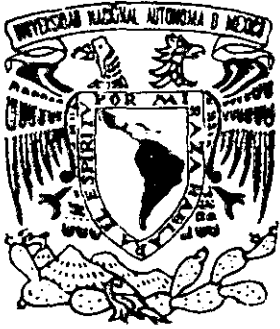


68



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

REPRESENTACION SOCIAL DE LA
ENFERMEDAD MENTAL EN UNA MUESTRA
DE INTERNO - PACIENTES INIMPUTABLES
Y PSIQUIATRICOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

GEMA ENRIQUEZ SAAVEDRA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MARIA DE FATIMA FLORES PALACIOS

MEXICO, D. F.

SEPTIEMBRE 2001





Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Psicología, perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México, por haberme brindado la oportunidad de tener una formación profesional, por ser un pilar importante y trascendental en mi vida como profesionista y como persona, y por los principios y valores éticos y profesionales transmitidos.

Al Programa de Internado en Psicología General por darme la oportunidad de conocer nuevos rumbos y abrirme la puerta a experiencias y conocimientos invaluable a lo largo de todo este tiempo. Por permitirme divisar y pisar algunas de las área de la psicología, y por impulsarme a caminar y correr específicamente en dos de ellas:
la psicología social y clínica.

A la Dra. María de Fátima Flores Palacios por su ayuda y compromiso como directora de esta tesis, por las sugerencias y aportaciones que enriquecieron el trabajo. A quien admiro y respeto profundamente como profesionista y persona por su entrega, perseverancia, constancia y entusiasmo; sentimientos y emociones que me ha impregnado intensamente.

A los sinodales: Lic. Noemí Barragán Torres, Mtro. Fernando Vázquez Pineda, Mtro. David Reynoso Erazo y Mtro. Issac Seligson Misembaum por los comentarios brindados para pulir este trabajo.

De manera muy especial a los pacientes del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (CE. A. RE. PSI) por dejarme sumergir no sólo en la representación social de su enfermedad mental sino también en sus pensamientos y sentimientos. Por motivarme a desempeñar una labor ética y profesional, y hacerme saber que hay gente que está sedienta de un servicio de calidad a nivel de prevención, atención y rehabilitación.

Agradezco, además, a todos aquellos que directa o indirectamente me impulsaron y ayudaron a lograr uno de mis objetivos: ver finalizada mi tesis profesional.

DEDICATORIAS

A mis padres

Con admiración y amor dedico la presente porque gracias a su apoyo, comprensión y cariño brindado en todo momento he logrado la culminación de una de mis metas más anheladas.

A mis hermanos

Rubí, Omar y Edgar por su ternura y afecto; por todos los bellos y gratos momentos que hemos compartido y, también, por los difíciles que nos fortalecen y edifican. José y Leonel por ser un ejemplo a seguir.

A Ernesto

Por la confianza, el apoyo y el amor brindado; por todo lo que hemos vivido y por lo que vamos a vivir.

A mis amigos

Por gozar mis triunfos como si fueran propios; por vivir mis tristezas y hacerlas tuyas, y por tenderme su mano y ofrecermelo su hombro.

A Dios

Por la vida, por todas las oportunidades y por la gente que amo.

INDICE

Página

RESUMEN 6

INTRODUCCIÓN7

CAPÍTULO I. REPRESENTACIÓN SOCIAL

I.1 Antecedentes10

I.2 Concepto de Representación Social14

I.3 Estructura de la Representación Social14

I.3.1 Dimensiones de la Representación Social18

I.3.2 Constitución de la Representación Social19

I.4 Origen de la Representación Social23

I.5 Funciones de la Representación Social 25

I.6 Técnicas y procedimientos para el estudio de las
Representaciones Sociales27

I.7 Algunas investigaciones que se han realizado sobre
Representación Social29

CAPÍTULO II. ENFERMEDAD MENTAL

II.1 Antecedentes 31

II.2 El mundo antiguo 31

II.3 Grecia 34

II.4 Roma 37

II.5 Edad Media u Oscurantismo 39

II.6 Renacimiento 42

II.7 Siglos XVII y XVIII 44

II.8 Siglos XIX y XX 47

II.9 La enfermedad mental en México 50

II.10 Perspectivas teóricas 55

II.11 Normalidad y Anormalidad 56

II.12 Definición de Enfermedad Mental 60

II.12.1 Síntomas y Signos 61

II.12.2 Diagnóstico 62

II.12.3 Técnicas empleadas en la evaluación 63

II.12.4 Tratamiento 64

II.13 Enfermedad mental y delincuencia 65

II.14 Enfermedad Mental y Sociedad 66

II.14.1 Rol de la familia 68

II.15 Actitud del Enfermo Mental ante la Enfermedad Mental	69
II.16 Rehabilitación Psicosocial	71
II.17 Investigaciones sobre Enfermedad Mental	73

CAPÍTULO III. MÉTODO

III.1 Justificación	77
III.2 Planteamiento del Problema	78
III.3 Objetivo General	79
III.4 Objetivos Específicos	79
III.5 Supuesto	79
III.6 Variables	80
a) Variable orgánicma	80
b) Variable dependiente	80
III.7 Población	80
III.7.1 Desde el aspecto jurídico	80
III.7.2 Desde su psicopatología y perfil de Personalidad	81
III.8 Muestra	81
III.9 Tipo de Estudio	82
III.10 Instrumentos	82
III.10.1 Grupo focal	82
III.10.2 Entrevista en profundidad	84
III.10.3 Material	85
III.12 Procedimiento	85
III.13 Análisis de Resultados	86

CAPÍTULO IV. RESULTADOS 89

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN106

CONCLUSIONES 125

Limitaciones	129
Alcances	130
Sugerencias	131

CAPÍTULO VI. REFERENCIAS133

ANEXOS

Anexo 1	140
Anexo 2	141

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue conocer la Representación Social que han construido los interno - pacientes del CE. VA. RE. PSI. (inimputables y psiquiátricos) con respecto a la enfermedad mental. La muestra estuvo constituida por 9 interno - pacientes varones, cuyo rango de edad es de 22 a 60 años. Es una investigación de tipo exploratorio. En cuanto al método se utilizó el grupo focal a manera de grupos de discusión, conducido varias veces para identificar tendencias y modelos en la percepción; posteriormente se entrevistó a profundidad a cada uno, el número de entrevistas para cada asistente se determinó por el criterio del proceso de saturación, con el fin de obtener la mayor información y corroborar la recabada en el grupo focal. El análisis de resultados se efectuó a través de la técnica de análisis de contenido; para la codificación fue necesario definir el universo, las unidades de análisis y las categorías. Dando lugar a las categorías 1) Definición de enfermedad mental, 2) signos y síntomas, 3) origen de la enfermedad mental, 4) sentimientos de carácter colectivo, 5) trato a los enfermos, 6) institución – usuario y 7) fuentes de información. Sin duda esta aproximación a la representación social de la enfermedad mental es resultado de la experiencia, informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que reciben y transmiten los interno – pacientes a través de la tradición, la educación y la comunicación social. Finalmente, es importante que la institución considere los resultados en la implementación y construcción de programas para poder ofrecer a sus usuarios una rehabilitación eficaz, mejorar su calidad de vida y lograr su posterior reinserción social.

INTRODUCCIÓN

La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México desarrolló un programa de internado, con la finalidad de insertar al estudiante de psicología en tres diferentes áreas: educativa, salud - social y organizacional.

Como parte de la formación profesional del psicólogo es necesario su presencia en ambientes laborales de forma previa a su titulación e inserción al campo de trabajo. El estudiante de psicología inmerso en un ambiente real puede; por un lado, enfrentarse a una realidad laboral que en el aula de clases no se conoce y / o a la cual tiene que encarar una vez que ingresa al mercado de trabajo; percatarse de la situación que prevalece en torno a la Psicología y relacionarse directamente con el beneficiario de sus servicios. Por otro, aplicar los conocimientos adquiridos durante su trayectoria académica, y, lograr experiencia, herramientas profesionales y habilidades que favorezcan el crecimiento y desempeño ético y profesional.

El interés por el estudio de la representación social y de la enfermedad mental se gesta en el momento en el que me incorporé al área de la psicología social dentro del programa de internado y teniendo como escenario el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (CE. VA. RE. PSI).

El CE. VA. RE. PSI es una institución anexa al Reclusorio Preventivo Varonil Sur, dependiente de la Dirección General de Reclusorios y Centros de Readaptación Social del D. F., que busca mejorar la calidad de vida y la reinserción en la sociedad de los internos que han delinquido y que su situación jurídica es de inimputables o psiquiátricos.

El CE. VA. RE. PSI. se convierte en un océano de expectativas, intereses, inquietudes, posibilidades, incertidumbre, cuestiones y dudas; que van desde la dinámica institucional hasta el personal de salud, el personal de seguridad y custodia, la importancia del interno, de la enfermedad mental y rehabilitación, etc. La institución requiere de investigación y sería muy ambicioso e imposible querer en este trabajo responder a todas las interrogantes; con el deseo de despejar en algún grado parte de éstas se planteó la presente investigación acerca de la representación social de la enfermedad mental.

Indudablemente para comprender las concepciones acerca del carácter normal o patológico de una conducta en determinado grupo social es inminente investigar la representación social que han construido de la enfermedad mental. Aunado a la necesidad en el campo de la salud mental de implementar programas de atención y tratamiento del enfermo mental.

El interno al padecer un trastorno mental se convierte en el principal protagonista de la institución y que mejor que conocer su realidad para

implementar programas acordes a sus necesidades.

Alrededor de la enfermedad mental existen variadas significaciones y conceptualizaciones que están profundamente ligadas a factores sociales y culturales, es decir, existe una representación social de la enfermedad.

El fenómeno de la enfermedad mental y la delincuencia es complejo y requiere de trabajo interdisciplinario e investigación. La temática de la representación social es fundamental y relevante, nos da una visión de lo que es el hombre y su mundo de objetos, la manera en que se construye el mundo cotidiano y la intervención como mediación de las relaciones de los hombres entre si y con su medio ambiente.

La aplicabilidad de las aproximaciones y la apertura disciplinaria es amplia. Al respecto Jodelet (2000) habla del carácter interdisciplinario en la medida en que se cruza con otras disciplinas cercanas (la ciencia política, las ciencias de la educación, de la salud y el medio ambiente, etc.).

La aproximación de las representaciones sociales constituye un aparato teórico heurístico para profundizar el conocimiento de la realidad social, así también para ofrecer los medios de intervención sobre esta última, con relación a las otras disciplinas. Si lo que se busca es la rehabilitación de los internos es importante conocer lo que el enfermo mental sabe o cree acerca de la definición, causas, síntomas y signos, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, atención y asistencia, importancia social y actitudes con relación a la enfermedad mental.

En México, por un lado, la mayoría de las investigaciones que desde el campo de la Psicología Social se han realizado sobre la enfermedad mental giran en torno a las actitudes, mientras que el campo de la representación social ha sido poco estudiado y algunos de los trabajos elaborados se han hecho en la población en general, en profesionales de la salud mental y en familias de enfermos mentales y, por otro lado, son escasos los estudios con pacientes hospitalizados y los trabajos con pacientes psiquiátricos son todavía menos. Por consiguiente, es de gran relevancia la presente investigación.

Se parte del supuesto de que la representación social que tienen los internos de la enfermedad mental se basa en un conjunto de conocimientos, experiencias y creencias determinados por su historia como son la psicopatología, la historia psiquiátrica y la clasificación jurídica. Puesto que la representación social se construye a partir de las experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social (Jodelet, 1986, citado en Ibáñez, 1988).

En el primer capítulo se presenta el fundamento teórico de la representación social, antecedentes, concepto, los componentes que la estructuran, el origen,

las funciones, los procedimientos y técnicas empleadas en el estudio y por último se ofrecen algunas investigaciones.

La información de la enfermedad mental es abordada en el capítulo 2; iniciando con a historia de la enfermedad, la enfermedad mental en México, algunas perspectivas teóricas que explican el fenómeno, los elementos característicos; se añade un apartado de enfermedad mental con relación a la delincuencia, el papel de la familia y la sociedad en torno al paciente enfermo, un punto más es la rehabilitación psicosocial. Además, se comentan algunas investigaciones.

En el capítulo 3 se ofrece el método empleado en este estudio. En el siguiente se presentan los resultados obtenidos y en el capítulo 5 aparece la discusión, las conclusiones, limitaciones, alcances y sugerencias de la investigación se presentan en el capítulo 6. Finalmente, en el capítulo 7 se localizan las referencias empleadas.

CAPÍTULO I. REPRESENTACIÓN SOCIAL

I.1 Antecedentes

No cabe duda, todas las personas están sumergidas en un grupo, el cual está permeado de características propias de una cultura única, esta pertenencia a un determinado grupo y dentro de un contexto histórico - cultural determina la forma en que las personas elaboran la realidad de los objetos, cosas, fenómenos o pequeños acontecimientos de la vida cotidiana, generando así una visión compartida de estos. La manera de cómo construimos una realidad acerca de un objeto que ha tomado una relevancia dentro del grupo ha sido abordada por la teoría de las representaciones sociales.

Antes de tratar de explicar el fenómeno de la Representación Social es importante ubicarlo dentro del contexto histórico. La teoría de la representación social es una de las temáticas más importantes e interesantes de la psicología social, disciplina que ha logrado la independización de la sociología. Teniendo que enfrentar la psicología una fuerte dicotomía: la relación entre lo individual (psicológico) y lo social (sociológico); sin embargo, curiosamente es ésta (sociología) quien da la pauta para el nacimiento de la teoría de la representación social. Para comprender el tema que nos atañe es necesario dirigirnos a trabajos y autores que de alguna manera (directa o indirectamente) han contribuido en la estructuración del concepto de representación social.

Iniciamos con Johann Friedrik (1776-1841) quien ayudó a que fueran considerados los elementos psicológicos en la sociedad al considerar al individuo en su contexto psicológico sin negarle la influencia ejercida por el medio social en la construcción subjetiva de la realidad. Sus dos grandes aportaciones son:

1. La necesidad de la psicología para ampliar su campo de acción más allá del individuo.
2. La existencia de un paralelismo entre el funcionamiento de los individuos dentro de la sociedad y el de las representaciones del individuo, es decir, la coexistencia de una analogía del funcionamiento entre la vida psíquica del individuo y la vida del individuo en la sociedad, ya que los elementos y fuerzas que conforman a una y a otra (ideas y representaciones en el caso del individuo e individuos en el caso de la sociedad) y las relaciones que establecen entre ellas están sujetas al mismo tipo de leyes (citado en Flores, 1993).

Posteriormente, su discípulo Gustav Adolf Lindner postuló una *Vorstellungsmechanik des individuellen bewusstein* ("Mecánica de las Representaciones de la Consciencia Individual") a la que corresponde una *Vorstellungsmechanik des sozialen bewusstein* ("Mecánica de las Representaciones de la Consciencia Social"). Con esta analogía entre la consciencia individual y la consciencia social se explica el mecanismo que

sustenta la interacción de lo individual y lo social; al tiempo que se insiste en la relación entre la psicología y la sociología (citado en Flores, 1993).

Otra aproximación al estudio de la representación social la encontramos con Wilhem Max Wundt, primero en separar la ciencia experimental de lo que consideró psicología social. Wundt tenía una clara percepción de las limitaciones de la ciencia de laboratorio, que estableciera en Leipzig Alemania en 1879, y por ello escribe diez volúmenes de lo que llamó "*Volkerpsychologie*" (1900-1920) o "*Psicología de los Pueblos*" (Domingo, G., 1991).

La ciencia experimental de Wundt fue una psicología individual mientras que su "*Volkerpsychologie*" fue una psicología colectiva; los objetos que analiza en esta obra son productos culturales como el lenguaje, los mitos, la religión, costumbres, etc. Intentó elaborar inferencias acerca de la naturaleza de la mente del hombre primitivo basándose en el análisis de la estructura de la lengua nativa; pues resultaba necesario complementar su ciencia con el estudio de lo que denominó mente en sociedad, esto es con el estudio de la mente como producto del cambio histórico y evolutivo. Sin embargo, para Wundt el lenguaje, los mitos, etc., no podían ser reducidos a elementos conscientes que en última instancia era la base de la introspección, al ser todos ellos productos culturales que estaban fuera del conocimiento consciente de los individuos. Razón por lo cual era necesario tratar por separado esta psicología social de la ciencia de laboratorio y con ello marca claramente la diferencia entre la psicología experimental y la psicología social como ciencia colectiva y la necesidad de distinguir la psicología individual y colectiva.

Por otro lado, Emile Durkheim (1858-1957) uno de los sociólogos más importantes en el origen de esta teoría estudió los términos: *representación colectiva* (conceptos ajenos al individuo y pertenecen al patrimonio cultural de una sociedad), antecedente inmediato de las representaciones sociales, y *representación individual* (concepto de carácter personal y existencia momentánea), (Ibáñez, T., 1988).

Durkheim muy impresionado por el trabajo de Wundt se afianzó a su concepción de que los hechos sociales no pueden ser explicados en términos de hechos psicológicos. Su teoría era opuesta al individualismo, sostenía que los hechos sociales no pueden reducirse a hechos individuales. Para Durkheim en la vida social hay algunos hechos inexplicables por el análisis físico o psicológico; concibe un *hecho social* como "el orden de acontecimientos que presentan caracteres muy particulares consistentes en modos de actuar, de pensar y de sentir, exteriores al individuo y que están dotados de un poder de coerción en virtud del cual se impone a él". Por lo que no podrían confundirse con fenómenos orgánicos, ya que consistían en representaciones y en acciones, ni tampoco con los fenómenos psíquicos, pues estos sólo existen en la consciencia individual como son la moral pública, las observaciones familiares y religiosas, etc." (Durkheim citado en Díaz, A., 1998).

A continuación se presentan los elementos que caracterizan a un hecho social:

a) Exterioridad: el sujeto se encuentra con un medio organizado, exterior, anterior e independiente de él; un medio constituido por un conjunto de objetos culturales "representaciones colectivas" (en dichas representaciones ubicó las creencias, los valores y normas que en principio son ajenas al sujeto pero después, por medio de la socialización, pasan a constituir su propia subjetividad).

b) Coerción: existe una presión de todos sobre cada uno, lo que indica que un individuo forma parte de una misma organización que presiona a su vez, sanciona, afectándose por su propia opresión (sanciones que pueden ser difusas, teniendo como protagonista al colectivo y se efectúan por medio de las costumbres, y organizadas, aquellas que se instalan por una institución).

c) Generalidad e independencia: se refiere a la universalidad de la coerción, un hecho social es compartido por todos los miembros de un colectivo (Durkheim citado en Flores, F., 1993)

Evidencia en su obra sobre Representaciones Individuales y Representaciones Colectivas, de la misma manera que Wundt, la diferenciación entre distintos niveles de análisis: lo individual y lo colectivo; admite que la psicología debería enfocar su objeto de estudio únicamente en el individuo y la sociología exclusivamente en la sociedad.

Sin embargo, la aportación de Durkheim queda por múltiples cuestiones hasta cierto punto olvidada y aunque algunos teóricos intentaron seguir por esta dirección fueron atacados fuertemente. Por ejemplo, Mc Dougall escribió dos libros: uno a nivel individual y otro a nivel social; no obstante por la tradición conductista que empezaba a gestarse en Estados Unidos fue severamente criticado. Para otros, Allport como muestra, ésta distinción entre lo individual y lo colectivo no resultaba evidente ya que el fin último de la psicología era "el estudio de la conducta" y ésta era única y exclusiva de los individuos (Domingo, G., 1991).

Es hasta después de la segunda guerra mundial cuando en Europa, específicamente en Francia, se desarrolló una escuela de investigación sobre las representaciones sociales que estaría en oposición al carácter psicológico individualista que hasta el momento había tenido gran auge.

Los siguientes elementos caracterizan la escuela francesa:

1. La influencia de Durkheim en la concepción de la consciencia colectiva.
2. La utilización de métodos de campo y técnicas observacionales diferentes a las técnicas de investigación tradicional.
3. Su constante crítica a la moda contemporánea de teoría y metodología.

Estas características aunadas a la gran necesidad de unificar la psicología social en un campo han llevado a varios teóricos a preocuparse por la designación de un objeto común que una lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social, postulando la necesidad de estudiar las representaciones sociales.

El principal representante de dicha escuela es Serge Moscovici, quien después de varios años de investigación emplea por primera vez el concepto de representación social con la publicación en 1961 de su estudio "*La Psychoanalyse: son image et son public*" en donde se inscriben una serie de estudios realizados en la década de los 50's sobre la Representación Social del Psicoanálisis en la Sociedad Francesa. El interés de Moscovici se concentra en la forma en que toda nueva teoría científica, política o técnica se da a conocer dentro de una cultura, cómo la teoría se transforma, cuál es la forma en que llega a modificar el modo en que la gente se ve así misma y al mundo en que vive, es decir, todo científico al elaborar una teoría tiene una noción de la realidad, dicha teoría al hacerse pública pasa a ser una noción en la realidad y en ese momento pasa a ser objeto de interés de la psicología social (Moscovici, S., 1961).

En este estudio Moscovici se refiere a las representaciones sociales como "...ese concepto de Durkheim abandonado y olvidado..." (Farr, R., 1984).

Aunque, como se mencionó, el concepto de representación nace de la aportación de Durkheim con su concepto de las representaciones colectivas, la noción de representación social de Moscovici se distingue de ésta en dos aspectos muy importantes:

a) "La sociología ve a las representaciones sociales sólo como mecanismos explicativos irreductibles para un posterior análisis, su función es similar a la de un átomo en física tradicional y a la de un gen en genética clásica. Por otro lado, la psicología social se ocupa únicamente de la dinámica y la estructura de las representaciones sociales."

b) "Durkheim, centrado en la tradición aristocrática y kantiana, tiene una concepción más bien estática de las representaciones, como consecuencia son vistas como capas de aire estancadas en la atmósfera que retienen los conceptos y que pueden ser cortadas como un pastel para su estudio; sin embargo, las representaciones sorprenden por su carácter móvil y circulatorio, por su plasticidad" (Moscovici citado en Díaz, A., 1998).

Una vez que se han contemplado los antecedentes y la aparición del concepto de representación social, como tal, es necesario preguntarnos ¿Qué es una representación social?. Para responder a esta cuestión en el siguiente apartado se ofrecen las principales definiciones y explicaciones con respecto al tema.

1.2 Concepto de Representación Social

Todo individuo forma parte de un grupo social con el que interactúa y comparte ilimitadamente experiencias, pensamientos, creencias, costumbres, actitudes, etc., por tanto las representaciones sociales se hallan a la orden del día. "... son entidades casi tangibles, circulan, se cruzan y se cristalizan sin cesar en nuestro universo cotidiano a través de una palabra, un gesto, un encuentro. La mayor parte de las relaciones sociales estrechas, de los objetos producidos o consumidos y de las comunicaciones intercambiadas están impregnadas de ellas" (Moscovici S., 1961).

Hay que considerar que aunque las representaciones sociales forman parte de nuestra vida ordinaria, al constituir la realidad, no se trata de un tema sencillo; por el contrario es una temática compleja que requiere un trabajo arduo, constante y tenaz. Moscovici S., (1961) indica que "si bien la realidad de las representaciones sociales es fácil de captar, el concepto no lo es. Esto sucede por muchas razones, en gran parte históricas y no históricas".

Entre las cuestiones no históricas se encuentra el hecho de que el concepto de representación social es un concepto híbrido donde confluyen nociones de origen sociológico tales como la cultura o la ideología, y nociones de procedencia psicológica tales como la de imagen o pensamiento. Así, el concepto de representación social se caracteriza por su ubicación en la intersección de la sociología y la psicología, convirtiéndolo en un concepto psicossociológico.

Ibáñez, T. (1988) alude a su composición polimorfa, al recoger e integrar toda una serie de conocimientos que presentan un alcance más restringido que el propio concepto y son por eso más operativos. Estas peculiaridades convierten al concepto en un concepto marco que apunta hacia un conjunto de fenómenos y de procesos más que hacia objetos claramente diferenciados o hacia mecanismos precisamente definidos.

Por otra parte, se observa el dominio durante mucho tiempo de la corriente behaviorista; dentro de la tradición watsoniana de la relación directa E – R sólo los comportamientos "manifiestos", directamente observables, tales como las respuestas motrices o verbales, podían ser objetos de estudio. Las respuestas "latentes" o "implícitas" tales como las actividades cognoscitivas permanecían olvidadas (Herzlich, C., 1975).

Otra corriente teórica que se ha desarrollado en concurrencia con la tradición behaviorista, es el interaccionismo simbólico, surgido de la obra de G. H. Mead, rechazan la idea de un determinismo social estricto, en el sentido de Durkheim; afirman, sin embargo, la primacía de los procesos sociales en la conducta individual. Estudian los aspectos implícitos del comportamiento enfatizando en los procesos simbólicos, el lenguaje y su papel en la definición de la realidad social "el individuo tiene menos que ver con los estímulos que con

los objetos y las situaciones socialmente construidos en las actividades y la interacción" (Blumer, H., 1967 citado en Herzlich, C., 1975).

A pesar de estos eventos, después de las aportaciones de Moscovici se percibe un interés y mayores contribuciones a la teoría de la representación social, aunque lentamente, iniciando con la concepción que es primordial para el entendimiento de la teoría.

Son diversos los autores que han definido la representación social, compartiendo nociones y algunos haciendo mayor énfasis en una u otra particularidad; a continuación se exponen algunas de estas definiciones que nos ayudarán a la comprensión teniendo claro que no hay definición unánime.

De acuerdo a Moscovici (en Sotirakopoulou, K. y Breakwell, G., 1992) una representación social es un sistema de valores, ideas y prácticas con dos funciones, primero, un orden que permite a los individuos orientarse y dominar su mundo material y social y, segundo, facilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proveyéndolos de un código para nombrar y clasificar varios aspectos de su mundo y su historia individual.

Son sistemas cognitivos con una lógica y 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 tienen una estructura y dinámica propias que llevan a estas a adquirir el valor de fenómeno y no un mero concepto.

Una de las explicaciones más interesantes que ha habido aparte de la de Moscovici es la formulada por Denise Jodelet, quien menciona: "la noción de representación social (...) antes que nada concierne a la manera en que nosotros objetos sociales aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras al conocimiento espontáneo, ingenuo que tanto interesa en la actualidad a las ciencias sociales, ése que habitualmente se denomina del sentido común, o bien pensamiento natural, por oposición al conocimiento científico. Este conocimiento se construye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, este conocimiento es, en muchos aspectos, un conocimiento socialmente elaborado y compartido. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que plantea el mundo" (Jodelet, 1986a citado en Ibáñez, 1988).

La definición citada, aunque general, es muy importante y atrayente y en las posteriores definiciones, más concretas, indudablemente discurren en los puntos mencionados.

Di Giacomo en 1980 (citado en Flores, F., 1994) define las representaciones sociales como modelos imaginarios de evaluación, de categorización y de explicación de las realidades entre sujetos sociales, particularmente entre grupos, que conducen hacia normas y decisiones colectivas de acción, es decir, las representaciones sociales proveen de información, desde su función estructurante y jerarquizada, predisponiendo al sujeto actitudinalmente hacia los fenómenos y objetos sociales de la realidad social.

En este sentido una representación social tiene una importancia fundamental en cuanto a la manera en que se desarrolla una interacción.

Doise, 1984 (citado en Ibáñez, 1988), puntualiza la representación social como un principio generativo de tomas de postura que están ligadas a inserciones específicas en un conjunto de relaciones sociales y que organizan los procesos simbólicos implicados en esas relaciones.

Así se puede notar que este autor enfatiza en el rol social, el papel que desempeñamos, la posición social y económica que tenemos, los intereses particulares, las experiencias concretas y las influencias culturales en la construcción de la realidad.

Claude Flament define la representación social como "un conjunto organizado de cogniciones relativas a un objeto, compartidas por los miembros de una población homogénea en relación a ese objeto" (Flores, F., 2000).

La representación social es el contenido de una construcción mental de lo real; implica un proceso cognitivo ya que el objeto representado es "imagen y resultado de un trabajo psíquico de representación". La representación constituye lo sensible y lo que podemos percibir a través de nuestros órganos de los sentidos es "el contenido concreto de un acto de pensamiento", esto es, "la reproducción de una percepción anterior, de un resto mnémico de aquellas partes del objeto que se inscribe en los sentido mnémicos" (Kaes citado en Domingo, 1991).

En resumen, la representación social es una estructura organizada de conocimientos y una de las actividades importantes gracias a la cual los hombres hacen inteligible la realidad física y social y, es fundamental en la formación de las comunicaciones y de las conductas sociales.

La representación permite al individuo o al grupo acceder a las estructuras sociales. Moscovici (citado en Flores, 2000) plantea que la forma en que se concibe a la sociedad se expresa a través de lo que él llama *universo reificado* (comunidad de los símbolos) y *universo consensual* (comunidad de los

significantes).

En el *universo consensual*, como resultado de la inserción del individuo en la sociedad se presenta la trascendencia de la individualidad, es decir, de las limitantes naturales que se le imponen a su condición de individuo que son desbordadas a través de la simbolización y principalmente por medio del lenguaje, de tal modo que el individuo potencia su capacidad para abordar sectores de realidad. La experiencia no vivenciada en sí, en un estado actual de apropiación de la realidad que nos rodea, sólo es posible a partir de compartir y acumular experiencias que se han dado a lo largo de la historia social del hombre, diluyéndose la individualidad para transformarse en un pensamiento colectivo (citado en Mendoza, E., 1997).

Toda experiencia proporcionada por la confrontación empírica con el universo de los objetos y de las personas en una estructura social dada, se enfrenta a un universo conocido y hasta cierto punto controlable en el sentido de que puede acudir a alternativas conductuales en las situaciones que enfrenta. Sin embargo, hay otro universo que está más allá de lo empírico: aquel que se refiere a la distinción que hay entre lo que es y lo que se supone que es. Mucha de nuestra realidad es mera suposición en el deber ser (determinado por el consenso social). Así, la suposición respecto a una cosa, hecho o persona, es definida socialmente en un consenso social; este universo consensual es al que pertenecen las representaciones sociales (Moscovici citado en Mendoza, E., 1997).

Por otro lado, el *universo reificado* es un "sistema de entidades básicas e invariables, las cuales son indiferentes a los individuos y carentes de identidad". Dentro de lo reificado, la sociedad es vista como "un sistema de roles diferentes y clases cuyos miembros no son iguales" (Moscovici citado en Mendoza, E., 1997).

Según este sistema de roles, el experto es quien tiene la autoridad frente a quienes no lo son. Su mundo se transforma en algo que queda fuera de la naturaleza y experiencias de la vida cotidiana, siendo experimentado por los que no están en él como no familiar y ajeno. Sin embargo, si ese mundo es consensuado como socialmente valioso se crea la necesidad de aprehenderlo, y esto sólo es posible siguiendo las reglas del consenso, transfigurándolo de acuerdo a ellas. "El contraste entre los dos universos tiene un impacto psicológico, el límite entre ellos divide colectiva y realmente la realidad física en dos. Las ciencias son los medios por los cuales entendemos los universos reificados, mientras que las representaciones sociales tratan de lo consensual" (Moscovici citado en Mendoza, E., 1997).

En este sentido las representaciones sociales tienen dos roles: convencionalizan los objetos, las personas y eventos con que nos encontramos y son prescriptivas, esto es, ellas se imponen a nosotros con una fuerza irresistible.

Así, cuando hablamos de representaciones debe considerarse que no existe una separación tajante entre el universo externo y el universo del individuo o del grupo, que esencialmente el sujeto y el objeto no son diferentes en su ámbito de acción común, es decir, que si tomamos como punto de partida el que una representación es una "preparación para la acción", no lo sería sino en la medida en que guía el comportamiento, logra modelar y reconstruir los elementos que integran el medio en el cual el comportamiento tendrá que darse (Banda y Flores, 1986).

1.3 Estructura de la Representación Social

La teoría de la representación social es una forma de estudiar la construcción social de la realidad de los hombres; este enfoque permite abordar dos dimensiones que de ninguna forma son excluyentes entre sí y que en el fondo ambas son parte de la estructura de dicha teoría: la dimensión cognitiva y social. Las dos forman parte del estudio de la psicología social, la cual comenzó a perfilarse en la década de los setenta y que actualmente ha ganado importancia en el terreno de la psicología general.

Las representaciones sociales están definidas por unos contenido y procesos. Los contenidos vienen dados por un universo de informaciones, actividades, imágenes, opiniones, proposiciones, reacciones y evaluaciones que produce la significación social de los objetos. Los procesos hacen referencia a la generación y a la transformación de lo no familiar en familiar, de lo extraño en convencional y a la dinámica que articula al sujeto con el objeto.

Los procesos y contenidos de las representaciones sociales son indesligables, no representan estructuras individuales.

1.3.1 Dimensiones de la Representación Social

Los elementos que pueden llegar a conformar una representación social son de diversa naturaleza y procedencia. Moscovici, S. (1961) indica que existen tres elementos o dimensiones en torno a los cuales se estructuran las representaciones sociales.

1. **Información:** se relaciona con la organización de los conocimientos que posee un grupo con respecto a un objeto social, conduce a analizar lo que sabe acerca del objeto, la calidad y la cantidad; esta información varía notablemente ya que los medios de acceso pueden resultar difíciles o no según los diversos objetos: el origen, los medios y la comunicación social originan que la información posea propiedades bastante diferentes; se observa como las pertenencias grupales y las ubicaciones sociales influyen en la información, información que está organizada de manera sumamente diversa, generando tantos universos de opiniones como clases, culturas o grupos existen, y, por ende, en el tipo de

representación que se construye. Esta dimensión cumple un importante papel en las representaciones sociales ya que la carencia disponible lleva a representaciones sociales incongruentes y desorganizadas.

2. Campo representacional: nos remite a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de la representación; existe un orden y jerarquización de los elementos que configuran el contenido de la representación, es decir, es la organización interna que adoptan esos elementos cuando quedan integrados en la representación. El tiempo o el espacio en el que se presenta el objeto, sus coordenadas sociales, etc., y en definitiva todo aquello que sirve para contextualizar el objeto, se encuadra en esta dimensión.

3. Actitud: se manifiesta como una disposición más o menos favorable que tienen los individuos acerca del objeto de la representación, expresa por lo tanto la orientación evaluativa en relación con ese objeto; los componentes afectivos que intervienen en cualquier representación se articulan en este elemento. Se enuncia como una dimensión menos compleja y estructurada, que las otras dos, ya que la actitud puede existir a pesar de que se posea muy poca información y un campo de representación poco organizado.

El análisis tridimensional de la representación social, en el ámbito operacional, tiene ventajas importantes: permite detectar su estructura, su tendencia evaluativa, los contenidos concretos sobre los que se articula, etc., posibilita ver en que medida las representaciones de los grupos se asientan sobre unos o sobre otros contenidos, se articula sobre qué cantidad y qué calidad de información o se orientan en una dirección determinada. Por otra parte, ofrece la posibilidad de analizar los grupos sociales en función de esas características.

I.3.2 Constitución de la Representación Social

Con respecto a los mecanismos por medio de los cuales se constituye la representación social Moscovici plantea la objetivación y el anclaje. La objetivación permite hacer concreto lo abstracto mientras que el anclaje convierte las representaciones en códigos de interpretación y, finalmente, de acciones. A continuación se expondrán con mayor detenimiento ambos mecanismos:

El proceso de objetivación es una proyección que hace plasmar en imágenes concretas lo que es abstracto o conceptual, es decir, se trasplanta al plano de la observación lo que solo era interferencia o símbolo. Por el proceso de objetivación se transforman los conceptos extraños en experiencias o materializaciones concretas; reconstruye el objeto entre lo que nos es familiar para poder controlarlo. Lo "invisible" se convierte en "perceptible" (Farr, R.,

1984, citado en Morales, F., 1997).

Este proceso de objetivación presenta tres fases (Ibáñez, 1988):

La *construcción selectiva*, en la cual los integrantes que conforman un grupo social se apropian, de una forma que es específica de cada uno de ellos, de las informaciones sobre el objeto. Implica la retención de algunos elementos de información y el rechazo de otros que pasan desapercibidos o se olvidan rápidamente; los elementos retenidos acontecen por un proceso de transformación para que encajen en las estructuras de pensamiento que ya están constituidas en el sujeto. Se trata por tanto de un proceso de adaptación de los nuevos elementos de información muy semejante al proceso de asimilación descrito por Jean Piaget.

En la *esquemmatización estructurante* los diversos elementos de información que ya han sido seleccionados y adaptados, a través del proceso de apropiación, se organizan para proporcionar una imagen del objeto representado suficientemente coherente y fácilmente expresable, de este modo, la transformación icónica da lugar a la estructura imaginaria que reproduce una estructura conceptual.

Esta imagen estructurada es lo que Moscovici (1961) denominó "núcleo figurativo", es una imagen nuclear concentrada, con forma gráfica y coherente, que captura la esencia del concepto, teoría o idea que se trata de objetivar. Cuando un grupo social dispone de un núcleo figurativo es más sencillo hablar de idea o concepto representados. Esta simplificación nos permite conversar y comprender de forma más sencilla las cosas, a los demás y a nosotros mismos, y a través de su uso en diferentes circunstancias se convierte en un hecho natural (Morales, F., 1997).

A partir del planteamiento de Moscovici en torno al núcleo figurativo, Abric, C. (citado en Flores, F. 2000) propone las nociones de sistema central y sistema periférico como fórmula de acercamiento a las representaciones sociales.

Características del sistema central y del sistema periférico de una representación social.

<i>Sistema central</i>	<i>Sistema periférico</i>
Ligado a la memoria colectiva y a la historia del grupo	Permite la integración de experiencias e historias individuales
Consensual	
Define la homogeneidad del grupo	Soporta le heterogeneidad del grupo
Estable, coherente y rígido	Flexible, soporta las contradicciones

Resiste al cambio	Evolutivo
Poco sensible al contexto inmediato	Sensible al contexto inmediato
Funciones: genera el significado de la representación y determina su organización.	Funciones: permite la adaptación a la realidad concreta, la diferenciación del contenido y protege el sistema central.

Los dos sistemas exhiben funciones determinadas en la organización interna de la representación que permiten a la representación social adaptarse a las exigencias sociales y cognitivas.

La *naturalización*, última fase del proceso de objetivación, el esquema ya elaborado de la representación social se naturaliza, es decir, los elementos que componen el esquema figurativo aparecen como elementos de la realidad y los conceptos se convierten en categorías sociales del lenguaje que pretenden traducir esa realidad. Pasando a formar parte del sentido común, que permite organizar, de manera coherente, la construcción de lo ya existente.

De esta manera, la transformación de un concepto en una imagen pierde su carácter simbólico arbitrario convirtiéndose en una realidad con existencia autónoma. La distancia que separa lo representado del objeto desaparece de modo que las imágenes sustituyen la realidad, lo que percibimos no son ya las informaciones sobre los objetos, sino la imagen que reemplaza y extiende de forma natural lo percibido.

En conjunto, estas fases del proceso de objetivación, sirven de marco e instrumento para orientar las percepciones y los juicios en una realidad socialmente construida, como lo señala Jodelet, D. (1986a).

