%(GPO.B)
SI	14	70	13	65
NO	3	15	4	20
NO SÉ	3	15	3	15



ANEXO 16
GRUPO A
REACCION INICIAL

CATEGORÍAS	F	%
Mágico-místico	4	20
Organicista	13	65
Psicológica	1	5
Afectiva	0	0
Social-ambiental	2	10
Indefinida	0	0
Nula	0	0



ANEXO 17
GRUPO B
REACCIÓN INICIAL

CATEGORÍAS	F	%
Mágico-místico	3	15
Organicista	14	70
Psicológica	0	0
Afectiva	0	0
Social-ambiental	2	10
Indefinida	0	0
Nula	1	5

