

01921
7



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

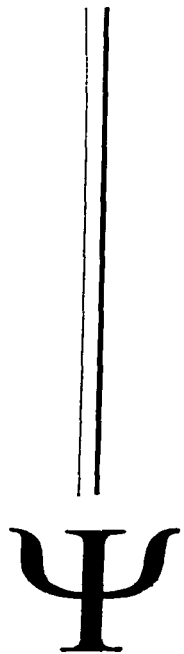
REPRESENTACION SOCIAL DE SALUD-ENFERMEDAD EN
PSIQUIATRAS, PSICOLOGOS Y ENFERMERAS DE UNA
INSTITUCION PSIQUIATRICA PUBLICA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
PEDRO EDUARDO ALBARRAN GUTIERREZ
JUAN GARDUÑO BAUTISTA

DIRECTOR DE TESIS: DRA. FATIMA FLORES PALACIOS

COMITE: LIC. MARIA ASUNCION VALENZUELA COTA
MTRO. CELSO SERRA PADILLA
MTRA. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRIGUEZ
MTRA. MARIA DE LOS ANGELES CRUZ ALMANZA
AUTONOMA DE MEXICO.



MEXICO, D. F.



2003

EXAMENES PROFESIONALES
SAC. PSICOLOGIA.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos enormemente a la UNAM y a la Facultad de Psicología por todo lo que representa para nosotros y por extender nuestro conocimiento.

Muy cordialmente a DGAPA, por aportar los recursos para la realización de la investigación, en el proyecto IN-305999.

A la Institución Psiquiátrica "José Sayago", por la confianza de abrirnos sus puertas, sin su ayuda esto no sería posible.

A todo el personal de la Institución Psiquiátrica, por sus valiosas aportaciones, su tiempo y su apoyo incondicional.

Agradecemos infinitamente a la Dra. Fátima Flores Palacios, por permitir integrarnos en el proyecto de investigación. Por sus asertivas aportaciones, por su apoyo y paciencia, ya que sin ellos nos habría sido posible el logro de este trabajo.

A nuestros sinodales por sus consejos, aportaciones y sugerencias para la realización de este trabajo.

✱ mis padres Guadalupe y José, por apoyarme incondicionalmente. Siempre estarán en mi corazón.

✱ mis hermanas y hermanos, porque con su ejemplo, me han inspirado a siempre seguir adelante. Por el apoyo sin reservas que siempre me han dado y por todo lo que hemos compartido.

✱ Juan mi compañero de tesis, que a pesar de las dificultades nunca se rinde.

✱ mis amigos, por ser parte de las cosas importantes para mí.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo I. La teoría de las Representaciones Sociales	4
1.1 Antecedentes	4
1.2 La génesis de las representaciones sociales.....	9
1.3 Concepto de representación social	12
1.4 Núcleo y sistema periférico de las representaciones sociales.....	13
1.5 La construcción de una representación social	14
1.6 Funciones de la representación social	16
1.7 La objetivación: lo social en la representación	17
1.8 El anclaje: la representación en lo social	18
1.9 Representaciones sociales y enfermedad mental	20
1.10 Diferencias entre conceptos afines y representación social	22
1.11 Metodología para el estudio de las representaciones sociales	24
Capítulo II. Enfoques sobre salud y enfermedad mental	28
2.1 Enfoque Conductista	28
2.2 Enfoque Psicoanalítico	31
2.3 Enfoque Sociocultural	36
2.4 Enfoque Cognitivo	38
2.5 Enfoque Humanista	41

0

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.6	Enfoque Gestalt	43
2.7	Enfoque Constructivista	46
2.8	Enfoque Psiquiátrico	48
Capítulo III. Institucionalización de la Salud mental en México		53
3.1	Antecedentes	53
3.2	La psiquiatría en México	55
3.3	La psicología en el México contemporáneo	57
3.4	La epidemiología de la salud mental en México	58
3.4.1	Estudios sobre hospitalización psiquiátrica	59
3.5	Nuevos modelos de atención psiquiátrica	62
Capítulo IV. Método		65
4.1	Planteamiento del problema	65
4.2	Justificación	65
4.3	Objetivo	66
4.4	Supuestos	66
4.5	Indicadores psicosociales	67
4.6	Muestra	67
4.7	Criterios de inclusión	67
4.8	Criterios de exclusión	67
4.9	Tipo de estudio	68
4.10	Instrumentos	68

4.10.1 Entrevista semiestructurada	68
4.10.2 Instrumento de asociación libre basado en la carta asociativa de Abric	68
Capítulo V. Resultados	70
Capítulo VI. Discusión	106
Conclusiones	117
Alcances y limitaciones	121
Referencias	122
Anexos	126

F

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

En este trabajo se aborda el concepto de salud enfermedad mental desde la teoría de las representaciones sociales que tienen un grupo de profesionistas (psicólogos, psiquiatras y enfermeros) que laboran en un hospital psiquiátrico público.

La muestra es no probabilística de tipo voluntario y se integra con un total de 15 participantes de ambos sexos, dividido de la siguiente manera: cinco psicólogos, cinco psiquiatras y cinco enfermeros. La forma de lograr el objetivo del estudio fue utilizando dos técnicas de recolección de datos: 1) asociación libre por medio de la carta de Abrie; más asignación de carga, orden de mención de las palabras evocadas, considerando las tres dimensiones de la Representación se identificó la estructura general de la Representación del objeto de estudio, para llegar a un análisis cuantitativo descriptivo del estudio. 2) se utilizó entrevista semiestructurada, que consta de 23 preguntas. Identificando en cada entrevista las partes esenciales de su discurso para así llegar a un análisis más definido y cualitativo de la investigación.

Con los procedimientos anteriormente citados se obtienen elementos del pensamiento franco, reflexivo y del sentido común, así como argumentaciones que los profesionales tienen en forma general. Se explora el discurso y la cognición sobre el tema que tienen este personal competente principalmente en las entrevistas realizadas y analizadas.

Los resultados señalan que la noción que tienen de Salud-Enfermedad mental está constituida por una extensa cantidad de información, el campo de la representación se organiza en tres niveles jerárquicos predominando en Salud mental una actitud positiva y en Enfermedad mental una actitud negativa. El núcleo figurativo del esquema de salud mental revela que la Salud mental requiere de cierta *prevención* para lograr un *bienestar* y *equilibrio* biopsicosocial. La centralidad del esquema de Enfermedad mental manifiesta que esta requiere principalmente de un *tratamiento* y de *rehabilitación* en algunos casos, porque es vista y vivida todavía con *rechazo* por nuestros semejantes. Lo que nos pone a pensar sobre las nociones profesionales y las actividades hospitalarias. Si bien se trata de lograr un bienestar y armonía que busca la inalcanzable Salud mental, no dejamos de tratar de componer, arreglar, distanciar y/o no aceptar a alguien que vive cualquier trastorno mental, porque como bien dijo un entrevistado, "si no existiera el rechazo hacia el paciente, no habría ese interés por ayudarlo".

Todos los entrevistados tienden a mezclar el concepto de salud-enfermedad mental, con los significados de anomalía y normalidad, además los valores personales o consensuados socialmente son base para decidir que tipo de intervención hacer. De esta forma las historias de vida; la cultura a la que se pertenece; la sensibilidad personal y los conocimientos científicos se mezclan para formar lo que es la representación social de la salud y enfermedad mental.

TESIS CON
FALTA DE RIGEN

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se inscribe a la línea de investigación "representación social, género y salud mental" coordinado por la Dra. Fátima Flores Palacios.

En la actualidad es indiscutible que hay una extensa variedad de escuelas médico-psicológicas que tratan de conceptualizar tanto la enfermedad mental como la salud mental. Pero también es importante tomar en cuenta los términos que asigna la sociedad hacia los trastornos mentales, poniéndoles cargas afectivas y tomando actitudes, que por el propio sentido común, encierran toda una variedad de actitudes hacia el trastorno mental.

En México, respecto a la atención psiquiátrica, se puede decir que debido a la sobrepoblación de usuarios psiquiátricos; la escasez de personal especializado y la poca capacitación, la atención es deficiente, además de una indiferencia de las autoridades que no proporcionan los recursos materiales necesarios para llevar a cabo la rehabilitación.

El nuevo modelo de atención en los nosocomios, trata de mejorar de la calidad de vida de los internos en cuanto a comida y tratamiento, además de que se busca su rehabilitación pero que en un principio puedan autocuidarse. Dicho modelo funciona solamente en seis estados de la República: Sonora, Nuevo León, San Luis Potosí, Yucatán, Oaxaca y Baja California Sur. El resto se basa en el sistema asilar, que tiene como objetivo principal darles un lugar seguro para vivir a las personas afectadas de sus facultades mentales.

Actualmente México cuenta con una red de 35 hospitales psiquiátricos, señalando su distribución geográfica una marcada concentración en la región central del país donde se encuentran unos 4 mil enfermos, de los cuales, 40 por ciento han sido abandonados por su familia.

El modelo predominante de atención, es conductual (utilización de reforzadores), que a veces se combina con terapia ocupacional o grupal, en lo que se refiere a los usuarios internos. Las terapias cognitivas o psicoanalíticas son muy poco usadas, debido a las características de la población.

La atención se complementa con el uso de medicamentos, que por razones económicas, no siempre son los más adecuados.

La salud-enfermedad mental como objeto de estudio es tomada en esta investigación en un ámbito psicosocial, en particular desde la teoría de las representaciones sociales. Nos basamos en esta teoría porque una de sus características es su globalidad, que permite acercarnos a las creencias, actitudes y valores, incluyendo el conocimiento del sentido común, la construcción de esquemas de la realidad, las inserciones sociales de los grupos, niveles cognoscitivos, el discurso cultural y las prácticas cotidianas, lo que hace posible la obtención de información general sobre nuestro objeto de estudio.

Optamos por estudiar la noción y conceptos que tienen los psicólogos, psiquiatras y enfermeros que trabajan en una institución psiquiátrica pública, porque son ellos los que la sociedad cataloga como los que tienen las herramientas académicas y la preparación profesional, "los que saben", para abordar adecuadamente los trastornos mentales, así como la prevención de estos, el seguimiento y el desarrollo de la misma enfermedad psiquiátrica. Además se piensa que son personas, que por sus características profesionales, se puede confiar abiertamente en ellas.

En el primer capítulo se presenta la teoría de las representaciones sociales, que nos muestra los conceptos, historia, exponentes, tocando aspectos de la salud y enfermedad mental, así como, a los estudiosos de la representación social, para así tener una idea de lo que trata nuestro estudio.

En el segundo capítulo se desarrollan los enfoques más importantes para nosotros, que han tratado de describir la salud y enfermedad mental, todo esto con la idea de sumergirnos sobre quien o que teorías son las que dan opción para abordar a los usuarios psiquiátricos, y por que nos ayudaría a comprender a los mismos usuarios, los trastornos que los aquejan y a los profesionales, ya que ellos tiene por lo menos cierta visión del estilo de cualquier teoría psicológica aquí descrita.

El tercer capítulo aborda el sistema psiquiátrico hospitalario en México, ya que es indispensable saber hasta donde nuestro país a avanzado, cuantas instituciones de ese estilo existen y que usuarios psiquiátricos atienden. Todo para caracterizar un poco la situación del país y quizá entender porque no es posible un desarrollo médico psicológico en el mismo.

En el cuarto capítulo, desarrollamos el método empleado en nuestro trabajo y se compone de los siguientes apartados: objetivo, justificación, muestra, escenario, tipo de estudio, recolección de datos, análisis de datos y procedimiento efectuado.

Los resultados logrados por las dos formas de recolección de datos se describen en el capítulo cinco. En el capítulo seis, se desarrolla la discusión desde el marco teórico de las representaciones sociales, enseguida se incluyen las conclusiones del trabajo. Finalizando con los instrumentos utilizados y las referencias.

CAPÍTULO I. LA TEORÍA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

El sentido común no es más que un depósito

de prejuicios establecidos en la mente

antes de cumplir dieciocho años.

Albert Einstein

1.1 Antecedentes

Las representaciones sociales se han ido desarrollando a través del tiempo. Por lo que para comprender lo que son en la actualidad es preciso retomar los trabajos y autores que en forma directa o indirecta fueron estructurando esta corriente teórica.

La psicología abarca una gran cantidad de aspectos que se relacionan con la conducta humana, por lo que muchas veces tiene estrecha relación con otras áreas del conocimiento, entre las que podemos destacar: la antropología, la pedagogía, la filosofía y la sociología. De esta forma, para entender algunos antecedentes de las representaciones sociales hay que tomar en cuenta los trabajos que se han hecho en el área de la sociología.

Johannn Friedrik Herbart (1776-1847) abordó el tema de la relación de lo psicológico y lo sociológico, ayudando a que fueran considerados los elementos psicológicos en la sociedad. Con su tesis (1825), el individuo pasó a ser considerado en su contexto psicológico sin negarle la gran influencia ejercida por su medio social en la construcción subjetiva de la realidad (Flores, 1993).

Blanco (1988), citado en Flores (1993), hace referencia a las aportaciones de Herbart con respecto a dicho tema. Se refiere a la necesidad de la psicología de ampliar su campo de acción más allá del individuo, además habla de un paralelismo entre el funcionamiento de los individuos dentro de la sociedad y el de las representaciones dentro del individuo. Esto significa que tanto las ideas y representaciones en el caso del individuo y en el caso de la sociedad, las relaciones que se establecen entre ellos están sujetas a un mismo tipo de leyes.

Linder (1871) retomó la idea de Herbart, y postuló una mecánica de las representaciones de la conciencia individual, a la que corresponde una mecánica de las representaciones de la conciencia social. Con esto quería explicar la analogía entre la conciencia individual y social. Al tiempo que se insiste en la inminente relación entre la psicología y la sociología (Flores, 1993).

Otra aportación al estudio de las representaciones sociales fue hecha por Wundt (1832-1920) que era un pensador alemán que dictaba cátedra de filosofía en Leipzig, enfatizando

en problemas psicológicos que hasta entonces eran resueltos mediante la especulación. Motivado por ese problema, se dio a la tarea de instalar un laboratorio de psicología experimental en el que, utilizando métodos derivados en gran medida de la fisiología, trataba de abordar problemas psicológicos. De esa manera, la psicología dejaba de ser materia de especulación dentro de la filosofía, para iniciar su historia como ciencia experimental.

Las preocupaciones de Wundt no estaban totalmente ubicadas en su proyecto de psicología experimental, sino que a la par iba construyendo modelos de explicación de otros fenómenos a los que no se respondía en su laboratorio. Señala Farr (1983) que Wundt, desde principios de 1862, en el prefacio de su *Beiträge zur Theorie der Sinneswahrnehmung*, se propone llevar a cabo tres tareas: la creación de una psicología experimental, de una metafísica científica y de una psicología social.

En consecuencia, Wundt establecía una distinción entre psicología experimental y psicología social. Al asignarle un lugar a cada una de ellas, siguiendo la distinción básica alemana entre ciencias naturales y ciencias sociales, separa por un lado a la psicología fisiológica y experimental y por el otro, a la social o etnopsicología: la *völkerpsychologie* (Farr, 1983).

La ciencia de laboratorio de Wundt tenía como idea metodológica central la experiencia de la persona que brindaba el reporte introspectivo, siendo necesario acudir a otras formas que dieran cuenta de fenómenos más complejos en donde el individuo no podía ser fiel testigo por su implicación en el proceso. Desprende, por tanto, una metodología apropiada para los procesos cognoscitivos superiores del hombre: la interpretación de los productos de la experiencia colectiva. Los diez volúmenes de su *Völkerpsychologie*, publicados entre 1900 y 1920, fueron el intento de estructurar esta tendencia.

Buscó trazar la evolución de la mente en el hombre, consciente de la importancia del lenguaje en este proceso y en su relación con el pensamiento y sus producciones. Influenciado por las observaciones de Lazarus y de Steinthal sobre los pueblos; por Herder y su noción de cultura; y por Hartmann en su idea acerca de lo inconsciente en la colectividad: Wundt siguió a Darwin en su análisis de la evolución del gesto animal para desembocar en la dirección del habla y del lenguaje humanos.

Farr (1983), citado en Cervantes (1998), hace mención de las implicaciones del modelo de Wundt.

- 1) La concepción que tenía Wundt de la conciencia del individuo era no social, esto dio como resultado, desde el principio, que la psicología experimental fuera no social.
- 2) El carácter limitado de la concepción de Wundt de la conciencia, obligó a Freud a denominar metapsicología a su teoría del inconsciente, puesto que los procesos mentales en que estaba interesado no eran posibles de explorar mediante la introspección.

- 3) Al igual que Freud, Wundt sabía que había muchos fenómenos importantes de la mente humana que no podían investigarse en el laboratorio por medio de la introspección. así, se derivan dos consecuencias:
- a) Wundt pensaba que la ciencia experimental que había creado tenía un alcance estrictamente limitado. Esto era resultado de su metodología.
 - b) Wundt creía que su ciencia experimental necesitaba ser complementada con el estudio de la mente en sociedad, fuera del laboratorio, lo cual sólo podía ser llevado a cabo por métodos no experimentales.

Dadas estas carencias metodológicas, Wundt no pudo articular los niveles individual y colectivo y, al tiempo que los separaba, también delimitaba el campo de la psicología social de su psicología experimental de laboratorio. Por tal motivo Wundt ayuda a entender el origen no experimental de la investigación psicosocial de las representaciones sociales (Sánchez, 1989).

Otra aportación que ayuda a entender las representaciones sociales fue, la de Mead, que empieza a integrar en un cuerpo teórico las ideas de Royce sobre la colectividad, y las ideas de Charles S. Peirce acerca del signo, para entablar el diálogo con un concepto fundamental dentro de la psicología social: la intersubjetividad. La intersubjetividad será un elemento importante en la comprensión de las representaciones sociales, pues se estudian los significados compartidos dentro de una sociedad.

Mead aborda a la comunicación en esta forma de interacción. Donde el espacio interactivo no es biológico, sino social, que es percibido en términos de significaciones, puesto que su materia es el símbolo. Mead toma como unidad de análisis lo que denomina el acto social. Aquí, el símbolo y su significado son propiedad de la situación interactiva, no están fuera. Cabe decir que la existencia de tal significado no implica necesariamente la conciencia del mismo, puesto que ello sólo se consigue a través de la simbolización.

El argumento básico de Mead es que en este espacio interactivo radican los símbolos y sus significados, por lo que sólo allí puede formarse el espíritu, conformado en el proceso de la comunicación. Los individuos no existen como tales, sino como la persona, cuyo tamaño abarca su espacio social, teniendo a la sociedad como fondo. En consecuencia, Mead enfatiza dos características de esta interacción: a) quien se comunica puede comunicarse consigo mismo, y b) esta comunicación crea la realidad.

Cuando hablamos del habla significante, queremos siempre decir que el individuo que escucha una palabra emplea, en cierto sentido, esa misma palabra con referencia a sí propio. El proceso de dirigirse a otra persona es un proceso de dirigirse también a uno mismo, y de provocar en sí la reacción que provoca en el otro (Fernández, 1994).

En consecuencia, Mead coloca a la intersubjetividad dentro de lo que llama conversación interior, el pensamiento, constituido por tres interlocutores: el Yo, el Mi y el Otro.

El yo que actúa, que se aparece, que emerge de repente y sin aviso; El mí, que constituye el percatamiento de lo que hizo el yo; y el otro, que es el bagaje de criterios con que cuenta el mí para evaluar los actos espontáneos de ese yo, por eso el otro de Mead es un otro generalizado, que corresponde a la colectividad, a la realidad social, a la comunicación en la cual el yo y el mí existen.

El mí supone asumir el punto de vista colectivo con respecto a uno mismo, y el otro generalizado es la gran colectividad con la que uno se relaciona y que tiende a ser interiorizada: La sociedad crea a los individuos. Puede decirse que gracias a esa reflexividad más la experiencia a través del lenguaje, el individuo se relaciona con su propio pasado, asume la actitud de los otros respecto a sí mismo y se integra al proceso social en forma dinámica (Fernández, 1994).

Aportaciones de Mead a las ciencias sociales, incluyendo a la psicología:

1. Enfatiza la noción de una realidad simbólica distinta de una probable realidad natural; susceptible de creación, de transformación y de destrucción.
2. Anticipa la visión epistemológica que cuestiona lo que es o no científico por medio del consenso significativo y el criterio de objetividad científica como una construcción simbólica.
3. Su análisis de la sociedad contempla la posibilidad de la incorporación total del individuo a un universo de razón, actividad consciente y voluntaria, hacia una esfera pública no restrictiva (los teóricos de la Escuela de Frankfurt y de la teoría crítica de Habermas).
4. La naturaleza social del lenguaje y la naturaleza simbólica de la sociedad, dejan de ser objetos de especulación filosófica haciéndose accesibles al análisis empírico.

También dentro de los orígenes de la concepción de las representaciones sociales tenemos a Emile Durkheim (1898), que originalmente es quien se refiere al concepto de "representaciones colectivas", que para él son conceptos, categorías abstractas que son producidas colectivamente y que forman el bagaje cultural de una sociedad. A partir de ellas se construyen las representaciones individuales y que no son otra cosa que la forma o expresión individualizada y adaptada de estas representaciones colectivas a las características de cada individuo. Pero la noción de Durkheim, guarda importantes diferencias conceptuales a las representaciones sociales (Moscovici, 1985).

La primera diferencia es que, según Durkheim, las representaciones colectivas, son concebidas como formas de conciencia que la sociedad impone a los individuos. Las representaciones sociales, por el contrario, son generadas por los sujetos sociales. Esta diferencia es fundamental, puesto que como ha subrayado acertadamente Ibáñez (1988), nada más erróneo que confundir lo colectivo con lo social. Lo colectivo hace referencia a lo

que es compartido por una serie de individuos, sea social o no. Lo social hace referencia al carácter significativo y funcional de que disponen ciertos elementos.

La segunda diferencia es que el concepto de representación en Durkheim implica una reproducción de la idea social. Mientras que en la teoría de las representaciones sociales, es concebida como una producción y una elaboración de carácter social sin que sea impuesta externamente a las conciencias individuales como proponía Durkheim.

Son estas razones las que distinguen ambas nociones, aunque la similitud terminológica haya ocasionado que se piense que una es correlato histórico de la otra (Moscovici, 1985).

Ciertos investigadores han señalado que Moscovici solamente cambió el nombre de representaciones colectivas a sociales, a lo que dicho autor ha respondido explicando que "el término colectivo ha tomado recientemente un significado bastante específico: el de una fuerza gregaria que se impone al individuo" (Banchs, 1991), lo que significa que dicho término tiene un poder coercitivo sobre los miembros de una sociedad, al punto de tener un carácter supraindividual, y las designa sociales, puesto que considera que no se debe subestimar la autonomía del presente y la contribución que hace cada miembro de una sociedad, señala además, que la persona construye en su interacción social la realidad en la cual vive.

En 1966, Berger y Luckmann, dos sociólogos proponen una tesis breve pero de gran alcance: "La realidad se construye socialmente y la sociología del conocimiento debe analizar los procesos por los cuales esto se produce" (Berger & Luckmann, 1976).

Para estos investigadores la relatividad contextual del conocimiento es una característica fundamental de la generación social de la realidad y por ello los procesos fundamentales que analizan en su construcción hacen referencia a las formas en que el conocimiento se objetiva, institucionaliza y legitima socialmente de manera que permite la dialéctica individuo-sociedad.

Debido a la influencia de estos autores, Moscovici establece como objetivo de su trabajo: "redefinir los problemas y los conceptos de la psicología social a partir de este fenómeno, insistiendo en su función simbólica y su poder para construir lo real" (Moscovici, 1988).

Lo que el trabajo de Berger y Luckmann aporta a la generación de una teoría de las representaciones sociales son tres elementos fundamentales:

1. El carácter generativo y constructivo que tiene el conocimiento en la vida cotidiana. Es decir, que nuestro conocimiento, más que ser productor de algo preexistente, es producido de forma inmanente en la relación con los objetos sociales que conocemos.
2. Que la naturaleza de esa generación y construcción es social, esto es, que pasa por la comunicación y la interacción entre individuos, grupos e instituciones.

3. La importancia del lenguaje y la comunicación como mecanismos en los que se transmite y crea realidad, por una parte, y como marco en que la realidad adquiere sentido, por otra.

Esos tres elementos constituyen un sedimento fundamental para la teoría de las representaciones sociales, puesto que se trata de reivindicar un tipo de aproximación al conocimiento de sentido común que considere seriamente su carácter productor más que reproductor, de la naturaleza social y su función significativa.

1.2 La génesis de las representaciones sociales

Las representaciones sociales, en tanto que proceso social, sólo pueden aparecer en grupos y sociedades en las que el discurso social incluye comunicación. Una comunicación que implica tanto puntos de vista compartidos como divergentes sobre diversas cuestiones. Este proceso no es concebible en grupos étnicos tradicionales monodoxos, en los que muchas veces coinciden los principios objetivos y subjetivos de organización de la experiencia (Bourdieu, 1976, citado en Morales, 1999).

Las novedades industrializadas modernas abren el espacio de las creencias que pueden ser negociadas potencialmente. Estas sociedades heterodoxas incluyen y aceptan la posibilidad de experiencias antagónicas como base de la conversación y de la formación de la opinión pública. Es esta experiencia y conocimiento contradictorio lo que permite el tipo de discurso colectivo que crea, en las sociedades modernas, lo que llamamos conocimiento ordinario y sentido común.

En el proceso de conversación y en los medios de comunicación de masas, los objetos sociales son creados y elaborados por los actores sociales, que pueden tomar parte en el proceso de comunicación mediante cualquiera de los medios que posean (Moscovici, 1985).

De cualquier modo, este proceso de elaboración del conocimiento de sentido común raramente aparece si no es por necesidades prácticas. La mayor parte de las veces es una modificación en las condiciones de vida en el interior de una sociedad lo que ocasiona reelaboraciones y cambios en las concepciones de los objetos sociales. Un fenómeno desconocido hasta el momento, y por lo tanto no familiar, si es suficientemente relevante inicia un proceso de comunicación colectiva supuestamente, para hacerlo inteligible y manejable. En muchos casos, por lo menos al principio, será un tema de conflicto entre uno o varios grupos sociales (Billig, 1987, citado en Morales, 1999).

No son los atributos o fenómenos inherentes a un objeto los que lo convierten en social, sino la relación que la gente mantiene con ese objeto.

El discurso y la comunicación que crean las representaciones sociales tienen lugar en los grupos reflexivos. Un grupo reflexivo es concebido como un grupo que es definido por sus

miembros, en el que los miembros conocen su afiliación y tienen criterios disponibles para decidir que otras personas también pertenecen al grupo. Formar parte del grupo, quiere decir que se dispone de una representación consciente de las personas que pertenecen al grupo. Si un grupo es delimitado por un observador externo mediante un criterio arbitrario que no aparece en la conciencia de sus miembros, entonces hablamos de un grupo nominal.

Los miembros de un grupo reflexivo elaboran colectivamente, en su práctica diaria grupalmente relevante, las reglas, justificaciones y razones de las creencias y conductas que son pertinentes para el grupo (Bourdieu, 1980, citado en Morales, 1999). Tendrán que reelaborar sus reglas y elaborar nuevos conocimientos cuando se encuentren en conflicto con otros grupos o cuando se enfrenten con un nuevo fenómeno relevante que entre en conflicto con el conocimiento establecido. Un resultado de estos procesos comunicativos y discursivos, son las representaciones sociales, que caracterizan el estilo de pensamiento de los miembros del grupo.

La conversación entre amigos y conocidos, al igual que los medios de comunicación de masas, proporciona a las personas elementos de conocimiento nuevos, imágenes y metáforas que son "buenas para pensar", pero que no son necesariamente verdaderas en el sentido estricto del término (Wagner, 1993, citado en Morales, 1999).

De esta manera, el pensamiento individual se convierte en una práctica social (Arendt, 1987, citado en Moscovici, 1988). Es en este sentido que podemos hablar de pensamiento de grupo o pensamiento social. Por esto la teoría de las representaciones sociales "enfatisa una forma de comunicación y pensamiento cotidiano en el mundo actual".

El pensamiento colectivo y la reflexividad de los grupos se complementan mutuamente y son los pre-requisitos fundamentales para lo que denominamos identidad social. Por una parte, la identidad social implica el conocimiento de los grupos a los que se pertenece, y por la otra, que es el grupo quien da origen a un segundo plano común de conocimiento: el sentido común y modelos de justificación. Este segundo plano de conocimiento es específico al grupo y conduce a los miembros a situarse ellos mismos en un espacio discursivo común. Sin esta comunicación sería virtualmente imposible nuestra vida cotidiana (Jodelet, 1989, citado en Abric, 2001).

La identidad social también permite a las personas dar verosimilitud a sus creencias cuando disponen de alguna evidencia. Las representaciones sociales necesitan corresponderse con alguna realidad externa, en el sentido científico de entidad objetiva. Su verdad y racionalidad resulta de la relación entre el conocimiento representado y la evidencia disponible, y no de la relación entre el conocimiento y el mundo.

En la vida social, los grupos a los que se pertenece y las identidades asociadas, definen la reserva de evidencia a la que un individuo puede referirse. La evidencia es el consenso social, es decir, las creencias que son compartidas por los otros en un grupo. De este modo, las "representaciones tienen una verdad fiduciaria, que es generada por la confianza que

depositamos en la información y en los juicios cuando los compartimos con otras personas" (Moscovici, 1988).

Puede existir consenso con respecto a contenidos explícitos de conocimiento, o bien puede existir un acuerdo social sobre los sistemas admisibles de establecimiento de algún otro tipo de evidencia, como las pruebas físicas, consultar al oráculo, leer las estrellas o los periódicos, o preguntar a algún sacerdote o a un anciano.

Este consenso no se refiere a un consenso numérico, es decir, no se espera que el 100% o el 95% de los miembros de un grupo comparta una representación social. Se refiere a un consenso funcional. El consenso funcional es necesario para mantener el grupo como una unidad social reflexiva y para mantener la vida del grupo en una dirección organizada, estandarizando la identidad social y las interacciones de una mayoría cualificada de los miembros del grupo.

El discurso que elabora las representaciones sociales, para que sea efectivo, necesita ser público. Esto quiere decir que el proceso de comunicación debe extenderse potencialmente a través de todos los miembros de un grupo, comprometiéndolos en tanto que productores y receptores del sistema de conocimiento. El mínimo requerimiento es que los resultados de la elaboración colectiva de conocimiento sean accesibles a todos los miembros del grupo. Si no fuese público para todos los miembros de un grupo, el saber elaborado colectivamente no podría cumplir completamente su función de base para la comunicación, no formaría el núcleo de la identidad social y no convertiría el consenso en la principal fuente de evidencia.

El carácter del pensamiento colectivo implica que las representaciones sociales deban relacionarse con el metalenguaje (por ejemplo, el conocimiento acerca del conocimiento representado) con relación a su grupo de referencia. Esto posibilita que las personas puedan tener una idea más o menos concreta de con quién más (de entre los miembros del grupo) pueden esperar compartir partes específicas de su conocimiento cotidiano y de sus representaciones sociales.

Los medios de comunicación de masas, las discusiones y conversaciones con los familiares, los compañeros de trabajo o en la calle hacen que los otros grupos y sus ideologías sean transparentes. Esto es debido a que la reflexividad de los grupos en la sociedad moderna implica, en primer lugar, conocer lo que mi propio grupo conoce y, en segundo lugar, tener una idea acerca de los sistemas de conocimiento de los otros grupos.

Por supuesto, no todo el conocimiento social complejo y las creencias que podemos denominar socialmente representadas contendrán este tipo de metaconocimiento.

El metaconocimiento relacionado con un grupo suele ser más prominente con un tipo específico de representaciones sociales, las cuales han sido denominadas por Moscovici (1988), como representaciones polémicas. Estas representaciones resultan de las situaciones

conflictivas, situaciones en las que los grupos compiten por recursos económicos o políticos.

En esas condiciones, es muy importante para los miembros de un grupo tener alguna idea acerca de quién pertenece al propio grupo y quién no. Esto puede lograrse clasificando a las personas sobre la base de sus ideologías o representaciones relacionadas con la situación específica.

1.3 Concepto de representación social

El concepto de representaciones sociales, según Ibáñez (1988), citado en Banchs (1991), señala que su complejidad, es la articulación de diversas características que difícilmente se pueden integrar en una sola unidad, sin dejar flexibilidad en sus interconexiones.

En este sentido dicho concepto relaciona varios aspectos que acercan a la comprensión de la realidad de las otras personas, como la experiencia personal, el sistema cultural en el que se desenvuelven, la sociedad y el grupo social con el que se relacionan.

Jodelet (1986), considera que la noción de representación social involucra lo psicológico o cognitivo y lo social, fundamentando que el conocimiento se constituye a partir de las experiencias propias de cada persona y de las informaciones y modelos de pensamiento que recibimos a través de la sociedad.

Vistas desde este ángulo, las representaciones sociales surgen como un proceso de elaboración mental e individual en el que se toma en cuenta la historia de la persona, su experiencia y construcciones personales propiamente cognitivas (Banchs, 1991).

Al respecto, Álvaro (1995), señala que las representaciones sociales articulan campos de significaciones múltiples, y que son heterogéneas. Llevan las trazas de los diferentes lugares de determinación, pueden articular elementos que provienen de diferentes fuentes que van desde la experiencia vivida hasta la ideología reinante. Son una forma de conocimiento que tienen un carácter colectivo e individual, esto coloca a las representaciones en dos universos teóricos relacionados con las determinaciones sociales y con la conceptualización.