Por lo tanto, vemos que por medio del proceso de objetivación, se transforma un esquema desestructurado, sin orden, en una categoría estructurada que permite comprender y articular un esquema abstracto en algo natural y concreto.

Al igual que el proceso de objetivación, el proceso de anclaje permite transformar lo que es extraño en familiar, domesticar y hacer inteligible lo que no es familiar. Sin embargo, el proceso de anclaje actúa en una dirección diferente a la objetivación, permite incorporar lo extraño en lo que crea problemas, en una red de categorías y significaciones (Morales, F., 1997).

El anclaje posibilita la inserción de las representaciones en la dinámica social, haciéndolas instrumentos útiles de comunicación y comprensión. Por una parte, las representaciones se convierten en sistemas de lectura de la realidad social, expresando y contribuyendo a desarrollar los valores sociales existentes; por otra parte, en tanto que sistema de interpretación, el anclaje posibilita que las personas puedan comunicarse en los grupos a que

pertencen bajo criterios comunes, con un mismo lenguaje para comprender los acontecimientos, las personas y a otros grupos.

Es decir, el anclaje convierte las representaciones en códigos de interpretación y, finalmente, de acciones; remite el objeto representado a la realidad de la que provenía, pero con un significado incorporado. Al mismo tiempo, este proceso es el que permite cimentar nuevas representaciones sobre otras preexistentes en una continua labor reconstructiva de la realidad; la mayor parte de las nuevas informaciones son evaluadas con respecto a las informaciones existentes que "ancla" un cuerpo de sentido para integrar la realidad.

El anclaje y la objetivación, procesos básicos en la generación y el funcionamiento de las representaciones sociales, mantienen una relación "dialéctica" (Jodelet, D., 1986a) se combinan para hacer inteligible la realidad y para que resulte un conocimiento práctico y funcional; un conocimiento social que nos permita desenvolvernos en el entramado de relaciones y situaciones que implica la vida cotidiana (Morales, F., 1997).

Sin embargo, existe una interrogación cómo se transforman y modifican las representaciones sociales, para responder a esta pregunta recurriremos a Elejabarrieta (1991) quien proporciona dos hipótesis:

La primera ha sido desarrollada por Moscovici con base en la dialéctica de los procesos definidos previamente, las representaciones se inscriben en sistemas de representaciones preexistentes, sistemas que en ocasiones se enfrentan a una novedad chocante u opuesta. Por ello ha elaborado la hipótesis de la "polifasia cognitiva", según la cual podría explicar cómo en ocasiones la novedad por extensión y contagio con otros sistemas de pensamiento logra transformar las representaciones; mientras que otras veces la "familiarización de lo extraño" conduce al mantenimiento rígido de las representaciones preexistentes sometiendo la novedad a las categorías.

La segunda hipótesis ha sido desplegada por Flament (1987, citado en Elejabarrieta, F., 1991) partiendo de la base de que la estructura de la representación social se organiza alrededor de un núcleo central que le proporciona coherencia y significación. Este núcleo central sería el elemento o conjunto de elementos de la representación que determina su organización, y tiene dos funciones principales:

- a) Función generadora que crea o transforma la significación de los demás elementos de la representación.
- b) Función organizadora al depender de ese núcleo la naturaleza de los lazos que unen los elementos de la representación.

El núcleo central puede considerarse la parte más estable de las representaciones, por tanto la modificación de una representación pasa por la

afectación a su núcleo central. Los demás elementos, al ser periféricos a este núcleo, si se ven perturbados por algún elemento extraño o novedoso, no llegan a transformar la estructura de la representación porque la distorsión de los elementos periféricos puede fagocitarse en función de la significación del núcleo.

A la par de este gran desarrollo, ha surgido la polémica acerca de si la representación debe considerarse como un producto o como un proceso; Ibáñez, T. (1988) refiere que las representaciones social son a la vez un *producto* y un *proceso*. Es un producto porque en cierta forma las personas tienen un contenido incluido en su propio pensamiento debido a la influencia social del grupo. Pero cuando las representaciones sociales integran un concepto nuevo, modificándolo y modificándose por éste, se habla de un proceso de construcción, así las representaciones sociales son producto y proceso simultáneamente, es cuestión de enfocarla en una u otra parte.

Del Valle argumenta que la representación es producto y proceso de la actividad simbólica (ideologizada) y social por el cual los sujetos, grupos e individuos reconstruyen un significando preciso. Reconstrucción de lo real que actúa sobre el estímulo como la respuesta; en la medida que modela a aquel y orienta a ésta (citado en Domingo, G., 1991).

Los procesos de las representaciones sociales, por tanto, son procesos de carácter socio - cognitivo y, al mismo tiempo, son conjuntos dinámicos, su característica es la producción de comportamientos y de relaciones con el medio.

1.4 Origen de la Representación Social

Indudablemente que la relación entre la sociedad y la cultura es el eje de la teoría de las representaciones sociales, en la intersección misma de la sociedad y la cultura, porque nada se convierte en realidad social si no tiene una cierta inscripción cultural; tienden a crear simultáneamente una especie de vínculo entre los hombres y los grupos. Podemos, entonces, decir que cuando hablamos de esta intersección de la sociedad y la cultura es que podemos entender y hablar de "sentido común" (Losada, M. <http://www.elecciones.eud.com/sic/sic270799f-htm/moscovici>).

"Aun cuando no soy el primero en observarlo, tenemos que reconocer que si algo no se pasa al sentido común, es decir a la acción, en la manera en que la gente se posiciona con relación a otros dentro de las categorías del pensamiento, nada puede convertirse una realidad viviente, esto es: una realidad de relaciones y una realidad de acción" (Moscovici citado en Losada, M.).

Como gente común y corriente que somos tendemos a considerar y analizar el mundo que nos rodea en una forma muy similar, precisamente porque el

mundo que nos rodea es social y porque toda la información que nos llega ha sido ya distorsionada por representaciones superimpuestas en objetos y en personas que le dan una cierta vaguedad y las hacen parcialmente inalcanzables (Domingo, G., 1991).

Cuando observamos estos individuos y objetos, nuestra predisposición genética heredada, las imágenes y hábitos que hemos aprendido, los recuerdos que tenemos de ellas y nuestras categorías culturales se combinan de tal manera que nos llevan a percibir de cierta manera. "Esta forma de compartir con los demás el mundo, es lo que determina que la representación social sea vista como ambiente" (Domingo, G., 1991).

Existen dos cuestiones más que hacen que la representación social se vea como un ambiente:

a) La naturaleza convencionalizadora: las representaciones sociales intervienen en la actividad cognitiva dándole a los objetos, personas y eventos una forma definida, ubicándolos en una categoría y estableciéndolos como un modelo particular, distintivo, compartido por un grupo de personas. Cualquier nuevo elemento se adhiere a este modelo y se observa en él.

b) La naturaleza prescriptiva: las representaciones sociales son prescriptivas en el sentido de que se nos imponen con una fuerza irresistible, esta fuerza es una combinación de la propia estructura social que nos precede y de la tradición que decreta lo que debemos pensar.

En la construcción de la realidad juega un papel importante la comunicación interpersonal, cada uno de nosotros pasamos la mayor parte del tiempo en grupo, ya sea con la familia, con amigos, compañeros (de escuela, de trabajo, de prisión, etc.). En esta relación interpersonal aparecen charlas, diálogos, etc. acerca de algún objeto social, es decir, de un fenómeno o concepto que salta a la vista de dicho grupo y que esta siendo desde ese momento compartido.

De acuerdo con Ibáñez, T. (1988) "es en efecto en los procesos de comunicación social donde se origina principalmente la representación social."

Cada persona parte de las observaciones y sobre todo de los testimonios que se acumulan a propósito de acontecimientos corrientes. Constantemente el medio nos proporciona comunicaciones sobre diversos temas; estas comunicaciones —artículos, libros, conferencias, etc.—, están muy alejadas de nosotros porque, hablando con propiedad, confrontarías con informaciones y experiencias más directas y más adecuadas a nuestro contorno inmediato. Pero estas comunicaciones, al mismo tiempo, están muy próximas porque nos conciernen, sus observaciones interfieren nuestras propias observaciones y sus lenguajes o sus nociones elaboradas a partir de hechos que nos son ajenos, y a veces nos hacen permanecer ajenos, fijan nuestra mirada, dirigen nuestras preguntas.

Moscovici (1961) llamó *hechos anónimos* a todo el ruido en que nos vemos todos los sujetos porque son un continuo flujo de imágenes, valores, juicios y opiniones que nos impactan constantemente sin que ni siquiera nos demos cuenta de ello.

Esta información que se presenta de manera verbal, escrita o hasta a través de un dibujo, permite que los miembros del grupo traduzcan y construyan ese objeto social.

Para Flores (1993) una representación social es social si es compartida por un grupo y además elaborada por él, teniendo el propósito de clasificarlo y explicar sus características incorporándolo así a su realidad social.

La organización de la información con relación a un objeto es uno de los aspectos más importantes que contribuye a la formación de la representación social, ya que permite la distribución colectiva del conocimiento generando una función productor-receptor, es decir, unos juegan el papel de productores y otros de receptores; así este funcionamiento permite que se vuelva accesible el conocimiento para todos, surgiendo, un "pensamiento del sentido común" (Wagner, W. y Elejabarrieta, F., 1994).

El discurso que elaboran las representaciones sociales, al igual que el conocimiento de sentido común, para que sea efectivo necesita ser público, es decir, el proceso de comunicación debe extenderse potencialmente a través de todos los miembros del grupo, comprometiéndolos en tanto que productores y receptores del sistema de conocimiento. El mismo requerimiento es que los resultados de la elaboración colectiva de conocimiento sean accesibles a todos los miembros del grupo. Si no fuese público para todos los miembros del grupo, el saber elaborado colectivamente no podría cumplir completamente su función base para la comunicación, no formaría el núcleo de identidad social y no convertiría el consenso en la principal fuente de evidencia (Wagner citado en Morales, 1997).

1.5 Funciones de la Representación Social

Una vez que se ha sustentado la aparición del concepto de representación colectiva con Durkheim, el interés y desarrollo de la representación social con Moscovici, la creciente atracción e importancia en la psicología social por comprender y explicar los componentes y la estructuración; se hace también evidente la importancia de contemplar, a continuación, las funciones de la representación social.

Farr, R. (1984) dice que las representaciones sociales tienen una doble función: *hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible perceptible*. Las representaciones sociales constituyen el cuadro en el que se comprende la novedad y se familiariza lo extraño, y por ello comprenden y activan

novedad y se familiariza lo extraño, y por ello comprenden y activan mecanismos y procesos generales en la categorización, la denominación y la comparación. En este sentido las representaciones sociales nos permiten construir la realidad social de forma que la comunicación con los otros aparezca en un marco de sentido. Mediante las representaciones se crean realidades de sentido común, explicaciones y conceptos de la vida cotidiana que permiten la comunicación entre los individuos.

Acorde a esto, Ayesteran, De Rosa y Paez (1987) dicen que la representación es una estructura cognitiva que tiene como funciones el procesamiento de la información, otorgarle un sentido al medio, y el servir de guía o plan para las conductas. Actuando como modelos o mini teorías, las representaciones, al activarse, organizan y estructuran internamente los contenidos de la realidad, interviniendo en la identificación, reconocimiento y evocación de los objetos.

Las representaciones sociales son útiles para lograr la convencionalización de los objetos, mediante estas hacemos comunes, convencionales y corrientes los objetos, las personas o los acontecimientos. Al mismo tiempo, nos permiten la combinación temporal de una estructura pensante con una tradición social, es decir, nos ayudan a *integrar la novedad y servir de referencia social en el tiempo*.

Por tanto, las representaciones sociales desempeñan un papel importante en la *comunicación*, pues los intercambios verbales en la vida cotidiana exigen algo más que la utilización de un mismo código lingüístico. Exigen que se comparta un mismo trasfondo de representaciones sociales.

El hecho de poseer un repertorio común de representaciones sociales desempeña un papel importante en la configuración de la *identidad grupal* y en la formación de la *consciencia de pertenencia grupal*. Estar con personas que ven el mundo tal y como lo vemos permite establecer relaciones satisfactorias.

Las representaciones sociales constituyen generadores de *toma de posturas*, están compuestas por elementos valorativos que orientan la postura que toma una persona. Producen los significados que la gente necesita para comprender, actuar y orientarse en su medio social.

El interés de Moscovici (citado en Losada, M.) en las representaciones sociales, además, se enmarca en su importancia en los procesos de cambio social; pero qué queremos decir por cambio social, pues que la gente es capaz de pensar de antemano. La gente no puede actuar solamente en función de intereses. La gente debe poder anticipar algo, algunas cosas, por lo tanto tener una representación de la situación y del futuro... y tener un lenguaje para poder hablar del futuro, y es allí donde se encuentra el espacio de las representaciones sociales. Cuando nos encontramos con los movimientos sociales, son movimientos que tienen una representación, que anticipan algo,

como es el caso de los movimientos ecológicos.

En este sentido, las representaciones sociales son indispensables para movilizar a la gente, para permitirse representarse el futuro y, también, para crear vínculos, puesto que hay algo puesto en común en el pensamiento, en los sentimientos, en el intercambio conversacional.

1.6 Técnicas y procedimientos para el estudio de las Representaciones Sociales

Aunque se han realizado variadas investigaciones que abordan el tema de las representaciones sociales, desde que Moscovici publicara en 1961 su estudio sobre el psicoanálisis, sería necesario especificar la metodología idónea que admita el estudio de la representación social. Señalan Abric y Vacherot que no se ha descubierto ni utilizado hasta el momento ningún instrumento decisivo que permita aproximar la realidad compleja, oculta y subjetiva que constituye una representación. Sobre esta misma línea, reflexiona Di Giacomo, es difícil operacionalizar un pensamiento social que está en elaboración que sea diferente de la suma de las opiniones individuales, porque éstas (representaciones) no pueden ser captadas más que a través de ellas (las opiniones) (citado en Díaz, A., 1998).

Claro que, hay que tener presente que la elección de la técnica radica en los objetivos de la investigación; siendo la investigación cualitativa la predominante en el área social y, por ende, en el estudio de la representación social.

Hablar de metodología no quiere decir que unas técnicas puedan ser más adecuadas que otras para su estudio. Quiere decir que la complejidad metodológica en sentido amplio, se concibe como algo inherente al estudio y la investigación sobre representaciones sociales (Elejabarrieta, F., 1991).

En Europa, Moscovici (1961) desarrolló la teoría de la representación social y utilizó cuestionarios de preguntas cerradas, entrevistas abiertas y se valió también del análisis de contenido.

En muchas otras ocasiones se han utilizado técnicas de encuesta. Así, Herzlich (1969) inauguró el empleo de la entrevista semidirectiva. Jodelet (1976) recurre a la entrevista abierta, Moscovici (1961/1976) utiliza el cuestionario de elección forzada y Di Giacomo (1980) y Le Bouedec (1984) la asociación de palabras (citados en Elejabarrieta, F., 1991).

Kaës (citado en Díaz, 1998) abordó la representación social por medio de preguntas cerradas, cuestionarios y entrevistas semiestructuradas y considera la ambigüedad de los estímulos una condición necesaria para el estudio de la representación social.

Otra técnica a destacar es aquella en la que se presentan a los sujetos una serie de ítemes, con diversas fórmulas, que deben agrupar o clasificar en

función de unos criterios establecidos por los investigadores o por los propios sujetos (Martínez, M. y García, M., 1992).

Apoyando las técnicas citadas, Ibáñez (1988) refiere que el procedimiento clásico para estudiar la representación social es el material discursivo, el cual se puede presentar de manera espontánea, en una plática y conversación, o por medio de las entrevistas semiestructuradas o cuestionarios. Posteriormente, el material discursivo es sometido a técnicas de análisis de contenido.

Este procedimiento clásico ha sido criticado en el curso de los años de ser "poco científico", debido a que en él influyen altamente componentes de tipo subjetivo. Sin embargo, si bien es cierto, las representaciones sociales como producto solo son elaboradas, en primer instancia mediante el discurso y la comunicación, lo que trae como consecuencia la distribución colectiva del conocimiento (Wagner, W. Y Elejabarrieta, F, 1994).

Una manera ajena de abordar las representaciones sociales es hacerlo dentro de un contexto experimental, en este caso, las representaciones desempeñan un papel de variables intermediarias que inciden sobre otros procesos psicosociales.

Otro enfoque consiste en utilizarlas como variables dependientes, analizando la forma en que ciertas modificaciones introducidas en la situación afectan a las representaciones que se forman sobre esas situaciones.

Finalmente, para terminar este apartado se mencionará un método que surgió del área que estudia la estructura interna de las representaciones sociales: el modelo de los esquemas cognitivos de base de C. Guimelli y M. L. Rouquette C. Guimelli y M. L. Rouquette (citado en Díaz, A., 1998). Este modelo se apoya en investigaciones que muestran que los elementos constituyentes de una representación social pueden ser de dos tipos: centrales (origen y coherencia de la estructura de una representación social y, en gran parte, determinan el significado y tienen como característica principal la estabilidad y resistencia al cambio) y periféricos (importantes en la dinámica de las representaciones, ligados al contexto inmediato en el cual están inmersos los individuos, poseen un rol adaptativo y permiten el anclaje de la representación social en la realidad de cada grupo social (Rateau, 1995 citado en Díaz, A. 1998), por lo cual busca identificar este par de elementos a través de un listado de 28 conectores y una fórmula, aplicada a diferentes niveles de análisis.

Con respecto al análisis de datos, se han utilizado técnicas bivariantes como la comparación de proporciones o las correlaciones y otros análisis más sofisticados han recurrido a técnicas multivariantes como el análisis factorial, el análisis de correspondencias, el análisis de similitud o el "cluster analysis" (Elejabarrieta, F., 1991).

En la actualidad como lo refiere Díaz (1998) el método que ha tenido una mayor aceptación en el "campo científico" es el análisis de correspondencia y multidimensional de tipo factorial que presenta un alcance descriptivo.

Es importante reconocer las técnicas cualitativas, no puede ignorarse que las técnicas cuantitativas o paramétricas son unos artefactos que si bien resultan más manejables, no se yuxtaponen totalmente a la naturaleza cualitativa de las representaciones, y que en la transformación de lo cualitativo en cuantitativo se produce siempre una pérdida de lo que es más genuino los objetos sociales: su significado (Elejabarrieta, F., 1991).

Con respecto a la investigación, la dinámica constituida alrededor de las representaciones sociales posiblemente no está unificada desde un punto de vista de orientación teórica, pero como lo sugieren Moscovici y Hewstone (1983), "...mientras la ciencia se interroga principalmente sobre el por qué y el cómo, las representaciones se articulan esencialmente bajo la respuesta porque..." (citado en Sotirakopoulou y Breakwell, 1992).

Todos diariamente nos hacemos diversas interrogaciones y generalmente tratamos de responderlas empleando medios y vías, según dispongamos y consideremos nos dirijan a la solución. Asimismo, los investigadores se cuestionan el por qué, cómo, cuándo o dónde, etc., con el mismo deseo de responderse y contando con técnicas y métodos eficaces tienen que reflexionar acerca de la metodología y análisis a emplear, considerando, como se mencionó anteriormente, los objetivos de la investigación, el tipo de investigación, la disponibilidad, ventajas y desventajas de emplear el método seleccionado en comparación con otros, etc. Por tanto no podemos decir que un método es más efectivo que otro, o que una investigación es sólida y otra no la es, ni descartar la confiabilidad de los resultados sin antes tener conocimiento de los aspectos descritos anteriormente.

1.7 Algunas investigaciones que se han realizado sobre Representación Social

La primera investigación que abordare será la de Moscovici, recordemos que es el precursor de las representaciones sociales, eligió el psicoanálisis, teoría nueva sobre el comportamiento humano, que había penetrado ampliamente en la sociedad francesa de postguerra y que debía poderse notar en la vida cotidiana.

Una nueva teoría científica al ser expuesta se convierte en un componente de la realidad y en un objeto de legítimo interés para la psicología social. Una vez difundida, la teoría se transforma en una representación social autónoma que ya no puede tener gran semejanza con la teoría original (Farr, R., 1984).

En la primera parte de *La pshycoanalyse, son image et son public*, Moscovici utilizó cuestionarios convencionales para evaluar los conocimientos

que tenían diversos sectores de la población francesa sobre el psicoanálisis, su fundador, sus formas y utilidades contemporáneas. En la segunda parte, el método de investigación era tradicional pues se basaba en un análisis de contenido de todos los artículos relacionados de forma directa o indirecta con el psicoanálisis aparecido en 241 periódicos y revistas entre enero de 1952 y julio de 1956.

Herzlich (1975) analizó las representaciones sociales de la salud y la enfermedad, su estudio se basa en 80 conversaciones no directivas de una duración media de 90 minutos, realizadas esencialmente con habitantes de París y con una pequeña muestra de habitantes de pequeñas poblaciones de Normandía.

En su estudio de las representaciones comunes de salud y enfermedad, Herzlich casi no encontró ninguna referencia espontánea a la enfermedad mental, a excepción de la observación ocasional de que la progresión de esta categoría de enfermedad tan solo constituye una prueba adicional de la agravación de la fatiga nerviosa en las ciudades modernas (Herzlich, C. 1975).

D. Jodelet (1986b) realizó un estudio sobre una comunidad rural del centro de Francia que acoge a enfermos mentales de forma institucionalizada. Basándose en el material recogido durante prolongadas estancias sobre el terreno, esta investigadora ha podido reconstruir la historia del acontecimiento, seguir la constitución y la evolución de una representación específica de la enfermedad mental y explicar la interdependencia entre esta elaboración cognitiva y a la adopción de comportamientos completamente concretos. Así, el estatus de los internos en el seno de la familia, lejos de estar dictado por consideraciones de economía doméstica, hacía de ellos extraños permanentes a fin de evitar el contagio: los internos comían por separado, su ropa era lavada aparte; se alejaba de ellos a los niños pequeños y, si por ventura una chica del pueblo establecía relación con alguno de ellos, ésta era inmediatamente desaprobada. De esta forma, la política aparentemente ilustrada de las autoridades sanitarias, dirigida hacia la reinserción, chocaba contra la aparición de un código de discriminación social que sin duda no habían previsto.

Las investigaciones aludidas se mencionaron brevemente ya que resultan importantes para el presente trabajo, no significa que son los únicos temas estudiados desde la perspectiva de la representación social. En un apartado del siguiente capítulo se contemplan otras investigaciones enfocándonos en la representación social de la enfermedad mental y exponiéndose con mayor detenimiento, temática de esta investigación.

CAPÍTULO II. ENFERMEDAD MENTAL

II.1 Antecedentes

El tema que nos atañe es la representación social de la enfermedad mental; cuya concepción ha variado a lo largo de la historia, desde considerarla resultado del pecado por llevar una mala vida y no seguir los preceptos de Dios, hasta contemplarla desde un punto de vista médico – biológico, en donde el trastorno tiene un origen en el individuo. El que una persona sea considerada mentalmente enferma o no depende del grado de alteración de su conducta y de las actitudes de los miembros del grupo social al que pertenece. En este sentido la enfermedad mental depende mucho más íntimamente de los factores sociales

Ruth Benedict formuló claramente esta opinión en 1934: "Independientemente de la clase de anormalidad que elijamos como ejemplo, ya sean las que indican extrema inestabilidad, ya las que podrían aún mejor ser calificadas de rasgos de carácter, como el sadismo o los delirios de persecución o grandeza, existen culturas bien definidas en las que esos individuos actúan con naturalidad, son respetados y aparentemente no comportan peligro alguno de enfrentamiento con la sociedad. Algunos pueblos han considerado las manifestaciones psíquicas extremas no sólo como normales y deseables, sino incluso como características de individuos altamente apreciados y dotados" (citado en Rosen, G., 1974).

Esta opinión nos manifiesta que las conductas anómalas están culturalmente determinadas, hay situaciones socialmente definidas como conductas aceptables y otras que no lo son. Los medios por los que se llega a éstas y las formas en que se manifiestan están establecidas por tradición y su valor es sancionado por la participación del grupo. En términos generales, la interpretación de los fenómenos varía ampliamente según el tiempo y el lugar, las circunstancias sociales y las tradiciones culturales, los fines del grupo y las necesidades individuales.

Por tanto, es importante hacer una revisión histórica de la concepción de la enfermedad mental, el diagnóstico, contemplar el tratamiento y la rehabilitación, y la actitud de la sociedad ante ésta, para desarrollar una mejor comprensión del tema y presentar un esquema conceptual que justifique el problema. Se investigaran tales episodios en un período que abarque desde la antigüedad hasta el presente y en varias partes del mundo, culminando en México, en donde abarcaremos además la atención psiquiátrica y el desarrollo de las instituciones creadas para este fin.

II.2 El mundo antiguo

En los tiempos prehistóricos la concepción y causalidad de los trastornos físicos y mentales estaban influidos por la creencia universal en fenómenos sobrenaturales, tendían a considerarla en términos extrínsecos al individuo.

Específicamente creían en la existencia de una divinidad que causaba el trastorno a la persona. Las enfermedades mentales representan una crisis en el sistema mágico-religioso y son atribuidos principalmente a la violación de un tabú, omisión de las obligaciones rituales y posesiones demoníacas (Freedman, A., Kaplan, H., Sadock, B., 1985).

Diversos pasajes del antiguo testamento muestran que los trastornos mentales se presentaban y eran reconocidos como tales entre los antiguos hebreos y los pueblos de alrededor; se creía que eran causadas por fuerzas sobrenaturales o por la ira de una deidad como castigo al pecado. Por ejemplo, en Deuteronomios (28:15,28 – 29 Sagrada Biblia) “Si no obedeces a la voz de Yahvé, tu Dios, guardando todos sus mandamientos y todas sus leyes... Yahvé te castigará con la locura o delirio y con frenesí...no acertaras en ninguna cosa que emprendas. Y en todo tiempo tendrás que sufrir calumnias y serás oprimido por la fuerza sin tener quien te libere”.

Podemos encontrar frecuentes creencias en espíritus malignos intrusos y la intromisión de fuerzas de esa naturaleza como explicaciones corrientes de conductas anormales de muy diversos géneros en la literatura de Egipto, Babilonia y Asiría y en el área mediterránea del próximo Oriente (Rosen, G., 1974).

El pensamiento de los antiguos chinos, hebreos, caldeos, asirios y egipcios fue mágico y animista, las perturbaciones mentales eran atribuidas a demonios que se apoderaban de los individuos. En el papiro Ebers (1550 a. C.) se mencionan ciertos trastornos mentales relacionados con espíritus malignos. En el Ayer - Veda (1400 a. C.), el sistema médico más antiguo de la India, se establece una clasificación de enfermedades mentales debidas a posesión demoníaca (De la Fuente, R., 1996).

Una de las definiciones más conocidas alrededor de la enfermedad mental se encuentra en el suplemento talmúdico “Tosefta Trumot” (Postel, J. y Quétel, C., 1987), en los siguientes términos: ¿Quién es el loco? El que sale de noche, el que se acuesta en los cementerios, arroja piedras, desgarras sus vestiduras y pierde lo que se le da”. Esta definición manifiesta la imagen popular del enfermo mental.

En el período talmúdico y postalmúdico se modificó y perfeccionó la definición. El talmudista Rish Liackish (S.III) concibió la idea de que el hombre transgrede los mandamientos cuando el espíritu de la locura se ha apoderado de él. Aseveraba también que, quienes cometen pecados y envidian sin motivo, son enfermos mentales. Otra gran definición es la de Maimónides, definición citada por J. Bazak en su obra en hebreo sobre *La responsabilidad del enfermo*

mental, "no es el loco sólo el que va completamente desnudo, rompe objetos y arroja piedras, sino también aquel que tiene el espíritu extraviado, cuyos pensamientos se enredan siempre acerca de un mismo tema, aun cuando hable y pregunte normalmente en los demás campos. Éste es inepto y hay que ponerlo entre los locos" (Postel, J. y Quétel, C., 1987).

Entre los antiguos israelitas un criterio para definir la enfermedad mental era la manifestación de una conducta impulsiva, desordenada e irracional. Esta era la base para clasificar a los profetas y a los locos, puesto que los profetas hacían cosas extrañas y actuaban de un modo peculiar que inspiraba respeto y miedo a algunos y desprecio a otros.

La locura consistía en delirios durante los cuales batía palmas, pateaba, emitía gritos inarticulados, experiencias de trance visiones, alusiones auditivas y otras ilusiones sensoriales (Sagrada Biblia, 1950).

Ante la presencia de una conducta extraña los enfermos mentales devotos acudían a los santuarios en busca de salud. En general, los sacerdotes – curanderos (profetas), mensajeros divinos eran quienes trataban las enfermedades mentales o corporales. A veces se utilizaba la terapia mecánica que se aplica por medio de masajes, paseos a pie, ejercicios pasivos; pero los medios de cura principales eran las plegarias, los encantamientos, los rituales de exorcismo y demás procedimientos afines como untar con aceite, saliva u otros líquidos (Postel, J. y Quétel, C., 1987).

Los antiguos consideraban el sueño como revelación de las fuerzas superiores que daban a veces la clave de un método terapéutico adecuado, la interpretación de los sueños ocupa un lugar importante. Acostumbraban tratar la astenia del enfermo o del anciano acostando cerca de él a un ser joven y sano, con la esperanza de transmitirle, por el contacto corporal, vitalidad y calor.

En la cultura india el tratamiento constaba de cuatro métodos:

- a) Psicoterapia basada en el canto
- b) Agentes diversos como el sol, el aire y el agua.
- c) Drogas obtenidas de plantas o animales, en particular la sarpaganda (*rawfolia serpentina*), como sedante y tranquilizante.
- d) Drogas fabricadas por el hombre.

En China el tratamiento era basado en la creencia de que el ying y el yang, los portadores del equilibrio psíquico, se hallaban igualmente distribuidos por todo el cuerpo, ofrecía la base racional para las prácticas de la acupuntura y moxibustión (Freedman et al., 1985).

Otra técnica empleada en algunas culturas es la trepanación, procedimiento quirúrgico que consiste en perforar un agujero en el cráneo como un intento de liberar al paciente atormentado de los espíritus demoníacos que se encontraban en su cabeza (Caballo, V., Buela, G. y Carboles, J., 1995).

En la civilización hebrea no había santuarios terapéuticos o instituciones hospitalarias. Si los enfermos amenazaban el orden público, la actitud de la sociedad para con ellos era cruel. Postel, J. y Quérel, C. (1987) creen que los expulsaban de la comunidad, se les condenaba a muerte a causa de los espíritus y los demonios que se apoderaban de ellos. Ante esto, los enfermos huían a los bosques, donde eran olvidados, empeoraban y se convertían en el terror de los que tropezaban con ellos.

Desde la antigüedad (judíos de Palestina) la persona mentalmente enferma se consideraba privada del juicio e incompetente intelectualmente, por esta razón dichos individuos son catalogados como inimputables junto con los menores y sordomudos, ninguno de los individuos de esos grupos podía ser estimado legalmente responsable de sus acciones (Der Babylonische Talmud, Lazarus Goldschmidt citado en Rosen, G., 1974).

Las personas que presentaban conductas impulsivas, desordenadas e irracionales eran rechazadas, repudiadas y despreciadas por haber desobedecido la voluntad de Dios, causa por la que se encontraban en dicho estado. Eran seguidos en ocasiones por niños o vagabundos, que se mofaban de ellos, los ridiculizaban e insultaban o les arrojaban piedras (Rodríguez, A. y Sweet, A., 1993).

Debido al pensamiento popular de que la enfermedad mental se debía a la ira de Dios las actitudes de la comunidad respecto a tales individuos se componían de una mezcla de miedo y desprecio, con un poco de compasión. Estas actitudes privaban a los trastornados mentales de una posición socialmente aceptable, eran ridiculizados, despreciados o maltratados y destinados a ser el blanco de las bromas. Además, el pensamiento de que la locura era vergonzosa llevaba a muchos a pensar que el enfermo mental carecía de la sensibilidad y las cualidades mentales de los otros seres humanos.

Es notable que las actitudes que la comunidad tenía con respecto a ellos estaban relacionada con la creencia de que la causa principal de su padecimiento era el castigo divino.

II.3 Grecia

Entre los griegos y los romanos se aceptaban dos posibles causas de la enfermedad mental: la primera considera que es atribuida por una divinidad o es sobrenatural, y la otra se asignaba a causas naturales que alteraban la actividad psíquica. Estas representan por un lado, la actitud popular y, la segunda, la médica.

Sin embargo, la medicina griega rechazó la explicación sobrenatural del desorden mental, para contemplarlo en términos esencialmente fisiológicos,

actitud mantenida desde el tiempo de Hipócrates hasta el de Galeno y sus sucesores. La anomalía mental se consideraba una enfermedad o un síntoma de enfermedad, causado del mismo modo que una dolencia corporal.

También se explicaba el origen basándose en los humores que componen el cuerpo: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, producidos por procesos fisiológicos en varias partes del cuerpo. Cada humor tenía una cualidad básica: calor, frío, sequedad y humedad. La enfermedad se originaba cuando factores externos o internos daban lugar a un exceso de aquellas cualidades básicas que actuaban sobre los órganos produciendo efectos perjudiciales.

Hipócrates (460 – 377 a. C.) llamado “el padre de la medicina” postuló que el cerebro es el órgano del pensamiento y creía que las enfermedades de la mente tienen como origen causas naturales. Enfatizó que las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro y las clasificó en tres categorías: manía, melancolía y frenitis. Las lesiones de la cabeza pueden ser causa de alteraciones motoras y sensoriales, al decir que la “epilepsia era una enfermedad del cerebro del hombre y no debida a causas sobrenaturales” (Ritisha de Groote citado en Rodríguez y Sweet, 1993).

Platón (428 – 347) estima que la salud depende del equilibrio entre el cuerpo y el alma; los desórdenes mentales pueden deberse a trastornos morales o corporales. Aludió también al problema de los enfermos mentales que cometen actos criminales y expresó el criterio de que dichas personas no son responsables de sus actos “... alguno puede cometer un acto cuando está loco o afligido con alguna enfermedad... que simplemente pague por el daño y exceptúesele de otro castigo”. Hace una de las primeras referencias a la protección necesaria para el enfermo mental en la República: “si alguien está insano no se permita que se le vea abiertamente en la ciudad, que sus parientes lo vigilen en casa de la mejor manera y que paguen una multa si son negligentes” (De la Fuente, R. 1996).

Aristóteles (384 – 322 a. C.) habló de la unidad mente – cuerpo, pensaba que la mente era de naturaleza inmaterial y por tanto no podía ser atacada por ninguna enfermedad. El dualismo hilemórfico, su postura, sostiene que cuerpo y mente forman una sustancia completa y ninguna de las dos puede existir por sí sola y cada una complementa a la otra.

Se da importancia a los sentimientos y a las emociones. Empedócles (De la Cruz, U., Gómez, V. y Suaste, G., 1990) decía que el amor y el odio eran fuentes fundamentales que determinaban cambios en la conducta humana.

Todas estas aportaciones relacionan a la enfermedad mental con el hombre; las enfermedades además de ser somáticas son particulares, pues ejercen efectos considerables y característicos sobre el alma, el espíritu y el carácter, lo mismo que en los comportamientos y es aquí donde puede ubicarse el origen del psicologismo y del organicismo.

Cada sociedad identifica ciertas formas de conducta extremas con la locura basados en la incidencia y observación de alguna forma de acción o creencia inexplicable o irracional.

Sócrates explicaba que "los que caen en los errores que la mayoría de los hombres no disciernen, de esos no dicen que están locos, mientras que los que yerran en los puntos que más conocen, a esos sí que los llamen locos..." (Rosen, G., 1974).

Además de la desorientación respecto de la realidad, el criterio para juzgar la locura era el del estilo de la conducta. Dos formas de comportamiento se consideraban características de los dementes: su costumbre de vagar, ríe, taciturnos, juegan, bailan de día y de noche, alienados, dóciles, inofensivos, etc., y su propensión a la violencia, ocurrían casos de asesinato, violencia, etc.

Con las aportaciones de esta época se considera que las enfermedades mentales como las enfermedades físicas tienen explicación fisiológica y se requiere de tratamientos somáticos.

El tratamiento era muy variado, existían técnicas psicoterapéuticas como el teatro que propicia la abreacción. La incubación consistía en someter al enfermo a un ritual de purificación; entonces iba a dormir al templo, mientras el dios Asclepios aparecería en sus sueños en forma de hombre, niño, serpiente o perro; tocaría la parte enferma del cuerpo de cada paciente y entonces desaparecería. El paciente se despertaría curado y su sueño sería descifrado por un interpretador. Como resultado de su curación el paciente haría ofrendas al Dios (Freedman et al., 1985).

Hipócrates confía en la capacidad recuperativa del organismo; prescribió a los enfermos una vida tranquila, sobria y sin exceso, dieta vegetal y sangrías en caso necesario. A las enfermas histéricas, cuyo padecimiento se atribuía a la migración del útero, les recomendaba con frecuencia el matrimonio (Postel, J. y Quétel, C., 1987).

Con la teoría de los humores, se considera que los trastornos mentales pueden deberse a factores internos y externos, por ejemplo, la alimentación. Por lo tanto, era importante el régimen alimentario en la terapia, asociado a los medicamentos, específicamente el eléboro. Así también, la discrasia (exceso de algún humus corporal) se solucionaba mediante una purga.

Por otro lado, existía el exorcismo realizado por sacerdotes, además de recomendaciones de benevolencia y sugerencias de que se emplearan actividades físicas, recreativas y la terapia mecánica. En el domicilio privado el orate era considerado como un poseso del demonio, en consecuencia se les exorcizaba con santísima devoción (Giné, P., 1994).

Podemos observar que las concepciones de enfermedad mental determinan los diversos, e incluso paradójicos, tratamientos existentes.

Con respecto a la actitud, el miedo y el desprecio existían como resultado de las antiguas ideas sobre el origen del trastorno y, en parte, por la posible violencia del perturbado. Al relacionarse con lo sobrenatural, algunos la miraban con respeto pues era inexplicable y misteriosa. Aunque, predominaban las actitudes negativas; consideraban 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 "escupir sobre sus pecheras para alejar el mal, otro modo era arrojándoles terrones o piedras" (Rosen, G., 1974).

Se continúa con el pensamiento de que la locura era vergonzosa llevando a muchos a pensar que los enfermos carecían de la sensibilidad y de las cualidades mentales de la gente normal. En las leyes de estas culturas el enfermo mental era considerado de tal forma que no podía ser juzgado culpable de ningún delito, sin embargo, la protección legal era limitada (Rodríguez, A. y Sweet, A. 1993).

Socialmente no eran aceptados, sí ridiculizados, despreciados y maltratados. 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; si el enfermo era demasiado peligroso se le encerraba y se le ataba y en algunos casos era reducido a prisión (Rodríguez, A. y Sweet, A. 1993).

II.4 Roma

En Roma los conceptos médicos y populares de la locura imitaban los temas griegos. Se observa en el enfermo mental un origen endógeno y exógeno.

La observación del trastornado mental lleva a algunos a definir diversos tipos de enfermedad y a tratar de entender la complejidad del tema. Por ejemplo, Asclepiades (124 - 40 a. C.) distinguió entre las ilusiones, los delirios y las alucinaciones.

