

14
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

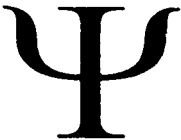
*LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA
ENFERMEDAD MENTAL EN UN
GRUPO DE ENFERMERAS DE UNA
INSTITUCIÓN PÚBLICA*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:

CLAUDIA GISELA ARCHUNDIA VELASCO

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. FÁTIMA FLORES PALACIOS



MÉXICO, D.F.

JULIO 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 Universidad Nacional Autónoma de México por haberme dado la oportunidad de formar parte de esta máxima casa de estudios.

A la Facultad de Psicología por haberme dado una formación profesional y ética.

ADGAPSA por la beca proporcionada para la realización de este trabajo.

A la Dra. Fatima Flores Salazar

*Por su apoyo y por compartir sus conocimientos
Por su entusiasmo y
Por su confianza y el tiempo que le dedico a este trabajo*

A mis amados por su apoyo y por el tiempo que se dedicaron a la revisión de este trabajo, por sus comentarios y sugerencias que lo enriquecieron aún más

*Mtra. Olga Livia Huerta Romero
Lic. Alfredo Guerrero Tapia
Lic. Arcadio Lombardi Rodríguez
Lic. Norma Barragan Torres*

A las pacientes del Hospital Psiquiátrico "José Gayogo" por todo lo que he aprendido junto a ellas.

A las enfermeras de este Hospital por compartir sus experiencias y por el tiempo que me brindaron para llevar a cabo este trabajo

A la memoria de mi abuelo Marcelino Archundia:

Por su cercanía

Por los conocimientos que me transmitió

Por todos los momentos que compartimos

Por estar conmigo y darme esa fuerza interna para seguir siempre adelante

A mis padres Elicia y Rogelio:

Por el apoyo que siempre me han dado

Por estar conmigo

Por impulsarme a seguir adelante

A mis hermanos: Rogelio, Norma y Alfredo

A la Dra. Patricia Demian:

Por su amistad y el apoyo que siempre me ha brindado

Por el aprendizaje y los conocimientos que ha compartido conmigo

A Teco:

Por su amistad y su incondicionalidad

Por el apoyo que siempre he recibido

A mis amigos y amigas con los que he pasado momentos inolvidables.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue conocer la representación social acerca de la enfermedad mental en un grupo de enfermeras y la relación que establece con la paciente psiquiátrica dentro de una Institución Pública, donde se brinda atención exclusivamente a mujeres con un padecimiento mental.

La muestra estuvo constituida por 10 enfermeras, cuyo rango de edad es de 26 a 65 años. Es una investigación de tipo exploratorio. En cuanto al método se utilizó una entrevista semiestructurada. 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 los códigos de: 1. salud-enfermedad, 2. enfermedad mental, 3. enfermedad física, psicológica y social, 4. diagnóstico, tratamiento, pronóstico 5. relación, percepción, actitud, sentimientos, 6. factores socioculturales. Sin duda esta aproximación a la representación social de la enfermedad mental y la relación que establece la enfermera con la paciente, es resultado de la experiencia, informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que han recibido y transmitido a través de la tradición, educación, la interacción y la comunicación social.

Finalmente, es importante considerar que la relación afectiva y el soporte emocional que le brinda la enfermera a la paciente, constituye un apoyo en la recuperación de las pacientes, y las prácticas hospitalarias debieran contemplar.

LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN UN GRUPO DE ENFERMERAS DE UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA.

| | |
|--------------------------|----------|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
|--------------------------|----------|

CAPITULO 1. LA TEORÍA DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL

| | |
|---|----|
| 1.1. Antecedentes del estudio de la Representación Social en Psicología Social..... | 4 |
| 1.2. Definición de la Representación Social..... | 7 |
| 1.3. Construcción de la Representación Social..... | 10 |
| 1.4. Características de la Representación Social..... | 11 |
| 1.5. Función de la Representación Social..... | 12 |
| 1.6. Dimensiones de la Representación Social..... | 14 |
| 1.7. Representación Social de la Salud y la Enfermedad..... | 15 |
| 1.8. La función de la enfermera prácticas y representaciones sociales..... | 19 |

CAPITULO 2. INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS Y MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

| | |
|---|----|
| 2.1. Panorama histórico de la psicopatología..... | 24 |
| 2.1.1. Demonología Primitiva..... | 24 |
| 2.1.2. Somatogenesis..... | 25 |
| 2.1.3. Edad media..... | 25 |
| 2.1.4. Renacimiento..... | 26 |
| 2.1.5. Del siglo XVII hasta la era moderna..... | 26 |
| 2.2. Antecedentes de las Instituciones de Salud Mental en México..... | 27 |
| 2.2.1. El hospital de la Santísima Trinidad..... | 27 |
| 2.2.2. El Hospital San Hipólito..... | 28 |
| 2.2.3. El Hospital del Divino Salvador..... | 28 |
| 2.2.4. Manicomio general "La Castañeda" y el surgimiento de nuevas Instituciones..... | 29 |
| 2.2.5. Modelos en Salud Mental..... | 31 |
| 2.2.6. Modelo Sociocultural..... | 33 |
| 2.2.7. Modelo Legal..... | 33 |
| 2.2.8. Modelo Estadístico..... | 34 |
| 2.2.9. Modelo Ideal..... | 34 |
| 2.2.10. Modelo Clínico..... | 35 |
| 2.2.11. Modelo Psicoanalítico..... | 35 |
| 2.2.12. Modelo Conductual..... | 36 |
| 2.3. Modelo Médico..... | 36 |

CAPITULO 3. LA MUJER EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

| | |
|--|----|
| 3.1. Delimitación del campo de la salud mental de las mujeres..... | 39 |
| 3.2. El malestar femenino..... | 41 |
| 3.3. Mujer, psicopatología y malestar en la cultura..... | 43 |
| 3.4. Ideología y salud mental de la mujer..... | 45 |
| 3.5. Factores de riesgo en la salud mental de las mujeres..... | 47 |
| 3.6. Epidemiología en la salud mental..... | 49 |

CAPITULO 4. METODOLOGÍA.

| | |
|--|----|
| 4.1. Justificación..... | 52 |
| 4.2. Planteamiento del problema..... | 53 |
| 4.3. Objetivo general..... | 53 |
| Objetivos específicos..... | 53 |
| 4.4. Supuestos..... | 54 |
| 4.5. Muestra..... | 54 |
| 4.6. Tipo de estudio..... | 54 |
| 4.7. Técnica e instrumentos de recolección de datos..... | 55 |
| 4.8. Escenario..... | 55 |
| 4.9. Procedimiento..... | 56 |
| 4.10. Análisis de datos..... | 56 |

CAPITULO 5. RESULTADOS

| | |
|-----------------|----|
| 1ª Sección..... | 57 |
| 2ª Sección..... | 74 |

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

| | |
|-------------------|----|
| Discusión..... | 82 |
| Conclusiones..... | 92 |
| Alcances..... | 94 |
| Limitaciones..... | 94 |

| | |
|---------------------------|-----------|
| BIBLIOGRAFÍA | 96 |
| Anexo 1..... | 101 |

INTRODUCCIÓN

Abordar el estudio de las representaciones sociales supone tomar en cuenta los procesos subjetivos que intervienen en la construcción de la realidad ante la cual se reacciona.

La comprensión de los fenómenos subjetivos de la construcción del pensamiento permite delimitar justamente el campo de la interacción. De esta manera lo psicosocial es interactivo y relacional y se cifra en un conjunto de hechos y procesos que se producen como consecuencia de las relaciones que se establecen entre las propiedades y los fenómenos sociales (Flores, 1993).

La representación social es un concepto que apunta hacia fenómenos y procesos, no es algo que esté acabado y definido, puede y de hecho sufre modificaciones a lo largo de la experiencia que se tiene día a día.

De acuerdo con Flores (1993) los trabajos y las investigaciones que se han desarrollado en los últimos tiempos sobre la representación social de la salud y la enfermedad mental han conducido a diversas reflexiones e interpretaciones. La salud y la enfermedad son significantes con un contenido altamente valorado por los individuos y la sociedad, en tanto que su función representacional adquiere la importancia de un reporte individual dentro del orden social. Es decir, el sujeto se sentirá perteneciente o ajeno por medio de una identificación a un determinado grupo social de acuerdo al conocimiento y apropiación de ese reporte individual.

Herzlich (1975) resume la importancia del estudio de las representaciones sociales en el campo de la salud y la enfermedad a partir de tres aspectos que considera básicos: a) exigencia indispensable de considerar el discurso interpretativo llevando a la cristalización de representaciones bien estructuradas, b) el carácter de "visión del mundo" de estos discursos en relación al orden biológico y al orden social y c) sus características de punto de reencuentro de la ciencia y del sentido común.

Con el paso del tiempo y en la medida de la evolución del estudio de las representaciones sociales en el campo de la salud, se ha reconocido la creación de un espacio importante de investigación, es decir que la enfermedad y la salud han pasado al debate social como grandes preocupaciones e implicaciones de la colectividad no solo científica sino de la población en general. La enfermedad ha dejado de ser un padecimiento que se vive puertas adentro para pasar al dominio público.

Paes y Ayestarán (1984) resumen el estado de la representación de la enfermedad mental a nivel social en tres concepciones básicas: 1) la enfermedad mental como fenómeno sobrenatural, concepción propia de los países en desarrollo y de los inmigrantes de estos países.; 2) la enfermedad mental como fenómeno de causas biológicas, difícilmente curable.; 3) la enfermedad mental como fenómeno funcional y psicológico.

La enfermedad es el producto de una situación negativa. El enfermo sería parcialmente responsable de lo que le ocurre y puede ser ayudado.

La locura dimensión de la conducta humana aparece como un sin sentido de la vida, ha sido objeto de las más diversas interpretaciones a lo largo de la historia. El sin sentido de la locura que se devela en una cierta sintomatología, quizá constituya un intento de comunicación sensible a los cambios que experimente dicha estructura o sistema social que la contiene; un sin sentido que varíe " Con su rigidez o su agresividad, su estereotipia o su adaptabilidad, su organización en estructuras de intercambio igualitario o en estructuras de dominación-subordinación (Mancilla,2001).

A menudo nos hemos quedado perplejas ante cuestiones de gran complejidad y amplitud tales como por ejemplo, definir el campo de la salud mental de las mujeres; de cuál es la percepción o la noción social de la salud mental femenina, de las relaciones existentes entre la constitución de las mujeres como sujetos y su salud mental, de cómo definir las problemáticas prioritarias en este campo, de qué es lo que se ha venido realizando en nuestro país, y de cuáles son los modelos paradigmáticos con los que se opera en este campo (Burin, 1987).

En las últimas décadas se ha hecho hincapié en la situación de la mujer, así como en las causas de su opresión y relegamiento en las sociedades capitalistas. Así mismo se subraya el hecho de que presenta patologías mentales diferenciadas como resultado de la situación a la que se ha visto sometida (Sack, 1979). Se habla de un "síndrome femenino", o sea, "aquella serie de síntomas psicopatológicos que provienen todos de una problemática que podría definirse como femenina" (Marcos, 1987). Se dice que los papeles que desempeña la mujer son estereotipos de lo que vendría a ser una especie de masoquismo, pues al presentar dulzura, pasividad, abnegación, sumisión, etcétera-características que la ideología de la opresión le han asignado como "naturales", se comporta como quien padece esta perturbación psicopatológica.

El presente trabajo surge ante la inquietud de conocer cómo un grupo de enfermeras que trabajan en una Institución Pública con mujeres que padecen una enfermedad mental, se representan la enfermedad mental y como se relacionan con ellas, ya que son las enfermeras quienes están en mayor contacto con la paciente y quienes colaboran con el médico en la verificación del tratamiento y la evolución que tiene la paciente, pero sobre todo a nivel afectivo, qué les han dado y que han recibido de esta experiencia con ellas.

También con este trabajo se busca delimitar el campo de la salud mental de las mujeres para entender y ver la influencia que determinados factores socioculturales han llevado a la mujer a presentar este tipo de padecimientos psíquicos, ya que como refiere Tuber (1992) el precio psíquico de estos papeles sociales, es la alineación a través de las distintas formaciones sintomáticas. Tal alineación conduce, además, a la aceptación de un supuesto destino (el femenino, por ejemplo), inevitable y esencial, en tanto se lo considera determinado por la naturaleza y se cubre su fundamento cultural e histórico.

Las anteriores preguntas, son las que guiaron el presente estudio.

La profesión de enfermera fue fundada sobre las base de las prescripciones médicas e integrando una parte del saber médico. En 1946, la primera definición legal de la misma confirmaba su total dependencia al poder médico y limitaba su función a la ejecución de actos curativos prescritos por los médicos (Guimelli, 2001)

De acuerdo con Guimelli (2001) parece ser que la evolución de las prácticas (sociales o profesionales) es una determinante poderosa del cambio del estado de las representaciones sociales. Resulta que las prácticas profesionales relacionadas con la función de enfermera, deberían proporcionar al psicólogo social un terreno de observación particularmente favorable para el estudio de las relaciones entre prácticas y representaciones sociales.

Por todo lo anterior, el presente trabajo se organizó de la siguiente manera: en el capítulo 1, se lleva a cabo una revisión de la teoría de la representación social, abordándose el estudio que llevó a cabo Guimelli (1990) con un grupo de enfermeras en Marsella y que enfatiza las prácticas tradicionales y las prácticas nuevas como determinantes de las representaciones sociales dentro de este campo laboral. En el capítulo 2 se revisan los antecedentes históricos de la psicopatología primitiva hasta la era moderna, revisándose tanto las principales Instituciones de Salud Mental en México, como los principales modelos de salud mental que ayudan a los profesionales a hacer predicciones. En el capítulo 3 se revisaron algunos aspectos de la mujer en el campo de la salud mental, las problemáticas prioritarias en este campo y la percepción o noción de la salud mental femenina, en el capítulo 4, se presenta la metodología utilizada; en el capítulo 5 se muestran los resultados, y finalmente en el capítulo 6 se presenta la discusión y las conclusiones a que se llegó.

CAPITULO 1

LA TEORÍA DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL

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

Los orígenes del estudio de las representaciones sociales podemos ubicarlos en Alemania y específicamente con Wundt fundador de la psicología experimental, que trabajaba en su laboratorio de Leipzig fundado en 1879; de su trabajo dice Farr (1983) "La ciencia experimental de Wundt se basó en un análisis de los contenidos de la conciencia mediante la introspección. Por consiguiente esta primitiva psicología experimental fue bastante explícitamente una psicología de la conciencia del individuo".

A pesar de que Wundt tenía una perspectiva limitada de la conciencia humana, cosa que se reflejaba en su concepción de la misma pues no incluía entre otros aspectos importantes el social, así como en su metodología (la introspección) y sin mencionar todas las implicaciones que esto tuvo tanto para el desarrollo de su psicología como la de otras corrientes. " Wundt pensaba que su ciencia experimental necesitaba ser complementada con el estudio de la mente en sociedad, fuera del laboratorio, lo cual solo podía llevarse a cabo con métodos no experimentales." (Farr, 1983).

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

Otro aspecto importante dentro de los antecedentes del estudio de la representación es la visita en 1886 que Durkheim realiza a las universidades alemanas, entre las cuales se halla la de Leipzig, que era una de las más grandes e importantes de Alemania, en esta Durkheim estuvo inscrito como alumno de Wundt; durante su estancia le sorprendió el rigor experimental con que Wundt trabajaba y quedó influenciado por su Volker psychologie, estando de acuerdo con este en que lo individual y lo colectivo son diferentes niveles de análisis, pero va más allá al extrapolar tal diferencia a la diferencia entre psicología y sociología, correspondiendo a la primera el estudio de las representaciones individuales y a la segunda el de las representaciones colectivas.

" Durkheim insistía tanto como Wundt en que no se podía reducir los fenómenos colectivos a nivel del individuo" (Farr, 1983).

Esta dicotomía entre lo individual y lo social, entre lo psicológico y lo sociológico formó, sin duda parte de las primeras fases de la historia de la psicología.

La respuesta que se va a dar desde el neoidealismo alemán (Herbart, Lindner, Psicología de los pueblos, psicología de las masas, Durkheim y neodurkheimianos como Boulgé, de la Grasserie, etc) implicó la consolidación del concepto de representación (Flores, 1993).

Durkheim (1893-1897) teorizaba en torno al "hecho social" definido 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 imponen a él. Para este sociólogo francés, un hecho social estaba dado a partir de la existencia de una organización definida, con normas y valores establecidos inamovibles, a la cual el individuo se tendría que sujetar y adaptar por medio de la socialización y la educación (Flores, 1993).

En un hecho social anotaba Durkheim, existen tres elementos que le definen: **la exterioridad, la coerción y la generalidad e independencia** (Durkheim, 1893, citado en Flores, 1993).

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

En el segundo elemento, la coerción, existe "una presión de todos sobre cada uno", lo que nos indica que un individuo forma parte de una misma organización que presiona y a su vez sanciona, afectándose por su propia opresión. Las sanciones según Durkheim pueden ser de dos tipos: Difusas, que tienen como protagonista al colectivo y se efectúan por medio de las costumbres y las Organizadas que son aquellas que se instalan por una institución.

El tercer elemento, Generalidad e Independencia, hace referencia a la universalidad de la coerción: un hecho social es compartido por todos los miembros de un colectivo. Durkheim no explicó las acciones individuales porque desde su punto de vista correspondía a la psicología convertirlas en "encarnaciones individuales" y no era terreno de la sociología (Durkheim, 1893, citado en Flores 1993)

Durkheim acuñó el término de representaciones colectivas -antecedente inmediato de las representaciones sociales- y el de representaciones individuales. La distinción entre estos conceptos radica en que las representaciones colectivas son un fenómeno social que da origen a las representaciones individuales. Estas últimas tienen un carácter personal y una existencia sólo en el aquí y el ahora del sujeto. Por el contrario las representaciones colectivas son más impersonales, es decir, se sitúan fuera del individuo y pertenecen al patrimonio cultural de una sociedad (Ibañez, 1988).

Desde esta postura se deduce que es la sociedad quien proporciona en forma de representaciones colectivas, elementos para conformar la realidad, ya que las representaciones individuales son únicamente una expresión particularizada y adaptada de las colectivas.

Durkheim no sólo consideraba que los fenómenos individuales y colectivos merecen un análisis distinto, sino que fue más allá y extrapoló esta diferencia al terreno de la psicología y de

la sociología, depositando el estudio de orden individual en la primera y los fenómenos de orden colectivo en la segunda. Al mismo tiempo declaraba la realidad social como independiente de la psicología individual.

Sin embargo, la escuela francesa de representaciones sociales considera que lo que realmente hizo fue fundar una Psicología Social Sociológica, ya que en su obra "Las reglas del Método Sociológico", señala "... cabe preguntarse si las representaciones individuales y las representaciones colectivas, no se asemejan sin embargo, en el hecho de ser unas y otras igualmente representaciones, y si a consecuencia de estas semejanzas no tendrán ambos reinos, algunas leyes comunes" (Portaneiro, J. C. Citado en Díaz, 1998).

De esta forma se esclarece que para allanar el camino al estudio de las representaciones sociales es necesario y preciso ir más allá de una psicología puramente individualista y entrar en un terreno que una a la psicología social con la sociología.

Es hasta después de la Segunda Guerra Mundial, cuando en Francia se desarrolla una escuela de investigación sobre las representaciones sociales que se oponen críticamente al carácter psicológico puramente individualista de las investigaciones de ese momento, específicamente a los estudios estadounidenses sobre actitudes y opiniones, y a la corriente positivista que solo considera relevante aquello que se puede observar, cuantificar y reproducir experimentalmente.

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

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

Tras diez años de investigación, en su tesis doctoral, Moscovici emplea por vez primera el término de representación social y expone la forma en que una nueva teoría científica, política o técnica, al darse a conocer dentro de una cultura determinada va transformando la manera en que la gente se ve a sí misma y en general al mundo en que vive (Moscovici, 1961).

Si bien el concepto de representaciones sociales proviene de la propuesta Durkheimiana de representaciones colectivas, la noción de Moscovici, difiere en varios aspectos:

- a) La sociología ve a las representaciones 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 gen en genética clásica. Por otro lado la psicología social se preocupa únicamente de la dinámica y la estructura de las representaciones.

- b) Desde el punto de vista de Durkheim las representaciones colectivas describían un total rango de formas intelectuales que incluían la ciencia, la religión, el mito, las modalidades de tiempo y espacio. etc.
- c) "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 estancado 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, (1984, citado en De la Cruz, Gómez y Suastre, 1990, pp.4-5).

Moscovici tuvo el acierto de rescatar el concepto de representaciones colectiva para desarrollar una nueva teoría de las representaciones sociales, que contempla tanto los aspectos psicológicos como los sociales en un modelo que ha denominado relacional, en este modelo la relación del sujeto (ego) con el objeto (sujeto social) está dado por un alter (individuo o grupo); es decir, por la presencia de "otro" simbolizado, que bien puede ser el fenómeno de la ideología.

El modelo relacional no se queda en una concepción binaria o dual, sino que propone una relación ternaria, en las propias palabras de Moscovici en ella es posible observar dos mecanismos psicosociales que tienen efectos importante en el campo social: **la comparación social y reconocimiento social**. El sujeto se reconoce y se compara, busca su pertenencia y se representa desde esa relación triangular, existe una triangulación en el campo social que le permite la interacción desde su pensamiento articulado e influido por el contexto social en el que se desarrolla.(Flores, 1993)

En conclusión, Moscovici rescató del olvido el concepto de representación colectiva, reconduciendo su importancia y elaborando una concepción mucho más enriquecida que ha dado como resultado una teoría de las representaciones sociales centrada esta vez en una teoría del sentido común.

El estudio del pensamiento "ingenuo" del "sentido común" se torna esencial en adelante. La identificación de la "visión del mundo" que los individuos o grupos llevan en sí y utilizan para actuar o tomar posición es reconocida como indispensable para entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales(Abric, 2001).

1.2. Definición de la Representación Social

Representación Social, un término que actualmente encontramos en todas las ciencias sociales, mucho después de que S. Moscovici (1961) hubiese reanudado con el empleo de este "concepto olvidado" de Durkheim. Pero también constituye la designación de fenómenos múltiples que se observan y estudian a variados niveles de complejidad, individuales y colectivos, psicológicos y sociales. Y además, una nueva unidad de enfoque, fecundada para la psicología social, prometedora para las otras ciencias sociales (Jodelet, 1986).

El concepto de representación social- o más bien, colectiva- aparece en sociología, ciencia en la que sufre un largo eclipse. Pero su teoría va a ser esbozada en psicología social (S. Moscovici,

1961, 1976), no sin antes haber realizado una desviación por la psicología infantil J. Piaget (1926, citado en Ibáñez, 1988).

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

El concepto de representación social es un concepto relacional, ya que es producto del cruce de dos distintas disciplinas, donde confluyen nociones sociológicas, tales como la cultura y la ideología, y nociones de procedencia psicológica, tales como la imagen y el pensamiento.

Lo cual la convierte eminentemente en un concepto psicosociológico. El concepto de representación social presenta una composición polimorfa, ya que recoge e integra en sí toda una serie de conceptos menores que conjugan elementos de muy distinta naturaleza, tales como: procesos cognitivos, inserciones sociales, factores afectivos, sistemas de valores, creencias y actitudes, etc. Que lo convierten en un concepto marco que apunta hacia un conjunto de fenómenos y de proceso, más que hacia objetos claramente diferenciados o hacia mecanismos plenamente definidos (Ibáñez, 1988)

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

En tanto que fenómenos, las representaciones sociales se presentan bajo formas variadas, más o menos complejas. Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos.

Y a menudo, cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de nuestra vida social, las representaciones sociales son todo ello junto (Jodelet, 1986).

Una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. Y correlativamente, la actividad mental desplegada por individuos y grupos a fin de fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen. Lo social interviene ahí de varias maneras: a través del contexto concreto en que se sitúan los individuos y los grupos, a través de la comunicación que se establece entre ellos; a través de los marcos de aprehensión que proporcionan su bagaje cultural; a través de los códigos, valores e ideologías relacionados con las posiciones y pertenencias sociales específicas.

Para que una representación se logre consolidar como tal, uno de los requisitos indispensables es la desaparición del objeto concreto. Pero esta desaparición no puede, ni debe ser total, pues tiene que haber una correspondencia, aunque no en forma lineal, entre el objeto y su

representación, de tal forma que no se está hablando de un proceso de simple reproducción sino de un mecanismo de auténtica construcción (Ibáñez, 1988).

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

" 1) ellas tratan con la realidad social principalmente en el sentido de estructura social y cultural. 2) ellas son sociales en origen y, 3) ellas son ampliamente compartidas y como resultado se convierten en parte de la realidad social misma." Jaspars, Fraser, (1984, citado en De la Cruz, Gómez y Sastre, 1990).

Para Flores (1993), una representación únicamente será social si es compartida por un grupo y si es además elaborada por éste, con el fin de clasificar al objeto al que se refiere y explicar sus características para incorporarlo a su realidad social.

Una de las definiciones más populares de la representación social es la propuesta por Denise Jodelet

" La noción de representación social (...) antes que nada concierne a la manera en que nosotros, sujetos sociales aprendemos 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, ese que habitualmente se denomina 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 nos plantea el mundo" Jodelet, (1986, citado en Moscovici).

Di Giacomo (1987) define a 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". Con esto, las representaciones tienen una importancia fundamental en cuanto a la manera en que se desarrolla una interacción.

Para investigadores como (Herzlich, Farr, Ibáñez, et.al.) las representaciones sociales son ante todo " productos socioculturales ". Es decir, estructuras significantes que emanan de la sociedad y que nos informan, por lo tanto, sobre las características de la misma sociedad. Por lo que el estudio de los contenidos concretos nos permite aproximarnos a las características de una cierta sociedad en un momento preciso de su historia.

Otros investigadores han considerado que el concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En el sentido más amplio designa, una forma de pensamiento social (Jodelet, 1986).

La caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación ha de referirse a las condiciones y a los contextos en los que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las que circulan y a las funciones a las que sirve dentro de la interacción con el mundo y los demás.

Posteriormente, Moscovici y Farr (1984, citado en Díaz, 1998) complementan la información diciendo que las representaciones sociales son sistemas cognitivos con una lógica y un lenguaje propios, no sólo representan opiniones acerca de imágenes o actitudes hacia, sino que son teorías o ramas de conocimiento para el descubrimiento y organización de la realidad. Las representaciones sociales se refieren al conocimiento espontáneo o ingenuo que se ha denominado conocimiento del sentido común, y se trata de un conocimiento práctico que participa activamente en la construcción social de nuestra realidad.

En resumen, del análisis del hecho de representar se desprenden cinco características fundamentales de representación :

- 1) Siempre es la representación de un objeto;
- 2) Tiene un carácter de imagen y la propiedad de poder intercambiar lo sensible y la idea, la percepción y el concepto;
- 3) Tiene un carácter simbólico y significante;
- 4) Tiene un carácter constructivo;
- 5) Tiene un carácter autónomo y creativo

Para concluir este apartado podemos decir que la noción de representación social nos sitúa en el punto donde se intersectan lo psicológico y lo social. Antes que nada concierne a la manera como nosotros, sujetos sociales, aprendemos 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.

1.3. Construcción de la Representación Social.

El proceso de anclaje guarda una estrecha relación con las funciones de clasificar y de nombrar, es decir, de ordenar el entorno, al mismo tiempo, en unidades significativas y en un sistema de comprensión

El anclaje y la objetivación, procesos básicos en la generación y el funcionamiento de las representaciones sociales, mantienen una relación "dialéctica" (Jodelet, 1986). Se combinan para hacer inteligible la realidad y para que, de esa inteligibilidad, resulte un conocimiento práctico y funcional: un conocimiento social que nos permita desenvolvemos en el entramado de relaciones y situaciones que implica la vida cotidiana

Un individuo o (grupo) expresa una opinión (es decir, una respuesta) respecto a un objeto o una situación, dicha opinión es cierta forma es constitutiva del objeto, lo determina (Abric, 2001). El objeto reconstruido es entonces de forma tal que resulta consistente con el sistema de evaluación utilizado por el individuo. Es decir, por si mismo un objeto no existe. Es y existe para

un individuo o un grupo y en relación con ellos. Así pues la relación sujeto-objeto determina al objeto mismo. Una representación siempre es la representación de algo para alguien.

Abric (2001) plantea que a priori no existe realidad objetiva, pero que toda realidad es representada, apropiada por el individuo o el grupo y reconstruida en su sistema cognitivo, integrada en su sistema de valores que depende de su historia y del contexto social e ideológico que le circundan.

1.4. Características de las Representaciones Sociales.

Primero cabe mencionar las características de la aproximación al estudio de las representaciones sociales, aquí interesa el referente a que la psicología social se ocupa de la dinámica y la estructura de las representaciones sociales, penetrar el interior para descubrir los mecanismos intrínsecos y la validez de las representaciones sociales con el mayor detalle posible, esto es, dividiendo las representaciones, como los átomos y los genes tienen que ser divididos para su estudio (Moscovici, 1984, citado en De la Cruz, Gómez y Suaste, 1990).

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

De nuevo a parece su concepción acerca de que los grupos o sociedades piensan; al interesarse en las epistemologías profanas se interesa en uno de los dos universos, (el consensual), que él mismo define: estos son el consensual y el materializado, en el primero "... la sociedad es una visible y continua creación, cubierta de significado y propósito, poseyendo una voz humana, de acuerdo a la existencia humana y actuando y reaccionando como ser humano" (Moscovici, 1984, citado en De la Cruz, Gómez y Suaste, 1990).