Es importante mencionar que la aprehensión de la realidad se construye a partir de la propia experiencia de las personas, pero también, de la interacción que establece con otras, por lo que puede decirse que el conocimiento que se adquiere en este proceso es construido y compartido socialmente. En esta afirmación encontramos que en la persona influye lo que la sociedad le transmite a través del conocimiento elaborado colectivamente y que esto incide en como se explica la realidad y como actúa.

Jodelet (1989), citado por Banchs (1991), coincide con esta idea cuando define las representaciones sociales como: "Una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, orientado hacia la práctica y que concurre a la construcción de una realidad

común a un conjunto social". Lo social se puede interpretar de varias maneras, por medio del contexto concreto en que se sitúan las personas, por la comunicación que se establece entre ellas, y por los marcos de aprehensión de valores, culturas, códigos e ideologías relacionadas con el contexto social en que se encuentran inmersas.

Desde esta perspectiva, las representaciones sociales se relacionan directa y exclusivamente con el sentido común de las personas, debido a que surge de la propia realidad de los seres humanos. Asimismo, son un producto social y, por lo tanto, el conocimiento generado es compartido colectivamente.

Yáñez, citado por Banchs (1991), concuerda con esta apreciación puesto que considera que aparte de las realidades estrictamente personales, existen realidades sociales que corresponden a formas de interpretación del mundo, compartidas por todos los miembros de un grupo en un contexto dado.

La realidad social es una realidad construida y en permanente proceso de construcción y reconstrucción. En este proceso, que podría decirse que es a la vez cultural, cognitivo y afectivo, entra en juego la cultura general de la sociedad, pero también la cultura particular en la cual se insertan las personas, las que en el momento de la construcción de las representaciones sociales se combinan.

Esto nos indica que toda persona forma parte de una sociedad, con una historia y un bagaje cultural, pero a la vez pertenece a una parcela de la sociedad en donde comparte con otras ideologías, normas, valores e intereses comunes que de alguna manera los distingue como grupo de otros sectores sociales (Banchs, 1991).

Desde otro punto de vista, las representaciones sociales se gestan en la vida cotidiana y el conocimiento que se obtiene por medio de éstas, se refiere a los temas de conversación cotidianos de los seres humanos.

No representan simplemente opiniones *acerca de, imágenes de o actitudes hacia*, sino teorías o ramas del conocimiento para el descubrimiento y organización de la realidad. Son un sistema de valores, ideas y prácticas con una doble función: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse ellos mismos y manejar su mundo material y social y segundo: permitir que tenga lugar la comunicación entre los miembros de una comunidad, proyectándoles un código para nombrar y clasificar los aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal (Banchs, 1991).

1.4 Núcleo y sistema periférico de las representaciones sociales

Partiendo del enfoque estructural, se considera que una representación social está organizada, es decir, que puede ser descrita en términos de elementos (cognitivos) y de relaciones entre esos elementos. La organización interna de dichas representaciones sociales se fundamenta en la hipótesis, ampliamente validada en la actualidad, según la cual

el funcionamiento de toda representación constituida se apoya en un sistema central y un sistema periférico (Guimelli y Reynier 1999, citado en Flores, 2001).

Moscovici plantea que la representación social se organiza en torno a un núcleo figurativo. A partir de esta idea original Abric propone las nociones de sistema central y sistema periférico como fórmula de acercamiento a las representaciones sociales (Flores, 2001).

En el siguiente cuadro se aprecia como se articulan el sistema periférico y central.

Características del sistema central y periférico de una representación social (Abric, 1944a)

Sistema central	Sistema periférico
Ligado a la memoria colectiva y a la historia de grupo.	Permite la integración de experiencias e historias individuales.
Consensual	Soporta la heterogeneidad del grupo.
Define la homogeneidad del grupo	
Estable	Flexible
Coherente	Soporta las contradicciones
Rígido	
Resiste el cambio	Evolutivo
Poco sensible al contexto inmediato	Sensible al contexto inmediato
Funciones:	Funciones:
<ul style="list-style-type: none"> > Genera el significado de la representación > Determina su organización 	<ul style="list-style-type: none"> > Permiten la adaptación a la realidad concreta > Permiten la diferenciación de contenido > Protege el sistema central

De esta forma existen significados que perduran a través del tiempo, pero a su vez se van adaptando a la realidad inequívoca del cambio.

1.5 La construcción de una representación social

Denisse Jodelet (1986), menciona diferentes ópticas o enfoques que apuntan a formular diversas maneras de cómo elaborar la construcción psicológica y social que es una representación social:

1. Un primer enfoque se limita a la actividad puramente cognitiva a través de la cual el sujeto construye su representación. La representación presenta dos dimensiones:
 - a) Dimensión de contexto: el sujeto se halla en situación de interacción social o ante un estímulo social y la representación aparece entonces como un caso de la cognición social; tal como es abordada por la psicología social.

- b) Dimensión de pertenencia: siendo el sujeto un sujeto social, hace intervenir en su elaboración ideas, valores y modelos provenientes de su grupo de pertenencia o ideologías transmitidas dentro de la sociedad.
2. Un segundo enfoque pone el acento sobre los aspectos significantes de la actividad representativa. Se considera que el sujeto es productor de sentido, que expresa en su representación el sentido que da a su experiencia en el mundo social. El carácter social de representación se desprende de la utilización de sistemas de codificación e interpretación proporcionados por la sociedad o de la proyección de valores y aspiraciones sociales. En tal sentido, la representación también es considerada la expresión de una sociedad determinada. Cuando es propia de sujetos que comparten una misma condición social o una misma experiencia social, la representación frecuentemente se relaciona con una dinámica que hace que intervenga lo imaginario. Situada en el cruce de las coacciones sociales que pesan sobre el individuo y de los deseos o carencias que hacen eco de ellas, la representación expresa y permite trascender sus contradicciones (Kaes, 1976).
 3. Una tercera corriente trata la representación como una forma de discurso y desprende sus características de la práctica discursiva de sujetos situados en la sociedad. Sus propiedades sociales provienen de la situación de comunicación, de la pertenencia social de los sujetos que hablan y de la finalidad de su discurso (Windisch, 1990, citado en Morales, 1999).
 4. Bajo esta óptica, es la práctica social del sujeto la que es tomada en consideración. Actor social inscrito en una posición o lugar social, el sujeto produce una representación que refleja las normas institucionales derivadas de su posición o las ideologías relacionadas con el lugar que ocupa (Plon, 1972, citado en Morales, 1999).
 5. Para este enfoque, el juego de las relaciones intergrupales determina la dinámica de las representaciones. El desarrollo de las interacciones entre los grupos modifica las representaciones que los miembros tienen de sí mismos, de su grupo, de los otros grupos y de sus miembros. Moviliza una actividad representativa destinada a regular, anticipar y justificar las relaciones sociales establecidas (Di Giacomo, 1980; Doise, 1972, 1979, citados en Morales, 1999).
 6. Una última perspectiva, más sociologizante y que hace del sujeto, el portador de determinaciones sociales, basa la actividad representativa en la reproducción de los esquemas de pensamiento socialmente establecidos, de visiones estructuradas por ideologías dominantes o en el redoblamiento analógico de relaciones sociales (Boltanski, 1971; Bourdieu, 1980, citados en Morales, 1999).

1.6 Funciones de la representación social

Jodelet, manifiesta que las representaciones sociales cumplen ciertas funciones sociales, por ejemplo:

- Y El mantenimiento de la identidad social
- Y El equilibrio sociocognitivo
- Y Orientación de conductas y comunicaciones
- Y Justificación anticipada o retrospectiva de las interacciones sociales.

Por otro lado Abric (2001), atribuye a las representaciones sociales un papel fundamental en la dinámica de las relaciones. Y en la práctica responde a cuatro funciones esenciales:

De conocimiento.

Las representaciones permiten comprender y explicar la realidad. Adquirir conocimientos e integrarlos en un marco comprensible para los individuos, que responda a los valores a los cuales ellos se adhieren y faciliten la comunicación (Moscovici, 1981; citado en Abric, 2001).

Las representaciones definen un marco de referencia común, que posibilita el intercambio social, la transmisión y la difusión de un conocimiento "espontáneo" e "inocente", que en las ciencias sociales es denominado como el "conocimiento del sentido común".

Funciones identitarias

Según Mugni y Carugati (1985), citado en Abric (2001), mencionan que las representaciones también tienen la función de situar a los individuos en el campo social, permitiendo la elaboración de una identidad social y personal gratificante, es decir, compatible con el sistema de normas y valores social e históricamente determinados.

La referencia a las representaciones que define la identidad de un grupo, juega un rol importante en el "control social" que ejerce el grupo, sobre cada uno de sus miembros.

Función de guía para el comportamiento

Al ser la representación un sistema de pre-codificación de la realidad, se constituye en una guía para la acción, a partir de tres factores esenciales:

- a) Determinar la finalidad de la situación; es decir, define a priori el tipo de relaciones y de prácticas cognitivas que el individuo debe adoptar en una situación o tarea a efectuar.
- b) Produce un sistema de anticipaciones y expectativas; ejerciendo una acción sobre la realidad, puesto que ella no depende del desarrollo de una interacción, la precede y la determina. El éxito o el fracaso de las interacciones depende de la naturaleza de las representaciones previamente elaboradas por cada una de las partes en torno a la situación.

c) Prescribe comportamientos y prácticas sociales. En tanto refleja la naturaleza de las reglas y los lazos sociales. De acuerdo a la representación está definido lo que es lícito, tolerable o inaceptable en un contexto social dado (Abric, 2001).

Funciones Justificativas

Las representaciones, permiten justificar las tomas de posición y los comportamientos a posteriori en la interacción. En el caso de grupos que interactúan a nivel competitividad, unos elaboraran representaciones del otro grupo, atribuyéndoles características que les permitan justificar por ejemplo, un comportamiento hostil hacia ellos (Wilson y kayatani, 1968, citados en Abric, 2001).

1.7 La objetivación: lo social en la representación

Según Denisse Jodelet (1986), la objetivación y el anclaje corresponden a dos procesos que se refieren a la elaboración y al funcionamiento de una representación social, éstos muestran la interdependencia entre la actividad psicológica y sus condiciones sociales.

En este proceso la intervención de lo social se traduce en el *agenciamiento* y la forma de los conocimientos relativos al objeto de una representación, articulándose con una característica del pensamiento social, la propiedad de hacer concreto lo abstracto, de materializar la palabra. De esta forma, la objetivación puede definirse como una operación formadora de imagen y estructura.

El proceso de objetivación.

La representación permite intercambiar percepción y concepto. Al poner en imágenes nociones abstractas, da una textura material a las ideas, hace corresponder cosas con palabras, da cuerpo a esquemas conceptuales. "Objetivar es reabsorber un exceso de significados materializándolos" (Moscovici, 1976).

En el caso de un objeto complejo, como es una teoría, la objetivación implica varias fases:

- 1) *Construcción selectiva*: Selección y descontextualización de los elementos de la teoría, en función de criterios culturales (todos los grupos no tienen un igual acceso a las informaciones) y, sobre todo, en función de criterios normativos (tan sólo se retiene aquello que concuerda con el sistema ambiente de valores) Estas informaciones son separadas del campo científico al que pertenecen, del grupo de expertos que las ha concebido y son apropiadas por el público que, al proyectarlas como hechos de su propio universo, consigue dominarlas.
- 2) *Esquematación estructurante*: Formación de un núcleo figurativo: una estructura de imagen reproducirá de manera visible una estructura conceptual. Los conceptos teóricos

se constituyen en un conjunto gráfico y coherente que permite comprenderlos de forma individual y en sus relaciones.

- 3) *Naturalización*: El modelo figurativo permitirá concretar, al coordinarlos, cada uno de los elementos que se transforman en seres de naturaleza. Las figuras, elementos del pensamiento, se convierten en elementos de la realidad referentes para el concepto. El modelo figurativo utilizado como si realmente demarcara fenómenos, adquiere un status de evidencia: una vez considerado como adquirido, integra los elementos de la ciencia (el ejemplo es el psicoanálisis y el trabajo de Moscovici) en una realidad de sentido común. Esta tendencia a dotar de realidad a un esquema conceptual, no es privativa del sentido común (ya que los mismos científicos lo hacen) ontologizando los modelos que familiarizan el aspecto teórico de su saber.

1.8 El anclaje: la representación en lo social

Este segundo proceso se refiere al enraizamiento social de la representación y de su objeto. En este caso, la intervención de lo social se traduce en el significado y la utilidad que les son conferidos.

El anclaje implica otro aspecto. La integración cognitiva del objeto representado dentro del sistema de pensamiento preexistente y a las transformaciones derivadas de este sistema, tanto de una parte, como de otra. Ya no se trata, como en el caso de la objetivación, de la constitución formal de un conocimiento, sino de su inserción orgánica dentro de un pensamiento constituido.

El anclaje situado en una relación dialéctica con la objetivación, articula las tres funciones básicas de la representación: función cognitiva de integración de la novedad, función de interpretación de la realidad y función de orientación de las conductas y las relaciones sociales.

Moscovici menciona que el proceso de anclaje se descompone en varias modalidades que permiten comprender: 1) Cómo se confiere el significado al objeto representado; 2) Cómo se utiliza la representación en tanto que sistema de interpretación del mundo social, marco en instrumento de conducta; 3) Cómo se opera su integración dentro de un sistema de recepción y la conversión de los elementos de este último relacionados con la representación.

El anclaje como asignación de sentido

La jerarquía de valores que se impone en la sociedad y sus diferentes grupos contribuye a crear alrededor, una red de significados a través de la cual las representaciones sociales, son situadas socialmente y evaluadas como hecho social.

Este juego de significados externos tiene incidencia sobre las relaciones establecidas entre los diferentes elementos de la representación, el grupo expresa sus contornos y su identidad a través del sentido que confiere a su representación.

Este enraizamiento de la representación en la vida de los grupos constituye un rasgo esencial del fenómeno representativo ya que explica sus lazos con una cultura o una sociedad determinadas (Moscovici, 1985).

El anclaje como instrumentalización del saber.

Esta modalidad permite comprender cómo los elementos de la representación no sólo expresan relaciones sociales, sino que también contribuyen a constituir las. Este proceso tiene lugar inmediatamente después de la objetivación. La estructura gráfica se convierte en guía de lectura y, a través de una generalización funcional, en teoría de referencia para comprender la realidad.

El sistema de interpretación tiene una función de mediación entre el individuo y su medio, y así como entre los miembros de un mismo grupo. Capaz de resolver y expresar problemas comunes, transformado en código, en lenguaje común, este sistema servirá para clasificar a los individuos y los acontecimientos, para construir tipos respecto a los cuales se evaluará o clasificará a los otros individuos y a los otros grupos. Se convierte en instrumento de referencia que permite comunicar en el mismo lenguaje y, por consiguiente, influenciar.

Relación entre Anclaje y objetivación.

Existe una correspondencia entre la cristalización de una representación en torno a un núcleo figurativo, por una parte, y un sistema de interpretación de la realidad y de orientación de los comportamientos, por la otra.

También existe un lazo entre el sistema de interpretación que proporcionan las representaciones sociales y las conductas que guían. Todas las interpretaciones se organizan en función del núcleo central de la representación. Este núcleo depende del objeto representado, de la relación que el sujeto mantiene con él y de la finalidad de la situación.

Las representaciones desempeñan el papel de sistemas generadores. Esto nos lleva a la tercera modalidad del proceso de anclaje.

El anclaje como enraizamiento en el sistema de pensamiento.

La representación no se inscribe sobre una tabla rasa, sino que siempre encuentra algo que ya había sido pensado, latente o manifiesto. Moscovici muestra cómo la divulgación del psicoanálisis era considerada una amenaza en la medida en que podía poner en peligro el sistema de normas y conocimiento de la colectividad.

El contacto entre la novedad y el sistema de representación preexistente se halla en el origen de dos órdenes de fenómenos, opuestos de cierta manera, que dan a las representaciones una dualidad de ocasiones sorprendente. Esta dualidad consiste en ser, tanto innovadoras como rígidas, tanto móviles como permanentes, y en ocasiones, en el seno de un mismo sistema. Fenómeno al que Moscovici se refiere con la hipótesis de la polifasia cognitiva (Moscovici, 1985).

1.9 Representaciones sociales y enfermedad mental

La exhortación a ser normal me resulta asombrosamente repelente; No veo ni esperanza ni comodidad en hundirse hasta ese bajo nivel. Creo que es la ignorancia lo que hace a la gente ver la anormalidad sólo con horror y les hace permanecer impávidos ante la proximidad de lo "normal" a lo medio y mediocre. Seguramente cualquiera que consigue algo es, esencialmente, anormal.

Karl Menninger

¿Se podrían considerar las nociones de salud y enfermedad mental como representaciones sociales?, Rosen (1974), señala que dichos conceptos son en gran medida, valorativos. Las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos tanto afectivos como cognitivos y comportamentales que se utilizan para designar a una persona o grupo social como sano o enfermo varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y período histórico. El que una persona sea considerada como enferma, no sólo depende de alteraciones de su personalidad, sino de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones. Este hecho nos demuestra la importancia de los valores sociales en la definición de la salud o la enfermedad mental. Así, en todas las sociedades se realiza una distinción entre la persona que evidencia una alteración de su conducta de carácter crónico y la que muestra dichas alteraciones en situaciones socialmente aceptadas y normativamente sancionadas como pueden ser los ritos o los actos religiosos. Un mismo comportamiento puede ser evaluado de distinta forma según el contexto social en que se realiza. Sociólogos como Goffman (1976) llegan a definir la enfermedad mental no como un conjunto de síntomas claramente delimitables sino como una "incorrección situacional". Estas "incorrecciones situacionales" reflejarían una ruptura en las reglas sociales que definen la interacción comunicativa. De esta forma, la enfermedad y salud mental, están empapadas de un conjunto de significados construidos socialmente (Cervantes, 1998).

Podría pensarse que sólo la gente sin instrucción académica utiliza el sentido común para construir su realidad, sin embargo Flores (2001), realizó una investigación en la que reveló una influencia del sentido común en la práctica clínica de los profesionales de la salud mental, donde los aspectos culturales son determinantes al conceptualizar la normalidad y anormalidad, situación que se observa particularmente cuando los síntomas son categorizados en función de la normatividad de género. Esta misma investigación hace

notar como los conceptos de anormalidad y normalidad pueden ser identificados con los conceptos de salud y enfermedad mental.

No sólo podemos considerar a las concepciones de salud y enfermedad mental como representaciones sociales, sino que las representaciones sociales pueden generar los síntomas que se consideran como enfermedad mental. En este sentido Doise (1996) menciona que la identidad personal se puede entender como una representación social, pues esta debe ser comprendida como un sistema cognitivo organizado por un meta-sistema de regulaciones sociales. "Donde todas las relaciones simbólicas en las que participamos no se presentan siempre de igual manera en nuestra conciencia. En función de las situaciones, diferentes relaciones se vuelven salientes y actualizan aspectos de formación de identidades distintas" (Flores, 2001).

Como se ha podido apreciar, se puede decir que la identidad es de origen social. Al Adjudicarse una identidad, comporta para el sujeto la formulación de un juicio de valor, la afirmación de lo más o de lo menos, de la inferioridad o de la superioridad entre el mismo y el compañero con respecto al cual se reconoce como portador de una identidad distintiva. La identidad se halla siempre dotada de cierto valor para el sujeto, generalmente distinto del que confiere a los demás sujetos que constituyen su contraparte en el proceso de integración social. Y ello es así, en primer lugar porque: aun inconscientemente, la identidad es el valor central en torno al cual cada individuo organiza su relación con el mundo y con los demás sujetos (en este sentido, el "sí mismo" es necesariamente egocéntrico). Y en segundo lugar, porque las mismas nociones de diferenciación, de comparación y de distinción, inherentes, al concepto de identidad, implican lógicamente como corolario la búsqueda de una valorización de sí mismo con respecto a los demás. La valorización puede aparecer incluso como uno de los resortes fundamentales de la vida social.

De esta forma los actores sociales (sean individuales o colectivos) tienden, en primera instancia, a valorar positivamente su identidad, lo que tiene por consecuencia estimular la autoestima, la creatividad, el orgullo de pertenencia, la solidaridad grupal, la voluntad de autonomía y la capacidad de resistencia contra la penetración excesiva de elementos exteriores. Pero en muchos otros casos se puede tener también una representación negativa de la propia identidad, sea porque ésta ha dejado de proporcionar el mínimo de ventajas y gratificaciones requerido para que pueda expresarse con éxito moderado en un determinado contexto social, sea porque el actor social ha introyectado los estereotipos y estigmas que le atribuyen (en el curso de las "luchas simbólicas") los actores (individuos o grupos) que ocupan la posición dominante en la correlación de fuerzas materiales y simbólicas, y que, por lo mismo, se arrogan el derecho de imponer la definición legítima de la identidad y la forma legítima de las clasificaciones sociales. En estos casos, la percepción negativa de la propia identidad genera frustración, desmoralización, complejo de inferioridad, insatisfacción y crisis (Giménez, 1997).

Las representaciones sociales que se tengan en determinadas sociedades, afectarán la forma en que se trata a la persona que es considerada enferma mental, En Francia las autoridades

con el fin de probar nuevas formas de tratar al usuario diagnosticado como enfermo mental, se propuso integrar a dichos usuarios a la comunidad que se consideraba normal o sana. El gobierno apoyaba económicamente a las comunidades que dieran cabida en su seno familiar al usuario psiquiátrico que en este caso se les llamo pensionarios y a quienes los alojan, se les llamo nutricios.

Jodelet (1986b) descubrió las diferentes creencias y prácticas de la comunidad considerada como "sana", con respecto a las personas consideradas como enfermos mentales. Tales creencias consistían en ver a los pensionarios no como que "ellos tienen una enfermedad, sino que ellos son enfermos, ubicando de algún modo la locura, en un plano de serla y no de tenerla. Además el enfermo es observado como un proceso de deterioro orgánico asimilado a procesos químicos o físicos. Esto revela la visión de la enfermedad como substancial, transitiva y única, que va a producir un estado de naturaleza, diferenciando radicalmente al enfermo de los otros.

A su vez, no se dejaba que los hijos de lo nutricios se mezclaran con los pensionarios, sólo hasta que los primeros cumplieran 15 años, pues se consideraba que hasta esta edad se era inmune a un contagio.

Las representaciones sociales afectan todas las esferas que tienen que ver con la enfermedad mental. Por lo que si se quiere comprender dicho fenómeno y generar alternativas de solución, habrá que comprender los diferentes significados sociales que se han ido construyendo alrededor la locura.

1.10 Diferencias entre conceptos afines y representación social

Las representaciones sociales integran una gran cantidad de elementos que tienen que ver con los procesos sociales, por lo que es preciso hacer una diferencia entre las concepciones que de una u otra forma son también instancias sociales estructuralmente definidas, para de esta forma evitar posibles confusiones.

Inicialmente tenemos a las actitudes. Ibañez (1988), menciona que en la actualidad existen muchos investigadores sociales que aún no distinguen las diferencias existentes entre la representación social y dicho concepto, por que consideran que las representaciones sociales no aportan nada nuevo sobre el concepto de actitud. Esto se debe fundamentalmente, a que lo que se atribuye ahora a las representaciones sociales (disposiciones cognitivas y afectivas que condicionan la relación con diversos objetos y orientan la conducta hacia fines concretos) es muy parecido a lo que hacían las actitudes. Sin embargo, si tomamos en cuenta a Allport, se puede apreciar que el concepto de actitud fue adquiriendo tonalidades más psicologistas e individualistas, lo que acabo con la dimensión colectiva que pudieran tener las actitudes. De esta forma la actitud representó un instrumento para conocer al individuo, predecir su conducta y explicar su relación con los demás, pero dejo de ser viable como medio del análisis de la realidad social.

Una de las principales diferencias de la actitud, con respecto a las representaciones sociales, es que la primera se sitúa en el polo de las respuestas. En la actitud se maneja la existencia de un estímulo ya constituido hacia el cual se relacione según el tipo de disposición interna que se haya adquirido en disposición a él. En cambio la representación social se ubica en dos polos, pues entrelaza la respuesta y el estímulo, ya que la respuesta que emitimos ante un objeto determinado está prefigurada en la misma forma en que construimos ese objeto. Sin embargo Moscovici valoró tanto el concepto de actitud, que lo integra en las tres dimensiones básicas de la representación social, con lo que contribuyó a la confusión acerca de estos conceptos.

También se analiza el concepto de imagen y su correspondencia con la representación social. Para autores como Ibañez y Jodelet la imagen se construye esencialmente como una reproducción mental de un objeto y se relaciona directamente con los mecanismos de la percepción. De esta forma la representación social está muy lejos de constituir una reproducción especulativa de un cierto objeto externo, mas bien sería una construcción mental, donde dicha construcción determinaría parte la realidad de los objetos.

El concepto que más cercanía tiene respecto a la representación social, es el de ideología. Robert y Faucheron (1978), citado en Cervantes (1998), han afirmado que la representación social es engendrada por la ideología, siendo la primera sólo una manifestación concreta y objetivada de la segunda. El mismo Moscovici considera que las representaciones sociales y las ideologías se encuentran en una relación de inclusión. Donde la ideología es el sistema constituido por un conjunto de representaciones sociales y la relación entre ambas pertenece al tipo de relación existente entre la parte y el todo.

Para Flores y Parada la ideología es un sistema de pensamientos, creencias, normas que participan en la regulación social y que conforman, por medio de representaciones sociales la subjetividad propia de cada individuo. Las representaciones sociales no son independientes de las ideologías, sino que forman parte de ellas. Las representaciones sociales traducen de cierta manera el clima ideológico a partir de una experiencia en concreto (Flores y Parada, 1994).

Ibañez (1988), considera que la representación social, se refiere siempre a un objeto en particular, son representaciones de algo, hechas por alguien (grupos o personas), lo cual excluye la existencia de representaciones genéricas e indiferenciadas en cuanto a sus portadores. En oposición a estas características, la ideología si tiene una connotación general siendo capaz de generar juicios, percepciones, actitudes y opiniones (fenómenos que también encontramos en la representación social) que no van anclados en objetos específicos, afectando las producciones cognitivas de la sociedad en su conjunto, por lo que ante una ideología puesta en marcha se pueden tener distintas representaciones de ella.

En términos de la vida real, no podríamos decir que la ideología no genera representaciones sociales, o que las representaciones sociales no dan origen a ideologías. O que tan general o particular puede ser uno u otro, es más, hacer una diferencia entre representación individual y una social resulta complejo, pues cómo podemos entender un ser humano sin

su cultura, repleta de significados sociales. Por lo que probablemente las diferencias entre dichos conceptos estarán enfocadas en las formas de estudio, donde una será más amplia o se enfocará en determinados aspectos.

Además se ha relacionado en forma teórica la representación social con el prototipo, la percepción, el prejuicio, la opinión. Sin embargo todas estas concepciones parten del supuesto de que el sujeto es un ente pasivo que sólo reacciona. Mientras que la representación social es un sistema bidireccional, donde el sujeto afecta al objeto, y el objeto afecta al sujeto. De esta forma el sujeto es un constructor de significados y que estos significados afectan la forma en que percibe o interpreta el mundo (Flores, 1993).

1.11 Metodología para el estudio de las representaciones sociales

En su investigación sobre principio de la representación social del psicoanálisis en la sociedad francesa, Serge Moscovici utilizó algunos procedimientos metodológicos que consideraba convenientes para su objeto de estudio. Empleó cuestionarios estructurados y semiestructurados aplicados en distintas muestras de la población así como un minucioso análisis de contenido de todos los artículos relacionados con el psicoanálisis, aparecido en periódicos, revistas y diarios entre el 11 de enero de 1952 y el 11 de marzo de 1953. Los resultados fueron publicados en el libro *La Psychanalyse, son image et son public*, el año de 1961.

Cabe aclarar que Moscovici no recomendó ningún método en particular, sino que sugirió la utilización de las técnicas que abarcaran las dimensiones que constituyen una representación social. Los sondeos no son un medio adecuado para evaluar el impacto de la ciencia en la opinión pública. Para comprender el impacto de la difusión de los conocimientos científicos y tecnológicos, y los trastornos que esto produce a niveles lingüísticos, intelectuales, culturales, simbólicos, se requieren otros métodos que los empleados normalmente y otros enfoques teóricos (Moscovici, 1985).

Usar entrevistas abiertas o en profundidad, la observación participante de tendencias etnológicas o el análisis minucioso del lenguaje de los individuos, son algunas de las técnicas para la recolección y el análisis de la información que permiten develar las contradicciones que ocultan a la ideología. De igual manera, las preguntas proyectivas de frases incompletas le han permitido a Banchs el estudio de las contradicciones internas en los entrevistados.

En su estudio sobre las representaciones sociales como una alternativa teórica para la psicología social en Latinoamérica, María Banchs reseña en forma breve tres técnicas de análisis que han sido utilizadas: análisis de procedencia de la información, análisis de los actos ilocutorios y análisis gráfico de los significantes. Existen otras muchas técnicas de análisis empleadas en el tratamiento de las representaciones sociales, la siguiente descripción se apoya en los estudios de Banchs:

Análisis de procedencia de la información (Jodelet)

La autora ideó esta técnica para analizar independientemente del contenido temático, las fuentes de información de las cuales el sujeto obtenía sus datos. Al estudiar la representación social del cuerpo humano (1976), encontró cuatro fuentes globales de procedencia de la información extendidas desde lo más personal hasta lo más impersonal: la vivencia del propio sujeto. lo que piensa el sujeto sobre sí, lo adquirido a través de la comunicación social y la observación (refranes y creencias populares), y los conocimientos adquiridos a través de los medios más bien formales como estudios, lecturas, profesión. Distinguir entre un contenido y una fuente de procedencia de información, requiere de un criterio establecido y presenta un alto grado de dificultad. Sin embargo, es una técnica muy valiosa porque al reflejar la distancia que el sujeto toma frente al objeto de conocimiento permite discriminar el grado de implicación personal y el arraigo social de dicho conocimiento.

Análisis de los actos ilocutorios (Flahault)

Es una técnica que analiza los diálogos recogidos en textos, medios de comunicación o en observaciones. Se buscan detectar los actos explícitos como órdenes o peticiones que definen la relación existente entre los interlocutores, así como los actos implícitos que claramente señalan las posiciones respectivas entre los interlocutores. Se analizan las relaciones de poder, las reglas explícitas e implícitas, la dureza actitudinal de la representación social. De alguna manera se establece una fotografía de los actos de poder, sugestión o intercambio a través del lenguaje y, sobre todo, de sus usos.

Análisis gráfico de los significantes (Friedman)

Los materiales grabados son transcritos y enumeradas las unidades de significación (en general, sujeto y predicado) de acuerdo con su orden de aparición en el discurso y se identifican las palabras que más se repiten. Por último, se reproducen gráficamente como en un sociograma todas las palabras, señalando por medio de flechas la relación que tenían en el discurso original. Se trata de conseguir la forma gráfica más ilustrativa de las relaciones entre las palabras: núcleos de pensamiento equivalentes a lo que Moscovici llama el núcleo figurativo.

Debido a su laboriosidad es un método recomendado en investigaciones con un número reducido de sujetos de prueba. Su ventaja está en que no fragmenta el discurso y, como señala Banachs, el uso de categorías lógicas sigue teniendo la ventaja de hacer surgir los núcleos de estructuración de las representaciones del propio discurso de los sujetos, sin la mediación del investigador.

De igual manera, Ibáñez (1988) ha descrito una de las intervenciones metodológicas más frecuentemente usadas en la investigación de las representaciones sociales:

Análisis de correspondencias (Di Giacomo)

Se trata de un análisis multidimensional de tipo factorial que presenta un alcance eminentemente descriptivo. Basándose en el diferencial semántico, se selecciona una serie de palabras-estímulo que aluden al objeto social a indagar. Se pide a una muestra de sujetos que efectúe una asociación libre a partir de cada palabra hasta desembocar en una especie de diccionario de asociaciones o algo parecido a los campos semánticos (en realidad se trata, según Ibáñez, de campos lexicales). Estos datos ayudan a la construcción de la dimensión información de la representación. Lo siguiente consiste en recurrir al análisis de correspondencias para establecer el grado de similitud que existe entre los diversos campos semánticos y así generar unas representaciones gráficas en donde es posible visualizar el grado de solapamiento o de independencia entre los campos, según sea la zona gráfica de aglutinamiento. Lo conveniente, como en cualquiera de las vías metodológicas, es complementarla con otros métodos que permitan una perspectiva dinámica y no sólo una fotografía de la representación o una mera tipología.

Por su parte, Di Giacomo (1987) hace consideraciones sobre el problema de la metodología y lo que a su juicio debe orientar los estudios: los procesos antes que los contenidos en sí. Además, señala tres criterios para identificar a una representación social: que esté estructurada, que comparta elementos emocionales con el nuevo elemento que la reactiva y que el conjunto de opiniones esté unido a comportamientos específicos. En consecuencia, Di Giacomo extrae algunas conclusiones metodológicas:

1) No se puede prejuzgar sobre la extensión posible del campo figurativo del objeto; 2) Las representaciones mismas son las que guían para reconocer a grupos ideológicos diferentes o antagonicos; 3) Debe disponerse de métodos que hagan visible la estructura de opiniones en un sistema más o menos definido; 4) Toda investigación acerca de las representaciones sociales debe contar con criterios establecidos relativos a la existencia y consistencia de la representación, con el fin de poder enmarcarla y analizarla; y 5) Deben existir criterios mínimos: La relación de los aspectos emotivos y actitudinales y la capacidad del modelo para integrar nuevos elementos (carácter modélico), y la relación entre los comportamientos (carácter funcional).