Areteo de Capadocia (30 - 90 d. C.) establece relación entre ciertos rasgos psicológicos de las personas y su propensión a las enfermedades mentales. Es el primero en describir las fases maníaca y melancólica de la psicosis; añade que, ciertas enfermedades físicas tienen causas psicológicas cuando hace mención a los trastornos de la mente y de la emoción como una de las causas de la parálisis.

Otra figura representativa es el médico Galeno (130-200 d. de C.) retoma la teoría humoral y 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, A. y González, S., 1986).

Además, contribuyó al conocimiento de la anatomía del Sistema Nervioso y señaló diversas causas para la enfermedad mental: lesiones en la cabeza, alcoholismo, miedo, la adolescencia, cambios menstruales, reveses económicos y fracasos amorosos (De la Fuente, R. 1996).

Las pasiones eran reconocidas en el tratamiento del enfermo mental. Sobre esta línea Cicerón (106-43 a. De J.C.) fue el primero en describir detalladamente las pasiones; la más fuerte era la libido (deseo violento) y afirmó que la perturbación excesiva podía provocar enfermedades del alma que eran ocasionadas por errores en el juicio.

San Agustín (345-430) aceptaba la descripción de Cicerón de cuatro pasiones o perturbaciones principales – deseo, miedo, alegría y tristeza- que podían ser moradores de la razón (Freedman et al., 1985).

Freedman et al., (1985) describen las patologías propuestas por Asclepiades: la frenitis como una propiedad acompañada de excitación mental, y la manía, como una excitación continua sin fiebre. Galeno describe las aberraciones melancólicas (paranoia) procedentes de impresiones sensoriales falsas (phantasis), del miedo y de la desesperación (dysthymia).

En la cultura griega sobresalen dos puntos importantes con respecto a la etiología de la enfermedad mental: el psicológico y lo biológico.

De la misma manera que en la época griega, los médicos participaban muy poco en el tratamiento. Los locos indigentes, que vagaban por las calles, no recibían asistencia médica y eran tratados como objeto de burla de la sociedad. Los que poseían medios podían costearse el tratamiento de un médico. Muchos recurrían al tratamiento médico – religioso, acordes a sus ideas sobre las causas de la enfermedad mental o desesperados porque no obtenían la sanación por otros medios.

No había un procedimiento por el que se pudiera declarar oficialmente a una persona demente, no se realizaba medición alguna, ni dictamen médico. Es evidente que la protección legal del enfermo mental y de las personas relacionadas con él era limitada; los juristas romanos no se ocupaban de la naturaleza y la causa de la locura, sólo les preocupaba establecer el hecho de la incapacidad mental y sus consecuencias en el desempeño de los actos jurídicos.

Entre los griegos y los romanos la atención del enfermo mental era confiada a sus parientes y amigos; si la comunidad participaba en el cuidado era principalmente con la intención de proteger a la sociedad y la propiedad del trastornado. La ley griega tenía poco en cuenta al demente, no obstante los romanos fueron más lejos y crearon un marco legal con instituciones como la tutela que favorecía el desarrollo del enfermo mental.

De la Cruz et al., (1990) en su tesis distingue tres tipos de tratamientos: religioso (incubación), médico (flebotomía y uso de agentes catárticos para eliminar el exceso de bilis) y finalmente, los tratamientos mixtos (alimentación y consumo de vino adecuado, etc. aunado a técnicas psicoterapéuticas como la fisioterapia, estimulación musical, intelectual y social).

Las prácticas supersticiosas continuaban determinando la actitud popular hacia los enfermos mentales, eran descuidados, maldecidos o perseguidos.

En la antigüedad grecorromana, algunos trastornados mentales funcionan más o menos adecuadamente en la sociedad. Estas culturas consideraban al trastornado mental que delinque como irresponsable y con falta de intencionalidad tal y como ocurre con los menores de edad quienes no tienen responsabilidad ni capacidad de hacer; eran privados de libertad de acción y se les juzgaba incompetentes para controlar sus asuntos personales y profesionales.

11.5 Edad Media u Oscurantismo

Abarca el periodo de diez siglos, desde la caída del imperio romano de occidente (476) hasta la caída de Constantinopla por los turcos (1453); el papel de la iglesia fue trascendental en todas las actividades (política, escuela, etc.), la obra de cristianización fue muy intensa en los primeros siglos, éste énfasis en lo milagroso restringió el estudio de los eventos naturales y fortaleció las nociones acerca de la posesión demoníaca. Encontrando nuevamente el vínculo entre la inspiración divina y locura.

"En Europa hubo una reactivación de las ideas demonológicas y el hombre se convirtió en el campo de batalla de demonios y espíritus que luchaban por la posesión de las almas. Algunas reacciones mentales colectivas son producto de las peculiares condiciones sociales y culturales de esta época: las procesiones flagelantes, las cruzadas, la histeria colectiva, la posesión por el demonio y la brujería" (De la Fuente, R. 1996).

A partir de la edad media, la influencia de la iglesia en Europa contribuye a que la enfermedad mental sea considerada como posesión o pactos con el diablo y brujería. Estas creencias eran favorecidas por personas ilustradas, Martín Lutero afirmó "En casos de melancolía (...) es solamente el trabajo del diablo..." (citado en De la Fuente, 1996).

La concepción retrógrada de la enfermedad mental y las pocas aportaciones de los médicos griegos y romanos no impactan el ámbito medieval, aunque la posesión era la creencia popular más importante algunos médicos atribuían causas naturales, manifestación de esto es:

Avicena (Postel, J. y Quétel, C., 1987) argumenta que "aún en el caso de que la omnipotencia divina permita una intervención diabólica, ésta se termina mediante procesos físicos sobre los cuales puede obrar el médico.

La doctrina de Santo Tomás de Aquino (1225 – 1274) es una teología moral. Explora la conducta humana para descubrir su dinámica propia, fundada en la razón; existe una lucha por la armonía entre la materia y espíritu.

Riolan (1538 –1606) explicaba el entusiasmo o la posesión por una deidad, como consecuencia de exhalaciones melancólicas sobre la imaginación y, señalaba que, no es necesario que recurramos a un demonio como último refugio de la ignorancia, puesto que disponemos de una causa natural. Du Bellay y Jonhson mostraron una actitud crítica que condujo finalmente a una concepción naturalista del trastorno mental (Rosen, G. 1974).

Acorde al clima de la época, se identificaron algunos cuadros característicos como el incubus (existencia de un demonio masculino que atacaba a las mujeres honestas) en oposición al succubus (demonio femenino que molestaba a los hombres); la segunda es la acedia (se presentaba en los monjes y son características las fantasías y obsesiones eróticas). También Alejandro de Tralles (526 – 605) describió un cuadro nosológico formado por melancolía y fases maniacas de manera ciclica (Freedman et al., 1985).

Debido a que el hombre medieval concebía el mundo únicamente en términos de Dios, la creencia general era que los pacientes mentales se curaban por fuerzas sobrenaturales y por la intercesión de los santos.

En los países árabes prevalecía una actitud más humanitaria hacia los enfermos mentales debido a la creencia musulmana de que la persona enferma es querida por Dios y escogida particularmente por él. La diferencia entre enfermedad y posesión era mínima, y los enfermos mentales eran con frecuencia adorados como santos (Fredman et al., 1985).

Así, los enfermos mentales fueron tratados de acuerdo con la calidad del demonio o espíritu maligno que ocupaba el espíritu del sujeto. Durante la primera parte de la Edad Media el tratamiento preferido fue la oración, ritos religiosos, penitencia, misericordia divina, peregrinación terapéutica, el exorcismo, el uso de las reliquias, untos sagrados, incluso se insultaba y amenazaba al demonio.

Resulta un tanto paradójico, por un lado el enfermo era aceptado y cuidado según el espíritu y por el otro, se llegó a pensar que la crueldad para con los afectados era una forma de castigar a los demonios, por tanto si los métodos suaves resultaban ineficaces se recurría a métodos más drásticos como los azotes, el hambre, las cadenas, la inmersión en agua fría y otras torturas.

De acuerdo con el Doctor Morger (citado en Rodríguez, Y. y Sweet, A., 1993) "los enfermos mentales eran encadenados y se les aplicaban bastonazos en las plantas de los pies".

Considerando la influencia de la iglesia en esta época no sorprende que los cristianos fundaran instituciones ofreciendo una forma religiosa de psicoterapia, hubo quienes se ocuparon del cuidado de los enfermos mentales. San Basilio (329 – 380) estableció un monasterio en Cesarea donde a los enfermos mentales se les daba un trato humano. San Jerónimo (343 – 420) instauró su congregación para que los enfermos mentales recibieran la misma atención que los físicamente enfermos. Los miembros de la orden de San Benito (480 – 543) atendían a los enfermos mentales en su monasterio de Monte Cassino (De la Fuente, 1996).

Aparte del tratamiento religioso se les prescribía disponer de un ambiente favorecedor; calmar al enfermo con drogas basándose en lechuga y opio; evacuar el humor-melancolía con ayuda de sangrías y una dieta adecuada, por último, actuaban sobre la causa psicológica, procurándole alegría, por medio de la música y relatos.

Durante este período las autoridades públicas asumieron responsabilidades limitadas; el enfermo mental gozaba de libertad siempre que no causara alborotos públicos, la tutela del alienado recaía en los parientes y amigos, las autoridades sólo se ocupaban de los peligrosos, de los que no tenían a nadie y de los perturbados sociales.

La privación de la libertad sin finalidad terapéutica es una medida frecuente en los que se entregan a las vías de hecho, el furioso, el mal tonto que comete excesos y desmanes, al que ni parientes ni vecinos soportan, frenéticos en crisis.

Las torres de los recintos fortificados de las ciudades son lugares de retención para locos. En algunos lugares se admitía a los pacientes con trastornos graves y los agitados en hospitales generales como el Hôtel – Dieu en París, en 1326 se erigió una casa de locos Dolhaus formando parte del George Hospital de Elbing, en 1375 existía una Tollkiste (celda de locos) en Hamburgo y en Ertfurt, el Grosse Hospital tenía una Tolboken (cabaña de locos) (Rosen, G. 1974). Muchas de estas instituciones veían al individuo menos como enfermo que como un pobre necesitado.

El encierro como instrumento para controlar al enfermo mental manifiesta la idea de que la locura era considerada como un delito, el loco era un criminal, y los calabozos, cadenas, rejas y látigo eran los agentes de la terapéutica. El manicomio era, pues, una cárcel.

Los asilos más piadosos eran depósitos de locos; los albergaban, les daban comida, celdas y vestido de uniforme, en que eran de rigor las rayas y los

colorines. Previamente estimulados y exasperados por los guardianes se presentaban en el locutorio para divertir a una muchedumbre que pagaba para que los hicieran reír (Giné, P., 1994).

Resultado de las representaciones populares, origen sobrenatural, la actitud de la sociedad era tolerar al enfermo "se le mantiene a distancia mediante las risas, las burlas y los comportamientos conjuratorios que son otros tantos mecanismos de defensa, alejamiento del loco. La enfermedad mental se percibe de manera compleja y ambivalente; percepción que varía en función de la naturaleza de los trastornos, pues los que tienen comportamientos violentos suscitan una represión muy dura de parte de la sociedad. La enfermedad psíquica manifiesta al pueblo la realidad del pecado y de la falta, la venganza divina o los ataques de Satanás" (Postel, J. y Quétel, C. 1987).

Por otro lado, se observa, la participación de los cristianos quienes se interesan y ofrecen a los enfermos mentales atención religiosa, sin ninguna asistencia de tipo terapéutico.

II.6 Renacimiento

El renacimiento comenzó en Italia en el siglo XIV y se difundió por el resto de Europa durante los siglos XV y XVI. Este período, está basado en el fervor religioso dando lugar a cantidad de movimientos heréticos y a una manifestación abierta de psicopatología colectiva, por tanto es de esperar que la enfermedad mental siga siendo vista desde un aspecto demonológico.

Consideraban a una persona poseída por el demonio o embrujada cuando presentaba delirios o alucinaciones. Gran cantidad de perversos sexuales, psicóticos seniles, esquizofrénicos, drogadictos y sociópatas eran falsamente acusados de brujería por el pueblo o se comprometían de una manera inconsciente en prácticas de brujería mediante autosugestión.

La obsesión de la brujería alada –misoginia- floreció durante los años siguientes. El ritual de brujería representaba una transmutación deliberada y una paranoia del modo de vivir cristiano, estaba destinada a permitir la libre expresión de las necesidades sexuales y agresivas reprimidas (Freedman et al., 1985).

Otro acontecimiento importante en esta época se refiere a los episodios de la llamada histeria colectiva que cubrieron toda Europa desde el siglo XIII hasta el XVIII se describen más como ejemplos de sugestión colectiva o contagio grupal que como manifestaciones de enfermedad mental individual (Page, J., 1982).

Durante el Renacimiento existe una variedad de medios para solucionar el problema de la enfermedad mental. Primero, debido a que la demonología, la brujería y la enfermedad mental estaban estrechamente asociadas, los

trastornados mentales eran los objetivos a ser eliminados, algunas personas confundidas, trastornadas o simplemente mal miradas, fueron condenadas por brujería y quemadas en la hoguera (Lea, 1939 citado en Page, J., 1982).

Una parte de enfermos encontró salida a sus impulsos patológicos en la guerra o manifestaciones religiosas, como cruzadas, peregrinaciones y movimientos heréticos. Otros eran encerrados en desvanes y sótanos, donde eran prisioneros de sus familias o simplemente eran abandonados.

Weyer, médico alemán, (1515 – 1588) y Reginald Scot, un juez de paz inglés, rechazaban la creencia en la brujería y condenaban a los sacerdotes que sustentaban esta creencia. Explicaba Weyer, basándose en el conocimiento médico puro, una variedad de signos llamados sobrenaturales con los cuales se identificaba en general a los embrujados. Cuando el conocimiento médico resultaba insuficiente, como en el caso de las alucinaciones, atribuía estos fenómenos a una combinación de factores naturales y sobrenaturales. Describió una amplia gama de entidades diagnósticas y síntomas asociados que comprendían la psicosis tóxica, la epilepsia, psicosis seniles, pesadillas, histeria, alucinaciones, paranoia, folie a deux y depresiones.

La contribución a la psiquiatría, además del cuadro nosológico, de Weyer fue en el terreno de la psicoterapia. Por ejemplo, recomendaba que las monjas de los conventos que manifestaban síntomas psicológicos, con frecuencia de naturaleza erótica, fueron aisladas en primer lugar y que después se les permitiera volver con sus familias. Sobre todo insistía en que debía de tenerse en cuenta las necesidades del individuo antes que las reglas de la institución (Freedman et al., 1985).

Reconoció la importancia de la relación terapéutica y de la atención y comprensión que el terapeuta debe dar al paciente. Sin embargo, para ser eficaz esta actitud benévola tiene que basarse en principios científicos, es decir, en una cuidadosa observación y exámenes psiquiátricos..

Otro médico importante, es Paracelso (1493 – 1541) quien defendía una aproximación más humana a los pacientes. En su libro *De las enfermedades que privan al hombre de la razón* rechazó claramente la demonología, hizo una clara alusión al inconsciente y estableció la hipótesis de que los factores sexuales intervienen en la patogénesis de la histeria y la neurosis.

Durante el siglo XV se fundaron varias instituciones para el cuidado o custodia de los pacientes mentales. El primer hospital mental fue fundado en Valencia en 1409. Desde 1412 a 1489 fueron creadas cinco instituciones parecidas en varias ciudades de España y, en 1567, bajo la influencia hispánica se fundó en la ciudad de México el primer hospital mental del Nuevo Mundo.

En suma, se observa en el tratamiento dos tendencias, desde la quema de brujas y el encierro de los trastornados mentales hasta el cuidado por parte de

las órdenes religiosas y el énfasis humanitario en el tratamiento, idea que empezaba a gestarse y que en esta época no tendría gran significado.

Estas ideas son un claro reflejo de la actitud del público hacia la enfermedad mental, actitud que seguía siendo esencialmente la misma que había prevalecido en los tiempos antiguos y medievales. Por ende, no se produjeron progresos en el cuidado de los enfermos mentales.

Los trastornados mentales eran abandonados, temidos y rechazados. Se consideraba que la presencia de una persona insana en la familia era una desgracia y se la guardaba como un celoso secreto. Las personas más afortunadas eran atendidas en sus hogares, donde casi siempre se les encerraba en los altillos, graneros o sótanos. A las que carecían de hogar, si eran inofensivas se les trataba como infelices excluidos, eran mal alimentados, pobremente vestidos, ridiculizados y arrojados de un lugar a otro, vivían la vida de un perro rechazado; si parecían significar una amenaza para los demás se les encarcelaba o silenciaba en asilos para lunáticos (Page, J., 1982).

Las condiciones en instituciones eran igualmente deplorables. La misión principal de las órdenes religiosas era cuidar de los enfermos, estas órdenes construyeron un gran número de hospitales, especialmente en la zona del Mediterráneo; la más famosa fue la orden de los Caballeros de San Juan de Jerusalén. Durante toda la edad media y el renacimiento, e incluso después, los hospitales fueron dirigidos casi en su totalidad por comunidades religiosas.

II.7 Siglos XVII y XVIII

El siglo XVI representa un periodo de transición desde la dependencia de las antiguas creencias en los demonios a la especificación y aplicación de criterios metodológicos en la ciencia. En psicología se dio importancia a los órganos que mediaban entre las pasiones y los humores del cuerpo, subrayando la relación mente-cuerpo.

Varios progresos científicos condujeron a la preocupación por la clasificación de los trastornos mentales y por juzgar el estado mental de una persona. Paola Zacchia (citado en Freedman et al., 1985) establece que sólo un médico tiene la capacidad de juzgar el estado mental de un individuo, basándose en la observación de la conducta, lenguaje, acciones, capacidad de emitir un juicio correcto y el estado emocional.

Se retoma el término inimputabilidad de los enfermos mentales. Así, "los pacientes maniacos que tenían intervalos lúcidos sólo podían hacerles responsables en parte de sus actos criminales...debía absolverse a las personas que habían cometido crímenes pasionales; los alcohólicos debían estudiarse cuidadosamente; los epilépticos debían ser sometidos a un periodo

de estudio y observación intensivos antes de ser aceptados en órdenes religiosas..." (Freedman et al., 1985).

A continuación se mencionan algunas celebridades que contribuyeron en la concepción de la enfermedad mental en ésta época:

Thomas Sydenham (1624 – 1689) es considerado el iniciador de la aproximación clínica en la medicina moderna, fue consciente de la importancia de los síntomas neuróticos e histéricos. Enfatiza los factores emocionales en el origen de la enfermedad mental, combinados con el rechazo de factores sobrenaturales y prácticas ocultas, marcó un nuevo estadio en el desarrollo de un concepto del hombre más humano y comprensivo.

William Tuke (1732 – 1819), en 1796 abrió el Retiro, en York, para unos 30 pacientes, que eran tratados como huéspedes, con amabilidad y comprensión, en una atmósfera amistosa.

Hacia fines del siglo XVIII, A. Muller en Alemania y V. Chiarugi, en Italia, protestaron contra las brutales restricciones que padecían los trastornados y exigieron para ellos una atención más humanitaria. En Francia, el líder de las reformas humanitarias fue Phillippe Pinel (1745 – 1826) conocido como el hombre que liberó a los insanos de sus cadenas en 1793; su Tratado de la Insania, publicado en 1801, lo ubicó como uno de los grandes pioneros en el campo de la psicopatología, sus contribuciones incluyeron (Page, J., 1982):

1. Introducción del concepto de que un hospital psiquiátrico debe ser un lugar terapéutico antes que de atención custodiada. Si bien reconoció que el paso del tiempo era el principal agente curativo, creyó que la recuperación podía acelerarse mediante una buena atención física, una dieta adecuada y el establecimiento de un ambiente terapéutico hospitalario caracterizado por el humanitarismo, la bondad y la libertad óptima, compatible con la seguridad, para cada paciente.

2. Rechazo de las prácticas populares de la sangría, de la excesiva administración de drogas y el uso de medidas punitivas.

3. Introducción de un enfoque científico del estudio de los trastornos mentales. Sostuvo que debía llevarse un registro detallado del caso de cada paciente.

4. Desarrollo de un sistema de clasificación que consiste en cinco formas básicas de trastornos mentales: melancolía, manía sin desilusiones, manía con desilusiones, demencia o pérdida de la facultad de pensar e idiocia. Más importante que el ambiente eran los factores que indicaban una predisposición a un desarrollo posterior de locura, como las pasiones.

Casi en la misma época en Estados Unidos Benjamín Rusht (1745 – 1813), considerado el padre de la psiquiatría americana, empleaba purgantes, vomitivos, sangrías, tranquilizantes (sillas especial en la que eran sentados los pacientes agitados, atados y después suspendidos en el aire), etc.

La preocupación por las enfermedades mentales ha existido siempre en mayor o menor medida, pero el desarrollo de tratamientos médicos data de mediados del siglo XVIII, cuando los reformistas, Pinel y / o Rusht, introdujeron tratamientos alternativos a los tratos inhumanos que hasta entonces habían prevalecido. A pesar de estas reformas, la mayoría de estos enfermos continuaron en cárceles y asilos, incluso en el siglo XIX.

A lo largo de la historia, y hasta tiempos relativamente recientes, la locura no era considerada una enfermedad sino un problema moral o espiritual. Después de unos tímidos inicios durante los siglos XVI y XVII, la psiquiatría empezó a ser una ciencia respetable en 1790, cuando el médico parisino decidió quitar las cadenas a los enfermos mentales, introdujo una perspectiva psicológica y comenzó a hacer estudios clínicos objetivos. A partir de entonces, y desde que se inició el trabajo en los manicomios, se definirían los principales tipos de enfermedades mentales y sus formas de tratamiento.

Las actitudes de benevolencia y preocupación por el bienestar del paciente se observan a mediados y fines del siglo XVIII, así es que considerando las ideas populares es de esperarse que las actitudes en el siglo XVII se inclinaban a lo negativo.

Efectivamente, durante este siglo, había una contradicción en la actitud hacia la enfermedad mental. Por una parte, los enfermos mentales eran rechazados por las sociedades. Por otra parte, los notables adelantos científicos y sociales llevaron a la creación de la ciencia moderna, generando algún progreso en la comprensión y tratamiento de las enfermedades mentales. Sin embargo, en las instituciones más progresistas, había intensas controversias entre los médicos que creían que el tratamiento tenía un valor potencial y los que creían que la enfermedad mental era incurable.

Siguiendo esta línea, en varias ciudades de Francia se construyeron hospitales generales para el cuidado de los viejos, personas con enfermedades venéreas, epilépticos y enfermos mentales. Estas instalaciones combinan las características de una institución penal, un manicomio, un taller protegido y un hospital. La orden religiosa de San Vicente de Paul fundó San Lázaro en 1632, y los Hermanos de la Caridad fundaron en 1668 la Caridad de Senlis para el cuidado de los locos y los delincuentes juveniles o sociópatas. Estas instituciones curativas proporcionaban salas abiertas o cerradas a los pacientes, según la enfermedad, recibían tratamiento físico y psicológico; aislamiento, lectura, entrevistas personales con el personal religioso, ejercicios espirituales y contacto controlado con sus familias (Freedman et al., 1985).

II.8 Siglos XIX y XX

En este período existen diversas contribuciones que favorecen el estudio de la enfermedad mental:

La frenología y el mesmerismo alcanzan gran popularidad en esta época. La frenología, propuesta por Franz Joseph Gall (1758-1828), establece que para cada conducta existe una localización en el cerebro; explicaba que los trastornos de la conducta y del pensamiento se debía al infra - o supradesarrollo de órganos cerebrales particulares.

En el ámbito fisiológico existen grandes hallazgos como la adjudicación de las funciones psicológicas de cada uno de los hemisferios, el estudio de las lesiones y su correlación con la conducta, etc.

El mesmerismo, cuyo precursor es Franz Antón Mesmer (1734-1815), es la creencia de que todo individuo está dotado de un fluido magnético especial, que cuando se liberaba podía producir efectos curativos asombrosos y se le acredita el haber reconocido la importancia de los factores psicológicos en la etiología y tratamiento de los trastornos mentales.

El mesmerismo fue rebautizado como hipnosis por James Braid en 1843. Desde 1840 a 1850 fue aplicado por Elliotson en Inglaterra y Esdaille en la India con el fin de conducir un estado anestésico de trance para la realización de operaciones quirúrgicas indoloras. El uso de la hipnosis como agente curativo de las neurosis fue profundamente documentado por A. Liébault (1823-1904) y por H. Berheim (1837-1919) en Francia, demostraron estos dos médicos que el efecto curativo de la hipnosis se basa en el poder de las sugerencias hechas al paciente mientras se encuentra en un estado semejante al sueño. Después de la Primera Guerra Mundial, otro médico francés, Emile Coué (1924), descubrió los efectos curativos de la autosugestión consciente (citados en Page, J., 1982).

Las contribuciones de Jean Etienne Esquirol (1772 – 1840), discípulo de Pinel, consisten en la definición de las alucinaciones y la monomanía (ideación paranoide), subrayó el papel de las emociones en la etiología de la enfermedad mental, instituyó actividades de grupo en varios hospitales mentales y enseñó el primer curso de psiquiatría en 1817.

Griesinger (1817 – 1868), establece una aproximación organicista, sostenía que las enfermedades mentales podían explicarse sólo en función de cambios físicos en el sistema nervioso. Esto aunado a las contribuciones de la neurología, William Hammond, E. C. Spitzka y S. Weir Mitchell son los neurólogos más representativos; Mitchell propone "la cura de reposo" que era benéfica para las mujeres neuróticas. Algunos se interesaron por la investigación, lo que condujo a la fundación en 1895 del Instituto de Patología del Hospital de Nueva York. Durante este tiempo se habían establecido

importantes hospitales psicopáticos para la educación y el tratamiento activo de pacientes.

Clifford Beer publicó en 1908 su libro *A mind that found itself*, iniciando el movimiento de la higiene mental. Otra aportación importante, es el estudio de la personalidad, con los cuatro tipos corporales (endomórfico, mesomórfico, ectomórfico y subcutáneo) definidos por Sheldon.

Emil Kraepelin (1855 – 1926), psiquiatra alemán, desarrolló un sistema de nomenclatura y clasificación basado en el modelo médico de enfermedades independientes, distinguió entre psicosis manícodepresivas y la demencia precoz. De acuerdo con este autor los trastornos mentales eran entidades nosológicas análogas a las enfermedades físicas; sostuvo que las enfermedades mentales podían subdividirse en tipos independientes, cada uno de los cuales, con su causa orgánica específica, se distinguía por un pauta sintomatológica dada, con evolución característica y desenlace pronosticable (Page, J., 1982).

A fines del siglo XIX Jean Charcot, en la Salpêtrière, argumentó que los síntomas corporales asociados a la histeria (parálisis, sordera, anestesia, ataques) podía producirse y eliminarse mediante sugerencias verbales que se hacían al sujeto hipnotizado. Pierre Janet (1859 – 1947) estudia el concepto de "automatismo psicológico" y se interesa en el estudio de las personalidades múltiples. Posteriormente, Sigmund Freud (1856 – 1939) aplicó el método catártico de la hipnosis para aliviar los síntomas neuróticos; más tarde sustituyó este método por el de la asociación libre y la interpretación de los sueños. Su teoría se centra en el desarrollo de la sexualidad, describe, además, el fenómeno de transferencia y contra transferencia de la libido, importancia del ego, los mecanismos de defensa y el instinto de muerte. La atención se dirigió hacia los procesos en el interior de la mente individual, y el psicoanálisis se convirtió en el método preferido de tratamiento de la mayoría de los trastornos mentales.

Otros simpatizantes fueron Carl Gustav Jung (1876 – 1961) investigó las asociaciones de palabras, estudió los símbolos en la mitología y en el material de los sueños; desarrolló los conceptos de arquetipos del inconsciente colectivo, individuación, introversión y extroversión. Alfred Adler (1870 – 1937) influye en la psiquiatría infantil, define lo que es la inferioridad orgánica y carácter nervioso. Wilhem Reich estudió el análisis de carácter. Karl Abraham subrayó la importancia del estadio preedípico del desarrollo para el funcionamiento psicológico posterior. Otto Rank trabajó el trauma de nacimiento e intentó acortar el tratamiento psicoanalítico. En Suiza Eugen Beuler (1857 – 1939) define los síntomas de la esquizofrenia. Hermann Rorschach (1884 – 1922) desarrolló un test proyectivo para el psicodiagnóstico, consistente en manchas. Adolf Meyer (1866 – 1950), descubridor de la psicobiología, concibe la personalidad desde una visión integral biológica y social, los trastornos mentales son concebidos como reacciones (citados en Page, J., 1982).

Surgen, en el periodo de 1870 a 1930, otras escuelas de pensamiento psicológico:

El estructuralismo, cuyos representantes fueron Wundt y Tichener, estudia la experiencia consciente a través de la experimentación introspectiva. Observan y analizan estados psicológicos elementales, como sensaciones, imágenes y sentimientos, que forman la consciencia.

Tichener, Dewey, Angell son los representantes del Funcionalismo y dan importancia al estudio de la consciencia, pero en relación con la adaptación ambiental, mediante la aplicación de la educación y las personas.

Durante el siglo XVII, filósofos como Hobbes, Berkeley, Locke, Brown, Hartley, Mills y Bain. A principios del siglo XIX, Herbart. Desde 1885, psicólogos como Ebbinghaus, Pavlov, Thorndike y Guthrie son personajes representativos del asociacionismo. Esta escuela estudia el aprendizaje y la memoria, ilustrado por la ley del efecto (Thorndike), la ley del refuerzo (Pavlov) y el estudio del aprendizaje de Skinner en animales mediante la aplicación de la caja de Skinner.

El conductismo es una escuela de gran relevancia, Watson, Meyer, Weiss, Hunter, Lashley, Skinner Tolman, Hull y Skinner, estudian de manera objetiva la conducta. Los conceptos de sensación y emoción son sustituidos por los conceptos de estímulo, respuesta, aprendizaje, hábito y funcionamiento receptor y efector. Incluso se evita el estudio de la consciencia.

La psicología de la gestalt (Wertheimer, Kofka, Köhler y Lewin) estudia la configuración total perceptual y la interrelación de sus partes, consideran que la experiencia total de la conducta representa más que la suma de las partes y estudian la percepción y la memoria a través de la introspección y observación.

Estas corrientes son las que mayor influencia han tenido, no obstante Freedman et al., (1980) citan la psicología homérica o intencional, corriente que estudia la conducta con finalidad, da importancia al esfuerzo y la perspicacia. Las tendencias humanas (instintos) comprenden la motivación primaria y fundamental de la conducta. Las observaciones de la conducta social estimularon el campo de la psicología social, Mc Dougall es uno de los representantes. La psicología organísmica con Coghill, Goldstein y Kantor estudian al organismo desde un punto de vista biológico; por otro lado, la psicología de la personalidad (Calkins y Stern) estudian al organismo socialmente.

Estos eventos dan la pauta, en primer lugar, para concebir la enfermedad mental desde diferentes perspectivas y, en segundo lugar, para proponer el tratamiento. Es relevante explicar con detenimiento los acontecimientos pues determinan la concepción de enfermedad mental, las técnicas empleadas en la

evaluación del enfermo y el tratamiento a seguir, así como las actitudes de la población, para facilitar la comprensión se presentará la información en varias secciones.

11.9 La enfermedad mental en México

Siguiendo con la trayectoria hasta ahora tomada, se expondrá a continuación la historia de la enfermedad mental en México y a lo largo del capítulo se presentarán otros aspectos.

Vale señalar que no existen grandes diferencias entre la concepción, etiología, tratamiento y actitud con respecto a la enfermedad mental en cada período y la información que se ofrece en México. Sin embargo, es importante hacer la distinción ya que la cultura y las influencias sociales determinan lo que se considera normal anormal; países de Europa distan de México en múltiples aspectos.

En la *época antigua* existía una serie de ideas con respecto a la causalidad de la enfermedad mental, de acuerdo a algunos textos de origen Náhuatl (citado en Vázquez, A. y González, S., 1986).

1. Los dioses, castigo por el quebrantamiento consciente e inconsciente de alguna prescripción religiosa.
2. Signos calendáricos, cada día era regido por una deidad y la persona era influida por dicho Dios según el día de nacimiento; se sabía que el hombre podía modificar su destino y su vida, aunque en ocasiones la influencia de estas deidades se manifestaba por la propensión a ciertas enfermedades.
3. Brujos.

La enfermedad se interpretaba desde dos puntos, uno místico y el otro considerado por la medicina como producto de los efectos de las diversas plantas utilizadas para diferentes males (Vázquez, A. y González, S., 1986).

A partir de las creencias de la etiología de la enfermedad existían tres aproximaciones a la cura de la enfermedad:

1. **Terapéutica natural:** el tratamiento y cura de la enfermedad a través de agentes de origen vegetal, animal o mineral, este sistema se lleva a cabo por los médicos con conocimiento de herbolaria y la aplicación de ésta.
2. La terapéutica psico-religiosa incluye una mezcla de invocaciones a espíritus y deidades junto con gestos y prescripciones rituales. La invocación se dirige a una divinidad pidiendo cese el castigo; el conjuro en el cual se une la fuerza a algunos seres mitológicos para acabar con el mal; en la manda se ofrece algo a cambio de la finalización del mal y las limpias se hacen con hierbas para extraer a seres que sufren de malos aires.

3. Terapéutica mixta, conjuga las dos terapias anteriores, utilización de medicamentos naturales y elementos religiosos. Este tipo de terapia es considerada de las más importantes en las culturas indígenas en general.

Mientras en Europa transcurría la Edad Media en México era la *Colonía*, este período se caracterizó por la imposición de la cultura europea a la nativa, siendo esto más patente en el campo científico, en el cual fueron ignorados los avances logrados por las culturas mexicanas. En cuanto a las enfermedades mentales y, acorde con las concepciones europeas, existía la creencia en el origen sobrenatural, natural y social de las enfermedades mentales.

Se sabe que "...de los augurios eran dos las causas de la enfermedad: la cólera divina y la infracción de normas sociales de comportamiento generalmente sexuales" (De la Cruz et al., 1990).

Además el octli (pulque) se consideraba origen de muchos males y el alcohol era rechazado social y oficialmente, "el emperador inmediatamente después de su elección indicaba a su pueblo que el octli era el principio y raíz de todo mal y que se abstuvieran de beberlo..." (Carmona citado en De la Cruz et al., 1990).

La cultura azteca tenía una teoría de las enfermedades muy organicista donde varios órganos tenían su papel en la vida de relación de la gente sobreponiéndose, en ocasiones, las funciones de los órganos. Así por ejemplo, el corazón "...puede ser modificado por el paso del tiempo, hechizos, pecados, etc., que provocaban el torcimiento del órgano causando la locura, maldad, amnesia, fatiga, ira, inconsciencia y transgresión de normas sociales." (Vázquez y González, 1986).

Se tiene información acerca de la distinción de varias entidades nosológicas en las culturas Maya y Azteca. En la primera se hablaba de "Coon (demencia, locura); Tzional (melancolía); Cootlhan (delirio); Oxxokoltzeick (alucinaciones); Okomol (locura, desvarío, frenesí), Citaim Tamcaz Cancropoliol (epilepsia)" (Álvarez y Ramírez citado en De la Cruz et al., 1990).

En cuanto a los aztecas, reconocieron dos formas de epilepsia a las que llamaban "...huapahualiztli y otra solamente manifestada por temblor del cuerpo, huihuixcayotl..., debe notarse que la melancolía, la epilepsia y el estupor mental no se consideraban como debidas a espíritus malignos, sino como verdaderas enfermedades el cuerpo." (Carmona citado en De la Cruz et al., 1990).

En esta época la atención médica y la ayuda a los menesterosos era realizada por instituciones clericales o en lugares patrocinados por el gobierno virreinal. La ideología cristiana de ayuda al prójimo y caridad promovió la parición de asilos, hospitales, casas de asistencia y orfanatorios. Hubo tres tipos de actitudes diferentes hacia la medicina indígena: interés hacia su

contenido y desarrollo, indiferencia y abierta hostilidad. El éxito de esta medicina era por su bajo costo y su accesibilidad.

A mediados del *siglo XVI*, recién consumada la conquista de México, se funda uno de los primeros hospitales del mundo para alojar enfermos mentales. Bernardino Álvarez fundador de la Orden de la Caridad o de San Hipólito y del hospital en su honor, el 28 de enero de 1567, recogía a pobres, enfermos, viejos y locos, a los cuales atendía (Cooley, E., 1983).

Congregándose varias personas tanto eclesiásticas como seculares con el fundador crearon una congregación o hermandad con el título de Hermanos de la caridad. Bernardino Álvarez aplica la caridad cristiana a un renglón olvidado de la miseria humana (Calderón, G., 1993).

Fray Bernardino Álvarez estableció otros hospitales como el de Santa Cruz en Oaxtepec en 1568, el de San Roque en 1592 ubicado en Puebla y otros en Guadalajara, Jalapa, Perote, Acapulco, San Juan de Ulua y en la Habana, Cuba (Vázquez, L. y González, S., 1986).

La orden de San Juan de Dios, los juaninos en Nueva España e instalada en México en 1604, también ejercía la caridad y en las fundaciones hospitalarias regenteadas por ellos admitían enfermos mentales sin estar destinados especialmente a su atención, dirigían sus beneficios a todo tipo de enfermos indigentes. Así, los alienados pudieron recibir atención, siquiera alimentaria, en los hospitales de San Juan de Dios de México, Durango, San Luis Potosí, San Juan del Río, Pátzcuaro, Aguascalientes, Parral, Pachuca, Tehuacan e Izúcar; en los de la Purísima Concepción de Colima, Orizaba y Celaya; en el de Nuestra Señora de Guadalupe en Toluca; el de San Bernardo en Puebla; en el de Nuestra Señora de los Desamparados en Texcoco; en el de Nuestra Señora de la Caridad en San Cristóbal de las Casas y en el de Santa Catarina en Oaxaca. Todos estos hospitales fueron fundados entre 1604 y 1748 cubriendo gran parte del territorio de la Nueva España. A estos hospitales debemos agregar un centro más, el Hospital de la Santísima Trinidad, fundado originalmente para atender a los sacerdotes enfermos y que se transformó hasta convertirse en el *siglo XVIII*, prácticamente en un asilo para ancianos, predominando los que padecían demencia senil (Calderón, G., 1993).

Subsiguientemente se crea el Hospital del Divino Salvador, o de la Canoa, fundado por José Sáyo que, en compañía de su esposa, se dedicó a recoger a las locas que andaban vagando por las calles, y las llevaba a su casa para cuidarlas y mantenerlas. Posteriormente, compraron un edificio en la calle de Canoa erigiendo ahí el hospital en el año de 1700. Asistió a gente necesitada con la ayuda de la Orden del Divino Salvador.

El *siglo XVIII* transcurre sin mayores cambios. México se ha adelantado a todos los países de América, que apenas en la segunda mitad de ese siglo, comienzan a fundar sus establecimientos psiquiátricos. Así con Williamsburg,

en Virginia (1773), y Quito, en Ecuador (1785), México llega a ser uno de los tres lugares que, al finalizar el siglo, cuentan con hospitales psiquiátricos en nuestro país (Calderón, G., 1993).