En el mundo material la sociedad es vista como un sistema de roles y clases diferentes cuyos miembros son indistintos: solamente la competencia adquirida determina su grado de participación de acuerdo al merito lo bueno de funcionar como físico, como psicólogo (...) o para abstenerse en la medida en que no tienen competencia en la materia. El universo consensual es un universo común, que tienen un significado subjetivo para quienes lo comparten, pero que sin embargo es aceptado como una realidad. Las representaciones sociales tienen más que ver con este universo que con el material, el cual sería explicado por las ciencias, sin embargo, hay un paso del mundo material al consensual, es decir, que muchas veces las ciencias forman la base de una representación. Moscovici, (1961).

Como ya se ha mencionado no se considera que las representaciones sociales, sean un reflejo fiel y acabado de la realidad, sino una reconstrucción quizá distorsionada de la realidad y que constantemente se halla en movimiento, sea por adhesión de nuevos elementos y/o eliminación de otros, es decir es un proceso dialéctico. A este respecto, Moscovici, (1984) expone tres hechos:

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

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

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

En resumen se puede considerar a una representación como una realidad por dos aspectos básicos:

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

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

Otras aproximaciones que acentúan actitudes, valores, por ejemplo se diferencian de la escuela de la representación social, no por el hecho de referirse a constructos psicológicos, ya que al ser escuelas cognoscitivas les interesa tales fenómenos, incluso más que la estimulación social objetiva; sino lo más importante y que, las diferencia de la psicología, es que ignoran el contenido y origen social y, sin embargo de acuerdo con Jaspar, C. Fraser "Debiera ser obvio (...) que la investigación "angloamericana" en cognición social, y los recientes estudios en relación a la estructura y contenido de los sistemas conceptuales y de creencias, que aquellos aspectos acentuados por la investigación francesa en representaciones sociales han recibido mucha atención en la investigación de la cognición social". (Jasper y Fraser, 1984).

1.5. Función de la Representación Social.

En lo que respecta a nuestra conducción diaria, las representaciones sociales tienen varias funciones que las caracterizan: primero, ellas convencionalizan a los objetos, personas y eventos a los que nos enfrentamos. Les dan una forma definida, los colocan en una determinada categoría y gradualmente los establecen como un modelo compartido por un cierto grupo.

Segundo las representaciones al ser prescriptivas, se imponen sobre nosotros con una fuerza irresistible. "Esta fuerza es una combinación de una estructura (...) y de una tradición concreta que debiéramos creer". (Moscovici y Farr, 1984).

Las representaciones sociales no sólo inciden en la visión de la realidad social sino también participan en su construcción efectiva. Por esto consiguen que las personas acepten la realidad social instituida, contribuyendo a que el individuo se integre satisfactoriamente a la condición social que corresponde a su posición, contribuyendo a la legitimación y al establecimiento del orden social (Ibáñez, 1988).

Otra función de las representaciones sociales es el hacer posible un intercambio verbal coherente entre los sujetos, pues existe un alto grado de ambigüedad en nuestras conversaciones cotidianas, los comentarios que establecemos a diario exigen mucho más que la utilización de un mismo código lingüístico, es decir, se necesita compartir un trasfondo de representaciones sociales para hablar de una comunicación real entre sujetos.

Las representaciones sociales encuentran otra de sus funciones en la conformación de las identidades personales y sociales, así como también en la expresión y en la configuración de los grupos. Esto es, cuando un grupo comparte un repertorio común de representaciones sociales, es cuando surge en sus integrantes la toma de conciencia de pertenencia a un colectivo. Por otro lado, la identidad de un cierto grupo no puede definirse sino es por sus diferencias con los otros grupos (Díaz, 1998).

Como modalidad de conocimiento Flores (1993), la representación implica en un primer momento la reproducción de las propiedades de un objeto, realizándose en un nivel concreto y simbólico, organizado todo esto alrededor de una significación central. Dicha construcción mental de objeto es inseparable de la actividad simbólica de un sujeto

Esto permite al individuo o al grupo poseer un sistema organizado de valores, nociones, reglas y prácticas con las cuales podrá orientarse en su contexto tanto material como social y dominarlo. Al mismo tiempo será un medio para sus intercambios y una organización de sus conocimientos que le permite denominar y clasificar con claridad el mundo que le rodea, su historia individual o colectiva.

Las representaciones son conjuntos dinámicos que permiten a los individuos producir comportamientos, interacciones con el medio, acciones que indudablemente modifican a ambos. Las representaciones están destinadas a construir e interpretar lo real, este es el conocimiento que se utiliza en la vida cotidiana (Flores, 1993).

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

Todo esto, por consiguiente, se halla dentro del mundo consensual, el cual se representa como algo visible, con movimiento y significado propio, Flores (1993); el sujeto observa que el universo reacciona y se construye de la misma forma que el., en el cual la memoria prevalece sobre la deducción, el pasado sobre el presente, la respuesta sobre el estímulo y la imagen sobre la realidad

Así pues, tendemos a hacer familiar algo que no lo es por medio de lo que conocemos y siempre que esto coincida con lo que tenemos, no provocará que se le relegue a lo abstracto o a lo

desconocido; en resumen, no provoca un sentimiento de no familiaridad que seguramente se presenta cuando "... las fronteras y/o convenciones desaparecen; cuando las distinciones entre lo abstracto y lo concreto son empañadas; o cuando un objeto que ya se tiene pensado como abstracto, súbitamente emerge en toda su concreción" (Moscovici, 1984).

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

1.6. Dimensiones de la Representación Social

Los elementos que conforman a las representaciones sociales son tan numerosos como variados en cuanto a su naturaleza y procedencia. En ellas encontramos como elementos internos a valores, opiniones, actitudes, juicios, creencias, imágenes, que construyen una estructura heterogénea.

Cuando Moscovici aportó el concepto de representación social aplicado al psicoanálisis, maneja la existencia de tres ejes básicos, en torno a los cuales se estructuran los componentes de una representación social, estos son: **la información, el campo de representación y la actitud.**

En la primera dimensión la **Información** se hace referencia al conocimiento, a su cantidad y calidad, pudiendo ser en mayor o menor medida original. La información sobre los objetos presentados varía notablemente porque los diversos grupos sociales y las personas que los conforman, disponen de medios de acceso a esta información que son muy distintos, según ubiquemos a ese objeto específico. La información que surge de un contacto directo con el objeto y de las prácticas que uno desarrolla en relación con el tiene propiedades diferentes de las que presenta la información recogida a través de la comunicación social (Flores, 1993).

La segunda dimensión el **Campo de Representación**. Se refiere a la ordenación y jerarquización de los elementos que configuran el contenido de la representación social. Es decir en esta dimensión se manifiesta el tipo de organización interna que adoptan los elementos cuando quedan integrados en la representación social.

El campo de representación se organiza en torno al **esquema o núcleo figurativo**, que no sólo constituye la parte más sólida y más estable de la representación social, sino que también ejerce una función organizadora para el conjunto de la propia representación social. Esto es posible porque confiere su peso y su significado a todos los demás elementos que están presentes en el campo de la representación.

El núcleo figurativo se construye a través del proceso de objetivización y de anclaje (mencionados ya en otro apartado).

Por último la **Actitud**. Es la postura expresada en el continuo aceptación-rechazo que tiene alguien hacia algo, es decir es el grado de favorabilidad o desfavorabilidad que se tienen hacia una situación, fenómeno o acontecimiento manejado en términos positivos o negativos en relación con un objeto social concreto. Los variados componentes afectivos que forman parte de

todas las representaciones sociales se articulan precisamente sobre esta dimensión evaluativa e imprimen en las representaciones sociales un carácter dinámico.

Esta función dinámica está presente aún en los casos en que la representación social no está totalmente estructurada, por ejemplo cuando las personas o los grupos no disponen de suficiente información sobre el objeto de la representación, o bien cuando carecen de experiencias concretas en relación con ese objeto. Esto lo podemos comprobar al observar en la experiencia cotidiana, situaciones donde la falta de información no impide a la persona tomar posturas determinantes y fijas sobre ciertos objetos, aunque a penas tengan una remota idea de lo que están hablando. Por lo que se considera a esta dimensión como la más primitiva, ya que puede existir independientemente de un campo de representación poco organizado y de escasa información (Ibáñez, 1988).

En base a este análisis tridimensional se pueden realizar estudios comparativos sobre la fisura y la diferenciación de los grupos en función de sus representaciones sociales.

1.7. Representación Social de la Salud y Enfermedad Mental.

La enfermedad y la salud son significantes con un contenido altamente valorado por los individuos y la sociedad, en tanto que su función representacional adquiere la importancia de un reporte individual dentro del orden social. Es decir, el sujeto se sentirá perteneciente o ajeno por medio de una identificación a un determinado grupo social de acuerdo al conocimiento y apropiación de ese reporte individual.

Para Farr (1985) la representación social de la salud y la enfermedad, así como la de la enfermedad mental, es una amalgama de creencias simbólicas culturales y elementos de conocimiento cuasicientíficos.

Una representación de salud o enfermedad puede dar lugar a una organización subjetiva en la que el sujeto se coloca y dentro de la cual se originan comportamientos y creencias que le definen.

En este sentido, Herzlich (1975, citado en Flores, 1993) refiere que a través de las representaciones que se reportan se puede tener acceso a las creencias y sus diversas interpretaciones.

Cada cultura tiene sus límites y sus prohibiciones, dándose una marginación de la locura. Sería interesante, tal como señala Guédez (1976), comprender los mecanismos de rodeo, por los cuales el hombre, en nuestra sociedad, al reconocer al loco y encerrarlo, trata de convencerse de su propio sentido común.

No en vano la imagen de loco, es una imagen que no acaba de delimitarse, cualidad que la hace capaz de recibir múltiples significados. Imagen que cambia y se transforma, perdiendo o recogiendo algunos de sus rasgos, unas veces más negativos, otras más positivos y poéticos. Algunos de los significados que ha recibido en sus representaciones, especialmente en la Edad Media y el Renacimiento. En primer lugar el loco como portador de la verdad; muchas veces ha

entrado en el juego del poder simulando un personaje necesario, para que juntamente con el del rol del rey se pudiera formar el "psicodrama del poder", uno, intentando ejercerlo, el otro rebatirlo. "La verdad sólo se deja tolerar bajo la máscara de la locura" (Ibáñez, 1988).

Este rasgo del loco como portador de la verdad enlaza con otro de sus atributos, como forma de sabiduría. Es también en la literatura y en la mayoría de las representaciones de la locura donde aparece esta característica " un loco enseña bien a un sabio ", así como otras que se hallan en boca de personajes famosos de grandes novelas, puede advertir fácilmente este carácter metafórico.

Ante estas interpretaciones se ha de tener en cuenta un cambio de valores a finales de la Edad Media, según el cual, el loco es percibido como la mayor figura del mal, apareciendo a menudo cargado de vicios y defectos. La actuación hacia él es bastante clara, separación, alejamiento. Muchos de los valores que forman la carga simbólica de estas representaciones, como ridiculez, animalidad, irresponsabilidad, por señalar algunos, perduran durante mucho tiempo.

Remontarse a cuando los locos estaban expuestos, encerrados en jaulas, y a los procesos de significación y los atributos que encontramos en todas estas representaciones mencionados, sirve para remarcar algunos de los rasgos que desde la antigüedad le son adjudicados (Ibáñez, 1988).

Es importante considerar que dentro del campo de la representación y la salud se articulan el pensamiento científico y el pensamiento social. (Flores, 1993), desde esa articulación es de donde esta autora ha seguido una línea de investigaciones relacionadas con la manera de representarse diversas manifestaciones de enfermedad o salud en relación a un rol social determinado.

Herzlich, (1975) resume la importancia del estudio de las representaciones sociales en el campo de la salud y la enfermedad a partir de tres aspectos que considera básicos:

- A) Exigencia indispensable de considerar al discurso interpretativo llevando a la cristalización de representaciones bien estructuradas.
- B) El carácter de visión del mundo de estos discurso en relación al orden biológico y al orden social.
- C) Sus características de punto de reencuentro de la ciencia y del sentido común. Es decir: del experto y del individuo profano

En la primera consideración se comprende la importancia y el poder que un discurso "autorizado científicamente" puede tener en la cristalización de una representación. De hecho se puede organizar un esquema representacional a partir de una opinión.

La segunda consideración aclara que el sujeto se movilizará y representará en función de un orden biológico y su relación con lo social.

Y finalmente, la tercera se refiere al estudio de la representación en el campo de la salud y enfermedad, creando un puente entre lo científico y el pensamiento común.

En el centro de este problema se sitúa el estudio de D. Jodelet sobre una comunidad rural del centro de Francia que desde principio de siglo acoge a enfermos mentales de forma institucionalizada, esta investigadora a 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 la adopción de comportamientos completamente concretos. Los internos en el seno de la familia, lejos de estar dictados por consideraciones de economía doméstica, hacia de ellos extraños permanentes a fin de evitar el contagio: los internos comían por separado, su ropa era lavada a parte, se alejaba de ellos a los niños pequeños, y si por ventura una chica del pueblo establecía relación con alguno de ellos, esta era inmediatamente desaprobada (Jodelet, 1986)

En esta investigación se puntualiza en primer lugar, la importancia de definir la organización social y el campo de análisis que permite explorar todas las dimensiones posibles sobre prácticas sociales, cuadros institucionales, modelos culturales y los diversos eventos psicológicos manifiestos en la interacción, como la afectividad y las emociones.

Las representaciones sociales de la locura, en el marco teórico del estudio de las representaciones sociales, se entendería como la idea, creencia u opinión, compartida por los miembros de un determinado grupo social. Correspondiendo a un proceso de organización de las vivencias que los sujetos de este grupo han tenido respecto a un objeto concreto, en este caso, la locura.

De lo anterior se desprende que los avances dentro del campo de las representaciones sociales, se han ampliado hasta la consideración de las relaciones intergrupales en una comunidad determinada, pasando también por el análisis de variables como clase social, nivel cultural, sexo, etc, a la luz de una representación

Con esto Flores (1993) considera que la enfermedad y la salud han pasado al debate social como grandes preocupaciones e implicaciones de la colectividad no sólo científica sino de la población en general. La enfermedad ha dejado de ser un padecimiento que se vive puertas adentro para pasar al dominio público.

Páez y Ayestarán (1984, citado en Flores, 1993) resumen el estado de la representación de la enfermedad mental a nivel social en tres concepciones básicas:

- A) La enfermedad mental como fenómeno sobrenatural, concepción propia de los países y asociada a una cultura agrícola
- B) La enfermedad mental como fenómeno de causas biológicas, difícilmente curable.
- C) La enfermedad mental como fenómeno funcional y psicológico. La enfermedad es el producto de una situación negativa. El enfermo sería parcialmente responsable de lo que le ocurre y puede ser ayudado

Estas concepciones no tienen una especificación por grupo: serían las que predominan en un colectivo, ya sea por conocimiento científico, a través de la literatura, o medios populares o por creencia y trasmisión de valores.

Para los profesionales de la salud mental existen dos niveles representacionales delimitados: por un lado el nivel representacional del modelo médico tradicional que considera la enfermedad mental como un proceso de degradación sistemática en el que pueden intervenir aspectos fisiológicos contribuyendo a la clasificación de patologías clasificadas rigidamente y debidas a causas externas o internas que se manifiestan en síntomas igualmente clasificados.

Por otro lado, el modelo psicosocial funcional está más orientado a una concepción humanista y busca mantener el equilibrio y la armonía de acuerdo a las funciones y roles que un individuo "debe" desarrollar socialmente es decir, requiere un tipo de racionalidad afirmada que le mantenga satisfecho con su rol. Se trata de un modelo más permisivo que el médico tradicional, pero retoma etiquetas del modelo tradicional. Considera a la enfermedad mental como resultado de un malestar cultural y poco adaptado a las normas y modelos de aprendizaje social, en este modelo no interviene de manera rigida y casi se excluyen los componentes fisiológicos.

Finalmente existe un tercer modelo, el modelo mágico-religioso, que remite a la posición fatalista basada en una representación social moral-punitiva, induce a sentimientos de miedo y rechazo, provoca reacciones vinculadas a lo desconocido, a la falta de control de una situación determinada.

La representación social que se tenga de salud o enfermedad mental incluye de cierta manera una aproximación valorativa y ética a cualquiera de los modelos. En este sentido contribuye a formas específicas de comportamiento y actitudes que corresponden con el significado del corpus representacional.

Dentro del extenso campo de las representaciones sociales y de acuerdo a la posición que el sujeto ocupa y se representa de sí mismo en el ámbito de la enfermedad o salud se organiza un corpus de conocimiento, opinión o creencia sobre su presencia social y etiquetaje de enfermo o sano, ya sea a partir de un encuadre diagnosticado profesionalmente o simplemente construido de manera primaria por una creencia. (Flores, 1993).

Los cambios culturales inciden sobre los modelos de pensamiento y conducta y los modifican profundamente. Pensemos sobre todo en el cambio sufrido en la difusión de la "información" a nivel de los medios de comunicación (televisión y radio principalmente).

La vulgarización de las ideas de la medicina "científica" que trata sobre la locura se inserta en el conglomerado formado por antiguas creencias, supersticiones, tradiciones, etc. siendo reinterpretadas por el sentido común. Algunos estudios realizados sobre la representación social de la enfermedad mental se situarían en esta línea, aportando explicaciones tanto en cuanto a su influencia sobre la representación propiamente dicha, como en la actuación que se pueda adoptar hacia la enfermedad mental (Arzac, 1984, citado en Ibañez, 1988).

A menudo se ha supuesto o indicado que una disminución del temor y la irracionalidad que acompañan a la representación de la locura podría reflejarse en una disminución también de las conductas de rechazo. Se ha observado que esto no sucede así, sino que, por el contrario, éstas continuaban surgiendo en algunos comportamientos y actitudes, a pesar de aparentar una mayor

tolerancia pueden haber cambiado algunas de sus formas de expresión, sin embargo los prejuicios y temores continúan (Ibañez, 1988).

El sentimiento e identificación que un sujeto puede elaborar como enfermo o sano determina su pertenencia a un grupo social con características específicas que constituyen parte de su campo representacional.

1.8. La función de la enfermera: prácticas y representaciones sociales

Las descripciones de lo que hacían las enfermeras en los hospitales en el siglo XIX, y aún mucho tiempo después nos presentan el cuadro de una persona capacitada, moviéndose rápida y eficientemente, de la habitación del enfermo a la cocina, y de acá para allá en guardia siempre, llevando ropa, tazas de té, recipientes de agua caliente, desempolvando el alféizar de las ventanas, limpiando lámparas, tinteros o armarios para medicinas, haciendo atoles, infusiones, enrollando vendas y atendiendo una multitud de "cosas" esenciales para el cuidado del enfermo.

Estas obligaciones la acercaban y la alejaban del paciente, le dejaban un pequeño margen para el cuidado directo de los enfermos, que se concretaba a bañarlos en la cama, cambiarles la ropa y, para esto había que estar a las ordenes del médico.

Sin embargo poco a poco, muchos de ellos al menos en parte fueron encargados a la enfermera, a veces muy simplificados, pero cada vez más frecuentes y en ocasiones también más difíciles, requiriendo algunas observaciones de carácter exacto. Sin duda desde entonces, la proverbial "buena enfermera" trataba de asociar mentalmente una especie de plan con los diferentes esfuerzos que hacía en beneficio del paciente (Carlos, 1997).

A partir de entonces la segunda mitad del siglo XIX, el papel de la enfermera ha evolucionado tanto que hoy día es único e indispensable en la sociedad pues contribuye al cuidado integral de la salud.

Las reformas que instituyó Florence Nightingale (1965) en el cuidado de los enfermos forma aun las bases de la enfermería tal como se practica en la actualidad. Ella creía firmemente que las tareas de cuidar y enseñar buenas prácticas de higiene eran lo bastante importantes para justificar la función de escuelas, la enseñanza y entrenamiento de personal para llevar a cabo el trabajo. Denunció las ideas aceptadas entonces de que la enfermería debía dejarse para las que estaban desengañadas del amor y ansiosas de encontrar un medio de ganarse la vida.

Hoy la enfermera se encuentra donde quiera que haya personas. Juega un importante papel en Instituciones, hogares, industrias y escuelas. Cuida de los enfermos y lesionados, ayuda a luchar contra la enfermedad y enseña a los individuos, a las familias y a las comunidades los fundamentos de la higiene personal y pública.

Al ejercer su labor, la enfermera ayuda al paciente a adquirir o recuperar su independencia tan pronto como sea posible. En el campo terapéutico trabaja bajo la dirección del médico y, en algunos casos, como su representante, a su requerimiento y en casos de urgencia administra

tratamientos que pertenecen más bien al campo de la medicina que al de la enfermería. El buen cuidado del paciente exige la íntima cooperación de aquellos que lo atienden.

La enfermería, pues, puede ser definida de acuerdo con Carlos (1997) como servicio al individuo al que ayuda a recobrar o conservar un estado normal de cuerpo y mente: cuando no puede lograr esto, le ayuda a obtener alivio del dolor físico, de la angustia mental y también de los trastornos espirituales.

Debe, en cierto sentido, identificarse con cada uno de los pacientes a fin de saber cual es la ayuda que necesita de ella. Temporalmente se convierte en la conciencia del inconciente, en el amor a la vida del suicida, en la pierna del lisiado, en los ojos del que acaba de cegar, en el medio de comunicación del recién nacido, en el conocimiento y la confianza de la joven madre, en la boca de quienes están demasiado débiles para hablar etc.

La enfermera también ayuda a la ejecución de aquellas actividades que hacen de la vida algo más que un proceso vegetativo, a saber, el intercambio social, el aprendizaje, las ocupaciones recreativas y aquellas que algún sentido pueden considerarse productivas.

Así la enfermera profesional actualmente acepta muchas responsabilidades que eran antes solamente de la jurisdicción del médico. Ahora debe servir como dirigente y orientadora de otros trabajadores menos instruidos y calificados en el departamento de enfermería que son responsables directamente del cuidado del paciente.

Guimelli (2001) considera que la evolución de las prácticas (sociales o profesionales) es una determinante poderosa del cambio de estado de las representaciones sociales. Leroi- Gourhan (1945, citado en Guimelli, 2001), al referirse a los problemas tecnológicos, considera que un cambio a nivel de las ideas debe ser precedido inevitable e invariablemente de un cambio vivido al nivel de las prácticas.

Resulta que las prácticas profesionales relacionadas con la función de enfermera deberían proporcionar al psicólogo social un terreno de observación particularmente favorable para el estudio de las relaciones entre prácticas y representaciones sociales. Como se sabe la profesión de enfermera fue fundada sobre la base de prescripciones médicas e integrando una parte del saber médico. En 1946, la primera definición legal de la misma confirmaba su total dependencia del poder médico y limitaba su función a la ejecución de actos curativos prescritos por los médicos.

Guimelli y Jacobi, (1990) consideran que el cuidado de la enfermera incluye dos campos de aplicación distintos: 1) uno tradicional, inherente a la prescripción médica, en el que la enfermera se sitúa en tanto que ejecutante de los actos prescritos por el médico (papel prescrito) y 2) el otro relativo al papel propio, en el cual ella tiene una autonomía real y pone en aplicación su propio saber.

El papel propio tiene por consecuencia modificar las relaciones médico- enfermera (caracterizadas hasta entonces por la dependencia), en el sentido de la complementariedad y de la colaboración. Depende únicamente de la responsabilidad de la enfermera y designa un conjunto de capacidades técnicas, pero también y sobre todo relacionales. En efecto el enfoque médico

está centrado en la enfermedad, cuando el papel propio de la enfermera está centrado en la persona cuidada, que se intenta tomar en cuenta en su globalidad, con sus características físicas, psicológicas, sociales y culturales.

Desde ahora es posible proponer un conjunto de hipótesis teóricas relativas a los mecanismos cognitivos que determinan el cambio de estado de las representaciones sociales, así como del papel determinante desempeñado en ese marco por las nuevas prácticas. Este acercamiento teórico de la dinámica de las representaciones sociales está fundado en el concepto de cognición prescriptiva (Flament, 2001). En efecto, se considera:

1. Que una representación social está constituida por un conjunto finito y organizado de cogniciones.
2. Que las cogniciones son prescriptivas en la mayoría de los casos.

Una cognición se dice prescriptiva cuando designa el conjunto de recomendaciones, indicaciones e instrucciones que se imponen frente a una situación particular.

Guimelli y Jacobi, (1990) llevaron a cabo un estudio sobre las representaciones sociales de la función de la enfermera y en particular de las representaciones que las enfermeras tienen de su propia función. La población estuvo constituida por cuarenta enfermeras diplomadas del Estado entonces en función, en diversos hospitales de la asistencia pública de Marsella. La población fue dividida en dos en función de los sujetos que trabajaban en unidades de tratamiento reputadas por poner o no en práctica el papel propio. Se propuso a los sujetos que contestarán un cuestionario que contenía doce ítems, constituido cada uno por una tarea característica del papel propio y presentado bajo la forma de pregunta. El sujeto contestaba en un escala de frecuencias que contenían cinco modalidades.

Cuando la incitación es dirigida hacia el papel propio, efectivamente se observa que los sujetos declaran, en promedio una mayor frecuencia, de su actividad relativa a las tareas que le están encomendadas. Se pudo distinguir dos grupos de sujetos que se diferencian por la frecuencia con las que establecen esas nuevas prácticas, abarcando dos modalidades:

- el grupo 1, más centrado en el papel prescrito y que será designado bajo el término de "prácticas tradicionales".
- el grupo 2, caracterizado por la puesta en práctica frecuente, de las tareas relativas al papel propio y que se designó con el término de "prácticas nuevas".

Para estudiar la estructura de la representación se procedió a un análisis de similitud, el cual tiene por objetivo esencial poner en evidencia el tipo de organización de las cogniciones prescriptivas relativas al objeto de representación.

Con lo que se concluyó que los esquemas activados son esencialmente los que prescriben las prácticas nuevas, es decir que los esquemas prescritos tienden a integrar las nuevas modalidades de las prácticas y a volverlas más destacadas en el campo representacional.

Se organizaron cuatro bloques(Guimelli y Jacobi, 1990):

El bloque A: Se organiza alrededor de las prescripciones médicas pero incluye igualmente ítems importantes para el papel propio (considerar al enfermo como una entidad, participar en la educación de los enfermos y en la formación de los alumnos y el personal). Para estos sujetos estos ítems están relacionados directamente con el papel prescrito y permiten trasformarlo o aportarle mejoras.

El bloque B: Concierno los diagnósticos médicos y la vigilancia. Se observa en este bloque que la delegación de las tareas (papel propio) parece estar bajo la dependencia del papel prescrito(conocimiento de las técnicas y de los diagnósticos médicos) y no del saber específico a la función.

El bloque C: Se organiza alrededor de la relación con la jerarquía , mantener relaciones regulares con la jerarquía, anotar en el cuaderno del movimiento de los pacientes, y el nombre de los enfermos entrantes.

El bloque D: Concierno a la gestación de tratamientos, así como a la utilización del expediente de tratamiento, que revelan aspectos esenciales del papel propio. Se observó que este bloque queda aislado (y descentrado) en la estructura de la representación, como si los sujetos tuvieran dificultades para integrar esta progresión en una actividad más global.

En el bloque relativo al papel propio el grupo es fuertemente valorado, en el caso en el que el grupo es caracterizado por prácticas tradicionales, el papel prescrito ocupa un papel importante en la representación e integra más o menos bien algunas prescripciones relativas al papel propio. En cambio cuando las prácticas se vuelven más frecuentes, el conjunto de las prescripciones relativas al papel propio (a las prácticas nuevas) se vuelve preponderante en el campo representacional.

Se advierte así que las prácticas tienen un efecto capital en la transformación de las representaciones sociales. Más concisamente, el acceso a prácticas nuevas modifica de manera masiva la estructura de la representación.

Los resultados empíricos demuestran que el establecimiento de prácticas nuevas activan los esquemas que las prescriben y refuerzan su ponderación en el campo representacional.

El concepto de papel propio asegura en adelante la organización y coherencia del conjunto de la representación y, sobre todo, determina las tomas de posición que pueden ser consideradas como esenciales en las relaciones que el sujeto mantiene con el objeto Guimelli y Jacobi, 1990)

No es la realidad objetiva de la situación la que permite entender los hechos sociales, pero si la forma en que los grupos se la apropian. Decidir tomando en cuenta las representaciones sociales generadas por la situación tendría probablemente por efecto facilitar no sólo resolver conflictos sociales, sino también y sobre todo prevenirlos.

Al parecer la teoría de las representaciones sociales se ha vuelto insorteable y se revela en lo sucesivo indispensable en el estudio comprensivo de las prácticas y los objetos sociales.

Para concluir con este capítulo aludiremos a Ibáñez (1988) que "es en efecto en los procesos de comunicación social donde se origina principalmente la representación social".

La representación social antes que nada concierne a la manera en que nosotros, sujetos sociales aprendemos 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. 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.

La representación social en este caso concreto de la enfermedad mental nos lleva a remontarnos a los procesos de significación y los atributos que le son dados a este hecho social desde la antigüedad, es por ello que en el siguiente capítulo se hace una revisión del panorama histórico de la psicopatología, de las principales Instituciones de salud mental en México, así como de los modelos de atención en salud mental.