En otro sentido de análisis, Jodelet (1986) señala que a medida que fue precisándose como teoría, en las representaciones sociales se han delimitado campos de investigación con ópticas diferentes. El énfasis en cada una de ellas está en la manera de formular cómo se elabora la construcción psicológica y social de la representación.

La primera perspectiva, se limita a la actividad cognitiva con la que el sujeto construye su representación. En la segunda óptica, se considera que el sujeto es un "productor de sentido", por lo que se acentúan los aspectos significantes de la actividad representativa. El tercer enfoque trata a la representación como una forma de discurso y obtiene sus características de la práctica discursiva de sujetos en la sociedad. La cuarta visión, considera la práctica social del sujeto en tanto que derivada de las ideologías o posiciones

relacionadas con el lugar que ocupa en la sociedad. Para la quinta corriente, es el juego de las relaciones intergrupales el que determina la dinámica de las representaciones. En la sexta perspectiva, más sociologizante, convierte al sujeto en portador de determinaciones sociales y de visiones estructuradas por las ideologías dominantes (Jodelet, 1984). Estas visiones suelen coincidir y plantearse idénticos problemas, aunque con matices, de tal suerte que abordan la doble cuestión que se halla en la base de la teoría: como lo social interviene en la elaboración psicológica de la representación social y cómo influye ésta construcción psicológica en lo social.

La misma Jodelet, hace la distinción y ubicación de los distintos investigadores de la teoría y encuentra sectores clave de aplicación, en la comunicación social, la difusión y asimilación de conocimientos, en el campo educativo, en la genética de las representaciones, la formación de distintas concepciones sobre la realidad dentro de un grupo, entre otras. En cualquier caso, no debiera olvidarse que las directrices metodológicas marchan de la mano de los objetos estudiados y de las creencias asumidas por los mismos investigadores.

CAPÍTULO II. ENFOQUES SOBRE SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL

Los hombres olvidan siempre que la felicidad humana es una disposición de la mente y no una condición de las circunstancias.

Locke .

2.1 Enfoque Conductista

El conductismo es una corriente dentro de la psicología, que en su momento, representa la revolución más radical en el enfoque de la psique humana. Nace en un momento histórico (Siglo XIX) dominado por el introspeccionismo e irrumpe en él mismo, considerando que lo que le compete es la conducta humana observable y rechazando que se tenga que ocupar de la conciencia (Bleger, 1995).

Su fundamento teórico está basado en que a un estímulo le sigue una respuesta, siendo ésta el resultado de la interacción entre el organismo que recibe el estímulo y el medio ambiente.

El nacimiento del conductismo suele centrarse en J.B. Watson (1913). Desde sus inicios esta corriente estuvo muy relacionada con la psicología experimental. Influenciado por Pavlov, quien consideraba que los actos de la vida no eran más que reflejos, y por Betcherev, que se interesaba especialmente por los reflejos musculares. El condicionamiento empieza a ocupar un lugar central en la teoría conductista.

El principio del condicionamiento surge al describir que en el organismo existen respuestas incondicionadas ante determinadas situaciones. Estudiando los procesos de condicionamiento se podrían detectar unidades o patrones muy precisos de estímulos y de respuestas, pudiéndose definir mejor la interacción entre organismo y ambiente. Así, se suponía que los comportamientos humanos complejos eran el resultado de una larga historia de condicionamientos. Y a través de estas conclusiones, comenzó a adquirir importancia el estudio del aprendizaje que comienza en el hombre desde su infancia.

Skinner, con su modelo de condicionamiento operante o también llamado voluntario, explicó el aprendizaje mediante el análisis del comportamiento y su relación con las contingencias de refuerzos introduciendo el término de modelado de la conducta (Hothersall, 1997).

Así, la conducta normal, al igual que la patológica, quedan explicadas sobre la base de estos principios, tratándose el comportamiento normal de un buen aprendizaje y la enfermedad

de un mal aprendizaje. Y por tanto, la desaparición de las conductas anormales sería equivalente a la curación.

Para el estudio de la conducta humana, el conductismo generalmente utiliza animales, pues considera que la conducta animal más elemental se puede extrapolar a la conducta más compleja del ser humano.

Los conductistas asumen tres conceptos fundamentales: conflicto, frustración y tendencia condicionada de evitación.

Se entiende por conflicto, la situación en la que existen dos tendencias simultáneas que conducen a respuestas incompatibles entre sí. Así, ante el conflicto "miedo-hambre" los animales estudiados muestran síntomas como anorexia. Se han considerado tres tipos de conflictos: Aproximación-aproximación, evitación-evitación y aproximación-evitación. Este último daría lugar a respuestas de ansiedad y desplazamiento.

La frustración es el estado al que se llega cuando se produce el bloqueo de una tendencia. Puede dar lugar a tres tipos de respuesta: agresión, regresión y fijación. La agresión se produce cuando se rompe el equilibrio entre instigación e inhibición a favor de la instigación. La regresión ocurriría cuando la ruptura es a favor de la inhibición, pudiendo existir respuestas que ya habrían sido superadas. La fijación, sería la adopción de mecanismos anormales, que permanecen, insistiéndose en una conducta que se ha comprobado que es ineficaz. Con este ejemplo clínico de este último mecanismo serían las conductas de tipo obsesivo. Para el conductismo, estos comportamientos se explican por un modelo según el cual los rituales obsesivos son reforzados y mantenidos para evitar el estímulo aversivo. Es decir, un comportamiento compulsivo sería reforzado y mantenido para reducir la ansiedad, que se teme que sería más intensa si no existiera dicho comportamiento obsesivo o ritual.

La Tendencia condicionada de evitación se podría explicar con el ejemplo de las respuestas vegetativas que se condicionan por simples estímulos neutrales que aparecen a la vez que otra respuesta incondicionada. Así, la rata que recibe un choque eléctrico sufre una vagotonía, mientras que el estímulo condicionado al choque produce un tono simpático. En la clínica, esta respuesta se corresponde con la ansiedad situacional.

Por otra parte, también como aportación a la psicopatología, el conductismo ha elaborado distintas tesis sobre la personalidad. La que cabe destacar es la de Eysenk que las clasificó en función de dimensiones básicas. Extroversión-introversión, neuroticismo-estabilidad emocional y por último, el psicoticismo. Hizo, además, una correlación de estos rasgos con determinadas características neurofisiológicas. Además, según este autor, a cada tipo de personalidad le correspondería una predisposición diferente a padecer una serie de trastornos: A la introversión y neurotización les corresponden la ansiedad, depresión, obsesiones, fobias, mientras que la extroversión, estaría inclinada a padecer histeria. O bien, extroversión más neurotización que llevarían a las psicopatías.

En las fobias el conductismo hace sus aportaciones explicativas en psicopatología. Para Eysenk la fobia es una respuesta aprendida por transmisión de información (cuentos, fábulas) de contenido, por observación de otras personas que reaccionan con temor o por experiencias directas de estímulos muy aversivos (Bleger, 1995).

Terapia Conductual

Básicamente la terapia de conducta comienza mediante un proceso de diagnóstico denominado *análisis funcional o conductual*. Consiste en traducir el problema presentado a categorías conductuales operativas (conductas manifiestas y encubiertas por lo general clasificadas como cogniciones, emociones y conductas) y en determinar las variables que las mantienen (organismicas, mediacionales, antecedentes estimulares y contingencias de refuerzo) (Kanfer y Phillips, 1976).

El anterior proceso, determina de que variables es función la conducta estudiada y guía el proceso de selección de las técnicas terapéuticas. En la mayoría de los casos el terapeuta comparte con su cliente o paciente los resultados de tal análisis y como a partir del mismo es deseable intervenir.

El terapeuta de conducta suele manejar un amplio abanico de técnicas terapéuticas para intervenir en diversas problemáticas. El empleo de las mismas más adecuado, es cuando deriva del análisis funcional del problema en cuestión. De manera resumida podemos agrupar estas técnicas mediante el paradigma de aprendizaje en el que se basan:

1. *Técnicas basadas en el condicionamiento clásico*: Las más conocidas y utilizadas, son los métodos de Exposición y de Desensibilización Sistemática, que consisten en enseñar al sujeto a enfrentarse más o menos gradualmente a las fuentes estimulares de su ansiedad, miedos, vergüenzas y otras emociones de modo que dejen de responder con ansiedad ante las mismas. La desensibilización conlleva el aprendizaje previo de habilidades de relajación.
2. *Técnicas basadas en el condicionamiento operante*: Básicamente se dividen en procedimientos encaminados a aumentar conductas adecuadas (reforzamiento, moldeamiento por aproximaciones sucesivas) y aquellos otros encaminados a reducir conductas inadecuadas (extinción y castigo), así como aquellos que combinan las dos finalidades anteriores (reforzamiento, contrato de conducta, control de estímulos).
3. *Técnicas basadas en el modelamiento*: A través del modelado del terapeuta o grupo, se presentan al paciente diversos procedimientos de manejo de problemas relacionales, el paciente las observa e imita el modelo, y el terapeuta le proporciona información correctora. También se utilizan como técnicas para expresar no sólo nuevas conductas, sino también para expresar deseos y emociones diversas. Las técnicas más conocidas en este terreno son el *entrenamiento en Habilidades Sociales* y el *entrenamiento en asertividad*.

4. *Técnicas basadas en los principios del autocontrol*: Se suele utilizar en combinación con las anteriores, y en cierto sentido las intervenciones anteriores se proponen al paciente como vías de autocontrol o aprendizaje de resolución de problemas. Las más utilizadas, son los auto registros a través de los cuales el paciente aprende a observar su propia conducta y a modificarla, y las técnicas cognitivas mediante las que se aprende a manejar la relación entre los acontecimientos, su interpretación, valoración subjetiva y sus efectos emocionales y conductuales. Estos procedimientos se utilizan con mayor énfasis y extensión por los terapeutas cognitivos y de una manera más particularizada por los terapeutas cognitivos-conductuales o conductistas cognitivos

Para el terapeuta conductual, la terapia es mucho más que la utilización de un determinado elenco de técnicas, es más un modo de entender a la persona y su conducta basado en los principios del Conductismo clásico (Pavlov, Watson), moderno (Skinner, Bandura) y actual (Eysenck, Ardila, Meichenbaum) (Olivares, 1998).

2.2 Enfoque Psicoanalítico.

*Cualquiera que despierto se comportase
como lo hiciera en sueños sería tomado por loco.*

Sigmund Freud

El psicoanálisis nació con Anna O., joven vienesa de 21 años a la que el Dr. Josef Breuer diagnosticó histeria y sometió a hipnosis, tratamiento divulgado por Jean M. Charcot, del que Freud había sido alumno en París. Durante esas sesiones, las experiencias que Anna narra tenían relación con los cuidados que había dedicado a su padre. Explicó que no podía mirar de frente porque la noche en que éste murió, le preguntó la hora y ella tuvo que mirar el reloj de reojo a causa de las lágrimas. Más tarde, la halló retorciéndose y gritando: "Ahora va a nacer el bebé del Dr. Breuer". Aterrado, Breuer no volvió a verla. (Luego se sabría que el nombre real de Anna O. era Bertha Pappenheim). Al morir, en 1936, era una conocida defensora de los derechos de la mujer y del niño (Hothersall, 1997).

Es con esta experiencia que Sigmund Freud funda y utiliza el psicoanálisis a partir de 1895 como un método de investigación psicológica y clínica de los procesos mentales inconscientes. Se trata de una forma de psicoterapia destinada a modificar la estructura de la personalidad, eficaz, por tanto, en la corrección de determinadas enfermedades psíquicas, y de una teoría de la personalidad y de la conducta humana, normal y patológica, es decir, una teoría psicológica y una de psicopatología.

El psicoanálisis centra la vida psíquica alrededor de la noción de inconsciente y considera que los contenidos de éste desempeñan un papel decisivo en la conducta humana y en la psicogénesis de la patología mental (Davison y Neale, 1974).

El modelo dinámico concibe a la conducta patológica 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 suceden en los primeros años de la vida. Por tanto la salud mental implica el paso gradual del sujeto por las etapas psicosexuales y el trastorno mental se presenta, cuando el individuo se estanca en determinada etapa psicosexual, proceso que Freud llama fijación, así como cuando el sujeto presenta un complejo. Un complejo, se considera la unión de pulsiones que tienen fines distintos, a veces contradictorios, cada una lucha por la supremacía, que en ocasiones surgen a partir de los condicionamientos culturales que reprimen la manifestación de dichas pulsiones. Entendiendo por estas como los impulsos primarios de fuentes fisiológicas que tienden a un fin y exigen una gratificación.

La privación durante los primeros meses de vida por ausencia o deficiencia de los cuidadores, puede afectar de manera adversa el desarrollo del yo. Esta insuficiencia, a su vez, puede provocar el fracaso para realizar identificaciones adecuadas. Las dificultades en el yo resultante, producen problemas que se interponen entre los impulsos y el entorno. Los conflictos que no puedan manejarse a través de la formación de síntomas, pueden provocar restricciones extremas en el funcionamiento del ego y un deterioro fundamental en la capacidad de entender y desarrollar nuevas habilidades. Entonces, la causante principal de un trastorno o enfermedad es la vivencia traumática no resuelta; por ejemplo, la frustración y el malestar en los adultos, pueden revivir las añoranzas infantiles que se manejan así a través de la formación de síntomas (Sue, 1996).

Desde el punto de vista topográfico, la personalidad se divide en inconsciente, preconciente y consciente.

El sistema inconsciente: Su conocimiento sólo puede darse de un modo indirecto, mediante los datos que suministran los sueños, los actos fallidos, las pruebas proyectivas y sobretudo, la historia de síntomas neuróticos y psicóticos. El inconsciente, para el psicoanálisis, es psíquicamente positivo, en constante evolución y cargado de energía psíquica (Bernstein, 1982).

Características del inconsciente:

- Ausencia de cronología: el inconsciente no reconoce pasado ni futuro, tan sólo el presente.
- Ausencia del concepto de contradicción: no pone reparo a la existencia de sucesos antitéticos.
- Lenguaje simbólico: cuando el inconsciente tiene algo que decir, lo expresa en forma de síntomas.
- Predominio del principio del placer: no soporta el displacer.

El psicoanálisis propone que el *ello* en su totalidad y parte del *yo* y del *superyó* se encuentran dentro del sistema inconsciente.

El sistema preconciente: Su contenido está integrado, en parte, por elementos procedentes del inconsciente en paso hacia el conciente y también del conciente hacia el inconsciente, adoptando la forma de material preconciente. Existen además impresiones del mundo exterior, radicadas como representaciones fonéticas o verbales (Bernstein, 1982).

El sistema conciente: El conciente es un órgano de percepción situado en el límite de lo interno y lo externo. En el sujeto despierto, la más sensible sería la superficie externa del conciente, mientras que durante el sueño esta superficie sería menos permeable a los estímulos externos, aumentando en cambio la sensibilidad de la superficie interna. Para que un acto psíquico llegue a ser conciente, es necesario que recorra todos los peldaños del sistema psíquico.

Dentro de la estructura de la personalidad se tienen a tres elementos, el ello, el yo y el superyó.

El ello: está integrado por la totalidad de los impulsos instintivos, tiene íntimas conexiones con lo biológico. Todo lo que desarrolla está sometido al proceso primario y por ello, se rige por el principio del placer. Todas las porciones del ello son inconscientes y una gran porción del mismo está constituida por elementos arcaicos de origen onto y filogenético.

Existen dos pulsiones primarias: Eros y Tanatos. La primera tendería a la reunión, integración, fusión, conservación y creación de nuevas vidas; la otra, motiva al envejecimiento y a la muerte, su finalidad es la destrucción, la desintegración y el aniquilamiento y se pone de manifiesto bajo la forma de sadismo.

El yo: Para Freud, el yo no es más que una parte del ello modificado por el impacto o la interacción de las pulsiones internas y de los estímulos externos. El yo se encuentra ubicado entre el mundo interno y el externo, en una posición tal que se comporta como receptor de los impulsos que le llegan desde ambos campos. Una parte del yo es conciente, otra es preconciente y otra es inconsciente.

El principal papel del yo es coordinar funciones e impulsos internos y tratar que los mismos puedan expresarse en el mundo exterior sin conflictos.

El superyó es el resultado de la incorporación dentro del yo de los mandatos prohibitivos de sus padres, es decir, la internalización de la compulsión externa.

En la constitución del superyó, no sólo interviene un núcleo severo que corresponde, en general, al padre o a sustitutos, sino también otro núcleo materno más tolerante. Las imágenes parentales sólo originan el núcleo del superyó, sus elementos últimos provienen de la incorporación de las exigencias impersonales y generales del ambiente social. Existe simultáneamente algo más que la incorporación simple de la realidad externa, se producen también incorporaciones de los objetos internos infantiles que han sido proyectados y deformados por la situación interna del niño.

Las funciones del superyó son: la autoobservación, la conciencia moral, la censura onírica, la influencia principal en la represión y el enaltecimiento de los ideales.

Con respecto a la psicopatología Freud habló de tres tipos de ansiedades: La primera es la ansiedad de realidad, la cual puede llamarse en términos coloquiales como miedo. Se podría entonces decir que si uno está en un pozo lleno de serpientes venenosas, uno experimentará una ansiedad de realidad.

La segunda es la ansiedad moral y se refiere a lo que sentimos cuando el peligro no proviene del mundo externo, sino del mundo social interiorizado del Superyó. Es otra terminología para hablar de la culpa, vergüenza y el miedo al castigo.

La última es la ansiedad neurótica. Esta consiste en el miedo a sentirse abrumado por los impulsos del Ello. Cuando se tiene la sensación de perder el control, es que se está experimentando este tipo de ansiedad.

En todos los síntomas neuróticos sucede algo que el paciente percibe como extraño e ininteligible. Todos los síntomas dan la impresión de algo que parece asaltar a la personalidad, partiendo de una fuente desconocida.

Todos los fenómenos neuróticos tiene por base, insuficiencias del aparato normal de control, esta puede producirse de dos maneras: una de ellas es un aumento del flujo de los estímulos y la otra es el bloqueo o la disminución previa de la descarga, lo que produce un estancamiento de tensiones dentro del organismo (Bernstein, 1982).

Así pues, la causa de las crisis emocionales y de los síntomas neuróticos es esencialmente la misma: una insuficiencia relativa en el control del yo, ya sea en el flujo o un bloqueo de la descarga.

Además se plantea una seriación de las estructuras, por lo que la constitución subjetiva de un sujeto, en este sentido, no es modificable. Se trata entonces de los modos que una persona encuentra de ubicarse frente al Otro, frente a la significación y la constitución subjetiva del mismo (Dolto, 1971).

Psicoterapia Psicoanalítica

El psicoanálisis es un método psicoterapéutico indicado en el tratamiento de trastornos de la personalidad, de las neurosis (trastornos de ansiedad, conversivos, disociativos) y en todos aquellos padecimientos que puedan tener su origen en conflictos psicológicos. Formalmente no está indicado en problemas psicóticos, pero existen técnicas modificadas del psicoanálisis para el tratamiento de estos problemas.

El método terapéutico básico del psicoanálisis clásico se basa en tres procesos fundamentales: La Asociación Libre, El Análisis de los fenómenos de Transferencia y

Contratransferencia y el Análisis de la Resistencia. Al análisis de estos procesos le acompañan unos elementos de encuadre o reglas de trabajo para el paciente (Regla básica de la Asociación Libre) y el terapeuta (Regla de Abstinencia, Regla de la Atención Flotante).

La asociación libre consiste en que el paciente debe de expresar todos sus pensamientos, sentimientos, fantasías y producciones mentales en general, según le vayan surgiendo en su cabeza sin exclusiones o restricciones. A veces el analista insta al paciente a ir asociando a partir de los elementos que el propio paciente ha generado en su propio discurso.

El analista se abstiene de responder a demandas específicas del paciente como el consuelo, la simpatía o el consejo, y hace de pantalla o espejo en blanco que proyecta el discurso desplegado por el propio paciente (regla de la abstinencia). Además el analista no debe de dar prioridad inicialmente a ningún componente del discurso del paciente, manteniendo una atención de neutralidad e importancia homogénea hacia todos los elementos del discurso del paciente (regla de atención flotante).

Con estas reglas, del paciente y terapeuta, se facilita que se produzca una relación transferencial. El paciente proyecta o desplaza sobre el analista aspectos cruciales con figuras importantes de su historia vital (por lo general los padres). La reexperimentación del paciente de esos aspectos conflictivos e inconscientes (transferencia) de la relación con sus progenitores, proyectadas sobre el analista, que no reacciona punitivamente ante el paciente, y le permite desplegar su discurso hacia aspectos más inconscientes (que se van haciendo más conscientes), junto con el análisis y la interpretación de esos fenómenos se le denomina *análisis de la transferencia*.

Por otro lado, el terapeuta, aunque esté analizado, puede experimentar reacciones emocionales hacia el paciente, que a nivel inconsciente, suele reproducir los roles complementarios punitivos o satisfacción de sus progenitores, a este fenómeno se le denomina, reacciones contratransferenciales. El análisis y la supervisión del propio terapeuta le ayuda a estar atento a estas reacciones, y a su vez le permitirá vivir con neutralidad la contratransferencia que el paciente puede suscitar en él. El analista tiene que actuar como un espejo donde el paciente pueda reflejarse sin que ese reflejo se vea alterado por los sentimientos, valores y actitudes.

Sin embargo, los pacientes suelen utilizar una variedad de maniobras conscientes e inconscientes para manejar su propia ansiedad y conflicto y para evadir su trabajo terapéutico de libre asociación (*resistencias*). La detección de esas maniobras y su interpretación adecuada constituye el Análisis de las Resistencias. Este último trabajo terapéutico es crucial para el desarrollo del análisis. Los tratamientos psicoanalíticos son largos y costosos; suelen durar años, ya que tratan de recrear y revivir todo el proceso de desarrollo de la personalidad del paciente. El número de sesiones suele ser de dos semanales, con una duración que oscila entre los 50 y los 60 minutos.

El final del tratamiento psicoanalítico suele darse cuando se da una supresión de los síntomas, un ajuste entre las aspiraciones del sujeto y sus capacidades, una flexibilización de los mecanismos defensivos y una mejora en las relaciones con los demás.

La necesidad de resolver problemas concretos en corto tiempo, dio lugar a una forma muy breve de psicoterapia psicoanalítica. Aunque parte de los mismos principios del psicoanálisis, la técnica se modificó considerablemente. Se establece previamente un número limitado de sesiones (de 1 a 50), se trabaja con un problema específico, bien delimitado, el terapeuta tiene una participación muy activa para que el paciente se centre siempre en el problema a resolver, evita la regresión y las interpretaciones de la transferencia (Campo, 1993).

2.3 Enfoque Sociocultural

*El que no ha salido jamás de su país
está lleno de prejuicios.*

Carlo Goldoni

La antropología se ha encargado de remarcar que la salud y enfermedad mental, son más bien conceptos relativos que absolutos.

Las experiencias provenientes de la antropología han hecho notar que las diferentes culturas definen la normalidad con criterios muy distintos, la antropóloga Ruth Benedict, (1934) investigadora norteamericana de la relatividad cultural, indica que algunas conductas que son consideradas como sanas en nuestra sociedad, son consideradas como enfermas en otras, y viceversa (Nathan y Harris, 1975).

Esta perspectiva socio-cultural es muy empleada por la gente común, ya que las normas sociales o culturales constituyen uno de los criterios más ampliamente utilizados para juzgar la enfermedad mental. En este criterio, el trastorno mental se evalúa en forma relativista, es decir en función de culturas y subculturas. Las normas sociales explícitas o implícitas, orientan la conducta de acuerdo con diversos conjuntos de expectativas y obligaciones. 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. Muchas de estas normas llegan a internalizarse de un modo tal y a una edad tan temprana que las personas responden a ellas automáticamente y sin cuestionarlas (Dana, 1966).

El concepto de salud mental es de difícil definición. Varias son las causas. La primera es que se trata de un concepto cuyo contenido, es en gran medida valorativo. Las distintas

evaluaciones de los síntomas y procesos tanto afectivos como cognitivos y comportamentales que se utilizan para designar a una persona o grupo social como sano o enfermo varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y período histórico. El que una persona sea considerada como enferma, no sólo depende de alteraciones de su personalidad sino de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones (Álvarez, 1995).

En todas las sociedades se realiza una distinción entre la persona que evidencia una alteración de su conducta de carácter crónico y la que muestra dichas alteraciones en situaciones socialmente aceptadas y normativamente sancionadas como pueden ser los ritos o los actos religiosos. Un mismo comportamiento puede ser evaluado de distinta forma según el contexto social en que se realiza. Sociólogos como Goffman (1976) llegan a definir la enfermedad mental no como un conjunto de síntomas claramente delimitables, sino como una incorrección situacional. Estas incorrecciones situacionales reflejarían una ruptura en las reglas sociales que definen la interacción comunicativa (Álvarez, 1995).

Existen criterios diferentes para la definición de salud o enfermedad mental. Los trastornos mentales pueden ser socialmente reconocidos a través del diagnóstico o a través de un enfoque epidemiológico en el que el objetivo es dar cuenta del tipo y severidad de los síntomas antes que la clasificación de las personas como mentalmente sanas o mentalmente enfermas. Los criterios para el diagnóstico de las enfermedades mentales, si bien varían, tienen, en la actualidad, un punto de referencia básico en los criterios de diagnóstico del DSM-IV, "Manual estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales". Los criterios principales para el diagnóstico son la existencia de sintomatología, el comportamiento social desajustado y la duración prolongada de los síntomas. Las categorías de diagnóstico son, además, mutuamente excluyentes. Este tipo de detección de trastornos mentales ha sido objeto de críticas. De entre las mismas cabe destacar dos. La primera hace referencia a que la división en categorías de los trastornos mentales no refleja adecuadamente la realidad. Diversos estudios en los que se analiza la agrupación de síntomas según la técnica del escalamiento multidimensional muestran un elevado grado de solapamiento entre los síntomas que caracterizan diferentes trastornos mentales. La segunda crítica realizada enfatiza el hecho de que los criterios de diagnóstico comúnmente utilizados excluyen a un importante número de personas con problemas psicológicos. En resumen, los diferentes criterios utilizados para diagnosticar a aquellas personas que tienen problemas de salud mental establecen, en ocasiones, una realidad superpuesta a los problemas reales, cognitivos y/o emocionales, de las personas (Bastide, 1988).

Las investigaciones llevadas a cabo principalmente en el área de la salud mental, aunque también en el campo de estudio de los trastornos de carácter psicótico, se han centrado, principalmente, en el estudio de los factores psicosociales que determinan diferencias en salud mental entre distintos grupos sociales de la población. El punto de partida de estas investigaciones es el de considerar la enfermedad mental o el deterioro psicológico no necesariamente como una reacción patológica sino como una respuesta adaptativa ante las presiones del medio cuando otras estrategias de afrontamiento no se encuentran disponibles

Investigaciones como las de Alvaro (1992), Torregrosa y Garrido Luque (1992), Bastide (1988), Cochrane (1983), Mirowsky y Ross (1989), Páez (1986), Tusquets y Grau (1988), entre otros, ponen de relieve los efectos negativos del desempleo, los procesos migratorios, las diferencias encontradas entre ambos sexos o entre clases sociales diferenciadas por su estatus socioeconómico, para la salud mental. Estos estudios aunque no excluyen la terapia individual, al analizar las causas sociales del deterioro psicológico, enfatizan aquellos aspectos de intervención relacionados con el cambio social (Alvaro, 1995).

2.4 Enfoque Cognitivo

Un neurótico es un hombre inteligente

que piensa puras estupideces.

Albert Ellis

El cognitivismo es una corriente psicológica de la década de los años cincuenta que estudia la mente humana como un sistema de conocimientos o cogniciones. El cognitivismo hace referencia a un conjunto de teorías psicológicas que se ocupan de fenómenos como el pensamiento, el lenguaje, la percepción, la imaginación, el aprendizaje y la memoria. Estas teorías no surgen únicamente como reacción al introspeccionismo de principios del siglo XX, o al conductismo, tendencia que dominó la psicología hasta la segunda mitad del siglo pasado, sino que son también el resultado de una sociedad en la que se dan grandes avances en el campo de la tecnología, como lo demuestra el gran desarrollo en el tratamiento de la información, los avances de la cibernética y la ergonomía. Su origen se encuentra en la importancia que adquiere en las sociedades avanzadas el intercambio de símbolos y representaciones.

La fisiología de la cognición tiene poco interés para los psicólogos cognitivos, pero sus modelos teóricos han profundizado en la comprensión de la memoria, la psicolingüística y el desarrollo de la inteligencia, lo que ha permitido avanzar en el terreno de la psicología educativa.

Por su parte, los psicólogos sociales se han ocupado desde mediados de la década de 1960 de la consistencia cognitiva, tendencia de las personas a establecer una consistencia lógica entre sus creencias y sus acciones. Cuando no aparece esta consistencia (denominada disonancia cognitiva), se intenta restablecer cambiando su comportamiento, sus creencias o sus percepciones. El modo en que se clasifican los distintos conocimientos para establecer el orden mental interno es una de las claves de la personalidad; básicos para entender las reacciones de un individuo en un momento determinado y sus posibles desequilibrios mentales, se les ha denominado estilos cognitivos (Pozo, 1990).

Dentro de la perspectiva clínica del enfoque cognitivo, tenemos a Albert Ellis (1955), que introdujo la concepción de que no son las circunstancias las que provocan que alguien presente cierto desorden mental, sino que es la forma en que interpretamos la realidad lo que nos hace enfermar.

Elaborada por Albert Ellis, la Terapia Conductual Racional Emotiva se define por el ABC en inglés. La A se designa por la activación de las experiencias, tales como problemas familiares, insatisfacción laboral, traumas infantiles tempranos y todo aquello que podamos enmarcar como productor de infelicidad. La B se refiere a creencias o ideas, básicamente irracionales y autoacusatorias que provocan sentimientos de infelicidad. Y la C corresponde a las consecuencias o aquellos síntomas neuróticos y emociones negativas tales como el pánico depresivo y la rabia, que surgen a partir de nuestras creencias.

Aun cuando la activación de nuestras experiencias puede ser bastante real y causar un gran monto de dolor, son nuestras creencias las que le dan el calificativo de larga estancia y de mantener problemas a largo plazo. Ellis añade una letra D y una E al ABC: El terapeuta debe disputar (D) las creencias irracionales, de manera que el cliente pueda a la postre disfrutar de los efectos psicológicos positivos (E) de ideas racionales.

A pesar de que no es importante para la terapia ubicar la fuente de estas creencias irracionales, se entiende que son el resultado de un condicionamiento filosófico, o hábitos no muy distintos a aquel que nos hace movernos a coger el teléfono cuando suena. Más tarde, Ellis diría que estos hábitos están programados biológicamente para ser susceptibles a este tipo de condicionamiento (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

Estas creencias toman la forma de afirmaciones absolutas. En vez de aceptarlas como deseos o preferencias, hacemos demandas excesivas sobre los demás, o nos convencemos de que tenemos necesidades abrumadoras. Existe una gran variedad de errores de pensamiento típicos en los que la gente se pierde, incluyendo:

- Y *Ignorar lo positivo,*
- Y *Exagerar lo negativo y*
- Y *Generalizar*

De esta forma, lo que nos trastorna, es lo que pensamos acerca del mundo y nosotros mismos. Una persona trastornada es aquella que ve al mundo a través de pensamientos irracionales, pues dichos pensamientos distorsionan el mundo y es esta distorsión la que es responsable de la enfermedad mental. Por tanto, para que el sujeto sea sano habrá que hacer que cambie sus pensamientos irracionales por otros más racionales.

Algunos de los estilos de pensamiento que favorecen el desencadenamiento del trastorno mental son:

El razonamiento dicotómico: Es decir, funcionar en términos de todo o nada, blanco o negro sin opciones intermedias.

Las generalizaciones excesivas: En las que, si un determinado sujeto es malo a nuestros ojos por algún acontecimiento previo vivido con él, todos aquellos sujetos que tengan alguna característica común con el sujeto en cuestión, se vivirán al mismo tiempo como malos.

La excesiva tendencia a depender de las opiniones ajenas: Si bien es cierto que nuestra autoestima se conforma con las aportaciones día a día que el entorno nos depara, también es cierto que son nuestros juicios en cuanto a nuestra persona los que atenderán o no a la crítica. Hemos sido educados en pro a la vergüenza y ante ella nos sentimos expuestos. Nuestra tendencia a generalizar, a establecer silogismos lógicos nos conduce a creer más la opinión ajena que la propia confianza en nuestros valores.

La aculturación y socialización excesiva: La tendencia de nuestra sociedad, es a asumir unos valores aprendidos como absolutos sin cuestionarnos la relatividad de los mismos. Existen unos patrones o modelos establecidos culturalmente y por herencia simplemente creemos en ellos. Consecuencia a menudo de tal tendencia es el exceso de culpa limitando esta nuestra felicidad.

Pensamientos y sentimientos. Son las interpretaciones subjetivas de las situaciones las que generan las emociones expresadas. Así, si te sientes deprimida porque tu pareja te ha abandonado, en realidad lo que dices es que te sientes deprimida porque tu interpretación subjetiva del abandono ha sido rechazo en vez de liberación lo cual generaría una emoción totalmente distinta.