A principios del *siglo XIX*, en 1821 cuando se proclama la independencia, se mantienen funcionando los hospitales psiquiátricos, sin embargo es eliminada la orden de los hipólitos por decreto de las cortes españolas en este año, fecha en la que el Hospital de San Hipólito pasa a manos del ayuntamiento, no obstante las religiosas que se encuentran enclaustradas en este lugar se mantienen atendiendo a los enfermos mentales hasta el año de 1843, bajo el control gubernamental (Vázquez, L. y González, S., 1986).

Después de la *independencia* esta noción cristiana de caridad cambió en lo nominal, aunque sustancialmente permaneció igual, el estado ejercía de manera filantrópica en materia hospitalaria (Vázquez, L. y González, S. 1986).

Se prosigue el desarrollo de instituciones de atención, fundándose en 1898 en la ciudad de México el hospital del Dr. Rafael Lavista en Tlalpan (Vázquez, L. y González, S., 1986).

Posteriormente, durante el *porfiriato* resurgieron las ideas de beneficencia y de caridad, es la época en que se fundan los Hospitales General de la ciudad de México y el Manicomio General de la Castañeda. Con el surgimiento del *siglo XX* y como un de las obras realizadas para conmemorar el Primer Centenario de la independencia, el gobierno del general Porfirio Díaz inaugura el 1° de Septiembre de 1910 (343 años después de la fundación de San Hipólito y 210 de la Canoa), el manicomio General de la Castañeda como una institución alternativa a la Canoa.

La psiquiatría mexicana clásica nace en el *siglo XX* con el manicomio general de la Castañeda y su matriz original y gran inspiradora es la psiquiatría francesa del *siglo XIX*, a la que se agregan decisivas influencias de la psiquiatría alemana y norteamericana (Marcos, S., 1983).

En 1930 el Dr. Samuel Ramírez Moreno abre un sanatorio para enfermos mentales que ayudó a cumplir la función del manicomio general, después el Dr. Alfonso Millán inaugura el sanatorio Floresta, con la misma intención de complementar la atención para los enfermos mentales por parte del estado.

A partir de 1944 se inaugura en León Guanajuato la granja de San Pedro del Monte; entre 1960 y 1964 se construyen el Hospital Granja de Tlalpan, la Granja la Salud de Zoquiapan, Edo. de México; el Hospital Granja de Villa Hermosa; el Hospital Campestre José Sayago en Tepexpan, Edo. de México; el Hospital Cruz del Norte, en Hermosillo; también, en 1964 se concluyó el Instituto Nacional de Neurología (Vázquez, L. y González, S., 1986).

El Dr. Manuel Velasco Suárez Director de Salud Mental y Rehabilitación, en esa época, estableció la construcción de una cadena de hospitales granja, para albergar a la población creciente de enfermos, estos fueron el modelo del de León, Guanajuato. Así en 1968 empieza a funcionar el Hospital Fray Bernardino Álvarez y el Hospital para niños Juan N. Navarro, sustituyendo al Manicomio de la Castañeda. En provincia, la Granja de recuperación de Zapote, Jalisco; la esperanza en Morelia y la clínica Vicente Chico Sein en San Luis Potosí (Vázquez, L. y González, S., 1986).

La creación de las granjas fue con el objeto de terminar con la situación de abandono y miseria de los enfermos mentales en donde se suponen serían tratados de manera humanitaria. Los grandes hospitales y clínicas están concentrados en las grandes ciudades, sin embargo se ha visto que en estos lugares se trabaja de una manera cerrada, esto es, que lo que pasa dentro de este sólo es conocido por quienes allí laboran, además de que no se aplican las normas médicas y humanitarias de una manera adecuada; una característica de los hospitales tanto públicos como privados es la sobrepoblación y la falta de personal capacitado.

Entre la Castañeda y el Fray Bernardino Álvarez o las Granjas no hay diferencias fundamentales, México ha transitado por la etapa manicomial hacia la etapa hospitalaria sin transformar grandemente las formas de su práctica ni sus contenidos teóricos (Rodríguez, A., 1983).

Cuando La Castañeda se deterioró por sobrepoblación, represión, robos, etc., se generó hacia los años 50's una reacción pública y ente 1963 y 1967, el manicomio es sustituido por once más, que representan el sistema actual de atención hospitalaria como Dirección General de Salud Mental, misma que se presentó como una alternativa oficial (Cooley, E., 1983).

Después de la revolución se funda el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad, dependencia ésta que evoluciona hasta consolidarse como Secretaría en 1943. Es hasta la tercera década de este siglo cuando se da como función obligatoria del estado los servicios de salud. En 1943 se fusiona la Secretaría de Salubridad y Asistencia. También en este año es cuando se establece el Instituto Mexicano del Seguro Social que da servicio a los asalariados urbanos y el proletariado industrial. Después, en 1960 se funda el ISSSTE ante el crecimiento de la burocracia estatal y de esa base se crearon los servicios de PEMEX, Ferrocarriles Nacionales, etc. y en 1977 se funda el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) (Vázquez, L. y González, S., 1986).

En los aspectos de legislación y normatividad se han generado también instituciones como el Instituto Mexicano de Psiquiatría. En el ámbito de la administración profesional se generaron los Consejos de Especialidades en el área médica y el de psiquiatría se funda hacia 1971. Proliferan las escuelas y

los cursos de psiquiatría, psicología, trabajo social, educación especial, etc., (Marcos, S., 1983).

Resumiendo, en todas las culturas podemos encontrar vestigios de la existencia de la enfermedad mental, ha tenido una evolución importante; de la concepción de posesión demoníaca a las propuestas de tratamiento integral en nuestros días; el cambio ha sido tanto tecnológico y científico, como ideológico.

De manera general y simplista podemos decir que las instituciones psiquiátricas han pasado por tres fases, desde su creación. En un principio, su labor se caracterizó por la creencia de que poco podía hacerse por la enfermedad y la incapacidad que la acompañaba progresivamente, más allá de la custodia para los discapacitados mentales. De sobra han sido descritos los abusos y maltratos a que condujeron las concepciones e intenciones de esta tendencia. Más tarde aparece la preocupación moral, a partir de la cual surgen movimientos que persiguen la creación de sanatorios y hospitales que ofrezcan trato humanitario en el alojamiento y la atención a los enfermos mentales. Esta revolución moral prepara el terreno para los primeros intentos de modificar la discapacidad y contrarrestarla, por lo general desde el hospital psiquiátrico; a la par que aparecen los primeros tratamientos biológicos aunados al surgimiento de programas y procedimientos de rehabilitación psicológica.

II.10 Perspectivas teóricas sobre los trastornos mentales

Existen diversas teorías que explican la enfermedad mental, cada una se centra en aspectos particulares de la realidad y frecuentemente estos son muy diferentes (Sarason, I., 1996). Sin embargo, cada perspectiva ofrece conocimientos que nos ayudan a entender la conducta desadaptada, por ejemplo:

1) La perspectiva biológica, hace énfasis en el papel de los procesos corporales y sostienen que toda la psicopatología es resultado de defectos de los procesos neurofisiológicos (defectos heredados o adquiridos, factores genéticos, anomalías en el sistema nervioso, etc).

2) La perspectiva psicodinámica, se basa en la idea de que los pensamientos y las emociones son causa importantes de la conducta, los conflictos psicológicos se derivan de impulsos y deseos inconscientes.

3) La perspectiva conductual, explica los trastornos mentales como aprendizaje mal adaptativo y analizan la forma en que el ambiente ejerce una influencia sobre la conducta.

4) La perspectiva cognitiva, considera que el pensamiento anormal y las dificultades en la resolución de problemas son causas de la conducta anormal.

5) La perspectiva humanista – existencial, que hace énfasis en nuestra condición única como individuos y nuestra libertad par tomar decisiones propias.

6) La perspectiva comunitaria, se preocupa por los papeles de las relaciones sociales y el impacto de las condiciones socioeconómicas sobre la conducta inadaptada; intenta reducir la conducta desadaptada con medidas preventivas antes de que ocurra la enfermedad.

7) La perspectiva social, enfatiza el papel del individuo dentro de la sociedad y la destacada participación del ambiente en el desarrollo del sujeto.

Cada enfoque presenta unos supuestos teórico- prácticos acerca de la génesis, evolución y tratamiento de una determinada patología.

Con respecto a la etiología de los trastornos psíquicos la atribuimos, comúnmente, a aspectos hereditarios o genéticos, a las alteraciones fisiológicas o a los trastornos psicológicos y sociales que actúan entrecruzadamente para que aparezca la enfermedad. Por esta razón no podemos decir que una causa sea más importante que otra, sin duda porque no existen tres entidades etiológicas, sino que las tres forman un único cuadro causal, que se diferencian tan sólo por la importancia del papel que juegue cada uno en los diversos tipos de trastornos a que den lugar, pues no debemos olvidar que el hombre en la salud o en la enfermedad forma siempre una única totalidad de conducta relacional (Tusquets, M. y Grau, M., 1988).

II.11 Normalidad y Anormalidad

Constantemente evaluamos nuestra conducta y la de los demás como normal o anormal, incluso empleamos frases como: está orate, que bárbaro esta loco, se le zafó un tornillo, etc. Pero, ¿en qué nos basamos para tomar estas decisiones?

Actualmente se piensa que la conducta normal consiste en acciones socialmente aprobadas, por lo que la conducta anormal se constituye en sinónimo de acciones que son socialmente inaceptables. Sin embargo, esto no queda muy claro si tomamos en cuenta que aquello que es aprobado por una cultura, por una sociedad, por una clase social o por un grupo puede ser considerado como anormal en otro contexto social. Por ejemplo, el musulmán normal puede tener más de una esposa; el esquimal normal puede ofrecer a su esposa como acompañante nocturna a su huésped, el hindú normal no se alimentará con carne de bovino; el inglés o el sueco normales conducirán su automóvil por la mano izquierda. Aquellas conductas que son normales en nuestra cultura pueden ser normales en cualquier otra y viceversa. La evaluación de la conducta de un individuo como normal o anormal depende de las normas de la cultura a la que pertenece (Revista de Psicología, 1999).

A continuación se presentan brevemente algunos modelos que abordan la normalidad y la anormalidad.

Modelo Sociocultural

Esta perspectiva visualiza a los conceptos de normalidad y anormalidad como relativos, variantes de sociedad a sociedad, pues siempre van a estar vinculados al contexto. Este modelo es muy empleado por la gente común ya que las normas sociales y culturales constituyen uno de los criterios más ampliamente utilizados para juzgar la normalidad y anormalidad.

El aprendizaje de lo "normal", es un proceso social e intelectual que debe tomar en cuenta la situación del momento. Así, como consecuencia de sus experiencias, los individuos saben qué es lo normal y lo adecuado a su propio grupo social y en su cultura (Dana, 1994).

Modelo Legal

El modelo legal es una reducción del modelo sociocultural. Se originó debido a que la sociedad necesitaba de algún tipo de definición consensual del trastorno mental, sobre todo en aquellos momentos en que ante las Cortes se realizaban juicios de casos criminales. Desde este modelo la normalidad esta asociada a lo permitido, legal y aprobado, mientras que la anormalidad se vincula con lo prohibido, ilegal y desaprobado (Díaz, A., 1998).

En 1843 un inglés llamado M'Naghten, identificado como una persona claramente trastornada cometió un brutal asesinato; fue absuelto debido a su "locura", y el Parlamento pidió a los jueces una definición legal de locura para que quienes impartían la justicia pudieran uniformar su criterio en esos casos. A las reglas derivadas de este proceso se les conoce como reglas de M'Naghten y nos dicen que: "Para establecer la demencia como defensa debe comprobarse claramente de que en el momento de cometerse el acto, la parte acusada actuó bajo la influencia de un defecto de la razón, debido a la enfermedad de la mente, al grado de no darse cuenta de la naturaleza y la calidad del acto que cometió o el grado de no saber si esta bien o mal lo que hacía, si es que se daba cuenta de ello".

Modelo Estadístico

La conducta normal es definida como lo que todos hacen, la media, lo común, lo cercano, lo frecuente y reserva para la anormalidad lo extraño, lo raro, desviado, extremo y lo poco frecuente. Lo cual nos vincula directamente con el criterio sociocultural, pero la diferencia fundamental es que el criterio estadístico lo expresa en términos numéricos. Se parte de que muchos de los aspectos de la conducta humana se presentan en la forma de una distribución normal (sugerida por el matemático Quetelet citado en Díaz, A., 1998). La distribución normal es una curva simétrica con forma de campana; su mitad izquierda es el reflejo en espejo de su mitad derecha; en esta distribución, las medidas de tendencia central: media, moda y mediana se localizan en el mismo punto, en el centro exacto de la curva. El supuesto de que una persona es normal implica que no se desvía del promedio en cuanto a un rasgo particular o un patrón de conducta.

La estadística describe los hechos tal como son y no hace referencia a cuales son los rasgos o conductas que se deben estudiar, o lo que podría o debería ser. Por esto el criterio estadístico nunca puede ir más allá del nivel informativo. Además, plantea dos problemas: definir la norma y distinguir entre las desviaciones favorables y las desfavorables.

Modelo Ideal

El modelo que plantea una condición ideal, considera que la normalidad es un estado de salud mental y funcionamiento individual y social positivo, perfecto, completo, lo verdaderamente afectivo y óptimo, y no simplemente la ausencia de enfermedad mental. Mientras que la anormalidad es lo no deseable, lo imperfecto, lo incompleto, lo peor.

Marie Jahoda (1950 citado en Díaz, A., 1998) propuso cinco criterios para caracterizar una verdadera salud mental: ausencia de enfermedad mental, normalidad de la conducta (normas sociales), adaptación al medio ambiente, unidad de la personalidad y percepción correcta de la realidad.

Por situarse en los dos extremos, este modelo generalmente se cataloga como impreciso aunque resulta útil al evaluar la normalidad y la anormalidad general de un grupo o un individuo.

Modelo Clínico

El modelo clínico se relaciona con el modelo ideal, define un continuo en cuyos extremos encontramos la salud mental y la normalidad, y en el otro la patología y la anormalidad. La salud mental exige la integración óptima del individuo a su sociedad, la personalidad sana o adaptada incluye los recursos individuales y las exigencias de la situación social. En enfermedad mental encontramos la desviación que hay que corregir, en donde juega un papel trascendental el personal al intervenir en la prevención, evaluación y diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Modelo Médico

El supuesto básico del modelo médico es que la conducta anormal se puede comparar con una enfermedad. La enfermedad se define con base en dos premisas: a) presencia de un conjunto específico de síntomas y signos, o síndrome y b) este síndrome tiene un agente causal o etiología específica. De acuerdo a sus causas, una enfermedad puede ser 1) infecciosa (un microorganismo ataca a un órgano o a un sistema orgánico), 2) sistémica (disfunción no producida por una infección, tal vez a causa de un defecto hereditario) y 3) traumática (causada por un agente externo y ambiental) (Díaz, A., 1998).

Este modelo ubica a los conceptos en el cuerpo humano y pone énfasis en correlatos fisiológicos. Algunas de las ventajas de este modelo, de acuerdo con Nathan y Harris (citado en Díaz, A., 1998) son: haber sustituido el modelo mágico - religioso, reduciendo el estigma atribuido a los enfermos mentales y

avanzando hacia la humanización de las condiciones en los hospitales psiquiátricos. Estimuló la investigación empírica y la observación detallada de la conducta anormal para mejorar los propósitos de diagnóstico. Finalmente, cambió la reputación de las ocupaciones relacionadas con la salud mental, para que cada vez más gente se dedicara a trabajar en esta área.

No obstante, algunos críticos desaprueban el modelo médico por considerar que es el responsable del sistema de diagnóstico oficial que se practica actualmente y que se resume en el Manual Estadístico y de Diagnóstico de Enfermedades Mentales, abreviado como DSM. También se cree que este modelo ha tendido a restringir la investigación de factores etiológicos de la psicopatología al área del funcionamiento corporal alterado.

Modelo Psicodinámico

El modelo psicodinámico propuesto por Freud describe a la normalidad como el resultado de un balance entre las tres instancias psíquicas (ello, yo y superyo) y un respectivo avance gradual en las etapas psicosexuales. La anormalidad será producto del dominio del ello o superyo, lo cual provocará alteraciones, principalmente en la primera infancia, encontrando su expresión en complejos y fijaciones.

Fromm entiende la normalidad y anormalidad como producto de la interacción entre hombre y sociedad. Donde la sociedad, como entidad englobadora, juega un papel determinante sobre el individuo, porque es ella quien determina los criterios para evaluar el desempeño personal. Cuando la sociedad implanta necesidades contrarias al individuo se produce la anormalidad. Para lograr el estado normal, Fromm propone un reacomodo en el que la sociedad se ajuste a las necesidades reales del hombre.

Modelo Conductual

La anormalidad se ve como una serie de conductas aprendidas y el tratamiento implica la aplicación de procedimientos que se derivan de los principios de aprendizaje, a fin de modificar o eliminar la conducta inadaptada y reforzar aquellos patrones de conducta mejor adaptados que corresponderían a la normalidad. Este modelo pone de manifiesto el impacto del medio ambiente, valorando la influencia que ejerce el condicionamiento familiar y el de los amigos en el desarrollo de la conducta anormal.

La enfermedad mental es un mito

Para Szasz las enfermedades mentales son un mito, cuya función consiste en disfrazar y hacernos así más aceptable la píldora amarga de los conflictos morales en las relaciones humanas (1976). La normalidad es un proceso que se ve constantemente interrumpido por los problemas de la vida y son las exigencias sociales las principales responsables del surgimiento de conflictos.

Szasz al referirse a alguna persona como anormal o mentalmente enferma implica una analogía infundada con la enfermedad física y, de hecho, sólo

proporciona a la sociedad un razonamiento médico respetable para confinar a aquellos que de otra manera serían un estorbo y una molestia (Barclay, M., 1976).

Los modelos expuestos nos permiten saber que para explicar la conducta anormal no es suficiente con un criterio, no tenemos la capacidad de decir si uno es mejor que otro, pero sí podemos apuntar que el modelo empleado depende definitivamente del contexto. Pues no se trata de aplicar cualquier modelo teórico-práctico a cualquier trastorno; esto es, dependiendo de la teoría disponible y de los objetivos se contemplará un modelo u otro; lo que hará más factible el estudio de la conducta que si se redujera el campo de acción a un único criterio de normalidad y anormalidad.

II.12 Definición de Enfermedad Mental

La salud de las personas y de las poblaciones constituye en la actualidad una de las mayores preocupaciones no sólo de cada uno de nosotros, sino también de los gobiernos de cada país y también de muchas ONG (Organizaciones No Gubernamentales). La salud del cuerpo y de la mente es necesaria para la vida cotidiana y para el desarrollo de todas las funciones individuales y sociales del hombre.

Los criterios de normalidad y anormalidad expuestos nos ayudarán a entender el concepto de enfermedad mental, aunque antes es preciso preguntarnos ¿qué se entiende por salud?. Sabemos que son conceptos difíciles de entender, pero no imposible, debiendo establecerse en cada caso concreto y en cada circunstancia específica como aquella adecuada adaptación y equilibrio.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de molestias o enfermedades" (citado en San Martín, H. 1984).

Su antónimo la enfermedad, según el Diccionario de la Lengua Española, es una "alteración más o menos grave de la salud". La enfermedad es considerada como cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano. Se concibe al ser humano como un ser bio-psico-social; sin embargo, es una definición muy general que nos indica que las personas sanas son reducidas.

En el Diccionario de la Lengua Española se define la salud como "el estado en el que un ser orgánico ejerce normalmente sus funciones. Siguiendo esta postura Barclay (1976) especifica la concepción al decir que, la persona psicológicamente sana no escapa por necesidad a las tensiones y presiones de la vida; de cuando en cuando tendrá que luchar con impulsos conflictivos, tendrá crisis en las relaciones interpersonales, y experimentará fuertes emociones de pesar, ira o miedo. Sin embargo, en general es capaz de

funcionar eficientemente y de encontrar satisfactoria la vida en la mayor parte de sus aspectos.

Todos nos enfrentamos a factores biológicos, situaciones ligadas al entorno, eventos psicológicos y sociales, etc., pero la diferencia entre la salud y la enfermedad es la manera en que estos repercuten en la adaptación, funcionamiento y bienestar.

El DSM-IV define la enfermedad mental como la conducta, síndrome psicológico o un patrón clínicamente significativo que aparece en el sujeto asociado de modo típico a síntomas penosos (distrés), o a una perturbación funcional de una o más áreas (incapacidad). Además, da paso a la inferencia de que existe una disfunción conductual, psicológica o biológica sin que el trastorno se exprese únicamente en la relación del sujeto con los demás. Cuando la perturbación se limita a un conflicto entre el sujeto y la sociedad, puede reflejar una desviación social, más o menos condenable, pero en sí misma no equivale a un trastorno mental.

Por tanto, la comprensión de las enfermedades depende de una descripción clara de los síntomas, los cuales son manifestaciones de los procesos vitales alterados. Pueden variar desde relatos subjetivos, a hechos objetivos o signos, El diagnóstico es la determinación de la naturaleza de una enfermedad; debe combinar: una adecuada historia clínica del paciente (antecedentes personales y familiares, y enfermedad actual), un examen físico completo y exploraciones complementarias (pruebas de laboratorio, de diagnóstico por imagen, etc.).

II.12.1 Síntomas y Signos

La existencia de una alteración mental no puede definirse o inferirse por la presencia de síntomas; no hay síntomas fijos, absolutos del trastorno mental. Todas y cada una de las ideas, sentimientos y reacciones observadas en los pacientes mentales son también observados, en forma más moderada, mejor controlada y más socialmente aceptada, en los individuos normales. Sólo después de que un rasgo o reacción han sido críticamente examinados y evaluados como anormales se pueden considerar como síntomas.

A continuación se describen algunas de las áreas afectadas cuando hay presencia de enfermedad mental:

Función defectuosa de la psique

Las funciones mentales más deterioradas tienden a ser la atención, percepción, razonamiento, prueba de la realidad, juicio, aprendizaje, pensamiento, memoria, sentimientos, comunicación, creatividad y la conducta.

Función defectuosa en el área social

Relativa capacidad del individuo para: 1) aprehender y estar eficazmente conformado por el modelo cultural y 2) evitar comprometerse en acciones que difieren en forma drástica de la norma cultural.

Falta de interés social

Egocentrismo, autocentrismo o interés exclusivo en sí mismo, sentimiento personal de superioridad, ya sea real o imaginario, sin tener en cuenta los de las personas de su relación o los intereses de la sociedad. En la mayoría de los casos, el individuo es reservado y evita atraer la atención sobre sí mismo. Tiene dificultad para relacionarse con el medio social.

Pérdida del autocontrol

La sorpresividad, inadecuación, irracionalidad y cualidad defectuosa de la conducta anormal se deben al hecho de que no es controlada.

Aflicción personal

Un criterio final indispensable para evaluar la relativa normalidad de la conducta es el sentimiento subjetivo del individuo. La angustia de los trastornos mentales es a menudo una mezcla de ansiedad, temor, culpa, desaliento, ira y odio. El individuo puede estar confundido, saturado de resentimiento o autocompasión; se llega a sentir miserable y desesperadamente infeliz, tanto que puede buscar alivio en la muerte.

II.12.2 Diagnóstico

El proceso de generalizar la enfermedad es lo que ahora llamamos diagnóstico, es decir, equiparar al paciente con los síntomas y signos observados, informados o razonablemente supuestos con una entidad o un síndrome patológico conocido. Abarca tres procesos, se empieza por organizar un grupo de signos y síntomas obtenidos a partir de la historia clínica y de las exploraciones física y del estado mental. A continuación estas observaciones se agrupan en síndromes. La especificidad ulterior produce diagnósticos de trastornos mentales. Los últimos se caracterizan por desviaciones de una norma socialmente definida de pensamientos, percepciones, humor y conducta que alteran el funcionamiento social.

El diagnóstico tiene varias finalidades, diagnosticamos las enfermedades mentales con objeto de comunicarnos de manera más confiable y eficaz con los demás sobre cierta clase de problemas. El diagnóstico es una especie de taquigrafía para definir los problemas de un individuo de manera que los reconozcan los pacientes, los médicos y la sociedad. Además, el acto del diagnóstico confiere "papel de enfermo" al paciente, lo que le garantiza la exención de ciertas responsabilidades y a la vez le da permiso de enfrascarse en ciertos tipos de conducta de los demás (Goldman, 1989).

El diagnóstico implica también cierto grado de comprensión de un patrón de enfermedad, que sugiere un tratamiento específico y unos resultados esperados o pronóstico.

Debe aceptarse el riesgo de que un diagnóstico psiquiátrico funcione como etiqueta o estigma social; el rol del paciente mental se considera socialmente inaceptable y la etiqueta de enfermo mental con frecuencia causa un daño permanente. El daño adquiere muchas formas, que incluye la discriminación por parte de los demás y sentimientos de inseguridad e inadecuación.

II.12.3 Técnicas empleadas en la evaluación

Mientras los trastornos mentales se sigan considerando como un tipo de enfermedad, se plantea la absoluta necesidad de que los médicos ejerzan un control fundamental sobre el tratamiento de los pacientes; la especialidad psiquiátrica sigue dominando el campo de la enfermedad mental. El surgimiento de conceptos psicológicos y sociológicos han incrementado notoriamente la participación de otras disciplinas y profesiones. La psicología clínica en especial ha dado pasos gigantescos, en los últimos años, hacia la obtención de un estatus independiente igual a la psiquiatría. La atención y tratamiento del enfermo mental debe de ser resultado de un trabajo inter y multidisciplinario, en donde además de médicos, psiquiatras participen psicólogos, trabajadores sociales y pedagogos fundamentalmente.

Cada uno de acuerdo a su formación empleara las medidas que considere más adecuadas para lograr su ardua labor. En general, en el área de la salud mental las tres armas principales son entrevistas, observaciones y pruebas (psicológicas, neurológicas, etc.).

En nuestra sociedad, el diagnóstico formal es en gran medida responsabilidad de los psiquiatras y de los psicólogos clínicos, quienes utilizan diferentes métodos para detectar trastornos específicos en sus pacientes. El más importante es la entrevista psiquiátrica, durante la que se recoge la historia psiquiátrica del paciente y se valora su estado mental.

La observación es otra herramienta de gran utilidad, el personal de salud mental hace uso de esta desde el primer contacto que tiene con el paciente. El clínico recoge datos relacionados con claves exteriores y movimientos expresivos, y algunos signos comúnmente observados y que se consideran de importancia diagnóstica.

Los sentimientos, las emociones y los rasgos de la personalidad son revelados por los movimientos expresivos. La importancia de estos registros para el psicodiagnóstico consiste en la firme suposición de que las acciones que acompañan al habla son tan importantes como el habla misma (Kleinmuntz, B., 1980).

Ciertos diagnósticos dependen de otros especialistas. Los psicólogos realizan las pruebas de inteligencia y personalidad, así como las pruebas diseñadas para detectar lesiones cerebrales o de otras partes del sistema nervioso central. Los neurólogos también hacen pruebas a los pacientes psiquiátricos para detectar evidencias de lesión del sistema nervioso. En ocasiones los pacientes que presentan síntomas físicos son atendidos por otros especialistas. Los trabajadores sociales en el ámbito psiquiátrico atienden los problemas de la familia y de la comunidad. El psiquiatra integra toda esta información para establecer un diagnóstico según los criterios establecidos por los profesionales de la psiquiatría.

II.12.4 Tratamiento

Con el cambio en la concepción de la enfermedad y el desarrollo científico y tecnológico se ofrecen una serie de alternativas con respecto al tratamiento. No se emplean de manera aislada, por el contrario se contempla un tratamiento combinado logrando mejores resultados.

Con el interés por los aspectos biológicos de la psiquiatría, se fomenta la introducción de los fármacos psicoactivos a principios de 1950. La eficacia del tratamiento farmacológico depende de la administración de un compuesto que se sabe que modifica el objetivo del tratamiento a una dosis adecuada, en una preparación satisfactoria, por un vía eficaz y durante un período de tiempo adecuado (Freedman et al., 1985).

Desde Schmiedeberg se conoce que las modificaciones que imprimen los fármacos en los organismos vivos son siempre de índole cuantitativa y no cualitativa. Las drogas psicoactivas no tienen poder curativo, pero son sumamente eficaces para aliviar los síntomas (Velázquez, A., 1992).

Es importante tener presente que los fármacos tienen efectos colaterales o secundarios como son rigidez muscular, temblores, dificultad respiratoria, erupciones cutáneas, ictericia, somnolencia, apatía, hipotensión, vahídos, náuseas, síncope, vértigos, boca seca y palpitaciones, etc.

A partir de los setenta se da de manera más abundante la interacción de los fármacos y la psicoterapia (Mejías, A., 2000). Claro que puede haber padecimientos a los que sea más factible tratar con fármacos y otros con psicoterapia.

La forma más utilizada de tratamiento no orgánico es la psicoterapia (principalmente de orientación psicodinámica), la psicoterapia breve, las técnicas derivadas de la terapia de conducta, la terapia ambiental, la terapia ocupacional. También se programan actividades intrahospitalarias para conseguir objetivos terapéuticos específicos.

Los psiquiatras utilizan cada vez más una combinación de técnicas orgánicas y no orgánicas para todos los pacientes, que dependerá del diagnóstico y la respuesta al tratamiento.

II.13 Enfermedad mental y delincuencia

Se ha agregado este capítulo debido a que la investigación se enfoca en enfermos mentales que han delinquido, así es que es de interés el fundamento legal.

La legislación es importante con respecto a los enfermos mentales en el sentido de que permite evaluar la capacidad de trabajo o grado de invalidez. Al realizar este tipo de peritaje se recuerda que Engels decía: "Por tanto, el libre albedrío no significa sino la capacidad para decidir con conocimiento de causa" (Engels citado en Vázquez, L. y Gonzáles, S., 1986). Por lo que si el hombre comprende lo que hace y dirige sus actos, debe responder de éstos.

Se han creado reglas para poder determinar el grado de responsabilidad del criminal. En el primer país en que se empezaron a aplicar pruebas de responsabilidad fue en Inglaterra. En 1723, un tribunal inglés declaró que para que un acusado escapara al castigo "no debe saber lo que está haciendo, como si se tratara de una bestia salvaje". Así el requisito para dar inmunidad al sujeto es que este no sepa lo que está haciendo.

En Estados Unidos se inició la legislación sobre esta área a partir del caso M'Naghten en 1843. Estas no son ni pretenden ser pruebas de salud mental, son solo pruebas de responsabilidad ante la ley.

Por esto el enfermo mental se le considera irresponsable, es decir, no se le pueden imputar los actos socialmente peligrosos que realiza. El psiquiatra es quien debe encargarse de decidir si se puede imputar a una persona cualquier acción cometida, basándose en los criterios médico y jurídico de la irresponsabilidad.

El criterio médico incluye tres factores que son: la existencia de enfermedades psíquicas crónicas (parálisis general progresiva, esquizofrenia, psicosis seniles, oligofrenia, etc.); padecer un trastorno temporal de la actividad mental (delirium tremens, alucinosis alcohólica aguda, etc.) y el tercero es la existencia de otros estados patológicos (psicopatía, retraso mental en grados muy profundos, abstinencia en las narcomanías, etc.)

Según el criterio jurídico la irresponsabilidad presenta dos factores: el intelectual (imposibilidad de valorar las acciones) y el volitivo (imposibilidad de dirigirlos).

En México la legislación para los enfermos mentales los considera no como delincuentes, sino como infractores y cae dentro de los considerados inimputables, por considerarse incapacitado para comportarse en forma libre y voluntaria, por lo que no es sujeto de juicio común. La persona que es considerada enfermo mental es sujeta a un procedimiento especial mediante el cual se procura promover el restablecimiento de la salud mental, éste procedimiento incluye las medidas de seguridad, que es el internamiento en instituciones especializadas en el manejo y tratamiento de este tipo de personas por el tiempo necesario para su curación; estas medidas de seguridad son uno de los recursos con que cuenta el estado mexicano para prevenir y proteger a la sociedad de todos aquellos actos ilícitos que puedan volver a ser cometidos por personas que son consideradas inimputables por las leyes penales y que por lo tanto se hallan privadas de su libertad. Las sentencias en estos casos durarán el tiempo que requiera la persona para su curación, dando resultado el que en cuanto se llegue a este objetivo el sujeto obtendrá su libertad.

Dado el caso de que las medidas de seguridad requieren la curación total, en ocasiones estas se vuelven auténticas cadenas perpetuas, debido a la complejidad de la obtención de la cura en algunos casos de enfermos mentales. De alguna manera a partir de estas consecuencias se desprende, por ende, que se castiga más la enfermedad mental que la comisión de ilícitos (Vázquez, L. y Gonzáles, S., 1986)

En el Código Penal para el Distrito y Territorios Federales encontramos los artículos 24 fracción 3a, 68 y 69 como normas jurídicas aplicables en los casos de enfermos mentales que cometen actos o que incurrir en omisiones estimadas como delitos. El artículo 24 se refiere "a las penas y medidas de seguridad". El artículo 68 indica que los enfermos mentales que han incurrido en delitos serán reclusos en manicomios o en departamentos especiales por todo el tiempo necesario para su curación. Finalmente, el artículo 68 describe que una vez que el infractor ha sido identificado como enfermo mental, el juez penal ordenará su reclusión, se aplicará una medida de seguridad, en un ambiente hospitalario (citado en Marcos, S., 1983).

II.14 Enfermedad Mental y Sociedad

La sociedad siempre ha sido un elemento básico dentro de la enfermedad mental, hemos visto a lo largo de la historia su participación en la concepción, atención y tratamiento; la actitud de la gente con respecto al enfermo mental es trascendental para la rehabilitación del paciente. Hoy en día, de la misma manera que en tiempos pasados, se contempla, paradójicamente, una actitud negativa y positiva.

La sociedad también suele actuar como juez para definir la normalidad o anormalidad de una conducta. Aunque a nivel de la comunidad y de la familia, existe a menudo poca disposición para interpretar la conducta desviada como prueba de trastorno mental. Una persona que puede ser clasificada por los

estándares psiquiátricos profesionales como trastornada mental, puede ser descrita por su grupo de pares como extraña, rara, muy nerviosa o diferente. "Con frecuencia los familiares desestiman las desviaciones moderadas sobre la base de que todos tenemos peculiaridades o de que hay toda clase de personas en el mundo" (Cummings y Cummings, citado en Page, 1982).

En la sociedad, generalmente se considera que los pacientes psiquiátricos nunca se recobrarán lo bastante como para ser útiles a la sociedad en algún modo, que son constantemente impredecibles e inestables y que pueden ser peligrosos. Estas expectativas determinan la conducta de las personas y las políticas de las empresas entre el posible trabajo de los enfermos (Guinea, R., 2000).

Los empleadores son renuentes a contratar a personas con historial psiquiátrico. En EEUU está documentado el hecho de que los pacientes son frecuentemente despedidos de sus trabajos si trasciende su condición de enfermos mentales aunque hayan mostrado adecuada competencia para el trabajo; la mitad de los pacientes en condiciones y deseosos de trabajar están desempleados por esta razón. El estigma afecta también a las relaciones personales en el trabajo, y los pacientes perciben ser tratados de manera especial o eludidos. La solución elegida normalmente por los usuarios es mantener el secreto de su situación (Guinea, R., 2000).

El papel que juega el loco (el desviado, el diferente) dentro de la sociedad es el de constituirse en imagen de lo negativo para el sistema. La sociedad señala y segrega al desviado, lo aísla, lo margina del grupo de los individuos normales, lo estigmatiza.

Goffman (citado en Castellanos, G., Delgadillo, R. Y García, L., 2000) define el estigma como un atributo de un individuo que produce en los demás, a modo de efecto, un amplio descrédito.

El término estigma es más que un atributo característico, es una etiqueta sobre un individuo, tiene connotaciones sociales (de pertenencia al grupo, de aceptación, rechazo), connotaciones morales, actitudes, prejuicios (discriminación), connotaciones políticas de segregación, opresión, marginación, resguardo de orden.

La enfermedad mental se considera un estigma en tanto que la etiqueta tiene una carga simbólica de desprestigio no solo para el individuo sino también para sus familiares. La enfermedad mental como diagnóstico se refiere exclusivamente a la descripción de ciertos comportamientos característicos de un individuo. El paso de un diagnóstico a etiqueta es en ocasiones instantáneo y ocurre cuando se emplea el término con el fin de desacreditar a un ser diferente. Por ejemplo, a una persona que ha perdido una mano se le diagnostica como manca, pero cuando la palabra "manca" toma un sentido

peyorativo y con ello se caracteriza a un individuo, entonces se ha convertido en una etiqueta y, por lo tanto, es un estigma (Gómez, R. 1989).

Cuando alguien tiene la etiqueta de enfermo mental será tratado con suma precaución en las reuniones familiares y laborales y posiblemente en su vida nunca vuelva a ser visto como una persona normal (Gómez, R. 1989).

II.14.1 Rol de la familia

Desde la antigüedad la familia ha sido el principal, si no es que el único, medio de apoyo y sustento. De forma general hay que tener en cuenta que sobre las familias recae casi todo el peso del cuidado del enfermo mental: soporte físico, emocional y económico.

Las características de la evolución de la enfermedad, con los déficit cognitivos y sociales, llevan al enfermo a pasar a una gran cantidad de tiempo en su entorno familiar, lo que le suele conducir a un gran aislamiento social. El enfermo mental convive con su familia por la enfermedad, por la falta de recursos comunitarios, por la cultura, por la sociedad y por motivos económicos. Además, carece de redes de apoyo social que le puedan ayudar a afrontar las exigencias de la vida, ya que la única relación social que suelen mantener es con su propia familia.

Así, el núcleo familiar es su principal soporte socio afectivo y su única alternativa residencial y económica, ya que aproximadamente sólo el 20% se reinseran socialmente con facilidad y realizan trabajos que no son de gran responsabilidad y el 80% restante no pueden realizar un trabajo remunerado, dependiendo económicamente de sus familias o de las escasas ayudas sociales (Durante, P. y Noya, B., 1998).

Sin embargo, paradójicamente también la familia es quien llega a ser un factor áspero en el proceso de la enfermedad mental. Tal y como señalan Brown, Birley y Wing (citado en Durante, P. y Noya, B., 1998), ciertas familias pueden ser la principal fuente de patrones de interacción estresante y pueden conducir a la recaída, motivo por el cual estos autores incluyen a las familias en el entrenamiento, para así reducir los altos niveles de crítica, hostilidad y carga emocional.

Indudablemente la familia puede fungir, por un lado, como ayuda y apoyo y, por el otro, como malestar o conflicto; dependiendo de la dinámica de la relación familiar.

Framo (1976), Vaughn y Leff (1976), Satir (1978) y Miranda (1993), (citados en Durante, P., y Noya, B., 1998) señalan que las relaciones familiares son el sistema, almacén o soporte de los patrones conductuales, emocionales y de interacción que cada uno de los miembros del grupo familiar tiende a reproducir.

Sabemos que el enfermo mental va a afectar a la familia a la vez que la familia también va a afectar al enfermo mental. Así es que se experimentan sentimientos encontrados. La familia requiere pasar por una fase de entendimiento y aceptación de la enfermedad del familiar para que obtenga mejoras el paciente.