CAPÍTULO 2

INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS Y MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.

2.1. Panorama histórico de la psicopatología

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 no tienen un origen en el individuo.

La búsqueda de las causas del comportamiento enajenado comenzó hace ya bastante tiempo, puesto que lo que se consideraba como causa del comportamiento enajenado desempeñaba siempre un papel muy importante en el modo en que se intentaba eliminarlo (Davison y Neale, 1974).

En el estudio de la psicopatología es preciso contar con lo que podría llamarse "alta tolerancia hacia la ambigüedad", es decir tener la capacidad de sentirse seguros ante informaciones no definitivas y a veces contradictorias. Se sabe muy poco respecto a las razones que mueven a los seres humanos sanos mentalmente, y menos aún, a los que presentan alguna patología.

Otro problema común a los profesionistas y a los que no lo son, es la íntima relación que existe entre cualquier ser humano y la subjetividad de la conducta. Desde luego esta estrecha conexión con la subjetividad aumenta, la intrínseca fascinación por este estudio, por lo que se presentará un breve recorrido histórico sobre el estudio de la psicopatología, no sin antes recordar que prácticamente desde el inicio de las culturas el hombre se ha enfrentado a la enfermedad mental de sus semejantes, por lo que ha tenido la necesidad de entenderla y conocer sus causas.

2.1.1. Demonología Primitiva

Se ha llamado demonología a la doctrina según la cual un ser maléfico autónomo o semiautónomo, como el demonio puede habitar dentro de una persona y controlar su mente y su cuerpo. La creencia del hombre primitivo era que los espíritus eran los responsables de la conducta anormal. Este tipo de creencias, donde los espíritus podían manipular a las personas, se instalaba en el conocimiento popular, pero al formar parte de toda una visión social, se introducían también en el saber de las ciencias, como lo demuestra el hecho de que en el siglo V antes de Cristo en Grecia, Hipócrates recibió sus primeros conocimientos en una de las escuelas especializadas en el tratamiento de la conducta enajenada mediante exorcismos (Davison y Neale, 1974).

2.1.2. Somatogénesis

En Grecia, Empédocles (490-430 a. C.) puso en tela de juicio la creencia común de su época, que suponía que los Dioses imponían arbitrariamente las disposiciones mentales de los hombres. Postuló la teoría humoral, basada en lo que se consideraba como los cuatro elementos básicos: fuego, tierra, agua y aire.

A cada uno de estos se le caracterizaba por una cualidad: calor, sequedad, humedad y frío, respectivamente. Para cada elemento se sugirió un humor orgánico correspondiente: sangre (ubicada en el corazón), flema (en el cerebro), bilis amarilla (en el hígado) y bilis negra (en el bazo).

Se decía que las anomalías y enfermedades eran causadas por el desequilibrio entre estos humores y que la cura requería de la administración de drogas de cualidades opuestas al calor, a la sequedad, a la humedad o al frío, según fuera el humor fuera de balance (Zax y Cowen, 1979).

También Hipócrates, insistió en que los trastornos mentales tenían las mismas causas que otras enfermedades y que debían por tanto tratarse como cualquier otro malestar. Hipócrates a quien se le conoce como el padre de la medicina moderna, consideró al cerebro como órgano principal de la vida intelectual, de lo que derivó que si el comportamiento o el pensamiento de una persona estaba enajenado debía existir algún tipo de patología cerebral. Se le considera como uno de los más antiguos expositores de la hipótesis somatogénica al explicar las enfermedades mentales, porque pensaba que algo que altera al soma o cuerpo físico trastorna al pensamiento y a la conducta (Davison y Neale, 1974).

La hipótesis somatogénica de Empédocles e Hipócrates fue íntegramente aceptada por otros personajes griegos como Platón, Aristóteles y Galeno, así como también por los romanos, quienes adoptaron la medicina de los griegos (Neale y Davison, 1974).

2.1.3. Edad Media

Los siete siglos que van de Hipócrates a Galeno presenciaron cambios culturales y médicos sutiles en el mundo grecorromano. Roma ya se había convertido en una potencia mediterránea importante y a través de las Guerras Púnicas (264-146 a C) llegó a dominar una gran parte del mundo civilizado. Siendo un pueblo de sentido práctico y de orientación política, los romanos descuidaron el estudio de la medicina y de la salud.

Hacia fines del siglo V después de Cristo, decayeron las civilizaciones griega y romana, con lo que las investigaciones médicas y los principios científicos de observación sistemática establecidos por los griegos fueron casi completamente abandonados en Europa (Davison y Neale, 1974). Luego con el advenimiento del mundo cristiano, la iglesia también contribuyó con su parte, provocando que el enfoque naturalista de Galeno hacia la enfermedad mental cediera ante la antigua demonología.

Durante la época medieval, el tratamiento de las enfermedades mentales se encomendó por lo general, a los sacerdotes, quienes rezaban y rociaban al enfermo con agua bendita.

En 1484, el Papa Inocencio VII publicó una bula donde instaba al pueblo de Europa a buscar a todos los brujos; tal vez la intención de este decreto no fue la de promover torturas, pero la realidad es que con él se inició uno de los periodos más trágicos y grotescos de toda la historia de Occidente que desafortunadamente, duró por mucho tiempo.

Aún durante el siglo XVII la cacería de brujas y brujos fue algo muy común (Davison y Neale 1974)

2.1.4. Renacimiento

La caza de brujas coincidió con los inicios del espíritu del Renacimiento en Europa, la enfermedad mental estaba fuertemente vinculada con aspectos teológicos ilegales que apenas podían considerarse aisladamente, pues todo se remitía al pecado. La iglesia se vio sometida a diversos ataques por sus abusos, lo cual constituyó un heraldo de la reforma (Zax y Cowen, 1979).

La confianza encontrada nuevamente en la observación directa produjo su efecto sobre los médicos del siglo XVI, quienes empezaron a examinar más profundamente a sus pacientes y a registrar lo que veían. De esta forma, ya en la época final del Renacimiento, se volvió a orientar al hombre hacia otra realidad

Sin duda prevalecía aún la superstición, pero una marea opuesta empezaba a surgir y acabó por superar lo sobrenatural conduciendo al desarrollo de nuevas ideas fecundas para la comprensión de la conducta humana (Zax y Cowen, 1979)

2.1.5. Del siglo XVII hasta la Era Moderna

El pensamiento del siglo XVIII y del XIX estuvo dominado por la ilustración y la revolución francesa. Las ideas claves de la época fueron: el orden, la naturaleza, la ley natural, la razón y la felicidad. Una premisa implícita en este pensamiento era que el Creador había fundado el mundo según un plan definido que estaba comprendido por pautas exactas de comportamiento que eran las leyes de la naturaleza, que redundaban en la gloria del Creador y en el mayor bien de la humanidad Foucault (1976 citado en Mancilla, 2001). La moral iluminista si bien influyó en el mejoramiento de las condiciones del encierro interpretó a la locura como una perversion de la voluntad y de la capacidad moral de la persona que debía ser sometida y reeducada.

Ya en el siglo XX, la búsqueda de causas somatogénicas dominó a la psiquiatría. Esto se debió en gran parte a los descubrimientos de Louis Pasteur (1860-1870) y a su teoría de la enfermedad causada por germen. Sin embargo en algunas partes de Europa Occidental, a fines del siglo XVIII y durante todo el siglo XX, se consideraba que la génesis de las enfermedades mentales radicaba en supuestos psicogénicos, que atribuían a los desórdenes mentales a disfunciones psíquicas. Entre los representantes de esta hipótesis está el neurólogo parisino, Jean Charcot, quien estudió los estados histéricos como la anestesia en guante, ceguera, sordera, parálisis, ataques convulsivos, etc. Finalmente en Viena, hacia fines del siglo, un médico llamado Josef Breuer, descubrió que el alivio y la curación de los síntomas histéricos parecían tener mayor

duración cuando los pacientes recordaban, bajo hipnosis, el evento original que había precipitado el síntoma, generalmente una catástrofe emocional anterior. A este proceso se le llamó método catártico y fue una de las bases teóricas para que Freud desarrollara su teoría psicoanalítica (Davison y Neale, 1974).

2.2. Antecedentes de las Instituciones de Salud Mental en México

Para dar una idea de la historia de los hospitales psiquiátricos en México, es necesario señalar que este tipo de instituciones surge por primera vez en Europa del siglo XV, aunque el sentido de instituciones de beneficencia basado en la caridad principalmente cristiana, se desarrolla desde el Siglo IV. El nosocomio de esta época era visto como una casa donde se recibía a todos los necesitados, que en ocasiones funcionaba como un hospital para pobres, otras como albergue para peregrinos y en muchas ocasiones como orfanato y asilo para enfermos, con una política muy proteccionista. Durante el periodo Colonial la asistencia benéfico hospitalaria fue proporcionada principalmente por la iglesia, no obstante el Estado impulsó la obra asistencial y patrocinó la creación de varios hospitales dependientes de la autoridad civil. Entre los años 1545 y 1563, el Concilio de Trento reafirmó que todos los hospitales dependían de la Iglesia Católica y de algunas órdenes hospitalarias, como la de los Juaninos, los Bletemitas y los Hipólitos, aunque la administración estaba a cargo de los laicos. El 17 de mayo de 1591, Felipe II expidió una Cédula Real en la que autorizaba a particulares cristianos la construcción y dotación de hospitales, previa licencia de la Corona en el caso de España. Para las colonias españolas en América se necesitaba de la autorización del Virrey y del Obispo de la Diócesis en la cual se erigía el hospital. El mantenimiento administrativo de los nosocomios, en aspectos tales como los sueldos y los alimentos, se efectuaba por medio de concesiones, el goce de algún monopolio rifas, loterías, teatros y diezmos o donaciones que hacían algunos piadosos cristianos (Ávila, Cervantes, Esparza, Villalbazo, 1987); (Alcoer, 1983).

Los centros hospitalarios dedicados a enfermos mentales que surgen entre los siglos XV y XVIII, en virtud de estar concebidos dentro de la ideología cristiana católica, no tenían fines de lucro, estaban protegidos por la Iglesia directamente o mediante diversas organizaciones eclesíásticas, Patronatos Reales y en algunos casos por particulares ricos (Fajardo, 1980).

Entre los hospitales construidos durante este tiempo encontramos ya algunos para enfermos mentales: San Hipólito y el Divino Salvador en la ciudad de México; San Roque en la ciudad de Puebla y el de Belén en Guadalajara. Además se tiene noticia de la existencia de pabellones exclusivos para recluir a los insensatos en los hospitales de los juaninos (Mancilla, 2001).

2.2.1. El Hospital de la Santísima Trinidad

Este Hospital es fundado por dos humildes sastres de la Ciudad de México, Juan del Castillo y Francisco Olmos y estaba destinado para "pobres y miserables personas". Se dedicó a los enfermos dementes, especialmente religiosos y en ocasiones servía para hospedar sacerdotes, funciones que perduraron hasta el Siglo XVIII (Alonso, Betazos, Chaparro, Hernández, Morales, Alvarado, 1992).

2.2.2. El Hospital San Hipólito.

Fue fundado el 13 de agosto de 1567 por Fray Bernardino Alvarez, en honor del Santo que lleva dicho nombre. En este lugar los pobres, enfermos, ancianos y enajenados mentales eran atendidos en todas sus necesidades por los hermanos Hipólitos, la única orden creada en la Nueva España.

El Hospital se sostenía con los bienes dejados por su fundador, además de recibir limosnas, ayuda pública, donaciones y rentas de viviendas vecinas.

El Hospital de San Hipólito alcanzó gran prestigio por atender enfermos mentales de toda la Nueva España y Cuba, debido a las características humanas de las personas que laboraban en el recinto hospitalario. Así Bernardino Álvarez y sus seguidores se dedicaron a atender dentro de su hospital a todos los dementes e insuficientes mentales que les fue posible "para que tuviesen en su hospital la ración segura como vivientes, que no podían buscar como faltos de entendimiento". (Mancilla, 2001)

2.2.3. El Hospital del Divino Salvador.

Este Hospital fue destinado para ayudar a personas con trastornos mentales, comenzó hacia la mitad del siglo XVII con la obra de Jose Sayago, quien era un humilde carpintero. Su casa era sencilla y su taller era la parte mas importante. Sayago abrió las puertas de su casa a una mujer loca quien era prima de su esposa, la cual no tenía amparo alguno. Este simple acto de generosidad lo hizo interesarse en la tragedia de la demente y penetrar al problema que significaban este tipo de mujeres en la capital.

Ellas vagaban por las calles de la ciudad, abandonadas de sus familiares, andrajosas y hambrientas, soportando abusos, la burla y el desprecio de los demás, porque el Hospital de San Hipólito ya sobrepasaba su capacidad física, por tal motivo, Sayago recoge a estas mujeres y las lleva a su casa frente a la Iglesia de Jesús Maria para cuidarlas y mantenerlas (Peza, 1981).

Para el año de 1687 ya era conocida en toda la ciudad la obra de este hombre, quien compartía su pobreza con las mujeres locas. Este hecho empezó a ganar simpatizantes, entre ellos al Jesuita P. Juan Pérez, quien contribuyó con el envío de limosnas. La noticia llegó a oídos del Arzobispo de México, Don Francisco de Aguilar y Seijas, quien al percatarse del estado deplorable que existía en el hogar, ordeno a Sayago que buscara una casa mas amplia, cuya renta seria cubierta por el prelado junto con la alimentación de las enfermas.

A la muerte del Arzobispo en 1698, el hospital quedo sin medios para sostenerse, sin embargo, el interés que en el tenían los Jesuitas les abrió un nuevo camino. Gracias a sus diligencias, la Congregacion del Divino Salvador se hizo cargo de su manutención, instalando el hospital en la calle de la Canoá. El nosocomio fue remodelado varias veces, al iniciarse el Siglo XVIII el personal que laboraba ahí consistía en un mayordomo, tres legos, cuatro sirvientes, un capellán y un médico.

De 1811 a 1824, el hospital tuvo una situación difícil, a pesar de ello su servicio no desmejoró. En 1824 fue declarado hospital de la Federación, llamándose Hospital General de Mujeres Dementes y el Ayuntamiento de la ciudad se encarga de cuidar y vigilar su administración, fijar y

aplicar su reglamento. En 1840, el tratamiento a sus pacientes se daba en una sala tétrica, el "cuarto negro", inhumano, húmedo, oscuro y lleno de alimañas (Fajardo, 1988).

En 1855, las Hermanas de la Caridad participaron en el manejo y cuidado de las enfermas, mejorando mucho sus servicios recurriendo a la ayuda pública. En 1861, el hospital contaba con noventa camas, pero nuevamente con dificultades. Tres años después, el hospital contaba con cuatro patios alrededor de los cuales se encontraba distribuidas celdas y oficinas.

El hospital era atendido por un capellán, un médico que en él residía, un director miembro de la Sociedad de San Vicente de Paul, un administrador, cinco sirvientes y seis hermanas. Se dice que las internas comían tres veces al día, el desayuno a las siete, la comida a las once y la cena a las cinco y media (Mancilla, 2001).

A las pacientes que podían hacerlo, se les asignaba una labor manual o un trabajo que las tuviese ocupadas o distraídas. El 20 de diciembre de 1874 (siendo presidente Lerdo de Tejada), con la Ley Lerdo las hermanas son expulsadas quedando el establecimiento con una planta de personal civil.

Conviene destacar que este hospital fue el primero en dedicarse específicamente a personas con enfermedades mentales y ser exclusivamente de mujeres.

La fundación de estos hospitales respondió a la concepción que se tenía de los insensatos en esa época y es evidencia de la extensión de la tradición hospitalaria española en la Nueva España. Las nociones sobre la locura que convivieron en el México colonial, el saber popular y el médico entre 1571 y 1780, eran parte de su propia visión del mundo y de la vida impregnada de religiosidad y arraigada en la tradición cultural y en las relaciones sociales cotidianas. El saber popular, es decir, la manera en que la familia y los vecinos reconocían la locura era desde la religión, la vida social y la diferencia étnico-cultural (Mancilla, 2001)

2.2.4. Manicomio General " La Castañeda " y el surgimiento de nuevas instituciones.

En la época del General Porfirio Díaz, en 1877 se creó la Dirección de Beneficencia Pública, cuya función era brindar auxilio a indigentes, infantes y vagabundos, pero sobre todo se crea para disminuir la miseria y pobreza aunque esta no desaparece, dicha dirección dependía directamente del Consejo Superior de Salubridad, que a su vez era parte del Ayuntamiento de la Ciudad (Pérez, Díaz, Molina, y Álvarez, 1988). Sin embargo el gobierno solo se preocupaba por mostrar una aparente riqueza, mientras que la miseria se acentuaba más en el pueblo, careciéndose de comida y hospedaje, solo los religiosos y la Beneficencia Pública trataban de ayudarlos, por ello el ser loco y vivir un tipo de locura era una alternativa para muchos pobres.

El presidente, percibió la creciente necesidad de otorgar mejor atención a la salud y a la higiene mental, por lo que nombró una junta presidida por el Doctor Vicente J. Morales, para elaborar un proyecto de construir un Manicomio General en el Distrito Federal. En 1908 surge el Manicomio General en los terrenos de la Ex - Hacienda "La Castañeda", sería equipado con los elementos asistenciales y terapéuticos necesarios para atender a los enfermos de manera humanitaria y científica. El Manicomio fue inaugurado por el Presidente de la República, el General Porfirio Díaz, el 1 de septiembre de 1910 (344 años después de la fundación de San

Hipólito y 210 de la Canoa). Los viejos hospitales de San Hipólito y del Divino Salvador, entre otros fueron clausurados, y a los enfermos se les trasladó a las instalaciones del nuevo centro hospitalario (Ávila y cols, 1987).

En su libro de locura y mujer durante el porfiriato Mancilla (2001) refiere que, una buena parte de los argumentos que incidían en la idea de un nuevo manicomio, tenían como fondo el deseo de ubicar a la ciudad de México al nivel de las grandes metrópolis del mundo moderno. El deplorable estado en que se encontraban los hospitales ubicados en el centro de la ciudad, el espectáculo que ofrecían los locos a la gente que transitaba por esas calles, el número cada vez mayor de enajenados recogidos en los vetustos hospitales coloniales, las noticias de los nuevos manicomios y tratamientos provenientes del vecino país del norte y del otro lado del océano se puede deducir de la siguiente cita de un médico de la época.

Quando meditamos sobre el porvenir de la ciudad de Mexico llamada por sus condiciones a ser una de las mas bellas del Continente nos viene a la mente la idea de que algun gobierno que se preocupe en mejorar la higiene publica y hermosear la capital, ha de construir un hospital general con los fondos que produzca la venta de esos tres lúgubres edificios, San Hipolito, San Juan de Dios y San Andres que tanto daño hacen por su situacion a la salubridad y que tanto afean a una de las mas amplias y largas avenidas que tiene Mexico

El manicomio fue concebido como un establecimiento de beneficencia, con el doble propósito de hospital y asilo, para proporcionar tratamiento además de asistencia a toda clase de personas afectadas por enfermedades mentales, de ambos sexos, de cualquier edad, nacionalidad o religion. Al iniciar su funcionamiento contaba con mil trescientas treinta camas, sin embargo un año después, en 1911, el cupo del sanatorio se encontraba completo, ya que por el carácter nacional, se recibían internos de otras partes de la República además de ser el único en su tipo. Los pacientes estaban agrupados según su calidad en libres y en presos por orden de la autoridad; según su clase, en pensionistas (distinguidos, de segunda clase y de tercera clase) y en indígenas (asilados y asistidos gratuitamente).

Sin embargo, al manicomio no sólo ingresaban enfermos mentales, también llegaban vagabundos, epilépticos, drogadictos, indigentes o borrachos, los cuales eran detenidos en las diferentes delegaciones por andar en las calles llamando la atención o haciendo escándalo. Para 1937, durante el periodo Cardenista el manicomio fue reconstruido y se trató de reorganizarlo, debido a que su abandono era lamentable; había pisos rotos, muros cuarteados y ratas por todas partes, los servicios sanitarios producían horror, los muros cuarteados, la atención era inhumana, el personal inapropiado y no eran raras las violaciones de los enfermos por los mismos empleados (Bustamante, 1983). Había también problemas con los médicos que laboraban en él, los que no sabían diferenciar bien su función entre "custodios-guardianes" del enclaustramiento o médicos rehabilitadores y reintegradores de la salud de este tipo de pacientes.

Por los datos que se tienen, se puede pensar que el área de la salud mental en México, había sido descuidada desde entonces, oficial y científicamente, puesto que el hecho de que un hospital se construya 344 años después del primero, parece ser muestra del abandono oficial. Además la psiquiatría no existía en México, los pioneros de esta disciplina en nuestro país se formaron, ahí hecho que parece ser muestra del mencionado abandono científico.

Para 1961 se llevaba a cabo un reconocimiento de las condiciones de vida que existe dentro de los hospitales psiquiátricos, como resultado de ello se comenzó a planear arquitectónicamente nuevas instituciones, creadas con la finalidad de que fueran concebidas como una comunidad terapéutica, donde el sistema organizacional y las relaciones humanas fueran lo más normal posible, procurando que el enfermo fuera regresado a su medio en el menor tiempo. El programa también se enfocó a la creación de Hospitales-Granja, donde se atendería a enfermos que se considerara de recuperación larga, este tipo de hospitales deberían de mantener una estructura alegre y no la de un asilo, con la finalidad de que los enfermos estuvieran transitoriamente. Se estimó en cuatrocientas cincuenta camas el cupo máximo para obtener un sistema autosuficiente de mantenimiento.

En 1967 desaparece la Castañeda, y se habían formado ya los hospitales granja en el sexenio de Díaz Ordaz, construidos tomando como modelo la granja de San Pedro del Monte, de León Guanajuato, fundada en 1940. Ya para 1982, "La dirección de Salud Mental cuenta (...) con una cadena de 11 hospitales, aunque mal distribuidos en el territorio nacional, ya que el 60% de las camas se hallan en el D. F., y están en proporción de 1 por cada 5,433 habitantes, mientras que en provincia es de una por cada 55, 135" (Vázquez, Gonzalez, 1986).

El Manicomio General fue sustituido por la Grana Cruz del Sur, en Oaxaca, la Granja Cruz del Norte en Hermosillo, la Granja para enfermos mentales en Villahermosa. Asimismo, los internos de "la Castañeda", también se distribuyeron en los siguientes hospitales: Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"; "Fray Bernardino Alvarez", para enfermos mentales agudos, "Dr. Samuel Ramirez Moreno", para enfermos crónicos, todos en la capital de la República. Finalmente los hospitales del Estado de México que se fundaron para recibir a las personas con trastornos mentales son "Dr. Adolfo M. Nieto", Granja "la Salud" para varones y el "José Sáyo" que brinda atención exclusivamente a mujeres adultas con un padecimiento crónico; siendo de este hospital de donde se obtuvo la muestra de estudio para la presente investigación.

El quehacer médico se orientó fundamentalmente a la identificación de síndromes y diagnósticos de las enfermedades, aun cuando incorporaban en sus observaciones algunas informaciones que no eran del orden biológico, otra de las tareas bajo la responsabilidad de los médicos que trabajaban en los hospitales para dementes y, más tarde en La Castañeda, fue la de investigar y proponer los posibles tratamientos de los males que identificaban, actividad que en la actualidad ha sido absorbida por laboratorios farmacéuticos (Mancilla, 2001).

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

2.2.5. Modelos en Salud Mental

La enfermedad es un fenómeno natural que, posible en todos los seres humanos de la realidad física, al darse en uno de ellos desvía más o menos el curso de su actividad. Durante ella la vida experimenta una serie de cambios, se desarrolla de una manera diferente a como lo hace, cuando por estar ausente la enfermedad, se habla de salud. Hasta que la muerte se produce, el individuo

vive y experimenta su propia vida en salud y enfermedad, porque ambos términos pueden designar dos formas diferentes de desenvolverse los seres o dos formas de existir.

El concepto de enfermedad ha evolucionado a lo largo del tiempo, siendo resultado en todo momento de la cultura implícita de los pueblos, de sus creencias, de sus normas y valores (Ridrujo, Medina y Sánchez, 1996).

Si es innegable que el desarrollo científico de la medicina ha determinado los planteamientos más recientes, no por ello las viejas creencias han desaparecido del hombre civilizado sino que se mantienen latentes, con frecuencia se expresan con toda claridad en el lenguaje y casi siempre se pueden inferir de la conducta; también se descubren tras la interpretación de las actitudes sociales.

Los conceptos de salud y enfermedad al ser traídos de las áreas más biológicas de la medicina, donde existen referentes claros de estos, a la psicología clínica mediante la psiquiatría, han dado lugar a importantes imprecisiones, ya que "la enfermedad" mental es cualitativamente diferente, pues afecta la parte humana del hombre aun en el caso de lesiones cerebrales, ya que el cerebro es el órgano que guarda y permite la expresión de este aspecto humano y, sin embargo hasta hoy, parece que lo trasciende. Es en el momento de definir el concepto de "enfermedad mental", cuando surge toda la confusión, la cual no se presenta al momento de la detección del enfermo mental (De la Cruz, Gómez, Suastre, 1990).

Por otro lado parece existir una sobreposición de los conceptos de salud y normalidad y de enfermedad mental con anormalidad. Es sabido que existen diferentes criterios de normalidad que llevan implícita la definición de lo que esta es. Por tal motivo se abordarán los diferentes modelos que hacen consideración de lo que es normal o anormal, pues 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 anormal en otro contexto social (Dana, 1966).

El científico formula modelos o criterios a fin de generalizar sus observaciones pasando del caso particular al general. El principal propósito de un modelo consiste en ayudar a los profesionales a hacer predicciones. Si estas se hacen realidad, se sabe que el modelo es una representación cercana de algo que existe en el mundo real, que explica correctamente un fenómeno.

El término modelo indica que se está estableciendo una analogía, en un modelo se intenta aplicar los conceptos de un campo a otro, suponiendo que el campo nuevo es similar al ya conocido y que se le puede entender mejor estudiándolo en esta forma. Estos modelos también pueden ubicarse como criterios en el sentido de ser un referente al que debe apegarse algo. Además cuando un criterio o un modelo están fuertemente sustentados también pueden funcionar como paradigmas, en el sentido de T. S. Kuhn (1962), al determinar la manera en que se estudiará un fenómeno, que problemas se plantearán y que tipo de información se utilizará (Davison y Neale, 1974).

Para Nathan y Harris (1975) el proceso de conformación de todo modelo implica los siguientes pasos: 1. Formular hipótesis sobre una serie de modelos, utilizando como punto de partida la información que ya se tiene acerca de los sujetos. 2. Hacer predicciones con base en cada uno de sus modelos. 3. Acumular datos adicionales (principalmente de observaciones y mediciones) y cotejar sus predicciones con estos datos. Tratando de reunir la información suficiente para poder aceptar o rechazar las suposiciones que implican cada uno de los diferentes modelos, y por último; 4. Comparar los modelos y seleccionar uno. Los modelos se ajustan, cambian y reemplazan tantas veces como lo requieran los datos, hasta que se obtiene el modelo final que proporciona las mejores explicaciones y predicciones acerca de sus sujetos.

Cuando se trabaja con sujetos tan complejos como los humanos, frecuentemente se producen modelos tan diferentes que resulta benéfico tratar de comprenderlos. Por lo que se revisaran los modelos más empleados para determinar la normalidad y la anormalidad.

2.2.6. Modelo Sociocultural

La normalidad se evalúa en forma relativista, en términos de culturas o subculturas. Las normas sociales implícitas o explícitas, orientan la conducta de acuerdo con diversos conjuntos de expectativas y obligaciones. Gran parte del proceso de socialización implica la transmisión de normas culturales. Las convenciones, los usos, las costumbres y las leyes contribuyen a la instauración de estas normas. Aunque la norma de conducta puede estar no claramente establecida, los individuos asimilan los requisitos para lograr aceptación y prestigio en la cultura en la que viven. El aprendizaje de lo "normal" en este modelo es, a la vez, un proceso social e intelectual que debe tomar en cuenta la situación del momento. Así como consecuencia de sus experiencias, los individuos saben que es lo normal y lo adecuado a su propio grupo social y en su cultura (Dana, 1966)

Gran parte del proceso de socialización implica la transmisión de normas culturales. Los procesos de aprendizaje de la identificación, la imitación o la disciplina y el control buscan imponer conductas habituales en respuesta a la presión de las normas sociales.

Wegrocki (citado por Nathan y Harris, 1975) dice que la mejor manera de distinguir la normalidad y la anormalidad transculturales (generales) de la normalidad y la anormalidad de una cultura específica (locales), consiste en examinar la función que desempeña, las conductas en cuestión.

2.2.7. Modelo Legal

El criterio legal es una pauta de normalidad mucho más restringida y específica. Jueces y jurados se enfrentan una y otra vez con el problema de decidir si una persona es o no insana de acuerdo con la ley (Dana 1966). Antes de 1843 no existía una definición legal de enfermedad mental que fuera aceptada ampliamente. Los criminales cuyos actos podían haber estado influenciados por trastornos mentales, eran juzgados de acuerdo con los modelos individuales de enfermedad mental que proporcionaba el juez y el jurado a la Corte.