Beck (1962) considera que el trastorno mental surge a partir de que las personas perciben el mundo a través de pensamientos negativos (autodevaluatorios, desesperanzadores), la normalidad habría que buscarla en el cambio de pensamientos negativos por pensamientos positivos, por lo que sus estudios se enfocaron al tratamiento de la depresión (Saucedo, 1993).

Las terapias cognitivas se basan en los siguientes supuestos básicos:

- Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su realidad.
- La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).
- Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos.
- La modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, etc.) es central en el proceso de cambio.

En cuanto a su estilo, las terapias cognitivas enfatizan:

- La importancia de la alianza terapéutica y la colaboración y participación activa del paciente en el proceso.
- Un enfoque orientado al problema y los objetivos.

- El carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones de manera más saludable y funcional (Caro, 1997).

La reestructuración cognitiva es un método terapéutico de intervención con la finalidad de procurar al paciente recursos suficientes para hacer su vida más fácil frente a los problemas o conflictos que surgen de diario.

En la reestructuración cognitiva el terapeuta utiliza diferentes métodos para cambiar los pensamientos negativos haciendo que el paciente se de cuenta del tipo de cogniciones o lenguaje empleados para así, tras la percepción, poder modificarlos.

Una de las técnicas dentro de la *reestructuración cognitiva* es la *imagería racional*, mediante esta técnica podemos ser capaces de poner límites racionales a suposiciones irracionales. Tratamos de cambiar el lenguaje sacado fuera de contexto y que invalida o paraliza nuestra salud vital por formulaciones que tengan un buen asentamiento en la realidad. Son esos casi imperceptibles mensajes taquigrafados que invaden nuestra mente los que generan las emociones desagradables. Mediante el análisis de dichos pensamientos podemos ser capaces de convertir en racional lo irracional.

De acuerdo con lo anterior, la terapia cognitiva recomienda:

1. Reconocer los estilos propios de pensamiento, para ello es importante detectar los pensamientos negativos.
2. Vigilar los pensamientos que anteceden a los estados de tensión.
3. Detención del pensamiento negativo. Consiste en detectar el pensamiento negativo y gritar PARA o alguna imagen-símbolo y sustituir el pensamiento destructivo por otro constructivo.
4. Afirmaciones positivas. Las afirmaciones son autoexpresiones orientadas hacia un objetivo, que puede ser la obtención de confianza en uno mismo, que con su uso reiterado se convierten en automáticas (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

2.5 Enfoque Humanista

En 1962 un grupo de psicólogos reaccionó contra el mecanicismo, y contra lo que consideraban eran las creencias esencialmente negativas que conllevan las teorías conductistas y las psicoanalíticas. Al sostener que la naturaleza humana es neutral o buena y que las características negativas son el resultado del daño infligido en el yo en desarrollo, fundaron la Asociación de Psicología Humanística para poner en práctica esta creencia. La perspectiva humanística, con influencia del organicismo, considera que la gente tiene la habilidad de hacerse cargo de su vida y manejar su propio desarrollo. Además, estas teorías

enfatan la habilidad de la gente de hacerlo en forma saludable y positiva a través de las cualidades específicamente humanas de selección, creatividad y autorrealización. No distingue claramente las etapas de la vida, pero hace una distinción general entre los periodos previos a la adolescencia y los posteriores a la misma. Abraham Maslow fue uno de los psicólogos humanísticos más importantes.

La Psicología humanista concibe a la persona como una totalidad en la que se interrelacionan factores físicos, emocionales, ideológicos o espirituales formando el ser real, no una suma de partes. La psicología humanista no disecciona, no separa aspectos de la persona, señalándolos como la causa de la enfermedad (Dicaprio, 1985).

El humanismo considera al síntoma y la enfermedad, como la manifestación externa de un conflicto interno (potencialidades no desarrolladas). A diferencia de otras posiciones de la psicoterapia, el trabajo con el síntoma no es eliminarlo sino escucharlo para comprender su significado y mensaje más profundo. El síntoma es una ayuda, una señal que nos está hablando de cual es el problema, expresa aquello que no somos capaces de expresar conscientemente. No se trata de intentar acallar ese mensaje, sino de descifrar su contenido que nos conduce a la verdadera enfermedad, al auténtico bloqueo, que puede ser emocional. El síntoma es la voz del cuerpo, la alarma que nos indica que algo no está en orden.

La psicoterapia humanista no trata con locos o enfermos mentales, todas las personas sufren una u otra vez crisis de crecimiento, situaciones de emergencia espiritual, situaciones de choque que desestabilizan nuestro equilibrio y que requieren ser abordadas para alcanzar una vida más feliz. Todos andamos en la búsqueda, nadie es más sano que otros.

La enfermedad mental resulta de conflictos entre la naturaleza esencial de las personas y las demandas que hacen ellas mismas a las demás. Entre más enajenada se vuelve una persona de su ser total, menos alternativas se encuentran disponibles; el comportamiento se vuelve cada vez más estereotipado, inhibido, conformista, y moralmente rígido.

Cuando entramos en ansiedad por la amenaza de no ser, de perderse uno mismo y de la incapacidad de relacionarse con nuestro entorno, y además cuando los conflictos no son entendidos y resueltos de forma adecuada, dan por resultado una ansiedad incapacitante. Esta nos deja con una sensación de vivir una vida insignificante y desesperante (Sue, 1996).

Abraham Maslow (1908-1970) identificó una jerarquía de necesidades que impulsan el comportamiento humano. Según Maslow (1954), estas necesidades funcionan sobre un número de niveles, que van desde la simple supervivencia hasta la cima de la satisfacción psicológica.

Primero, la gente debe enfrentar sus necesidades más elementales antes de intentar enfrentar las del siguiente nivel y así sucesivamente, hasta alcanzar el orden más alto de necesidades. Por ejemplo, la gente con inanición tomará grandes riesgos para obtener alimento; una vez que sabe que va a vivir, puede preocuparse por la seguridad personal; al estar a salvo, piensa en su necesidad de amor y así sucesivamente. A medida que se va

superando, cada etapa en forma exitosa, la gente apunta hacia el siguiente nivel. El ideal de Maslow, es que la persona llegue al nivel más elevado, logrado posiblemente por 1% de la población.

Una persona autorrealizada (o que realiza sus propios deseos) muestra niveles altos de las siguientes características: percepción de la realidad, aceptación de sí misma, de otros y de la naturaleza, espontaneidad, habilidad para resolver problemas, autodirección, desinterés y deseo de privacidad, naturalidad en la apreciación y riqueza de reacción emocional, frecuencia de experiencias muy valiosas, identificación con otros seres humanos, relaciones satisfactorias y cambiantes con otras personas, una estructura democrática de carácter, creatividad y un sentido de los valores (Maslow, 1968). Nunca nadie se halla completamente realizado, pero la persona que está desarrollándose de manera saludable siempre está subiendo a niveles que producen mucha más realización (Coon, 1998).

2.6 La Gestalt

Frederick Perls (1893 - 1970) fue el creador, en la década de los cuarenta, junto a su esposa Laura Perls, de la Terapia Gestáltica. Su tarea estuvo influenciada por los psicólogos de la gestalt, en especial Max Wertheimer (naturaleza de la percepción), y Wolfgang Köhler y Kurt Koffka (fenómeno phi o ilusión de movimiento aparente), por la filosofía Zen, las técnicas del Psicodrama (Moreno), el humanismo (Maslow), el existencialismo (Buber y Tillich), la fenomenología (Husserl), y por sus propios analistas Happel y Reich, y más tarde, Duetsch, Freinchel y Horney.

La gestalt percibe los conflictos y la conducta social inadecuada como señales dolorosas creadas por polaridades o por dos elementos del proceso psicológico. Conflicto que puede ser de naturaleza interna al individuo (intrapésquico), o puede manifestarse en la relación interpersonal entre dos personas (interpésquico). Puso énfasis en la interacción con el otro y con el medio, y en el desarrollo de la responsabilidad y la libertad. Basó su práctica en el darse cuenta y en el aquí y ahora, en el método descriptivo de los fenómenos y en la introspección espontánea (Castanedo, 1988).

Para Perls la persona es una gestalt, viendo al hombre como un todo, un organismo unificado, estructurado de una manera significativa. Con una visión holística la terapia gestáltica postula que la enfermedad y la salud afectan a la persona en su totalidad y no al ámbito psíquico o físico por separado. La clave de la terapia gestáltica es el "aquí y ahora" y el "darse cuenta", para poder enfrentar los conflictos o asuntos inconclusos, las gestalt que tienen que ser completadas, y el uso de diversas técnicas en las que incluye el trabajo corporal. El organismo tiende a mantener su equilibrio y su salud. Pero cuando las condiciones varían, surgen necesidades que el organismo trata de satisfacer para restablecer su equilibrio. La necesidad es entonces una carencia, una falta de algo que resulta indispensable para la subsistencia, que debe prontamente ser satisfecha. Este proceso se da tanto a nivel psicológico como fisiológico, siendo que estos niveles no pueden disociarse.

Cuando surgen varias necesidades simultáneamente, el organismo opera dentro de una jerarquía de valores, razón por lo cual atiende primero aquella necesidad dominante. Esta se convierte en figura, concentrando toda la atención, y las demás necesidades pasan a un segundo plano, es decir, retroceden por lo menos temporalmente, al fondo. Para que el individuo satisfaga sus necesidades tiene que ser capaz de sentirla, saber de su presencia y de como manejarse a sí mismo y a su entorno, es decir, debe interactuar necesariamente con el ambiente. El concepto de gestalt está relacionado con el de necesidad, ya que una gestalt abierta o inconclusa es una necesidad insatisfecha. Cuando dicha necesidad se satisface, la gestalt se cierra, y permite la apertura de otra, al surgir una nueva necesidad (Castanedo, 1988).

Perls entiende la neurosis: como una estrategia de evitación del dolor psíquico que lo transforma, paradójicamente, en sufrimiento crónico. Y el dolor más grande fue seguramente el dolor de no ser, la temprana experiencia de separación de aquello que fue nuestro origen y será nuestro destino.

Es decir que la salud pasa en primer lugar por la conciencia de ser, más allá de como uno es en cada momento. La enfermedad empieza cuando uno decide. Así pues, el estado saludable requiere de la no identificación del ser o del no-ser con ningún aspecto de uno mismo en particular. Fritz utiliza un concepto para explicar esto, el de *nothingness*, palabra compuesta por *nothing*, nada o ninguna cosa, y el sufijo *ness*, que lo sustantiva. Su traducción literal sería nadaidad, cualidad de la nada, o capacidad de ser nada.

El segundo criterio de salud para Perls es la adquisición de un ritmo de contacto-retirada con el entorno pleno, fluido y adecuado a la necesidad dominante del individuo. Pleno, puesto que el neurótico se caracteriza por no hacer ni un verdadero contacto ni una verdadera retirada. Fluido y adecuado porque la interacción individuo-entorno es siempre cambiante, y no valen programas prefijados ni actitudes rígidas.

El tercer criterio, ligado íntimamente con el punto anterior, es el tránsito del heteroapoyo al autoapoyo, del apoyo ambiental al autoapoyo. Dirigirse hacia la salud es pues, desde este tercer aspecto, el proceso por el cual el individuo aprende a caminar sobre sus propios pies, solicitando del entorno lo verdaderamente necesario en una perspectiva de interdependencia, pero no lo innecesario y manipulable (Rams, 1998).

Al parecer, los tres criterios citados se reúnen, en realidad, en función a algo que los engloba y que podríamos entender como una disolución del ego, o personalidad adquirida. Claro, si constato que sigo viviendo sin aquello que se suponía que era imprescindible y que, en parte, constituía mi identidad (el apoyo ambiental realmente innecesario, conseguido fundamentalmente a base de manipulaciones); si sobrevivo a aquello tan terrible (que me digan que no, que no haya aquello, y en general a la disforia); si experimento que yo soy algo más que mis máscaras, entonces no tengo más remedio que concluir que yo soy algo más o algo menos, en todo caso algo diferente, de lo que creía ser. Transitar estos momentos con conciencia nos permite cambiar el punto de vista subjetivo, impregnado de automatismos distorsionadores de nuestra realidad interna y externa, por un

punto de vista más próximo a lo que Friedlander definía como el punto cero o punto de indiferencia creativa, en el que, a través de la atención al vacío interpolar, muchas más opciones de una determinada situación o de una determinada respuesta son posibles y aceptables como propias (Rams, 1998).

Terapia Gestalt

La Terapia Gestalt, más que una teoría de la psique, es un eficaz abordaje terapéutico y una filosofía de vida que prima la conciencia (*awareness*, *darse cuenta*), la propia responsabilidad de los procesos en curso y la fe en la sabiduría intrínseca del organismo (la persona total que somos) para auto-regularse de forma adecuada con un medio cambiante.

Antepones la espontaneidad al control; la vivencia, a la evitación de lo molesto y doloroso; el sentir, a la racionalización; la comprensión global de los procesos, a la dicotomía de los aparentes opuestos y requiere del terapeuta un uso de sí como instrumento (emocional, corporal, intelectual) que transmite una determinada actitud vital en vez de practicar únicamente una técnica útil contra la neurosis.

Hay tres premisas que fundamentan la gestalt como una terapia con sus aplicaciones en el campo de la psicología clínica.

1. Darse cuenta

El *darse cuenta* es la capacidad que tiene cada ser humano para percibir lo que está sucediendo, *aquí y ahora*, dentro de sí mismo y del mundo que le rodea.

Dentro de esta experiencia en el aquí y el ahora, se pueden distinguir tres tipos de darse cuenta, que se denominan como "áreas del darse cuenta" o "zonas de contacto".

- a) *El darse cuenta del mundo o zona externa*: Se relaciona con el contacto sensorial. Nos permite ponernos en contacto con los objetos y acontecimientos del mundo que nos rodea, de todo aquello que está fuera y de lo que ocurre más allá de nuestra piel.
Fórmulas: "Yo veo, toco, oigo, huelo"; "yo percibo, aquí y ahora".
- b) *El darse cuenta de sí mismo o zona interna*: Comprende todas aquellas sensaciones y sentimientos que ocurren dentro de nosotros. Nos permite ponernos en contacto con nosotros mismos.
Fórmulas: "Yo siento, me siento; yo siento, aquí y ahora".
Para ponerse en contacto con uno mismo es conveniente hacerse las siguientes preguntas: ¿qué estoy sintiendo?, ¿dónde lo estoy sintiendo?, ¿cómo lo estoy sintiendo?.
- c) *El darse cuenta de la fantasía o zona intermedia*: Incluye toda la actividad mental (pensar, imaginar, recordar, planificar). Nos permite ponernos en contacto con nuestras fantasías.

Fórmulas: "Yo pienso, imagino, recuerdo, deseo; "yo pienso, aquí y ahora".

2. Homeostasis

Ningún organismo es autosuficiente, sino que en todo momento forma parte de un campo que lo incluye tanto a él como a su ambiente.

Este equilibrio homeostático (o proceso de autorregulación) es sinónimo de salud, puesto que si el organismo permanece en estado de desequilibrio con su entorno durante mucho tiempo enferma, al no poder satisfacer sus necesidades.

3. Contacto

Cada persona tiene su espacio vital dentro del cual, y dependiendo del momento, puede recibir o abrirse a determinadas personas, pero nadie puede invadir su espacio. Si esto ocurre, nos sentimos amenazados en nuestra integridad e individualidad.

Cuando hacemos demasiado hincapié en sostener rigidamente ese espacio vital, corremos el riesgo de reducir el contacto con los demás. Esta reducción del contacto conduce al hombre a la soledad que, sin embargo, elige como opción más segura y menos generadora de angustia. La mayoría de las veces esta reducción del contacto se realiza por temor o miedo y, aunque el deseo de contactar con los demás sea grande, ese temor que sentimos cuando alguien se acerca nos impide retirar nuestros límites y abrimos. Cuando sucede lo contrario, es decir, cuando nuestro yo está en continuo contacto con el mundo, mostrando una extroversión compulsiva, se pierde esa intimidad creativa y de concentración, diluyéndose los límites del yo, haciéndose a veces difícil distinguir entre el ambiente y el yo (Peñarrubia, 1998).

2.7 Enfoque Constructivista

Aquí nadie esta loco,

solo vive una realidad distinta.

Anónimo.

El constructivismo tiene sus antecedentes en la filosofía de Giambattista Vico, Immanuel Kant y Hans Vaihinger (Mahoney, 1998). Donde se enfatizaba el carácter proactivo, modelador y ficticio del ser humano y su papel a la hora de configurar las realidades a las que respondemos. Además el constructivismo se apoya en la psicología de la primera mitad del siglo XX con figuras como Frederick Bartlett (1932), Alfred Korzybski (1933) y Jean Piaget (1937-1971) que atrajeron la atención sobre los procesos constructivos y semánticos de la memoria humana, el lenguaje, la cognición, rompiendo con las tendencias

asociacionistas, objetivistas y deterministas y sus respectivos campos. Finalmente, a mitad del siglo empezó a emerger una forma de psicoterapia genuinamente constructivista, de la que fue precursora, la innovadora psicología de los constructos personales de George Kelly (1955).

En el área clínica del constructivismo Guidano (1994) menciona que puede ocurrir que en la vida de una persona, un evento o una serie de eventos no pueden ser asimilados en su historia de vida. Ese evento que no ha sido procesado ni elaborado es lo que se va a transformar en un síntoma psicopatológico. Desde este enfoque vemos la psicopatología como perturbaciones en la continuidad de la trama narrativa que implica que eventos que catalizan perturbaciones emocionales permanecen sin ser integradas a la historia de vida del sujeto.

La posición constructivista y post-racionalista ve lo sano como la capacidad que tienen las personas de adaptarse en función de su flexibilidad en las diferentes situaciones de vida. Los neuróticos serían aquellas personas donde la flexibilidad está disminuida y por lo tanto mantienen puntos de vista rígidos y no generan teorías que les permitan integrar los eventos perturbadores a su trama narrativa. En la psicosis se ve una interrupción absoluta del proceso de continuidad de la trama narrativa (Mahoney, 1997).

Metáforas de la psicoterapia constructivista:

La terapia como una ciencia personal: Donde la persona es un científico que formula hipótesis de manera activa y las mejora, revisa o elabora en el curso de la experiencia continua. Donde se enfatiza el carácter inherentemente funcional de las teorías e hipótesis.

La terapia como un desarrollo del sí mismo: El sí mismo como un proceso dinámico de construcción y reconstrucción de la realidad capaz de hacer consistente la experiencia continuada de un ordenamiento individual. Se busca una transformación dialécticas en el conocimiento personal.

La terapia como reconstrucción narrativa: Consiste en la reescritura biográfica de las historias vitales que se han vuelto limitadoras o incoherentes y requieren una corrección o elaboración significativas, el significado de nuestras vidas, está dictado por las historias que vivimos y contamos. La manera en que asociamos los acontecimientos en secuencias significativas que nos aportan una sensación de ser nosotros mismos los protagonistas de nuestra propia autobiografía. Que el cliente sea el autor de su vida. En ocasiones ayuda al cliente escribir en tercera persona.

La terapia como una elaboración conversacional: El significado surge a través del acto comunicador en vez de residir en el sí mismo individual o conocedor, donde la terapia en sí misma se convierte en un ejercicio de lenguaje entre todos los miembros del problema, el terapeuta trata de elucidar y cuestionar sutilmente aquellos acuerdos contractuales mantenidos en el lenguaje que solidifican las relaciones de los miembros de la familia entre

sf. Donde se intentará coconstruir una nueva historia familiar que les de una sensación elaborativa (Mahoney y Neimeyer, 1995).

2.8 Enfoque psiquiátrico

*El amor y la locura son los
motores que hacen andar la vida.*

Marguerite Yourcenar

Los médicos del mundo occidental comenzaron a especializarse en el tratamiento de los pacientes con enfermedades mentales en el siglo XIX. Los psiquiatras de esta época, llamados alienistas, trabajaban en grandes centros, y practicaban lo que se denominaba entonces un tratamiento moral, un enfoque humanitario dirigido a apaciguar el estado mental y recuperar la razón. Durante la segunda mitad del siglo, los psiquiatras abandonaron este tipo de tratamiento y, con ello, el reconocimiento tácito de que la enfermedad mental está producida por influencias tanto psicológicas como sociales. Durante un tiempo su atención se centró, casi de forma exclusiva, en los factores biológicos. Era frecuente el uso de medicamentos y otras formas de tratamiento somático (físico). El psiquiatra alemán Emil Kraepelin identificó y clasificó los trastornos mentales en un sistema que supuso el inicio del diagnóstico moderno. Otra figura importante fue el psiquiatra suizo Eugen Bleuler, que acuñó el término esquizofrenia y describió sus características.

El descubrimiento del origen inconsciente de la conducta, una aportación de la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud a principios del siglo XX, enriqueció los conocimientos de la psiquiatría y cambió el enfoque de la misma. La atención se dirigió hacia los procesos en el interior de la mente individual, y el psicoanálisis se convirtió en el método preferido de tratamiento de la mayoría de los trastornos mentales. En las décadas de 1940 y 1950 las teorías cambiaron de nuevo, esta vez hacia el ambiente social y físico. Muchos psiquiatras despreciaban las influencias biológicas, pero otros estudiaban aquellas que podían estar implicadas en las enfermedades mentales y empleaban tratamientos físicos como el electrochoque y la psicocirugía.

Hacia la mitad de la década de 1950 se produjeron cambios muy importantes en el tratamiento de los pacientes afectados por una enfermedad mental con la introducción de los primeros fármacos eficaces en el tratamiento de los síntomas psicóticos. Junto con estos nuevos medicamentos, aparecieron nuevas tendencias más liberales y humanitarias y nuevas estrategias de tratamiento en los hospitales psiquiátricos; cada vez se trataba a más pacientes sin separarlos de su ambiente social, en las décadas de 1960 y 1970.

El apoyo a la investigación en salud mental contribuyó a nuevos descubrimientos importantes, en especial sobre el conocimiento de los determinantes bioquímicos y genéticos de la enfermedad mental y sobre el funcionamiento del cerebro. Así, hacia 1980, la psiquiatría centraba su interés en los factores biológicos, relativizando la importancia de las influencias psicosociales en la salud y enfermedades mentales (Vallejo, 1998).

Diagnóstico

Los psiquiatras utilizan diferentes métodos para detectar trastornos específicos en sus pacientes. El más importante es la entrevista psiquiátrica, durante la que se recoge la historia psiquiátrica del paciente y se valora su estado mental. La historia psiquiátrica es una muestra de las características de la personalidad del paciente, de sus relaciones con los demás y de la experiencia pasada y presente con problemas psiquiátricos, todo ello en palabras del propio paciente. En ocasiones la historia se complementa con comentarios de otros miembros de la familia. Los psiquiatras utilizan la exploración del estado mental del mismo modo que los médicos de medicina general utilizan la exploración física. Identifican y clasifican los aspectos del funcionamiento mental del paciente.

Ciertos diagnósticos dependen de otros especialistas. Los psicólogos realizan las pruebas de inteligencia y personalidad, así como las pruebas diseñadas para detectar lesiones cerebrales o de otras partes del sistema nervioso central. Los neurólogos también hacen pruebas a los pacientes psiquiátricos para detectar evidencias de lesión del sistema nervioso. En ocasiones los pacientes que presentan síntomas físicos son atendidos por otros especialistas. Los trabajadores sociales en el ámbito psiquiátrico atienden los problemas de la familia y de la comunidad. El psiquiatra integra toda esta información para establecer un diagnóstico según los criterios establecidos por los profesionales de la psiquiatría (Alonso-Fernández, 1989).

Tratamiento

Los tratamientos psiquiátricos pueden ser de dos tipos: orgánicos y no orgánicos. Los tratamientos orgánicos, como los medicamentos, afectan al organismo de forma directa. Los tratamientos no orgánicos mejoran el estado del paciente por medios psicológicos, como la psicoterapia, o por introducción de cambios en su entorno social.

Fármacos

Inicia en 1949 cuando un psiquiatra australiano, John F. J. Cade, reportó experimentos exitosos con litio (utilizado actualmente en personas con trastornos bipolares) para calmar de forma radical a pacientes maníacos, que habían estado hospitalizados por años. Varios años después, los psiquiatras franceses Jean Delay y Pierre Deniker, descubrieron que el fármaco *cloropromacina* (toracina) era efectivo para el tratamiento de la esquizofrenia.

Así, de forma sucesiva, se fue descubriendo el uso de los psicofármacos como forma de terapia.

Los psicofármacos son medicamentos que actúan sobre la vivencia y la conducta del hombre, son utilizados con fines terapéuticos a causa de sus efectos psicotrópicos.

Son clasificados en:

- Neurolépticos: Usados principalmente en el tratamiento de psicosis.
- Antidepresivos: Para tratamiento de depresiones, y se subdividen en *equilibradores del estado de ánimo* y *estimulantes del estado de ánimo*.
- Tranquilizantes o ansiolíticos: Para disminución de ansiedad o tensión.
- Estimulantes: Son medicamentos que intensifican el impulso y el rendimiento.

El proceso de enfermedad mental, a través de la psicofarmacología es visto de la siguiente manera: si nos basamos en que la mayor parte de los procesos fisiológicos y mentales, desde el sueño y la digestión, hasta la lectura y el pensamiento, tienen acciones químicas dentro del organismo, un desequilibrio bioquímico o de neurotransmisores dentro del mismo, subyacen a ciertos trastornos mentales (Baumann, 1994).

Entonces, la psicofarmacología está orientada a restaurar ese desequilibrio causado por las alteraciones mentales.

Otros tratamientos orgánicos

Otro tratamiento orgánico es la técnica terapéutica del electrochoque, o ECT, en la que se provocan convulsiones parecidas a las de la epilepsia mediante una corriente eléctrica que pasa a través del organismo. La ECT se utiliza con más frecuencia para el tratamiento de la depresión grave que no responde al tratamiento farmacológico. En ocasiones se emplea en el tratamiento de la esquizofrenia. Hay otras formas de tratamiento orgánico que se emplean con menor frecuencia que los medicamentos y la ECT. Incluyen la controvertida técnica denominada psicocirugía, en la que se seccionan fibras del cerebro. Una de estas técnicas, denominada lobotomía, se utiliza en muy raras ocasiones en la actualidad (Kaplan, 1987).

Tabla I. Clasificación de los modelos de Salud y Enfermedad mental (Price, 1978).

	PSICOANALÍTICO	MÉDICO	DE LA CONDUCTA	SOCIAL	HUMANÍSTICO
Metáfora básica	Conflicto intrapsíquico, pulsiones en la primera infancia, procesos de represión	Enfermedad	Aprendizaje	Desviación, violación de la norma	Actualización, crecimiento
Conceptos subordinados	Ello, yo, superyó, ansiedad, defensa	Nosología, etiología, síntoma, síndrome, pronóstico	Estímulo, respuesta, refuerzo, condicionamiento clásico y operante	Normas, violación de reglas, estigma	Experiencia, autoconcepto, incongruencia, condiciones de valor, expansión consciente
Factores de causa	Conflictos intrapsíquicos	Orgánico, bioquímico, genético	Historia del aprendizaje disfuncional, interacción persona medio ambiente.	Factores diversos: orgánicos, psicológicos, sociales, prejuicios	Condiciones de valor, necesidad de deficiencia, demandas sociales. Incongruencia entre la experiencia y el concepto de sí mismo
Cómo se describe la conducta anormal	Ansiedad y mecanismos de defensa	Síntomas, síndromes, desordenes	Conducta desadaptativa, desamparo	Conducta desviada, reacción de la audiencia enfatizada	Conducta defensiva y desorganizada, no ser
Concepto de salud Intervención terapéutica	Elaboración de conflictos intrapsíquicos Psicoanálisis, ayudar a conocer motivos inconscientes. Comprender el presente desde el pasado.	Tratamiento médico, fármacos, tratamiento de shock, procedimientos quirúrgicos	Restauración de las competencias en materia de la conducta, modificación de la visión del sí mismo, autocontrol. Terapia cognitivo-conductual, desensibilización, moldeamiento. Orientación para el presente	Institucionalización, salud mental comunitaria	Fomento de la actualización de sí mismo. Terapia centrada en el cliente, entrenamiento sensitivo, terapia Gestalt, yoga, meditación. Orientación para el presente

Exponentes principal	Freud	Kraepelin, Mehl, Snyder	Bandura, Eysenck, Krasner, Seligman, Skinner, Beck, Meichenbaum	Becker, Goffman, Sarbin, Schiff	Laing, Maslow, May, Orstein, Rogers, Grodin
----------------------	-------	-------------------------	---	---------------------------------	---

CAPÍTULO III. INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN MÉXICO

Cuando estoy entre locos, me hago el loco.

Diógenes

3.1 Antecedentes

Desde la época prehispánica, con los aztecas floreció el quehacer terapéutico en pro de la salud mental. Más tarde en la época de la Colonia, México se adelantó a otras sociedades de América al tomar bajo su cuidado a los dementes, que mal alimentados y semidesnudos, deambulaban por las calles o eran alojados en las cárceles. El primer hospital en el continente dedicado al cuidado de tales enfermos, fue el de San Hipólito, fundado en 1566 en la Ciudad de México por Fray Bernardino Álvarez Herrera; posteriormente, en 1698 José Sáyago fundó el Real Hospital del Divino Salvador. Ambas instituciones se mantendrían funcionando por más de 350 y 200 años respectivamente, hasta principios del siglo pasado.

En 1794 se fundó en Guadalajara el Hospital de Belén y en 1860 se establecieron en esa ciudad dos asilos, uno para hombres y otro para mujeres; mientras en Monterrey, en el mismo año se fundó el Hospital Civil, dentro del cual se dedicó a los enfermos mentales una sección. En 1898 se estableció el Manicomio Estatal en Orizaba, Veracruz y en 1906 el Hospital Psiquiátrico Leandro León Ayala, en Mérida, Yucatán.

En los últimos años del siglo XIX y la primera década del siglo XX abrieron sus puertas otras instituciones privadas y públicas entre ellas el sanatorio del Doctor Rafael Lavista en Talpan en 1898 y los hospitales de los Hermanos de San Juan de Dios, quienes en 1905 inauguraron la Casa de Salud de San Juan de Dios para Enfermos Mentales, en Zapopan, Jalisco, que sigue funcionando y en junio de 1910 abrió sus puertas el hospital de Nuestra Señora de Guadalupe en Cholula, Puebla. En ese mismo año, se inaugura en la Ciudad de México el Manicomio General de La Castañeda Programa de Acción en Salud Mental, todo esto con participación en la enseñanza universitaria, en el seno de un hospital general de 400 camas, y todas las especialidades. El tratamiento que se dio a enfermos mentales fue semejante al que se prestaba en otros países, ya que también se carecía de conocimientos y de recursos terapéuticos efectivos y se asumía que el deterioro mental de los enfermos era consecuencia natural, inexorable del avance de su enfermedad y no como resultado en buena parte del aislamiento y el abandono. En la década de los años veinte se fundó el pabellón de niños en ese hospital.

De 1940 a 1950 se crearon hospitales del sector público relacionados con la medicina institucional y de seguridad, que generaron los primeros esquemas institucionales de atención a los problemas de salud mental en México y de práctica psiquiátrica en hospitales generales y centros de salud; en este sentido, en 1942 se creó el servicio de psiquiatría del

Hospital Español en la Ciudad de México con 40 camas para hospitalización y un amplio programa de consulta externa, terapia ocupacional y seguimiento de enfermos.

En 1952 se fundó el Departamento de Salud Mental en el Hospital Infantil de México de la Secretaría de Salud. El primer programa institucional específico, para impulsar y orientar los servicios dirigidos a la atención de personas con padecimientos mentales, así como para promover la salud mental, fue esbozado y desarrollado en el período de 1947-1951, coordinado por el Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia; su principal función fue crear las bases para la planeación, organización y coordinación operativa de las actividades de salud mental, mismas que han tenido diversas orientaciones teórico-metodológicas con el transcurso de los años y con los criterios imperantes en las distintas etapas de la administración pública. Algunas de las estrategias y líneas de acción consideradas en dicho instrumento eran el ampliar los servicios, impulsar la formación de recursos humanos en el campo de la salud mental, promover la investigación y reglamentar la atención a enfermos en establecimientos especializados (Somolinos, 1976).

Las actividades programáticas específicas se interrumpieron entre 1952 y 1958 para restablecerlas en 1959 en la SSA, coordinadas por la Dirección de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, cuya conducción desplegó un conjunto de acciones que incluyeron: el establecimiento de módulos de higiene mental en algunos centros de salud; la ampliación de servicios hospitalarios especializados, especialmente de tipo granja, creándose seis unidades: tres en el Valle de México y otras en Sonora, Oaxaca y Tabasco. También se realizaron actividades de promoción a la salud mental, se auspició el entrenamiento de recursos humanos y se efectuó la investigación sobre trastornos mentales en México; durante este período, en 1964, abrió sus puertas el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde su inicio contó con un espacio con 40 camas dedicadas al servicio de psiquiatría con buen funcionamiento y aceptación, hasta que entre 1970 y 1971 por necesidades del servicio de cirugía, desaparecieron. En el período administrativo que abarca los años de 1964 a 1970, se reestructura la unidad central coordinadora de estos servicios y se denomina Dirección de Salud Mental, correspondiéndole como tarea sustantiva de su gestión coordinar el plan de acción conocido como Operación Castañeda; éste consistió en una reforma de la atención hospitalaria especializada bajo la dependencia de la SSA, por medio de la cual se cierra el manicomio de La Castañeda y se crean seis recintos hospitalarios especializados que tuvieron como principal objetivo mejorar las condiciones de vida institucional de los usuarios, a partir de la organización de nuevos modelos de tratamiento y rehabilitación que les permitiera desarrollar, a través de actividades ocupacionales, agropecuarias y talleres de terapia, diversas alternativas para su reintegración social. En esa operación se funda el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. También se definió un esquema de atención hospitalario especializado en esta materia, al interrelacionar a las distintas unidades creadas, con grupos de problemas y poblaciones específicas. El proceso fue culminado en 1968 y en conjunto las seis unidades dispusieron de 3,030 camas.