El estrés que experimenta la familia a menudo se manifiesta por frustración, expectativas poco realistas y las consecuentes críticas del comportamiento deficitario del enfermo. Otras veces tratan de compensar las deficiencias con conductas de sobreprotección y actitudes de sobre implicación emocional. Así se puede asumir que determinados atributos de la interacción familiar pueden tener efectos negativos mientras que otros pueden tener carácter protector (Montero et al., citado en Durante, P. y Noya, B., 1998).

En resumen, las actitudes de la familia hacia el paciente van desde la sobreprotección, hasta el abandono del enfermo pasando por las actitudes ambivalentes de justificar la conducta del enfermo precisamente por esa condición, por un lado, y, por otro, negar la enfermedad, enjuiciando las conductas como propositivas, con fines de agresión, por lo que definitivamente las actitudes de la familia influirán en mayor o menor medida en la evolución de la enfermedad.

Actualmente se considera a la familia un apoyo fundamental en la recuperación y rehabilitación del enfermo mental. Escalante (citado en García, E., 1996) señala que existe una real necesidad de que la familia del paciente se incluya en el proceso del tratamiento y rehabilitación del mismo para lograr originar en estos familiares una actitud responsable para la atención del paciente una vez que haya sucedido la alta, de igual modo que se promueva una adecuada re inserción al núcleo familiar y social al que pertenece.

Los problemas relacionados con actitudes o factores situacionales se consideran corregibles por medio de la información y la orientación. Por tanto, la información y la orientación se pueden implementar en cualquiera de los niveles de prevención, tratamiento y rehabilitación.

II.15 Actitud del Enfermo Mental ante la Enfermedad Mental

La enfermedad es una reacción del organismo frente a una situación para la cual son insuficientes sus medios de adaptación; el sólo hecho de padecer una enfermedad, es un factor importante para la vida emocional del paciente, la enfermedad y el sufrimiento tiene un sentimiento para él, son manifestaciones más o menos amenazantes a las que se subordinan los demás valores vitales.

La enfermedad afecta el equilibrio psicodinámico del enfermo en relación con su medio. Para el enfermo el criterio principal de enfermedad suele ser la incapacidad para responder a las exigencias del medio respecto a los demás, el

enfermo se diferencia del sano por su inactividad (Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1999).

La aparición de la enfermedad provoca un shock, nadie que esté sano lo espera, siempre se piensa que estas cosas sólo les suceden a los demás. El enfermo no puede enfrentarse con sus obligaciones sociales y profesionales, y crea una situación nueva que no o deja vivir como antes. La enfermedad obliga al enfermo a interrumpir sus actividades, debe retirarse de la competencia, de la circulación, soportar el sufrimiento y doblegarse a la existencia de los síntomas.

Es difícil aceptar emocionalmente la realidad de una alteración de la salud, sobre todo cuando es de cierta consideración. No es excepcional el individuo que se resiste consciente o inconsciente a la enfermedad, o que no la acepta, podríamos considerar que ésta es una respuesta natural.

Pero la resistencia a la enfermedad se manifiesta porque en principio de cuentas el paciente no acepta estar enfermo. Para un enfermo el hecho de tomar un medicamento constituye la confirmación de su enfermedad, esta resistencia es un problema serio que debe retener la atención de los terapeutas, frecuentemente se ven catástrofes debidas a la suspensión brusca e intempestiva el tratamiento. Los terapeutas pueden ser responsables de ello, ya que dejan a sus enfermos en ignorancia de algunos hechos, dan explicaciones insuficientes o utilizan un vocabulario técnico inadecuado (Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1999).

La patología impacta considerablemente la autopercepción del paciente, la imagen proyectada y sus probables consecuencias. El término "mental" ha conducido a un número de inferencias y prácticas desfavorables. Tal como Sarbin (citado en Gómez, R., 1989) lo señaló, clasificar a una persona como "enferma mental" ha llegado a ser un pretexto para someterla a aislamiento, segregación, encarcelación involuntaria, cirugía cerebral y otras diversas formas desagradables de tratamiento físico y psicológico.

Existe la tendencia a temer, evitar, rechazar, algunas veces compadecer, pero casi siempre a degradar a las personas diagnosticadas como "enfermas mentales". El proceso que convierte a una persona en un paciente mental lleva consigo potencialmente una autodevaluación. Ser clasificado y considerado un paciente mental, o incluso un ex paciente mental, impide en gran medida que el individuo pueda promover su autoestima o su aceptación social.

Scheff (Guinea, R., 2000) sostiene que cuando una persona ha sido clasificada públicamente como paciente mental, puede ser objeto de discriminación, si intenta reintegrarse a la comunidad, después de su recuperación. Entonces se establece una especie de círculo vicioso: cuanto más se compenetre el desviado social con el rol de enfermo mental, más es definido por los otros como tal, y cuanto más es definido por los otros como mentalmente enfermo, más entra en ese rol, y así sucesivamente. Una

característica importante de la hipótesis de Scheff sostiene que la conducta desviada es a menudo transitoria. La sociedad, al rotular esta conducta como patológica, y al aceptar el afectado este veredicto, estabiliza y fija la desviación.

La gravedad de la enfermedad determina fenómenos psicológicos importantes: a) el paciente que tiene consciencia de la gravedad de la enfermedad y de la amenaza que implica presenta en un principio un estado de angustia; b) cuando la ansiedad ha sido superada a menudo el precio es una negación y c) el paciente se deprime ante la perspectiva de una vida limitada con un sentimiento de impotencia fundamental.

Una de las situaciones más críticas que pueden darse en la enfermedad mental es la necesidad de internar al enfermo en un centro psiquiátrico en contra de su voluntad, lo que suele darse con frecuencia es que el paciente una vez dado de alta e incorporado a los dispositivos ambulatorios deje de tomar la medicación, casi siempre por falta de conciencia de enfermedad (Guinea, R., 2000).

Contrario a esto, el enfermo que solicita el servicio del profesional, pone en él su esperanza de curación, se constituye así la unidad entre el paciente y el terapeuta y la actitud de este último desempeñará un papel importante en la estructura de la reacción ante la enfermedad. Por la influencia del profesional, puede modificarse una reacción de miedo y adquirirse la certeza de poder dominar la enfermedad.

Es aquí donde el personal de salud mental debe participar en el proceso de aceptación y consciencia de la enfermedad por parte del paciente y de la familia, esto dará la pauta para intervenir y conseguir la adaptación del enfermo mental.

II.16 Rehabilitación Psicosocial

Se define, de acuerdo con Sarraceno y Bertolote (citado en Benassini, O. y Varela, C. 1999) como un proceso que busca mejorar las oportunidades de las personas discapacitadas, deterioradas y en desventaja por algún trastorno mental, para que sean capaces de alcanzar un nivel óptimo tanto de funcionamiento independiente como de calidad de vida en la comunidad, y mantenerlos. Implica dos distintos aspectos: por una parte mejorar las competencias de los enfermos, y por la otra, introducir modificaciones en el entorno para que éste les ofrezca la mejor calidad de vida posible.

Los expertos de la Organización Mundial de la Salud han señalado como objetivos primordiales de este proceso los siguientes:

1. Reducción de la sintomatología, mediante el empleo de farmacoterapia, tratamiento psicológicos e intervención social.

2. Reducción de la iatrogenia, mediante la atenuación y, de ser posible, la eliminación de las consecuencias físicas y de comportamiento de los métodos de tratamiento.

3. Mejoramiento de la competencia social, mediante el entrenamiento de habilidades sociales, estrategias para afrontar los posibles problemas y destrezas ocupacionales.

4. Reducción del estigma y discriminación.

5. Apoyo familiar.

6. Apoyo social.

Baca (1999) considera que para conseguir la integración del enfermo mental "es necesario que todos aprendamos el lenguaje en el que se expresa en todas sus formas y matices; hay que aprender el lenguaje propio del delirio, de la depresión, de la angustia, de los trastornos de la personalidad. Y no para instalarnos en ese lenguaje sino para ayudar eficazmente a los que están prisioneros del mismo a volver con nosotros, a reintegrarse en nuestro mundo".

La rehabilitación es un trabajo difícil que presenta constantemente dificultades:

- El aislamiento social, la falta de autonomía personal, las dificultades en las relaciones familiares, etc., son componentes sociales que acompañan al enfermo mental crónico y que necesitan abordarse específicamente en los programas y servicios.

- En los hospitales psiquiátricos el personal suele encontrarse demasiado ocupado como para registrar cualquier cosa (observación), excepto los actos de desobediencia.

- Hay pocas probabilidades de que en los hospitales psiquiátricos se aplique un tratamiento específico para cada alteración. Si existe tratamiento tiende más bien a consistir en un ciclo de terapias que se administran a una promoción de pacientes recién ingresados, aumentándoles la dosificación para ver si existen contraindicaciones, más bien que para conocer las indicaciones posibles del tratamiento.

- La vida del paciente se regula y ordena conforme a un régimen de disciplina elaborado para que un personal reducido maneje a una gran cantidad de internos involuntarios, gran parte de este personal no cuenta con la capacitación adecuada para tratarlos.

La rehabilitación es un trabajo para el cual es necesario la intervención de un equipo interdisciplinario, en donde, como menciona el Dr. Valencia (citado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1999) "la comunicación entre los miembros del equipo sea la regla fundamental y sirva como base de un trabajo eficiente", y añade "para lo cual será necesario la especificación de los roles que cada miembro deba desempeñar de manera que se pueda promover el mejor servicio posible".

Si queremos lograr la rehabilitación debemos partir de la concepción de que los "diferentes" no deben ser segregados, sino que cada persona es importante en su individualidad; tiene que ser aceptada y apoyada para conseguir el máximo en su autonomía personal y en su integración social.

II.17 Investigaciones sobre Enfermedad Mental

Se recopilaron una serie de investigaciones con respecto a la enfermedad mental, los objetivos y el grupo de estudio varía considerablemente. Sin embargo, es de importancia describirlas pues los resultados revelados nos permiten entender este complejo tema.

Específicamente en nuestro país, existe poca información sobre el tema en cuestión, y la mayoría de las investigaciones se centran en aspectos como las opiniones, las actitudes y los conocimientos de la población en torno a la enfermedad mental.

En el estudio realizado por Natera y Casco se evaluó la actitud hacia la enfermedad mental en dos grupos de la población general con diferentes niveles socioeconómicos; encontraron que algunas variables socio demográficas están relacionadas con las actitudes hacia la enfermedad mental, de la siguiente manera: a más educación, más positivas y a más edad, más rechazo de los enfermos.

Los resultados reportados en tomo a las actitudes son muy heterogéneos, ya que mientras algunos autores han detectado actitudes positivas otros enseñan un predominio de actitudes negativas y persistencia del rechazo al enfermo mental. Las actitudes tienden a ser contradictorias, muestran inconsistencia y tendencia a estereotipar (Del Gaudio y cols., 1976). Las actitudes negativas suelen estar basadas en el temor (Nunnally, 1957) mostrando más rechazo que aceptación del enfermo mental, en relación con las características de agresividad, impredecibilidad e irresponsabilidad que se le atribuyen. Lemkau y Crocetti (1962) y Rootman y Lafavae (1969) encontraron que las actitudes populares hacia la enfermedad mental y el enfermo mental se han ido modificando con el transcurso del tiempo, en un sentido positivo (citados en García, S., 1998).

Los estudios orientados a determinar las intenciones conductuales con respecto a la enfermedad y los enfermos mentales son muy escasos. Destaca particularmente el reportado por Hertz y Shemberg (1985, citado en García, S., 1998), quienes investigaron las creencias, actitudes e intenciones en escolares de quinto y sexto grado de primaria, encontrando que los niños manifiestan actitudes positivas pero éstas no se reflejan en intenciones conductuales

Por su parte, Trute y cols. (1989), quienes estudiaron el rechazo social al enfermo mental, reportan que persiste el rechazo, asociado con las

experiencias personales que lo disminuyen. Conforme mayores experiencias personales se da más aceptación. En esta misma dirección Gove (1982) en un estudio relacionado con la teoría de la etiquetación destaca que quienes han tenido contacto con los enfermos mentales los rechazan menos (citados en García, S., 1998).

Finalmente, en relación con esta variable, Reda (1996) investigó en Inglaterra las actitudes hacia los enfermos mentales en una comunidad donde se instaló un servicio psiquiátrico comunitario, y encontró que éstas se mantuvieron negativas después de que se instalaron en el vecindario los enfermos mentales.

Es importante destacar que algunos estudios confirman la existencia de una correlación directa entre las actitudes positivas y la cantidad de información que se tiene; Fracchia y cols. (1975, 1976), mediante el método experimental, determinaron el efecto de la información sobre la percepción que tiene la comunidad de los ex pacientes mentales; encontraron que a mayor información la percepción es más favorable.

En sentido opuesto, Trute y cols. (1989) estudiaron el rechazo social del enfermo mental en Canadá y reportaron que aunque la población está cada vez más informada, las actitudes siguen siendo negativas. En esta dirección, estudios más recientes han encontrado que aunque hay más información, persiste un importante rechazo hacia los enfermos mentales (Angermeyr y Matschinger, 1996).

Nunnally (1957) realizó una investigación acerca del tipo de información tiene la población sobre los problemas de la salud mental, limitándose al área de los trastornos mentales serios como psiconeurosis y conductas en deficientes mentales. Los resultados mostraron que si bien el hombre común no estaba mal informado era ignorante respecto a la realidad de la enfermedad mental, su conocimiento no estaba estructurado y era expresado tentativamente, sin mucha seguridad. En otra parte de la investigación apareció una leve tendencia de las mujeres como grupo, a rechazar los trastornos orgánicos como causa de la enfermedad mental y a considerara como tales las influencias del medio externo inmediato. Este fenómeno se invierte cuando se considera a los hombres como grupo (Gutiérrez, E. y Pozos, P., 1983).

Así mismo, encontró que la gente que tiene más años de estudio, rechaza las creencias de que el enfermo tiene una diferente actuación y apariencia, que la causa de la enfermedad mental es la falta de fuerza de voluntad y que las personas de edad avanzada con los mismos años de estudio tienen diferentes opiniones acerca de los problemas de la salud mental (Gutiérrez, E. y Pozos, P., 1983).

Nunnally (1961) halló que el enfermo mental es percibido por la gente como un ser inútil, indecente, insensible, peligroso, impredecible y embustero, el

investigador sugiere que esta actitud negativa puede derivarse de los sentimientos de la población respecto a la imposibilidad de predecir la conducta del enfermo mental y que por tanto la juzga con disgusto, temor y desconfianza (citado en Gutiérrez, E., y Pozos, P., 1983).

Kohrenwend y Chin – Shong (1967), en una muestra en la ciudad de Nueva York, hallaron que en los niveles bajos de clase social había una mayor intolerancia hacia la conducta desviada. Los sujetos de clase baja, si bien tendían a ignorar la patología de una conducta, la consideraban como un comportamiento antisocial grave (citado en Gutiérrez, E. y Pozos, P., 1983).

García (1998) en su tesis El sistema de actitudes en relación con la enfermedad mental: un modelo descriptivo de su formación y consecuencias; encontró que las creencias e intenciones conductuales de los sujetos son predominantemente positivas y, que esta tendencia se incrementa conforme menor es la edad y mayor es la escolaridad y jerarquía ocupacionales. Así mismo, se observan actitudes más positivas por parte de quienes han tenido experiencias directas con enfermos mentales.

Con relación a los estereotipos, Schindler (1987) plantea que existen estereotipos específicos, que ubican al psicólogo como aquel que entiende los problemas sencillos mediante la aplicación de pruebas y la psicoterapia y al psiquiatra como encargado de los problemas más graves, que se manejan administrando drogas psicotrópicas (García, S., 1998).

Gutiérrez, E. y Pozos, P. (1983) estudian las actitudes de la comunidad hacia la enfermedad mental y hacia el rol del psicólogo, encontrando una marcada actitud restrictiva hacia el enfermo mental, no se le ve con agrado guardando distancia social, la enfermedad mental, dicen, tiende a repeler a la mayor parte de la gente al mismo tiempo que se estigmatiza a las personas con este tipo de padecimientos.

Tres años más tarde, 1986, González (citado en García, E., 1996) lleva a cabo el estudio de la actitud hacia la enfermedad mental en una población no comprometida con la salud mental, concluye que el sexo es un factor determinante en el establecimiento de una actitud y encontró en su muestra que existía una actitud favorable hacia la enfermedad mental.

García, E. (1996), en su tesis importancia de la intervención psicológica sobre las actitudes hacia la enfermedad mental en familiares de pacientes psiquiátricos encontró diferencias en los grupos estudiados; el grupo que no tuvo intervención mostró una actitud favorable (el sujeto se muestra benévolo, comprensivo y tolerante para con su paciente encubriendo o negando de esta manera la hostilidad e irritabilidad que la causa interactuar con él) mientras que en el grupo sin intervención se observa una actitud neutral. Es decir, la permisividad de expresión de los afectos es menor en los sujetos que no han tenido una intervención psicológica que en los que ya la tuvieron o la tienen.

A continuación se presenta el estudio de De la Cruz, U., Gómez, V. y Suaste, G. (1990), quienes concentran su interés más allá de la actitud, es decir, en la representación social, no olvidando que la actitud, la información y el campo representacional son los componentes. Investigaron la representación social de la enfermedad mental en cuatro grupos de profesionales de la salud mental encontrando que la representación social difiere básicamente en cuanto al grado de focalización en los diversos aspectos (biológico o psicológico). La actitud se orienta más al polo negativo y con respecto al campo de representación no se encuentra una diferencia importante.

La mayoría de las investigaciones presentadas se enfocan en la actitud de la sociedad con respecto a la enfermedad mental, considerando diversas variables como son la edad, el nivel socioeconómico, el nivel cultural, el personal de la salud mental y el nivel de información principalmente. Son escasas las investigaciones con la gente que está relacionada directamente con el trastornado mental como es el caso de la familia y el propio enfermo.

CAPÍTULO III. MÉTODO

III.1 Justificación

La existencia de diversas conceptualizaciones de la enfermedad mental, entre las que destacan las que proceden de la salud mental, las derivadas de las prácticas de la salud tradicional y, finalmente, los conceptos populares, permean hoy en día las capas de la población.

Sin embargo, sabemos que la percepción de un mal físico o psicológico está íntimamente ligado a factores sociales y culturales, es decir, existe una representación social de la enfermedad. Esta condición es mucho más palpable en el caso de la enfermedad mental, cuya definición aún no ha sido bien precisada.

Lagarriga (1994) nota que a lo largo de la historia las concepciones de la enfermedad mental han admitido distintos orígenes para los trastornos psicológicos que van desde considerarlos resultado de la acción demoníaca, reacción a circunstancias sociales para las que el individuo no tiene respuestas apropiadas, producto de experiencias en la infancia, alteración de mecanismos bioquímicos del cerebro e incluso se ha considerado que la enfermedad mental es un mito.

Lo que es evidente es que para delimitar de una manera más precisa las concepciones acerca del carácter normal o patológico de una conducta es necesario investigar la representación social que han construido de la enfermedad mental.

Aunado a la imperiosa necesidad en el campo de la salud mental de implementar programas de prevención, atención y tratamiento del enfermo mental; que mejor que partir de la representación social de la enfermedad mental para el diseño e intervención.

El tema de la enfermedad mental debería ser percibido como parte de nuestra vida cotidiana, de nuestra realidad; la mayoría de las personas, sino es que todos, tenemos conocimiento directa o indirectamente de la enfermedad y del enfermo mental, los medio de divulgación se han encargado de difundir la figura del loco, empleamos con tanta frecuencia en las conversaciones el término "loco" para designar a aquella persona cuya conducta no concuerda con la del resto, etc., e incluso en cualquier momento alguno de nosotros puede atravesar esa delgada línea que separa a la cordura de la locura. Ante tales situaciones debería existir mayor reconocimiento, aceptación, interés e importancia del tema en cuestión.

En México, por un lado, la mayoría de las investigaciones que desde el campo de la Psicología Social se han realizado sobre la enfermedad mental giran en torno a las actitudes; mientras que el campo de la representación

social ha sido poco estudiado y algunos de los trabajos elaborados se han hecho en la población en general, en profesionales de la salud mental y en familias de enfermos mentales y, por otro lado, son escasos los estudios con pacientes hospitalizados y los trabajos con pacientes psiquiátricos son todavía menos.

Por consiguiente, es de gran relevancia conocer la representación social de aquellos individuos que pertenecen a un sector de la población que sufren un mal mental y quienes además han delinquido y por ello se hallan en una institución de tipo carcelaria.

La investigación podrá brindar un panorama de los conceptos sobre la enfermedad mental que servirá al personal de la salud mental del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial en la comprensión de algunos comportamientos y creencias de sus pacientes, es decir, es importante e imprescindible que el personal de salud conozca los esquemas de pensamiento y la forma en que construyen y conocen su realidad sus pacientes, los valore, los utilice y de ser necesario demuestren lo infundado de ciertas ideas, pero en una forma respetuosa y sin romper con los esquemas propios de un individuo que pertenece a un grupo social y que no necesariamente comparte los conceptos más elaborados y abstractos de la ciencia.

Por otro lado, el estudio sistemático y estructurado de los conocimientos, creencias y actitudes del paciente portador de una enfermedad mental respecto de su padecimiento, sus causas y los recursos para su tratamiento son de fundamental importancia para el diseño e implementación eficaz de programas de prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades mentales.

Es importante reconocer que los elementos y contenidos representacionales que tienen los internos - pacientes de la enfermedad mental influyen en su proceso de rehabilitación. "...Pues se ha comprobado en diversas áreas de la salud pública que el éxito de los programas comunitarios depende en gran parte de la actitud o disposición de la gente a cooperar con las autoridades de salud pública y con los profesionales que se ocupan de ésta ..." (García, S., 1993).

Permitirán los resultados conocer el nivel de información con respecto al tema en cuestión. A este respecto Nunnally (citado en García, S., 1993) considera que las actitudes negativas hacia el enfermo mental derivan más de una carencia de información sobre la enfermedad mental que del conocimiento existente o de una información incorrecta o inadecuada.

III.2 Planteamiento del Problema

En el presente estudio se parte de la idea de que el contexto social en que se encuentran los grupos sociales de una u otra manera incide y repercute en la representación social. Así en el grupo aquí analizado existen relaciones y factores que influyen en la constitución y contenido de la representación social

que tienen de la enfermedad mental por lo cual se plantea como pregunta de investigación ¿Cuál es la representación social que han construido los interno – pacientes inimputables y psiquiátricos del CE. VA. RE. PSI. con respecto a la enfermedad mental?

III.3 Objetivo General

Indagar la Representación Social que han construido los interno - pacientes del CE. VA. RE. PSI. (inimputables y psiquiátricos) con respecto a la enfermedad mental.

III.4 Objetivos Específicos

- ψ Conocer lo que el enfermo mental sabe o cree acerca de la definición, causas, síntomas y signos, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, atención y asistencia, importancia social y actitudes con relación a la enfermedad mental.
- ψ Conocer la representación social por medio del discurso o argumento proporcionado por el interno - paciente.
- ψ Determinar las características que tienen en común los interno - pacientes (a través del expediente) con respecto a su situación personal y jurídica.
- ψ Observar las posibles diferencias según la clasificación jurídica de los internos: inimputables y psiquiátricos. Pues aunque ambos grupos comparten las consignas ser "enfermos mentales y delincuentes" los elementos de la representación social pueden diferir.
- ψ Una vez concluida la investigación se darán a conocer los resultados a las autoridades correspondientes con el fin de que tengan conocimiento de cuál es la representación social de la enfermedad mental que han construido los interno – pacientes en proceso de readaptación y de esta manera poder contribuir en la eficacia de la rehabilitación, mejorar su calidad de vida y, por tanto, lograr su posterior reinserción al mundo social.

III.5 Supuesto

En la presente investigación no se postula hipótesis alguna ya que es un trabajo no experimental y se pueden eliminar las explicaciones, pues no trato de establecer relaciones entre las variables y, por ende, no hay manipulación de variable independiente.

Coolican (1990), establece que "En un experimento podemos eliminar las explicaciones alternativas de un efecto si controlamos las variables. Incluso en donde no tenemos un nivel experimental de control, podemos eliminar posibles explicaciones..."

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

No obstante, considerando las condiciones en las que se hallan inmersos los interno - pacientes, parto del supuesto de que la representación social que tienen de la enfermedad mental se basa en un conjunto de conocimientos, experiencias y creencias determinados por su historia como son la clasificación jurídica, la psicopatología y la historia psiquiátrica. Puesto que se construye a partir de las experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social (Jodelet, 1986, citado en Ibáñez, 1988).

III.6 Variables

a) **Variable orgánsmica:** Interno - pacientes inimputables y psiquiátricos.

“La variable orgánsmica es una dimensión o característica de los organismos (...) el investigador no manipula las condiciones de las variables como sí ocurre en el caso de las variables independientes. La manipulación de las condiciones del tratamiento impone un estado o atributo del organismo (...) el investigador simplemente selecciona las variables respectivas (...) La mayor diferencia en la utilización de las variables independientes y orgánsmicas radica por lo general en que se pueden establecer inferencias causales respecto de la influencia de las variables independientes, pero no respecto de las variables orgánsmicas...” (Zinser, O, 1987).

b) **Variable dependiente:** Representación social de la enfermedad mental.

III.7 Población

Interno - pacientes varones del CE. VA. RE. PSI. en cuanto a sus características se pueden dividir en dos:

III.7.1 Desde el aspecto jurídico

- **Inimputables:** son interno - pacientes que al ser portadores de una patología psiquiátrica cuando cometen el ilícito o delito el juez determina que no tiene la capacidad de querer y entender, a estos interno-pacientes no se les determina una sentencia sino una medida de seguridad, que tiene como propósito internarlos para que reciban tratamiento psiquiátrico. Luna, R. (1995) define la imputabilidad como la capacidad del sujeto para conocer el carácter ilícito del hecho y determinarse espontáneamente conforme a esa comprensión, la inimputabilidad supone, consecuentemente, la ausencia de dicha capacidad y por ello la incapacidad para conocer la ilicitud del hecho, o bien para determinarse en forma espontánea conforme a esa comprensión.

- **Psiquiátricos:** son interno - pacientes que durante su reclusión presentan un cuadro psicopatológico y son canalizados a este centro para su atención, una vez remitida o estabilizada su patología regresan a su centro de origen. A estos se les había prescrito ya una sentencia.

III.7.2 Desde su psicopatología y perfil de personalidad

◦ Dentro de los inimputables:

A) La mayoría presentan un trastorno mental y del comportamiento secundario a uso y abuso de drogas.

B) Algunos poseen esquizofrenia en sus diferentes formas, siendo la más frecuente la paranoide.

C) El resto de la población manifiestan cuadros como son: retraso mental, crisis convulsivas (epilepsias), farmacodependencia múltiple, demencias y traumatismos craneoencefálicos.

◦ Dentro de los psiquiátricos

A) La mayoría son cuadros psicóticos presentando un deterioro cognoscitivo, síntomas como alucinaciones o delirios, dificultad para seguir instrucciones, para socializarse y para establecer adecuadas relaciones interpersonales.

III.8 Muestra

De acuerdo a Hernández (1998), es una muestra no probabilística o dirigida ya que supone un procedimiento de "selección informal y un poco arbitrario. Específicamente es un muestreo de tipo accidental.

La muestra estuvo constituida por 9 interno-pacientes varones, 7 inimputables y 2 psiquiátricos, considerados funcionales y que no presentaron en el momento del estudio un episodio psicótico o cualquier tipo de alteración que dificultara o impidiera el proceso de entrevista, cuyo rango de edad es de 22 a 60 años.

El tamaño de la muestra se debe a que cada participante fue estudiado intensivamente con las técnicas del grupo focal y la entrevista a profundidad con la finalidad de obtener información confiable y profundizar en los indicadores de la representación social; esto hubiera sido imposible en una muestra grande.

Por otro lado, expone Valles (1992), que los tamaños muestrales en los estudios cualitativos son necesariamente pequeños, y esto por una razón: no se pretende una representación estadística derivada de la aplicación de métodos de muestreo probabilístico. Resulta suficiente un número de sujetos que permita tanto descubrir y abarcar la gama de comportamientos y actitudes estudiadas, como la comparación de subgrupos.

III.9 Tipo de Estudio

Es una investigación no experimental, ya que no hay manipulación deliberada de las variables, justamente lo que hacemos es observar los fenómenos tal y como se presentan en su contexto natural para después analizarlos, o como señala Kerlinger (1991) "La investigación no experimental o ex post-facto es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o las condiciones".

Es un estudio de campo se efectuó en una situación real. "Se trata de descubrir las relaciones e interacciones entre variables sociológicas, psicológicas y educativas en estructuras sociales reales (...) que se llevan a cabo en situaciones de la vida como comunidades, escuelas, fábricas, organizaciones e instituciones" (Kerlinger, 1991).

Específicamente, es un estudio exploratorio ya que el objetivo es examinar un tema de investigación poco estudiado "la representación social de la enfermedad mental".

Por otro lado, es un estudio transversal ya que la intervención tuvo lugar en el mismo momento, ofreciendo las ventajas de ser un estudio relativamente barato y el tiempo invertido es menor que en un estudio longitudinal.

III.10 Instrumentos

III.10.1 Grupo focal

Es un tipo especial de grupo en términos del propósito, tamaño, composición y procedimiento. Esta típicamente compuesto de 7 a 10 participantes, quienes son seleccionados porque tienen en común ciertas características que los relacionan con el tópico (...) el grupo focal crea diferentes percepciones y puntos de vista, sin presionar a los participantes a votar, planear o llegar a un consenso (Krueger, R., 1994).

La discusión grupal es conducida varias veces con participantes similares para identificar tendencias y modelos en la percepción. Un análisis cuidadoso y sistemático de las discusiones provee indicios e ideas acerca de cómo un producto, servicio u oportunidad es percibido.

Concuerda, Coolican (1990) con la concepción de Krueger con respecto al grupo focal al decir que "... la idea es reunir a un grupo de individuos con un interés en común y dirigir una forma de entrevista colectiva. La discusión entre los miembros puede provocar un intercambio de puntos de vista así como revelaciones e introspecciones que son menos propensos a salir a la superficie durante una entrevista uno a uno..."

El grupo focal debe llevarse a cabo en un ambiente adecuado y agradable con el fin de que los participantes se sientan en confianza y compartan sus

ideas y percepciones. Es importante ya que los miembros del grupo influyen mutuamente en las reacciones, ideas y comentarios hechos en la discusión.

Krueger (1994) establece seis características que distinguen al grupo focal de otros grupos:

1. **Personas:** Idealmente de 6 a 9 personas lo componen, aunque el rango es de 4 hasta 12. No obstante, debe considerarse el hecho de que el número de participantes les de la posibilidad, a todos y a cada uno de ellos, de compartir sus ideas y debe ser suficiente el número para proveer una diversidad de percepciones.
2. **Serie de grupos:** Es conducido en series, es decir, es necesario múltiples grupos con participantes similares para detectar patrones y tendencias.
3. **Homogeneidad:** Los integrantes del grupo tienen como común denominador ciertas características.
4. **Datos de interés:** Proveen resultados de interés y relevancia que guían los planes del investigador y le ayudarán a tomar decisiones acerca de las acciones a tomar.
5. **Naturaleza cualitativa:** El grupo focal produce datos cualitativos (actitudes, percepciones y opiniones).
6. **Discusión focal:** Los tópicos a discutir son cuidadosamente predeterminados y secuenciales, basados en un análisis de la situación.

La selección de esta técnica radicó en que:

a) Los individuos como miembros de un grupo social y en constante interacción comparten elementos representacionales, lo que les permite construir su realidad social de forma que la comunicación con los demás aparece en un marco de sentido.

b) Proporciona una conciencia de identidad y pertenencia grupal.

c) Si algunos tienden a participar y expresar en menor medida sus argumentos por diversas circunstancias (vergüenza, inseguridad, temor, etc.) esto se verá menguado al escuchar los comentarios y argumentos del resto. Por ende, el trabajo grupal da la pauta para que expresen verbalmente sus percepciones, opiniones, ideas, etc., que finalmente son compartidas, hasta cierto grado.

d) Permite observar la interacción entre los participantes alrededor de un tema específico en un período de tiempo ilimitado.

e) Provee una evidencia directa acerca de similitudes y diferencias en la opiniones y experiencias de los participantes.

f) Produce una cantidad concentrada de datos precisos en el tema de interés, dando la oportunidad de reportar una amplia gama de tópicos.

g) El costo de la intervención es relativamente bajo, al igual que el tiempo invertido.

El grupo focal estuvo conformado por 9 interno - pacientes que presentan algún trastorno mental y se encuentran reclusos en el Centro Varonil de

Rehabilitación Psicosocial porque han delinquirido y están en proceso de rehabilitación.

Por otro lado, el grupo focal en series puede ser influido por factores externos e internos que causan resultados extraordinarios en uno u otro grupo afectando finalmente las comparaciones, razón por lo cual se empleó el grupo focal en una serie.

Morgan (1997) en su obra presenta al grupo focal como un método y técnica de investigación autónoma o que puede ser usado en conjunción con otros métodos. Seguí esta última línea de investigación, pues aparte del grupo focal se hizo uso de la entrevista.

III.10.2 Entrevista en profundidad.

En el estudio del comportamiento humano, tanto en la vertiente psicológica como social, la entrevista constituye una de las técnicas generales que mayor uso y desarrollo ha tenido. Con respecto a las técnicas empleadas en los estudios de campo de la representación social para el acopio de material discursivo la entrevista es una técnica de gran utilidad y relevancia por lo que se empleó para este estudio la entrevista a profundidad.

Es un método de investigación cualitativo, por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (Taylor, S. y Bogdam, R., 1987).

Ésta técnica se seleccionó debido a que ofrece las ventajas:

a) El entrevistado no se presenta como portador de su propio discurso, la información la expresa no de una forma personal o individualizada, sino más bien es el discurso de su grupo social, es decir, permite conocer el universo representacional de la población y no simplemente las reacciones que pudieran generar preguntas con cuestionarios estructurados.

b) Proporciona la mayor información relevante y válida que sea posible.

c) Permitirá corroborar y complementar la información recabada en el grupo focal.

El número total de entrevistas a realizar viene determinado por el proceso de saturación, en el que el investigador va ganando información con cada nueva entrevista, hasta que completa su comprensión del fenómeno y la información siguiente comienza a ser redundante (Valles, M., 1992).

El número de encuentros y el tiempo de entrevista con cada participante varió un poco dependiendo de la obtención de la información requerida, en promedio se emplearon tres horas.

III.10.3 Material

-Índice temático y guión de entrevista, abordan diversos aspectos de la enfermedad mental considerando los lineamientos generales de la teoría de la representación social y el fenómeno de la enfermedad mental (Ver anexo 1).

- Grabadora
- Cassettes necesarios para grabar las sesiones y las entrevistas
- Hojas blancas
- Formatos de registro observacional
- Lápices
- Bolígrafos
- Expedientes

III.11 Escenario

El lugar en donde se efectuó el estudio fue el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial, anexo del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, dependiente de la Dirección General de Reclusorios y Centros de Readaptación Social del D. F., ubicado en circuito Martínez de Castro s/n esquina con Javier Piña y Palacios pueblo de San Mateo Xalpa. Cuya función, como su nombre lo indica, es la rehabilitación de los internos - pacientes que hayan cometido un delito y que jurídicamente se determine su situación de inimputabilidad, ya sean procesados o sentenciados; buscando mejorar la calidad de vida de los mismos y su reinserción en la sociedad a través de una atención interdisciplinaria.

Particularmente, las actividades tuvieron lugar en un salón del centro escolar y en un cubículo asignado para la realización de las entrevistas.

III.12 Procedimiento

PASO 1: Se obtuvo la autorización necesaria para el acceso a la institución y la realización de la investigación en cuestión.

PASO 2: Conformación de la muestra.

Se observó e interactuó con la población del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial con el fin de elegir a los candidatos idóneos. Posteriormente se les invitó personalmente a asistir y de acuerdo con la selección y disposición de los interesados se enlistaron los nombres de los internos - pacientes que conformaron la muestra. Cabe señalar que se había interactuado con la población por espacio de casi un año anterior a la realización de esta investigación lo que facilitó la fase de interacción, rapport y selección de la muestra.

PASO 3: Obtención de información indirecta.

Revisión del expediente psicológico, psiquiátrico y jurídico de cada uno de los candidatos a participar esto con el fin de conocer los antecedentes. Registrando los siguientes datos:

- a) Ficha de identificación
- b) Historia personal
- c) Aspecto jurídico (delito, primer delito o reincidente, clasificación jurídica, sentencia o medida de seguridad, centro de procedencia, fecha de ingreso y fecha de extenuación).
- d) Área médica (diagnóstico de la institución, tratamiento y evolución).

PASO 4: Obtención de información directa.

En esta fase tuvo lugar el grupo focal, el cual se manejó a manera de grupo de discusión con una guía temática a seguir y un número de cuatro sesiones, con una duración de dos y media horas aproximadamente cada una, con la finalidad de obtener la mayor información posible con respecto a la enfermedad mental.

Una vez reunidos los participantes en el salón se acomodaron en las sillas que estaban colocadas en círculo, se les proporcionó una tarjeta con su nombre con el fin de identificarlos y dirigimos a ellos adecuadamente; se les dio la bienvenida y se agradeció su asistencia.

El equipo de trabajo se presentó. Una persona fungió como moderadora y dos más como observadoras, las últimas registraron la dinámica del grupo, las intervenciones y los comentarios realizados.

Se explicaron los objetivos del grupo de discusión, se les solicitó autorización para grabar las sesiones y se hizo una introducción del tema elegido justificando la importancia del mismo. Fue necesario explicar la dinámica a seguir durante los encuentros.

Posteriormente se entrevistó a profundidad a los 9 internos – pacientes que participaron en el grupo focal, el número de entrevistas para cada asistente se determinó por el proceso de saturación.

Una vez realizada la transcripción de las sesiones del grupo focal y de las entrevistas se sometió la información a un análisis de contenido.

III.13 Análisis de Resultados

Para analizar los resultados se recurrió a la técnica de análisis de contenido, una razón que sustenta el empleo de este tipo de análisis es el hecho de que "es una técnica de gran utilidad para el estudio de los procesos de influencia social (ya sea de influencia de los medios de comunicación, de masas, de personas relevantes, etc) y, por tanto, en temáticas tales como la comunicación, las actitudes, la publicidad, etc." (Ruíz, J. I. y Espinoza, M. A., 1989).

En la presente investigación no se plantean cuestiones de prueba de hipótesis ni tampoco problemas de inferencias porque el interés de la investigación se centra en el contenido, el objetivo principal es entonces la descripción de ese contenido, de su fondo o de su forma, es decir, determinar de forma no obstrusiva lo que connotan sus mensajes, su contenido, las intenciones, deseos y actitudes que se manifiestan.

Por lo general las investigaciones en las que el objetivo principal es la descripción son las investigaciones de carácter exploratorio y las investigaciones de índole histórico (García, F., 1986).

De acuerdo con la definición clásica de Berelson, el análisis de contenido puede entenderse como una técnica para estudiar y analizar la comunicación de una manera objetiva, sistemática y cuantitativa (citado en Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L., 1998).