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 en este proceso se les conoce como reglas de M' Naghten y continúa siendo en todo el mundo el principal criterio legal sobre enfermedad mental. En esencia éstas dicen que "el acusado puede ser solamente considerado como una persona enferma, hasta el grado de escapar a su responsabilidad por su acto criminal, si actuó bajo tal efecto de la razón por enfermedad de la mente, siendo que haya ignorado la naturaleza y calidad del acto, o si la conocía, no sabiendo que aquello que hacía era erróneo (Slater y Roth, citado en Nathan y Harris, 1975).

2.2.8. Modelo Estadístico

Desde el punto de vista estadístico, los puntos que se toman en cuenta son las características específicas de las personas, como son los rasgos de su personalidad o su conducta y la distribución de dichas características en la población. Un tipo de distribución de la población, la curva normal coloca la mayoría de las personas en su parte central, y muy pocas de ellas quedan en algunos de sus extremos. Según el modelo estadístico, 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 unidad de medida que se utiliza convencionalmente para describir la dispersión de los individuos por encima o por debajo de la media es la desviación estándar. 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 (García, 1993).

Aparentemente en la actualidad algunos autores creen que la normalidad, para el grueso de los individuos, está definida estadísticamente por la media de la población. La repetición de hechos con alta frecuencia, sin justificación alguna, es lo que determina a la normalidad, se han abandonado los elementos cualitativos para dar paso a criterios meramente cuantitativos (García, 1993).

2.2.9. Modelo Ideal.

El término ideal sugiere características de conducta que en cierta forma superan a la experiencia inmediata, pero que se incluyen en el repertorio potencial de una persona. Obviamente, el conjunto de criterios propuesto por una única persona no puede ser completo, adecuado y aceptable (Dana, 1966).

Los primeros puntos de vista que se conocen acerca de la normalidad están en el Antiguo Testamento en donde, como es sabido, los Diez Mandamientos proporcionan una descripción completa de la conducta ideal. Los judíos que no cumplieron los mandamientos fueron castigados. Uno de los castigos era la enfermedad mental: "El señor los castigará con la locura y la ceguera y aturdimiento de corazón" (Deuteronomio, 28: 28). El rey Saúl, quien desobedeció un mandato militar específico de Dios, sufrió toda su vida de depresiones periódicas a las cuales la Biblia refiere como "el espíritu del mal enviado por Dios" (Nathan y Harris, 1975).

Algunos teóricos contemporáneos, al no disponer de una definición de normalidad han tenido que elaborar su propia definición. Marie Jahoda (1950) propuso cinco criterios para poder caracterizar una verdadera salud mental, criterios que conforman un modelo ideal contemporáneo de salud mental y normalidad :

1. Ausencia de enfermedad mental: condición necesaria de salud mental pero no la única.
2. Normalidad de la conducta, juzgada en términos de las normas sociales de la conducta.
3. Adaptación al medio ambiente, que requiere una relación práctica entre las necesidades y las expectativas de la persona y la sociedad.
4. Unidad de la personalidad, implica que la persona pueda juzgar sus propias aptitudes con relativa independencia de la opinión de los demás.
5. Percepción correcta de la realidad, en la que la persona recibe y procesa la información del medio ambiente en forma precisa (Nathan y Harris, 1975, p. 19).

2.2.10. Modelo Clínico

El modelo clínico se relaciona con el modelo ideal. Existen dos patrones clínicos que representan extremos diferentes del mismo continuo. Se denomina a este continuo como "salud mental y perturbación mental". La salud mental representa el caso especial de adaptación ideal, absoluto para un individuo determinado, pero sujeto a variaciones individuales. La salud mental exige la integración óptima del individuo a su sociedad. La personalidad sana o adaptada, aunque se basa en los criterios ideales, incluye los recursos individuales y las exigencias de la situación social. En el segundo par, encontramos la desviación que hay que corregir y actualmente se parte del patrón utilizado para el diagnóstico psiquiátrico y psicológico, donde la nomenclatura más empleada corresponde al DSM-IV (Dana, 1966)

El clínico tiene una responsabilidad doble, a) clasificar al paciente cuando existe una perturbación psicopatológica y, b) establecer el grado actual de la personalidad en relación con el criterio de salud mental (Dana, 1966).

2.2.11. Modelo Psicoanalítico

El modelo psicoanalítico fue desarrollado a principios de este siglo por Sigmund Freud y ha ejercido una profunda influencia en las concepciones psicológicas modernas de la anormalidad. El psicoanálisis es una teoría dinámica que hipotetiza un conjunto complejo de relaciones de energía psíquica para explicar la conducta humana.

Freud dividió a la psique en tres partes principales: inconsciente, preconscious y consciente (primera topica) y posteriormente en ello, yo y superyo (segunda topica), a cada una de estas instancias les adjudicó funciones distintas (Davison y Neale, 1974)

Freud pensaba que la estructura de la personalidad se desarrollaba a través de cinco diferentes etapas psicosexuales. En cada etapa, una parte específica del cuerpo es más sensible a la excitación que todas las demás, y es por lo tanto la más capaz de proporcionar satisfacciones libidinosas al ello. La primera etapa es la Oral, va desde el nacimiento al destete, la succión y la alimentación son los principales placeres. En el segundo año de vida, el niño inicia la etapa Anal.

El placer queda ubicado en el ano y en sus funciones de eliminación y retención. En la etapa Fálica, que se extiende desde los tres hasta los seis o siete años, la excitación máxima se debe a la estimulación de los órganos genitales. Entre los siete y doce años, el niño atraviesa la etapa de Latencia, durante la cual los impulsos del ello dejan de ser importantes. La etapa final correspondiente a la edad adulta, es la Genital, durante la cual predominan intereses de tipo heterosexual y surge el pensamiento racional (Davison y Neale, 1974)

La manera en la que la persona al crecer, va resolviendo en cada una de las etapas los conflictos que surgen entre lo que quiere el ello y lo que ofrece el medio ambiente, determinan los rasgos básicos de la personalidad

El modelo dinámico concibe a la conducta anormal como una interacción entre un conjunto de acontecimientos psicológicos innatos que comienzan a desarrollarse poco después del nacimiento, y un conjunto de acontecimientos críticos, que ocurren durante los primeros años de vida. La normalidad en este modelo implica el paso gradual del sujeto por las etapas psicosexuales, y la anormalidad se presenta cuando hay un detenimiento en el desarrollo en una determinada etapa psicosexual (Dolto, 1971)

2.2.12. Modelo Conductual

Watson (1913) con sus aportaciones revolucionó la psicología, encaminándola a ser una rama puramente objetiva de las ciencias naturales. El objeto de la psicología pasó a ser el estudio de la conducta y sus investigaciones se centraron en el aprendizaje, tipos de estímulos y clases de respuestas. Pronto dos tipos de aprendizaje empezaron a llamar la atención en psicología. El primero el Condicionamiento Clásico fue implementado por el psicólogo ruso Iván Pavlov. El segundo tipo de aprendizaje fue el Aprendizaje Instrumental que encuentra su base en los trabajos de Edward Thorndike, la conducta o respuesta que tienen consecuencias sirve de instrumento para alentar o desalentar su propia repetición

Últimamente, ha habido un interés cada vez mayor en un tercer tipo de aprendizaje, la imitación. Los trabajos experimentales de Bandura y Menlove (1968, citados en Davison y Neale, 1974) demostraron que el observar a alguien realizar ciertas actividades puede incrementar y disminuir diversos tipos de conducta, como el compartir la agresión y el miedo.

El punto fundamental de este modelo es el supuesto de que la conducta anormal se aprende de la misma manera que la mayor parte de las otras conductas humanas. Este punto subestima la importancia de los factores biológicos y genéticos. La brecha entre la conducta normal y la anormal se ve reducida por el hecho de ser ambas observadas dentro de un mismo marco conceptual (Davison y Neale, 1974).

2.3. Modelo Médico

El estudio de la conducta normal y anormal está históricamente relacionado con la medicina. El supuesto básico del modelo médico es que la conducta anormal se puede comparar con una enfermedad. La enfermedad se puede definir en base a dos premisas: a) presencia de un conjunto

específico de síntomas o síndromes; y b) este síndrome tiene un agente causal o etiología específica. Dentro de esta noción general de lo que es una enfermedad, se distinguen tres tipos deferentes. De acuerdo a sus causas, una enfermedad puede ser: 1. infecciosa: un microorganismo como un germen o un virus ataca a un órgano o a un sistema orgánico, el resfriado, la pulmonía y la hepatitis son ejemplos comunes; 2. sistémica: representa una disfunción no producida por una infección. Un órgano se enferma a causa de un defecto hereditario. El ejemplo clásico de este tipo de enfermedad es la diabetes, provocada por el mal funcionamiento de las células pancreáticas encargadas de secretar insulina; 3. traumática : es causada por un agente externo y ambiental. La ingestión de alguna sustancia venenosa o la fractura de una pierna, son ejemplo de este tipo de enfermedad (Davison y Neale, 1974).

Muchos trastornos mentales son resultado de un daño temporal o permanente en el sistema nervioso central, por ejemplo aneurisma cerebral, embolia o tumor cerebral. Otros son producidos por infecciones, fallas en el funcionamiento metabólico o endocrino, o intoxicaciones (incluyendo el alcohol y las drogas).

El modelo médico de la enfermedad mental implica: a) una causa orgánica, b) ciertas suposiciones acerca de los métodos de diagnóstico, y c) cierto enfoque en la estrategia del tratamiento. (Nathan y Harris, 1975).

El modelo médico acerca de la etiología de un trastorno mental supone que la causa de la "enfermedad" es una condición patológica subyacente, puede ser una infección, un daño del tejido debido a una lesión o una alteración en el metabolismo.

El modelo médico para el tratamiento psicológico sigue las mismas pautas de tratamiento de la medicina física, donde el médico intenta destruir el agente patológico subyacente.

Dicho tratamiento de los trastornos mentales, pretende "arrancar de raíz" las causas subyacentes en los trastornos de la conducta. Ya sea que el psiquiatra intente modificar el daño en el funcionamiento físico (por medio de medicamentos) o, como se hace en el psicoanálisis, que intente cura los determinantes inconscientes de la neurosis del enfermo por medio de métodos psicoanalíticos.

Sin embargo, existen muchos otros trastornos mentales para los cuales todavía no se ha encontrado una etiología física u orgánica. Dentro de este grupo se encuentran las psicosis maniaco depresivas, las neurosis y los trastornos de personalidad, entonces surge inmediatamente la siguiente pregunta: ¿resulta conveniente diagnosticar y tratar estos estados de acuerdo con ideas que provienen de la medicina tradicional? (Nathan y Harris, 1975)

No obstante el modelo médico de la enfermedad mental tiene también serios defectos. Algunos críticos por ejemplo, Kanfer y Saslow, 1965; Sarbin y Mancuso, 1972 (citado en Nathan y Harris, 1975) lo desaprueban ya que este modelo es el responsable del sistema de diagnóstico "oficial" practicado actualmente. Este es el Manual Estadístico y de Diagnóstico de Enfermedades Mentales.

Este sistema extraído de la medicina física, clasifica a los pacientes de acuerdo con la conducta anormal que ellos muestran, y no mediante criterios que se relacionan de manera más directa con el tratamiento.

Aun más importante es el hecho de que el modelo médico conduce inevitablemente al punto de vista de que los hospitales y las clínicas son los lugares en donde deben ser tratados los trastornos mentales .

De esta manera es importante mencionar que la imagen de loco, es una imagen que no acaba de delimitarse, cualidad que la hace capaz de recibir múltiples significados, pues el individuo al representarse la salud o la enfermedad puede dar lugar a una organización subjetiva dentro de la cual se originan comportamientos y creencias que los definen.

Los cambios culturales inciden sobre los modelos de pensamiento y conducta y los modifican profundamente

El investigar la locura, significa entenderla como un fenómeno sociocultural complejo en el que confluyen y se reflejan las múltiples contradicciones. Como todo lo humano, su materialidad está contenida en el juego de distintos planos de la realidad, percibidos, cada uno de ellos, como inabarcables e irreductibles entre sí, que hacen de su investigación una empresa compleja e inevitablemente sesgada (Mancilla, 2001)

En el siguiente capítulo se abordará el estudio de la salud mental de la mujer destacándose los factores de riesgo, el malestar femenino y las ideologías respecto a este hecho social, considerando que los trastornos mentales que presenta o puede llegar a presentar la mujer se conciben como parte de un orden social y cultural , y no solamente desde una perspectiva médica, como síntomas de un desorden biológico.

CAPÍTULO 3

LA MUJER EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

3.1. Delimitación del campo de la Salud Mental de las Mujeres.

A menudo nos hemos quedado perplejas ante cuestiones de gran complejidad y amplitud tales como por ejemplo, definir el campo de la salud mental de las mujeres; de cuál es la percepción o la noción social de la salud mental femenina, de las relaciones existentes entre la constitución de las mujeres como sujetos y su salud mental, de cómo definir las problemáticas prioritarias en este campo, de que es lo que se ha venido realizando en nuestro país, y de cuáles son los modelos paradigmáticos con los que se opera en este campo (Burin, 1987).

El campo de la salud mental de las mujeres está en formación, pues cuando se hacía referencia a la salud de las mujeres generalmente se aludía a la salud reproductiva. La salud mental de las mujeres era así un efecto de los avatares de su función reproductiva, o sea, de su "naturaleza femenina": psicoprofilaxis obstétrica, depresión puerperal, ansiedades de la lactancia, trastornos psíquicos de las mujeres menopausicas, etc, eran sus temas más frecuentes (Burin, Moncaraz y Velásquez, 1991)

Mancilla (2001) en su libro de *Locura y mujer durante el porfiriato* refiere que los signos de una perturbación mental patológica, se buscaban en la información que se relacionaba con la biología femenina, en el caso de las mujeres y con características físicas, en el caso de los hombres.

Los aspectos que se encontraron bajo la mirada del médico, derivados de la biología femenina, eran la menstruación, la menopausia, el embarazo, el puerperio, el aborto y el amamantamiento del hijo. En algunos casos la relación que se ubicaba entre estos aspectos y el padecimiento mental de la paciente, si no era francamente causal, sugería tal relación.

A medida que avanzan los conocimientos y la práctica en este tema, se ha ido cambiando esa perspectiva tradicional y se le ha ido concediendo una concepción más moderna, a la que se denomina "psicodinámica", que pone énfasis en los estados de "armonía" y de "equilibrio".

Otra orientación es la concepción participativa, que si bien se encuentra todavía en estado de gestación y de ensayos múltiples, reconoce la necesidad de ubicar a las mujeres como sujetos sociales activos (Burin, 1987). Se basa en las necesidades de la población con la cual trabajan, y en definir acciones y criterios de salud mental desde sus mismas protagonistas, con la colaboración de equipos de salud multidisciplinarios. Esta perspectiva reconoce la salud mental como una noción que sus mismas protagonista -las mujeres- van construyendo en diferentes momentos de sus vidas. Tal forma de comprender la salud mental se centra en un proyecto de concientización y de transformación de las condiciones de vida de las mujeres, especialmente de sus vidas cotidianas, así como de aquellos factores opresivos que constituyen modos de vida enfermanes.

Según el saber psiquiátrico tradicional sus temas-problemas fundamentales caían dentro del grupo mayor de las enfermedades mentales denominadas psicosis. Pero cuando esta delimitación se hizo desde perspectivas dinámicas, emergieron problemáticas relacionadas con las técnicas o las prácticas asistenciales que utilizaban para lograr mejores resultados.

Los cambios desfavorables de la coyuntura económica, la degradación del medio ambiente, el alza de los precios de los alimentos y la reducción de los servicios de salud y sociales han incrementado la carga de trabajo de la mujer, pero no su autoridad y control.

Se puede inferir que las demandas que restringen sus recursos físicos y económicos menoscaban su capacidad de tolerancia y amenazan su estado de salud físico y mental. (Paltiel, 2000).

"Al delimitar el campo de la salud mental de las mujeres es necesario feminizar las teorías y prácticas vigentes, es decir, es necesario incluir la perspectiva de las mujeres sobre sus condiciones de salud y sus modos de enfermar" (Burin, Moncaraz y Velázquez, 1991).

La deconstrucción-reconstrucción del campo de la salud mental con un enfoque de género, podría ofrecer recursos para que tanto mujeres como hombres tengamos la posibilidad de replantear aspectos cotidianos, culturales (y por que no, profesionales) que participan en la etiología de algunos malestares que a la larga se diagnosticarían como trastornos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La meta de salud para el año 2000 se define funcionalmente como el estado de salud que le permite al pueblo llevar a cabo una vida económica y socialmente productiva. Sin embargo la productividad, aun en la esfera social, no es un indicador adecuado ni una garantía de salud mental, por consiguiente, es preciso agregar "una vida personalmente satisfactoria", teniendo en cuenta la vida reproductiva y productiva de la mujer. Aunque la mujer debe ceñirse también a la definición de salud mental de Freud, que entraña la capacidad de trabajar y de amar, cabe preguntarse si esta definición es válida y si el amor y el trabajo de la mujer son elementos compartidos y subestimados (Paltiel, 2000)

La definición de gente sana en el año 2000 dada en los Estados Unidos de América se refiere no sólo a la ausencia de trastornos mentales sino también a la capacidad que tiene un individuo de superar las dificultades diarias y las diversas clases de interacción social de la vida, sin sufrir disfunción cognoscitiva, emocional ni conductual. Este acento dado a la capacidad individual debe volver a analizarse desde el punto de vista de "la mujer, la salud y el desarrollo" con el fin de poder examinar las condiciones que favorecen u obstaculizan el desarrollo y el mantenimiento de esa capacidad de superación de las mujeres y los hombres.

Han surgido también algunos paradigmas en los aspectos epidemiológicos, clínicos y sociológicos de la salud mental. Hasta ahora sólo han tocado superficialmente la corriente canónica de pensamiento o práctica, sin penetrar en ella. En los umbrales del siglo XXI aun estamos atrapados en una teoría psicológica del siglo XIX vinculada al determinismo biológico. La estructura básica del pensamiento psicodinámico todavía es sexista y lleva a considerar a las

mujeres como seres inadecuados, irracionales o incompletos con un superego inestable y envidia por no tener pene (Mora, 1998).

Como lo confirma Fedele y Miller (1990, citado en Paltiel, 2000) los adelantos más importantes en el empeño por entender las necesidades y los riesgos de la mujer han surgido fuera de las instituciones establecidas, en otros servicios de salud y sociales, centros femeninos y de atención de crisis causadas por violación, refugios de mujeres agredidas, centros de tratamiento del alcoholismo femenino y grupos de defensa de la salud de la mujer. En los últimos veinte años el movimiento feminista ha cuestionado y alterado los preceptos y prácticas existentes y puesto en tela de juicio las clasificaciones y los términos aplicables a la depresión y los temores de la mujer.

Se ha producido nueva información sobre la manera de pensar, sentir y comportarse de la mujer, que desafía las hipótesis tradicionales sobre salud, patología, madurez y asignaciones del cuidado basadas en un estereotipo de sexo (Fedele y Miller, 1990).

3.2. El malestar Femenino

Dentro de la ideología patriarcal el hombre al reservarse el exterior le delegó el interior a la mujer; sin embargo, el campo que se le entregó a la mujer ¿no es enorme, gigantesco sin posible comparación con el territorio del hombre? Oliver (1984 citado en Ferrer y Morales, 1998).

Entonces ¿que abarca el campo propio de la mujer? A la mujer le corresponde por excelencia la labor maternal y doméstica, exigiéndole: disponibilidad absoluta, capacidad para entender y satisfacer las necesidades filiales y de pareja, eliminación de sí misma de todo rasgo de egoísmo, hostilidad y la necesidad de apoyo, de descanso y de ocio para sí misma. Esto, aunado a la negación de la frustración y de las propias necesidades hace que se gesticone un estado general de tensión expresado en un **malestar cotidiano**, el cual muchas de las veces ni siquiera es percibido puesto que sería "contracultural", en el sentido de que va en contra de muchos de los mandatos recibidos de lo que significa ser mujer.

...allí donde parecía incuestionable y patentizada la inferioridad inducida de la mujer, como sucede en el ámbito laboral o en las tareas domésticas, muchas mujeres han venido ganando terreno de manera progresiva, aunque sin hacer gala de combatividad o partidismo. También la densidad del medio social se ha tomado repentinamente flexible, dúctil y porosa en el medio urbano más cosmopolita (Machuca, 1996).

Aun en aquellos lugares donde las mujeres parecen haber ganado el derecho a la igualdad persiste la discriminación en formas más sutiles y disimuladas (exclusión de mujeres en nombramientos, ascensos y sueldos distintos, así como en los numerosos detalles en el trato entre los sexos: formas veladas de sabotaje y obstaculización de las realizaciones femeninas en el trabajo u otras esferas, lo mismo que la amenaza siempre presente del acoso sexual en complicidad con otros hombres).

El proceso de homologación de las mujeres con los hombres en una sociedad regida en buena parte por una lógica masculinista tiene un precio, pues en ese decurso muchas mujeres se

masculinizan en ciertos aspectos machistas, antes de que por su parte algunos hombres se feminicen, es decir, se desembaracen de las resistencias de la sensibilidad, como son las presunciones de "fortaleza" frente a cualidades como "ternura", que constituyen una falsa oposición (Machuca, 1996).

Es importante señalar la distinción que se hizo en el Seminario Internacional sobre el Malestar Psíquico de las mujeres (Roma, 1988, citado en Burin, et al, 1991) entre enfermedad y sufrimiento: Por **sufrimiento** se entiende el malestar de las mujeres, ligado a una situación específica de opresión; por **enfermedad**, el malestar en que el reconocimiento de sus orígenes ha sido denegado. La **enfermedad** es entendida como pérdida de la conciencia de vivir en condiciones perturbadoras, siendo sujeto de un padecimiento individual, atribuido a disfunciones biológicas. En cambio, el sufrimiento femenino se describe como una situación de subordinación social propia de las mujeres.

Muchos de estos factores intervienen o influyen en la salud mental de las mujeres que en este caso y dadas las características de la sociedad patriarcal, son quienes más sufren las consecuencias de la discriminación y la marginación social, teniendo efectos serios en su estabilidad psíquica y emocional (Flores, 1993).

Si bien el malestar es un producto cultural que permea por igual a sus miembros en tanto que nadie está exento de padecerlo, este se expresa de distinta manera en hombres y mujeres. Se podría decir que los malesares privilegiados para el género femenino van desde las somatizaciones hasta la depresión, atravesando un gran abanico de sintomatologías que se relacionan con su propio cuerpo.

Sáez (1988) propone que son los factores psicosociales los que influyen en el hecho de que en nuestra sociedad la mujer reaccione deprimiéndose con mayor frecuencia que en el hombre. Los pilares fundamentales sobre los que se asienta dicha hipótesis son:

1. Las discriminaciones sociales objetivas, que dificultan a las mujeres su actuación, así como la seguridad en sí mismas, lo cual conlleva a la dependencia económica y jurídica, así como a la situación de desvaloramiento respecto a los demás; todo ello induce a una intravaloración constante y peligrosa para un buen equilibrio mental.
2. La socialización de la mujer, que desde la infancia, consigue la internalización de unos valores específicos de su sexo; tales como la debilidad y el rechazo de la libertad y la autonomía.
3. Las características específicas del rol de la mujer casada (esposa-madre-ama de casa). Incluso Burin (1991) las considera factor de riesgo para la depresión.

A estas hipótesis es importante hacer hincapié en que no son propiamente los roles los que van mermando la construcción de la salud mental en la mujer ya que finalmente son sólo el producto de la conceptualización que tiene acerca de su femineidad; va más allá de la actuación de un rol, implica una congruencia entre lo interno y lo externo, entre la subjetividad y la sociedad, a pesar de que el significado social internalizado de ser mujer no sea lo más sano.

3.3. Mujer, psicopatología y malestar en la cultura.

El estudio de la salud y la enfermedad mentales de la mujer ha de implicar dialécticamente, los fenómenos políticos-sociales que configuran la feminidad en su dimensión simbólica, y la estructura particular del sujeto, la familia y las redes sociales en las que se encuentra inmerso. La problemática de la mujer como sujeto se inscribe en unas coordenadas histórico-sociales dadas. La sociedad patriarcal implica una división del trabajo entre hombres y mujeres, que no establece una relación igualitaria sino una dominación y sometimiento. Esta se articula, a su vez, con la construcción discursiva de las categorías, imágenes y símbolos que definen los lugares que habrán de ocupar hombres y mujeres en el tejido social (Tubert, 1992).

La eclosión del problema de la mujer en la antropología ha redimensionado el tema de la cultura, dándole nuevos enfoques al estudio de todo lo que puede significar el problema de la cultura. No se puede hablar, de una antropología de la mujer, Sin embargo, a la luz de una problemática femenina el concepto de cultura nunca puede ser el de antes. Algunas connotaciones tradicionales poco cuestionadas se descubren como sumamente vulnerables y contradictorias. A este, respecto la propia noción de cultura resulta ser sintomáticamente más útil por lo que oculta que por lo que revela (Machuca, 1996)

La concepción de cultura a que hace referencia Mancilla (2001) asume los fenómenos fundamentalmente simbólicos. Desde este punto de vista, la cultura designa pautas de significados históricamente transmitidos que se materializan en formas simbólicas que abarcan acciones, expresiones, relaciones, espacios y objetos significantes de la mas variada especie y, además, estas formas simbólicas hacen que los individuos se comuniquen entre si compartiendo sus experiencias, concepciones y creencias

Si la cultura es, como lo proponía Freud y luego Marcuse, la sublimación resultante de la represión de las pulsiones humanas mas poderosas, este proceso está representado también por la opresión que una parte de la humanidad ha ejercido sobre la otra: clases dominantes sobre clases explotadas, pero también, y en este doble condicionamiento, las mujeres bajo el sometimiento del hombre (Lagarida, 1998).

Cada vez que se ubica el lugar de la mujer en el conjunto global de su contrastación con el hombre desde una concepción masculinista del mundo, aparece como una dicotomía en la que la mujer queda representada en el lugar del polo opuesto de la cultura: en el de la naturaleza y el instinto, quedando así excluida de lo que supuesta pero contradictoriamente hace al hombre superior, por razones divinas, naturales o sociales.

Pero esto no basta para explicar las vicisitudes del sujeto sexuado en la medida en que, inconscientemente, cada uno perpetua y transmite la estructura que lo ha constituido y que lo limita, lo que se manifiesta a través de sus creencias, actitudes, actos, valores, y aun de su imagen de si mismo (Machuca, 1996)

Cuando se analiza el tema de la cultura (Machuca, 1996) desde la óptica de la situación y el papel de la mujer, el fenómeno cultural como proceso histórico reaparece como una herida

original. Todavía hoy se lucha por reivindicar elementos antes excluidos de una idea sumamente elitista y restrictiva de la cultura. Lo dudoso, empero, de que se habla de una "cultura de la mujer" es que con esta adjudicación tiende a parcializarse como "la cultura propia de la mujer" nada menos que la de la vida doméstica en su sentido más restringido. De este modo se cree que se le reconoce su merecido lugar, siendo que con ello no se hace sino desplazarla de la centralidad que representa la mujer en la producción de toda cultura.

Algunos autores como Bleichmar (1989) y Chodorow (1974) (citados en Mora, 1998) señalan que la identidad de los sexos queda firme e irreversiblemente establecida a partir de los tres años en ambos sexos. A pesar de que la mujer desempeña el rol de cuidadora de los hijos en los primeros años de vida, la formación de la identidad es muy distinta para hombres y mujeres. Las niñas se identifican con la madre, mientras que en los niños hay una separación cortando su amor primario y su sentido de nexo empático. Esto explicaría la tendencia casi natural de las mujeres orientadas a la empatía, al cuidado de los demás, de ser para otros menos para sí mismas Lagarde, (1993 citado en Mora, 1998).

Ella misma asume ese papel que le impone su cultura y acepta las interpretaciones que se hacen sobre su forma de actuar. La esfera de lo psíquico involucra no solo especificación de papeles sino también valoraciones y consideraciones de las características que debe tener la conducta humana.

En la etapa adulta, ante la prevalencia de los valores masculinos "las mujeres no solo se definen así mismas en un marco de relación humana, sino que también se juzgan en función de su capacidad para atender a otros. El papel de la mujer en el ciclo vital del hombre ha sido el de alimentadora, cuidadora y compañera-ayudante, la tejedora de aquellas relaciones de las que ella, a su vez, pasa a depender" (Mora, 1998)

El precio psíquico de estos papeles sociales, es la alineación a través de las distintas formaciones sintomáticas. Tal alineación conduce, además, a la aceptación de un supuesto destino (el femenino, por ejemplo), inevitable y esencial, en tanto se lo considera determinado por la naturaleza y se encubre su fundamento cultural e histórico (Tuber, 1992).

En las últimas décadas se ha hecho hincapié en la situación de la mujer, así como en las causas de su opresión y relegamiento en las sociedades capitalistas. Así mismo se subraya el hecho de que presenta patologías mentales diferenciadas como resultado de la situación a la que se ha visto sometida (Sack, 1979). Se habla de un "síndrome femenino", o sea, "aquella serie de síntomas psicopatológicos que provienen todos de una problemática que podría definirse como femenina" (Marcos, 1987). Se dice que los papeles que desempeña la mujer son estereotipos de lo que vendría a ser una especie de masoquismo, pues al presentar dulzura, pasividad, abnegación, sumisión, etcétera-características que la ideología de la opresión le han asignado como "naturales", se comporta como quienes padecen esta perturbación psicopatológica.