Durante el periodo de 1970 a 1976, la SSA mantuvo la Dirección de Salud Mental, la cual tuvo atribuciones de planeación y programación, así como de operación de servicios, dependiendo de ella once unidades hospitalarias especializadas y algunos módulos de salud mental integrados a centros de salud. Asimismo, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) inaugura el Instituto Nacional de Salud Mental, dando prioridad a la atención de la consulta externa de niños y adolescentes; actualmente se llama Centro Integral de Salud Mental, dependiente de la Secretaría de Salud.

En 1964 abre sus puertas el Centro Médico Nacional del IMSS, donde se asignaron 40 camas para el Servicio de Psiquiatría; y en el periodo 1964-1970, la Dirección de Salud Mental de la SSA coordinó la Operación Castañeda, cuyo objetivo fue reformar la atención hospitalaria especializada, para mejorar las condiciones de vida de los usuarios. El programa desarrollado durante esa época estuvo compuesto, además del de orden aplicativo general, por dos subprogramas, el de atención y prevención a la farmacodependencia y el de psiquiatría comunitaria, realizándose actividades primordialmente de asistencia y prevención. Durante la administración 1976-1982, la unidad orgánica responsable fue la Dirección General de Salud Mental, que mantuvo atribuciones operativas y de programación. En esta gestión se destacan los alcances logrados en el apoyo a la ampliación de servicios especializados en psiquiatría y salud mental, integrados a servicios de salud general, tanto en centros de salud como en hospitales generales, lo que permitió elevar el número de servicios y diversificarlos. Dos áreas complementarias fueron objeto de particular impulso: la formación de recursos humanos especializados y la investigación científica en la materia, gestándose a partir de entonces la creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, en 1979, antes Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF); en éste se dio especial énfasis en la atención a las adicciones, cada vez con más presencia, por lo cual se fortalecieron los Centros de Integración Juvenil (CIJ) en ese año y se creó el Consejo Nacional contra las Adicciones, el 8 de Julio de 1986. El entonces Instituto Mexicano de Psiquiatría, actualmente Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INP), desarrolló modelos de rehabilitación para pacientes hospitalizados; uno de estos programas se puso en operación de 1980 a 1982 en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez e incluyó tratamiento intrahospitalario, participación de la familia y seguimiento extrahospitalario.

En 1980 se crea el Consejo Nacional contra las Adicciones y el Instituto Mexicano de Psiquiatría. En 1987 se expidieron cinco normas para la prestación de los servicios de salud mental (Pérez-Rincón, 1995).

3.2 La psiquiatría en México

Hacia 1922, la enseñanza de la psiquiatría cobró algún impulso con el doctor José Meza Gutiérrez, quien impartió un curso en el sexto año de la carrera de medicina como materia no sujeta a examen. Algunos años después, la asignatura se hizo obligatoria.

Durante la década que se inició en 1924, la generación de médicos mostró una dedicación especial a los desórdenes neurológicos y mentales. Con ello mejoró no sólo el nivel de vida

de los enfermos, sino también la enseñanza de neurología y psiquiatría. El manicomio de la Castañeda y una institución privada, el sanatorio del doctor Rafael Lavista, se convirtieron en los principales centros de la especialidad.

Los especialistas mencionados, todos ellos profesionistas de prestigio, enseñaron la materia a los alumnos de medicina. Con esta generación y la que le siguió inmediatamente, se fortaleció además la enseñanza formal de la psiquiatría en la UNAM.

Las primeras residencias hospitalarias en el manicomio de la Castañeda se iniciaron en 1948 y desde 1954 fueron dotadas de programas de enseñanza más formales, mientras el hospital Bernardino Álvarez, desde su fundación, ha operado programas de adiestramiento de sus médicos residentes. También el hospital Central Militar y las escuelas de medicina de las universidades de Nuevo León (desde 1957), San Luis Potosí (desde 1972) y Guadalajara (desde 1970) imparten cursos de especialización para psiquiatras.

La década de 1950 fue rica en acontecimientos, tanto locales como generales, en el campo de la enseñanza de la psiquiatría. En cuanto a los primeros, es de mencionarse que en 1952, siendo Raoul Fournier Villada director de la Facultad de Medicina, se separaron los programas de estudios de la neurología y de la psiquiatría, hasta entonces unidos, lo cual facilitó el desarrollo de la psiquiatría como una disciplina independiente.

Un poco antes, en 1951, la entonces Escuela de Graduados de la UNAM estableció un curso de dos años de duración, posteriormente ampliado a tres años, para el adiestramiento clínico en psiquiatría.

Bajo los auspicios de la Facultad de Medicina de la UNAM, este curso de psiquiatría, a cargo del doctor Ramón de la Fuente, se ha desarrollado sin interrupción, ha contribuido a mejorar el nivel asistencial y académico de las instituciones hospitalarias participantes en el programa. En 1971, el curso de especialización se amplió con cursos de subespecialización en las áreas de psicoterapia médica, psiquiatría social y psiquiatría infantil y de la adolescencia, y desde 1992 cuenta con programas de maestría y doctorado.

Otro avance importante se inició en 1955, cuando, a iniciativas de Alfonso Millán y con la colaboración del doctor De la Fuente, la Escuela de Medicina creó el Departamento de Psicología Médica y Salud Mental como parte de una reforma tendiente a orientar la enseñanza de la medicina en un sentido psicológico humanístico. La creación de este departamento que incluye un programa de salud mental para los estudiantes universitarios, significó el reconocimiento académico de que los datos, los conceptos y los métodos de la psicología son necesarios para la formación general del médico.

Actualmente son siete las instituciones en las cuales imparten cursos formales de especialización en psiquiatría, con duración de dos o tres años: la UNAM, el Hospital Central Militar, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, la Universidad Autónoma de Guadalajara, la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

En 1973 se fundó el Consejo Mexicano de Psiquiatría, constituido en forma idónea por los representantes de las principales sociedades existentes, de la Academia Nacional de Medicina y profesores de los cursos de especialización de las universidades de Guadalajara, San Luis Potosí y Nuevo León. Su función es certificar a quienes han tenido un adiestramiento adecuado.

En 1950, invitado por la UNAM, llegó a México Erich Fromm. Poco después, Fromm desarrolló, en colaboración con la División de Estudios superiores de la Facultad de Medicina de la UNAM, a cargo del doctor José Zozaya, cursos de entrenamiento en psicoanálisis de cuatro años de duración para médicos psiquiatras (Pérez-Rincón, 1995).

3.3 La psicología en el México contemporáneo

En la UNAM se creó la Escuela Nacional de Altos Estudios, posteriormente Facultad de Filosofía y Letras, en la que se impartió la enseñanza de la psicología a nivel superior, que fue inaugurada con un curso extraordinario dictado por el norteamericano James Mark Baldwin, alumno de Wilhelm Wundt. En 1932 se crea una sección de psicología dentro del plan de estudios de la carrera de filosofía. La mayoría de los historiadores de la psicología señala que 1937 empezó la profesionalización de la psicología, al ser autorizada la creación de una maestría en ciencias psicológicas con duración de tres años dentro de la Facultad de Filosofía y Letras. La psicología en México se ve influida en sus orígenes por las corrientes estructuralistas derivadas del racionalismo kantiano y hegeliano y por la fenomenología. En esta primera etapa destaca la influencia de la filosofía Idealista alemana y francesa como orientación dominante de la psicología en México.

En 1945 entra en vigor un nuevo plan de estudios elaborado por el doctor Fernando Ocaranza y la sección de psicología es elevada al rango de departamento autónomo de psicología en la facultad de filosofía y letras. En 1999 se formaliza un plan de estudios más completo que incluye: historia de la psicología, fisiología, psicología general, estadística de la psicología, investigación, psicología infantil, psicopedagogía, información psicoanalítica, psicopatología, psicología experimental, psicología de la adolescencia, psicopatología avanzada, pruebas de evaluación de la personalidad y otras. Este programa se transforma en un pregrado de cinco años en 1958, esto es, en una carrera formal de psicólogo.

En esta época las diversas corrientes psicoanalíticas en la psiquiatría mexicana abren nuevas perspectivas teóricas a una psicología academicista de orientación racionalista y neoneoanatomista. En 1948 se introduce el psicoanálisis humanista de Erich Fromm, quien llega en 1950 para impartir cursos de psicoanálisis en la escuela de medicina. Sus alumnos crean en 1956 la sociedad mexicana de psicoanálisis y en 1963 el instituto mexicano de psicoanálisis. En la década de los cincuenta también se forma un grupo seguidor de psicoanálisis ortodoxo de Freud, reunido en torno a Santiago Ramírez y Ramón Parres, que da vida en 1952 al grupo mexicano de estudios psicoanalíticos bajo los auspicios de la sucesión psicoanalítica Argentina, y en 1957 queda constituida la asociación psicoanalítica mexicana.

En 1956, el departamento de psicología se convierte en el colegio de psicología, y a partir de 1957 otorga el doctorado en esa ciencia. El grupo frommiano se traslada definitivamente a la escuela de medicina: Alfonso Millán y sus colaboradores fundan en 1955 el departamento de psicología médica. El grupo freudiano se queda en el departamento de psicología.

A fines de la década de los cincuenta, la psicología de orientación experimental es sostenida únicamente por el esfuerzo del doctor Rogelio Díaz-Guerrero. Para 1965, 50% de los cursos de la UNAM trataban con los aspectos técnicos y metodológicos de la investigación, lo que hizo posible el lanzamiento de un amplio programa de investigación transcultural con el apoyo financiero de varias fundaciones. Este programa también sirvió como campo de entrenamiento para adaptar y estandarizar una batería de pruebas. En 1964, la apertura del centro de investigaciones en ciencias del comportamiento, bajo la dirección de Díaz-Guerrero, permitió al colegio desarrollar extensas investigaciones sobre el desarrollo humano y la cultura.

En 1966 se abre un nuevo plan de cinco años y el colegio de psicología se organiza en forma de departamento: psicología social; clínica; general; experimental y metodología; educativa, y fisiológica. Los experimentalistas desplazan casi por completo a los psicoanalistas, y logran en 1971 un cambio en el plan de estudios con un currículo de alto contenido experimental. Por decreto del 27 de febrero de 1973 se crea la facultad de psicología de la UNAM. El 23 de marzo, el doctor Luis Lara tapia es designado director de la primera facultad de psicología de América Latina.

Hasta principios de los 60, la información se había centralizado en la UNAM; sin embargo, a partir de entonces se inicia también un proceso de descentralización de la enseñanza de la psicología. En 1963 se fundan las escuelas de psicología de Jalapa y Puebla. Los psicólogos de la universidad veracruzana hicieron en esta época aportaciones al desarrollo de la psicología en México: el departamento de psicología de esta universidad desarrolló un programa de psicología aplicada y experimental de orientación conductual. En 1966, la universidad veracruzana inició un programa de intercambio con Canadá y los EE.UU.

La universidad de Yucatán, a través de su comité para el entrenamiento en Ciencias Sociales, recibió ayuda económica de diversas fundaciones para realizar un programa de investigación en psicología social, que incluía universidades de los EE.UU. y México (De la Fuente, 1997).

3.4 La epidemiología de la salud mental en México

Los progresos científicos y tecnológicos del mundo moderno se reflejan en la salud mental de la población. Las nuevas alternativas de tratamiento para los pacientes con trastornos mentales han reducido considerablemente el periodo de hospitalización. La calidad de vida para aquellos que antes estaban condenados a una existencia dolorosa, ahora pueden vivir fuera de las instituciones y hasta llevar una vida activa.

La epidemiología, ha permitido tener un mejor conocimiento de las características de los pacientes con diversos desórdenes, lo que posibilita tener congruencia entre las necesidades del paciente y las modalidades de tratamiento, así como identificar las variables que predicen el resultado del mismo y determinar los porcentajes de uso de los servicios, las vías de la atención y las barreras para buscar atención.

Por desgracia, también se han incrementado los trastornos psiquiátricos tales como demencia, esquizofrenia, depresión, así como otras formas de enfermedad mental.

Esta tendencia es resultado de las transiciones demográficas, sociales y económicas, que ha vivido México en las últimas décadas, las que provocan que nuestro país llegue al tercer milenio con un incremento en los números absolutos de jóvenes, quienes tienen pocas oportunidades de educación y empleo; con una mayor proporción de personas de la tercera edad, debido al incremento en la expectativa de vida, lo que representa mayores requerimientos de servicios de salud; además de la crisis económica constante que ha generado cambios sociales importantes.

La necesidad de que todos los miembros de la familia se integren al mercado laboral, incluyendo a madres con niños pequeños y los niños mismos, así como la migración internacional, aun cuando representan oportunidades para el progreso económico, incrementan los riesgos para los problemas mentales, ya que en las familias se cambian los roles tradicionales de la mujer y el hombre, además de crear un ambiente poco propicio para la comunicación y supervisión de todos los miembros de la familia, provocando estrés adicional que puede llevar a la depresión y la ansiedad (De la Fuente, 1997).

3.4.1 Estudios sobre hospitalización psiquiátrica

Los hospitales psiquiátricos han representado por muchos años el principal recurso para la atención de los trastornos mentales severos en la población. En 1994 se contaba con 30 unidades de la Secretaría de Salud, la mayoría de las cuales con pacientes crónicos. Su distribución geográfica señala una marcada concentración en la región central del país.

Durante 1992 se realizó una encuesta de los pacientes psiquiátricos hospitalizados en las unidades de la Secretaría de Salud en la República. El objetivo del estudio fue obtener información actualizada acerca de la población hospitalizada en las unidades psiquiátricas, de sus condiciones clínicas y necesidades de atención.

De la información recabada entre un total de 4539 pacientes de 29 hospitales se obtuvieron los siguientes resultados:

La distribución por sexo muestra que 60% son hombres y 40% son mujeres; hasta los 40 años predominan los hombres en una relación de 2 a 1, para después disminuir hasta llegar al predominio de las mujeres entre 61 y 70 años, y en los mayores de 80.

Tres cuartas partes son solteros, pero es mayor la proporción de mujeres que logran una relación de pareja.

Por grado de instrucción, los grupos más numerosos de pacientes carecen de escolaridad (29%) o sólo han cursado la primaria de manera incompleta (18%). Esta tendencia es aún más evidente en los grupos de mayor edad, y, por género, las mujeres en general tienen menor escolaridad.

Las condiciones más frecuentes corresponden al retraso mental y la esquizofrenia, con 32% cada una, otras psicosis orgánicas crónicas alcanzan 28%; la epilepsia, 12%; la dependencia de drogas, 7%; el síndrome de dependencia de alcohol, 6% y por último las demencias seniles y preseniles 4%.

En las mujeres hospitalizadas, las demencias son comparativamente más frecuentes, seguidas de las psicosis afectivas y otras psicosis orgánicas, mientras que en los hombres predomina la adicción al alcohol y, en menor proporción, los trastornos esquizofrénicos.

El retraso mental es la primera causa de internamiento en los grupos de enfermos más jóvenes, mientras que la esquizofrenia y las psicosis orgánicas crónicas se distribuyeron de manera relativamente uniforme a partir de los 20 años.

La dependencia del alcohol como motivo de internamiento aparece desde los 21 hasta los 70 años, mientras que la dependencia de drogas se extiende hasta los 50.

La epilepsia muestra la mayor concentración de pacientes internados de los 31 a los 60 años; sin embargo, entre los menores de 20 es una condición frecuente.

El padecimiento de 59% de la muestra total es crónico. De acuerdo con los grupos de edad, los brotes agudos y los estados descompensados se concentran entre los 21 y 40 años, mientras que los estados residuales son más frecuentes de los 41 años en adelante.

Diagnóstico psiquiátrico principal OMS CIE-9	Hombres n = 2724	Mujeres n = 1815
Demencias orgánicas presenil y senil	1.0	5.2
Psicosis alcohólicas	2.0	---
Psicosis por drogas	2.0	0.1
Psicosis orgánicas transitorias	2.0	4.0
Otras psicosis orgánicas (crónicas)	21.0	21.0
Trastornos esquizofrénicos	33.0	29.0
Psicosis afectivas	2.0	5.0
Estados paranoides	0.1	---
Otras psicosis no orgánicas	1.0	4.0
Trastornos neuróticos	1.0	0.2

Trastornos de la personalidad	1.0	0.1
Síndrome de dependencia del alcohol	3.0	0.1
Dependencia de drogas	4.0	0.2
Abuso no dependiente de drogas	0.2	0.05
Reacción aguda ante el estrés	0.2	0.05
Reacción adaptativa	---	0.03
Trastornos mentales específicos no psicóticos debido a lesión orgánica cerebral	0.2	---
Trastornos depresivos no clasificados en otros apartados	0.2	0.02
Alteraciones de la conducta no clasificadas en otros apartados	0.1	0.05
Alteraciones de las emociones específicas de la niñez y la adolescencia	0.5	.5
Retrasos específicos del desarrollo	---	0.05
Retraso mental leve	0.4	0.5
Otros retrasos mentales específicos	18.0	16.0
Retraso mental sin especificar	2.0	4.0
Epilepsia	4.0	7.0
Otros diagnósticos no psiquiátricos	1.0	1.0

Tabla 2. Encuesta nacional de pacientes psiquiátricos hospitalizados. Diagnóstico por género.

En las características del padecimiento por género se encuentran diferencias significativas. A pesar de que la mayoría de los pacientes presenta trastornos crónicos, éstos prevalecen en las mujeres, mientras que en los varones la tendencia es a estar internados por brotes agudos (15% en comparación con 10% de las mujeres).

El estado psicótico es más común entre los 21 y 40 años, mientras que el asco personal deficiente constituye una proporción similar a lo largo de los diferentes grupos de edad. Por otra parte, las conductas de aislamiento y el estado demencial se incrementan con la edad.

En 65% de la muestra total, se reporta la presencia de alguna invalidez; 51% reporta una segunda adicional, y 37% hasta tres. En la distribución por invalidez en general, sin distinguir cuál es considerada como principal y cuáles como secundarias, 45% presenta una deficiencia en el cuidado personal, 40% retraso mental y 29% problemas en expresión de la comunicación; estas tres condiciones son los tipos de invalidez más frecuentes en la población estudiada; 20% muestra una invalidez moderada, 14% severa y 13% leve. En los grupos de edad de extremos se incrementa la proporción de grados severos. De los pacientes, 32% no participa en actividades de rehabilitación, y la proporción se incrementa en las edades más avanzadas.

En general, se aprecia que cerca de la mitad de los pacientes podrían ser tratados como

externos y el resto no. Esto es constante en la mayoría de los grupos de edad, a excepción de los de edad más avanzada. donde hubo un incremento de aquellos que no podrían darse de alta.

De los pacientes de la muestra total, 60% cuenta con familiares, pero los hombres son visitados con mayor frecuencia (57%) que las mujeres (45%); 43% de los pacientes no recibe visitas; las causas más aducidas son el abandono (15% en los varones y 17% las mujeres) y la carencia de familiares (12 y 16%, respectivamente) (De la Fuente, 1997).



Gráfica 1. Pacientes psiquiátricos hospitalizados (porcentajes)

3.5 Nuevos modelos de atención psiquiátrica

El modelo de Villas Hidalgo, es un nuevo intento por dar nuevas alternativas a la atención del usuario psiquiátrico.

Dicho modelo plantea:

1. Eliminar el sistema asilar hospitalario.
2. Reinsertar en el menor tiempo posible al usuario – usuaria, a su entorno biopsicosocial.

Además se pretende realizar actividades de prevención y promoción a la salud mental, estableciendo diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos, evitando en lo posible el deterioro físico y mental. Interviniendo con el individuo, familia y sociedad, en programas individuales de rehabilitación integral.

Las estrategias para llevar a cabo dicho proyecto, consisten en Distribuir a los usuarios en casas de acuerdo a nivel de repertorio conductual y género.

A – Avanzado.

AI – Avanzado Intermedio.

IB – Intermedio Bajo.

B – Bajo.

Además se contará con:

- Manual de organización.
- Manual de procedimientos.
- Reglamento interno de cada casa.
- 100% de usuarios con meta.
- Programa Individual de Rehabilitación Integral

La supervisión del programa estará a cargo de:

- Comité de la Calidad de la Atención Médica.
- Comité de Vigilancia Epidemiológica.
- Comité de Mortalidad Hospitalaria.
- Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre.
- Comité de Insumos.
- Comité de Enseñanza e Investigación Capacitación y Ética.
- Comité de la Mejora Continua de la Calidad de la Atención.

Habrán evaluaciones que contemplan:

- Seguimiento de tempograma de actividades.
- Seguimiento al programa de referencia – contrarreferencia a primer nivel.
- Evaluaciones mensuales del grado de avance del usuario en el programa individual de rehabilitación integral cuantitativa y cualitativa.
- Programa de Integración del Usuario a su Familia.
- Revisión de indicadores.
- Redimensión de metas.

Rehabilitación psicosocial comunitaria (extrahospitalaria)

Esta es proporcionada por la Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental, en dos casas de medio camino, con capacidad de 17 usuarios cada una.

Casa de medio camino

Es una casa habitación en la cual usuarios dados de alta de Villa Ocaranza que no tienen familia o que son rechazados, ingresan voluntariamente, es un espacio de puertas abiertas, donde viven libremente, compartiendo actividades y responsabilidades propias de un hogar. Financiada completamente por los Servicios de Salud de Hidalgo y supervisada por 2 personas de la Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental, y no tiene personal de Servicios de Salud.

Laboral y residencial

Residencias comunitarias en un programa, en el que los usuarios consolidan o aprenden un oficio y reciben apoyo económico por su participación, con el fin de que en el futuro puedan lograr su autonomía económica a través de un trabajo formal remunerado.

Departamentos independientes.

Es cuando el usuario se independiza y el único apoyo que recibe es económico para el pago de la renta. En esta etapa el usuario es autosuficiente económicamente (SSA, 2000).

Dicho proyecto ya está en marcha, y están en proceso de evaluación los resultados.

CAPÍTULO IV. MÉTODO

*Lo importante en ciencia, no es tanto
obtener nuevos hechos como descubrir
nuevas formas de pensar sobre ellos.*

William Lawrence Bragg

4.1 Planteamiento del problema

A través de la historia de las sociedades, los seres humanos han tenido diversos modos y formas de concebir lo que es una persona enferma y lo que es una sana, dependiendo de las explicaciones que surjan al abordar el tema, repercutirán en la forma en que son tratados dichos individuos. Los trabajadores de la salud, al estar en contacto directo con la persona considerada *enferma mental*, tendrán una influencia capital en los usuarios psiquiátricos.

Para nuestro estudio es importante saber que es lo que piensan y sienten los psiquiatras, psicólogos y enfermeros acerca del paciente psiquiátrico y como estos pensamientos y sentimientos repercuten en su desempeño profesional. De esta forma podría ponerse de relieve, como las personas actuamos no ante lo que es objetivo, sino, a lo que nos han hecho creer, acerca de lo que debemos o no hacer. Existen muchos mitos acerca del paciente psiquiátrico, también es muy sabido de la estigmatización que reciben estas personas por la sociedad, al saber que estuvieron hospitalizados en este tipo de instituciones. Y esto muchas veces, tiene que ver más con prejuicios que con la realidad.

Ya que los trabajadores de la salud están inmersos en un contexto social, no deja de sernos útil el saber como su punto de vista y su experiencia en la vida diaria con las personas albergadas en la institución llega a beneficiar o interferir en el trato hacia dichos individuos.

De esta forma nos surgen estos cuestionamientos:

¿Cuál es la representación social de salud-enfermedad mental que tienen psiquiatras, psicólogos y enfermeros, que tienen trato directo con el usuario con padecimiento mental de una institución psiquiátrica pública?, y

¿A qué referentes recurren cuando evocan los términos de salud-enfermedad mental?

4.2 Justificación

Al estudiar las representaciones que tienen los trabajadores de la salud, acerca del enfermo mental, resulta importante comprender, como estas representaciones nos limitan o

expanden, a la hora de aplicar las técnicas de intervención y tratamiento a los pacientes albergados en un hospital psiquiátrico.

En la relación médico-paciente surgen expectativas por ambas partes, acerca de las posibilidades de rehabilitación, por lo que es clave identificar esas creencias, para que posteriormente estas nos den pauta para una mejor práctica profesional.

El interés en pacientes con trastorno mental, radica en que estos padecimientos hacen que la persona que los vivencia, padezca de discriminación por parte de la sociedad, que en ciertos sectores son vistos de no muy buena forma y son considerados, "locos", "chiflados", o como gente que ya no tienen cura, dichos constructos afectan la relación médico-paciente, repercutiendo en el desenvolvimiento de vida hospitalaria de la gente que allí labora.

En esta investigación se decidió abarcar únicamente a psiquiatras, psicólogos y enfermeros, por lo siguiente: en los trabajadores de la salud mental se manifiestan ciertas representaciones acerca de los conceptos de salud y enfermedad, además de que ellos ejercen las prácticas y por tanto el trato tiene que ver mucho con las nociones que se tengan acerca de dichas concepciones.

Mucho del conocimiento que manifiestan los trabajadores de la salud mental, pertenece al sentido común, puesto que no hay lineamientos científicos que permitan determinar los valores o sentimientos que debieran tener las personas. Por lo que a la hora de tomar decisiones, siempre están presentes tanto los aspectos académicos, como las ideologías personales. Es también importante reconocer que todos estamos inmersos en escenarios sociales y por lo tanto tenemos ciertas concepciones de los grupos con los cuales interactuamos y ejercemos ciertas prácticas diarias; sean de tipo médico hospitalario, psicológico, psiquiátrico o de algún otro tipo.

4.3 Objetivo

Explorar la representación social de salud-enfermedad mental que tiene un grupo de psiquiatras, psicólogos y enfermeros que trabajan en una institución psiquiátrica pública.

4.4 Supuestos

- La representación social de la salud-enfermedad mental difiere en función de la especialidad académica del grupo de estudio.
- Los significados acerca de la salud-enfermedad mental, por parte de psiquiatras, psicólogos y enfermeros se relacionan tanto al conocimiento científico, como al sentido común.

4.5 Indicadores psicosociales

Representación social: Es un modelo imaginario de evaluación, categorización y explicación de las realidades entre sujetos sociales, particularmente entre grupos, que conducen hacia normas y decisiones colectivas de acción (Di Giacomo, 1980, citado en Flores, 1993).

- **Creencias:** Son las ideas o convicciones que las personas tienen acerca de las cosas y que consideran como verdades indudables.
- **Valores:** Son aspectos concretos a los que les damos una importancia especial, de modo que pasan a orientar lo que hacemos.
- **Actitudes:** Es la disposición que tenemos a pensar y comportarnos de un modo determinado.

Se explorarán algunas creencias, valores y actitudes de Enfermeros, Psiquiatras y Psicólogos respecto a la salud y enfermedad mental.

4.6 Muestra

Es de tipo no probabilística y está conformada por psiquiatras, psicólogos y enfermeros que laboran directamente en los procesos terapéuticos de una institución pública. El número de profesionales es de 15, de ambos sexos y engloba a 5 psicólogos, 5 psiquiatras y 5 enfermeros. Deben de tener 2 años de experiencia, es importante para este estudio por su trayectoria con respecto a la intervención hospitalaria, sus conocimientos acerca de los pacientes y sobre los padecimientos que allí existen y de su posible tratamiento. Además de que ellos tienen ciertas concepciones sobre salud-enfermedad mental, que nos ayudará a entender con más profundidad sobre de las prácticas en las que intervienen dentro de la institución.

4.7 Criterios de inclusión

- Que sean profesionales de la salud mental (enfermeros, psicólogos y psiquiatras) de cualquier especialidad y que intervengan en el proceso terapéutico de los usuarios con padecimiento mental.
- Que laboren actualmente en una institución psiquiátrica pública.
- Que cuenten con más de dos años de experiencia laborando en una institución psiquiátrica.
- Que sean de ambos sexos.

4.8 Criterios de exclusión

- Que tengan menos de dos años de experiencia laborando en instituciones psiquiátricas.

- Que actualmente no estén laborando en ninguna institución psiquiátrica.
- Que no quieran participar en el estudio.

4.9 Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido. En este caso, los conceptos de salud-enfermedad que tienen los profesionales de la salud mental ya están incorporados a sus representaciones y no son variables manipulables experimentalmente.

Particularmente es clasificado como estudio de campo y de acuerdo a la evolución del fenómeno, este estudio se puede clasificar como transversal porque recolecta datos, describe variables y analiza su incidencia e interrelación en un sólo momento, en un tiempo único.

4.10 INSTRUMENTOS

4.10.1 Entrevista semiestructurada.

La entrevista es fundamental en todo estudio de realidades locales; permite una comunicación con el actor sobre los temas que en parte son propuestos con anterioridad por quien investiga y otros que emergen en la propia entrevista sobre diferentes aspectos de la realidad local, sobre la vida de la persona, e infinidad de aspectos que van conformando el "contexto" del entrevistado y la posición del mismo.

También conocida como entrevista no directiva. Se define como un procedimiento de conversación libre del protagonista que se acompaña de una escucha receptiva del investigador con el fin de recoger la información por medio de preguntas abiertas, reflexivas y circulares, las cuales podrán develar las categorías de interés para la investigación ya que clarifica comportamientos, fases críticas de las vidas de las personas, logrando de esta forma identificar y clasificar los problemas, los sistemas de valores, los estados adicionales de los protagonistas, ya que desempeñan un rol activo porque el investigador estimula la expresión de la persona en su propio marco de referencia comprendiéndolo en su propio contexto, con ayuda de lenguaje verbal y no verbal.

4.10.2 Instrumento de asociación libre basado en la carta asociativa de Abric

El instrumento utilizado está basado en la Carta asociativa de Abric (1994) que está basada en la técnica de Carta Mental DE H, Jaoui (1979), en la que en la primera fase y a partir de un término inductor, son producidas asociaciones libres.

La asociación libre es un método que se ha clasificado en el campo de las representaciones sociales como asociativo y por no indagar en el pensamiento argumentativo se ha ubicado como una técnica indirecta. Los métodos asociativos producen una expresión escrita más

espontánea, menos controlada, más inmediata y por hipótesis, más auténtica que la de otras formas de obtener información (Abrie, 1984b; De Rosa, 1998 citados en Cervantes, 2001).

Por su dimensión proyectiva, la asociación libre permite tener acceso de manera rápida y sencilla a los elementos que constituyen el campo semántico del objeto estudiado y además permite conocer los elementos implícitos o latentes que pudieran ser ahogados o enmascarados en las producciones discursivas. De Rosa además considera que las asociaciones libres permiten el acceso a los núcleos figurativos de la representación. Son más aptas para sondear los núcleos figurativos de la representación, mientras que técnicas más estructuradas, como el cuestionario, permitirían destacar las dimensiones más periféricas de las representaciones sociales (De Rosa, 1998, citado en Cervantes, 2001).

La forma de aplicación fue la siguiente: se entregó a los entrevistados un ejemplo de como deben ser llenadas las hojas de asociación libre, después se le entregan dos hojas previamente diseñadas para que escriba en ellas. Se le explica que en la primera hoja escriba las primeras cinco palabras que se le vengan a la mente al leer el término inductor, en este caso *salud mental*, cuando haya terminado se le pide que jerarquice y enumere en orden de importancia las palabras que asocio, colocando en la parte izquierda de la lista de palabras, el número uno al vocablo que considere más cercano o más vinculado al término inductor, el número dos a la palabra que crea es menos cercano al término inductor y así sucesivamente hasta completar las cinco, otorgando el número cinco al vocablo que piense tenga menos relación con la palabra inductora. A continuación se le pide que en la parte derecha de la lista de palabras escriba en cada palabra un signo de más (+) si piensa que la palabra tiene connotación positiva, el signo de menos (-) si cree que el vocablo que escribió tiene connotación negativa y por último coloque una (n) si piensa que la palabra es neutral o no tiene connotación alguna.

Posteriormente se le pide, que en la siguiente hoja escriba las cinco primeras palabras que se le vengan a la mente al leer la palabra inductora, que en este caso es *enfermedad mental* y se le dice que ejecute la misma consigna que realizó anteriormente.

Las palabras recolectadas en todas las hojas de asociación libre, se contabilizaron y agruparon en tablas para un posterior análisis de tipo cualitativo y configurando esquemas que ejemplifiquen la representación social de salud y enfermedad mental por medio de diagramas.

CAPÍTULO V. RESULTADOS

Los resultados constan de dos apartados primero se reportan los datos cuantitativos y enseguida los datos cualitativos.

En esta investigación participaron 15 profesionales (5 enfermeros, 5 psicólogos y 5 psiquiatras, todos de ambos sexos). El número de palabras asociadas para cada participante fue de 10 (5 palabras otorgadas exclusivamente a salud mental y 5 otorgadas igualmente a enfermedad mental). El total de palabras evocadas por los sujetos fue 150, (75 para salud mental y 75 para enfermedad mental). Ubicándonos en dos categorías (una en salud mental y otra en enfermedad mental) de este número total de palabras eliminamos las palabras que se repiten en salud mental quedando 57 palabras originales y para enfermedad mental 47 palabras originales, haciendo un total de 104 palabras originales. Para cada categoría se contabilizó su frecuencia de las palabras originales (cuántas veces se presentó), orden de mención (la posición numérica en la que fue escrita), así como su carga (pudiendo ser positiva, negativa o neutra).