Krippendorff extiende la definición a una "técnica de investigación para hacer inferencias válidas y confiables de datos con respecto a su contexto" (García, F., 1986; Ruiz, J. I. y Espinoza, M. A., 1989).

A manera de resumen se define el análisis de contenido como (Clemente y Santalla en Clemente M. 1992) "una técnica de recogida de información, que debe reunir todos los requisitos científicos necesarios como técnicas de medida, más los que se refieren a un sistema de creación de categorías que, empleado dentro del esquema general de una investigación, obtiene información numérica y cuantificable a través del contenido manifiesto de un documento, con lo que permite descubrir aspectos del mismo que no figuran en él de manera directa, evitando el problema de la obstrusividad, y que es de gran ayuda para el estudio de todos aquellos procesos en los que está implícita la influencia social".

El análisis de contenido puede ser aplicado a cualquier forma de comunicación, en este caso se analizó el contenido del discurso o argumento. Efectuado por medio de la codificación, que es el proceso por el cual las características relevantes del contenido del argumento son transformadas a unidades que permitan su descripción y análisis preciso. Para poder codificar fue necesario definir el universo, las unidades de análisis y las categorías de análisis.

a) El universo son los discursos pronunciados por los internos - pacientes.

b) Las unidades de análisis constituyen de acuerdo con Hernández et al., (1998) segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados para ubicarlos dentro de las categorías. La unidad de análisis empleada es el tema, el cual se definió como una oración o un enunciado respecto a algo. Hacer un análisis temático consiste en localizar

los "núcleos de sentido" que componen la comunicación, y cuya presencia o frecuencia de aparición pueden significar algo para el objetivo analítico elegido, de acuerdo con Clemente, M. (1992).

c) Las categorías son los niveles donde se caracterizarán las unidades de análisis bajo un título genérico en razón de los caracteres comunes a estos elementos.

Considerando las categorías propuestas por Krippendorff (citado en Hernández, R., et al 1988) se definen a continuación las de "asunto o tópico" que se refieren a cuál es el asunto, tópico o tema tratado en el contenido (¿De qué trata el argumento?).

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

En el presente capítulo se ofrece la descripción de los resultados obtenidos al analizar el contenido de los argumentos manifestados en las sesiones del grupo focal y en las entrevistas.

El criterio para definir las categorías consistió en que por lo menos el 50% de la muestra hiciera referencia a ésta, ya que se trata de conocer la representación de la muestra y no puntos de vista u opiniones. Podría considerarse que el 50% no es un porcentaje representativo; sin embargo, cabe aclarar que se determinó contemplando que no todos los participantes hicieron alusión a los mismos indicadores, por tanto la frecuencia de las categorías varió un poco.

En otras categorías se percibe la intervención del 100% de los integrantes, alcanzando porcentajes más altos; los indicadores en algunos casos no siguen la misma dirección. Conforme se presenten los resultados se precisará el porcentaje de cada categoría y la frecuencia de los indicadores que la conforman.

Para facilitar la comprensión de los resultados, se expondrán las categorías por medio de esquemas en los que es más factible observar los elementos compartidos. A cada uno de los indicadores se le asignó un número, que aparece entre paréntesis, el cual va en orden decreciente, que indica la frecuencia. El número y la frecuencia son inversamente proporcionales, es decir, el número uno corresponde al indicador con la frecuencia más alta y, por otro lado, el número mayor corresponderá al indicador con menor frecuencia.

Cabe mencionar que en algunos esquemas se incorporaron indicadores que no cumplen con el criterio (50%), pero que proveen datos interesantes junto con otros componentes de la categoría; con el fin de retomarse en el siguiente capítulo, discusión y conclusiones.

A continuación se despliegan las categorías definidas adjuntando parte de los argumentos expuestos por los partícipes, información notable que constituye un aspecto central en la representación social.

La primera categoría propuesta corresponde a la DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD MENTAL, se incluyen todas aquellas respuestas que definen a la enfermedad mental como la incapacidad para poderse adaptar al entorno ambiental, hay una pérdida del contacto con la realidad; el trastorno mental se caracteriza por alteraciones a nivel cerebral y cambios en el ramo de la conducta y la cognición.

Los internos expresaron con respecto a la enfermedad mental que:

"el loco no está de acuerdo a la realidad, él está perdido, el individuo no capta lo que le rodea. .."

"...empiezan a hacer que uno salga de la realidad porque ya no acepta la realidad que está viviendo... ya no viven igual"

"es un trastorno de la mente en donde se pierde el contacto con la realidad... pierden algunas de sus facultades mentales..."

"... algo afectado en la cabeza, un desajuste del cerebro, una variación psicológica y mental... caminan muy lento...son sucios..."

"...una atrofia de las facultades mentales... es un desequilibrio emocional, no se canalizan las emociones adecuadamente..."

"...es una cuestión de carácter orgánico y psicológico... todo lo que hace un enfermo mental no es consciente, pierde el autocontrol..."

"...se les borra la cinta, está enfermo de sus actos, no razona y no tiene consciencia, presentan daño de sus facultades mentales... están confundidos..."

"...es gente que ya no puede tener una vida normal a pesar de que recibe chochos para bajarle la enfermedad..."

El 100% manifestó indicadores relacionados con esta categoría y se distribuyen de la siguiente manera: el 77.7% refiere que la enfermedad mental es la dificultad, e incluso, la pérdida de la capacidad de adaptación al medio ambiente; el mismo porcentaje señala que el enfermo mental no comparte la realidad con el resto de la gente, crea su propia realidad resultándole absurda a la gente circundante. Los cambios que caracterizan el trastorno mental son: a nivel cognitivo (77.7%), es decir, en el pensamiento, memoria, consciencia, etc.; nivel orgánico (66.6%), en el sistema nervioso central y, por último, el 55.5% alude a las modificaciones conductuales como son, incoordinación del lenguaje, movimientos corporales lentos, descuido de la higiene personal, entre otros. (Ver figura 1)

En esta categoría, nombrada SIGNOS Y SÍNTOMAS, se presentan con más precisión las características e indicios (signos y síntomas) que señalan la presencia de alguna enfermedad mental (agresividad, ríen solos, alucinaciones, delirios, se enojan con facilidad, susceptibilidad, soliloquios, lenguaje incoherente, movimientos corporales incoordinados, confusión, pérdida del autocontrol y la consciencia, dificultad para memorizar y aprender, etc.).

La muestra en su totalidad apuntó a indicadores de esta categoría, indicadores (síntomas y signos) que fueron agrupados en las siguientes áreas:

Los indicadores en el afecto, son sentimientos emocionalmente inducidos que pueden considerarse como displacenteros e inapropiados, incluye

agresividad (100%), enojo y malestar (33.3%), inquietud y ansiedad (22.2%), miedo (22.2%), entre otros (22.2%).

El pensamiento es el flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigidos a un fin, iniciados por un problema o una tarea que conduzca a una conclusión orientada en la realidad; cuando tiene lugar una secuencia lógica, el pensamiento es normal. Las síntomas y signos de esta área corresponden al contenido, por ejemplo, pérdida de la realidad (100%) y delirios (55.5%). Con respecto a la estructura del pensamiento el 22.2% de la muestra señaló la carencia de pensamiento coherente.

Un índice más corresponde al área motora o conación, en donde el 33.3% reporta retardo o disminución de la actividad en el enfermo mental, es decir, movimientos incoordinados y lentos. Así también, soliloquios y lenguaje incoordinado (alteraciones del lenguaje, 100%).

La siguiente área es percepción, una alteración que la afecta son las alucinaciones, falsas percepciones sensoriales que no están asociadas con estímulos externos reales (77.7%).

La confusión y desorientación, 55.5%. del enfermo mental son manifestaciones de la enfermedad mental que se sitúan en el área de consciencia. (Ver figura 2)

Algunos argumentos se citan a continuación:

"Algunos sí son agresivos cuando están más locos, pero no todos... cuando los bajan se ponen calmados..."

"...algunos se vuelven agresivos, a veces golpean al hermano o a otras personas..."

"...se enoja de cualquier cosita o no acepta sus propios errores, no quiere reconocer..."

"Yo siento, ya cuando una fantasía se convierte en uno es cuando empieza un aspecto destructivo, tanto el individuo está agrediendo, más bien tanto es agredido como está agrediendo. Uno al no tener una base.... comienza lo destructivo, entonces yo creo que por eso se habla de que el individuo está inquieto, de que el individuo está ansioso, que el individuo llega aun estado de angustia, que ya están llegando a los estados psicóticos donde es más difícil trabajar..."

"Pues se siente torcido, alucina, empieza como si alguien te estuviera siguiendo, te dice cosas..."

"...uno se sale de la realidad... dice cosas raras que no concuerdan con lo que uno está viviendo en la realidad..."

"... alucino.... y entonces apagaba las luces y oía muchos ruidos si me quedaba quieto.. me imagina cosas..."

"... primero se sospecha de paranoia, te siguen y te dicen cosas y después uno cree estos pensamientos, luego se pierde el contacto con la realidad..."

"Siento que me persiguen y es cuando me dan ganas de cortarme y me pierdo de mi realidad..."

"...me la pasaba por todos lados... alucinando, porque es una alteración en la que le late el corazón, se va para arriba como dicen y luego solo..."

"...yo hacia cosas extrañas que no concordaban con lo que los demás hacían..."

En la tercera categoría, denominada ORIGEN, se muestran aquellas percepciones orgánico – biológico y psicológico – social consideradas como la naturaleza de la enfermedad mental (destrucción de las neuronas, desajuste del cerebro, daño orgánico, golpes o traumas en la cabeza, el factor genético influye, alteraciones bioquímicas, alteraciones genéticas y, por otro lado, consumo de drogas, alcoholismo, tabaquismo, situaciones frustrantes y eventos de vida traumáticos, crisis y conflictos familiares, entre otros).

Los indicadores expresados, por los internos, se organizaron según dos perspectivas, con igual porcentaje (100%), la primera, orgánico – biológico, incluye las alteraciones a nivel fisiológico y traumatismos craneoencefálico (100%), y los componentes genéticos o hereditarios (77.7%).

Tales como:

"...está afectada la región cerebral... las neuronas están dañadas entonces por eso uno pierde el sentido de la realidad..."

"porque no funcionan bien las neuronas del cerebro... es genético.. lo demuestra el síndrome de Down..."

"...están mal de las neuronas..."

"...leí un libro del Doctor Beinsberg, el Dr. dice que los enfermos de esquizofrenia no secretamos una sustancia en la cabeza que producen todos normalmente..."

"... por herencia, si en la familia de la madre o del padre hay casos de enfermedad mental, de locura, de locos, entonces, el niño, el bebé que recién nace puede traer por herencia..."

Por otro lado, la perspectiva psicológico – social abarca los elementos que el medio social ofrece y que los expone a contraer una enfermedad de tipo mental, por ejemplo, consumo de drogas (77.7%), eventos de vida desagradables, acontecimientos negativos y situaciones frustrantes como es un ambiente familiar conflictivo, abuso sexual, divorcio, etc., (77.7%) y la ingesta excesiva de alcohol (55.5%). (Ver figura 3)

Por ejemplo:

"...yo creo que la enfermedad mental en mi caso es por las drogas, pues no estoy en mi realidad, en mis cinco sentidos..."

"...cuando empiezo a consumir una sustancia o solvente pues empiezo a tener la psicosis..."

"...uno busca la enfermedad al consumir drogas que afectan el cerebro..."

"...el alcoholismo y la drogadicción de algunos miembros de la familia hacen que tu te vuelvas loco..."

"...después de haber tomado alcohol y entonces conciben un niño que va a estar afectado, porque no fue creado en un estado de amor y el niño va crecer con traumas pasados gracias a sus familiares..."

"El medio social, las exigencias de la familia y la sociedad enferman..."

"...los problemas frecuentes en la familia, la familia trastorna..."

"...cuando era chico y fui violado pues me sentía inconforme de que todos me miraran mal, me empezaba a suicidar, me convertía yo en otros tipos de aspecto de persona..."

La cuarta categoría corresponde a los SENTIMIENTOS DE CARÁCTER COLECTIVO, se despliegan las manifestaciones, sentimientos, impresiones y disposiciones sociales como son el estigma, etiquetamiento y las actitudes ("la misma sociedad nos rechaza", "somos etiquetados como los locos de la familia", "el diagnóstico solamente es una etiqueta, una ficha", "la sociedad los subestima, la gente es prepotente con ellos", "deberíamos ayudar a la gente que pasa por lo mismo que nosotros").

Además, se incluyen algunos adjetivos empleados para designar al enfermo mental como son loco, desequilibrado, tonto, enfermo, idiota, torpe, retrasado y demente.

Los indicadores más sobresalientes son la actitud de la sociedad y de la familia ante el enfermo mental (100%).

El porcentaje de aparición de los indicadores en los discursos es como sigue, con relación a la primera, 77.7% expresaron que la sociedad posee una actitud negativa con respecto al enfermo mental; son percibidos como extraños, incapaces de adaptarse al medio y vivir adecuadamente. Tal percepción origina sentimientos de rechazo y subestimación, son prepotentes con ellos, se avergüenzan, los denigran, no los comprenden, los etiquetan les temen y creen que en cualquier momento van a ser agredidos por el enfermo.

La actitud de la familia no dista de ser la misma que la de la sociedad; el 77.7% refiere una actitud negativa. Los rechazan y los aíslan por vergüenza al

percibirlos como discapacitados e inválidos, son etiquetados como los locos de la familia e incluso son abandonados.

Al principio de la enfermedad los sentimientos y emociones de la familia giran en torno a culpabilidad, desesperación, preocupación, impotencia, irritabilidad, depresión, negación y resistencia de la enfermedad.

Podríamos pensar que una vez que la familia ha aceptado la enfermedad la actitud ante el familiar enfermo tiende a ser positiva, pero no es así. Tan solo el 22.2% de la muestra observa en su familia una actitud positiva; al principio de la enfermedad se presentaron sentimientos de culpa, impotencia y resistencia a aceptar al enfermo mental como miembro de la familia. Sin embargo, estos sentimientos no son tan marcados como en el caso anterior y se desvanecen con rapidez.

Una vez que aceptan la enfermedad mental se interesan y preocupan por el paciente, lo apoyan y acompañan durante todo el proceso; siendo esta actitud fundamental para la recuperación del trastornado mental.

Con respecto a los adjetivos con que califican a los enfermos predominan el de loco e idiota (77.7%), seguido por desequilibrado (55.5%). (Ver figura 4)

Los argumentos a destacar son:

"... mi familia se siente culpable porque yo me drogaba..."

"Mis hermanos tienen miedo y mi familia me rechaza..."

"... mi esposa me abandonó cuando me dijeron que estaba enfermo de la gente..."

"...no veo a mis hijos pero ellos me hacen salir adelante..."

"...los amigos y la familia nos rechazan y yo me sentía solo, me aislaba..."

"No me importa pasar 40 años aquí, no me interesa la visita de mi familia... mis hermanos tienen que hacer su vida y si me dejan aquí no me importa..."

"Mi familia sí me quiere, vienen a verme... cuando yo salga la demás gente me va a criticar... pero no importa si mi familia está conmigo..."

"...cuando entré al psiquiátrico y empecé a recibir chochos fue difícil aceptar, ahora sé que debo recibirlo y entiendo la razón por la cual debo estar encerrado en un lugar como este. Si no me puedo cuidar a mí mismo entonces me tienen que encerrar para que no me haga daño..."

"Uno a veces no acepta la enfermedad, cuando me insistía mi familia que me tomara los chochos me molestaba..."

"...no saben qué hacer, no encuentran cómo solucionar la enfermedad, algunos tratan de ocultarse en los vicios y en la agresión..."

"Si logran rehabilitarse y salir libres tienen que buscar trabajo lejos del de antes y en donde la gente no sepa que son locos..."

"... yo tengo el deseo de ayudar a la gente que pasa por lo mismo que yo he vivido, me he vuelto paciente y la enfermedad es una gran lección para tratar a los demás como yo quiero que me traten..."

"...es muy triste porque hay mucha gente que está pasando por lo mismo que nosotros, pasan muchas cosas feas y no nos ayudan..."

"... los demás se ríen, son en ocasiones símbolo de risa, los enfermos sufren demasiado y no encuentran apoyo..."

"están muertos en vida"

"... tienen miedo del enfermo porque es peligroso y daña a cualquier persona que se le acerca..."

"...cuando te dicen qué es lo que tienes (diagnóstico) te deprimes porque la gente a veces lo ve como una etiqueta..."

"...todos piensan que un enfermo mental está jodido y uno pasa a ser el pobre enfermillo mental..."

"El diagnóstico solamente es una "etiqueta", una "ficha", no tiene nada de positivo ni bueno al hacerlo..."

En la categoría de TRATO A LOS ENFERMOS se incluyen aquellas emisiones referentes al tratamiento psiquiátrico y psicológico que reciben los enfermos mentales en el CE. VA. RE. PSI ("los chochos desbotan al paciente", "somos los conejillos de India de los psiquiatras", "el psiquiatra observa qué hace uno, dice qué tomar y si no funciona te da otro hasta que le atina", "el psicólogo ve como está uno de las emociones, como se siente, motiva al paciente a seguir adelante y a enfrentar sus problemas", "nos tratan con la punta del pie", entre otros).

El tratamiento farmacológico es fundamental (88.8%) porque controla la sintomatología; sin embargo, tienen el potencial suficiente para inducir cambios adversos en el organismo (efectos secundarios) tales como tensión de los músculos del cuello, temblor de las extremidades, trastornos del sueño (demasiado sueño o somnolencia), etc.

El tratamiento psiquiátrico debe complementarse con la asistencia psicológica (55.5%). (Ver esquema 5)

"Con medicamento te das cuenta de que tenemos todos una realidad en común... es cuando estás controlado, no se puede decir sanado, sólo controlado..."

"... los chochos te controlan las ideas extrañas...te mueves mucho, como robot..."

"... el medicamento sustituye la deficiencia bioquímica de la esquizofrenia..."

"...es molesto que cada vez que llegas a un centro te pregunten cómo te llamas, qué haces, cuántos años tienes... y también cada vez que el psiquiatra nos ve nos pregunta lo mismo..."

"...si uno va al taller se siente mucho mejor porque con te distrae y no piensas en cosas malas..."

"...cuando el psicólogo me ve me siento bien porque me hace reflexionar, y veo lo que está bien lo que está mal..."

"...es importante la consciencia de enfermedad... es la suficiencia de nuestros actos, y la seguridad de realizar actos libres, evitar conductas nocivas nos lleva al autoconocimiento..."

"...me gusta ir al taller y hacer cosas bonitas por que me hace sentir mejor...nos enseñan en la escuela a leer y escribir..."

"aprendes cosas con las muchachas de psicología...dibujar...bailar...hacer figuritas con papel..."

La penúltima categoría, INSTITUCIÓN / USUARIO, expone los indicadores que definen al CE. VA. RE. PSI como centro de rehabilitación (el CE. VA. RE. PSI no es un centro de rehabilitación porque carece de personal capacitado, la participación de los psicólogos y psiquiatras es escasa, el encierro no es la mejor opción para rehabilitar al paciente; por el contrario le crea temor, inseguridad, incertidumbre, se sienten abandonados, no cuentan con apoyo familiar, etc).

Inicialmente el 22.2% de la muestra consideró el CE. VA. RE. PSI. como un centro de rehabilitación; aunque más que hablar de rehabilitación se refirieron a que es el hogar que nunca tuvieron en la calle, les proporcionan alimento, vestimenta y diversos cuidados que sería imposible encontrarlos en otro lugar con tanta facilidad. Aunque, también, reconocieron la escasa atención y asistencia por parte del personal de salud.

El 77.7% restante indicó que el centro en el que se hallan inmersos no es un lugar de rehabilitación. En primer lugar, porque se carece de personal capacitado (66.6%), la asistencia es inconstante, hay falta de interés, principalmente, de psiquiatras y psicólogos, y el personal es insuficiente. Por otro lado, las condiciones de encierro dificultan la readaptación, carecen de apoyo familiar y visita íntima lo cual es indispensable, el tratamiento psiquiátrico conlleva efectos secundarios difíciles de controlar y, finalmente, ignoran la evolución de su enfermedad, es suficiente con decir que algunos desconocen el trastorno que padecen para saber que la información proporcionada directamente por la institución es insuficiente. (Ver figura 6)

"... esto es el hogar que nunca tuve en la calle, me dan el rancho, ropa y veo al doctor cuando ando mal..."

"...es una cárcel porque no te dejan salir... ni siquiera te dejan tener visita íntima... uno quiere una mujer..."

"...no es un lugar de rehabilitación porque hay internos que salen libres y al poco tiempo regresan y se quedan..."

"...los custodios dicen que uno está loco... se ríen de uno... se burfan..."

"...casi no me ve el doctor porque siempre está ocupado..."

"...el psiquiatra platica como diez minutos y me pregunta lo mismo... no me quiere cambiar el medicamento..."

"...la gente que trabaja aquí sólo lo hace porque quieren ganar dinero y no nos quieren ayudar..."

"... el psiquiatra te da el avión cuando te dices algo y si le preguntas que tienes o de los chochos nunca te quieren contestar..."

"...ves como unos dicen cosas y hablan solos...siempre están así y los chochos no les bajan la locura..."

"...algunos aparentan agresividad y desequilibrio, "juegan al loco" para que el psiquiatra les dé más medicamento... otros intercambian el medicamento por cigarros o café... no saben cuando está mintiendo y cuando se siente mal..."

"...los chochos te hacen temblar...el cuello se pone duro, mueves los pies y las manos...sacas mucha baba de la boca..."

Por último, se ofrecen los indicadores con respecto a los medios que les ha proporcionado la información relacionada con la enfermedad mental (televisión y películas, libros, pláticas, talleres y la experiencia directa, es decir, "ser enfermo mental" y "convivir con personas enfermas", etc), en la categoría que ha sido denominada FUENTES DE INFORMACIÓN.

Es importante notar que en su mayoría adquirieron la información de la experiencia directa. Cabe aclarar, que en la experiencia directa se distingue, primero, la convivencia y relación (88.8%), por tanto tiempo (dependiendo de la medida de seguridad), con enfermos mentales dentro del CE. VA. RE. PSI lo que les ha permitido observar, conocer y entender la conducta de este tipo de personas. Segundo, la experiencia personal (77.7%), ser enfermos mentales ha jugado un papel primordial, desde el momento en que son diagnosticados, el subsiguiente rechazo de la enfermedad, el difícil proceso de aceptación, las dificultades del tratamiento, el abandono de la familia, etc., pues han sido elementos esenciales de información.

Otros indicadores corresponden a la televisión y películas proyectadas dentro de la institución, en donde presentan la figura del loco un tanto distante de la verdadera imagen del enfermo (44.4%); un 33.3% ha obtenido, también, datos de libros y un mismo porcentaje gracias a pláticas con profesionales y talleres de discusión. (Ver figura 7)

"Cuando no sabemos lo que es la locura y si no conocemos a nadie enfermo nos equivocamos cuando nos preguntan qué es la enfermedad mental..."

"...te das cuenta quien es un enfermo y quien finge porque ya sabes como se comporta cada uno...duermes con ellos..."

"...hay algunos que están más locos porque diario los veo y siempre están así..."

"...yo llevo aquí mucho tiempo y tienes que hablar con locos y no locos...no tengo con quien más hablar, no tengo visita..."

"...al principio no quería tomar el medicamento psiquiátrico porque decía que no estaba enfermo... pero llegó un momento en que supe que estaba fuera de la realidad... es necesario que lo tome porque si no pierdo la razón..."

"antes hacía cosas raras y yo no sabía... mi familia decía que estaba loco porque me sentía mal cuando me drogaba mucho y ahora sé que eso desaparece con el medicamento..."

"...estamos enfermos por eso estamos en este lugar... y todos queremos llegar al mismo lugar, la rehabilitación..."

"...yo leí en un libro y en un diccionario cuando busqué que era la esquizofrenia..."

"...en la biblioteca hay libros que dicen que hay dos tipos de psicosis...la psicosis y la neurosis...aunque no explica las causas..."

"... en centro escolar a veces nos pasan películas y vemos a locos que pasan en la tele... matan a la gente y hacen cosas muy feas..."

"...los talleres que tenemos con ustedes y las pláticas como ésta hacen que uno sepa que es lo que tienes y porque nos da..."

A continuación se presentan los esquemas con los respectivos indicadores compartidos por los internos – pacientes. A cada indicador le antecede un número que está entre paréntesis, el cual va en orden decreciente con respecto a la frecuencia. El número y la frecuencia son inversamente proporcionales, es decir el número 1 corresponde al indicador con la frecuencia más alta y el número mayor con la frecuencia menor.

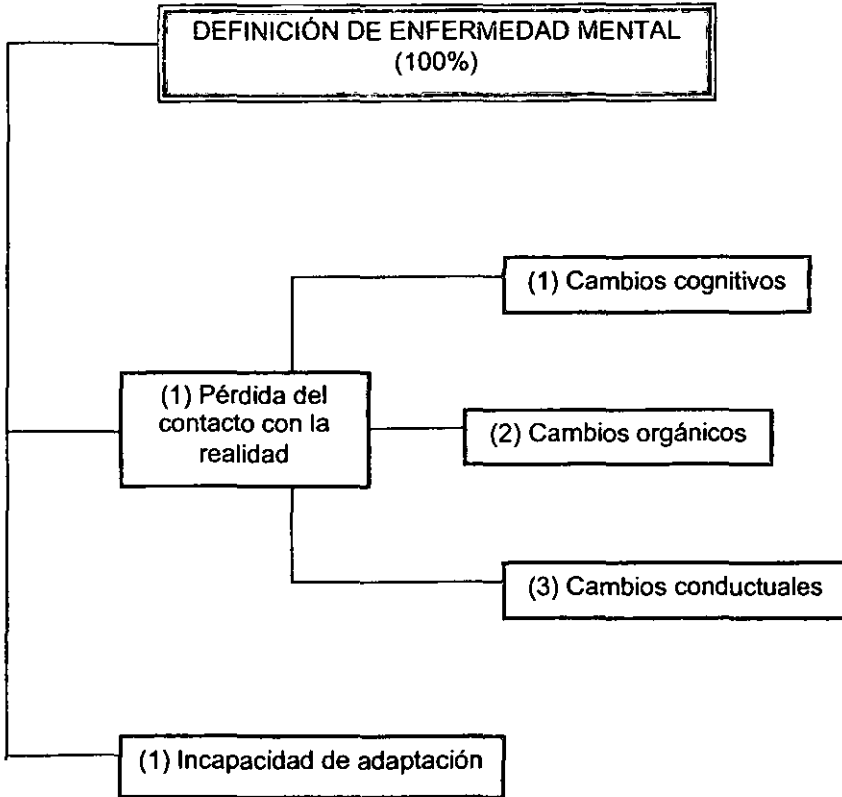


Figura 1. Indicadores y frecuencia correspondiente, pertenecientes a la categoría de Definición de enfermedad mental.

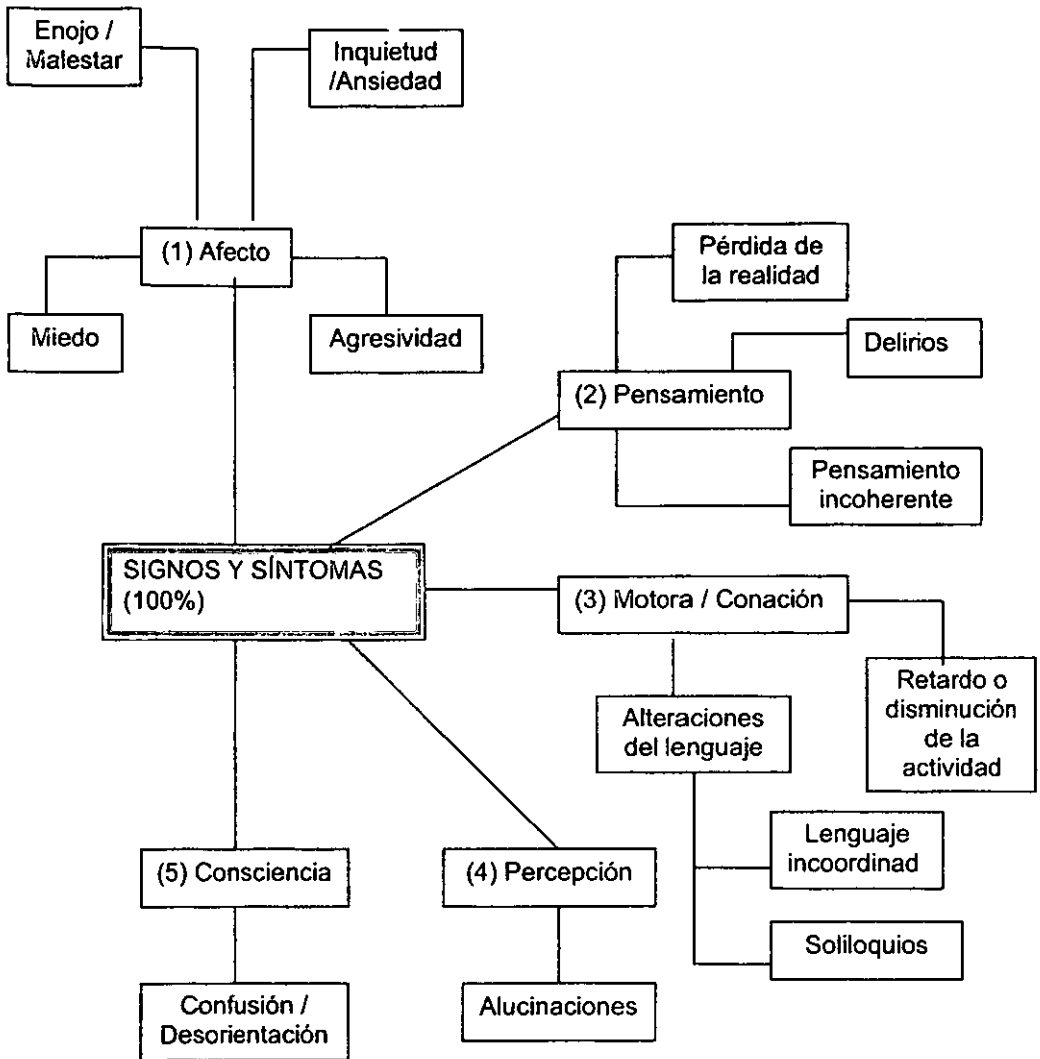


Figura 2. Indicadores y frecuencia correspondiente, pertenecientes a la categoría de Signos y síntomas.

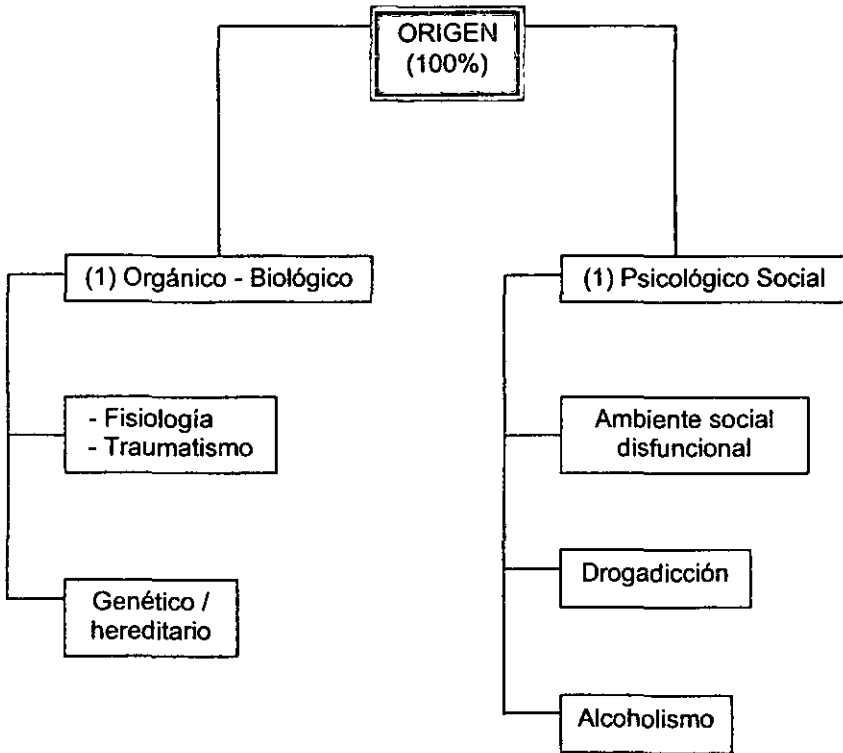


Figura 3. Indicadores y frecuencia correspondiente, pertenecientes a la categoría de Signos y síntomas.

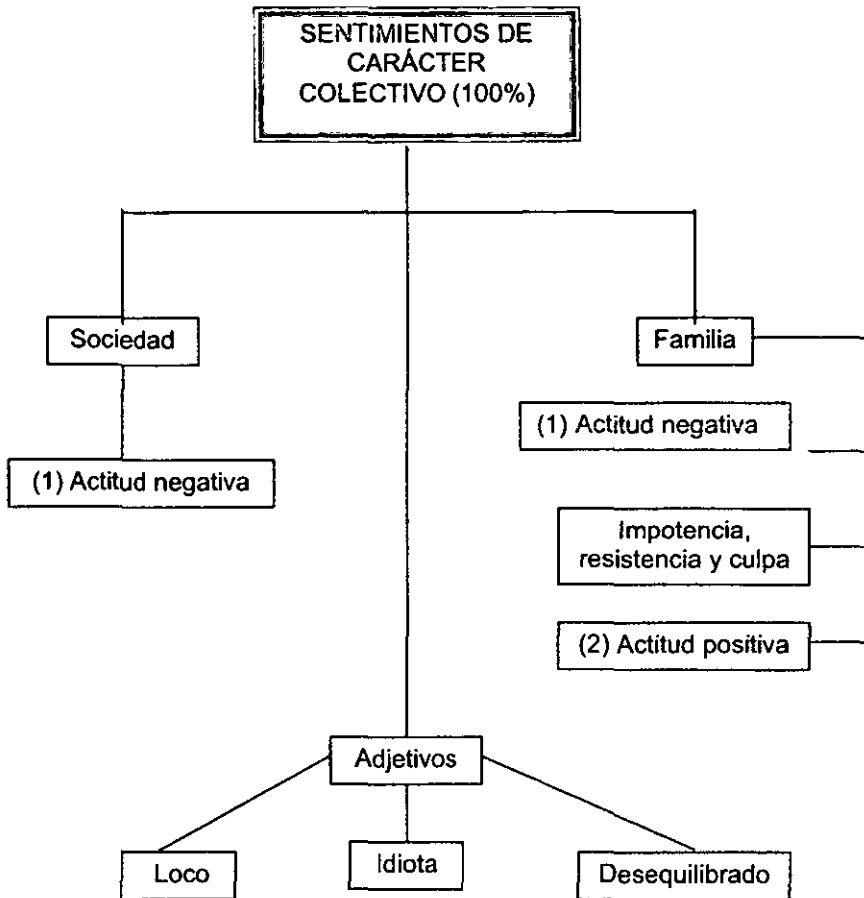


Figura 4. Indicadores y frecuencia correspondiente, pertenecientes a la categoría de Sentimientos de carácter colectivo.

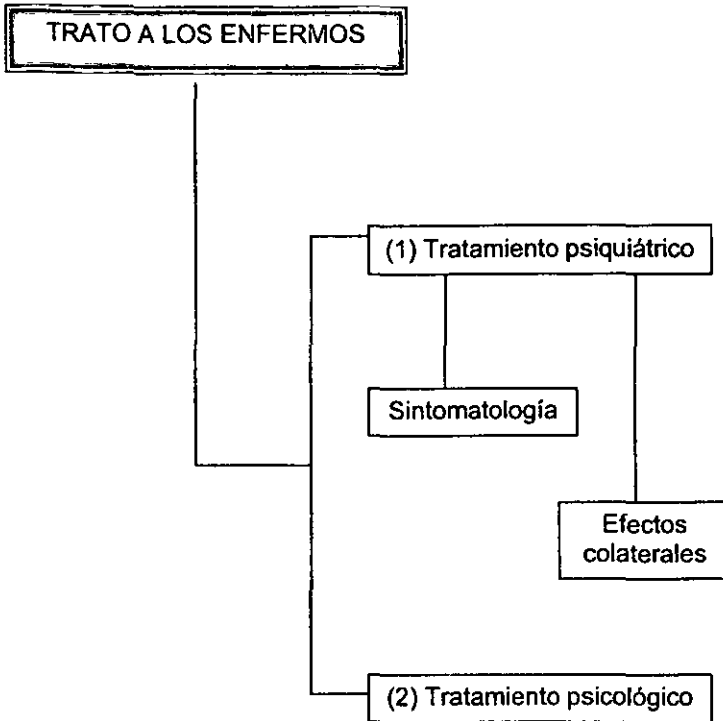


Figura 5. Indicadores y frecuencia correspondiente, pertenecientes a la categoría de Trato a los enfermos.

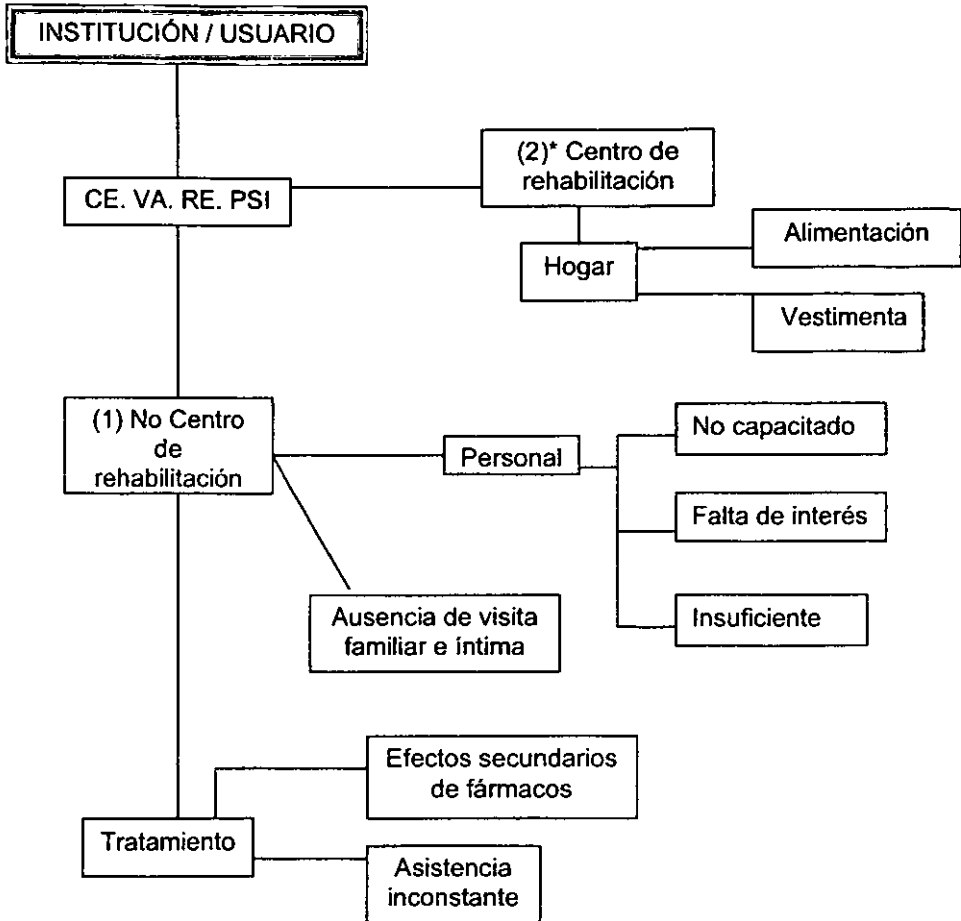


Figura 6. Indicadores y frecuencia correspondiente, pertenecientes a la categoría de Institución / Usuario.