La salud mental de las mujeres al menos plantea tres problemas: a) el de los criterios de salud y enfermedad; b) el de la medicalización y psiquiatrización de la demanda de ayuda, y c) el de la relegación, en los programas de salud, del padecimiento psíquico o *subjetivo*.

En términos generales, Bunaventura (1979) considera que los criterios se apoyan sobre dos supuestos: a) la enfermedad mental sería algo natural es decir, ahistórico; b) la enfermedad mental se entendería como la desviación con respecto a una norma social.

Una consideración amplia de la posición de la mujer en la realidad social llevaría a pensar que la demanda de atención médica (incluyendo la psiquiátrica) es una de las pocas posibilidades accesibles para canalizar su dolor psíquico. En la medida en que no existen espacios adecuados, en la estructura social, para que las mujeres puedan expresarse como sujetos mediante su propia palabra, ni símbolos que den cuenta de la feminidad que le significa fundamentalmente como maternidad, la demanda de atención médica cumple una doble función: encubre su posición subjetiva, sus deseos, al mismo tiempo que es la forma en que se expresa su malestar (Tuber, 1992).

La opresión y la supeditación de la mujer al hombre tiene variaciones según la clase social a la que se pertenezca (Rosen, 1968) y al momento histórico en que se vive. De este modo la idea de subordinación al hombre, concebida como natural, no aparece en todas las sociedades ni en todos los periodos históricos.

3.4. Ideología y Salud Mental de la Mujer

En el campo de la salud mental de las mujeres, la construcción de la noción de salud-enfermedad ha demostrado ser la formulación de un problema. Pero hasta ahora, quienes no han formulado, las teorías de las cuales han partido, las prácticas utilizadas y los criterios ideológicos en los cuales se han basado y lo cual ha llevado a comprender cierto deslizamientos en las formulaciones finales hacia un sesgo claramente sexistas y con una perspectiva que se enraiza en el modelo médico hegemónico.

Burín, Moncaraz y Velázquez (1991) hacen una revisión extensa de la salud mental en la mujer y describen cuatro tipos de aproximaciones al estudio del tema.

a) Enfoque médico.- Se caracteriza por ser un modelo vertical que considera a las mujeres en términos de su rol tradicional como madres, esposas y amas de casa, son sujetos pasivos que requieren de atención mediante políticas asistenciales. Esto se evidencia en los hospitales psiquiátricos en los que se prescriben psicofármacos a estas mujeres a fin de atenuar su malestar.

El modelo médico define a la psicopatología como sigue:

" Se refiere al conjunto de teorías y prácticas que abonan la idea de que existen parámetros de comportamiento, ante los cuales aquellos desviados de la norma serán etiquetados como comportamientos patológicos. Identifica la normalidad con la salud y la patología como enfermedad" (Burín, Morcaraz, Velázquez, 1991).

Este modelo se basa en explicaciones biológicas que asumen a las mujeres como más proclives a la enfermedad mental porque congenitamente son más emocionales que los hombres y más propensas a los trastornos emocionales. Desde este punto de vista, las diferencias sexuales se explican en los estados psicológicos a partir de la tensión premenstrual, la depresión post-parto, la menopausia y el uso de anticonceptivos orales

Por otra parte, este modelo considera a la mujer como un ser aislado, cuya patología no tiene relación alguna con las actividades de su vida cotidiana, con las relaciones interpersonales que se establecen a nivel intrafamiliar y extrafamiliar, con las condiciones de vida etc. Asimismo impone un modelo asistencialista que es ajeno a las vidas cotidianas de las mujeres a quienes pretende beneficiar.

Hoy en día a pesar de que este modelo ha sido objeto de fuertes críticas, continúa vigente en las instituciones públicas. Sin embargo en la revisión más reciente de la clasificación de trastornos mentales (DSM-IV), se revisaron e incluyeron algunos aspectos relacionados con la cultura, edad y género. Pese a ello, aún siguen siendo objeto de fuertes críticas por su tendencia biologicista al carecer de sensibilidad cultural Lara y Salgado (1993 citado en Mora, 1998).

b) Modelo emotivo-sensible.- Se enfoca en la capacidad de mantener o equilibrar las fuentes de tensión en la familia, sin considerar la vida cotidiana de las mujeres. Al igual que el modelo anterior desconoce la relación entre psicopatología y roles sexuales.

c) Modelo tensional-conflictivo.- Considera que las mujeres padecen de estados de malestar, que manifiestan a través de la tensión y del conflicto, los cuales, al alcanzar su máxima expresión desembocan en crisis que son condiciones óptimas para abordar la problemática de las mujeres. Asimismo, se basa en la participación social y en la concepción de las mujeres como sujetos sociales.

d) Modelo Construccionalista.- Se basa en la necesidad de construir un modelo alternativo basado en la propia experiencia de las mujeres. En contraste con el modelo médico que supone la existencia de un causa única en la manifestación de la patología, el construccionista considera a una diversidad de factores de riesgo que inciden en el malestar de las mujeres y propone considerar el contexto bajo el cual se manifiesta la patología, principalmente los roles que desempeña la mujer en la vida cotidiana como madre, esposa y trabajadora. Burin, Moncaraz y Velásquez (1991) fundamentan esta postura señalando que: "no se puede individualizar un factor único como agente de enfermedad mental, y si en cambio, un conjunto de factores riesgosos para la salud femenina".

Desde esta perspectiva, existe la necesidad de profundizar más en la sintomatología femenina bajo un enfoque de género. En particular, el área de salud mental requiere de aproximaciones más adecuadas a las necesidades específicas de las mujeres, con la finalidad de superar la visión sexista que subyace a las nociones de salud-enfermedad, que inciden en la expresión de salud mental en este grupo.

La locura femenina, según Franca Basaglia (1987), es estadísticamente superior a la de los hombres, ante todo porque las mujeres casi no se les permite que dejen de cumplir con "sus correspondientes roles y obligaciones sociales". Para Basaglia independientemente de la clase social a la que se pertenezca, lo que hace que la opresión sea diferenciada es común denominador que uniforma a todas las mujeres: el hecho de haber "nacido mujer dentro de la cultura en la que esto es per se, un menosprecio" Basaglia (op. cit.).

Para Franca Basaglia (ibid.), las siguientes son características de la condición femenina :

- 1) La mujer en cuanto naturaleza, es decir, sus características determinadas culturalmente que le hacen ejecutar un papel idealizado de dulce, pasiva y sumisa.
- 2) Mujer, cuerpo para otros: como procreadora o como objeto sexual. Aquí ser mujer es ser "cuerpo", que a su vez no le pertenece.
- 3) Mujer, madre sin madre. En tanto que la madre se concibe igualmente como subordinada y como el medio de transmitir la opresión o la "capitulación" ante el hombre, la hija pierde muy pronto el apoyo materno que el hombre siempre conserva en su relación con la mujer.

Estas características femeninas se reflejan en el concepto popular de la enfermedad mental en la mujer. Están presentes, no cabe duda en la psicología y la psiquiatría académica. Ya en Freud encontramos explicaciones que representan una visión de la mujer desde la perspectiva del hombre y de su posición dominadora

3.5. Factores de riesgo en la Salud Mental de las Mujeres

Centramos en la vida de las mujeres nos sumerge en un mundo de secretos, invisibilizaciones, silenciamientos, placeres no descubiertos, importancias no suficientemente registradas y exploradas. En un mundo de interacciones, donde las protagonistas tienen escrito gran parte del libreto que tienen que representar. Cada una sabe que cuanto mejor se adapte y continúe el libreto, más sensación de "seguridad", "estabilidad", "protección", tendrá. Más sensación de "lo conocido" pero difícilmente los/as terapeutas y no terapeutas nos preguntamos acerca del costo de la "adaptación", y cuando los síntomas comienzan a aparecer nos pueden resultar más fácil a todos pensar en algún "tornillo" individual que se le "afloja" a esa persona Daskal, (1990 en Ferrer y Morales, 1998)

Se denomina "factores de riesgo" en la salud mental de las mujeres a la situación o conjunto de situaciones que ofrecen una probabilidad mayor al promedio de provocar estados de morbilidad o de enfermedad mental. Factores tales como la edad, el nivel ocupacional, el número y edad de los hijos, el estado civil, las situaciones de duelo (especialmente pérdida de la madre o de un hijo), los fenómenos de violencia, etc., son algunos de los considerados, con más frecuencia riesgosos para la salud mental femenina.

Algunos factores han revelado ser controvertidos, tales como si la pertenencia a un sector socioeconómico bajo, constituyeran un factor de riesgo para las mujeres (Burin, Moncaraz y Velásquez, 1991)

Con la revolución industrial se crean las condiciones para que la mujer de la clase trabajadora sea igual al hombre. En un principio la mujer estaba inmersa en el proceso de producción doméstica, ligado al cuidado del hogar y los hijos. Cuando la revolución industrial aparece el artesano deja de serlo para convertirse en obrero de una fábrica, luego se incorporarán su mujer e hijos por la necesidad de alcanzar un salario que les permita subsistir. Con el tiempo se prohíbe el trabajo infantil, y es la madre la que además de trabajar fuera de la casa (en la fábrica) debe volver al hogar a atender a los hijos. En la actualidad una situación frecuente en la vida de la

mujer, y en particular de la mujer obrera, es que se vea obligada a realizar un trabajo remunerado fuera de su casa. La migración del campo a la ciudad propiciada por las condiciones económicas del capitalismo hace que la mujer campesina llegue a asentarse en los cinturones urbanos de miseria en condiciones sumamente difíciles y a veces sin posibilidades de encontrar empleo, lo que en ocasiones las obliga a ejercer la prostitución (Lagarriga, 1998).

En las clases medias y altas la situación de la mujer cambia después de la primera guerra mundial. La mujer sale del hogar, trabaja, estudia, y empieza a liberarse sexualmente. Nuevas patologías psicológicas aparecen. En un principio, bajo la moral victoriana, es reprimida sexualmente, y son comunes las histerias; sin embargo, al cambiar su papel y dejar de ser sólo madre procreadora y amamantadora de muchos hijos, paradigma de plenitud femenina, aparecen otras perturbaciones psicopatológicas ligadas a condiciones diferentes, derivadas de otras maneras de encarar aspectos relacionados con el embarazo, la menopausia y el parto (Langer, 1985). Muchos de estos trastornos conforman un modo de locura femenina.

La literatura existente ha identificado algunos factores que inciden en el malestar psicológico de la mujer. Entre los principales se encuentran el matrimonio, tener tres o más niños menores de dos años, aislamiento social, carecer de apoyos sociales, falta de comunicación y de apoyo por parte del esposo, etc.

Se han postulado los siguientes factores psicosociales como determinantes de los trastornos (Barrio, Basabe y Pérez, 1988):

- a) El déficit del soporte social objetivo y subjetivo.
- b) La presencia de sucesos vitales estresantes evaluados o percibidos como incontrolables, indeseables e imprevisibles.
- c) La incomprendibilidad evaluada o percibida de control del medio y la forma de enfrentamiento "deficientes" (huida, descarga emocional-afectiva, rumiación cognitiva).

Para Burn (1991) una práctica social tradicional considerada como factor de riesgo para la salud mental de las mujeres es el matrimonio

Según las expectativas del género tradicional, el rol de esposa adquiere su eficacia en tanto puede ser maternalizado, esto es, en tanto las mujeres lo desempeñen con características similares a las requeridas para el maternaje que son: contención emocional, disposición dócil y generosa, sostén afectivo, actitud comprensiva, postergación de las propias necesidades en el ámbito del vínculo matrimonial, funciones nutricias, de cuidados, limpieza y mantenimiento de la vestimenta, alimentación, etc.

"Las mujeres que aceptan sus condiciones cotidianas apelando al desempeño natural, tienen mayor riesgo de enfermar" (Burn, 1991)

El trabajo de ama de casa se considera también como factor de riesgo. Estudios realizados por Gove y Tudor (1979) y Saez (1988) indican que en primer lugar, la mayor parte de las mujeres están limitadas a un único rol social principal - ama de casa, mientras que la mayor parte de los hombres desempeñan dos roles, cabeza de familia y trabajador. Esta situación ofrece dos fuentes alternativas de gratificación (su familia y su trabajo), mientras que para las mujeres en estas

condiciones existe sólo una (su familia). Si un varón encuentra que uno de sus roles le resulta insatisfactorio puede centrar su interés en el otro. Pero para la mujer, si encuentra que su rol familiar es frustrante habitualmente no tiene otra fuente de gratificación afectiva (esta es una hipótesis plausible para comprender, los estados depresivos resultantes del "nido vacío").

El hecho de que las mujeres se encuentren confinadas a un número relativamente limitante de actividades y ocupaciones no puede atribuirse a una discriminación abierta y deliberada por parte de los empleadores, es un fenómeno de índole cultural asimilado por las propias mujeres, prueba de ello es el hecho de que en las actividades por cuenta propia, donde la elección se supone más libre, las mujeres optan por las actividades tradicionalmente identificadas como femeninas, como la compra-venta y la preparación de alimentos (Ferrer y Morales, 1998).

Las redes de apoyo son un factor fundamental para obtener satisfacción en los roles sociales. Cada rol tiene unas conductas inherentes a él y nuestro entorno social ayuda a definir, reformular y evaluar nuestro funcionamiento en ellos. Para la mujer, son especialmente importantes las respuestas de los miembros de su entorno por varias razones. En primer lugar porque se le socializa más que a los hombres para ser expresivas, en segundo lugar porque la estructura de su subjetividad no le permite lidiar con los conflictos resultantes entre las demandas del trabajo y la familia puesto que culturalmente existe un apoyo ambiguo a las mujeres que trabajan (Ferrer y Morales, 1998)

3.6. Epidemiología en la Salud Mental

Foucault (1976, citado en Mancilla, 2001) refiere que las causas determinantes de la locura de las mujeres en la época del porfiriato, eran la pobreza, la indigestión, la insolación, la colera, la suspensión de la menstruación, el alcohol, el amor y los celos, los sustos, los pesares, la histeria, los enfriamientos, las afecciones cerebrales, la religión y el parto. Las causas predisponentes se refieren a la herencia familiar y aparece la siguiente lista de familiares de la paciente madre, padre, abuelos, tíos, tías, hermanas. Como causas que en ellos obraron a parecen las siguientes: la locura, el alcohol, la epilepsia, la eclampsia, las afecciones cerebrales, los sustos en el embarazo y la histeria.

Los primeros antecedentes sobre prevalencia de los trastornos psiquiátricos se inician con una serie de estudios durante la década de los sesenta, pero es a partir de los años ochenta en que aparecen una serie de investigaciones con un mayor control metodológico, en poblaciones específicas tales como hospitales, unidades de medicina familiar y centros de salud comunitario, cuyos resultados sugieren que la prevalencia de trastornos mentales está en función del tipo de servicios que se ofrecen así como de las características de la población que hacen uso de ellos.

La aplicación de la epidemiología al campo de los trastornos mentales es reciente. Los estudios en la literatura han trascendido de la mera enunciación de la existencia de probables "casos", a la estimación de la frecuencia de trastornos específicos en la población. Los estudios acerca de la epidemiología de los trastornos psiquiátricos en la comunidad, son escasos en nuestro país y reflejan las limitaciones y avances metodológicos de acuerdo a la época de su realización. Caraveo, J. Et al., en 1994 hacen un recuento histórico acerca de los estudios epidemiológicos realizados en México.

En 1960 se verificó la primera investigación nacional sobre trastornos neuropsiquiátricos, que representó un trabajo pionero en este campo. Se enviaron cuestionarios a los médicos y a los centros hospitalarios por lo que este estudio hace referencia a la demanda atendida, incluyendo así a la patología más sobresaliente.

Más adelante en 1964, se realiza la primera investigación a manera de encuesta en una muestra de trabajadores al servicio del estado en la República Mexicana. La prevalencia de trastornos encontrada a través de esta metodología fue considerablemente superior a la reportada en 1960, siendo el 33 y 23% en los estudios respectivos.

En 1985, tras los terremotos que afectaron a la Ciudad de México, se desarrolló un estudio para determinar las necesidades de atención psiquiátrica en la población damnificada que vivía en los albergues.

Una encuesta realizada en 1992 con pacientes psiquiátricos hospitalizados revela que las demencias, las psicosis afectivas y las psicosis no orgánicas fueron más frecuentes en las mujeres. El 36% de los pacientes, principalmente mujeres son rechazadas o abandonadas por sus familiares (Caraveo, 1996).

La Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) en población general urbana del país estimó una prevalencia general entre el 15 y el 18 % en categorías diagnósticas más definidas y de mayor severidad

La neurosis depresiva menor predominó en las mujeres jóvenes y de edad madura. Los trastornos obsesivos se estimaron en 2.9% afectando principalmente a las mujeres de edad media. Los trastornos de ansiedad representaron un 7% siendo más frecuentes en los grupos de edad más jóvenes (Medina-Mora, et al. 1992)

Caraveo, et al. (1994) realizaron el primer estudio que intentó obtener la prevalencia de trastornos psiquiátricos específicos en la población diagnóstica, las alteraciones afectivas bipolares fueron similares por género, mientras que los trastornos depresivos mayores, así como las neurosis depresivas, predominaron en las mujeres. La clase diagnóstica de un probable trastorno esquizofrénico fue similar por género y alcanzó una prevalencia del 10%. Entre los síndromes neuróticos inespecíficos se aprecia una mayor frecuencia en el género femenino en preocupaciones, hipocondrias y tensión; entre los síndromes neuróticos específicos resaltan las diferencias en depresión simple, para los hombres un 21.6% y 3.0% para las mujeres. La ansiedad situacional mostró en su calificación más amplia un 16.6 % en varones y 33.5% en mujeres.

En la investigación realizada por Saez (1988) en España, se reporta respecto a la frecuencia de alteraciones psíquicas específicas, una predominancia del doble o triple en las depresiones, tres veces superior en las neurosis, entre nueve y diez veces más alta en la anorexia nerviosa y sin ninguna diferencia significativa en cuanto a la esquizofrenia, así como aumento progresivo para ambos sexos respecto a las psicosis seniles que inciden en mayor número entre las mujeres (Aspectos debidos al envejecimiento progresivo de la población y a la mayor longevidad alcanzada por la mujer). En cambio, existe una predominancia masculina de 4-5/1 en cuanto a las

toxicomanías (alcoholismo y otras drogodependencias) y los trastornos sociopatológicos de 2/1 en las hospitalizaciones por retraso mental preponderando entre las mujeres los trastornos psicósomáticos y los intentos de suicidio.

Los trastornos mentales en la mujer adulta joven, según cifras internacionales, son de tipo afectivo asociado a factores del medio familiar y matrimonial; de tipo emocional: síndrome premenstrual, cuadros depresivos, depresión puerperal, trastornos emocionales del post-parto relacionados con el embarazo y otras situaciones derivadas de la condición femenina; de ansiedad por el estrés psicosocial; de tipo psicótico (psicosis puerperal) y trastornos psicosexuales, asociados a factores culturales. En la mujer de edad mediana los trastornos son emocionales debidos a los cambios en la estructura y dinámica familiar que genera estrés y duelo, así como de los cambios de la menopausia y los trastornos demenciales (demencia prenil), asociados a factores heredo-familiares.

Por otra parte, en la práctica clínica, otros padecimientos que se manifiestan comúnmente en las mujeres son los trastornos afectivos y bipolares, trastornos de alimentación, de somatización, crisis de angustia, fobia, trastornos disociativos, limitrofes e intentos suicidas; mientras en los hombres es más frecuente la esquizofrenia de inicio temprano, el autismo, trastornos de aprendizaje y de conducta (Chavez, 2000)

Para concluir con este capítulo aludiremos a Mancilla (2001) que refiere que el conocer las formas en que la cultura manifiesta las diferencias entre hombres y mujeres, ha tenido un lugar y una presencia que se rastrea en los intereses científicos de los antropólogos evolucionistas de finales del siglo pasado hasta los años en que esta problemática como tal, el género, tomó su lugar dentro del ámbito antropológico como una línea de investigación por propio derecho.

En este sentido, la definición de género o de perspectiva de género alude al orden simbólico con el que una cultura elabora la diferencia sexual, realidad anatómica, presente en todas las razas, etnias, clases, culturas, y épocas históricas que producen efectos en lo psíquico y en lo cultural.

Son pocos los estudios que han abordado la problemática de la locura desde perspectivas no médicas, en que los trastornos mentales se hayan concebido como parte de un orden social y cultural particular y no solamente como síntomas de un desorden biológico. Es por ello, la importancia que tiene el que se analice la evolución de las concepciones de la locura tanto de hombres como de mujeres, articuladas a la historia, a la cultura y a las costumbres de cada época, que aporten elementos para la comprensión del significado histórico-social, no solamente de la locura sino que además, develen normas y costumbres de las relaciones entre hombres y mujeres.

CAPITULO 4. METODOLOGÍA

4.1. Justificación

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

El estudio de esta temática es importante ya que los elementos representacionales que se tienen de la enfermedad mental influyen en la relación que se genera en las personas que laboran con las pacientes que padecen una enfermedad mental.

Para esta investigación, se decidió centrarse en un grupo de enfermeras que laboran con la paciente psiquiátrica dentro de una Institución Pública ya que son ellas quienes tienen un contacto más cercano con la paciente y son quienes colaboran con el médico para verificar el tratamiento farmacológico, ver su respuesta al tratamiento y como va evolucionando, y sobre todo porque constituyen un soporte emocional y afectivo para la paciente.

Este estudio también cobra relevancia porque generalmente en las disciplinas de la salud mental se abordan aspectos externos a la gente que labora dentro de las Instituciones. Se busca determinar en muchos casos la validez y confiabilidad de instrumentos, especificar características de un grupo o recopilar información de algunos sujetos de interés, por lo que la población de las investigaciones consta de pacientes y familiares de éstos, pero hay muy pocos estudios que se enfoquen en saber que está pasando con las personas que trabajan en el campo de la salud mental, qué percepción tienen, qué relación guardan con los pacientes y de qué forma contribuyen al mejoramiento de los usuarios de estos servicios.

Por otra parte también en este estudio se abordó el campo de la salud mental de la mujer, debido a que la muestra de estudio fue con mujeres exclusivamente y el objeto de estudio también lo constituyeron mujeres que ya padecen una enfermedad mental y que se encuentran hospitalizadas dentro de una Institución Psiquiátrica, es por ello que surgieron algunas cuestiones como que lleva a la mujer a enfermarse, qué factores están contribuyendo o influenciando en la adquisición, o desencadenamiento de los diversos trastornos que presentan las mujeres, con esto se pretende dar una noción de aquellos elementos implicados en este campo, y se busca a través de la Representación Social que este grupo de enfermeras se forma en base, a su experiencia y haciendo uso del sentido común.

La Salud mental de las mujeres de acuerdo con Buenaventura (1979) plantea tres problemas: a) el de los criterios de salud y enfermedad; b) el de la medicalización y psiquiatrización de la

demanda de ayuda y c) el de la relegación, en los programas de salud, del padecimiento psíquico o subjetivo.

4.2. Planteamiento del problema

Si partimos del supuesto de que las representaciones sociales hacen posible clasificar personas y objetos, comparar y explicar comportamientos insertándolos de hecho y de derecho en nuestro marco social, es posible utilizar el concepto de Representación Social para investigar acerca de la construcción de significados sociales que subyacen a los comportamientos de los individuos (Flores, 1993).

"Ningún investigador social puede pensar la sociedad en la que vive desde fuera de ella misma, es decir, desde un lugar que le sea exterior", ya que somos parte de ella, y es a partir del momento en que desaparece la distinción entre el sujeto productor de conocimientos y el objeto de conocimiento que se reconoce que el saber sobre la sociedad está en la sociedad, y que es necesario dejar la creencia en una supuesta "objetividad" de los saberes psicosociales, sustituyendo la razón instrumental por una racionalidad basada en la comprensión y la dilucidación de la realidad social (Ibañez, 1988)

Se ha formulado el cuestionamiento de que los comportamientos de mujeres y hombres más que tener una base natural e invariable se debe a una construcción social que alude a aspectos culturales y psicologicos asignados de manera diferenciada a unas y otros.

Por lo cual se plantean las siguientes preguntas de investigación: ¿Qué Representación Social tiene un grupo de enfermeras de la enfermedad mental? y ¿Cuál es la relación que establece con la paciente psiquiátrica?

4.3. Objetivo general

Conocer los elementos que conforman la Representación Social de la enfermedad mental y la relación que establece la enfermera con la paciente psiquiátrica dentro de una Institución Pública.

Objetivos específicos :

- . Indagar la representación social por medio del discurso o argumento proporcionado por la enfermera sobre la enfermedad mental.
- . Conocer lo que la enfermera sabe acerca de la enfermedad mental, causas, circunstancias, tratamiento, pronóstico, atención, asistencia, importancia social, actitudes y aspectos socioculturales.
- . Conocer el campo de representación social de la paciente psiquiátrica que posee un grupo de enfermeras.

. Indagar la relación que establece la enfermera con la paciente psiquiátrica y si esto coadyuva a su recuperación.

4.4. Supuestos

1. La Representación Social de la sintomatología de los profesionales de la salud mental, está anclada a la visión hegemónica de la "enfermedad".
2. Las prácticas hospitalarias influyen en la recuperación o recaída de la paciente.
3. La representación social que tiene la enfermera de la paciente psiquiátrica influye en su relación con ella.
4. La relación que se establece entre paciente y enfermera es importante como apoyo en su recuperación.
5. La Representación Social de la Enfermedad Mental está anclada a una construcción sociocultural definida por el género femenino.

4.5. Muestra y Muestreo

El muestreo fue de tipo accidental, de acuerdo con Hernández (1991), es un muestreo no probabilístico o dirigido ya que supone un procedimiento de selección informal y un poco arbitrario.

La muestra está constituida por un grupo de enfermeras que trabaja en el campo de la salud mental con población cautiva dentro de una Institución Pública. El número de sujetos fue un grupo de 10 enfermeras activas.

El tamaño de la muestra se debe a que cada participante fue estudiado intensivamente, valiéndose de una entrevista semiestructurada, 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 Valle (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 o abarcar la gama de comportamientos y actitudes estudiadas como la comparación de subgrupos.

4.6. Tipo de Estudio

En esta investigación se observó un fenómeno tal como se da en su propio contexto ya que los sujetos que participaron pertenecen a la Institución Hospitalaria, por lo que el estudio fue no experimental. Hernández y colaboradores (1991) mencionan que en la investigación no

experimental las variables independientes no se manipulan debido a que ya sucedieron. Por lo tanto no se puede tener un control directo sobre las mismas ni se puede influir en ellas. La inferencia sobre las relaciones entre las variables se realiza sin intervención o manipulación directa, ya que dichas relaciones se observan tal y como se han dado en su contexto natural. Además, la asignación de los sujetos no puede ser al azar, ya que los mismos pertenecían previamente a un grupo o nivel determinado de la variable independiente por autoselección.

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

4.7. Técnicas e Instrumentos de Recolección

Ficha Sociodemográfica

Se consideran como variables sociodemográficas, la edad, el sexo, las relaciones personales, el número de hijos, nivel de instrucción (estudios realizados), años de experiencia en la profesión, trabajo por turnos, horas de trabajo a la semana, guardias que se realizan a la semana, promedio de personas que se atienden al día, tiempo de la jornada laboral en contacto con la paciente y tiempo que se dedica en casa para realizar trabajo de la institución.

Entrevista

Sullivan (1959) propone la siguiente definición de entrevista "La entrevista es principalmente, una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos, más o menos voluntariamente integrado, sobre una base progresivamente desarrollada de experto-cliente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente.

La **Entrevista Semiestructurada** usualmente se aboca a probar hipótesis bastante específicas o a demostrar un fenómeno claro y delimitado. Sin embargo también reconoce la experiencia única de cada entrevistado. Inicialmente, a cada persona interrogada se le harán las mismas preguntas, pero las siguientes se adecuan conforme la naturaleza de las primeras respuestas (Coolican, 1994).

4.8. Escenario

La muestra de la investigación se obtuvo del Hospital Psiquiátrico " José Sáyo", el cual se encuentra ubicado en el km. 33.5 de la carretera Federal México- Pirámides, Tepexpan, Estado de México, Municipio de Acolman.

4.9. Procedimiento

1ra fase

- a) Se elaboró una entrevista semiestructurada que pretendía explorar las categorías planteadas en la metodología (ver anexo 1).
- b) Se llevo a cabo una evaluación interjueces de la entrevista con tres profesionales que estuvieran laborando en el área de salud a fin de que explorará realmente lo que se pretendía y se hicieron las modificaciones pertinentes.
- c) Se piloteó con tres sujetos la entrevista y se hicieron también las modificaciones pertinentes.

2da fase

Se procedió a hacer la aplicación de las 10 entrevistas.

3ra fase

1. Se trascribieron literalmente las 10 entrevistas.
2. Se codifico cada una de las entrevistas de acuerdo a los 18 códigos que se desprendieron de cada una de las categorías.
3. Se reunió la información de acuerdo a cada código.
4. Se elaboraron cuadros para cada uno de los códigos, donde se vaciaron las respuestas de todas las entrevistadas.
5. Se procedió a hacer el análisis cualitativo de los datos.
6. Se elaboró discusión, conclusiones alcances y limitaciones.