Considerando las palabras originales, se construyó una tabla en la que se reúnen la frecuencia, el orden de mención y la carga. El orden de presentación de la tabla se basa en la frecuencia y cabe señalar que no es que sea el indicador más importante, sino porque el programa utilizado así lo maneja. En este caso se decidió respetar la forma de representación y es en la discusión en donde se analizan los datos de acuerdo al marco teórico (Cervantes 1998).

	SALUD MENTAL PALABRAS	FRECUENCIA	CARGA	
1	Equilibrio	4	Positiva	3.5
2	Equilibrio	4	Positiva	3.5
3	Desarrollo	2	Positiva	2.6
4	Desarrollo	2	Positiva	2.6
5	Adaptación	2	Positiva	3
6	Tolerancia	2	Positiva	3
7	Tranquilidad	2	Positiva	3
8	Comunidad	2	Positiva	3
9	Realidad	2	Positiva	4
10	Rehabilitación	2	Positiva	4
11	Rehabilitación	2	Positiva	4
12	Hogar	2	Negativa	2.5
13	Padrón	1	Positiva	1
14	Ausencia de enfermedad	1	Positiva	1
15	Información	1	Positiva	1
16	Plenitud	1	Positiva	1

17	Vida	1	Positiva	1
18	Estado	1	Positiva	1
19	Amor al alma	1	Positiva	1
20	Inteligencia	1	Positiva	1
21	Respirar	1	Positiva	1
22	Detección	1	Positiva	2
23	Aventura oportuna	1	Positiva	2
24	Emoción	1	Positiva	2
25	Placer físico	1	Positiva	2
26	Fomento	1	Positiva	2
27	Proceso	1	Positiva	2
28	Autorrealización	1	Positiva	2
29	Deportar	1	Positiva	2
30	Terapias	1	Positiva	3
31	Amor	1	Positiva	3
32	Tranquilidad	1	Positiva	3
33	Resistencia	1	Negativa	3
34	Salud	1	Positiva	3
35	Amor	1	Positiva	3
36	Ideal	1	Neutra	4
37	Medicamento	1	Positiva	4
38	Cultura	1	Positiva	4
39	Salvo asistencia	1	Positiva	4
40	Objetividad	1	Positiva	4
41	Defensa	1	Positiva	4
42	Equipo multidisciplinario	1	Negativa	5
43	Amor	1	Positiva	5
44	Enfermedad	1	Negativa	5
45	Resaca	1	Negativa	5
46	Impacto	1	Positiva	5
47	Comunicación	1	Positiva	5
48	Familia	1	Positiva	5
49	Amor	1	Positiva	5
50	Drogas	1	Negativa	5
51	Atención	1	Positiva	5
52	Dormir, comer	1	Positiva	3
53	Tratamiento	1	Positiva	3
54	Confianza	1	Positiva	3
55	Amor	1	Positiva	3
56	Felicidad	1	Positiva	4
57	Amor	1	Positiva	4
TOTAL		75		

Tabla 1. Frecuencias y orden de mención de conceptos acerca de salud mental

	ENFERMEDAD MENTAL PALABRAS	FRECUENCIA	CARGA	ORDEN DE MENCIÓN
1	Tratamiento	8	Positiva	2,92
2	Rechazo	7	Negativa	3,14
3	Rehabilitación	5	Positiva	2,6
4	Hospitalización	3	Positiva	4,3
5	Desinformación	2	Neutra	2,1
6	Tolerancia	2	Neutra	2,5
7	Aceptación	2	Positiva	2,7
8	Dolor	2	Negativa	1,5
9	Prevención	2	Positiva	1,5
10	Limitantes	2	Negativa	3,5
11	Estigmatización	2	Negativa	2,5
12	Miedo	2	Negativa	4,5
13	Conflictos	2	Negativa	2,7
14	Paciente	1	Positiva	1
15	Información	1	Positiva	1
16	Ausencia de salud	1	Positiva	1
17	Diagnóstico	1	Positiva	1
18	Enfermedad	1	Negativa	1
19	Sufimiento	1	Negativa	1
20	Atención	1	Positiva	1
21	Apoyo	1	Negativa	1
22	Medicamento	1	Positiva	2
23	Discapacidad	1	Positiva	2
24	Temor	1	Neutra	2
25	Abandono	1	Negativa	2
26	Integración	1	Positiva	2
27	Agresividad	1	Negativa	2
28	Controlable	1	Positiva	2
29	Médicos	1	Positiva	2
30	Desadaptación	1	Neutra	3
31	Desequilibrio psicosocial	1	Positiva	3
32	Estado	1	Positiva	3
33	Relatividad	1	Negativa	3
34	Desinterés	1	Negativa	4
35	Familia	1	Positiva	4
36	Pérdida	1	Negativa	4
37	Avidez	1	Positiva	4
38	Desamparo	1	Negativa	5
39	Trastorno	1	Positiva	5
40	Marginación	1	Negativa	5
41	Satisfacción	1	Positiva	5
42	Aislamiento	1	Neutra	5
43	Anomia	1	Negativa	5

44	Hospital	1	Positiva	5
45	Irritable	1	Negativa	5
46	Incurable	1	Negativa	5
47	Desconocimiento	1	Negativa	5
TOTAL		75		

Tabla 2. Frecuencias y orden de mención de conceptos acerca de enfermedad mental.

La estructura de la representación social de la **salud mental** que tienen los **psicólogos**, **psiquiatras** y **enfermeros**, está constituido por tres niveles organizados jerárquicamente (ver figura 1).

En el nivel del centro se encuentran tres elementos sobresalientes, de acuerdo a su orden de mención, frecuencia y proximidad. Se revelan como los términos más usados por estos profesionales, atribuidos a la salud mental, son: *bienestar*, *prevención* y *equilibrio*. Basándonos en estas palabras, su significado propio y los datos recabados en las entrevistas, podemos decir que para estas personas, la salud mental es un equilibrio en varias esferas de la vida (social, psicológica y biológica), en las cuales se necesita de prevención para alcanzar un bienestar deseado. Quiere decir que el alcanzar este último estado, implica recorrer todo un proceso por el cual cada sujeto, de acuerdo a las reglas que dicta la sociedad y a sus intereses propios, atravesaría para obtener salud mental.

Estos tres indicadores de la Salud mental, equivalen a los que la teoría de las representaciones sociales ha denominado núcleo o esquema figurativo (Moscovici, 1976).

Este esquema o núcleo constituye la parte más estable y sólida de la representación social y ejerce una función de tipo organizadora, que afecta a los demás subconjuntos.

Los simbolismos que denotan los términos, son predominantes en la estructuración de la representación, apoyados en referentes ideológicos y modelos socioculturales, organizados para constituir una centralidad de la noción que tienen sobre los términos de salud mental (Cervantes, 2001).

Entonces vemos como para los profesionales de la salud mental, la prevención, va encaminada a desarrollar un equilibrio y bienestar, que serán la base de una salud mental esperada, y por lo menos necesitaría de dinamismo para saber hasta donde las partes equilibradas están trabajando positivamente para alcanzar el bienestar antes mencionado.

Apoyándonos en el segundo conjunto de elementos que dividen el campo de la estructura de la representación, se encontraron nueve términos que ocupan un lugar intermedio. De acuerdo a su significado, encontramos tres palabras que se relacionan con nociones médico hospitalarias (*hospitalización*, *rehabilitación*, *tratamiento*), dos palabras aluden a aspectos sociofamiliares (*hogar*, *comunidad*), tres palabras, se dirigen más bien a actitudes hacia la salud (*tolerancia*, *adaptación*, *desarrollo*) y un término alude características de espacio-tiempo (*realidad*). Se observa, y es importante en el estudio, que las palabras tienen carga

positiva, asignándole cierto valor afirmativo a la centralidad de la representación de salud mental.

En este segundo nivel, la noción sobre salud mental comienza a abrirse, reagrupándose no sólo a nivel abstracto, sino que empieza a tomar en cuenta aspectos visibles de la vida cotidiana como son: *Hogar y comunidad*, además, que involucra actitudes y actividades para lograr un objetivo, en este caso salud mental, que pide tolerancia y adaptación para lograr un desarrollo esperado. Además de que incluye la ubicación con la realidad o de espacio-tiempo.

El tercer nivel consta de 45 palabras, aquí encontramos términos más distantes y más dispersos, estos términos son los que enmarcan la centralidad de la representación. Al ver sus significados, notamos una mayor temática; aquí observamos nuevamente palabras relacionadas con un modelo médico hospitalario (*servicio asistencial, medicamentos, diagnóstico, hospital*, entre otros), palabras que tienen que ver con actividades que realizan los mismos profesionales (*terapias, farmacoterapia, especialidad, equipo multidisciplinario*), palabras que aluden a necesidades fisiológicas (*dormir, comer*), palabras que tienen efecto en la salud (*drogas, deportes, padres agresivos*), palabras que denotan actitudes personales (*respeto, estabilidad, tranquilidad, integridad, confianza*, entre otras), palabras que aluden a logros personales (*ideal, felicidad, vida*) palabras que denotan incertidumbre (*desconocido, difícil conseguir*).

En la figura 2, se aprecia en forma general la estructura básica de la representación social de la **enfermedad mental** en **psicólogos, psiquiatras y enfermeros**. El esquema de la representación está constituido por tres niveles organizados jerárquicamente. A nivel central ubicamos tres elementos que sobresalen de acuerdo a su orden de mención, frecuencia y proximidad, se revelan como los términos más usados por los profesionales de la salud mental y que son atribuidos a las palabras *enfermedad mental*. En este caso tenemos: (*tratamiento, rechazo, rehabilitación*).

Basándonos en estas palabras, su significado correspondiente y los datos recabados en las entrevistas, podemos decir que para estas personas la enfermedad mental tiene que ver con un tratamiento, o sea que cualquier individuo que presente alteraciones a nivel de personalidad, de pensamiento y de conducta, requiere que le den rehabilitación, además involucra la palabra rechazo, esto quiere decir que los profesionales, ubican este término para demostrar que aun ellos dan cuenta de lo que se ve y se vive en un hospital psiquiátrico, un rechazo, ya sea por incompreensión de la enfermedad, mala información, desinformación, quizá miedo, un contagio, o simple desinterés hacia las personas que tienen ciertos trastornos catalogados como enfermedad mental.

Estos tres indicadores de enfermedad mental equivalen a lo que la teoría de las representaciones sociales ha denominado núcleo o esquema figurativo (Moscovici, 1976).

Por consiguiente vemos como para los profesionales de la salud mental, la enfermedad mental requiere de un tratamiento médico, ya sea a nivel terapéutico u hospitalario.

incluyendo una rehabilitación, y como ellos lo dicen no al 100%, sino sólo en las áreas más adecuadas o que no se han deteriorado y al grado de alteración. Sin embargo no deja de existir un rechazo, como que se dijo antes, muestra una resistencia o un alejamiento hacia lo que es la enfermedad mental y hacia ese mismo tratamiento y rehabilitación en su caso.

En los valores asignados a esta centralidad, predomina la carga positiva. Sin embargo, es importante ver que le asignan negatividad al término *rechazo*, lo que nos dice, que ven la enfermedad como algo contradictorio, y que estigmatiza a los individuos que son catalogados como enfermos mentales.

En el segundo nivel más cercano al núcleo y que divide el campo de la estructura de la representación, se encontraron diez términos, por su significado y su orden de aparición, observamos dos palabras que apuntan hacia una atención médico-hospitalaria (*prevención, hospitalización*), tres términos que denotan un estado emocional (*miedo, conflictos, dolor*), dos palabras que aluden a una actitud (*aceptación, tolerancia*). Y tres palabras que involucran rechazo y actitudes de tipo negativo (*estigmatización, desinformación, limitantes*).

En este segundo nivel del esquema, se amplían los niveles culturales, y se dirigen más hacia aspectos emocionales y de información, además del ya utilizado médico-hospitalario y las actitudes hacia la enfermedad mental.

El tercer nivel del esquema de la representación consta de 34 palabras. En este último nivel encontramos términos que están más distantes y por lo mismo son más dispersos, estas palabras bordean la centralidad y al segundo nivel de la representación, pero no dejan de ser menos importantes para la misma representación y su análisis.

Agrupándolos por su significado, se advierten temáticas diversas; encontrando palabras relacionadas nuevamente a aspectos médico-hospitalarios (*hospital, paciente, diagnóstico, medicamentos, médicos*, entre otras), palabras que apuntan hacia información académica que se tiene sobre enfermedad (*trastorno, discapacidad, desequilibrio biopsicosocial, desadaptación, ansiedad*), palabras que aluden a conductas (*aislamiento, desinterés, retardo, estado, desadaptación, agresividad*), términos relacionados a actividades sociales de rechazo (*marginación, segregación, abandono*, entre otras), palabras que involucran emociones (*desamparo, temor, sufrimiento*), palabras que por su significado denotan estigmatización (*anormalidad, incurable, irreal*), palabras de racionalización profesional (*información, ausencia de salud, enfermedad, estado*) y palabras de tipo altruista (*ayuda*) y de vínculos afectivos (*familia*).

Una vez hecho el análisis de forma general de los tres grupos de entrevistados, se procedió a realizar el estudio de la Representación Social de salud-enfermedad mental de cada uno de los diferentes profesionales.

La figura 1.1 muestra la estructura y sus respectivos niveles, de la Representación Social de salud mental en psiquiatras. En el nivel central, se tiene un sólo término, localizado allí

por su orden de mención y frecuencia, que es (*bienestar*). Por lo que denota la palabra y por las entrevistas recabadas, para estos profesionales la salud mental es cuando logramos estar completamente bien con lo que somos y lo que tenemos y con lo que gira entorno nuestro.

El segundo nivel del diseño, se caracteriza por tener veintitrés palabras y porque se abre más el espectro cultural de estos profesionales, en el cual encontramos términos como son: Ocho vocablos que aluden a un sistema médico-hospitalario (*información, servicio asistencial, atención oportuna, prevención, rehabilitación, hospitalización, diagnóstico, tratamiento*) esto nos dice que por sus actividades como profesionales dentro de un sistema médico-hospitalario, son palabras de uso cotidiano, son sus referentes y van de la mano con su formación académica. Cuatro términos que denotan un estado personal (*tranquilidad, equilibrio, plenitud, felicidad*) nos habla de logros y objetivos profesionales y personales. Cuatro vocablos que dejan ver cierta racionalización (*objetividad, impacto, fomento*), esto nos indica la falta de compromiso hacia el estudio. Una expresión se involucra con características psicológicas de la personalidad (*emoción*) y dos a actitudes personales (*generosidad, respeto*).

Los conceptos evocados de **salud mental** en **psicólogos**, se agruparon en dos niveles (ver figura 1.2). En el centro se pueden apreciar tres características sobresalientes para ser considerado como un individuo sano (*adaptación, desarrollo, bienestar*), la adaptación se relaciona con el hecho de seguir las normas sociales, así como amoldarse a las diferentes circunstancias de la vida. El desarrollo se refiere, a una evolución del ser humano, hacia un estado ideal, además de que el estar sano es un proceso de aprendizaje que hay que cultivar. Y por último, la palabra bienestar está relacionada con la satisfacción que se tiene de sí mismo y su entorno social. En un segundo nivel se pueden apreciar conceptos relacionados con aspectos médico hospitalarios (*tratamiento, medicamentos, detección, hospital, equipo multidisciplinario, difícil de conseguir*). También describen características más concretas de las personas consideradas sanas (*inteligencia, constancia, integridad, estabilidad, equilibrio, cultura*), respecto a las actitudes deseables tenemos a la tolerancia, que busca eliminar el rechazo. Por último se menciona la prevención, que se relaciona directamente con el aprendizaje, pues a decir de los psicólogos la información acerca del trastorno mental, puede ayudar a tener un mejor manejo y menos rechazo hacia el usuario psiquiátrico. Las entrevistas han permitido saber cual es el sentido que le dan a los conceptos arriba mencionados. Como se aprecia, al hablar de salud mental, se habla de lograr satisfacción por la propia vida, siempre y cuando no se vaya en contra de los valores sociales, que alguien optó por llamar valores humanos.

El esquema de **salud mental** en **enfermeros** (ver figura 1.3), tiene en el nivel céntrico un solo término (*equilibrio*) que de acuerdo a su orden de mención fue la expresión más usual evocada por estos profesionales. Si nos basamos en su significado y en las entrevistas realizadas; se puede decir, que para los enfermeros de esta institución la salud mental es vista como un equilibrio, un balance entre varias áreas de la vida de cualquier individuo, estas áreas por como lo escuchamos son biológica, social y psicológica y se diría que la salud vendría después de tener una armonía entre estos enlaces de vida.

El siguiente nivel y último está caracterizado por tener veinticuatro vocablos que por su relación con otras palabras y su significado, decimos que son siete términos que engloban factores médico-hospitalarios como: (*hospitalización, rehabilitación, atención, farmacoterapia, especialidad, prevención, estado*), se infiere que es por su cultura hospitalaria, que utilizan expresiones en este nivel. Tres palabras aluden a un medio sociofamiliar en el cual desarrollarse (*comunidad, hogar estable, familia*), lo que nos dice que vivimos en un medio social y que es indispensable para tener una salud mental, es decir, que el aislamiento podría no ser muy bien visto, por todos los datos analizados por estas personas. Tres palabras se refieren a actividades de la vida cotidiana (*vida, dormir, comer, deporte*) por su significado estos vocablos informan de las actividades que deberíamos practicar para obtener un estado de salud mental. Dos palabras van encaminadas más a factores que podrían entorpecer la salud mental. (*Padres agresivos, drogas*). Cuatro términos aluden a un desarrollo personal (*cuidado, autorrealización, autoestima, realidad*). Una palabra que es (*tolerancia*) nos indica que para estas personas la salud implica paciencia o aguante hacia situaciones que propicien la enfermedad.

En los enfermeros la salud mental está empapada de expresiones múltiples de armonía, entre ellas: sociales, del sistema médico-hospitalario, personales y de prevención. Esto no va lejos de todas las necesidades que la mayoría de nosotros tenemos, aunque no seamos profesionales de la salud mental en un hospital psiquiátrico, lo que sí nos llama la atención, es saber que fue sólo una persona de sexo masculino a nivel enfermería y las demás fueron mujeres, eso nos dice que el esquema estuvo cargado más genéricamente de referentes utilizados por adultos jóvenes del sexo femenino, que se dedican al cuidado personalizado de usuarios psiquiátricos. Por su rol profesional, la enfermera tiene un contacto más cercano con las personas que están allí internas, que por su cercanía, su trato debería de ser de cierta calidez humana.

En el diagrama de **enfermedad mental de psiquiatras** (ver figura 2.1), se puede apreciar que, en el nivel central se localizó sólo un elemento, de acuerdo al orden de mención y frecuencia con que aparecieron las palabras otorgadas por estos profesionales; la palabra más usada en este caso es (*tratamiento*). De acuerdo a su significado esta palabra implica usos terapéuticos y médicos hacia lo que es considerada una enfermedad mental. También nos habla de un uso académico en el lenguaje utilizado por los psiquiatras de esta institución. Por otro lado de acuerdo a las entrevistas y a la asociación libre, nos atrevemos a decir que para estos profesionales, la enfermedad mental es una alteración de las funciones mentales y en las funciones biológicas de los individuos que debe de seguir un tratamiento específico.

El siguiente nivel se caracteriza por tener cinco términos, los cuales se agruparon allí, ya que fueron palabras no tan usadas y con menor frecuencia arrojadas en esta muestra. Las palabras son (*hospitalización, prevención, miedo, conflictos, dolor*). Este nivel informa de aquellos términos que por lo regular se utilizan para ejercer un tratamiento. Los dos primeros nos hablan de ideas médico-hospitalarias, y los tres restantes aluden más a emociones y sentimientos (*miedo, dolor y conflictos*), en estas últimas palabras se distingue de alguna forma las situaciones observables por el personal de salud, sin embargo se infiere

cierto temor que todos como humanos tenemos al enfrentarnos a algunos trastornos mentales que por sus características y síntomas parecieran crudos y dolorosos o que causan sufrimiento.

En el último nivel del esquema hay nueve palabras, las que menos orden de mención tuvieron y frecuencia. Las palabras son las siguientes: dos involucran más a un sistema médico-hospitalario (*trastorno, diagnóstico*), cuatro palabras aluden a desinformación y creencias (*anormalidad, limitantes, desconocimiento, estigmatización*), tres palabras se dirigen más hacia conductas y emociones (*aislamiento, temor, sufrimiento*).

Como podemos observar, este nivel nos proporciona información un poco más amplia y diversa acerca de lo que es para los psiquiatras la enfermedad mental. Se aprecia que en sus esquemas o construcciones ideológicas existen todavía creencias de rechazo y temor hacia lo que se espera de un enfermo o quien padece un trastorno mental. Las conductas y sentimientos enunciados en este nivel dejan ver el miedo que perciben y en el que se ven envueltos los profesionales, por el sólo hecho de trabajar con pacientes con alteraciones a nivel psicológico, biológico y social.

Como se aprecia en la figura 2.2, los esquemas de **enfermedad mental en psicólogos**, se ubican igualmente tres niveles, en el nivel del centro se identifican sólo dos elementos y son asignados allí por su frecuencia, proximidad y orden de mención, que son: (*rechazo y rehabilitación*). Una palabra va encaminada a cierta ayuda terapéutica, sin embargo aquí aparece el término (*rechazo*) que por su significado, deja mucho que decir acerca de la enfermedad mental, ya que los psicólogos la perciben como algo que no es aceptado, en el cual no se involucran en su totalidad, hay límites y distanciamiento hacia los trastornos mentales.

El siguiente nivel que enmarca la centralidad del esquema, es el segundo círculo, que engloba igualmente a dos términos. Son palabras con menor frecuencia y son las siguientes: (*desinformación y aceptación*), aquí las palabras aluden un acercamiento a lo que es un trastorno mental, no obstante la palabra (*desinformación*) nos indica las carencias en la cultura, sin actualización, no estar informados, la importancia que los psicólogos observan en esta palabra, ya que si nos ponemos a ver que es lo que provoca la desinformación, son ideas erróneas, estigmas y rechazo. Tiene que ver también con apatía o desinterés hacia los recursos académico-escolares y hacia una cultura médica preventiva.

El tercer y último nivel, se distribuye y abre aún más, aquí podemos observar palabras como las siguientes: ocho palabras aluden a un sistema médico hospitalario (*médicos, trastorno, tratamiento, discapacidad, información, medicamento, paciente, controlable*) de acuerdo a su significado, estas palabras nos hablan de un uso de lenguaje común por ellos y va inmerso en su formación hospitalaria. Seis palabras se refieren a actitudes (*limitación, marginación, segregación, desadaptación, desinterés, poca tolerancia*) aquí se percibe el rechazo social existente, la mala información cultural y las actitudes que de cierta manera realizamos como individuos que vivimos en un núcleo social definido. Una palabra apunta hacia las creencias (*incurable*), una palabra a sentimientos (*desamparo*), un término a

vínculos afectivos (*familia*), el último término a los recursos que utilizan las personas para no comprometerse a una exploración (*ausencia de salud*).

En el esquema de **enfermedad mental de enfermeros** (ver figura 2.3), se encontró un nivel o centralidad de la estructura de la representación en la que se localizaron dos palabras (*rechazo y tratamiento*) señalamos que los valores asignados difieren, ya que el rechazo lo ponen como algo negativo y el tratamiento como positivo; esto dice mucho al respecto del personal de enfermería, pues perciben la enfermedad con rechazo, sin embargo esta requiere de procedimientos terapéuticos. En el siguiente nivel y el último: se localizaron diecinueve palabras que son las que más recurren los enfermeros, aparecen con una frecuencia y orden de mención regular. Cinco palabras se refieren a un sistema médico hospitalario (*Rehabilitación, hospital, atención, hospitalización, estado*). Cuatro palabras a definiciones académicas (*desequilibrio biopsicosocial, integración, pérdida, retardo*). Nos informan de las expresiones usadas por los profesionales, considerando la enfermedad, como pérdida de alguna facultad psíquica, de un desequilibrio en varias áreas, de un retraso y de una integración, cabe señalar que sólo esta última es de orden positivo. Un vocablo que alude a actitudes positivas que es (*aceptación*). Tres palabras denotan actitudes hacia la enfermedad mental (*ayuda, tolerancia, abandono*) se refieren más bien hacia al altruismo y paciencia hacia los trastornos mentales. Cuatro expresiones se dirigen hacia síntomas de alguna enfermedad mental (*ansiedad, agresividad, dolor, conflicto*). Para terminar, un término alude a estados de percepción o de espacio-tiempo (*irreal*).

De acuerdo a la a la valoración que le dan a la palabra de enfermedad mental, se observa que se tiende a una valoración negativa. Sin embargo existen cargas positivas que son otorgadas exclusivamente a aspectos de intervención, medicación y tratamiento. Los profesionales involucran positivamente la rehabilitación con la enfermedad.

Figura 1.- *Representación Social de Salud mental en Psicólogos, Psiquiatras y Enfermeros.* Se organiza en tres niveles: en el centro ubicamos el núcleo figurativo y los dos restantes constituyen a los elementos periféricos. A cada palabra la acompaña su carga o valoración.

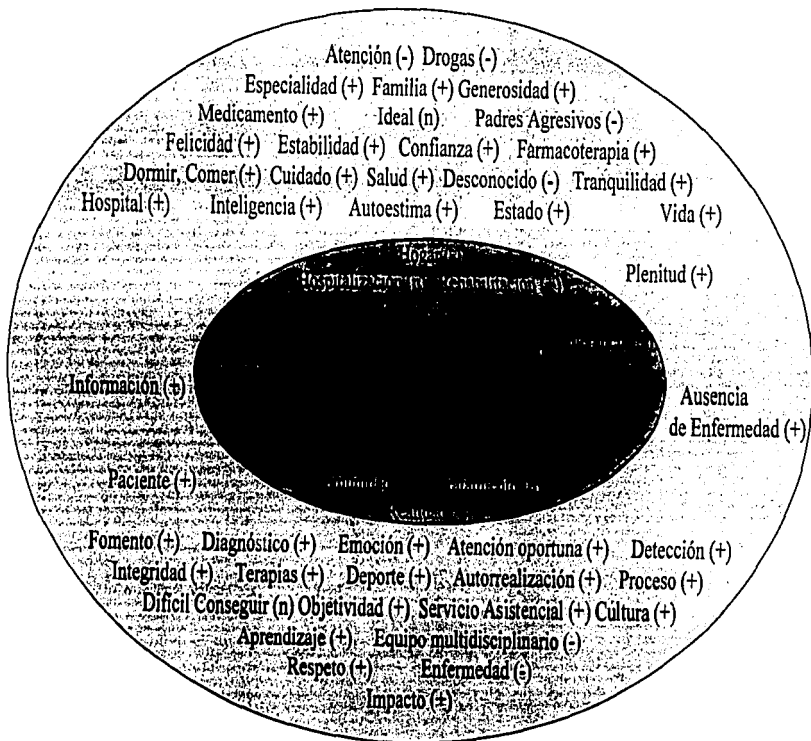


Figura 2.- *Representación Social de Enfermedad mental en Psicólogos, Psiquiatras y Enfermeros.* Se organiza en tres niveles: en el centro ubicamos el núcleo figurativo y los dos restantes constituyen a los elementos periféricos. A cada palabra la acompaña su carga o valoración.

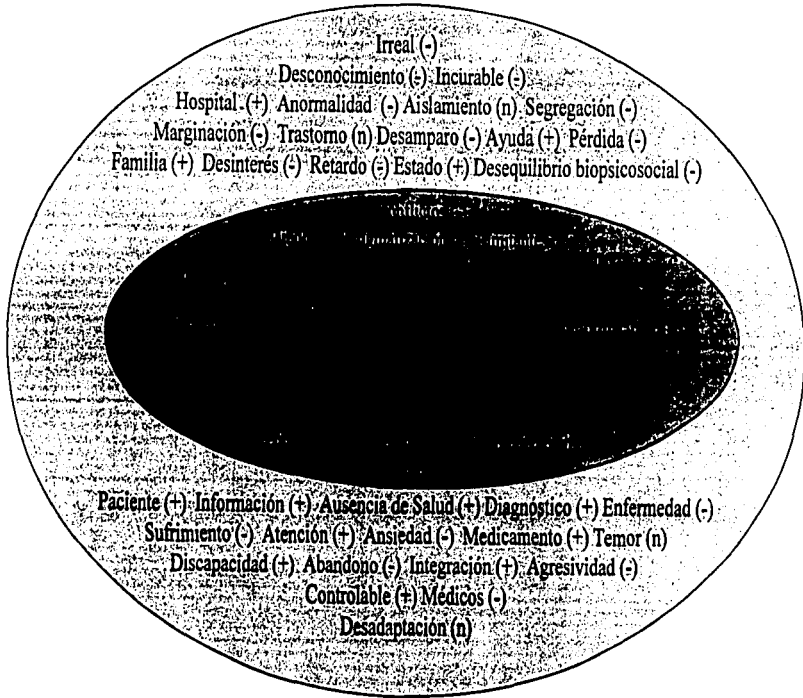


Figura 1.2.- *Representación Social de Salud mental en Psicólogos.* Se organiza en dos niveles: en el centro ubicamos el núcleo figurativo, el nivel restante representa a los elementos periféricos. A cada palabra la acompaña su carga o valoración.

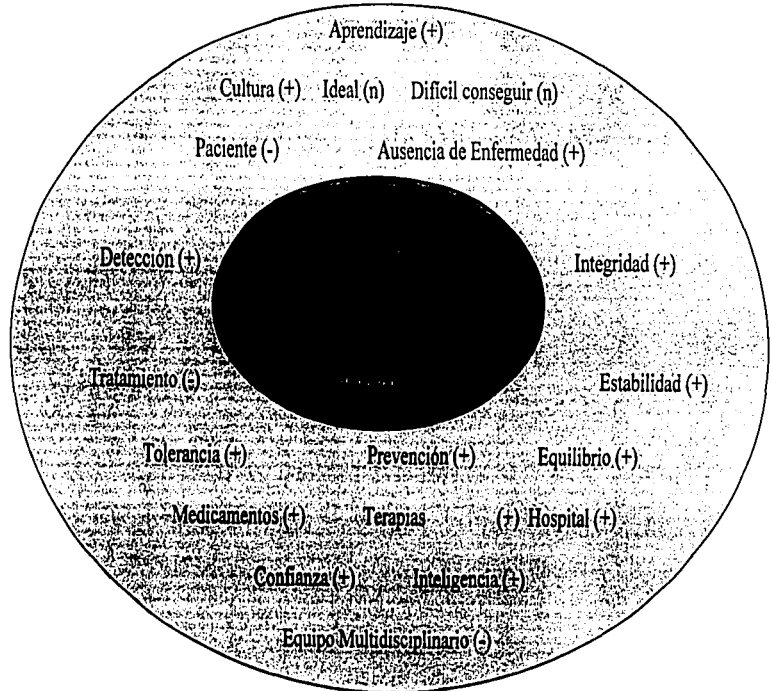


Figura 2.2.- *Representación Social de Enfermedad mental en Psicólogos.* Se organiza en tres niveles: en el centro ubicamos el núcleo figurativo y los dos restantes constituyen a los elementos periféricos. A cada palabra la acompaña su carga o valoración.

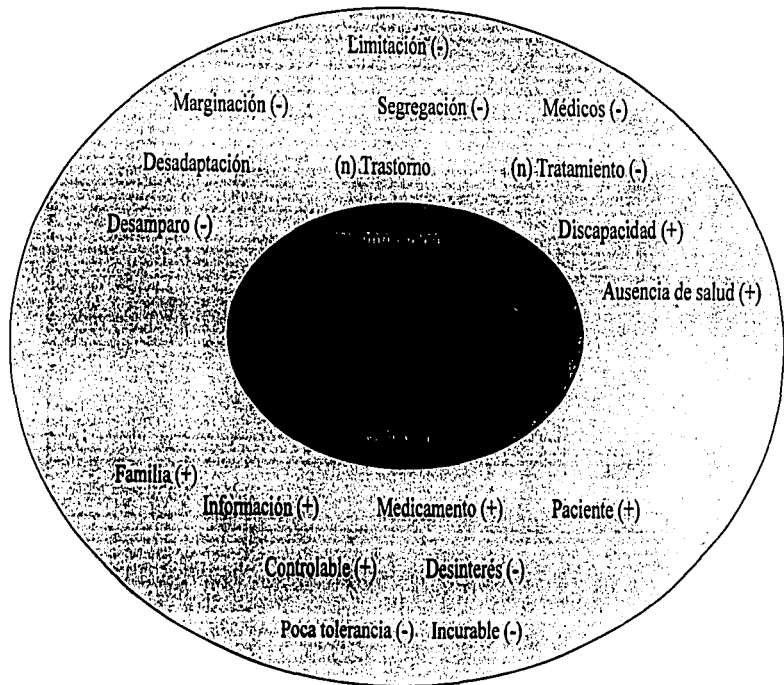


Figura 1.1.- *Representación Social de Salud mental en Psiquiatras*. Se organiza en dos niveles: en el centro ubicamos el núcleo figurativo y el restante constituye los elementos periféricos. A cada palabra la acompaña su carga o valoración.