*Indicador que no cumple con el criterio de manifestación (50%).

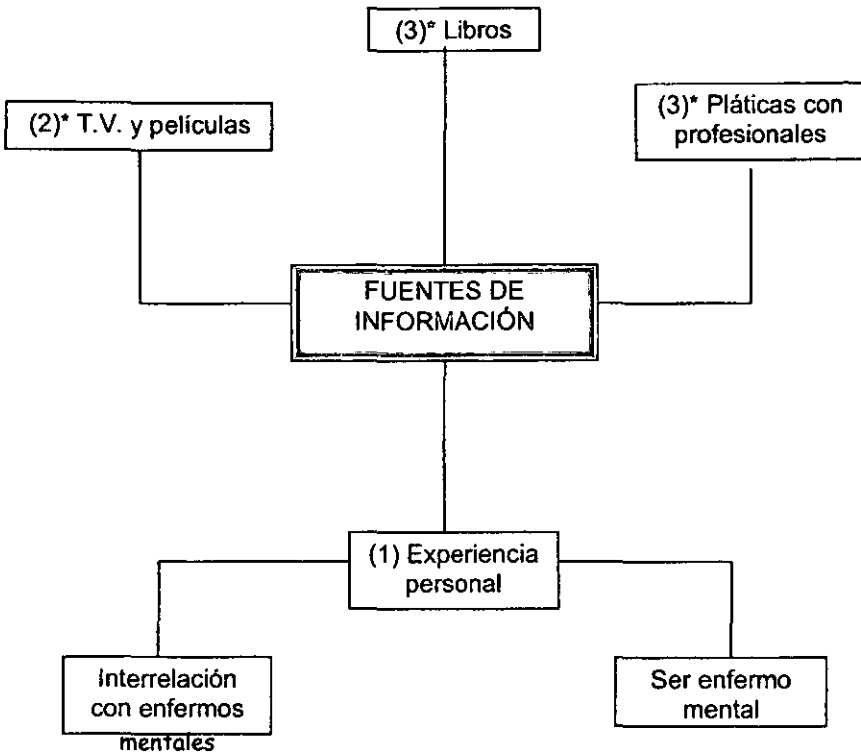


Figura 7. Indicadores y frecuencia correspondiente, pertenecientes a la categoría de Fuentes de información.

*Indicadores que no cumplen con el criterio de manifestación (50%).

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

Una vez expuestos los resultados se procederá a analizarlos considerando el marco teórico expuesto; la discusión girará, principalmente, en torno a los elementos que constituyen la representación social.

Es preciso considerar que el estudio de la representación social es un trabajo arduo y complejo; basta con recordar el lento desarrollo y los acontecimientos que dificultaron el auge de la teoría. No obstante, cuando Moscovici emplea, por primera vez, el concepto de representación social con la publicación en 1961 de su estudio "*La Psychoanalyse: son image et son public*" da la pauta para que diversos autores se interesen y trabajen alrededor de esta temática, contemplándose mayores aportaciones a la teoría. Actualmente, el estudio de las representaciones sociales atañe al área de la psicología social.

En el presente trabajo, aunque se obtuvieron una variedad de datos relevantes, no se pretende decir categóricamente la existencia de una representación social; mucho menos nos remitiremos a señalar que la información resultante es la única que debe considerarse en el estudio de este tema. Más bien, los resultados obtenidos nos permiten aproximarnos a la representación social de la enfermedad mental; se consideran los aspectos sobresalientes en la formación de la misma con el fin de no agotar los recursos obtenidos, exponiendo y aclarando qué fue lo que se entendió en cada uno de los componentes.

La información lograda a través de las técnicas empleadas aunada a la obtenida indirectamente permiten expresar estos componentes. Debe entenderse por información indirecta aquella mencionada por los internos - pacientes con respecto a la enfermedad mental en momentos de relación informal y la derivada de las observaciones de la interacción e interrelación del enfermo mental con sus congéneres, con el personal que labora en el CE. VA. RE. PSI. y con su familia, principalmente, es decir, es toda aquella información expuesta fuera del grupo focal y de las entrevistas.

Datos informativos muy valiosos resultado del trato directo con los internos por espacio de un año aproximadamente previo a la realización de esta investigación, además del tiempo invertido propiamente en la elaboración y aplicación.

Para explicar los elementos o dimensiones en torno a los cuales se estructuran las representaciones sociales (información, campo de representación y actitud) es indispensable revisar los mecanismos por medio de los cuales se constituye, Moscovici (1961) plantea la objetivación y el anclaje.

A través de la objetivación se transforman los conceptos extraños en experiencias o materializaciones concretas, se reconstruye el objeto en algo familiar para poder controlarlo. Farr (citado en Morales, 1997) establece que la

objetivación hace que lo invisible se convierta en perceptible.

Este proceso de objetivación presenta tres fases (Ibáñez, 1988):

La *construcción selectiva*, los integrantes que conforman un grupo social se apropian de las informaciones sobre un objeto, retienen algunos elementos de información y rechazan otros que pasan desapercibidos o se olvidan rápidamente; adaptándose de esta manera a los nuevos elementos de información.

Las informaciones son relacionadas en función de criterios y normas culturales (estrato social, cultural, económico y educativo); son estos estratos los que determinan la apropiación de las informaciones. Podemos percibir estas diferencias en la elaboración del discurso de los participantes, por ejemplo, se observa un discurso más ideado o elaborado en aquellos internos que tienen un nivel educativo de bachillerato en comparación con los que tienen únicamente instrucción primaria:

"El loco no está de acuerdo a la realidad, él está perdido, el individuo no capta lo que le rodea. ..", "es un trastorno de la mente en donde se pierde el contacto con la realidad... pierden algunas de sus facultades mentales...", "... una atrofia de las facultades mentales... es un desequilibrio emocional, no se canaliza las emociones adecuadamente..." versus "... se les borra la cinta, está enfermo de sus actos..." "algunos sí son agresivos cuando están más locos, pero no todos... cuando los bajan se ponen calmados...", "pues se siente torcido, alucina, empieza como si alguien te estuviera siguiendo, te dice cosas...", "... alucino... y entonces apagaba las luces y oía muchos ruidos si me quedaba quieto.. me imagina cosas...", "... cuando era chico y fui violado pues me sentía inconforme de que todos me miraran mal, me empezaba a suicidar, me convertía yo en otros tipos de aspecto de persona..."

En la segunda fase, *esquemización estructurante*, los elementos de la información seleccionados y adaptados, a través del proceso de apropiación, se organizan para proporcionar una imagen del objeto representado suficientemente coherente y fácilmente expresable que captura la esencia del concepto, teoría o idea que se trata de objetivar (núcleo figurativo); cuando un grupo social dispone de este núcleo figurativo es más sencillo hablar de ideas o conceptos representados.

Los elementos de la representación se distribuyen en forma de esquema (ver esquemas del 1 al 7) para facilitar la comprensión de sus relaciones y funciones; esquemas que ofrecen los indicadores preponderantes con respecto a la representación social de la enfermedad mental y que fueron obtenidos a través del análisis de contenido de los argumentos del grupo focal y de la entrevista.

El uso de los indicadores, expuestos en los esquemas, facilita el entendimiento y la comprensión, la conversación y relación entre los participantes ya que los indicadores son compartidos y los integrantes del grupo están más o menos familiarizados con el tema. Morales (1997) señala que esta simplificación nos permite conversar y comprender de forma más sencilla las cosas, a los demás y a nosotros mismos, y a través de su uso en diferentes circunstancias se convierte en un hecho natural.

La última fase se refiere a la *naturalización*, el esquema ya elaborado de la representación social se naturaliza, es decir, los elementos que componen el esquema figurativo aparecen como elementos de realidad y los conceptos se convierten en categorías sociales del lenguaje que pretenden traducir esa realidad.

Los elementos informativos con relación a la enfermedad mental pasan a formar parte del sentido común permitiendo a los internos organizar, de manera coherente, la construcción de lo existente; se transforman los elementos en objetos sociales reales y tangibles. Para los enfermos la enfermedad se ha convertido en una realidad cotidiana debido al contacto con la misma, esto es por el padecimiento mismo, por hallarse inmersos en una institución carcelaria de tipo rehabilitatorio en donde interactúan con pacientes mentales y el ambiente gira en torno a esta ocurrencia.

En cuanto al procedimiento interno de la representación social recurriendo al marco teórico el *anclaje*, al igual que el proceso de objetivación, permite transformar lo que es extraño en familiar; sin embargo, el proceso de anclaje actúa en una dirección diferente a la objetivación, permite incorporar lo extraño en lo que crea problemas, en una red de categorías y significaciones (Morales, F., 1997).

El anclaje inserta las representaciones en la dinámica social, convirtiéndose en sistemas de lectura de la realidad social; hace de las representaciones instrumentos de comunicación y comprensión, posibilita que las personas puedan comunicarse bajo criterios comunes con un mismo lenguaje para interpretar, explicar y entender los acontecimientos, las personas y a otros grupos. Así también, transforma las representaciones en acciones, el objeto representado se conforma como parte de la realidad de la que provenía, pero con un significado incorporado.

El grupo y la sociedad determinan la red de significados alrededor de las representaciones, en el cual los valores impuestos en un grupo o sociedad contribuyen a crear alrededor de las representaciones una red de significados que permite a los sujetos evaluarlas y situarlas como hechos sociales. Al mismo tiempo las representaciones contribuyen a desarrollar los valores sociales existentes.

Además, este proceso permite cimentar nuevas representaciones sobre otras preexistentes en una continua labor reconstructiva de la realidad; la mayor parte de las nuevas informaciones son evaluadas con respecto a las informaciones existentes que "anclan" un cuerpo de sentido para integrar la realidad.

La información nueva acerca de la enfermedad mental se integra con mayor facilidad a los esquemas previos de los internos - pacientes debido a su estado de salud actual (son enfermos mentales), a las experiencias personales y al contacto directo con personas que sufren este tipo de padecimientos por el contrario de aquellos individuos quienes perciben la enfermedad mental como un acontecimiento lejano y una realidad ajena a ellos, pues desconocen lo que es la enfermedad mental y lo relacionado con ésta.

Por otro lado, los elementos que pueden llegar a conformar una representación social son de diversa naturaleza y procedencia. Moscovici (1961) indica que los elementos o dimensiones en torno a los cuales se estructura son la información, el campo representacional y la actitud.

La información se relaciona con la organización de los conocimientos, la calidad y la cantidad que posee un grupo con respecto a un objeto social; esta información varía notablemente ya que los medios de acceso pueden resultar difíciles o no según los diversos objetos; el origen, los medios y la comunicación social originan que la información posea propiedades diferentes.

En primera instancia aludiremos a las fuentes que han proporcionado la información a la muestra con relación al tema, previamente se ha mencionado que la adquisición parte del contacto directo con el objeto social distinguiéndose la experiencia personal y la interacción con enfermos mentales.

Algunos internos de la muestra tienen antecedentes psiquiátricos previos a su internamiento en el CE. VA. RE. PSI., una parte de los clasificados jurídicamente como inimputables, recibieron atención o estuvieron internados en alguna institución de atención como es el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, el CE. FE. RE. PSI. (Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial), o asistían a consulta psiquiátrica en el seguro social (según argumentos); teniendo de algún modo mayor contacto con la enfermedad mental que los internos psiquiátricos, para quienes la enfermedad mental es algo más nuevo.

Al ser portadores se han visto asistidos por personal de salud mental y han estado cercanamente presentes el tratamiento farmacológico y la intervención terapéutica; padecer un trastorno mental se ha convertido en parte de su realidad, familiarizándose relativamente con esta temática (esto es mucho más complejo de lo que a primera vista pareciera) logrando mayor cantidad y calidad de conocimientos; por otro lado, para los psiquiátricos el padecimiento se concibe un tanto lejano pues ha sido menor el contacto que han tenido, en suma, están menos familiarizados. La información posee diferentes

características y propiedades dependiendo del contacto directo con el objeto.

En general los internos como miembros de un grupo social y ante la necesidad de vincularse social y afectivamente se relacionan entre sí; la convivencia diaria implica la transmisión de información, conocimientos, ideas, experiencias, valores, creencias, mitos, etc.; importante modalidad en la estructuración de la representación social. Dice Domingo (1991) que como gente común y corriente que somos tendemos a considerar y analizar el mundo que nos rodea en una forma muy similar, precisamente porque el mundo que nos rodea es social. Este mundo y comunicación social les permite conocer que sus compañeros presentan padecimientos que van desde retraso mental profundo hasta psicosis; compartir con ellos tanto tiempo (las 24 horas del día) los hace partícipes y observadores de la sintomatología y evolución de su enfermedad mental, los efectos de los fármacos; también han percibido la extenuación o el traslado al reclusorio de origen, en el caso de los psiquiátricos, de algunos compañeros, quienes al poco tiempo reingresan alimentando la idea de que no hay rehabilitación. Desde luego, es más factible que los reclusos que tienen más tiempo inmersos en la institución han tenido mayor posibilidad de estas observaciones, más relación con los profesionales de la salud mental, más comunicación social con sus congéneres; en síntesis han logrado más información directa e indirectamente.

“Esta forma de compartir con los demás el mundo, es lo que determina que la representación social sea vista como ambiente” (Domingo, G., 1991).

Indudablemente, existen otros elementos importantes a considerar en la cantidad y calidad de la información como son el tiempo de permanencia en el CE. VA. RE. PSI., el nivel de educación, entre otros (ver anexo 2).

Por ejemplo, la experiencia y el contacto con este fenómeno varía considerablemente en el interno que ingresó en 1997 en comparación con los que ingresaron en el año 2000. Los de nuevo ingreso tienen menos conocimientos puesto que las oportunidades de acceder a la información previo a su internamiento es escasa y pocos los sectores, internos con antecedentes, que disponían de ella, la comunicación social es menor. Aunado a la información divulgada desacertadamente de que el enfermo mental es un inútil sin remedio, que hay que esconder por vergüenza y a quien es mejor internar y abandonar; pues una parte de la población posee información inadecuada y confusa con respecto al hecho.

Por otro lado, en relación con el grado de escolaridad se observa que los que carecen de primaria completa presentan un discurso menos elaborado y más basado en sus creencias, que aquellos que están cursando actualmente la preparatoria.

Otras fuentes de información aquí reportadas en menor medida incluyen los medios masivos de comunicación (televisión y películas proyectadas), la lectura

de libros y las pláticas brindadas por el personal de la institución; esto posiblemente se debe a que las actividades extraescolares que organiza el centro escolar (biblioteca, libro club, presentación de películas) están encaminadas a la estimulación y desarrollo de habilidades de lecto-escritura, en generar el gusto y aprecio por la lectura y fungen como actividades ocupacionales y recreativas; respecto a las pláticas éstas se enfocan en el manejo de conflictos que presentan los interno - pacientes como son autoestima, psicomotricidad, drogadicción, expresión, entre otras. El contenido de estas fuentes aunado al grado de interés, inquietud y expectativas de los asistentes determinan que la información lograda, perteneciente a la enfermedad mental, sea poca.

Jodelet, (citado en Ibáñez, 1988), refiriéndose al sentido común, dice que el conocimiento se construye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social

Las modalidades de comunicación social determinantes en la estructuración de la representación social son la comunicación interpersonal y el contacto con la enfermedad mental. Se observa como las pertenencias grupales y las ubicaciones sociales determinan la cantidad y calidad de la información; información organizada que se manifiesta en opiniones diversas e influyen en la elaboración, ideación, contenido y complejidad de los argumentos.

Esta dimensión cumple un importante papel en las representaciones sociales ya que la carencia disponible lleva a representaciones sociales incongruentes y desorganizadas.

El segundo elemento es el campo de representación y nos remite al orden, estructuración y jerarquización de los elementos que configuran el contenido de la representación, es decir, es la organización interna que adoptan esos indicadores cuando quedan integrados en la representación.

En el esquema 1 se observa que los indicadores que poseen los internos respecto a la definición de la enfermedad mental se agrupan en a) pérdida del contacto con la realidad, caracterizándose por alteraciones a nivel orgánico o cerebral, cambios conductuales y en la cognición y b) incapacidad de adaptación.

ψ La pérdida del contacto con la realidad es un rubro muy importante en los argumentos, es el ingrediente que lo diferencia de la cordura, llama la atención que la muestra en su totalidad se haya referido a este indicador; esto muy probablemente pueda deberse a que según su experiencia y observaciones el enfermo mental crea su propia realidad, realidad no compartida con el medio social circundante, posiblemente para el enfermo el criterio principal de enfermedad suele ser la incapacidad para responder a las exigencias del medio respecto a los demás. Como resultado de la información recibida, de las

ideas transmitidas y de la convivencia con internos que consumían drogas con anterioridad saben que la enfermedad mental puede deberse a alteraciones biológicas, es mucho más palpable esta situación cuando se es drogadicto, comúnmente dicen que las neuronas se mueren. Se contemplan cambios característicos en la cognición (es fácil que identifiquen estos cambios, por ejemplo: algunos están cursando la preparatoria y se han dado cuenta que les cuesta más trabajo aprender, memorizar, recordar las lecciones que antes de la enfermedad; ellos mismos en ocasiones tratan de explicarse y explicar a quien lo solicite su actuar y es complejo hacerlo, principalmente en lo referente al delito cometido, debido a las alteraciones en ésta área, porque en el momento de delinquir no tenían consciencia y, por otro lado, algunos niegan que han incurrido en un delito; también, en una conversación con los compañeros el mensaje y contenido de la plática no siempre es congruente y lógico). Finalmente, hay modificaciones conductuales más fáciles de observar en los enfermos que los cambios cognitivos, como son incoordinación del lenguaje, movimientos corporales lentos, descuido de la higiene personal (en el siguiente esquema de tratarán con más profundidad estos cambios).

ψ Incapacidad de adaptación, es de esperarse que uno como integrante de un grupo social comparta ciertos conocimientos, costumbres y creencias, valores, formas de pensamiento y conducta, etc., para lograr un verdadero vínculo y funcionalidad; cuando los elementos que constituyen nuestra realidad no se comparten con el medio social se dificulta la adaptación y es precisamente esto a lo que se refieren los internos al decir que cuando aparece y se desarrolla la enfermedad mental no pueden seguir haciendo las mismas actividades, algunos tuvieron que dejar su trabajo, la relación con la familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc., se altera, es difícil mantener una conversación, no encajan en aquella sociedad en la que antes lo hacían más o menos adecuadamente. Cabe aclarar que no existe una única realidad, cada quien construye su propia realidad, no obstante, como miembros de un grupo social parte de esos elementos de la realidad se comparten.

Podemos observar en el esquema 2 que la información reportada con relación a los elementos que caracterizan y definen a la enfermedad mental fue agrupada en las siguientes áreas con la finalidad de presentar estructurado el contenido de la categoría signos y síntomas: a) afecto, b) pensamiento, c) conciencia, d) percepción y e) consciencia.

ψ En el rubro del afecto se incluyen sentimientos displacenteros e inapropiados como son agresividad, enojo, malestar, inquietud y ansiedad. Los internos no consideran la agresividad como propia si no que se observa en sus compañeros "son los otros quienes agreden, golpean, pelean, insultan, ofenden y lastiman"; estas conductas están dirigidas a sus pares, a sí mismos y a los custodios, en ocasiones; no obstante, aunque dicen que es una característica de los enfermos esta se presenta únicamente cuando el enfermo se encuentra alterado. Respecto al malestar y enojo, si bien todos en algún momento lo sentimos son los enfermos quienes lo experimentan con mayor intensidad

debido a la baja tolerancia que algunos tienen; les resulta difícil aceptar a los participantes que se enojan y se molestan con facilidad, nuevamente les son ajenos estos sentimientos. La inquietud y ansiedad sí son experimentadas como propios, sensaciones que disminuyen con la administración del medicamento; es precisamente el medicamento el que confirma la existencia del padecimiento, cuando no ingieren los fármacos se sienten inquietos y ansiosos, por el contrario cuando lo hacen las sensaciones cesan.

ψ El pensamiento se refiere a la pérdida del contacto con la realidad, mencionado en el esquema previo, el contacto directo con la enfermedad mental y con los enfermos mentales les muestra que la realidad difiere de la realidad construida por el resto de la gente. Los enfermos dicen, piensan y hacen cosas que la gente "comúnmente " no hace y es este un criterio para distinguir a una persona enferma de una sana, es decir, el actuar de un modo extraño, confuso y raro, simplemente porque no están orientados en la realidad y estos actos no concuerdan con lo que los demás hacen. Esta turbación de la realidad se manifiesta, además, cuando el enfermo comienza a tener creencias falsas inconsistentes con su inteligencia y su base cultural y que no pueden corregirse por el razonamiento (delirios); finalmente, su conducta tiene como base estas creencias. Parte de la muestra reporta por lo menos en alguna etapa de la enfermedad haber delirado y quienes no lo han hecho han contemplado estos delirios en los compañeros. Mantener la conversación con algunos compañeros es difícil cuando el pensamiento es incoherente, pues carece de sentido lo que algunos internos dicen. Esta conceptualización posiblemente se debe al manejo que hacen los profesionales de la salud ya que se refieren a la enfermedad como la pérdida del contacto con la realidad.

ψ Son menos significativas las alteraciones en el área motora o conación; en donde el habla es lenta, dan respuestas irrelevantes o no relacionadas en ninguna forma con la pregunta que se les hace o con el tópico discutido, respuestas que son incoherentes o dispersas, o sea, no sensatas o incomprensibles, deseos o disgusto hacia otros. Con respecto a los movimientos se reportan como incoordinados y lentos, aunque estos cambios más bien se atribuyen a los efectos secundarios de los medicamentos y no al padecimiento; por experiencia saben que el medicamento produce lentitud en el movimiento, temblor, tensión muscular, etc.

ψ El único indicador relacionado con la percepción se refiere a las alucinaciones, falsas percepciones sensoriales que no están asociadas con estímulos externos reales.

ψ Por último, la confusión y desorientación del enfermo mental, área de consciencia, son propias al principio de la enfermedad o cuando el enfermo se encuentra en crisis; posiblemente se observa menor frecuencia en éste punto porque saben que en el momento del ilícito no tenían conocimiento de lo que hacían, ni capacidad e intención de hacerlo "no tienen consciencia los

inimputables", por el contrario hay lucidez cuando la patología es remitida o estabilizada.

En el siguiente esquema (3) se presenta lo que ellos indican es el origen de la enfermedad y sobresalen dos perspectivas: a) orgánico – biológico y b) psicológico – social.

ψ Orgánico – biológico, incluye alteraciones a nivel fisiológico, traumatismos craneoencefálico, componentes genéticos o hereditarios y destrucción de neuronas. Se hace énfasis en este aspecto ya que reconocen la importancia del cerebro, centro de control y coordinación de todos los movimientos conscientes e inconscientes del organismo, recibe las impresiones de los cinco sentidos, con la participación de otros órganos es responsable de la consciencia, el entendimiento, la voluntad, las emociones, etc. Cuando observan la existencia de alteración a nivel de sistema nervioso central contemplan, al mismo tiempo, la afección del comportamiento; esto se reafirma con el propio padecimiento, algunos presentan traumatismo craneoencefálico o esquizofrenia (explicándola como una carencia bioquímica) y cambios conductuales. De las fuentes de información, a las que tienen acceso, han aprendido que el síndrome de Down es resultado de una alteración cromosómica y que cuando hay muerte neuronal las neuronas no se regeneran. Por un lado saber que las alteraciones repercuten en la conducta y, por otro, observar la propia conducta y el trato con enfermos que las presentan da la pauta para que expliquen la naturaleza de la enfermedad con estos puntos.

ψ Psicológico – social, este rubro abarca los elementos que el medio social ofrece y que los expone a contraer una enfermedad de tipo mental, por ejemplo, el consumo de drogas, la ingesta excesiva de alcohol, eventos de vida desagradables, acontecimientos negativos y situaciones frustrantes como es un ambiente familiar conflictivo, abuso sexual, divorcio, etc. La importancia de estos elementos radica en que comúnmente indicamos la trascendencia del ambiente social y cultural en el desarrollo y funcionalidad de las personas y estas ideas han sido recibidas por los internos – pacientes. Además, el ambiente social contribuye en su estilo de vida; por ejemplo, su status económico, social y cultural es pobre, las oportunidades de educación fueron escasas, existencia de pobreza, hacinamiento, desempleo, ambiente con escasa estimulación y falta de oportunidades para el desarrollo, marginación y desadaptación social, etc., aunado a la disfunción familiar, es decir, abandono de los padres, ausencia de la figura paterna y / o materna aunque físicamente estaban presentes, maltrato por parte de los mismos, ausencia de comunicación familiar, constantes diferencias y peleas con hermanos, etc. De alguna manera este ambiente, la falta de asertividad y la incapacidad para hacer frente a los problemas cotidianos los orilló a cometer conductas delictuosas, al consumo excesivo de alcohol y a la fármaco dependencia, sin olvidarse las causas individuales, adentrándose en un círculo vicioso y destructivo pues el consumo de drogas enferma y destruye la posibilidad de transformar ese ambiente, de hacerlo más humano y tolerable. Para los internos es importante notar que la fármaco

dependencia produce en el organismo reacciones adversas como es daño de algunas áreas del cerebro y destrucción de neuronas.

De acuerdo con Tusquets y Grau (1988) la etiología de los trastornos comúnmente se atribuye a aspectos hereditarios o genéticos, a alteraciones fisiológicas o a trastornos psicológicos y sociales que actúan entrecruzadamente para que aparezca la enfermedad. Razón por la cual no se puede adjudicar mayor importancia a una que a otra porque no existen entidades etiológicas, sino que todas forman un único cuadro causal que se diferencian tan sólo por la importancia del papel que juegue cada uno en los diversos tipos de trastornos a que den lugar, pues el hombre en la salud o en la enfermedad forma siempre una única totalidad de conducta relacional

En el esquema 4 se despliegan las manifestaciones, sentimientos, impresiones, disposiciones sociales, actitudes sociales, familiares y personales ante el enfermo mental que fueron concentrados en: a) actitud de la sociedad y b) actitud de la familia.

ψ Actitud de la sociedad, la sociedad posee una actitud negativa con respecto al enfermo mental, son percibidos como extraños, incapaces de adaptarse al medio y de vivir adecuadamente. Tal percepción origina sentimientos de rechazo y subestimación, son prepotentes con ellos, se avergüenzan, los denigran, no los comprenden, los etiquetan, les temen y creen que en cualquier momento pueden violentarse y agredir a las personas próximas. Si de por sí la enfermedad merma la capacidad de adaptación, la actitud negativa del grupo social en el que se desenvuelve el enfermo va a hacer mucho más difícil y causar mayores conflictos en el paciente.

Para Guinea (2000) la sociedad generalmente considera que los pacientes psiquiátricos nunca se recobrarán lo bastante como para ser útiles a la sociedad en algún modo, que son constantemente impredecibles e inestables y que pueden ser peligrosos; el papel que juega el loco (el desviado, el diferente) dentro de la sociedad es el de constituirse en imagen de lo negativo para el sistema. Siguiendo esta dirección Gómez (1989) establece que cuando alguien tiene la etiqueta de enfermo mental será tratado con suma precaución en las reuniones familiares y laborales y posiblemente en su vida nunca vuelva a ser visto como una persona normal. En suma; la sociedad señala y segrega al desviado, lo aísla, lo margina del grupo de los individuos normales, lo estigmatiza.

La percepción del enfermo mental que tiene la gente es de un ser inútil, indecente, insensible, peligroso, impredecible y embustero (actitud negativa), puede derivarse de los sentimientos respecto a la imposibilidad de predecir la conducta del enfermo mental y que por tanto la juzga con disgusto, temor y desconfianza es sugerido por Nunnally (1961 citado en Gutiérrez, E., y Pozos, P., 1983).

ψ La actitud de la familia tiende a ser, también, negativa; los distinguen como discapacitados e inválidos, los etiquetan como los locos de la familia, son rechazados y se avergüenzan de ellos e incluso son abandonados. Cuando inicia la enfermedad, en el momento en que se comporta de una manera diferente del resto de la gente, cuando se presentan los signos y síntomas o cuando se le diagnóstica, los sentimientos y emociones de la familia giran en torno a culpabilidad, desesperación, preocupación, impotencia, irritabilidad, depresión, negación y resistencia a aceptar la enfermedad de la persona querida. Dice Cummings (citado en Page, 1982) que "con frecuencia los familiares desestiman las desviaciones moderadas sobre la base de que todos tenemos peculiaridades o de que hay toda clase de personas en el mundo". Podríamos pensar que una vez que la familia ha aceptado la enfermedad la actitud ante el familiar enfermo debería de tender a ser positiva, pero no es así; posiblemente se debe a que es complejo lidiar con un enfermo mental y se requiere de una gran responsabilidad, cuidado, atención, recursos económicos para el tratamiento, asistencia psiquiátrica, psicológica, compra del medicamento, etc., por tanto les resulta más factible abandonarlos en una institución, en este caso el CE. VA. RE. PSI, y desligarse de responsabilidades. Además, de la carencia de la información adecuada con respecto a la enfermedad mental, y si es que la poseen es confusa y distorsionada ya que las fuentes de información de que disponen son escasas, comparten el mismo ambiente social precario que el paciente.

Tan solo el 22.2% de la muestra observa en su familia una actitud positiva; al principio de la enfermedad se presentaron sentimientos de culpa, impotencia y resistencia a aceptar al enfermo mental como miembro de la familia. Sin embargo, estos sentimientos no fueron tan marcados como en el caso anterior y se desvanecieron una vez que aceptaron la enfermedad, mostrando interés y preocupación por el paciente, apoyo y acompañamiento durante todo el proceso; siendo esta actitud fundamental para la recuperación del trastorno mental.

Framo, Vaughn y Leff, Satir y Miranda (citados Durante, P., y Noya, B., 1998) señalan que las relaciones familiares son el sistema, armazón o soporte de los patrones conductuales, emocionales y de interacción que cada uno de los miembros del grupo familiar tiende a reproducir; por tanto, es importante incluirlos en el proceso de rehabilitación. La familia requiere pasar por una fase de entendimiento y aceptación de la enfermedad del familiar para que obtenga mejoras el paciente; sabemos que el enfermo mental va a afectar a la familia a la vez que la familia también va a afectar al enfermo mental.

Con respecto a los adjetivos con que califican a los enfermos predominan el de loco, idiota y desequilibrado, esto es comprensible recordando las características que definen la enfermedad como la dificultad de adaptación, pérdida del contacto con la realidad, actuación rara y extraña comparado con el comportamiento del resto de la gente, etc. Aunado a la deformación del significado del enfermo mental por la sociedad y los medios de comunicación

masiva, las personas que son catalogadas como enfermos mentales sufren las consecuencias de la asignación de este estigma, ser considerado enfermo o ex enfermo tiene una connotación negativa que lo desacredita con respecto a los demás. El sistema legal también contribuye a la estigmatización del loco, en México las leyes establecen que el demente no tiene capacidad para llevar al cabo por sí mismo situaciones jurídicas y en algunos casos se les niegan sus derechos individuales; el loco delincuente tiene, además, otra etiqueta estigmatizante: su peligrosidad; si un loco es de por sí una amenaza social, un loco que ha delinquido es sumamente peligroso y debe ser recluido como medida de seguridad.

El esquema 5 se refiere al tratamiento psiquiátrico y psicológico que reciben los enfermos mentales en el CE. VA. RE. PSI.

ψ Tratamiento psiquiátrico o farmacológico, es elemental la asistencia y hay dos puntos importantes en este: primero, los internos reconocen que es fundamental la intervención del psiquiatra y la administración de los fármacos porque controla la sintomatología; se han percatado que cuando reciben el tratamiento los signos y síntomas se estabilizan por el contrario cuando no lo toman las ideas extrañas, los delirios, la ansiedad, etc., permanecen e incluso se intensifican. En segundo lugar, advierten que el medicamento tiene el potencial suficiente para inducir cambios adversos en el organismo tales como tensión de los músculos del cuello, temblor de las extremidades, trastornos del sueño (somnia) y de la alimentación; es droga lo que se les administra y se cuestionan cómo puede emplearse como tratamiento si al mismo tiempo se le considera origen de la enfermedad mental.

ψ El tratamiento psicológico es complemento del tratamiento psiquiátrico; para ellos podría haber tratamiento psiquiátrico sin el psicológico, no obstante lo adecuado sería contar con una atención integral para lograr mejores resultados. El énfasis en el tratamiento psiquiátrico se debe a que la administración de fármacos actúa directamente sobre el organismo controlando la patología y, por otro lado, la figura del psicólogo y de la terapia psicológica no es tan notoria en el tratamiento, se carece del personal y recursos necesarios.

En la gaceta informativa Controversia (CE. VA. RE. PSI., 2001), se exponen los programas de atención que brindan a los internos y que son implementados por el área técnica, "los programas constituyen el eje de la rehabilitación, están enfocados al desarrollo de habilidades sociales, afectivas y cognitivas; dentro de estos se encuentran: taller de autoestima, programa de desarrollo e inteligencia a través del arte, interacción lúdica, programa de psicomotricidad, taller de expresión y sexualidad". Cabe preguntarnos qué porcentaje de la población participa en estos programas y cómo repercuten en el interno y en su rehabilitación.

Curiosamente, desde el punto de vista de los internos es importante la asistencia del psicólogo ya que tienen necesidad de hablar con alguien, de ser

escuchados y retroalimentados y que mejor que esto lo puedan hacer con una persona preparada. No tienen bien claro cuál es el rol del psicólogo, se limitan a decir que pueden platicar con ellos, que los cuestionan con frecuencia sobre sus pensamientos, ideas y actos, y que los hacen pensar y reflexionar. En el esquema 6 se profundizará la discusión en torno al tratamiento como parte de la rehabilitación.

Se muestran en el esquema 6 los indicadores acerca de la institución / usuario, ubicados en los rubros: a) el CE. VA. RE. PSI es un centro de rehabilitación y b) el CE. VA. RE. PSI no es un centro de rehabilitación, en este último se concentran los resultados.

El CE. VA. RE. PSI es un centro de rehabilitación, inicialmente el 22.2% de la muestra consideró el CE. VA. RE. PSI. como un centro de rehabilitación; aunque es un error, deformación de la información, que hablen de rehabilitación porque, más bien, se referían a que la institución es el hogar que nunca tuvieron, les brindan alimento, vestimenta, diversos cuidados y atenciones de los que carecían previamente a su ingreso y que sería difícil e, incluso, imposible recibir en otro lugar con tanta facilidad. La residencia permanente en una buena institución donde se procura todo sin cargo alguno: alimento, refugio, ropa, atención médica y odontológica, etc., comparado con las condiciones de un reclusorio es muy importante para quienes se hayan inmersos. Sin embargo, reconocen la escasa atención, asistencia irregular por parte del personal de salud y los efectos colaterales del medicamento.

Antes de continuar es necesario saber qué entiende el CE. VA. RE. PSI por rehabilitación: El área técnica es la responsable de implementar los programas de rehabilitación para los internos – pacientes, para lo cual se apoya en las diferentes disciplinas con las que cuenta éste centro; entre ellas encontramos: Psiquiatría, Medicina General, Psicología, Trabajo Social y Pedagogía, trabajando en estrecho contacto con aquellas áreas que apoyan el trabajo, la educación y el desarrollo cultural y deportivo; estableciendo de manera conjunta un esquema de rehabilitación progresivo e interrelacionado, donde cada disciplina resulta de vital importancia en el proceso de tratamiento de los internos – pacientes, dicho esquema de atención tiene como objetivos principales reforzar las habilidades previamente existentes, favorecer la expresión y restablecer el lazo social, con la finalidad de que al término del tratamiento implementado el paciente se encuentre en condiciones de reinsertarse en la comunidad y contar con alternativas que el permitan un mejor desarrollo (CE. VA. RE. PSI., 2001).

ψ El CE. VA. RE. PSI no es un centro de rehabilitación; primero, porque carece de personal capacitado, la asistencia es inconstante, hay desinterés principalmente por parte de psiquiatras y psicólogos y el personal es insuficiente. Por otro lado, las condiciones de encierro dificultan la readaptación, carecen de apoyo familiar y visita íntima lo cual es indispensable, el tratamiento psiquiátrico conlleva efectos secundarios difíciles de controlar y finalmente,

ignoran la evolución de su enfermedad; basta con decir que algunos desconocen el trastorno que padecen para saber que la información proporcionada directamente por la institución es insuficiente.

En cuanto al personal, este es reducido e insuficiente para atender adecuadamente a la población del CE. VA. RE. PSI., de acuerdo a los argumentos de los internos la asistencia es inconstante y esporádica, los psicólogos y psiquiatras los atienden una o dos veces al mes y dialogan muy poco tiempo (de 20 a 30 minutos por sesión). En la institución el personal suele encontrarse demasiado ocupado como para registrar cualquier cosa (observación), excepto los actos de desobediencia, menos en el espacio de la población prefiriendo los encuentros en la oficina del personal de salud.

Generalmente los psiquiatras en cada encuentro se limitan a hacer las mismas preguntas; para diagnosticar se basan en lo que el paciente les dice y en la conducta no verbal observada y resulta incómodo para el interno – paciente que frecuentemente los entrevisten cuando desconocen ellos el objetivo. El ser diagnosticado genera sentimientos encontrados; incertidumbre al saber que siempre tendrán que recibir tratamiento psiquiátrico, sentimientos negativos porque la sociedad los estigmatiza y, por el otro lado, consideran el diagnóstico como una etiqueta que facilita la administración del medicamento. En cuanto al papel del psicólogo, tiende a hablar y escucharlos, les pregunta por las actividades que realizan y el apoyo familiar que reciben; los invita a enfrentar sus problemas y ver las posibles soluciones, a analizar y reflexionar sobre los puntos negativos de su conducta.

Con relación a los estereotipos Schindler (1987 citado en García, S., 1998) plantea que existen estereotipos específicos, que ubican al psicólogo como aquel que entiende los problemas sencillos mediante la aplicación de pruebas y la psicoterapia y al psiquiatra como encargado de los problemas más graves, que se manejan administrando drogas psicotrópicas .

Los internos de la muestra que estuvieron internados en el CE. FE. RE. PSI tienden a comparar el tratamiento de ambas instituciones, difiriendo en los puntos mencionados: en el CE. FE. RE. PSI. recibían mayor asistencia, atención, el personal estaba muy bien capacitado, la figura del psicólogo, psiquiatra, pedagogo, trabajador social y odontólogo estaban presentes, tenían dinámicas familiares, etc., aspectos que no se perciben en el CE. VA. RE. PSI.