4.10. Análisis de datos

El análisis de las entrevistas fue predominantemente cualitativo. La técnica utilizada, para el análisis de las entrevistas, fue el análisis de contenido: " técnica cuyo objetivo consiste en realizar inferencias con base en la identificación objetiva y sistemática de las características específicas de los mensajes" (Berelson, 1952). Es un método par analizar y estudiar las comunicaciones de una manera sistemática, objetiva y cuantitativa... para estimar la significación o frecuencia relativa de varios fenómenos de la comunicación, ...es un método de observación"... el texto sometido a análisis de contenido no tiene iniciativa de respuesta, por tanto, el investigador mismo deberá especificar que elementos del texto van a constituir respuesta dentro de un esquema de estudio (Ackerman, 1970).

El analisis de contenido puede llegar a convertirse en una de las mas importantes técnicas de investigación de las ciencias sociales. Procura comprender los datos, no como un conjunto de acontecimientos físicos, sino como fenómenos simbólicos, y abordar su análisis directo (Krippendorff, 1990).

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 las enfermeras.
- b) Las unidades de análisis constituyen de acuerdo con Hernández (1991) segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados para ubicarlos dentro de las categorías. La unidad de análisis es el tema, el cual se definió como una oración o un enunciado respecto a algo.
- c) Las categorías son los niveles donde se caracterizan las unidades de análisis bajo un título genérico en razón de los caracteres comunes a estos elementos.

Puesto que la representación social que se abordó en este estudio fue la del objeto social de la enfermedad mental y la relación que establece un grupo de enfermeras con la paciente psiquiátrica dentro de una Institución Pública, las categorías que se formularon ex profeso, fueron las siguientes:

- I. Forma de conceptuar la salud, enfermedad, la enfermedad mental y las diferencias entre una enfermedad física, una enfermedad psicológica y una enfermedad social.
- II. Etiología(origen de la enfermedad). Diagnóstico (nombre que se le da a la enfermedad). Tratamiento (métodos terapéuticos).Pronóstico(tránsito de la enfermedad en el tiempo, a futuro).
- III. Forma de relacionarse, sentimientos, actitudes y percepción que se tiene de la paciente psiquiátrica.
- IV. Participación y capacitación para el tratamiento de la paciente psiquiátrica.
- V. Factores socioculturales.

Los códigos que se analizaron fueron 18, distribuidos de la siguiente manera en las cinco categorías antes mencionadas.

A. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

| CATEGORÍAS | CÓDIGOS |
|------------|--|
| I | 1. salud 2. enfermedad 3. enfermedad mental 4. enfermedad física 5. enfermedad psicológica 6. enfermedad social |
| II | 7. causas 8. circunstancias 9. diagnóstico 10. tratamiento 11. pronóstico |
| III | 12. relación 13. sentimientos 14. actitudes 15. percepción 16. participación 17. capacitación |
| IV | 18. factores socio culturales |

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

Los resultados se presentan en dos secciones, la primera contiene los cuadros que comprenden el grueso de los resultados, la segunda la descripción del análisis de contenido.

1ª. Sección.

A continuación se presentan algunos cuadros, que comprenden el grueso de los resultados y que permiten tener acceso a la información más relevante respecto al objetivo del trabajo. Cabe aclarar, que los datos que en ellos se vaciaron, corresponden a la información textual proporcionada por las entrevistadas, de cada uno de los códigos a que se hace referencia.

Las características generales de los 10 sujetos fueron las siguientes :

| |
|--|
| <p>Edad: Entre 26 y 65 años. 1 de 26, 3 de 28, 1 de 65, 1 de 49 y el resto entre 33 y 38 años.</p> <p>Sexo: Toda la muestra fue de sexo femenino.</p> <p>Escolaridad: 1 con especialidad en enfermera psiquiátrica el resto con carrera técnica en enfermería.</p> <p>Estado Civil: 3 casadas, 1 unión libre, 1 divorciada y 5 solteras.</p> <p>Años de experiencia laboral: Entre 5 y 37 años de experiencia laboral. 1 con 37 años, 1 con 31 años, 1 con 23 años y el resto entre 5 y 18 años de experiencia laboral.</p> <p>Trabajo por turnos: Toda la muestra labora en Turno Especial (sábados, domingos y días festivos).</p> <p>Horas de trabajo a la semana: 24 horas</p> <p>Promedio de personas que atienden al día: De 70 a 74 pacientes por cada guardia</p> <p>Tiempo de la jornada laboral en contacto con la paciente: De 8 a 10 horas.</p> |
|--|

SALUD

ENFERMEDAD

| | |
|---|---|
| B No tener molestias, dolor, no asistir a un médico | B Tener Dolencias, asistir al médico, estado general mal |
| F Hay un equilibrio bio-psico-social | F Está involucrado o alterado el pensamiento y la persona se vuelve dependiente o codependiente |
| S Equilibrio bio-psico-social | S Alteración en las tres esferas |
| Ja Estabilidad Física como mental | Ja Padecimiento de alguna causa mental o física. |
| M Estar bien físicamente | M Padecer algo físico o mental |
| Ju No hay problemas psicológicos No hay traumas | Ju Requiere medicina general, un chequeo |
| Y Bienestar | Y Padecimiento indeseado |
| L Estar bien física y mentalmente | L Un mal funcionamiento de tu organismo |
| E Estar equilibrado en la salud física y mental Estar bien consigo mismo Capacidad de adaptación para tener un bienestar mental | L Una descompensación en salud física Una desadaptación del medio ambiente y la sociedad |
| A Cuando una persona esta sana | A Cuando una persona solicita ayuda o apoyo a alguien, por algún malestar |

ENFERMEDAD FÍSICA

ENFERMEDAD PSICOLÓGICA

ENFERMEDAD SOCIAL

| | | |
|---|--|---|
| B Por la amputación de algún miembro | B Por problemas para relacionarte con la gente | B El no estar de acuerdo con la opinión de la mayoría. El negativismo La agresividad verbal El aislamiento |
| F Es algo real que se puede palpar, ver y medir | F Es algo emocional como la depresión, está involucrado el talante emocional | F Aquella que forma parte de la sociedad en donde el individuo ha encontrado una forma de escape a su inconformidad Por las condiciones del país la estructura y la pérdida de valores |
| S Alteraciones de algún órgano que interfiere en las actividades diarias | S Limitaciones emocionales | S Ambiente en que se desenvuelve influye para adquirir alguna adicción, y esto conlleva a la delincuencia, la prostitución, etc |
| Ju La discapacidad cuando se pierde un miembro Una embolia Estar en silla de ruedas | Ja Agitación psicomotriz Agresión Verborreica Alucinaciones | Ja Rechazo al individuo, rechazo a la enfermedad mental La delincuencia y la drogadicción |
| M Alteración en el organismo | M Estar pensando en una sola cosa obsesivamente que haga que la persona se enferme | M La falta de convivencia con la gente |
| Ju Puede ser una persona imposibilitada, como la falta de algún miembro | Ju Son enfermedades creadas por la mente Enfermedades psicósomáticas | Ju El no llevarse bien con las compañeras, problemas con los jefes Falta de aceptación y rechazo social |
| Y Rechazo de la sociedad, discriminan si tienes una discapacidad física | Y Causada por una depresión | Y La falta de recursos, discriminación "cuanto tienes, cuanto vales " |
| L Algún mal funcionamiento de tu organismo | L Somatizar algún problema | L Es una enfermedad causada por la violencia, inseguridad que hay en el medio Adicciones Estrés que provoquen temores |
| E Limitaciones Para llevar a cabo una acción | E Limitantes De dependencia Falta de autoestima de la persona | E Se espera que la demás gente resuelva tus problemas, el poder hacerlo y no querer hacerlo, tomar una actitud más cómoda |
| A Ausencia de algún miembro | A Alteración del pensamiento | A Es la enfermedad que se da en el medio social en el que se desenvuelve el individuo, la presencia de drogas o de delincuencia |

ENFERMEDAD METAL

| | |
|-----------|---|
| B | Desorden de la mente (no duele) Produce conductas anormales como desnudarse, hablar solo, llamar la atención del público |
| F | Hay una pérdida de la realidad, ya que su pensamiento está alterado |
| S | Desorganización del pensamiento y del comportamiento |
| Ja | El no estar mentalmente apto para desenvolverse en la sociedad como uno quisiera Están encerradas las personas que padecen una enfermedad para evitar otros accidentes |
| M | Una pérdida de la realidad y desorientación Hablar sola Andar en su mundo |
| Ju | Problema psicológico, un problema que se sufre por depresión Problemas emocionales Trastorno de la mente |
| Y | Es un padecimiento no deseado Es mas terrible que otra enfermedad como una cirugía o un cuadro gripal No tiene cura |
| L | Un mal funcionamiento del cerebro |
| E | Es una desadaptación Desconectarse totalmente con la realidad y el medio ambiente |
| A | Desequilibrio a nivel mental |

CAUSAS

CIRCUNSTANCIAS

| | |
|---|---|
| B Por problemas fuertes (agresiones físicas) Violaciones Depresiones no controladas Drogadicción y alcoholismo Factores hereditarios | B La falta de dinero El nivel cultural La religión La brujería |
| F El entorno social El estrés constante La presión y la falta de atención familiar | F Un ambiente familiar estresante durante la infancia |
| S El ambiente familiar y social Lesión orgánica | S La agresión física y psicológica |
| Ja Accidentes Traumatismo craneo encefalico | Ja Inestabilidad en la casa Estrés Agresiones físicas |
| M Depresión Malos tratos que causa la familia | M Mala atención de los padres Agresiones físicas Drogadicción y alcoholismo |
| Ju Cuando te dejan plantada en la iglesia Desilusión amorosa Drogadicción El tomar constantemente fármacos El alcoholismo | Ju Vivir en casa con padres alcohólicos o hermanos drogadictos Problemas familiares Falta de recursos económicos Desempleo |
| Y Herencia Algún golpe severo no detectado y no se da cuenta del daño | Y El nivel económico Falta de oportunidad para atenderlo, como no contar con ayuda profesional Las drogas que deterioran el cerebro |
| L Genéticas Medio ambiente familiar y social Accidentes | L La familia disfuncional La sociedad misma |
| E Herencia Estrés | E La censura de la sociedad |
| A Factores hereditarios, situación familiar Desintegración | A El nivel social, económico y el nivel familiar |

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

PRONÓSTICO

| | | |
|--|---|--|
| <p>B La problemática esencial, la etiqueta que se da a una enfermedad</p> | <p>B Esencialmente el tratamiento farmacológico con la que se disminuye o controlan los síntomas</p> | <p>B No hay cura es definitiva hasta la muerte</p> |
| <p>F Es un concepto pobre se ha visto a las personas como gente que no valen y que no sirven, mientras no haya un replanteamiento de la enfermedad mental, no se va a progresar en mucho porque no hay como combatirla y no se ofrece apoyo</p> | <p>F Consistiría en tener las condiciones necesarias en todas las áreas, desde la psiquiatría, la psicología, enfermería, a nivel clínico no hay un trabajo en equipo. Se tendría que fomentar más al trabajo de rehabilitación, pero en esta institución no hay una visión, objetivos, falta estructura</p> | <p>F Sería muy pobre, muy difícilmente se pueden reincorporar a la sociedad y a su familia</p> |
| <p>S La etiqueta y la clasificación de la enfermedad</p> | <p>S Involucración de la familia y modificación de este medio, si se pudiera dar una reincorporación al mismo</p> | <p>S Reservado (por todas las variantes que están involucradas, como la familia, la hospitalización, los fármacos, etc</p> |
| <p>Ja El médico es quien da esa etiqueta, dependiendo de la enfermedad</p> | <p>Ja Es el tratamiento que brinda el psiquiatra en colaboración con el personal especializado como psicología, enfermería, trabajo social y rehabilitación</p> | <p>Ja Tomar medicamento de por vida, seguirse controlando, si no se apega al Tratamiento después es peor la recaída No hay una curación total</p> |
| <p>M Cuando empieza la persona a decir incoherencias, llorar reír sola, ahí empieza con su enfermedad La presencia de síntomas</p> | <p>M Llevarla con el psiquiatra y darle atención farmacológica para que salga de su cuadro, y tendrá que tomar su medicamento para toda la vida</p> | <p>M No hay cura es para toda la vida, pero tomando su medicamento se estabiliza</p> |
| <p>Ju La etiqueta que se le da a un padecimiento</p> | <p>Ju A base de neurolepticos</p> | <p>Ju No hay mucha probabilidad, pero si los familiares los apoya con el tratamiento, para evitar recaídas</p> |
| <p>Y El nombre que se le da a la enfermedad El padecimiento</p> | <p>Y Tratamiento psiquiátrico, terapéutico y psicológico</p> | <p>Y Es incurable</p> |
| <p>L Conjunto de diferentes factores que llevan a establecerlo, viendo las causas y consecuencias</p> | <p>L Llevar a pego al tratamiento, tanto farmacológico, como psicológico</p> | <p>L Depende del diagnóstico. No se cura, se controla</p> |

| | | |
|--|--|---|
| E Se va a dar un incremento de la enfermedad mental, en función de las circunstancias sociales, nivel nacional | E Quitarse cargas de estrés, sentimientos de culpa, miedos, y vivir más tranquilas | E Un mal pronóstico y va a seguir incrementando |
| A Se refiere al tipo de enfermedad que se padece | A Rehabilitatorio farmacológico | A y No hay cura |

| RELACIÓN | SENTIMIENTOS | ACTITUD | PERCEPCIÓN |
|---|---|--|---|
| <p>B He adoptado hacia ellas una relación maternalista me pongo en su lugar, las percibo como seres humanos</p> | <p>B Lastima, ternura, compasión hay un lazo afectivo</p> | <p>B Les hablo con palabras suaves. Creo que soy abierta y sincera. Y he obtenido una respuesta similar</p> | <p>B No ha cambiado mi percepción hacia la enfermedad mental, nunca van a tener una salud mental. Nunca van a salir de aquí, ya es su vida el hospital. Aunque me ha ayudado el trabajar con ellas para verlas como seres humanos con sentimientos y necesidades como cualquier otra persona</p> |
| <p>F He establecido una relación de amistad, también como una forma para evitar alguna agresión</p> | <p>F Ternura, protección</p> | <p>F Clara, abierta, honesta</p> | <p>F Si ha cambiado mi percepción ya que me he dado cuenta de que hay posibilidades de que puedan cambiar en diferentes áreas de su vida, la paciente debe primero aceptar la enfermedad. Antes pensaba que la paciente se debía de rehabilitar e integrarse con su familia, pero por el rechazo que tiene la familia hacia ella no se da. En muchos casos la familia también esta enferma</p> |
| <p>S Ha sido a nivel profesional, para ofrecerle una mejor calidad de vida. He establecido también un vínculo afectivo con algunas de ellas</p> | <p>S Ternura, en algunas ocasiones frustración, y desesperación</p> | <p>S Brindarles una atención de calidad y escucharlas cuando lo requieran</p> | <p>S Si ha cambiado mi percepción yo antes creía que eran como animales y que no pensaban, pero ahora veo que si piensan</p> |
| <p>Ja He tratado de establecer una buena relación con ellas, un buen trato porque ellas son cordiales</p> | <p>Ja Tristeza, porque todos estamos expuestos, nadie nos salvamos. A veces siento miedo cuando están muy agresivas. Cuando ven que se van recuperando me da alegría</p> | <p>Ja Trato de escucharlas, aunque a veces no tengo mucho tiempo, por toda la papelería que hay que llenar. Otras veces siento desesperación, frustración</p> | <p>Ja Si ha cambiado mi manera de percibir a la enfermedad mental. Yo creía que no pensaban, que eran como unos animalitos agresivos</p> |
| <p>M Tratarlas bien, ayudarlas en lo que más se pueda, brindarles cariño, que sientan que tienen a alguien</p> | <p>M Cariño, afecto, comprensión, todo lo más bonito para que se sientan bien y ellas también respondan de igual manera</p> | <p>M Ayuda, comprensión, escucha</p> | <p>M Si cambia la percepción, antes decía que estaban las locas y que me iban a pegar, por momentos sentí miedo, y después ya no, no es como la gente dice, son muy amables, como una persona normal</p> |
| <p>Ju He establecido una buena relación, me gusta estar con este tipo de pacientes y tengo interés en ayudarlos porque en la sociedad las rechazan en ocasiones, yo tomo el lugar de un familiar</p> | <p>Ju Procesan sentimientos de nostalgia hacia ellas, impotencia para ayudarlas para que salgan adelante</p> | <p>Ju Cariño, ternura, se les apoya emocionalmente, convivo con ellas, platican conmigo, me cuentan sus cosas</p> | <p>Ju Si cambio porque antes pensaba que la enfermedad mental era curable, pero ahora trabajando con ellas me doy cuenta que es temporal y que nuevamente caen en sus cuadros y ya no salen</p> |
| <p>V He establecido una relación buena, pero hay que conocerlas para hablarles fuerte o no y poder interactuar, yo en ocasiones bromeo con ellas y a veces me corresponden</p> | <p>V Yo las quiero y las estimo, pero en ocasiones a me provocan miedo. Hay que tratarlas bien para ser bien tratados. Empatía por si llegara a pasar por lo mismo, alguien da</p> | <p>V Dependiendo el momento porque si está alterada me dirijo de forma tranquila, sin gritos. Al hablarles reaccionan, en otra situación convivo con ellas, si esta cooperadora y amable aprovecho ese momento para encajar con ellas</p> | <p>V Si ha cambiado, antes pensaba que era un paranoico y que no entendían, ahora pienso que hay que ayudarla en el último momento, yo pensaba que era un monstruo</p> |

| | | | |
|---|--|---|---|
| L Superficial, no me interesa involucrarme afectivamente con ellas, trato de poner límites | L Compasión | L De respeto | L Si pensaba que era lo peor, me aterrizzaba, ahora la veo como cualquier otra enfermedad |
| E Al principio les tenía miedo, pero despues pensé en que todos estamos expuestos a padecer una enfermedad mental y trate de entenderlas, las vi como seres humanos que necesitan de todos nosotros. | E Miedo al principio, compasión, ternura, empatía, dolor cuando la familia se deshumaniza | E Depende de la etapa de la patologia de la paciente no siempre se complace, en cuanto a la atención aprender a conocerlas para darle un tratamiento adecuado a cada una, ya que no todas son iguales aunque tengan el mismo diagnóstico | E Si ha cambiado he aprendido a valorar muchos aspectos de la vida, he aprendido tambien a valorarme mas y a tener una buena autoestima |
| A He tenido una buena relación no me han agresiones | A Me siento tranquila al estar trabajando con ellas aunque en ocasiones siento temor dependiendo de la reacción de la paciente, y tambien luego me despiertan ternura | A Va cambiando mi actitud dependiendo del tipo de paciente y como se encuentre en ese momento A veces soy mas estricta y otras cariñosa | A Si ha cambiado, antes trabajaba en el hospital general y eran diferentes las pacientes. Cuando ingrese a este hospital, sentia temor a lo desconocido, no sabia como era una paciente psiquiatrica |

| PARTICIPACIÓN | MEJORÍA | CAPACITACIÓN |
|---|---|--|
| <p>B Proporcionarle apoyo en el baño, en la toma de sus alimentos, de su medicamento, y escucharlas</p> | <p>B Si ayuda a que la paciente mejore, porque estamos al pendiente de que tome su medicamento, y así los síntomas de su enfermedad disminuyan. También se le motiva para que se bañe, se cambie, y sea más independiente.</p> | <p>B Si he recibido cursos de capacitación aunque para manejarlas y tratarlas, la experiencia y el trabajo directo con ellas, cuando las conoces sabes como tratar a cada una.</p> |
| <p>F Administrarle su medicamento, asistirle en el baño, en los alimentos, hacerle curaciones.</p> | <p>F Si ayuda el trabajo que tenemos con ellas, porque luego ya se meten a bañar solas, toman su medicamento sin que se les este insistiendo, son más autónomas.</p> | <p>F No he recibido ninguna capacitación en cuanto al trabajo con este tipo de pacientes, ni como funciona un hospital psiquiátrico. El trabajo que he realizado con ellas ha sido por la experiencia que ya tengo y el ir las conociendo para saberlas tratar y manejar cuando se ponen agresivas.</p> |
| <p>S Darle su medicamento, asistirle en el baño, en sus alimentos.</p> | <p>S Mejora su calidad de vida y se trata de que sean más independientes.</p> | <p>S No he recibido capacitación, cuando entre al hospital no sabía como tratarlas, pensaba que tal si me agreden, pero ya con el tiempo uno las va conociendo y sabe como tratar y manejar a cada una.</p> |
| <p>Ja Administrarles medicamento, proporcionarles de comer, cuidar su higiene y alivio personal.</p> | <p>Ja Si ayuda, se les motiva, sientes que si les interesas, les proporcionas una mejor calidad de vida.</p> | <p>Ja Cuando ingrese si recibí cursos en el Instituto Nacional de Psiquiatría. Y con el trabajo diario es como se aprende a tratar y manejar a este tipo de pacientes, uno se da cuenta cuando alguien está alterada.</p> |
| <p>M Darles su medicamento, llevarlas al comedor, asistirles en sus alimentos, convencerlas para que tomen su medicamento y coman. También se les ayuda a mejorar su higiene y alivio.</p> | <p>M Les ayuda para que se olviden de su enfermedad porque uno las tiene que animar para que no se sientan mal.</p> | <p>M Si, cuando yo entre el que estaba como director nos decía como las teníamos que tratar. El siempre nos decía que las deberíamos tratar como si fuera un familiar, respetarlas y quererlas, hablarles bien con tranquilidad, no tenerles miedo.</p> |
| <p>Ju Darle el medicamento, asistirle en el baño, en sus alimentos, terapia física, les doy masaje, las asisto para caminar, hago curaciones.</p> | <p>Ju Si ayuda, porque se le apoya para que salga adelante para que la paciente pueda desenvolverse en el medio y que adquiera una mayor independencia.</p> | <p>Ju Si la psiquiatría nos ha ayudado para tener un mejor trato, para conocerlas mejor, poder manejarlas.</p> |
| <p>Y Asistirle en su medicamento, en el baño, darle primeros auxilios.</p> | <p>Y Si ayuda, se ve cuando se le da el medicamento, ya no agrede y no presenta crisis, y también se ve en</p> | <p>Y Si como cursos y en la escuela se lleva una materia de psicología, y la experiencia me ha ayudado para</p> |

| | | |
|--|--|--|
| que se requieran y vigilarlas todo el horario para cualquier intercurencia, como intento de fuga | su arreglo personal, y tambien la paciente se vuelve mas autosuficiente | tratarlas, como hablarles, uno las va conociendo y sabe como reacciona cada una en diferentes circunstancias |
| L Asistir las En el baño, darles su medicamento, sus alimentos, escucharlas, motivarlas | L Si ayuda, ya que ayudas a modificar algunas conductas y se puede ver cuando ellas solas se meten a bañar, se arreglan, toman su medicamento Se vuelven mas independientes | L Principalmente es a través de la experiencia Como aprendes a manejarlas y a tratarlas, he recibido cursos de relaciones humanas Manejo de conflictos, etc |
| E Asistencial si tienen alguna limitación, verificación de tratamiento farmacológico, colaboración con el medico, ver su respuesta al tratamiento como va evolucionando | E Si ayuda a su mejoramiento porque se les escucha y se les da una palabra de aliento, se sienten comprendidas y al motivarlas, hay un mejor apego a su tratamiento para que no haya recaídas | E Si he recibido en la especialidad que realice como enfermera psiquiátrica, y las prácticas que tuvo en otros hospitales le ha servido para saber como tratarlas en diferentes situaciones |
| A Asistir las en su tratamiento farmacológico y para que realice actividades de baño e higiene | A Si ayuda ya que sienten que alguien se preocupa por ellas y esto las motiva para que se arreglen, tomen su medicamento y se sientan mejor | A Si me han dado cursos y el trabajo directo con la paciente te va orientando en cuanto a como debes tratarlas, y también depende del estado en el que se encuentre |

CAUSAS DE LOS PADECIMIENTOS EN LA MUJER

| | |
|-----------|---|
| B | Las violaciones, maltrato de los maridos, las agresiones físicas y psicológicas, la prostitución, los problemas matrimoniales |
| F | La soledad, el sentirse excluida, que no pertenece a ningún lado, abandono de su familia, del marido |
| S | El abuso psicológico, el maltrato físico y las restricciones familiares |
| Ja | Algunas enfermedades físicas como el cáncer, el estrés, agresiones en casa, violaciones |
| M | La pérdida de un hijo, el maltrato físico, el abandono del esposo, o alguna enfermedad grave |
| Ju | El rechazo social, el desprecio a uno mismo, problemas maritales, por ser persona de bajos recursos económicos, las diferencias de clases, y la depresión |
| Y | Por una decepción amorosa, abandono del marido, una infidelidad no la soportan, el alcoholismo, la drogadicción |
| L | Por la carga de responsabilidad familiar, problemas familiares, económicos. La mujer tiene que ser multifacética y no todas las mujeres tienen fuerza para hacerle frente |
| E | Por los roles que se adjudica y no le corresponden como de papá, cubrir necesidades de la familia y no las propias |
| A | Pueden ser hereditarios, hormonales, o por la dependencia a alguna sustancia tóxica |

MEDIO SOCIOCULTURAL: HOMBRES

MUJERES

| | | |
|--|---|---|
| B Si afecta por la disfunción familiar, padres divorciados, los padrastros, madrastras | B El hombre huye de los problemas La educación Busca soluciones más rápidas Aprendizaje que tiene el hombre de su padre, si fue alcohólico, si fue agredido también va a agredir | B Educación Es más sensible a los afectos La mujer se queda con los hijos, con los problemas familiares y lucha para mantenerlos |
| F No creo que el medio sociocultural influya, únicamente refuerza | F El hombre ya no tiene claro los roles que debe cumplir, y ahora tiene que adecuarse a las nuevas estructuras | F La mujer cubre ciertos roles, pero ahora ya se da una transformación porque la mujer ya no tiene claros los roles que le corresponden |
| S Si el medio sociocultural influye por igual a hombres y mujeres | S Las costumbres Las tradiciones culturales Los roles marcados por la sociedad | S Los roles impuestos por la sociedad Carencias afectivas Las tradiciones y costumbres culturales |
| M Si influye el medio por igual en hombres y mujeres | M Depresión Abandono de la esposa Rechazo Los roles que impone la sociedad | M Depresión Abandono Los roles que impone la sociedad |
| Ja Depende de donde vivas, porque ahora yo considero que el medio sociocultural es igual para hombres y mujeres. Tenemos los mismos derechos | Ja El hombre no tiene desventajas | Ja Solo en otras regiones la mujer si tiene que someterse a los mandatos del hombre |
| Ju Si influye pero es igual para hombres y mujeres | Ju Las funciones asignadas | Ju Las funciones asignadas |
| Y Si influye, pero es por igual para hombres y mujeres | Y Las drogas Mucha libertad La influencia de los amigos | Y La familia Los roles que le imponen |
| Z Si influye porque no hay una educación sobre enfermedad mental, lo que te impone la sociedad, reglas, patrones, lo político, lo económico | L No hay límites, ni tantas restricciones Actúan Mas libremente sin que se les censure tanto Mayor libertad sexual Mayor libertad de expresión | L Mas censura para actuar con libertad Mayores restricciones en todos los aspectos, sexual, social, laboral, económico |

| | | |
|--|--|--|
| <p>E Si hay una influencia, culturalmente falta avanzar mucho, hay muchas tradiciones que superar</p> | <p>E Depende de la educación que reciba en el seno familiar El es quien toma las decisiones Tiene el poder de mando Tiene mayor libertad Pérdida de valores</p> | <p>E Menor libertad Menor capacidad de mando Más culpas Mayor libertad sexual No hay igualdad en el trabajo (remuneración monetaria) No hay igualdad en los servicios médicos</p> |
| <p>A Si hay una influencia, para ambos es de igual manera</p> | <p>A Mayor Libertad Sustancias tóxicas La influencia de los amigos</p> | <p>A Influencias hormonales</p> |

CIRCUNSTANCIAS QUE EXPONEN A RIESGOS DE ENFERMEDAD MENTAL A :

| <i>HOMBRES</i> | <i>MUJERES</i> |
|--|--|
| B El alcoholismo La promiscuidad La drogadicción Analfabetismo Familia desintegrada Rompimiento matrimonial | B Prostitución Falta de recursos económicos Alcoholismo Agresiones físicas Discriminación a su persona |
| F Las dependencias farmacológicas El ambiente familiar Inestabilidad del país a nivel económico, político y social | F Violación Inestabilidad del país a nivel económico, político y social |
| S Los roles sociales Las adicciones El ambiente familiar La independencia de la mujer lo inestabiliza | S Los roles sociales El ambiente familiar Sentimientos de inferioridad Exigencias del medio social |
| Ja Falta de empleo Infidelidad Pérdida de seres queridos | Ja Pérdida de seres queridos Infidelidad Violaciones Dependencia económica |
| M Abandono de la mujer Problemas con los hijos Drogas, alcoholismo Influencia de amigos Falta de empleo | M Falta de recursos económicos Abandono del esposo Violación Mujeres solas Influencias de otras personas |
| Ju Alcoholismo Drogadicción Ambiente familiar Desempleo Infidelidad Inestabilidad económica | Ju Sentimientos de inferioridad Abandono Rechazo Pérdida de un hijo |
| Y Drogadicción Infidelidades La muerte repentina de una persona cercana | Y La pérdida de un hijo La depresión Las infidelidades El abandono del esposo |
| L El medio social El medio familiar | L El medio social El medio familiar |
| E Falta de recursos económicos Desempleo Depresión | E Depresión Infidelidad Abandono Baja autoestima |
| A Falta de recursos económicos Drogadicción Desempleo | A La pérdida de un hijo El abandono del esposo La infidelidad |

MUJER /INESTABILIDAD

| | |
|-----------|---|
| B | El estar sola, el haber sido abandonada por el marido, por drogas económicas, la violación |
| F | Se debe a la búsqueda de su lugar en ella misma como mujer: independencia, su reconocimiento, de que es productiva, el querer salirse de la película de los roles ya establecidos |
| S | A su inestabilidad emocional, sentimientos de inferioridad, baja autoestima |
| Ja | La falta de educación, que no sepa defenderse en la vida, que no encuentre trabajo. Los dobles papeles que debe enfrentar, como padre y madre |
| M | El pensar si su marido anda con otra, si la golpea el marido |
| Ju | La dependencia económica, la infidelidad |
| Y | El nivel económico para todo se necesita el dinero, el no tener una fuente para trabajar |
| L | El no contar con una preparación para tener un buen trabajo. La inestabilidad económica |
| E | La autoestima y las culpas con las que carga la mujer |
| A | Las obligaciones y las presiones tanto laborales, económicas y familiares |

2ª Sección.