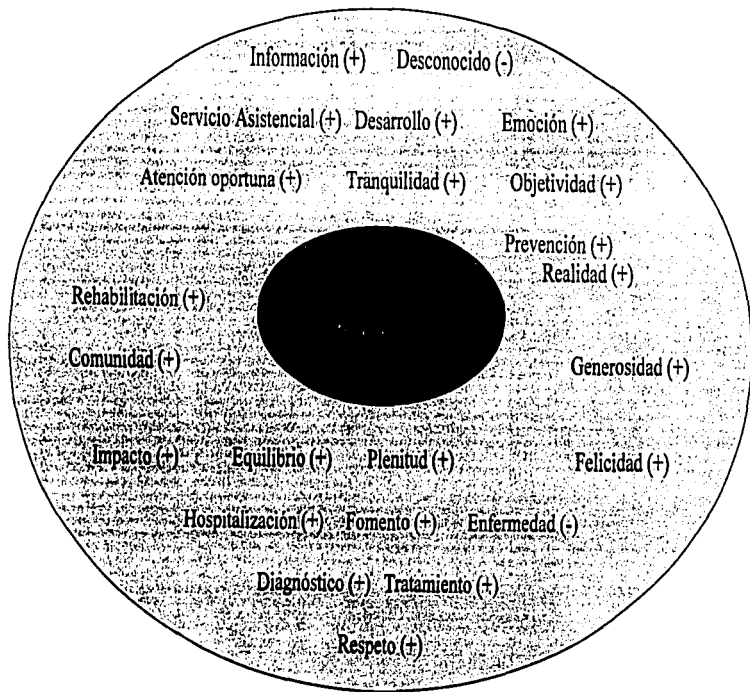


Figura 2.1- *Representación Social de Enfermedad mental en Psiquiatras*. Se organiza en tres niveles: en el centro ubicamos el núcleo figurativo y los dos restantes constituyen a los elementos periféricos. A cada palabra la acompaña su carga o valoración.

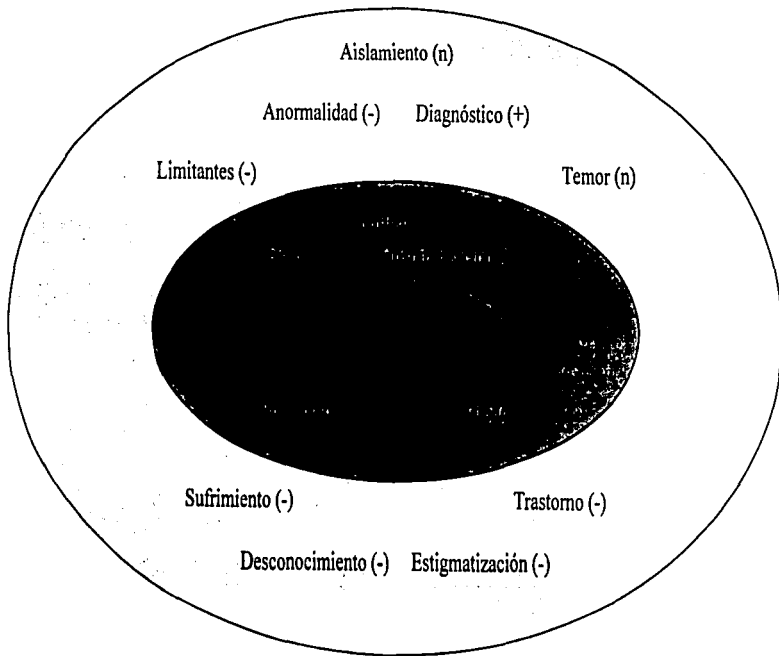


Figura 1.3- *Representación Social de Salud mental en Enfermeros*. Se organiza en dos niveles: en el centro ubicamos el núcleo figurativo, el nivel restante representa los elementos periféricos. A cada palabra la acompaña su carga o valoración.

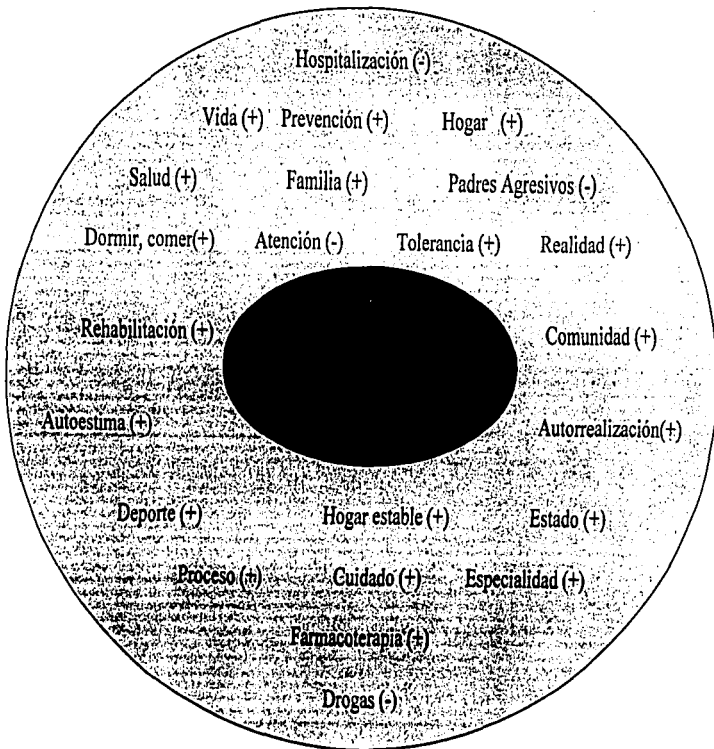
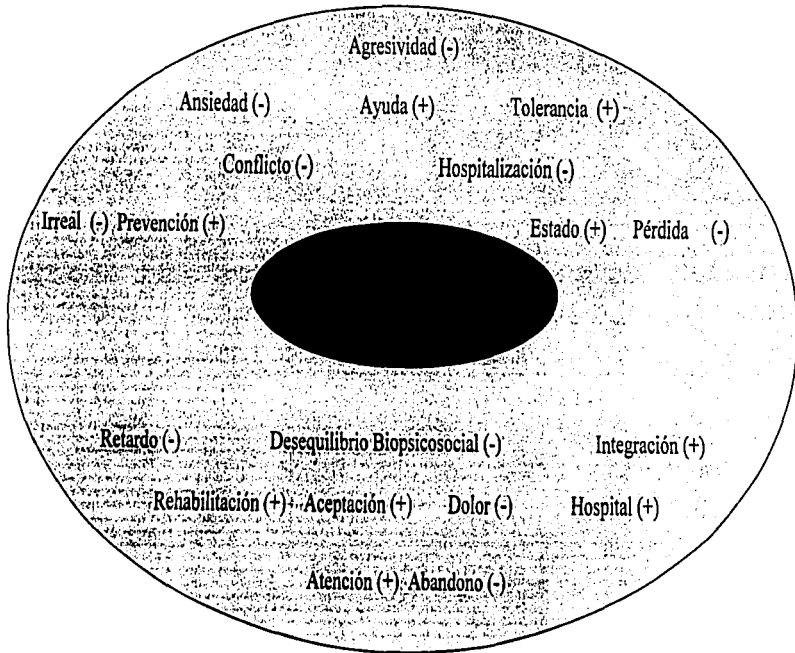


Figura 2.3- *Representación Social de Enfermedad mental en Enfermeros*. Se organiza en dos niveles: en el centro ubicamos el núcleo figurativo y el siguiente muestra los elementos periféricos. A cada palabra la acompaña su carga o valoración.



Para recavar la información de tipo cualitativa, se realizó una entrevista que consta de 23 preguntas, las cuales exploran los valores, creencias y actitudes acerca de la salud y enfermedad mental. Todas las entrevistas fueron grabadas en casetes, con el consentimiento de los sujetos, una vez grabadas se transcribieron y se procedió a su análisis.

Entrevista semiestructurada, realizada a 5 enfermeros, 5 psiquiatras, y 5 psicólogos.

Enfermería	Psicología	Psiquiatría
1. ¿Cómo definiría el concepto de enfermedad mental?		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Como trastornos que son producidos a veces por el mal funcionamiento tanto anatómico, como fisiológico y del sistema nervioso. Cuando se esta afectando su vida familiar, su trabajo, cuando son altos los errores de conducta. Perder el interés de muchas cosas que antes les gustaba y después ya no. ➤ Un deterioro mental, emocional, fisiológico, desconexión más que nada de la realidad. Degeneración corporal gradual. Salirse de lo normal de sus actividades. ➤ Una pérdida del equilibrio en el área mental, cuando se ve alterada la situación social, psicológica, biológica de la persona. Cuando su comportamiento, la manera de vestir, y la relación con las otras personas se sale de la norma. ➤ Desequilibrio biopsicosocial del ser humano, cuando la persona altera su forma de actuar, su manera de decir las cosas, cuando tiene alucinaciones. ➤ Desorden de la personalidad, en la cual hay cambios en las actividades y los pensamientos, 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Como una serie de alteraciones en la personalidad, donde afectan factores sociales, biológicos, familiares, deterioro que tiene en sus relaciones interpersonales, cuando la persona es muy violenta, muy apática, que no acata reglas, descuidada en su cuidado personal, poco contacto con la realidad, poca capacidad afectiva, depresión, deterioro de memoria, concentración, atención. ➤ Es como una alteración del pensamiento, pueden estar incluidas alucinaciones, tanto visuales como auditivas, merma la capacidad del individuo, para poder desarrollarse normalmente. ➤ Como la presencia de agentes patológicos que no permiten la adaptación del individuo, en el contexto social, presentaría conductas inadecuadas a la situación en que se desarrolle, en el aspecto personal presentaría sintomatologías que no se apegan a la realidad. ➤ Enfermedad incurable, controlable, que cuando la persona no tiene un tratamiento adecuado, hay un deterioro en las funciones mentales y conductuales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Una alteración del contacto con la realidad, sufrimiento en la persona muy intenso, mucho más intenso que las enfermedades físicas. Cuando en la persona se altera en un grado importante su funcionalidad, sus actividades cotidianas, y de la gente que vive alrededor de él. ➤ Alteraciones que pueda presentar en el pensamiento, cualitativa y cuantitativamente. Como una alteración del equilibrio entre las emociones y la conducta. ➤ Alteración psicológica y biológica en donde existen síntomas en relación con la conducta y las emociones. ➤ Que es una afección de tipo emocional que afecta los procesos de pensamiento y de conducta en las cuales el paciente sufre. Cuando la persona no se adapta, o funciona de forma incorrecta a lo esperado, para su edad, para su nivel intelectual y para el contexto en el que esta viviendo. ➤ Pérdida en cuanto al equilibrio, en todas las funciones mentales superiores, esto es

<p>se manifiestan errores de conducta, mala toma de decisiones, ansiedad.</p>	<p>➤ Es el padecimiento que tienen las personas por diversos factores, genéticos, sociales, culturales, donde se distorsiona su percepción de la realidad y actúan de manera diferente.</p>	<p>atención, memoria, concentración, y una pérdida en cuanto a lo que es la realidad.</p>
<p>2. ¿Han cambiado sus creencias y sentimientos acerca de la enfermedad mental a través del tiempo?</p>		
<p>➤ Si, mucho, ahora comprendo más la enfermedad mental, se que tiene muchas causas, se que es muy dolorosa para los enfermos, he aprendido a ser más tolerante con ellas.</p> <p>➤ Me he vuelto más humano, pongo mayor atención al paciente psiquiátrico, ahora soy consciente de que hay que guiar al paciente, pues somos su brazo derecho. los tienes que volver a la realidad.</p> <p>➤ Si, ha ido cambiando a través de ir a la escuela, la especialidad, y ahora trabajando es muy diferente.</p> <p>➤ Antes de entrar a trabajar aquí lo que sentía era miedo.</p> <p>➤ Anteriormente me daban miedo los pacientes, he aprendido a aceptar a los pacientes.</p>	<p>➤ Pues no es que haya cambiado, mas bien he aprendido nuevas cosas, voy enriqueciendo la idea que yo he tenido de la enfermedad mental. Mis sentimientos hacia ellos, eran mucha angustia, ansiedad, al no saber como manejarlos.</p> <p>➤ Si, antes de entrar aquí se tienen muchos tabúes, va uno entendiendo más a los pacientes, a cambiado la idea de lo que es un psiquiátrico. Por el desconocimiento, había temor y nervio de estar, o de venir a este lugar.</p> <p>➤ Si, para mí estaba estigmatizada, tenía una marginalidad tremenda, había un rechazo. En mi caso se rompió el mito de que no tenían oportunidades ni capacidades los pacientes, ahora si pienso que tienen y muchas habilidades.</p> <p>➤ Si, en el sentido de que pensaba que era una enfermedad en la que ya no se podía hacer más nada.</p> <p>➤ Si, porque es impresionante interactuar con ellas, después vas entendiendo que su padecimiento no es cosa del otro mundo.</p>	<p>➤ Estar más sensibilizado a pacientes crónicos, emocionalmente también. Antes veía a los pacientes con menos posibilidades, de rehabilitación.</p> <p>➤ No, definitivamente no. Porque siempre defini y nos enseñaron a definir a los locos como un problema de trastorno, no como la locura estigmatizada que maneja la gente común. Sin embargo ha cambiado en el sentido de que me interesan más.</p> <p>➤ Si, ha cambiado mi compromiso como profesional, ahora es más humano.</p> <p>➤ Si, los mitos acerca de lo que es un enfermo mental, la forma de tratamiento.</p> <p>➤ Si, veía la enfermedad mental como una enfermedad que tenía que ver con algo así como la locura, pero no había esa fineza o especificación.</p>
<p>3. ¿Considera vergonzoso padecer una enfermedad mental?</p>		
<p>➤ No, porque es como ser un enfermo diabético, o tener cualquier otra enfermedad física.</p>	<p>➤ No, Porque yo creo que es algo a lo que estamos expuestos cada uno de nosotros.</p>	<p>➤ No, porque es igual que cualquier otra enfermedad, aunque entiendo que la mayoría de la gente, así lo toma, como algo que hay</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ No pues nadie esta exentos de padecerlo. ➤ No, la enfermedad mental es igual que cualquier otro padecimiento que pudiéramos presentar. ➤ No, porque todos estamos expuestos a padecer una enfermedad mental. ➤ No es vergonzoso, sino que es difícil, porque no tan fácilmente nos aceptan o aceptamos a los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No porque es como tener una diabetes, una enfermedad que no es curable y como tal hay que asumirla. ➤ Lo considero estigmatizado, no vergonzoso, porque es una enfermedad común como cualquier otra, vergüenza sería no tratarla ni hacerle frente. ➤ No, creo que han sido víctimas de rechazo y eso a causa de ignorancia y temor. ➤ No, no es vergonzoso, es difícil demostrarle a la sociedad que nada más es una enfermedad. 	<p>que ocultar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ No creo que sea vergonzoso. Sería vergonzoso no atenderse. La cultura en la que vivimos nos hace verlo de una forma estigmatizada. ➤ No, todos estamos expuestos a la enfermedad mental. ➤ No, nadie esta exento y podemos considerarla como otra enfermedad. ➤ No, el tener una enfermedad mental es tan común, y es tan frecuente que ahora ya es una de las prioridades del gobierno.
<p>4. ¿Le asusta llegar a padecer una enfermedad mental?</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si, porque es muy doloroso el rechazo de la gente, de la familia. ➤ Si, yo creo que a todos. La vida se acaba porque no estamos conscientes de lo que se esta viviendo. ➤ No, será cuestión de preguntarle a la gente que esta alrededor mio. ➤ Si me asusta, por el rechazo de la familia y el abandono. ➤ Si, preferiría otra enfermedad más rápida que esta, que me terminara rápidamente. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si, me causa temor, el hecho de perder la integridad de mi persona. ➤ Un poco de temor el de perder la conciencia, tal ves el sentir esas alucinaciones, es eso lo que me daría miedo. ➤ Me asusta como me asustaría tener SIDA o cáncer. No me asusta la sintomatología si no el estigma que se crea con la enfermedad mental. ➤ No, pienso que los seres humano no estamos exentos y tenemos nuestras propias mezclas. ➤ No, de hecho me gustaria tener alucinaciones para aprender más acerca de lo que ven los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Creo que si, pues uno entiende que es una limitación muy importante, quizás me asustase igual que padecer un cáncer, si tuviese que escoger pues un loquito maniaco. ➤ No, porque ya tenemos los servicios y contamos con especializaciones que pueden ayudamos a controlar ciertos trastornos. ➤ En algún momento de mi formación si, ahora no me da miedo porque tendría las herramientas para enfrentarlo. ➤ No, tengo una familia en la cual hay un apoyo. ➤ No, he pasado por trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, he sido medio

obsesivo, pero realmente no me afecta, he estado en tratamiento psicoterapéutico incluso tratamiento farmacológico.

5. ¿Cómo se considera usted mentalmente?

- Sana, pero tengo mucha tendencia por herencia de la familia a deprimirme un poco, pero un trastorno de personalidad no.
- Me considero bien, normal porque los problemas los he sabido superar.
- Sana, solo presento depresión.
- Me considero sana.
- Parece que estoy sana.

- Pues mentalmente me considero sano dentro de los parámetros que se pueden establecer, que podría ser la funcionalidad, dentro y fuera de tus relaciones interpersonales.
- Sano, aunque como todo ser humano de repente estoy en situaciones donde me siento triste, donde hay problemas familiares y laborales.
- Me considero como una persona estable. Mi control de impulsos y tolerancia es buena.
- Me considero neurótica con matices depresivos.
- Sano, pero con ciertos rasgos patológicos que todos tenemos, de hecho para estar aquí hay que tener algunos rasgos.

- Sano, con las limitaciones de todos los seres humanos, no hay nadie totalmente bien del todo.
- Sano en lo que cabe, con déficit en diferentes momentos, tristeza a veces, un poco de estrés igualmente.
- Soy una persona que va a terapia que trata de encontrar ecuanimidad y llevármela tranquila y no metarme en broncas.
- Sana, en lo que cabe, yo creo que en ocasiones tengo problemas de ansiedad.
- Me siento bien y creo que estoy bien, pero claro hay cosas en la vida donde hay crisis, hay cosas que uno debe ir enfrentando.

6. Brevemente diga, ¿cuáles cree que son las posibles causas de la enfermedad mental?

- Cuando hay deficiencias, o hay mas cantidad, de algún neurotransmisor se produce la enfermedad mental, también depende mucho de la dinámica familiar y del apoyo que tenga el paciente en su entorno. Un factor desencadenante, es el no saber como manejar el estrés.
- La farmacodependencia, el alcoholismo. Dentro de la familia: divorcios, destrucción total del seno familiar, los hábitos familiares y

- Creo que no hay una causa única, podemos hablar de la triada, lo biológico, lo psicológico y lo social, con un peso específico equitativo.
- Puede ser una causa hereditaria o cuestiones sociales, de relaciones de dinámica familiar, de relaciones con pareja, y otras personas, de maltrato.
- La causa es multifactorial, puede ser genética, producidas por una estructura de personalidad

- Yo creo que la falta de información en muchos casos, a veces por cuestión de tipo genético, también eso tiene que ver con la familia, el trato con los hijos, falta de conciencia acerca de lo que se está provocando, al actuar de determinada manera.
- En muchos padecimientos como la esquizofrenia tiene que ver con alteraciones en la dopamina, en la bioeléctrica cerebral.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

<p>se anexarían los problemas congénitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hay causas biológicas, herencia, en el ambiente en el que uno se desarrolle, y la red de apoyo. ➤ Algún traumatismo de tipo hereditario, por alguna lesión. ➤ Intervienen factores: orgánicos, causas de patología del nacimiento del niño, la depresión, la presión. 	<p>muy frágil, una causa circunstancial sería un traumatismo craneoencefálico que genera alteraciones neurológicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Creo que son ambientales, familiares, emocionales, y hereditarios. ➤ Son todas, puedes tener tendencia genética, las depresiones, la estructura yoica de la personalidad. 	<p>por causas hereditarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Es multifactorial, tiene que ver la herencia, la historia de vida, la personalidad, factores externos estresantes. ➤ Actualmente ya se tienen tanto factores biológicos, químicos, anatómicos, genéticos, como la misma familia, la sociedad, todos van hilados. ➤ Hay muchas causas, no hay una causa única, desde la perspectiva biopsicosocial.
<p>7. ¿Considera que la enfermedad mental se puede prevenir?</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sí, sobre todo informar, hacer del conocimiento de la gente, que es la enfermedad mental, que síntomas tiene, que características. Detectar si alguien tiene factores de riesgo, que la persona viera los riesgos que se corren y a lo mejor también trabajar sobre eso. ➤ Si se puede prevenir, a través de la educación en el seno familiar principalmente. ➤ Sí, si se detecta a tiempo. Todavía tenemos ciertas creencias erróneas en cuanto a la enfermedad mental, hay que luchar contra eso. ➤ En traumatismo sí, hereditariamente no, solo se puede controlar. ➤ Las enfermedades que surgen por algo detonante creo que sí, por medio de fugas como el deporte, la música. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Creo que sí, a través de una cultura de información, de sensibilización, de quitarle lo místico. Decirle a la gente que es la enfermedad mental, como se puede manejar, y obviamente como prevenirla, a través de cursos, talleres. ➤ Sería muy complicado decir sí, si se puede prevenir, podría ser a través de calidad de vida que se lleve en las familias. Hay que ver también la cuestión hereditaria, además si a la gente se le informara sobre la enfermedad mental. ➤ Sí, en la parte genética difícilmente se puede prevenir, en este caso sería con orientación sobre el manejo del tratamiento. Información acerca de las consecuencias que tienen, la farmacodependencia y la violencia intrafamiliar. La educación puede ser una forma de prevención en cuanto a la toma de conciencia y a la formación de cultura. ➤ Sí, estoy convencida, yo creo mucho en la 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sí, no todos pero sí algunos de ellos se pueden prevenir. Con una familia funcional, Información acerca de los riesgos hereditarios. ➤ Sí, se podría prevenir sabiendo educar con buena información, sobre como se puede prevenir, en donde se te puede dar el manejo, a quien consultar. ➤ Sí, si perdemos el miedo a buscar ayuda psicológica o psiquiátrica. ➤ Sí, dar un poco más de información acerca de lo que es la salud mental, hay programas que se deben plantear en cuanto al apoyo o psiquiatría comunitaria. ➤ El prevenir un trastorno mental tal vez tenga que ver con problemas de ansiedad o depresión, sobre todo cuando podemos ver que hay factores adversos.

	<p>psicoterapia como forma de prevención. También tenemos que no hay suficiente información y políticamente a nuestros gobernantes no les ha convenido dar con claridad y precisión este tipo de información.</p> <p>➤ Prevenir en su totalidad no. Pero con más información se podría ayudar en este sentido.</p>	
<p>8. ¿Es diferente su actitud hacia alguien que es diagnosticado como enfermo mental?</p>		
<p>➤ A lo mejor es diferente en el aspecto de que tal ves tiene uno que marcar más ciertas actitudes en ellas. Afuera del hospital yo creo que rechazo no.</p> <p>➤ No, porque nosotros estamos dentro de esa rama y nos debemos adaptar.</p> <p>➤ Creo que si, uno trata de proteger o de orientar, si se sabe que esta persona no está etiquetada como tal, lo tratamos como cualquier persona.</p> <p>➤ Mi actitud no es diferente porque ya he convivido con pacientes y todos merecemos el mismo trato.</p> <p>➤ No, solo que tenemos más tolerancia cuando las pacientes son más demandantes.</p>	<p>➤ No, yo creo que siempre he tratado de verlas como lo que son, como personas, con determinada situación y punto. Se manejan distinto cada una de ellas, eso es cierto pero dependiendo de la la propia enfermedad que ellas padezcan.</p> <p>➤ No, porque sigue siendo él mismo. Si no el mismo trato, porque son personas con atenciones especiales, sigue siendo un ser humano.</p> <p>➤ No, porque el hecho de que padezcan una enfermedad mental no hace que dejen de ser personas, aunque se les trata diferente por cuestiones de su padecimiento.</p> <p>➤ Trato de que no suceda así, dependería mucho del contexto, si es en el hospital tendría la postura de querer ayudar, fuera del hospital, trato de que no.</p> <p>➤ En un inicio si, hasta el momento de que las aprendemos a tratar.</p>	<p>➤ Depende de que enfermedad mental, también si esta activa la enfermedad o no.</p> <p>➤ Estigmatizarlo de alguna forma no.</p> <p>➤ No, no veo la diferencia hacia alguien que etiquetan como enfermo mental y quien no lo es.</p> <p>➤ Mi actitud es de apoyo, cuidado y más decisión.</p> <p>➤ No en lo absoluto, porque he estado en contacto con tantos pacientes con enfermedad mental, como que he podido irme desensibilizando.</p>
<p>9. ¿Considera que los usuarios con padecimientos psiquiátricos de la institución en la que labora puedan llegar a rehabilitarse?</p>		
<p>➤ Hay algunos que están tan deteriorados, que</p>	<p>➤ Hablar de rehabilitación, tienes que hablar antes</p>	<p>➤ Hay que definir primero lo que es</p>

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

<p>creo que ya no se puede, eso depende del grado de deterioro de la enfermedad, de que tanto lo apoye uno también.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Puede que sí, para mí es mucha constancia y trabajo. Lo siento más paliativo que rehabilitativo. La enfermedad mental no es curativa porque el medio exterior hace que el paciente nuevamente se enferme, es un círculo. ➤ Si, si se apoyara a la gente como debería de ser, creo que hay mucha gente que puede salir adelante. ➤ Algunos no se podrían rehabilitar completamente, pero sí en algunas áreas. ➤ La causa principal es que la familia de los pacientes no los aceptan y no ayudan en la rehabilitación. 	<p>de familia, que juega un papel primordial, pues va a dar sustento, apoyo, estructura a la persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Es que es muy complicado, La rehabilitación es muy difícil porque no hay una adherencia terapéutica. Porque la dinámica familiar es muy mala. ➤ En un porcentaje muy bajo, porque son pacientes crónicos en su gran mayoría no tienen un soporte familiar, son pacientes con demasiada edad para que salgan y sobrevivan o realicen trabajos, en un porcentaje del 10% yo creo que sí. ➤ Algunos sí, no todos, hablar de rehabilitación como una reinserción en la sociedad pues no, pero rehabilitar ciertas áreas que los hagan más independientes, sí. ➤ No, la enfermedad mental no es curable, porque una rehabilitación completa estaría muy difícil, si se pudieran disminuir muchos síntomas negativos del padecimiento sería mucho. 	<p>rehabilitación. Si entendemos como una reintegración total, o una recuperación total de las funciones, pues no, porque la mayoría de ellas tienen daño cerebral, pero si entendemos la rehabilitación como una mejoría notable de cómo se encuentran actualmente, pues sí. De los que están en hospital por ser pacientes agudos, pues allí el asunto es muy diferente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rehabilitación al 100% no, ciertas áreas sí es posible. Hay que saber cuáles son las sensibilidades y habilidades de los pacientes para poder abordarlo desde esa manera. ➤ La mayoría no, 80% y 90% no tienen familia, el abandono es muy alto por parte de la familia, los pacientes cursan enfermedades crónicas. ➤ Sí, por ejemplo aquellos pacientes no tan deteriorados, si se pueden rehabilitar. ➤ Yo creo que todas tienen algún remedio, sino no tendría caso que estuvieran aquí, quizá lo mucho o poquito que se pueda hacer, es un avance muy bueno, creo que se pueden hacer muchas cosas con ellas.
<p>10. ¿Qué sentimientos le inspiran los usuarios con padecimientos psiquiátricos?</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Para mí ha sido tan bonito, tan gratificante, me inspiran mucha ternura, también hay a algunas que las admiro, mucho respeto, me he llegado a encariñar mucho con ellas. ➤ Cariño, con el tiempo quisiera dar más por ellos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En algunos momentos como persona me causan tristeza, enojo a veces, frustración, ambivalencia, indiferencia, hay pacientes que para mí son x. Alegría cuando lo que haces tiene un efecto benéfico en el proceso de rehabilitación. ➤ Algunas veces sí se mueven algunas cosas, a 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pues cierta ternura, cierto afecto, claro que hay algunos que son muy molestos a veces, perseverantes, necios, o a veces agresivos. ➤ Me inspiran sentimientos de ayuda, de esperanza.

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Me dan ternura. ➤ Me inspiran cariño. ➤ Me inspiran respeto, cariño y preocupación 	<p>veces tristeza, de ver como se van deteriorando. Sin embargo a veces ellas te enseñan a luchar y seguir adelante a pesar de las condiciones en que están. He aprendido a ver las capacidades que ellas tiene dentro de las limitaciones. No tenerles lastima.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Me inspiran sentimientos de necesidad de ayuda, apoyo, si es gente joven me siento impotente. Si son adultos tengo sentimientos de apoyo y de tristiza. ➤ De apoyo e interés por orientarlas, pero básicamente el interés por saber como piensan. ➤ Hay algunos que si te desesperan y te dan ganas de no se que, pero de hecho todas se dan a querer de alguna manera 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Me inspiran ternura, mayor comprensión y enojo por la familia que los abandona ➤ De exigencia para mí, el superarme para poder ayudarles, con los que están abandonados de coraje hacia la familia que no viene a verlos. ➤ Compasión, yo creo que es de importancia cada individuo.
--	---	--

11. ¿Qué habilidades cree que puedan desarrollarse en los usuarios con padecimientos psiquiátricos?