Un elemento más a considerar es la situación de encierro, para ellos no es la mejor opción por el contrario esto genera desesperación, inseguridad, incertidumbre, se sienten abandonados y quieren ser atendidos en casa en donde se sientan comprendidos, apoyados y alentados por la gente cercana. Sin embargo, son delincuentes y penalmente se les ha asignado una medida de seguridad que tiene que ser cubierta, algunos son abandonados y los que reciben visita familiar lo hacen ocasionalmente por ende no creo que la familia se responsabilice del cuidado.

Actualmente se considera a la familia un apoyo fundamental en la recuperación y rehabilitación del enfermo mental. Para Sarraceno y Bertolote (citado en Benassini y Varela, 1999) la rehabilitación implica introducir modificaciones en el entorno para que éste les ofrezca la mejor calidad de vida posible. Así también para la Organización Mundial de la Salud un objetivo primordial en la rehabilitación es el apoyo familiar. Escalante (citado en García, E., 1996) señala que existe una real necesidad de que la familia del paciente se incluya en el proceso del tratamiento y rehabilitación del mismo para lograr originar en estos familiares una actitud responsable para la atención del paciente una vez que haya sucedido la alta, de igual modo que se promueva una adecuada reinserción al núcleo familiar y social al que pertenece. La intervención con familiares puede ayudar a establecer relaciones interpersonales e intrafamiliares más sanas, de manera que los familiares no se vean afectados por la patología de uno de sus miembros y a su vez puede servir para que este miembro enfermo encuentre un efectivo soporte en su familia.

Tocante a los fármacos, hay pocas probabilidades de que se aplique un tratamiento específico para cada alteración. Ya con anterioridad se ha mencionado que la administración presenta efectos colaterales habitualmente aunque no necesariamente, tales como rigidez muscular del cuello, temblor de las extremidades, trastornos del sueño, echan saliva abundantemente, entre otros. Además, no siempre se dispone en la institución del tratamiento necesario por lo que tienen que recurrir a otro o incluso en ocasiones tiene que suspenderse la administración hasta que cuenten con recursos.

La concepción de que el CE. VA. RE. PSI. no es un centro de rehabilitación la encontramos también en una investigación realizada dentro del Programa de Internado de la Facultad de Psicología (Chávez, D. y Enríquez, G., 2000) cuyo objetivo fue conocer la representación social a nivel informativo que han construido los interno - pacientes con respecto al CE. VA. RE. PSI. La muestra estuvo constituida por 13 interno - pacientes (psiquiátricos e inimputables), cuyas edades fluctúan entre 20 y 72 años. En cuanto al método, se utilizó la técnica proyectiva; una vez que se les mostró a cada uno de los interno - pacientes los dibujos que habían realizado en el taller de expresión artística se les solicitó que dibujaran algo que estuviera relacionado con el CE. VA. RE. PSI y que explicaran posteriormente el significado que tenía para ellos. Se analizó el contenido del discurso proporcionado dando lugar a siete categorías. Los resultados y conclusiones demostraron que la representación social que han construido los interno - pacientes en estudio del CE. VA. RE. PSI es la de una cárcel, ya que los priva de su libertad y es caracterizada por la estructura física y el personal de seguridad y custodia, reciben atención psiquiátrica y existe más orden y organización. El ambiente es tranquilo, pero aburrido; a pesar de que tienen la oportunidad de realizar actividades en el mismo. Aunque perciben las diferencias entre la institución y el reclusorio no llegan al grado de concebir al primero como un centro de rehabilitación, incluso no comprenden el significado de las siglas del mismo. Los medios de que disponen los interno - pacientes

para obtener la información del objeto social en el que se hayan inmersos son limitados.

Es importante involucrar al individuo en su proceso de rehabilitación, informando y orientando acerca de su condición mental, su nivel de funcionamiento, su diagnóstico y pronóstico.

Finalmente, vale decir que la rehabilitación implica la intervención de un equipo interdisciplinario, en donde, como menciona el Dr. Valencia (citado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1999) "la comunicación entre los miembros del equipo sea la regla fundamental y sirva como base de un trabajo eficiente", y añade "para lo cual será necesario la especificación de los roles que cada miembro deba desempeñar de manera que se pueda promover el mejor servicio posible".

Se ofrecen en el esquema 7 los indicadores con respecto a los medios que les ha proporcionado la información relacionada con la enfermedad mental.

Indudablemente la experiencia con un objeto social es determinante en la adquisición de la información, los conocimientos, los valores, las creencias, las opiniones y las actitudes. Experiencia obtenida a través del contacto directo con la enfermedad, ya sea por padecerla personalmente o por relacionarse con algún enfermo mental dentro de la institución; las relaciones interpersonales entre los internos favorece la transmisión de ideas, pensamientos, valores, etc., el trato personal con profesionales del área de la salud mental; la transmisión cultural de conocimientos, estereotipos o prejuicios y la imagen difundida a través de los medios masivos de comunicación son también fuentes informativas.

Moscovici (1961) llamó *hechos anónimos* a todo el ruido en que nos vemos todos los sujetos porque son un continuo flujo de imágenes, valores, juicios y opiniones que nos impactan constantemente sin que ni siquiera nos demos cuenta de ello.

La tercera dimensión de la representación social es la actitud que se refiere a la disposición más o menos favorable que tienen los individuos acerca del objeto de la representación, expresando una orientación evaluativa en relación con ese objeto e intervienen componentes afectivos. Es una dimensión menos compleja y estructurada, que la información y el campo representacional, ya que puede existir a pesar de que se posea muy poca información y un campo de representación poco organizado

Obtener la actitud de los internos en este estudio no fue el aspecto central; sin embargo contamos con algunos elementos para hacerlo, sin intentar reducirla a lo que se presentará a continuación. La importancia reside en la evaluación de la práctica y el discurso.

De acuerdo a los argumentos expuestos la actitud se ha visto modificada conforme el paciente se apropia de más información, al principio de la enfermedad es difícil aceptar emocionalmente la realidad de una alteración de la salud, sobre todo cuando es de cierta consideración; se resisten a tomar un medicamento porque hacerlo constituye la confirmación de su enfermedad.

La patología impacta considerablemente la autopercepción del paciente, la imagen proyectada y sus probables consecuencias. Existe la tendencia a temer, evitar, rechazar, algunas veces compadecer, pero casi siempre a degradar a las personas diagnosticadas como "enfermas mentales". El proceso que convierte a una persona en un paciente mental lleva consigo potencialmente una autodevaluación. Ser clasificado y considerado un paciente mental, o incluso un ex paciente mental, impide en gran medida que el individuo pueda promover su autoestima o su aceptación social.

Scheff (Guinea, R., 2000) sostiene que cuando una persona ha sido clasificada públicamente como paciente mental, puede ser objeto de discriminación, si intenta reintegrarse a la comunidad, después de su recuperación; la aparición de la enfermedad provoca un shock, nadie que esté sano lo espera. La información y actitud de la sociedad va a influir en la actitud del mismo enfermo.

Aunque el interno acepte la enfermedad se van a presentar sentimientos de desesperanza e incertidumbre en ocasiones; no solamente por el padecimiento sino también por el abandono de la familia y por la situación de encierro. No obstante, al adquirir consciencia de la enfermedad y mayor información hay cambios en la actitud volviéndose positiva (según ellos): es necesario apoyar a los enfermos y ellos lo harían si algún familiar o amigo lo estuviera y les aconsejarían pedir ayuda; la gente tiene que ser abierta y aceptar a este tipo de gente porque todos son susceptibles a enfermarse mentalmente, merecen respeto, atención y cuidado, algunos lo requieren más que otros pues algunos no puede bastarse a sí mismos; tienen que ser serviciales con ellos y demostrar que son importantes y que pueden salir adelante a pesar de la enfermedad; merecen recibir afecto y cariño por parte de la familia y amigos para hacerles saber que no están solos, de ningún modo la familia se ensucia siendo un integrante de la familia enfermo y no hay razón para que se avergüencen de él. Es contradictoria esta actitud al considerar información ya expuesta sobre los signos y síntomas, en el área de afecto la agresividad es una característica de la enfermedad mental y esto no es mencionado por ellos con respecto a la actitud; inferimos que cuando las personas son agresivas no se va a asumir una actitud de la índole que ellos refieren. Cuando emplean el adjetivo de idiota lo hacen en un sentido peyorativo. Esta actitud puede ser indicador de la necesidad de vincularse afectivamente con los demás, del deseo de que la sociedad y la familia los acepte, de la necesidad de ser atendidos adecuadamente y de lograr la rehabilitación, finalmente.

La actitud positiva se ve desvanecida con las observaciones conductuales, pues la actitud del interno es incoherente entre práctica y discurso: durante las sesiones del grupo focal los internos se mostraban intolerantes cuando los compañeros no concordaban con la idea expuesta, si alguno comenzaba a divagar se desesperaban y molestaban porque el primero no se limitaba a contestar lo que se le estaba preguntando, si alguien cometía algún error tendían a burlarse, ante la falta de afinidad algunos se dirigían al compañero como el loco; incluso hubo internos que desertaron del grupo focal porque no pudieron sobrellevar la relación con los compañeros del grupo. Se contempla esta misma actitud cuando interactúan con los compañeros; se niegan a platicar con el paciente que se desvía de la plática, es mal visto el interno que actúa diferente a ellos y es más agredido el interno que no puede defenderse. Incluso el enfermo más funcional se beneficia de las cosas del más dañado, puede quitarle las pocas pertenencias que posee o cambiárselas por objetos de menor valor (dan cigarras y café por un audiocassette o en el mayor de los casos por unos tenis); se aprovechan del más deteriorado, le piden que realice actividades que no le corresponden como limpiar y cuidar la estancia, funge como mensajero, etc. Esta actitud de dominio y mando es observable solamente en algunos internos.

Los resultados, con respecto a la actitud, no coinciden con los obtenidos en diversa investigaciones que cita García, S., (1998) las siguientes investigaciones destacan que el rechazo disminuye con las experiencias personales; conforme mayores experiencias personales se da más aceptación y que quienes han tenido contacto con los enfermos mentales los rechazan menos; Gove (1982), Sheff (1974), Trute y cols. (1989). Pero sí concuerdan con los presentados por Reda (1996 citado en García, S., 1998) investigó en Inglaterra las actitudes hacia los enfermos mentales en una comunidad donde se instaló un servicio psiquiátrico comunitario, y encontró que éstas se mantuvieron negativas después de que se instalaron en el vecindario los enfermos mentales.

La discrepancia de actitud entre el argumento y la conducta concuerda con los resultados obtenidos por Hertz y Shemberg (1985, citado en García, S., 1998), quienes investigaron las creencias, actitudes e intenciones en escolares de quinto y sexto grado de primaria, encontrando que los niños manifiestan actitudes positivas, pero éstas no se reflejan en intenciones conductuales.

La incompatibilidad puede deberse a que durante el proceso de enfermedad y rehabilitación el interno adquiere mayor información que va modificando las actitudes; por otro lado, es importante considerar el contexto, el ambiente penitenciario, la medida de seguridad, la falta de apoyo social como factores importantes en la construcción de la realidad.

Es importante destacar que algunos estudios confirman la existencia de una correlación directa entre las actitudes positivas y la cantidad de información que se tiene, como los desarrollados por Fracchia y cols. (1975, 1976 citados en

García, S., 1998), mediante el método experimental, para determinar el efecto de la información sobre la percepción que tiene la comunidad de los ex pacientes mentales, encontrando que a mayor información, la percepción es más favorable.

Los problemas relacionados con actitudes o factores situacionales se consideran modificables por medio de la información y la orientación. Por tanto, la información y la orientación se pueden implementar en cualquiera de los niveles de prevención, tratamiento y rehabilitación.

Para la implementación de programas de atención para los enfermos mentales es necesario conocer la problemática, la concepción y las actitudes de las personas enfermas, ya que de esta manera se sabrá cuáles son las direcciones a seguir para la obtención de mayores beneficios dentro del campo de la salud mental.

Es importante notar que la representación social que tienen los profesionales de la salud mental varía de la presentada aquí, de hecho a lo largo del trabajo se manifiesta mi representación al referirme a ellos y al fenómeno que los aqueja.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos son una aproximación a la representación social, no es permisible decir en términos concretos que es la única información válida y existente en torno al tema, tampoco se quiere limitar a los datos aquí abordados. Pues el estudio de esta teoría requiere de un trabajo arduo, difícil y constante.

La investigación ofrece una serie de respuestas con respecto a la representación social de la enfermedad mental que han construido los internos participantes, quienes son el principal protagonista; puntos de vista, creencias, conocimientos, informaciones y actitudes que nos ayudan a entender la importancia de estos en el proceso de la enfermedad mental.

Nuestra realidad constantemente se transforma como resultado de las nuevas experiencias, de las informaciones que recibimos a través de diversas fuentes de información, de los conocimientos e ideas transmitidos verbalmente entre los miembros de los grupos sociales.

Las representaciones hacen que el mundo sea lo que pensamos que es, lo que debe ser y nos muestran que a cada instante una cosa ausente se agrega y una cosa presente se modifica. Representar un objeto es al mismo tiempo conferirle la categoría de un signo, conocerlo haciéndolo significante. Lo dominamos de un modo particular y lo internalizamos, lo hacemos nuestro, la representación permite atribuir a toda figura un sentido y a todo sentido una figura.

De acuerdo a Moscovici (en Sotirakopoulou, K. y Breakwell, G., 1992) una representación social es un sistema de valores, ideas y prácticas con dos funciones: primero, un orden que permite a los individuos orientarse y dominar su mundo material y social y, segundo, facilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proveyéndolos de un código para nombrar y clasificar varios aspectos de su mundo y su historia individual.

La posesión de una representación social en los internos les permite integrar a su esquema el concepto de enfermedad mental y todas sus implicaciones, logrando de esta manera ordenar su mundo y su realidad; la enfermedad mental se convierte en un elemento más o menos conocido y familiar. Por otro lado, como integrantes de un grupo social es necesario que compartan un repertorio que permita la comunicación e interacción; la representación social permite que estén en sintonía, que entiendan el mundo que tienen en común.

Si no construyeran los internos una representación social del fenómeno en cuestión, si al hablar cada uno hiciera referencia a diferentes aspectos sería imposible la comunicación, la integración e interacción social y su mundo sería caótico.

Para Flores (1993) una representación social es social si es compartida por un grupo y además elaborada por él, teniendo el propósito de clasificarlo y explicar sus características incorporándolo así a su realidad social.

Teniendo presente que la representación de la enfermedad mental varía en cada grupo, determinado por factores sociales y culturales; por ejemplo, la idea que tiene un interno no es la misma que posee el personal de salud mental o el de seguridad y custodia. Lo relevante es que entre estos personajes y otras figuras más existe una relación directa, o debería de existir, al jugar cada uno un elemento importante dentro de una institución de rehabilitación como lo es el CE. VA. RE. PSI; por ende, si se busca la rehabilitación del enfermo mental lo más viable es que se tenga conocimiento de su representación social.

Las concepciones acerca de la normalidad o anormalidad no sólo varían en los diferentes grupos sociales, si no también se han visto modificadas a lo largo de la historia. Independientemente de la representación que se posea, la enfermedad mental debería ser percibido como parte de nuestra vida cotidiana, de nuestra realidad; la mayoría de las personas, sino es que todos, tenemos conocimiento directa o indirectamente de la enfermedad y del enfermo mental. Ante tales situaciones debería existir mayor reconocimiento, aceptación, interés e importancia del tema en cuestión.

En el presente estudio se partió de la idea de que el contexto social de una u otra manera incide y repercute en la representación social; así en el grupo aquí analizado existen relaciones y factores que determinan los conocimientos, informaciones, experiencias y creencias. Son aspectos como la experiencia, la clasificación jurídica, los antecedentes psiquiátricos, el tiempo de estancia en la institución y el nivel escolar los que influyen en la constitución y contenido de la representación social que tienen de la enfermedad mental.

Para los enfermos la enfermedad se ha convertido en una realidad cotidiana debido al contacto con la misma, esto es por el padecimiento mismo, por formar parte de una institución carcelaria que posee un enfoque de rehabilitación y en donde interactúan con pacientes mentales. Quienes tienen antecedentes psiquiátricos previos a su ingreso en el CE. VA. RE. PSI., han tenido mayor contacto con la enfermedad mental y con el personal de salud mental responsable que los internos clasificados jurídicamente como psiquiátricos, para quienes la enfermedad mental es algo más nuevo y menos familiar. Desde luego, los internos - pacientes que han permanecido más tiempo dentro de la institución han tenido más posibilidades de relacionarse y convivir con compañeros enfermos, con psiquiatras, psicólogos, médicos, trabajadores social, entre otros; en suma, han obtenido más información directa e indirectamente. Por otro lado, se observa un discurso más ideado o elaborado en aquellos internos que tienen un nivel educativo de bachillerato en comparación con los que tienen únicamente instrucción primaria.

Puesto que la representación social se construye a partir de las experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social (Jodelet, 1986, citado en Ibáñez, 1988).

Todo nuevo conocimiento relacionado con respecto a la enfermedad mental es más sencillo de integrar a los esquemas previos de los internos - pacientes debido a que están familiarizados con esto; son enfermos mentales y han experimentado directamente algún tipo de contacto con personas que sufren este tipo de padecimientos.

Por otro lado, las dimensiones en torno a las cuales se estructura la representación social son la información, el campo representacional y la actitud.

En primer lugar nos referiremos a las fuentes que han proporcionado la información a los internos: una fuente determinante es la experiencia directa (padecimiento de la enfermedad y relación con enfermos mentales); otras fuentes de información reportadas, en menor medida son los medios masivos de comunicación, la lectura de libros y las pláticas brindadas dentro de la institución.

El segundo elemento es el campo de representación y corresponde al orden, estructuración y jerarquización de los elementos que configuran la representación, encontrando los siguientes:

Definición de enfermedad mental. Los trastornos mentales pueden afectar a la mayoría de los aspectos de la vida del paciente como el contacto con la realidad, conducta, emociones, pensamiento, memoria, percepción, relaciones interpersonales, trabajo, etc. Dificulta el desempeño adecuado en su medio ambiente.

Signos y síntomas. La enfermedad mental se caracteriza por alteraciones en el afecto, pensamiento, área motora o conación, percepción y consciencia.

Origen. La enfermedad mental está producida por ciertos factores personales y ambientales, es decir, por una combinación de determinantes biológicos, psicológicos y sociales.

Sentimientos de carácter colectivo. La familia y la sociedad poseen una actitud negativa con respecto al enfermo mental. La conducta de los miembros de la familia y del enfermo es bilateral, no sólo la familia afecta al paciente con su actitud sino que también el paciente afecta a los miembros de la familia. Los internos tienden a ser abandonados, este aislamiento no favorece tanto al paciente como a la gente que lo rodea y que se ve al fin liberada de soportar la carga que representa el enfermo en su vida.

Trato a los enfermos. El tratamiento farmacológico es fundamental en la rehabilitación porque controla la sintomatología; sin embargo, presenta la desventaja de inducir cambios adversos en el organismo. Lo adecuado sería combinar los fármacos con la asistencia psicológica.

Institución / usuario. El CE. VA. RE. PSI no es un centro de rehabilitación ya que los recursos humanos son insuficientes y carecen de capacitación adecuada; la asistencia es inconstante y el tratamiento farmacológico aunque disminuye la patología genera reacciones secundarias algunas veces.

Por último, la actitud se caracteriza al inicio de la enfermedad por sentimientos de desesperanza e incertidumbre, negación de la enfermedad. No obstante, al reconocer el padecimiento y poseer mayor información de lo que están viviendo (la enfermedad) la actitud se vuelve positiva, relativamente (según ellos); sin embargo, es contradictoria esta actitud al observar la conducta, pues la actitud del interno es incoherente entre práctica y discurso.

Una vez presentados los elementos que constituyen la representación social de la enfermedad mental en una muestra de interno – pacientes del CE. VA. RE. PSI fue posible observar el tipo de información que poseen, la organización y jerarquización del contenido, y por último los medio de información de que disponen.

Por otra parte, los elementos informativos con relación a la enfermedad mental pasan a formar parte del sentido común permitiendo a los internos organizar, de manera coherente, la construcción de lo existente; se transforman los elementos en objetos sociales reales y tangibles. La enfermedad es parte de la realidad cotidiana del que la padece debido al contacto con la misma, diariamente viven acontecimientos relacionados con éste fenómeno, dentro del CE. VA. RE. PSI. las personas más próximas son enfermos mentales y el contexto gira en torno a la enfermedad.

Moscovici (citado en Losada, M.) decía que si algo no pasa al sentido común, es decir a la acción, en la manera en que la gente se posiciona con relación a otros dentro de las categorías del pensamiento, nada puede convertirse en una realidad viviente, en una realidad de relaciones y una realidad de acción.

Dentro de esta dinámica asumen una función productor-receptor, es decir, unos juegan el papel de productores y otros de receptores; así este funcionamiento permite que se vuelva accesible el conocimiento para todos, surgiendo, un "pensamiento del sentido común" .

Mediante la representación se crean realidades de sentido común, explicaciones y conceptos de la vida cotidiana que permiten la comunicación entre los interno – pacientes.

Las modalidades de comunicación social determinantes en la estructuración de la representación social son la comunicación interpersonal y el contacto con la enfermedad mental. Se observa como las pertenencias grupales y las ubicaciones sociales determinan la cantidad y calidad de la información; información organizada que se manifiesta en opiniones diversas e influyen en la elaboración, ideación, contenido y complejidad de los argumentos.

Cabe mencionar, que la institución carece de recursos y programas de rehabilitación con objetivos adaptados a las condiciones particulares, sobre todo en los casos que la medida de seguridad es prolongada. El tratamiento debe seguir una secuencia a partir de la evaluación multidisciplinaria de las condiciones y necesidades del usuario; la propuesta de un plan de tratamiento y la prestación de los servicios de rehabilitación deben ser de manera activa e intensa considerando los recursos, objetivos y estrategias de las instituciones (diagnóstico integral, farmacoterapia, terapias psicológicas, intervención social) y las posibilidades de la comunidad para ofrecer apoyo social (apoyo familiar, reducción de la estigmatización y discriminación) para mejorar su nivel de funcionamiento y la calidad de vida.

Considerar estos elementos conduce a conscientizar al personal de la institución sobre la necesidad de que asuman un papel más activo y humano en cuanto a la comprensión y apoyo de quien sufre alteración y está en proceso de reintegración.

Limitaciones

Durante la realización de esta investigación nos enfrentamos a las siguientes limitaciones:

Al revisar los expedientes, del área técnica, de los internos nos encontramos con que la información que presentan es incompleta y no actualizada.

El espacio físico utilizado para las entrevistas fue inadecuado; requería que los internos salieran del área de dormitorios para dirigirse hasta el cubículo asignado, dificultándose en ocasiones el traslado debido las políticas de seguridad y custodia. Con respecto al salón de centro escolar donde tuvieron lugar las sesiones del grupo focal las condiciones no eran las óptimas, ya que cuando había actividad en las aulas aledañas el ruido dificultaba la grabación.

Algunos participantes realizan diversas actividades y a veces les era imposible asistir con puntualidad a las sesiones. A pesar de que se seleccionó el horario considerando las actividades que se llevan en la institución a veces se traslapaba con la administración del medicamento, con el cambio de uniforme y con la comisión que realizan (no tienen una hora definida para hacerlo). Teniendo que retardar, adelantar, acortar e incluso terminar la sesión antes de lo programado.

Durante la intervención desertaron algunos internos debido a los efectos secundarios del medicamento y a la actitud intolerante que tienen con respecto a las ideas, pensamiento y conducta de los compañeros asistentes; reduciendo el tamaño de la muestra.

La mayor parte de los participantes de la muestra son inimputables. Cuando inicialmente se pretendía existiera el mismo número de inimputables y psiquiátricos.

Es limitada la información acerca de la representación social en enfermos mentales y es menor cuando se trata de enfermos que han delinquido y que se encuentran en una institución penitenciaria con un enfoque de rehabilitación.

Aunque se obtuvieron datos notables de los componentes básicos de la representación los resultados deben considerarse como una aproximación a la representación social, ya antes se mencionaba la complejidad del estudio de esta temática.

Los resultados no pueden ser generalizados a la población para hacerlo se requiere llevar a cabo una investigación con una muestra mayor.

Alcances

En esta investigación se obtuvieron resultados importantes con respecto a la representación social, es un acercamiento de la percepción que los internos tienen de fenómeno.

La investigación manifiesta lo que entienden los internos por enfermedad, el origen, características y manifestaciones de la misma, según su experiencia cuál es la actitud de su familia y de la sociedad, cuál es su actitud ante el enfermo mental, importancia del tratamiento y del personal de la salud mental; información que puede ser considerada por las autoridades del centro con el fin de proporcionar información y orientación los sujetos que se encuentran inmersos en la misma y que finalmente son quienes deben recibir una rehabilitación integral

Baca (1999) considera que para conseguir la integración del enfermo mental "es necesario que todos aprendamos el lenguaje en el que se expresa, en todas sus formas y matices. Hay que aprender el lenguaje propio del delirio, de la depresión, de la angustia, de los trastornos de la personalidad. Y no para instalarnos en ese lenguaje sino para ayudar eficazmente a los que están prisioneros del mismo a volver con nosotros, a reintegrarse en nuestro mundo".

Identificación, indirectamente, de algunas necesidades del paciente por comprender su enfermedad y su padecer, el rol y funciones del personal que está directamente relacionado con la atención, desde el punto de vista de sus pacientes.

Dentro del CE. VA. RE. PSI. la investigación es limitada por lo cual es importante el presente estudio y lo es más cuando se considera un fenómeno de gran trascendencia como es la percepción de la enfermedad mental en el propio portador.

Para el que se acerca por primera vez al campo de la representación social y de la enfermedad mental, este trabajo puede ser un océano que genere una serie de expectativas e incertidumbre en torno al tema.

Las posibilidades de investigación en el área de la salud y en el ambiente penitenciario son enormes y la comunidad interna (interno – pacientes) está en espera de acciones e intervenciones serias que los conduzcan a al logro del establecimiento y equilibrio de la salud.

Sugerencias

Se sugiere a las autoridades del CE. VA. RE. PSI que implementen un programa informativo con respecto a la enfermedad mental dirigido a los interno - pacientes y a su familia. Que aclaren y orienten al enfermo cada vez que sea posible, que proporcionen la información que no ha sido accesible al paciente y al proporcionársela se eviten distorsiones y falsas creencias en torno a la locura. Cuidando de no utilizar lenguaje técnico que resulte incomprensible, vacío e ineficaz para el interno.

Una alternativa más es la formación de grupos de discusión y la participación de instituciones externas expertas en el tema.

Con respecto a la metodología, se invita a retomar el tema considerando que en la muestra exista un mismo número de participantes inimputables y psiquiátricos.

Podría aplicarse la técnica de grupo focal en series, con pocos internos dando la oportunidad de que todos participen, considerando desde luego que los resultados pueden ser influidos por factores externos e internos.

Una vez familiarizados con le fenómeno de la representación social de la enfermedad mental en el propio portador se invita a retomar el trabajo con la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa.

Sería importante complementar esta investigación estudiando la representación social de la rehabilitación en los interno – pacientes y la representación social de la enfermedad mental en el personal de la salud mental.

Es necesario que en los estudios de representación se considere tanto el discurso como la práctica. Pues las representaciones sociales constituyen generadores de *toma de posturas*, están compuestas por elementos valorativos

que orientan la postura que toma una persona; producen los significados que la gente necesita para comprender, actuar y orientarse en su medio social. Es por esto que sería relevante establecer similitudes o discrepancias entre el discurso y la actuación.

CAPÍTULO VI. REFERENCIAS

Ayesterán, S., De Rosa, A. Y Páez, D. (1987). Representación social, procesos cognitivos y desarrollo de la cognición social. En D. Páez (Coord.) Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social. Madrid: Fundamentos. 1987.

Baca, E. (1999). Debemos integrar a los enfermos; sobre todo en la sociedad.
http://www.ads.recoletos.es/RealMedia/ads/adstream_nx.cgi/dmedico.

Banda, N. y Flores, F. (1986). La representación social del movimiento feminista en mujeres trabajadoras administrativas y amas de casa. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Barclay, M. (1976). Psicología anormal. México: Manual Moderno.

Benassini, O. y Varela, C. (1999). Evaluación de la calidad de los servicios de rehabilitación psiquiátrica. Psiquiatría, 15 (1), 20-24.

Caballo, V., Buena, G. Y Carboles, J. (1995). Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos (Vol.1). España: Siglo XXI

Calderón, G. (1993). San Hipólito y el Divino Salvador: primeros hospitales psiquiátricos de América. Acta Psiquiátrica de América Latina, 39 (3), 254-259.

Castellanos, G., Delgadillo, R. Y García, L. (2000). La representación social del VIH / SIDA en un grupo de internos de la penitenciaría. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

CE. VA. RE. PSI. (2001, abril). Esquema de rehabilitación del CE. VA. RE. PSI. Gaceta Informativa Controversia, 1.

Chávez, D. y Enríquez, G. (2000). Representación Social del CE. VA. RE. PSI. en los interno-pacientes. Reporte de investigación de la 1ª Rotación en el área de Psicología Social. Internado de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Clemente, M. (1992). El análisis de contenido: características generales y análisis categorial. En M. Clemente (Coord.) Psicología social: métodos y técnicas de investigación. España: Eudema.

Concepto de Normalidad y Anormalidad. (1999). Revista de Psicología, 28, 2-6

Concepto de salud y enfermedad. <http://www.diariomedico.com>

Cooley, E. (1983) Desarrollo institucional de la atención del psiquismo en México. En S. Marcos (coord.) Manicomios y prisiones. 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. México: red-ediciones.

Coolican, H. (1990). Métodos de investigación y estadística en psicología. México: Manual moderno.

Dana, R. (1966). Teoría y práctica de la Psicología Clínica. Argentina: Amorrortu, 1994.

De la Cruz, U., Gómez, V. y Suaste, G. (1990). La representación social de la enfermedad mental en cuatro grupos de profesionales de la salud mental. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

De la Fuente, R. (1959). Psicología médica. México: Fondo de Cultura Económica. 1996.

Díaz, C. (1998). Los conceptos de normalidad y anormalidad desde la teoría de la representación social, en el campo de la salud mental. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Domingo, G. (1991). Las Representaciones Sociales. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Durante, P. Y Noya, B. (1998). Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica. España: Masson.

Elejabarrieta, F. (1991). Las Representaciones Sociales. En A. Echebarria (Comp.) Psicología Social Sociocognitiva. Bilbao. Decléc de Brouwer. S.A.

Farr, R. (1984). Las Representaciones Sociales. En S. Moscovici (Coord.) Psicología Social II. España: Piados.

Flores, F. (1993). La representación social de la feminidad en profesionales de la salud mental: posibles repercusiones en la intervención clínica. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

Flores, F. (1994). La representación social de la feminidad en profesionales de la salud mental: posibles repercusiones en la intervención clínica. Revista Mexicana de Psicología, 11 (2), 145-153.

Flores, F. (2000). Psicología social y género. México: McGraw Hill.

Freedman, A., Kaplan, H., Sadock, B. (1975). Compendio de Psiquiatría. Barcelona: Salvat Editores. 1985.

García, A. (2000). El tratamiento psiquiátrico obligatorio. <http://usuarios.tripod.es/igonzal/htm>

García, E. (1996). Importancia de la intervención psicológica sobre las actitudes hacia la enfermedad mental en familiares de pacientes psiquiátricos. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

García, F. (1986). El análisis de la realidad social: Métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza Editorial.

García, S. (1993). Creencias y actitudes hacia la enfermedad mental y el psiquiatra: estudio exploratorio. Acta psiquiátrica de América Latina, 39 (2), 159-168.

García, S. (1998). El sistema de actitudes en relación con la enfermedad mental: un modelo descriptivo de su formación y consecuencias. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Giné, P. (1994). El manicomio: consideraciones sobre su historia y su porvenir. Revista de Psiquiatría, 21 (1), 23-24.

Goldman, H. (1989). Psiquiatría General. México: Manual Moderno.

Gómez, R. (1989). Confinamiento versus rehabilitación: análisis de los aspectos legales y médicos que atañen al enfermo mental. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Guinea, R. (2000). Enfermedad mental, estigma y trabajo. <http://usuarios.tripod.es/igonzal/htm>

Gutiérrez, E. y Pozos, P. (1983). Actitud de la comunidad hacia la enfermedad mental y hacia el rol del psicólogo. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Hernández, R., Fernández, C y Baptista, L. (1998). Metodología de la Investigación. México: McGraw Hill.

Herzlich, C. (1975). La Representación Social. En S. Moscovici (Coord.) Introducción a la Psicología Social. Barcelona: Planeta.

Ibáñez, T. (1988). Representaciones sociales, teoría y método. En: T. Ibáñez. (Coord.). Ideología de la vida cotidiana. Barcelona: Sendai.

Instituto Mexicano de Psiquiatría (1999, Septiembre). ¿Qué es la enfermedad mental para el paciente?. Trabajo presentado en el curso Manejo integral del paciente psiquiátrico.

Jodelet, D. (1986a). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici. (Coord.). Psicología social II. México: Paidós.

Jodelet, D. (1986b). Loco y locura en un medio rural francés: una aproximación monográfica. En W. Doise et A. Palmonari; "L'étude des représentations sociales". Ed. Delachaux et Niestlé. Paris. Traducción Fátima Flores (México, 1995).

Jodelet, D. (2000). Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras. En D. Jodelet Y A. Guerrero. (Coords). Desvelando la cultura: Estudios en representaciones sociales. México: Cromocolor

Kerlinger, F. (1988). Investigación del comportamiento. México: McGraw Hill. 1991.

Kleinmuntz, B. (1980). Elementos de Psicología Anormal. México: Continental.

Krueger, R. (1994). Focus Groups. United states of America. SAGE..

Lagarriga, I. (1994). El concepto tradicional de enfermedad mental en México. Revista de Salud-Problema, Universidad Autónoma de México, 25, 27-32.

Losada, M. Lo social en tiempos de transición / Diálogo con Serge Moscovici. <http://www.elecciones.eud.com/sic/sic270799f-htm/moscovici>

Luna, R. (1995). El enfermo mental ante la ley. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Marcos, S. (1983). Manicomios y prisiones. 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. México: red-ediciones.

Martínez, M. Y García, M. (1992). Técnicas y procedimientos para el estudio de las representaciones sociales. En M. Clemente. Psicología social: método y técnicas de investigación. España: Eudema

Mejías, A. (2000). Psicofármacos en psicoterapia grupal. Revista de Psiquiatría, 15 (1), 34-37.

Mendoza, E. (1997). La representación social de la realidad en el marco de la vida cotidiana. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Morales, F. (1994). Psicología social. Buenos Aires: McGraw Hill. 1997.

Morgan, D. (1997). Focus Groups as qualitative research. United states of America. SAGE.

Moscovici, S. (1961). El psicoanálisis, su imagen y su público. Argentina: Huemul. 1979.

Page, J. (1982). Manual de psicopatología. México: Paidós.

Postel, J. Y Quétel, C. (1983). Historia de la psiquiatría. México: Fondo de Cultura Económica. 1987.

Rehabilitación Psicosocial. <http://www.intress.org/index/htm>. Institut de Treball Social i Serveis Socials

Rodríguez, A. (1983). Práctica institucional psiquiátrica de México. En S. Marcos (coord.) Manicomios y prisiones. 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. México: red-ediciones.

Rodríguez, Y. y Sweet, A. (1993). Representación social de la enfermedad mental en familiares de pacientes psiquiátricos institucionalizados. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Rosen, G. (1968). Locura y sociedad. España: Alianza. 1974.

Ruiz, J. I. y Espinoza, M. A. (1989). La descodificación de la vida cotidiana. Bilbao: Universidad de Deusto.

Sagrada Biblia (1950). Traducida de la vulgata latina al español por Torres, F. Argentina: Sopena.

San Martín, H. (1983). Salud y enfermedad. México: La Prensa Médica. (1984).

Sarason, I. (1996). Psicología Anormal. México: Prentice hall, Hispanoamericana.

Szasz, T. (1960). El mito de la enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrurtu. 1976.

Sotirakopoulou, K. Y Breakwell, G. (1992). The use of different methodological approaches in the study of social representations. Ongoing production on Social Representations. 1 (1), 29 -38.

Taylor, S. y Bogdam, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. México: Paidós. 1996.

Tusquets, M. y Grau, M. (1988). Enfermedad mental y entorno urbano: metodología e investigación. España: Anthropos.

Valles, M. (1992). La entrevista psicosocial. En M. Díaz (Coord.) Psicología Social: Métodos y técnicas de investigación. España: Eudema.

Vázquez, A. y González, S. (1986). La actitud hacia la enfermedad mental en una población no comprometida con el área de la salud mental. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Velázquez, A. (1992). Farmacología. México: McGraw Hill.

Wagner, W. Y Elejabarrieta, F. (1994). Representaciones Sociales. En J. F. Morales (Coord.) Psicología Social. España: McGraw Hill.

Zinser, O. (1987). Psicología Experimental. México: McGraw Hill.



ANEXOS

ANEXO 1

Índice Temático

1. Definición de enfermedad mental
2. Etiología
3. Síntomas y/o signos
4. Personal de salud responsable
5. Diagnóstico
6. Pronóstico
7. Tratamiento
8. Significado psicológico y social
9. Importancia social
10. Actitud
11. Servicios y centros de atención
12. Fuentes de información

ANEXO 2

Datos Generales de la Muestra

LUGAR DE ORIGEN

Lugar de origen	Número de personas
México, D.F.	6
Puebla	1
Chiapas	1
Querétaro	1

RANGO DE EDAD

Edad	Frecuencia
22	1
23	1
26	1
33	1
34	3
35	1
60	1

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Grado escolar	Frecuencia
Analfabeta	1
Primaria inconclusa	2
Preparatoria inconclusa	5
Licenciatura inconclusa	1

SITUACIÓN JURÍDICA

Situación jurídica	Frecuencia
Inimputables	7
Psiquiátricos	2

DIAGNÓSTICO

Trastorno	Frecuencia
Traumatismo craneoencefálico	2
Delirante tipo mixto	1
Esquizofrenia	1
Epilepsia	1
Mental y del comportamiento asociado a farmacodependencia	1
Diagnóstico indefinido	1
Sin diagnóstico	1

DELITO

Delito	Frecuencia
Violación en forma equiparada, violación impropia y abuso sexual	1
Abuso de autoridad	1
Contra la salud, modalidad posesión de cocaína y marihuana	1
Homicidio en razón de parentesco	2
Robo	4

MEDIDA DE SEGURIDAD O SENTENCIA

Tiempo	Frecuencia
2 a	1
4 a 3 d	1
4 a 15 d	1
5 a 6 m	1
6	1
6 a 2 m	1
17 a 6 m	1
18 a 6 m	1
40 a	1

FECHA DE INGRESO AL CE. VA. RE. PSI.

Fecha de ingreso	Frecuencia
1997	1
1999	1
1er Semestre del 2000	3
2º Semestre del 2000	4

APOYO FAMILIAR (recepción de visita)

Visita familiar	Frecuencia
No	5
Irregular	2
Constante	2