En esta sección se presenta el análisis de contenido para cada uno de los códigos en las 10 entrevistas.

SALUD

El significado de este concepto, queda definido por las entrevistadas como un estado de bienestar tanto físico como mental, mencionándose también la capacidad de adaptación del individuo a su entorno.

ENFERMEDAD

La enfermedad aparece como un sentimiento opuesto al estado de bienestar tanto físico como mental, siendo un proceso indeseado que provoca desadaptación en el sujeto y por lo cual tienen que recurrir a la ayuda de un especialista.

TIPOS

Enfermedad física: Está en función del organismo, está ubicada en el cuerpo, es algo real que se puede palpar. Haciendo referencia a la pérdida de algún miembro que imposibilite al individuo para llevar a cabo una acción y por lo que recibe rechazo y discriminación.

Enfermedad psicológica: Está en función de los aspectos emocionales, causados por una depresión, la falta de autoestima. Se piensa que este tipo enfermedad son provocadas por la misma persona. Por la sugestión.

Enfermedad social: Las entrevistadas la consideran como consecuencia del medio en el que se desenvuelve el sujeto, haciendo énfasis en las relaciones interpersonales como el negativismo, la falta de tolerancia, el aislamiento, la dependencia emocional, también se alude a la farmacodependencia, y se destaca la situación de delincuencia, violencia e inseguridad que vive el País.

ENFERMEDAD MENTAL

El significado dado a la enfermedad mental por las entrevistadas está en función de una desorganización a nivel de pensamiento y de comportamiento que conlleva al individuo a una pérdida de la realidad, y lo cual trae como consecuencia una desadaptación para desenvolverse adecuadamente a su medio.

“ Produce conductas anormales como el desnudarse, hablar solo, llamar la atención del público”

“ Están encerradas las personas que padecen una enfermedad para evitar otros accidentes ”

“ Presencia de delirios y alucinaciones”

“ Es más terrible que otra enfermedad como una cirugía o un cuadro gripal”

“ No tiene cura ”

ETIOLOGÍA

Causas: Las causas a que atribuyen que una persona pueda desarrollar una enfermedad mental están relacionadas con un medio familiar y social inadecuado que ponen en riesgo la estabilidad emocional del individuo, tales como la desintegración de la familia, las agresiones tanto físicas como psicológicas, la falta de soporte emocional. Por otra parte el entorno social donde prolifere la drogadicción, el alcoholismo, el estrés constante.

Atribuyéndose también a los factores genéticos o hereditarios, los accidentes y los traumatismos craneoencefálicos como causantes de esta enfermedad.

“ violaciones, depresiones no controladas ”

“ Cuando te dejan plantada en la iglesia, desilusión amorosa”

“ Algún golpe severo no detectado y no se da cuenta del daño ”

Circunstancias: Para este grupo de enfermeras las circunstancias que ponen en riesgo a un individuo no están desligadas de lo que consideran pudiera causar un trastorno mental. También están en función de un ambiente familiar estresante donde están involucradas las agresiones físicas y psicológicas, la falta de atención y apoyo emocional. Se destacan así mismo la censura de la sociedad, la falta de recursos económicos, el desempleo y la influencia de drogas y alcohol. Una de las entrevistadas también hizo referencia a la religión y a la brujería.

DIAGNÓSTICO

Las entrevistadas consideran que el diagnóstico de una enfermedad mental está en función de la problemática que refiere la paciente (síntomatología). Es el nombre o etiqueta que se le da al padecimiento y es el médico psiquiatra quien lo determina.

“Se alude a que es un concepto pobre, en donde se ha visto a las personas como gente que no valen y que no sirven, mientras no haya un replanteamiento de la enfermedad mental, no se va a progresar en mucho porque no hay como combatirla y no se ofrece a poyo”.

“Cuando empieza la persona a decir incoherencias, llorar, reír sola, ahí empieza con su enfermedad, la presencia de síntomas”.

“Conjunto de diferentes factores que llevan a establecerlo, viendo las causas y las consecuencias”

TRATAMIENTO

Las entrevistadas consideran principalmente al tratamiento farmacológico a base de neurolépticos para controlar y disminuir síntomas. Aunque también refieren que este debe ser integral en donde participen tanto el psiquiatra, el psicólogo, la enfermera, la trabajadora social, rehabilitación.

Una de las entrevistadas considera que para que se de una rehabilitación en estas pacientes es necesario contar con las condiciones necesarias en todas las áreas desde psiquiatría, psicología, enfermería, a nivel clínico no hay un trabajo en equipo. Se tendría que fomentar más el trabajo de rehabilitación, pero en esta Institución no hay una visión, no hay objetivos, falta estructura.

Otra entrevistada considera que debe involucrarse a la familia y hacer una modificación de este medio, para que se pudiera dar una reincorporación al mismo.

“ Quitarse cargas de estrés, sentimientos de culpa, miedos y vivir más tranquilas ”.

PRONÓSTICO

La mayoría de las entrevistadas coinciden en determinar a la enfermedad mental como incurable "es para toda la vida". Por lo que el pronóstico sería malo para algunas y reservado para otras, ya que se puede estabilizar con los fármacos.

"Muy difícilmente se pueden reincorporar a la sociedad y a su familia".

"Tomar medicamento de por vida, sino se apega al tratamiento después es peor la recaída".

"No hay mucha probabilidad, pero si los familiares las apoyan con el tratamiento para evitar recaídas".

"Un mal pronóstico y va a seguir incrementando".

RELACIÓN

En las respuestas que dan 9 de las entrevistadas queda de manifiesto una relación de empatía hacia la paciente psiquiátrica, adoptando algunas de ellas una posición de familiar, han podido establecer un vínculo afectivo con algunas de ellas, a lo que la paciente responde de igual forma, de acuerdo a lo que refieren.

Las prácticas hospitalarias no les permiten dedicar más tiempo a las pacientes por toda la papelería que tienen que llenar.

"He adoptado hacia ellas una relación maternalista".

"He establecido una buena relación, me gusta estar con este tipo de pacientes y tengo interés en ayudarlas porque en la sociedad las rechazan, en ocasiones yo tomo el lugar de un familiar".

"Hay que conocerlas para hablarles fuerte o no, yo en ocasiones bromeo con ellas y a veces me corresponden".

"Superficial, no me interesa involucrarme afectivamente con ellas, trato de poner límites".

SENTIMIENTOS

Quedan de manifiesto en las entrevistadas sentimientos de compasión, ternura, comprensión, protección, cariño y miedo cuando la paciente está alterada.

"En algunas ocasiones frustración y desesperación".

"Tristeza porque todos estamos expuestos, nadie nos salvamos, a veces siento miedo cuando están muy agresivas".

"Cuando veo que se van recuperando me da alegría".

“ Dolor cuando la familia se deshumaniza”.

ACTITUD

En general se describe una actitud favorable hacia la paciente, caracterizada por ser abierta, clara, honesta y de escucha cuando así lo requiere.

Por otra parte se alude a la etapa de la patología en que se encuentre la paciente, ya que hay ocasiones en que deben ser más estrictas, en que se les debe hablar con más firmeza.

“ Hay que aprender a tratar a cada una de forma diferente aunque tengan el mismo diagnóstico”

“ Las he tratado de apoyar emocionalmente, convivo con ellas, platican conmigo, me cuentan sus cosas”

“ Va cambiando mi actitud dependiendo del tipo de paciente y como se encuentre en ese momento, a veces soy más estricta y otras cariñosa”.

PERCEPCIÓN

Se observa un pensamiento mágico en algunas de las entrevistadas que veían a una persona con una enfermedad mental como monstruos, animalitos y parásitos que las aterrizaban.

Ahora este grupo refiere un cambio en cuanto a su percepción de la enfermedad mental, a partir de la relación y el trabajo que ha establecido con la paciente, lo cual ha influido para verla como ser humano con sentimientos y necesidades como cualquier otra persona.

Un ser que piensa y actúa conforme a su percepción y con posibilidades de cambiar en ciertas áreas que le permitan tener una mejor calidad de vida.

“ Antes pensaba que la paciente se debía de rehabilitar e integrarse con su familia, pero por el rechazo que tiene la familia hacia ella no se da. En muchos casos la familia también está enferma”.

“ Antes pensaba que la enfermedad mental era curable, pero ahora trabajando con ellas me doy cuenta que es temporal y que nuevamente caen en sus cuadros y ya no salen ”.

“ Ahora veo a la enfermedad mental como a cualquier otra ”.

PARTICIPACIÓN

La participación que tienen las entrevistadas en el trabajo con la paciente psiquiátrica está en función de proporcionales su medicamento, favoreciendo la adherencia al tratamiento farmacológico. Asistirlas en las actividades diarias de la vida humana como el baño, con el objetivo de mejorar y reforzar su higiene, el aseo personal y el aseo de su espacio físico.

Pueden tener una función asistencial cuando una paciente tienen una limitación física, por lo que requiere que se le de el alimento o se le bañe. Y en general proporcionarles primeros auxilios, hacerles curaciones y estar al pendiente de cualquier intercurrencia para informarle al médico tratante de cada unidad de atención.

También pueden intervenir en :

“ Verificación del tratamiento farmacológico, colaboración con el médico, ver su respuesta al tratamiento, como va evolucionando ”.

MEJORÍA

La mejoría que han observado las enfermeras en relación con la participación que ellas tienen en el trabajo diario con la paciente, la atribuyen a que la paciente sea más autónoma, que mejore su calidad de vida al ser más autosuficiente, ya que como refieren ayudan a modificar algunas conductas para que la paciente se meta a bañar sola, se adhiera al tratamiento farmacológico, y mejore su arreglo personal.

Otro aspecto importante que se menciona es el apoyo emocional y afectivo que les brindan.

Refiriendo que:

“ Les ayuda para que se olviden de su enfermedad, porque uno las tiene que animar para que no se sientan mal ”.

“ Se les escucha y se les da una palabra de aliento, se sienten comprendidas, y al motivarles hay un mejor apego a su tratamiento para que no haya recaídas ”.

“ Sienten que alguien se preocupa por ellas y esto las motiva para que se arreglen, tomen su medicamento y se sientan mejor ”.

CAPACITACIÓN

La capacitación para el trato y manejo de la paciente está en función de su experiencia en el trabajo diario con ellas, lo cual las ha ayudado a conocer a cada una y saber cuando se encuentran alteradas.

Por otra parte también la Institución les ha proporcionado algunos cursos en relación a la enfermedad mental, lo cual les ha brindado el tener un panorama más amplio de lo que es la enfermedad mental y el manejo que se debe dar.

“ Cuando ingresé recibí cursos en el Instituto Nacional de Psiquiatría, y con el trabajo diario es como se aprende a tratarlas y manejarlas ”.

“ La psiquiatría nos ha ayudado para tener un mejor trato, para conocerlas mejor, poder manejarlas ”.

CAUSAS DE LOS PADECIMIENTOS EN LA MUJER.

De manera general se exploraron algunas de las causas a que se atribuyen con mayor frecuencia los padecimientos a que las mujeres en general están expuestas, encontrándose en base al sentido común de este grupo de enfermeras: el maltrato físico, psicológico, el abandono del esposo, la infidelidad, y en general los roles impuestos por la sociedad.

“ La soledad, el sentirse excluida, que no pertenesces a ningún lado, abandono de su familia, del marido”.

“ Algunas enfermedades graves como el cáncer o el estrés ”.

“ El rechazo social, el desprecio a uno mismo, por ser personas de bajos recursos económicos, las diferencias de clase, la depresión ”.

Como se puede observar las respuestas aquí presentadas están en función de las relaciones afectivas que conllevan a una dependencia emocional hacia otros.

MUJER / INESTABILIDAD

Lo que principalmente inestabiliza a la mujer de acuerdo a este grupo de estudio es: La inestabilidad económica, el no contar con una educación formal para hacerle frente a las exigencias, la falta de un buen trabajo.

Por otra parte también se enfatiza la baja autoestima, los sentimientos de inferioridad, las culpas, las presiones familiares y laborales y una lucha por encontrarse a sí misma, la necesidad de reconocimiento y el romper con los roles establecidos.

En estas respuestas se puede ver que la inestabilidad de la mujer estaría en relación a las exigencias del medio, el cumplir con los roles que se han establecido tradicionalmente, y ahora también las exigencias y los retos que ella se impone y que le han generado una doble jornada laboral.

FACTORES SOCIOCULTURALES

Los factores a que hacen mención las entrevistadas están relacionadas con las costumbres y las tradiciones culturales, los roles específicos para cada sexo, el nivel educativo, y las restricciones en los diferentes ámbitos: familiar, sexual, económico y educativo.

Mencionaron también a los sentimientos de inferioridad, la baja autoestima, la dependencia emocional que presenta la mujer. Y por otra parte se hace referencia a la mayor libertad que

tienen el hombre y los roles que desempeña, que encuentran con mayor ventaja tanto en ámbitos laborales, sexuales y familiares.

Es importante mencionar que para este grupo el abuso de drogas y alcohol desempeña un papel preponderante en las causas de padecimientos para los varones, destacándose también las presiones externas. En cambio para la mujer están relacionadas con los padecimientos internos, es decir con la afectividad.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Una vez expuestos los resultados se procedió a analizarlos considerando el marco teórico expuesto, la discusión girará principalmente en torno a los elementos que constituyen la representación social, haciéndose énfasis también en el campo de la salud mental de las mujeres. Puesto que el objetivo de esta investigación fue el de conocer los elementos que conforman la representación social de la enfermedad mental y la relación que establece la enfermera con la paciente psiquiátrica dentro de una Institución Pública, donde se brinda atención exclusivamente a mujeres con un padecimiento mental.

Es preciso tener en cuenta que el concepto de la representación social, recoge e integra una serie de conceptos menores que conjugan elementos de muy distinta naturaleza, tales como: procesos cognitivos, inserciones sociales, factores afectivos, sistemas de valores, creencias y actitudes, etc. Que lo convierten en un concepto marco que apunta hacia un conjunto de fenómenos y de procesos, más que hacia objetos claramente diferenciados o hacia mecanismos plenamente definidos (Ibañez, 1988).

En el presente estudio se obtuvieron una variedad de datos relevantes que permiten aproximarnos a la Representación Social de la enfermedad mental, destacándose los campos de representación de la afectividad, la actitud y el nivel de información como aspectos principales en esta indagación de la representación social, sin embargo la información resultante no es la única que debe considerarse en el estudio de este tema.

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.

Jodelet (1986) considera que en la objetivación los conceptos se materializan formándose imágenes organizadas en estructuras.

El proceso de objetivación presenta tres fases (Ibañez, 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, adoptándose 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 observar algunas diferencias en la elaboración del discurso de las participantes, aunque en esta muestra no se encontraron diferencias significativas en cuanto al

nivel de instrucción, su discurso está en función de los años de experiencia laboral que la llevan a representarse la enfermedad mental de manera diferenciada.

" La enfermedad mental es un desorden de la mente (no duele), produce conductas anormales como el desnudarse " " Hay una pérdida de la realidad, el pensamiento está alterado"... " Desorganización del pensamiento y del comportamiento " " El no estar mentalmente apto para desenvolverte en la sociedad como uno quisiera "... " Una pérdida de la realidad y de desorientación " " Trastorno de la mente por problemas emocionales "... " Un padecimiento no deseado, más terrible que otra enfermedad " " Un mal funcionamiento del cerebro "... "Una desadaptación, desconectarse totalmente de la realidad y el medio ambiente. "... "Desequilibrio mental "

En la segunda fase, esquematización estructurante, los diversos elementos de información que han sido seleccionados, y convenientemente adaptados, a través del proceso de adaptación, se organizan para proporcionar una imagen de objeto representado suficientemente coherente y fácilmente expresable. (Abric , 1986,citado en Flores, 1993) es el verdadero núcleo dinámico de la representación, porque es aquí donde el discurso se estructura y objetiva en un esquema de pensamiento coherente, sintético, condensado y ya conformado por imágenes, con lo que la Representación Social se manifiesta desde una interacción compleja, simbólica e imaginaria, que el sujeto constituye con el objeto.

El significado que dan las entrevistadas al objeto de enfermedad mental está en función de una desorganización a nivel de pensamiento y de comportamiento que conlleva al individuo a una pérdida de la realidad y lo cual trae como consecuencia una desadaptación para desenvolverse adecuadamente en su medio.

La última fase se refiere a la naturalización, el esquema ya elaborado de Representación Social se naturaliza, a través de una expresión directa de los conceptos y desarrolla categorías sociales de lenguaje que pretenden traducir la realidad.

Los elementos informativos con relación a la enfermedad mental pasan a formar parte del sentido común permitiendo a las enfermeras organizar, de manera coherente, la construcción de lo existente. Para las enfermeras la enfermedad mental y la relación que guardan con las pacientes se han convertido en una realidad cotidiana debido al contacto y al trabajo que tienen con ellas.

De esta manera queda explícito que mediante el proceso de objetivación se transforma un esquema desestructurado, sin orden en una categoría estructurada que permite comprender y articular en esquema abstracto en algo natural y concreto.

Junto con el mecanismo de la objetivación el segundo mecanismo básico que describe Moscovici es el mecanismo de anclaje, cuya principal función consiste en integrar y fijar la información sobre un determinado objeto, dentro de nuestro sistema de pensamiento tal como está ya constituido, por lo que este mecanismo permite afrontar las innovaciones o la toma de contacto con objetos que nos son familiares.

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 que la enfermera tiene sobre enfermedad mental y la forma en como debe manejar y tratar a la paciente se integra con mayor facilidad a su experiencia personal en el trabajo directo con este tipo de pacientes durante un suficiente lapso de tiempo, y a la capacitación que le ha proporcionado la Institución en relación a la enfermedad mental. Las relaciones afectivas y el soporte emocional que este grupo de enfermeras les brindan a las pacientes determina en mayor o menor medida un soporte en la recuperación, o estabilidad de la paciente. Dentro de las practicas hospitalarias no se contemplan estos aspectos, que a consideración de este estudio le ofrecen a la paciente una red de apoyo importante.

Por otra parte, 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.

Aludiremos la información que tienen la muestra con relación al tema, previamente se ha mencionado que la adquisición de dicha información está en función del contacto directo con el objeto social, distinguiéndose la experiencia personal y la relación que la enfermera ha establecido con la paciente. Otra fuente de información la constituyen los cursos que le ha brindado la Institución respecto a este tema.

Las enfermeras de la muestra tienen de 5 a 37 años de experiencia laboral con este tipo de pacientes, de lo cual se ha desprendido una concepción de lo que representa para ellas la salud y la enfermedad.

La *salud* la concibe como un estado de bienestar tanto físico como mental, mencionándose también a la capacidad de adaptación del individuo a su entorno.

Y la *enfermedad* la representan como un sentimiento opuesto al estado de bienestar tanto físico como mental, siendo un proceso indeseado que provoca desadaptación en el individuo y por lo cual tienen que recurrir a la ayuda de un especialista.

Al estar en contacto directo con las pacientes, las enfermeras han estado cercanamente presentes en el tratamiento farmacológico y la intervención terapéutica, familiarizándose con esta temática, logrando mayor cantidad y calidad de conocimientos.

Aunque la profesión de enfermera como refiere Guimelli (2000) fue fundada sobre la base de prescripciones médicas e integrando una parte del saber médico. En 1946, la primera definición legal de la misma confirmaba su total dependencia del poder médico, y limitaba su función, a la ejecución de actos curativos prescritos por un médico.

En esta muestra la definición antes mencionada encaja con la participación que tienen la enfermera dentro de la Institución, que la limitan a las prácticas hospitalarias, teniendo un participación asistencial de necesidades básicas de las pacientes y a las prescripciones que hace el médico; sin embargo en esta comunicación social que establece con la paciente, la enfermera ha podido dilucidar que no solo el tratamiento farmacológico prescrito por el médico psiquiatra, o el médico general coadyuva a la recuperación o estabilidad de la paciente. Queda de manifiesto de acuerdo a lo que este grupo refiere que el escucharlas, el brindarles apoyo emocional y el motivarlas, muchas veces las ayuda a salir de su cuadro o por lo menos pueden tranquilizarlas para que no se autoagredan o agredan a otras personas.

Esta muestra considera que el tratamiento para la enfermedad mental debiera ser integral donde participe tanto el psiquiatra, como el psicólogo, la trabajadora social, enfermería y el rehabilitador.

Se pensaría que la familia debiera constituir la principal fuente de apoyo en la recuperación de la paciente, sin embargo la experiencia en este campo ha demostrado una falta de interés, de orientación, de información, y sobre todo de rechazo hacia la enfermedad mental y su tratamiento optando por el abandono que tal parecería es una opción para olvidarse del problema.

En el estudio algunas entrevistadas hicieron mención a este aspecto, no se tocó a fondo ya que constituiría tema de otra investigación, sin embargo no se descarta como una de las principales redes de apoyo en el tratamiento de las pacientes.

El segundo elemento que conforma una Representación Social es el campo de representación . Se refiere a la ordenación y jerarquización de los elementos que conforman el contenido de la Representación Social. Es decir en esta dimensión se manifiesta el tipo de organización interna que adoptan los elementos cuando quedan integrados en la Representación Social.

En el análisis de contenido quedan de manifiesto los indicadores que poseen las enfermeras respecto a la definición de Enfermedad Mental y que se agrupan en: a) una pérdida de contacto con la realidad, provocada por una alteración a nivel de pensamiento y de comportamiento y b) incapacidad de adaptación.

Esta definición que hace la enfermera de la Enfermedad Mental probablemente se deba a la experiencia y observaciones que ha hecho de la paciente en su trabajo con ella pues se hace referencia así mismo a la presencia de conductas anormales como el desnudarse, hablar sola, la desorientación y la presencia de delirios y alucinaciones.

Con respecto a la incapacidad de adaptación, probablemente esté relacionada a que han podido observar que las pacientes difícilmente se integran a un grupo, la mayoría prefieren estar solas ya que cuando se les integra a uno, hay mucha resistencia para compartir conocimientos, costumbres, creencias, formas de pensar, valores. Además de que la paciente al estar hospitalizada, no puede seguir haciendo las mismas actividades que hacía afuera, como el ir a trabajar, la relación que tenía con amigos y familiares también se pierde. Y bueno también la estigmatización que hace la sociedad respecto a la enfermedad mental y lo que el enfermo representa, hacen que ya no encaje en ella.

En el centro de este problema se sitúa el estudio de D. Jodelet sobre una comunidad rural del centro de Francia que desde principio de siglo acoge a enfermos mentales de forma institucionalizada, esta investigadora a 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 la adopción de comportamientos completamente concretos. Los internos en el seno de la familia, lejos de estar dictados por consideraciones de economía doméstica, hacia 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, esta era inmediatamente desaprobada (Jodelet, 1986).

En esta investigación se puntualiza en primer lugar, la importancia de definir la organización social y el campo de análisis que permite explorar todas las dimensiones posibles sobre prácticas sociales, cuadros institucionales, modelos culturales y los diversos eventos psicológicos manifiestos en la interacción, como la afectividad y las emociones

Lo que las enfermeras indican como causas y circunstancias que ponen en riesgo a una persona para que presente una enfermedad mental se agrupan en :

Orgánico-biológico. Incluye alteraciones a nivel fisiológico, traumatismos craneoencefálicos, componentes genéticos o hereditarios.

Psicológico-social. Se alude a un ambiente familiar desintegrado, estresante durante la infancia, las agresiones físicas, psicológicas, una desilusión amorosa, la mala atención de los padres, el vivir con padres o hermanos alcohólicos.

Por otra parte mencionan al medio social como elemento para contraer una enfermedad de tipo mental, aquí se alude a la falta de recursos económicos, el consumo de drogas y alcohol, el desempleo, el nivel cultural, la religión y la brujería.

De acuerdo con Roseng (1968), la etiología de los trastornos mentales 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 y que den lugar, pues el nombre en la salud o en la enfermedad, forma siempre una única totalidad de conducta relacional.

La actitud Es la postura expresada en el continuo aceptación-rechazo que tiene alguien hacia algo, es decir es el grado de favorabilidad o desfavorabilidad que se tienen hacia una situación, fenómeno o acontecimiento, manejado en términos positivos o negativos en relación con un objeto social concreto. Los variados componentes afectivos que forman parte de todas las Representaciones Sociales se articulan precisamente sobre esta dimensión evaluativa, e imprimen en las representaciones un carácter dinámico (Ibañez, 1988).

Se describe una actitud favorable en este grupo de enfermeras hacia la paciente psiquiátrica, caracterizada por ser abierta, clara, honesta y de escucha cuando así lo requiere. Aunque las prácticas hospitalarias no le permiten dedicarle más tiempo, según se refiere, por toda la papelería que tienen que llenar

Los sentimientos que se despliegan son la compasión, ternura, comprensión, cariño y miedo en ocasiones cuando la paciente se encuentra alterada.

La relación que ha podido establecer este grupo de enfermeras con las pacientes ha sido de empatía, manifestando que en ocasiones algunas de ellas han adoptado el papel de familiar con algunas pacientes

La percepción que se tienen del enfermo mental es de un ser inútil, insensible, peligroso, impredecible y embustero (actitud negativa).

Este grupo de estudio refiere haber tenido una actitud negativa hacia la enfermedad mental, caracterizada por un pensamiento mágico, y que veía a una persona con una enfermedad mental como monstruos, animalitos, parásitos, personas agresivas que no pensaban y que no entendían.

Ahora este grupo ha cambiado su percepción de la enfermedad mental y de las personas que la padecen, atribuyéndolo a la relación y el trabajo que han establecido con este tipo de personas, lo cual ha influido para verlas como seres humanos con sentimientos y necesidades como cualquier otra persona.

Es importante enfatizar de acuerdo con las investigaciones que cita García (1993) que el rechazo disminuye con las experiencias personales, conforme mayores son las experiencias personales, se da más aceptación y quienes han tenido contacto con los enfermos mentales los rechazan menos

Se exploraron también en este grupo de estudio lo que representa para ellas el Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la enfermedad mental.

El Diagnóstico de una enfermedad mental está relacionado de acuerdo con las entrevistadas a la problemática que refiere la paciente (sintomatología) Es el nombre o etiqueta que se le da al padecimiento y es el médico psiquiatra quien lo determina.

El Tratamiento estaría en función principalmente del tratamiento farmacológico a base de neurolepticos para controlar y disminuir síntomas. No obstante refieren que se les debe brindar una atención integral en donde estén involucradas tanto la psiquiatría, como la psicología, la rehabilitación, y el apoyo de enfermería y de trabajo social.

Dentro de la Institución hay un programa de rehabilitación, apoyado en las áreas antes referidas, y en donde se refuerzan las habilidades con las que cuenta la paciente, favorecen a su vez los procesos cognoscitivos y socioafectivos de las pacientes, promoviendo también su autonomía.

La rehabilitación está enfocada a la Terapia Ocupacional, integrando a las pacientes a los diferentes talleres de alfarería, costura, bordados y trabajos manuales. Las pacientes por el trabajo que realizan reciben una retribución monetaria, que les permite adquirir algunos objetos personales.

Sin embargo no podemos hablar de una rehabilitación como tal, ya que para hacerlo se tendrían que contar con recursos necesarios para proporcionarles una continuidad en el trabajo. No hay personal capacitado en esta área, además de que es insuficiente.

La enfermedad mental es "para toda la vida", no tiene cura, aunque se puede estabilizar. Por lo que el pronóstico para este grupo de estudio es reservado para unas y malo para otras.

Jodelet (1986, citado en Ibañez, 1988) refiriéndose al conocimiento espontáneo ingenuo que tanto interés ha generado en la actualidad a las ciencias sociales que habitualmente se denomina "sentido común", o bien pensamiento natural por oposición al conocimiento científico, se construye a través 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.

En base a este sentido común a que hace referencia Jodelet se exploraron en las entrevistadas los criterios alrededor de los cuales se van construyendo o adquiriendo los conocimientos referentes al campo de la salud mental de las mujeres y los factores que la ponen en riesgo.

"Al delimitar el campo de la salud mental de las mujeres es necesario feminizar las teorías y prácticas vigentes, es decir, es necesario incluir la perspectiva de las mujeres sobre sus condiciones de salud y sus modos de enfermar" (Burin, Moncaraz y Velázquez, 1991).

Es importante señalar la distinción que se hizo en el Seminario Internacional sobre el Malestar Psíquico de las mujeres (Roma, 1988, citado en Burin, et al, 1991) entre enfermedad y sufrimiento. Por sufrimiento se entiende el malestar de las mujeres, ligado a una situación específica de opresión, por enfermedad, el malestar en que el reconocimiento de sus orígenes ha sido denegado. La enfermedad es entendida como pérdida de la conciencia de vivir en condiciones perturbadoras, siendo sujeto de un padecimiento individual, atribuido a disfunciones biológicas. En cambio, el sufrimiento femenino se describe como una situación de subordinación social propia de las mujeres.

Muchos de estos factores intervienen o influyen en la salud mental de las mujeres que en este caso y dadas las características de la sociedad patriarcal, son quienes más sufren las consecuencias de la discriminación y la marginación social, teniendo efectos serios en su estabilidad psíquica y emocional (Flores, 1993).

En un estudio que realizó Flores (1993) con un grupo de profesionales de la salud mental de diferentes países, en torno a los estereotipos que definen la masculinidad y la feminidad para entender como la Representación Social de género influye en las prácticas de los profesionales de la salud mental.

Encontró que:

La muestra de profesionales de la salud mental se encuentra más próxima al modelo psicosocial funcional ya que consideran que en cierta medida, la enfermedad mental viene a ser el resultado de un malestar cultural e influenciado por las normas sociales.

Las causas a que atribuyen estos profesionales con mayor frecuencia los padecimientos de las mujeres están relacionados con las relaciones afectivas, la insatisfacción del rol, los efectos de la educación y en menor proporción a las actividades laborales.

A diferencia de los hombres en que se atribuyen a los problemas en las actividades laborales, el estrés, las dificultades sexuales, como causa de los padecimientos de los varones.

Hay una distancia importante entre el mundo laboral y el mundo afectivo que afecta a hombres y mujeres respectivamente.

En esta muestra no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en lo que respecta a los aspectos socioculturales.

Lo que se encontró en este estudio es que las causas a que este grupo atribuye con mayor frecuencia los padecimientos de las mujeres, también están relacionadas con las relaciones afectivas, la insatisfacción de rol, y se hace alusión al consumo de drogas y alcohol y en menor proporción a los factores biológicos o hereditarios, o a una enfermedad física grave.

Con respecto a los padecimientos en los varones la mayoría coincide en atribuir principalmente estas causas al consumo de alcohol y drogas, seguido del desempleo, la inestabilidad económica, pero también se destacan las relaciones afectivas aunque no con tanta intensidad como para la mujer.

Tanto en este estudio como el realizado por Flores (1993) los aspectos afectivos continúan demarcando una sintomatología para las mujeres, mientras que para los hombres se insiste en los aspectos de orden social.

El estudio de la salud y la enfermedad mentales de la mujer ha de implicar dialécticamente, los fenómenos políticos-sociales que configuran la feminidad en su dimensión simbólica, y la estructura particular del sujeto, la familia y las redes sociales en las que se encuentra inmerso. La problemática de la mujer como sujeto se inscribe en unas coordenadas histórico-sociales dadas. La sociedad patriarcal implica una división del trabajo entre hombres y mujeres, que no establece una relación igualitaria sino una dominación y sometimiento. Esta se articula, a su vez, con la construcción discursiva de las categorías, imágenes y símbolos que definen los lugares que habrán de ocupar hombres y mujeres en el tejido social (Tubert, 1992).

Para este grupo de estudio los aspectos socioculturales influyen por igual para hombres y mujeres, ya que consideran como aspecto principal para ambos los roles impuestos por la sociedad, las costumbres y las tradiciones que están presentes y que influyen de forma diferenciada a unos y otras.

Estas enfermeras refieren que para el hombre existe una mayor libertad, menos restricciones en aspectos tanto sexuales, familiares y sociales. "Tiene el poder de mando, él es quien toma las decisiones".

Para las mujeres estos aspectos están relacionados con la depresión, las relaciones afectivas, las restricciones sexuales, laborales y económicas "Ella tiene una menor capacidad de mando, vive con más culpas, tiene sentimientos de inferioridad".

En este estudio vemos que la influencia de alcohol y de drogas constituyen factores desencadenantes de acuerdo a esta muestra para que los hombres estén expuestos a presentar un trastorno mental, mientras que para las mujeres están más relacionados con los padecimientos internos, es decir, con la afectividad y lo doméstico, mientras que los varones se encuentran más sometidos a las presiones externas.

En el estudio realizado por Ferrer y Morales, (1998), sobre los factores psicoculturales que influyen en el malestar depresivo de la femineidad, se reporta que:

La condición articulada en el género para la mujer provoca un malestar que se expresa en forma de depresión, tomando en cuenta que la identidad de género en sus implicaciones socioculturales va socavando el yo, por lo que es posible entender a la depresión como

consecuencia, al contemplar que a la mujer se le ha delegado por excelencia el poder de los afectos, el manejo y mantenimiento de las relaciones interpersonales, así como la maternalización en ese quehacer social.

Es importante hacer hincapié en que no son propiamente los roles los que van mermando la construcción de la salud mental en la mujer ya que finalmente son solo el producto de la conceptualización que tiene acerca de su femineidad, va más allá de la actuación de un rol, implica una congruencia entre lo interno y lo externo, entre la subjetividad y la sociedad, a pesar de que el significado social internalizado de ser mujer no sea lo más sano.

Para este grupo de profesionales existen dos niveles representacionales limitados, por un lado el nivel representacional del modelo médico tradicional que considera la enfermedad mental como un proceso de degradación sistemática en el que pueden intervenir aspectos fisiológicos, contribuyendo a la clasificación de patologías clasificadas rigidamente y debidas a causas externas o internas que se manifiestan en síntomas igualmente clasificados.

Por otro lado, el modelo psicosocial funcional que considera a la enfermedad mental como resultado de un malestar cultural y poco adaptado a las normas y modelos de aprendizaje social.

Dentro del extenso campo de las representaciones sociales y de acuerdo a la posición que el sujeto ocupa y se representa de sí mismo en el ámbito de la enfermedad o salud se organiza un corpus de conocimiento, opinión o creencia sobre su presencia social y etiquetaje de enfermo o sano, ya sea a partir de un encuadre diagnosticado profesionalmente o simplemente construido de manera primaria por una creencia (Flores, 1993).

CONCLUSIONES

➤ La investigación ofrece una serie de respuestas con respecto a la representación social de la enfermedad mental y a la relación que establecen con la paciente este grupo de enfermeras, destacándose aspectos relacionados con la afectividad, sentimientos, actitud, e información que nos ayudan a entender la importancia de éstos, 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 las diversas fuentes de información, de los conocimientos e ideas transmitidas verbalmente entre los miembros de los grupos sociales.

➤ La posesión de una representación social en las enfermeras les permite integrar a su esquema el concepto de enfermedad mental, ya que la enfermedad mental se convierte en un elemento conocido y familiar.

➤ Todo nuevo conocimiento relacionado con respecto a la Enfermedad Mental es más sencillo de integrar a los esquemas previos de las enfermeras, debido a que son personas que han estado en contacto directo durante un lapso de tiempo considerable con personas que sufren este tipo de padecimientos

➤ La información que tiene la enfermera respecto a la enfermedad mental está en función de su experiencia laboral y el trabajo directo con personas que tienen un padecimiento mental.

➤ Desde el campo de la Representación Social se encontró lo siguiente:

Definición de enfermedad mental: Es una desorganización a nivel de pensamiento y de comportamiento, que conlleva al individuo a una pérdida de la realidad, lo cual trae como consecuencia una desadaptación para desenvolverse adecuadamente en su medio.

La etiología a que atribuyen la Enfermedad Mental está relacionada con: lo orgánico-biológico y lo psicológico-social.

El diagnóstico se da en función de la problemática que refiere la paciente (sintomatología)

El tratamiento es principalmente farmacológico, considerando también una atención integral en donde este involucrado el equipo multidisciplinario.

El pronóstico para la enfermedad mental en este grupo de enfermeras es malo para unas y reservado para otras.

➤ Se confirma que la representación social de la sintomatología de los profesionales de la salud mental está anclada a la visión hegemónica de la enfermedad.

- La actitud es favorable hacia la paciente psiquiátrica caracterizada por ser abierta, clara, honesta y de escucha cuando así lo requiere la paciente.
- La disposición afectiva de las enfermeras queda fijada por sentimientos de compasión, ternura, comprensión, cariño y miedo cuando la paciente está alterada.
- Queda de manifiesto una relación de empatía enfermera-paciente.
- Se confirma que la relación que se establece entre paciente-enfermera es importante como apoyo en la recuperación de la paciente.
- La representación social que tiene la enfermera de la paciente si influye en su relación con ella, en éste grupo se encontró una representación positiva hacia la enfermedad mental lo cual se refleja en la aceptación que tiene hacia la paciente.
- La percepción de la enfermedad mental se modifica conforme mayores experiencias personales se tengan y rechazan menos a las personas que la padecen.
- Las practicas hospitalarias desempeñan una parte importante en el tratamiento de los padecimientos mentales, sin embargo en este estudio con esta pequeña muestra de enfermeras queda de manifiesto la importancia que tiene la relación que establece enfermera-paciente, la actitud, la disposición afectiva y los sentimientos que se generan en el trabajo diario con la paciente, siendo una parte esencial en la recuperación de ésta.
- En este estudio se reitera también una construcción sociocultural anclada a la femineidad tradicional.
- Desde el campo de la representación social encontramos que el grupo de enfermeras estudiadas consideran la influencia de diversos aspectos socioculturales en la salud mental, abordando de una manera específica los malestares de género.
- Los aspectos afectivos continúan demarcando una sintomatología para las mujeres, mientras que en los varones se insisten en los aspectos de orden social.
- Para este grupo de profesionales existen dos niveles representacionales, por un lado el nivel representacional del modelo médico tradicional que considera la enfermedad mental como un proceso de degradación sistemática en el que pueden intervenir aspectos fisiológicos, contribuyendo a la clasificación de patologías clasificadas rigidamente y debidas a causas externas o internas que se manifiestan en síntomas igualmente clasificados. Por otro lado, el modelo psicosocial funcional que considera a la enfermedad mental como resultado de un malestar cultural y poco adaptado a las normas y modelos de aprendizaje social.
- Las concepciones acerca de la normalidad o anomalidad no solo varían en los diferentes grupos sociales, sino también se han visto modificadas a lo largo de la historia, independientemente de la representación que se posea la enfermedad mental debería ser percibida como parte de nuestra vida cotidiana, de nuestra realidad. No podemos desaparecer esta realidad social, pero si podemos abrirla para fomentar una mejor educación y orientación

respecto a este hecho social, no sólo con las personas que viven esta realidad de cerca, sino con la población en general. Ante tales situaciones debería existir mayor reconocimiento, aceptación, interés e importancia por este tema.

Alcances

La representación social de la enfermedad mental ha conducido a diversas reflexiones e interpretaciones. Pues la salud y la enfermedad son significantes con un contenido altamente valorado por los individuos y la sociedad, ya que han pasado a formar parte del debate social como grandes implicaciones de la colectividad no sólo científica sino de la población en general.

En este estudio se profundizó con una muestra en un escenario de interacción dentro del lugar mismo.

Es un estudio importante y novedoso ya que se destacó la importancia que tiene la interacción social enfermera- paciente, como soporte en la recuperación, y que las prácticas hospitalarias deben contemplar

Reitera una concepción anclada a la representación social de la femineidad tradicional.

Contempla algunos factores socioculturales en la adquisición o desencadenamiento de la enfermedad mental.

Se pudo profundizar en los indicadores de la representación social gracias a que fue un grupo pequeño.

Los resultados de este trabajo ofrecen un vasto campo de investigación en muchos ámbitos de la psicología que estén interesados en los problemas humanos como lo es la sensibilización al fenómeno de la enfermedad mental y la sensibilización y orientación a la población, respecto a este hecho social.

Limitaciones

Dentro de las limitaciones que podemos encontrar en este estudio están la muestra, que estuvo centrada únicamente en mujeres por lo que no se pueden generalizar los resultados, también por lo pequeña de esta.

Otra limitación fue que solo se utilizó un instrumento para evaluar aspectos complejos de la representación social.

La entrevista se aplicó únicamente al personal que labora en turno especial (sábados, domingos y días festivos). Al ser turno especial hay muy poco personal, estando en ocasiones una enfermera atendiendo una unidad, que cuenta con alrededor de 72 pacientes, por lo que pensamos que también el tiempo limitado que tienen no nos permitió profundizar más en las categorías y códigos que se desprendieron de la investigación.

Al realizar este estudio surgieron algunas preguntas que pudieran despertar el interés por realizar otras investigaciones relacionadas con este tema, ya que el marco teórico de la representación social, tiene la virtud de permitirnos abordar temas de interés y problemáticas vigentes en nuestra sociedad.

¿Existe una representación social diferente entre hombres y mujeres respecto a la enfermedad mental ?

¿Se encontrarían diferencias de género si el estudio se aplicara también a hombres que trabajen con pacientes psiquiátricos (hombres) ?

Se encontrarían diferencias en cuanto a la relación, actitud y percepción de la enfermedad mental y la relación que se establece con la paciente psiquiátrica, si el estudio se aplicara al personal que labora en otros turnos y que pasa más tiempo en contacto con la paciente ?

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcocer, J.(1983). El Hospital del Divino Salvador. Salud Pública de México, Vol. 25, N.5.
2. Alonso, J; Betanzos, I, Crispín, M ; Chaparro, V; Hernández, T; Morales, J; Molina, D; Olguín, P; Trejo, Y; y Villalbazo, J. (1992). Guía del Fondo Manicomio General. Centro de Documentación y Archivo Histórico, Serie Guías No. 23.
3. Ackerman, W. (1970). Análisis de contenido : algunas observaciones metodológicas. En Apuntes de análisis de contenido: algunas observaciones metodológicas. Traducciones del departamento técnico de la ENEP Acatlán.
4. Ávila, S; Cervantes, F, Esparza, M, Villalbazo, J. Guía de Hospitales Psiquiátricos del Fondo de Beneficencia Pública en el Distrito Federal (1987). Centro de Documentación y Archivo. Serie Guías No 2.
5. Basaglia, F. (1987). Mujer, locura y sociedad México. La Mitad del Mundo.
6. Barrio, F; Basabe, N; Paéz, D. Aspectos Psicosociales de la Salud y de la Comunidad.(1988) .Actas del tercer Congreso Nacional de Psicología Social.
7. Berelson, A. (1952) Análisis de contenido : algunas observaciones metodológicas. En: Apuntes de análisis de contenido: algunas observaciones metodológicas. Traducciones del departamento técnico de la ENEP Acatlán.
8. Burin, M (1987). Estudios sobre la subjetividad femenina: mujeres y salud mental. Buenos Aires, Argentina. GEL.
9. Burin, M; Moncaraz, E; Velázquez, S. (1991). El malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada Argentina: Paidós.
10. Caraveo, J; Medina-Mora, M.E., López-Lugo, E.K., Villatoro, J; Juárez, F, Carreño, S; Berenzon, S; Rojas, E. (1994) Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una encuesta nacional en hogares. Reunión de Investigación. Instituto Nacional de Psiquiatría.
11. Caraveo, J. (1996) La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana. Estado actual y perspectiva. Salud Mental.
12. Carlos, E.(1997). Perfil de personalidad en una generación de enfermeras a través de un estudio longitudinal. Tesis de Licenciatura., Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
13. Chávez, E. Los trabajos psiquiátricos en la mujer.(2000). Trabajo presentado en las conferencias sobre. La psicopatología propia de la mujer. Instituto Nacional de Psiquiatría.

14. Coolican, H. (1994). Métodos de Investigación y estadística en Psicología. Tr. Por Samuel Jurado. México: El Manual Moderno.
15. Dana, R. (1966). Teoría y práctica de la Psicología clínica. Argentina: Paidós.
16. Davison, G y Neale, J. (1974). Psicología de la conducta anormal. México: Limusa.
17. De la Cruz, U; Gómez, M; y Sastre, 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.
18. Díaz, A. (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.
19. Di Giacomo, J (1987) Teoría y métodos de análisis de las representaciones sociales. En Paéz (1987). Pensamiento individuo y sociedad: Cognición y representación social. Madrid Fundamentos.
20. Dolton, F. (1971). Psicoanálisis y Pedjatria. México: Siglo XXI 1991.
21. Fajardo, G. (1980). Breve Historia de los Hospitales de la ciudad de México. Centro de documentación y archivo histórico. Serie guías. No. 2.
22. Farr, R. (1984) "Escuelas Europeas de Psicología Social: La investigación de representaciones sociales en Francia". Revista Mexicana de Sociología. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México, Vol. XLV, No 2.
23. Fedele, N. y Miller, J. (1980). Putting theory into practice : creasing health programs for women. Work in progress. Presental a stone center colloquium, Wellesley, Massachusetts.
24. Ferrer, N. y Morales, M. (1998) Los factores psicoculturales que influyen en el malestar depresogeno de la femineidad. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
25. Flament, C. (2001). Estructura dinámica y trasformación de las representaciones sociales. En Abrie. Practicass sociales y representaciones. México: Coyoacán, 2001.
26. 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.
27. Flores, F. (2000). Giénero y Psicología Social. México: Mc Graw-Hill.
28. Foucault, M. (1976). Historia de la locura en la época clásica. En Mancilla, M. (2001). Locura y mujer durante el porfiríato. México: Circulo psicoanalitico mexicano.

29. García, M. (1995). Vigencia y propiedad de los conceptos normal y patológico en el mundo actual. Psique en psicología. Universidad Autónoma Metropolitana. México. Septiembre. No. 2.
30. Gender, G. (1993). Women and health in the americas. PAHO cientific publication No. 541. Geneva.
31. Guimelli, C. (2001). La función de enfermera prácticas y representaciones sociales. En Abric. Prácticas Sociales y representaciones. México: Coyoacán.
32. Guimelli, C; Jacobi, D. (1990). Nuevas prácticas y transformación de las representaciones sociales. En. Abric. Prácticas sociales y representaciones. México: Coyoacán.
33. Hernández, R. (1991) Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.
34. Herzlich, C. (1975). La representación social. En Moscovici (coord.). Introducción a la psicología social. Barcelona: Planeta
35. Ibáñez, T. (1988) Representaciones sociales teoría y método. En T. Ibáñez (coord.). Ideologías de la vida cotidiana. Barcelona. Sendai
36. Ibáñez, T. (1988). La imagen popular de la locura. En T. Ibáñez (coord.). Ideologías de la vida cotidiana. Barcelona: Sendai.
37. Jahoda, M. (1950) Toward a social psychology of mental healh. En Nathan, P y Harris, S. (1975). Psicopatología y sociedad. México. Trillas.
38. Jaspár, J. y Fraser, C. (1984). Attitudes and social representation. En De la Cruz, Gómez y Suastre. (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.
39. Jodelet, D. (1986*) La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici (coord.). Psicología social II. México. Paidós
40. Krippendorff, K. (1990). Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica. Barcelona-Buenos Aires- México: Paidós.
41. Lagarriga, I. (1996). Algunas concepciones populares sobre la locura femenina en México. En: La mujer en México, una perspectiva antropológica. (1996). México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
42. Levoi-Gourhan, (1945) Evolution et technique. Milieu et technique. En Guimelli. La función d el enfermera. Práctica y representaciones sociales. México: Coyoacán, 2001.
43. Machuca, J. (1996). Androcentrismo y antropología de la mujer. En: La Mujer en México una perspectiva antropológica (1996). México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.

44. Mancilla, M. (2001). Locura y mujer durante el porfiriato. México: Circulo psicoanalítico mexicano.
45. Mora, J. (1998). Salud mental en la mujer : Una comparación transcultural en el campo de las adicciones. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
46. Marcos, S (1987). Manicomios y prisiones. México: Fontamara.
47. Moscovici, S. (1961). El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemul.
48. Moscovici y Farr (1984). Social representation .En Diaz, A. (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.
49. Nathan, P y Harris, S (1975). Psicopatología y sociedad. México: Trillas.
50. Nightingale, F (1965). Principios fundamentales de enfermería. México: Fontamara.
51. Oliver, C. (1984). Los hijos de yocasta, en Ferrer y Morales (1998). Los factores psicosocioculturales que influyen en el malestar depresogeno de la femineidad. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología Universidad Nacional Autónoma de México.
52. Paés, D y Ayestarán, S. (1984) Representaciones Sociales de la enfermedad mental. En S. Ayestarán (Ed). Psicología de la enfermedad mental, ideología y representaciones mentales de la enfermedad mental. España: Universidad del País Vasco.
53. Patiel, F. (2000). La salud mental de la mujer de las américas, en Gómez (1993). Women and health in the americas PAHO scientific. Publication No. 541. Geneva.
54. Peza, J.(1981) La beneficencia en México. México: Francisco Diaz de León.
55. Ridruejo, P; Medina, A; Sanchez, J (1996) Psicología Médica. España: Mc Graw-Hill Interamericana.
56. Ríos, R. (2000). Género, salud y desarrollo : Un enfoque en construcción. México: Alianza.
57. Roseng, G. (1968). Locura y sociedad : sociología histórica de la enfermedad mental. Madrid : Alianza.
58. Sáez, T (1988). El mito de la enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu.
59. Sacks, K. " Engels revisitando: las mujeres, la organización de la producción y la propiedad privada ", en Harris, O y Young, K. (1979). (comps). Antropología y feminismo. Barcelona : Anagrama.

60. Tubert, S. (1992). Mujer, psicopatología y malestar en la cultura. Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina. Vol. 38. No 2.
61. Valles, M. (1992). La entrevista psicosocial. En M. Díaz (coord.). Psicología social : Métodos y técnicas de investigación. España.
62. Wagner, W y Elejabarrieta, F.(1992). Representaciones sociales. En Morales, F; Moya, M; Reboloso, E; Fernández, J; Huici, C; Márquez, J; Páez, D; y Pérez, J; Psicología Social. España Mc Graw-Hill.
63. Zax, M y Cowen, E. (1979). Psicopatología. México: Interamericana.

Anexo I

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

NOMBRE :

EDAD :

SEXO:

OCUPACIÓN:

ESTADO CIVIL:

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL:

TRABAJO POR TURNOS:

HORAS DE TRABAJO A LA SEMANA:

GUARDIAS QUE REALIZA A LA SEMANA:

PROMEDIO DE PERSONAS QUE ATIENDE AL DÍA :

TIEMPO DE JORNADA LABORAL EN CONTACTO CON LA PACIENTE:

TIEMPO QUE DEDICA EN CASA PARA REALIZAR TRABAJO DE LA INSTITUCIÓN:

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

¿Cuál considera usted que sería la diferencia entre salud y enfermedad?

¿Qué es para usted la enfermedad mental?

Desde su punto de vista, ¿Cuáles piensa usted que son las causas que hacen que se desencadene una enfermedad mental?

¿Cuáles son las circunstancias que influyen para presentar un trastorno mental?

¿Qué diferencia considera Usted que existe en una enfermedad física, una enfermedad psicológica y una enfermedad social?

Desde su opinión ¿Cual sería el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad mental?

¿Cómo ha sido la relación que usted ha establecido con personas que padecen un trastorno mental?

¿Qué sentimientos provocan en usted las personas con algún padecimiento psiquiátrico?

¿Qué actitud tiene usted frente a ellas?

¿Cuál ha sido su participación en el trabajo con las pacientes psiquiátricas?

¿Considera que su participación ayuda al mejoramiento de ellas?

¿Ha cambiado su forma de ver a la enfermedad mental, al trabajar con este tipo de mujeres?

¿Ha recibido alguna capacitación que le ayude en el trato y manejo de la paciente?

¿A qué causas cree que se deben con mayor frecuencia los padecimientos que las mujeres presentan?

¿Usted piensa que el medio sociocultural influye para padecer algún trastorno mental y considera que esta influencia es diferente para hombres y mujeres?

Desde su experiencia, mencione cuáles son las circunstancias que exponen a riesgos más frecuentes la salud mental de:

Mujeres

Hombres

En su opinión, la inestabilidad mental de las mujeres se debe principalmente a:

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

NOMBRE : E. S. P.

EDAD : 28 AÑOS

SEXO: Femenino

OCUPACIÓN: Enfermera general

ESTADO CIVIL: Soltera

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Especialidad en enfermera psiquiátrica.

AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL: 6 años

TRABAJO POR TURNOS: Turno especial (sábados, domingos y días festivos)

HORAS DE TRABAJO A LA SEMANA: 24 horas

GUARDIAS QUE REALIZA A LA SEMANA: ninguna

PROMEDIO DE PERSONAS QUE ATIENDE AL DÍA : 72 pacientes

TIEMPO DE LAJORNADA LABORAL EN CONTACTO

CON LA PACIENTE: 10 horas

TIEMPO QUE DEDICA EN CASA PARA REALIZAR TRABAJO DE LA INSTITUCIÓN : 4 horas.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

¿Cuál considera usted que seria la diferencia entre salud y enfermedad?

Salud: estar equilibrado en la salud física y mental, estar bien consigo mismo, capacidad de adaptación para tener un bienestar mental.

Enfermedad: Una descompensación en la salud física y una desadaptación al medio ambiente y la sociedad

¿Qué es para usted la enfermedad mental?

Es una desadaptación, desconectarse totalmente con la realidad y el medio ambiente

Desde su punto de vista, ¿Cuáles piensa usted que son las causas que hacen que se desencadene una enfermedad mental?

La herencia, el estrés.

¿Cuáles son las circunstancias que influyen para presentar un trastorno mental?

La censura de la sociedad, la forma de vida, los valores, la moral

¿Qué diferencia considera Usted que existe en una enfermedad física, una enfermedad psicológica y una enfermedad social ?

Enfermedad física Limitaciones que le impiden al individuo llevar a cabo una acción.

Enfermedad psicológica Limitantes de dependencia, falta de autoestima de la persona, también puede ser provocada por sugestión

Enfermedad social Se espera que la demás gente resuelva los problemas, el poder hacerlo y no querer hacerlo, tomar una actitud más cómoda.

Desde su opinión ¿Cuál sería el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad mental?

Diagnóstico Se va a dar un incremento de la enfermedad mental, en función de las circunstancias sociales, a nivel nacional.

Tratamiento Quitarse cargas de estrés, sentimientos de culpa, miedos y vivir más tranquilas.

Pronóstico Un mal pronóstico y va a seguir incrementando

¿Cómo ha sido la relación que usted ha establecido con personas que padecen un trastorno mental?

Al principio les tenía miedo, pero después pensé en que todos estamos expuestos a padecer una enfermedad mental y trato de entenderlas, las vi como seres humanos que necesitan de todos nosotros

¿Qué sentimientos provocan en usted las personas con algún padecimiento psiquiátrico?

Miedo al principio, compasión, ternura, empatía, dolor cuando la familia de ellas se deshumaniza

¿Qué actitud tiene usted frente a ellas?

Depende de la etapa de la patología de la paciente, no siempre se complace, en cuanto a la atención, aprender a conocerlas para darles un tratamiento adecuado a cada una, ya que no todas son iguales aunque tengan el mismo diagnóstico

¿Cuál ha sido su participación en el trabajo con las pacientes psiquiátricas?

Asistencial si tienen alguna limitación, verificación de tratamiento farmacológico, colaboración con el médico, ver su respuesta al tratamiento, como va evolucionando

¿Considera que su participación ayuda al mejoramiento de ellas?

Si ayuda a su mejoramiento, porque se les escucha y se les da una palabra de aliento, se sienten comprendidas y al motivarles, hay un mejor apego a su tratamiento para que no haya recaídas.

¿Ha cambiado su forma de ver a la enfermedad mental, al trabajar con este tipo de mujeres?

Si ha cambiado he aprendido a valorar muchos aspectos de la vida, he aprendido también a valorarme más y a tener una buena autoestima

¿Ha recibido alguna capacitación que le ayude en el trato y manejo de ellas?

Si he recibido en la especialidad que realice como enfermera psiquiátrica, y las prácticas que tuve en otros hospitales, me han servido para saber como tratarlas en diferentes situaciones.

¿A qué causas cree que se deben con mayor frecuencia los padecimientos que las mujeres presentan?

Por los roles que quiere abarcar y que no le corresponden como el del padre, cubrir también las necesidades de la familia y no las propias

¿Usted piensa que el medio socio-cultural influye para padecer algún trastorno mental y considera que esta influencia es diferente para hombres y mujeres?

Si, hay una influencia culturalmente hay que avanzar mucho, hay muchas tradiciones que superar

Esta influencia si es diferente para hombres y mujeres. En el hombre depende de la educación que reciba en el seno familiar, depende de los valores, tiene mayor libertad, él es quien toma las decisiones, tiene el poder de mando, tienen mayores ventajas en el trabajo

En la mujer Hay menor libertad menor capacidad de mando, vive con más culpas, no hay igualdad en el trabajo no hay igualdad en los servicios médicos

Desde su experiencia, mencione cuáles son las circunstancias que exponen a riesgos más frecuentes la salud mental de:

Mujeres

Hombres

Depresión

Falta de recursos económicos

Infidelidad

Desempleo

Abandono baja autoestima

Depresión

En su opinión, la inestabilidad mental de las mujeres se debe principalmente a:

La autoestima y las culpas con que carga.