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tienen habilidades manuales y artísticas. ➤ Manejarlo con terapias emocionales, ya que es un paciente que guarda mucha energía, hay que hacer que ocupe su mente en algo, ponerle actividades. ➤ Depend de cada persona, sería cuestión de observarlos y ver que capacidades tienen. Aquí se hace el tejido, el bordado, además se podrían aprovechar las capacidades de los profesionistas. ➤ Ellas pueden coser a máquina, pintar, dibujar, bailar. Si participan, pero a veces no nos damos un tiempo o a veces los recursos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Depende de su grado de deterioro, tanto afectivo, como cognitivo, conductual. La mayoría se han rescatado a partir de sus habilidades conductuales ➤ Habilidades artísticas como dibujar y manuales como recortar, pintar. ➤ Depend de el grado de deterioro Esperamos mayor funcionalidad, que forme una familia, que trabaje, que sea independiente o que vaya de acuerdo con su grado de deterioro Una calidad de vida suficientemente estable. ➤ La mayoría están deterioradas, y conforme va pasando el tiempo con su padecimiento se van deteriorando un poco más. Lo que más podría ser, sería la habilidad verbal para que todo lo que 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Depende del diagnóstico. Un retraso mental profundo, ninguna, si se logra que controle esfinter, coma solo, se vista solo, sería maravilloso. Un retraso mental leve o retraso mental medio, podría trabajar en talleres protegidos, que se necesita promover en las empresas, a cambio de exenciones de impuestos, darles una orientación a los pacientes de como gastar su dinero. ➤ Depend de el caso, todo va encaminado a su rehabilitación, a su nivel de vida y calidad de vida, que sea tan óptimo como el que tenia o se pueda mejorar. ➤ Depende de las capacidades que tengan los pacientes. Les funcionan mucho las
--	---	---

<p>➤ Son varias: los talleres de cerámica, costura para hacer adornos, enseñándoles pueden hacer mucho más cosas ellas.</p>	<p>traen, lo puedan sacar para que de alguna manera, podamos interactuar con ellas. También habilidades manuales.</p> <p>➤ Sería importante rescatar las áreas en las cuales aun no están tan deterioradas y desarrollárselas, pues muchas aun pueden ser productivas.</p>	<p>actividades y talleres de bordado, costura, además es trabajo remunerado.</p> <p>➤ Pues yo creo que de todas, que va a los talleres de manualidades, hasta habilidades cognitivas en cuanto a la atención, para control de la ansiedad se tenían talleres de relajación.</p> <p>➤ Algunos simplemente pueden ser manejados para que sean lo más autosuficientes posible en cuestiones básicas de la vida diaria, bañarse agarrar la cuchara, vestirse, algunos incluso salir y valerse por si mismos.</p>
<p>12. ¿Considera algo natural sentir rechazo hacia la gente que padece algún trastorno mental?</p>		
<p>➤ Yo no creo que sea natural, yo pienso que es mucha falta de información, a lo mejor esto lo venimos arrastrando desde hace mucho tiempo, que ya se nos ha hecho como hábito.</p> <p>➤ Depende del ambiente en que esté y por la cultura. Es por falta de cultura y conocimiento a la enfermedad, se piensa que el paciente es lo peor, el rechazo siempre está por desinformación.</p> <p>➤ Primero sentía rechazo, porque pensaba que nos iban a agredir, se forma una barrera o rechazo.</p> <p>➤ Creo que es natural cuando alguien desconoce algo, pues uno le tiene miedo.</p> <p>➤ Si es natural, en mi caso es natural, nadie me dijo tener miedo.</p>	<p>➤ Yo creo que no, la mayoría estamos muy contaminados con la idea de la locura, nosotros no como profesionales, sino como personas. No hay nada natural más que tu carga genética con la que naces y tus reflejos, lo demás es creado. El rechazo social, creo es por la desinformación, las distorsiones de esa información, las exageraciones de esa información, las omisiones.</p> <p>➤ Natural en el sentido de que si desconoces algo, obviamente le vas a temer. Pero si a mi me enseñan, y me orientan a lo mejor tolero un poca más su padecimiento, o ayudarla con el medicamento.</p> <p>➤ Sí, como seres humanos a lo que no conocemos y no estamos acostumbrados a ver nos causa rechazo. Los medios masivos, todo el contexto e información influyen, ya que satanizan al enfermo mental y lo que hace.</p>	<p>➤ Si me molesta, si viene un paciente y trae las manos llenas de excremento, y quiere embarrármela pues tengo que molestarme, también hay rechazo cuando el paciente es agresivo, en ocasiones el rechazo social es por eso, el rechazo en la familia se da generalmente debido a la vergüenza que se tiene por el paciente.</p> <p>➤ Mía no, porque estoy en el mismo medio, por parte de la demás gente si podría ser algo natural, porque no nada más viene desde esta cultura, viene desde mucho antes.</p> <p>➤ No creo que sea natural sentir rechazo, es aprendido, culturalmente se habla muy poco de la enfermedad mental.</p> <p>➤ Sería natural por la falta muchas veces de información.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sentir rechazo o miedo te lleva a que tu lo veniles con tu terapeuta. Cuando lleva otros matices de ignorancia, el rechazo entonces ya no es tan natural. ➤ Si, lo considero natural, por la ignorancia que se tiene acerca del padecimiento mental. 	<p>➤ Es algo natural, siempre hay cosas que generan rechazo, por eso se busca cambiarlas, modificarlas, yo creo que si no hubiera rechazo hacia el paciente con retardo mental, no habria ese interés por ayudarlo.</p>
<p>13. ¿Para usted cuál sería la mejor forma de intervenir terapéuticamente, al usuario con padecimientos psiquiátrico?</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sobre todo, precisamente reeducarlos, en el manejo de su conducta, el establecer las normas, motivarlas mucho ➤ Trabajando con ellas en sus actividades cotidianas, enseñarle actividades que lo hagan más independiente y más sociable. ➤ Enseñándoles a valerse por si mismos ➤ Creo que es muy importante el medicamento, la terapia, platicar con ellas es básico y la red de apoyo, la familia, la comunidad. ➤ Seleccionar a las que están más rehabilitadas y ofrecerles más terapia, más creatividad 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Yo manejo mucho lo que son las situaciones cognitivo conductuales. Manejarlas principalmente a traves de situaciones conductuales. El psicoanálisis se puede manejar más en consulta externa, que los pacientes tienen mejor nivel cognitivo ➤ Pues ver la dinámica familiar, que cosas le están moviendo, le están propiciando esa irritabilidad, esa agresividad, como que un poquito ir conociendo acerca de sus experiencias, de su vida, de lo que ella recuerde, ir quitando las cuestiones que le hacen daño. Cambiar las ideas que están causando el problema aunque muchas veces están muy arraigadas ➤ En algunos funciona la terapia cognitivo conductual y en otros netamente la terapia conductual. En pacientes avanzados utilizamos la terapia racional emotiva. Y trabajamos tres componentes: 1 cognitivo, 2 afectivo, 3 conducta. ➤ Con apoyo y orientación. ➤ Depende del momento en que se encuentre, y depende del paciente y del padecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Siempre hay que tratar de establecer el vinculo, aun con los pacientes agresivos. También se requiere que haya cierta capacidad del paciente ➤ Depende del padecimiento, lo primero y con cualquier tipo es establecer la empatía, darle seguridad al paciente ➤ Lo ideal sería ampliar la gama de psicofármacos para darlos de acuerdo a las condiciones propias del paciente ➤ Saber si requiere tratamiento médico, o a la mejor nada más es un apoyo, a través de algunas sesiones de psicoterapia, tratar de estabilizarla. ➤ Creo que hay diferentes pacientes, que más bien pueden responder a diferentes estrategias, y nunca hay una receta de cocina para todo

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

14. ¿Preferiría evitar trabajar con las personas que están hospitalizadas en esta institución?		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ No. Porque es lo que elegí y me gusta mi trabajo. ➤ No porque el trabajo que hacemos es algo que me satisface, me hace sentir vivo. ➤ No, aquí estoy bien tal vez si lo cambiaría pero ahora estoy bien. ➤ No, si fuera por aprender si lo cambiaría ➤ Tal vez sí, si encontrara otro campo si me gustaria 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No, de hecho si estoy aquí es porque me gusta Es enriquecedor, a parte conoces muchos casos y cada caso te deja algo de experiencia, sobre todo casos crónicos o tan graves como los que se ven aquí. ➤ No, porque creo que tengo habilidad para tratar con ellas, no siento ningún rechazo, me interesa como están en este lugar. ➤ No, porque aprendo de ellos el proceso del desarrollo de la enfermedad. No lo evitaria, más bien lo complementaria con otras actividades ➤ No, sería complementario con mis actividades ➤ No, me gusta estar aquí, es bueno estar aquí adentro para aprender mejor, no nada más de los pacientes externos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No, creo que hay que entrarle a todo para hacer un trabajo profesional completo. ➤ No, aprende uno mucho, no preferiría por aprendizaje y por la ayuda misma que representa ➤ En algunos momentos si, si lo evitaria, sobre todo si los pacientes son muy demandantes ➤ No, me gusta trabajar con enfermos mentales ➤ No, me agrada mucho y con el tiempo llegas hasta sentir placer por apoyarlas
15. ¿Cree que los usuarios con padecimientos psiquiátricos tienen cabida en la sociedad?		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sí, porque son seres humanos, aunque tendrían que apoyarlos para que no recayeran ➤ Sí, porque todavía tienen capacidades, todavía siento que pueden ser útiles ➤ Sí, los que no están tan mal y sólo están controlados ➤ Sí, yo siento que si se educa a la gente y aprendemos que no pasa nada, son igual que nosotros ➤ Sí, debemos empezar a educar para que ellos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Yo creo que sí, pero tiene que haber una red real de apoyo, partiendo de la familia, partiendo de las instituciones de asistencia, de empleo, de que la sociedad misma los acepte. ➤ Si estamos hablando de que hay una mala información como que es más complicado que se pudiera por el rechazo. La realidad me dice que es muy difícil, sobre todo al haber estado mas tiempo de estar internada. La familia necesitaría estar apoyándola mucho. Además habría muchos problemas para conseguir trabajo. ➤ Si, si tienen cabida pero es muy difícil para 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si hay que saberlos acomodar, hay que encontrar lazos de apoyo en las empresas. A las familias hay que sensibilizarlas, a veces no están bien informadas, a veces tienen expectativas diferentes a las reales, hay que centrarlas en la realidad ➤ Si, porque el objetivo del hospital es que el paciente que ingresa aquí, paciente que hay que dárselo de alta, a corto o a largo plazo. ➤ Si, se necesita una red de apoyo tanto familiar como social.

<p>sean aceptados y tengan un lugar.</p>	<p>nuestra cultura, afuera hay un rechazo tremendo, no hay una preparación, no hay información, esto con pacientes crónicos. Con pacientes ambulatorios cambia, hay programas, talleres y oficios con los cuales pueden ser útiles para un reingreso a la sociedad</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si, pero algunos que tienen un deterioro significativo, viendo a nuestra sociedad, no tienen capacidades para competir en ningún sentido. ➤ Si, yo creo que no se les debería de rechazar, forman parte de una familia y esa familia pertenece a la sociedad 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Es muy difícil por la desconfianza del hecho de no conocer, de que no son bien recibidos. ➤ Si por supuesto. Aquí la gente en México es mucho más apachadora.
<p>16. ¿Considera que es mejor recluir a todos los usuarios con padecimientos psiquiátricos en una institución?</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se me hace injusto porque pierden su lugar tanto en su familia como en la sociedad, un lugar que les pertenece. ➤ Considero que a las familias se les enseña a cuidar a su paciente, en vez de ir a dejar a su paciente al hospital. ➤ En muchas ocasiones aquí están mejor, pues aquí tiene comida, atención psicológica y médica. ➤ Dependería de cómo están viviendo afuera, por ejemplo hay muchos pacientes que son maltratados, que son violadas, que están sucias o durmiendo en la calle. ➤ No hay que recluirlas, mejor hay que buscar otras alternativas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ningún paciente amerita estar internado para mí, decidir sobre una persona para mí es sumamente difícil. Creo que no es necesario que permanezcan hospitalizadas en un psiquiátrico, si hubiese una adecuada red de apoyo afuera, como casa de asistencia, albergues, centro de empleo protegido ➤ Si los recluyeran a todos, no cabrían todos. Empezar a orientar a la familia y no dejar que se deteriore más el paciente, además se podría manejar bien en casa. ➤ Puede ser que se les recluya pero si hay un trabajo dentro de esa situación de reclusión, prepararlas para poco a poco ir saliendo ➤ Si vamos a recluir a todos los psicóticos, a va llegar el momento en que se va a llenar de gente que podría estar afuera ➤ La mitad de la institución o mucho más debería 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No, porque todavía pueden ser productivos con los apoyos necesarios. ➤ El objetivo de la psiquiatría ya no es nada más dar contención o reclusiones. Sino como un proceso para una reintegración. ➤ Bajo las condiciones que existen, no. Hay pacientes que podrían estar en su domicilio, pero están abandonados ➤ No, para mí es importante reincorporar a un paciente a sus actividades anteriores. ➤ No, ahora la tendencia es de no recluir a ningún paciente, ya no se justifica que un paciente se olvide por allí, en una institución, tan solo porque ya no quieras lidiar con la enfermedad del paciente.

	de estar en otro tipo de institución donde de veras se interesen por reinsertarlos.	
17. ¿Qué entiende usted por salud mental?		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Un estado de equilibrio, físico, mental, espiritual. Que nos permite, autorrealizarnos, desarrollarnos como seres humanos, estar dentro de una realidad, ser tolerante, una persona con salud mental camina muy relajada, hay cierto brillo en los ojos. No le gusta estarse metiendo en la vida de los demás, siempre esta con una sonrisa en los labios, que siempre esta dispuesta a ayudar a los demás a desarrollarse y superarse como personas. ➤ Estar físicamente bien, tanto fisiológica como mental y emocionalmente bien, en sus actividades, en la forma de pensar. ➤ Es un equilibrio entre lo biológico, psicológico y social, el ser humano se adapta a lo que esta viviendo y esta dentro de la realidad. ➤ Es un equilibrio, tendría que estar a gusto en todos sus aspectos, creo que si estas a gusto y cómodo en lo que haces, con quien estás y como piensas, eso trae como consecuencia la felicidad. ➤ Es la persona que está consciente en todos los aspectos, lugar y tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Es un término difícil de definir, para mi la salud mental sería guardar cierto equilibrio en todas tus áreas de funcionamiento. Relaciones interpersonales funcionales, que no exista un deterioro cognitivo significativo, que afectivamente sepa manejar sus emociones. ➤ La capacidad para poder adaptarnos, a las situaciones sociales. A relacionarnos con los demás, tener un bienestar en todas nuestras áreas, afectivas y sociales. ➤ Una estabilidad emocional, una adaptación a situaciones imprevistas y una conciencia de sus propios actos, un juicio critico de decisiones o sea buena toma de decisiones, buen control de impulsos y expresión de emociones acordes, entre otras cosas. ➤ Una persona que tiene mayor estabilidad, seguridad, confianza en sus actitudes, en sus conductas, mayor adaptabilidad a las situaciones. ➤ Un equilibrio biopsicosocial, donde no hay niveles fuera de lo normal, y lo normal depende de la sociedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tener un buen contacto con la realidad, la capacidad de ser una persona plena en todos los aspectos y desarrollarse, y de ser feliz. ➤ Bienestar biopsicosocial de un ser humano. Viene encaminado con las conductas, a los pensamientos. Es como un equilibrio de todo, entre la mente y el cuerpo. ➤ Estado en el cual el individuo se encuentra satisfecho con lo que esta realizando, esta tranquilo y tiene claras sus metas. ➤ Un equilibrio en todo lo que son las áreas mentales superiores del individuo, tener un buen rendimiento, que sepa manejar la ansiedad. ➤ Tienen que ver con la situación tanto emocional como social y en lo que haces, el hecho de que tengas salud mental, no quiere decir que no tengas ninguna de esas crisis, sino que a pesar de las crisis, las resuelvas y crezcas como persona.
18. ¿Qué opina de la terapia psicofarmacológica?		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Yo siento que si es muy necesaria, no es lo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Antes estaba muy en contra de ella, aunque no 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Que es absolutamente indispensable en

<p>único, siento que se tiene que complementar, tanto con la psicoterapia, como la terapia ocupacional, la recreativa</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Es de mucha ayuda. Porque nos permite ayudar a controlar a las pacientes y a meterlas a la realidad ➤ Los fármacos son muy útiles aquí con los pacientes ya que se controla un poco la patología ➤ Es necesaria, una enfermedad es consecuencia de una alteración del organismo y lo que van a hacer los medicamentos es regular el funcionamiento del organismo ➤ A veces es necesario, porque aquí se trabaja con fármacos a toda la población. 	<p>estoy a favor de que a muchos pacientes se les dé la carga de chochos que se les da. Creo que el medicamento si es necesario, no podemos hablar que estrictamente se tenga que manejar con psicoterapia, creo que no en todos los casos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Yo creo que les ayuda mucho, sin esa ayuda nosotros no podríamos hacer nada, no podríamos empezar a trabajar con las pacientes ➤ Es complementaria, no es única, pues solo desaparecen los síntomas pero hay que aprender a controlarlos ➤ Es básica e importante, porque el medicamento está sustituyendo algo que nuestro organismo no está produciendo. ➤ Útil y necesaria, siempre como psicólogos vamos a necesitar el fármaco para que disminuyan los síntomas negativos y podamos trabajar con el 	<p>muchos casos, depende del trastorno, pero también a veces se abusa, he visto muchos pacientes sobremedicados, que toman demasiados psicofármacos, sin necesidad, dosis demasiado fuertes</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ No todos los pacientes necesitan su dosis de medicamento, necesitan de psicoterapia. No se debe de dar al paciente sólo medicamento y que se vaya para su casa, forzosamente hay que dar la psicoterapia ➤ Esta terapia va de la mano con lo emocional, debe de haber un trabajo conjunto entre lo biológico y lo psicológico ➤ Si es algo a nivel de sistema nervioso central donde hay un desequilibrio tanto bioquímico como anatómico, son indispensables ➤ Son excelentes, esta totalmente comprobado, que hay un componente biológico en la patología mental. Yo no puedo concebir la terapia sin fármacos
<p>19. ¿Qué opina usted de la psicoterapia empleada con los usuarios con padecimientos psiquiátricos?</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Yo siento que si les ayudaría mucho, pues hay pacientes que solo mejoran con un manejo conductual ➤ Trabajando con ellas en sus actividades cotidianas, enseñarle actividades que lo hagan más independiente y más sociable. ➤ Ellas aprenden por modelación, dejarlas más al medio social si serviría. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Yo creo que tiene tanta importancia como la terapia psicofarmacológica, creo que están a la par, son complemento ➤ Aquí, con la mayoría de ellas, trabajamos lo que es modificación de conducta. El apoyo psicológico, contención en situaciones de crisis, y pues si nos ayudado bastante. ➤ La terapia nos va a permitir que el paciente se vaya haciendo más independiente, aquí 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Como ayuda sirve la psicoterapia y los programas conductuales de reforzamiento positivos y negativos a relacionadas conductas ➤ Es necesaria y obligatoria, nadie se salva ➤ Esta terapia va de la mano con lo emocional, psicológicamente debe de haber un trabajo conjunto entre lo biológico y psicológico. Inicialmente lo importante es tener tranquilo

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Es buena, si se tuvieran más recursos podría ser mejor. ➤ Necesitan más motivación, no están al pendiente de los pacientes y tiene uno que estar sobre ellos, no hay una secuencia. 	<p>generalmente se trabaja con técnicas conductuales. Que harán que se necesite menos medicamento para el tratamiento de su trastorno</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Por políticas y por exceso de población es por lo que las prácticas psicoterapeúticas no llegan a una aplicación máxima ➤ La psicoterapia representa el 30% en el proceso de rehabilitación 	<p>al paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La enfermedad involucra muchos factores, por lo que el tratamiento, igual tiene que ser psicológico ➤ No concibo el trabajar con un enfermo mental sin el apoyo de un psicólogo, lo que yo hago junto con lo que hace el psicólogo es lo que realmente hace que el paciente vaya creciendo y funcionando
<p>20. ¿Qué propondría para mejorar la calidad de vida de los usuarios psiquiátricos?</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Más personal y más calificado, que realmente le interesen las pacientes ➤ Que tuviéramos más equipo para rehabilitación ➤ Dedicarles más recursos económicos y de personal. ➤ Vocación en la gente ➤ Los recursos psiquiátricos, dedicarle tiempo a los pacientes, platicar con ellos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Un programa de orientación a familiares, se tiene un programa de apoyo directo a los pacientes en caso de situaciones de crisis, un programa de salud mental comunitario. La institución podría brindar un apoyo real donde esta deje de lado su rollo místico, que nadie puede acercarse, o que nadie puede venir, se tendría que buscar mas contacto social, mas contacto con la comunidad. ➤ Se empezaría con el presupuesto, tener mejores medicamentos. Otras actividades donde ellas pudieran estar funcionando Recursos materiales, recursos humanos, mucha capacitación hacia el personal. Mejorar el trato con ellas que a veces como que no es el adecuado ➤ Adecuado entrenamiento psicológico. Mas presupuesto, un objetivo institucional y gubernamental que diga, bueno cuando el paciente psiquiátrico sea rehabilitado haya una red que asegure que va a seguir esta situación. Implementar situaciones de seguridad, de protección, de calidez. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Necesitamos más recursos económicos, mas personal, de servicios médicos ➤ Mejorar la enseñanza de algunos médicos para mejorar la atención, actualización de los psiquiatras, psicólogos y demás personal. ➤ Se necesita trabajar en una red social, médicos, enfermeros y familia (hijos, hermanos, esposa) crear un grupo de apoyo. ➤ La psicoterapia es algo muy importante, un mejor enganche a las terapias, el poder tener esa confianza y esa libertad de decir ahora me pasa esto manifestando todo lo que sucede. ➤ Hace falta información en las comunidades donde existe el problema antes de detectarlo, falta más psiquiatría comunitaria

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Información y apoyo en todos los sentidos, orientación, trabajo en equipo y más recursos. ➤ Concientizar al personal acerca de todos y cada uno de los padecimientos 	
21. ¿De acuerdo a su práctica hospitalaria, que opina del sistema familiar en la actualidad?		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ La dinámica de la familia de las pacientes por lo general es muy mala, las familias giran su vida alrededor del paciente psiquiátrico. En la familia en general hay muchos problemas, siento que hay muy poco apoyo dentro de esa misma familia. ➤ Ha habido muchos cambios. No es la ideal para la salud mental. Se han perdido, muchas tradiciones, valores y principios que para mí son esenciales en una familia ➤ Como que hay en muchas ocasiones pérdida de los lazos. ➤ Se van perdiendo los valores, y como que no hay mucho apego a la gente y en momentos somos crueles. Y con un enfermo mental eso sucede también. ➤ Aquí hay mucho abandono, las que tienen familia las rechazan ampliamente, otros muy pocos familiares si vienen a terapia 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La enfermedad mental no es propia del paciente, esta es compartida con la familia, la familia es la que finalmente estructura la personalidad. Creo que la familia de los pacientes, en muchos casos son muy psicopáticas, muy incongruentes, vamos a usar la palabra, muy locas. Creo que tiene muy bajos niveles educativos y culturales, también morales, no morales de religión, sino hablando en términos humanos, de valores humanos ➤ Los valores están por la calle de la amargura, como que ya no hay tanta atención hacia los hijos, como que cada uno está en su rollo, como que hay una apatía, mucha indiferencia, maltrato, sin generalizar. ➤ Es en la familia, donde se genera la violencia intrafamiliar, las situaciones de sexualidad, donde se desarrolla el ser humano en sus primeros años. No hay una estructura dinámica, o es muy mala, no hay comunicación. El paciente es el depositario de todo lo malo en la familia. No hay una conciencia del adecuado desarrollo de la familia ➤ Son unos gachos, como que la cultura mexicana se está viniendo a pique, desde mi punto de vista, la información y la cultura gabacha en donde casi la familia no importa, son más los amigos donde 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El estado económico de México en general es malo, hay ignorancia, hay alcoholismo, hay familias numerosas, poca atención a los hijos, poco afecto, por lo tanto todos los hijos crecen con poca autoestima, y tienden a ser repetitivos en las conductas de la familia, la familia de los pacientes es la peor, aunque hay una que otra excepción. ➤ Depende el momento. Si llega por vez primera, obviamente hay un desequilibrio ya sea cometido por él mismo enfermo o por la familia. ➤ Muchas veces la familia esta muy participativa, pero también hay quien no viene porque piensan que si viene en un momento dado les vamos a regresar a su familiar. ➤ En las familias muchas veces se tienen problemas de depresiones que nunca se han tratado, ansiedad y no hacen caso, todo eso los está descontrolando y descontrolan también al paciente, porque no aceptan que están enfermos. ➤ Aquí la familia sigue siendo nuclear, aunque traigan broncas como que siguen juntas las parejas, y se sigue siendo conservador.

	<p>tu puedes hacer lo que tu quieras, ha estado atendando en los valores de la familia mexicana. La mayoría de pacientes que atiende son de familias desintegradas y que aparte viven el rechazo de la familia</p> <p>➤ Creo que todavía tenemos valores donde, esos valores van hacer que tengamos que seguir normas o pautas sociales que ya desde hace mucho tiempo se vienen haciendo, y se esta distorsionando completamente</p>	
--	---	--

22. ¿Quién debería decidir quién está enfermo mental, el paciente, los psiquiatras, los psicólogos o la sociedad?

<p>➤ Yo creo que tendrían que ser todos, que se debería ser un equipo como aquí se hace, hasta con el paciente.</p> <p>➤ Aquí es un conjunto, ni el psicólogo, ni el psiquiatra, ni la sociedad, hay que valorarlo como un todo. El psiquiatra y el psicólogo por su experiencia y sus estudios</p> <p>➤ Los psiquiatras, porque saben un poco más y es una persona más preparada</p> <p>➤ Idealmente sería el psiquiatra, pero aquí somos un equipo, entonces se tendría que trabajar como tal y valorar al paciente entre todos.</p> <p>➤ El médico, también cuenta la sociedad y la familia.</p>	<p>➤ Quien la determina socialmente es el médico, el psiquiatra, quien hace el diagnóstico. Yo como psicólogo no hago diagnósticos, porque yo manejo problemas de relaciones interpersonales</p> <p>➤ Primero es valorado por el psiquiatra, pero en términos generales la valoración tendría que ser en equipo</p> <p>➤ La sociedad no tanto, entre el paciente y el equipo de salud mental, no es una situación unilateral, es una decisión de equipo.</p> <p>➤ Todos, el consenso entre todos sería mejor.</p> <p>➤ Entre todos, la sociedad para que nos digan, se está comportando de tal o cual manera, y aquí adentro un equipo multidisciplinario.</p>	<p>➤ A veces el paciente nunca se va a dar cuenta que está enfermo, quizá lo mejor sería que hubiese un consenso en general, aunque sería difícil, para eso están los especialistas, siendo el psiquiatra o en su caso el psicólogo, para eso se estudian varios años, para poder valorar esa situación</p> <p>➤ Si existiera una buena información, la sociedad podría en algún momento asumir esta responsabilidad. Pero estamos en otra situación en la que el enfermo mental lo define el psicólogo, el psiquiatra o el médico.</p> <p>➤ Le toca al psicólogo y a la psiquiatría porque es la persona que tiene más experiencia y estudia más al respecto.</p> <p>➤ Al psiquiatra porque tiene la capacidad, pues tiene más conocimiento de lo que es la enfermedad mental</p> <p>➤ Quien tenga el entrenamiento, si tienen</p>
---	--	---

		sensibilidad para hacerlo, lo puede hacer, yo no creo que sea algo que tenga que depender del título de psiquiatra
23. ¿En que se basa usted, para saber si lo que sabe acerca de la enfermedad mental es cierto?, ¿Lo leyó, le dijeron, lo vivenció?		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ En la bibliografía, en la experiencia laboral que se tiene. ➤ Me baso por la experiencia, el factor teórico, y donde más aprendes en la práctica, es por los pacientes. ➤ En los estudios que hacen a la gente que están en estos ambientes, en la experiencia laboral ➤ Por la experiencia que tengo aquí, por lo que he visto y he leído. ➤ Por lo que he vivido con los pacientes y lo que he leído. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pues, yo busco los fundamentos científicos de porque es, que es el trastorno mental, no me gusta caer en la subjetividad ➤ En lo que he leído, en lo que he visto, en mi práctica. ➤ Uno es el aspecto teórico, otro los aspectos técnicos (entrevista, tesi, instrumentos psicométricos para reafirmar lo observado) y a la experiencia. ➤ En la confianza en mi misma, en lo que he estudiado, en lo que he visto aquí. ➤ En todo lo que dicen los libros, tenemos que basarnos tanto en la teoría y en la práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En los resultados, si lo que yo digo está mal, pues no me va a dar resultados, si lo que yo digo está bien, va a resolver el problema del paciente. ➤ Forzosamente en los libros. La experiencia es solo el conocimiento ampliado de lo que ya conoces. No es la experiencia lo que te da el conocimiento per se ➤ Básicamente en la información académica. En lo que compañeros, psiquiatras, psicólogos aportaron a través de su experiencia. ➤ Por los conocimientos que uno va adquiriendo, los estudios, la información que uno va recibiendo, pero de una forma más científica. La experiencia es importante. ➤ En mi expertismo, en el tiempo que tengo de trabajar con pacientes psiquiátricos, en lo que he leído

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN

*El auténtico conocimiento es conocer
la extensión de la propia ignorancia.*

Confucio

A pesar de innumerables esfuerzos, pensadores, filósofos, científicos, psicólogos no han llegado a un acuerdo de lo que es la salud y enfermedad mental. De hecho con el presente trabajo no se trata de llegar a una definición, sino el cómo la forma en que entendemos la salud-enfermedad mental, es responsable de algunas emociones y ciertas conductas.

De esta manera, ningún profesional de la salud mental fue capaz de dar una definición que no se apoyara en significados arbitrarios, lo que si pudieron hacer es expresar un conjunto de significados que guiaban su práctica profesional.

La mayoría de los encuestados definían a la salud mental como un equilibrio sociobiopsicoespiritual, probablemente sería lo mismo que decir, que estar sano mental, es una gracia divina, pues la palabra equilibrio va a variar dependiendo de la cultura, la edad, el contexto. Además que se da por hecho que el equilibrio es algo bueno bajo cualquier circunstancia.

Es evidente que la definición de salud-enfermedad mental que dieron dichos profesionales está acorde con la ideología propia de la cultura a la que se pertenece, que a su vez es mezclada con conocimientos científicos para validarla. Pues si comparamos lo que pueblos tales como los budistas, taoístas, sufistas entienden por enfermedad mental, sería notable la diferencia, y la pregunta que muchos se harían es, ¿quién tiene la verdad acerca de lo que realmente es o no la enfermedad mental?.

Posiblemente dicha pregunta no sería del todo correcta, tal vez la pregunta sería, ¿qué consecuencias conductuales, emocionales, institucionales siguen a las diferentes concepciones de la salud y enfermedad mental?.

El hecho de definirse como profesionales de la salud mental, quiere decir que dentro de una misma cultura, hay individuos que creen que tienen el derecho de decidir quien está mal y quien está bien.

En el pasado, la justificación para llamar enfermo a alguien, era que es diferente a nosotros, que no cumple con nuestras expectativas, que no pertenece al molde que le hemos diseñado. Ahora la justificación es que la ciencia determina quien está enfermo.

Algunos de los entrevistados aún aluden al paradigma objetivista para justificar su conocimiento, sin embargo, dicho paradigma ha sido destrozado en gran parte por los

postulados de Einstein y los nuevos descubrimiento de la mecánica cuántica, así como con las investigaciones en Socioconstruccionismo y Representaciones Sociales. Por lo que dicha concepción ha sido insostenible y ha dado paso a conceptos como la intersubjetividad que dan una mejor explicación de los fenómenos sociales.

En el presente estudio, los profesionales no hablan de lo que es la enfermedad mental, de hecho hablan de la ideología de un mosaico cultural que es México. Y es que dentro de la salud mental existen arraigados muchos valores, que no son campo de estudio de la ciencia. De hecho tanto psicólogos, enfermeros, y psiquiatras hablan de que en los últimos tiempos ha habido una pérdida de valores. Pero habría que preguntarse los valores de quien. Además de que al referirse a sus valores, los mezclan con los conceptos de salud mental, reflejando introyectos y racionalizaciones en muchos puntos de la entrevista, donde el que no tiene mis valores entonces está mal.

Los entrevistados al hablar de pérdida de valores, se refieren a que muchos de los usuarios psiquiátricos son abandonados por su familia, donde la solidaridad o el apego se ha perdido. Como podemos apreciar, los valores a los que se refieren los profesionales, reflejan la necesidad de una red social y una familia estable para que sea factible la salud mental. El problema es que la mayor parte de la sociedad rechaza al usuario psiquiátrico, por lo que habría muchas dificultades para obtener dicha rehabilitación.

La ciencia no maneja valores, por lo que es evidente que las definiciones de salud mental obtenidas, son producto de una mezcla del sentido común y conocimientos científicos.

El grupo de los psicólogos, es el que hace más hincapié en la dificultad y quizá imposibilidad de hacer una definición universal de enfermedad mental. Algunos hacen mención de cómo algunos gobiernos utilizan dicho concepto para deshacerse de las personas que les estorban a sus fines. En general los profesionales usan definiciones que no dicen nada, pero se oyen bonitas, "Equilibrio Biopsicosocial". El problema de este tipo de definiciones es que al aplicarlas concretamente se acaba contradiciéndose o recurriendo a supuestos arbitrarios para sostener sus postulados. Esto queda evidenciado cuando los entrevistados dicen que los que salen fuera de la norma son enfermos mentales, entonces los genios serían considerados locos, junto con las personas pertenecientes a culturas diferentes.

Respecto al modelo de intervención predominante, podemos decir que es el biologicista objetivista, que está representado principalmente por la psiquiatría y el enfoque conductista. El que la atención al usuario psiquiátrico se presente desde estas dos perspectivas se debe por una parte a que la población hospitalizada en su mayoría presenta daño cerebral o está en estado psicótico crónico. Bajo estas circunstancias los entrevistados consideran que no es viable implementar un modelo más cognitivo o psicoanalítico. En muchos de los casos el que el usuario psiquiátrico sea autosuficiente en cuanto a comer, vestirse y bañarse es ya un gran logro.

cantidad de personal especializado, y los recursos económicos limitados hacen que sea más fácil recetar una pastilla, o trabajar con el condicionamiento. Es imposible que se tenga una interacción más profunda con los pacientes pues el hacerlo implicaría descuidar totalmente a otros.

También se puede decir que la determinación, de cual es el modelo de intervención hacia el usuario psiquiátrico está dado no solo por cuestiones médicas o psicológicas, sino también políticas, en el sentido de que al ser la institución psiquiátrica financiada por el Estado, muchas de las decisiones acerca de la institución son tomadas por los gobernantes, como la cantidad de personal que es contratado, la calidad de los medicamentos, y que programas de intervención son apoyados y cuales no.

En cuanto a la atención psicológica externa, las cosas son totalmente diferentes. Esto se debe a que las características de la población son propicias para emplear enfoques más cognitivos o psicoanalíticos. Si se usa la corriente racional emotiva, la gestalt, el psicoanálisis, va a depender del tipo de entrenamiento que haya tenido el psicólogo.

Como se aprecia, son muchos los factores y circunstancias que determinan como se va a intervenir en la salud mental a nivel institucional.

Los significados inconscientes de los entrevistados son muy similares a los significados recopilados en las entrevistas, con la diferencia de que en las entrevistas se entendía el sentido que le daban a los conceptos arrojados en la carta asociativa de Abric.

Las palabras utilizadas en la asociación libre, también las encontramos en el discurso elaborado. Que por una parte describen a la salud mental como el estado ideal del ser humano, donde muchos de los conceptos mencionan el cómo "debe" comportarse y sentirse una persona, sin tomar en cuenta el contexto. Y por otro lado, la importancia de rehabilitar a aquellos que no "son" como se "debe" ser.

Respecto a la enfermedad mental, las palabras recopiladas hacen referencia a las conductas y emociones, que no son deseables en un individuo. Además se enfatiza la necesidad de la rehabilitación para "sanar" a la persona; y que es posible prevenirla si existe una suficiente información acerca de esta. Además de que mencionan, la actitud más intensa que surge a partir de la enfermedad mental, que es el "rechazo".

Consideramos que es importante usar varios métodos para tener mejor entendimiento de los fenómenos sociales.

Se investigaron tres dimensiones, las creencias, valores, actitudes acerca de la salud-enfermedad mental. Nosotros no vamos a ver que definiciones son mejores que otras, pues caeríamos en juicios ideológicos, pero si podemos entender como este conjunto de significados propician el modo en que los profesionales deciden tal o cual práctica hospitalaria.

Valores

Podemos decir que la salud mental tiene una valoración positiva en el total de los entrevistados, en el sentido de que es algo a lo que se debe aspirar, algo que incluso se debe obligar a las personas. Al observar esta forma de proceder de los profesionales de la salud mental, es casi imposible no hacer alusión a prácticas realizadas por ciertas religiones.

En ocasiones lo considerado como enfermedad mental, ayuda a la persona a no suicidarse ó que su sufrimiento no sea tan intenso. Probablemente dicho mundo no se ajusta al modelo de "realidad vigente", pero le permite vivir a la persona. Los psiquiatras mencionan que muchos usuarios psiquiátricos no reaccionan a ninguna droga, por potente que sea, y es que en ocasiones pertenecer al grupo considerado como sano mental puede representar mucho sufrimiento, siendo preferible con las desventajas que puedan surgir, estar enfermo mental. Obviamente en ocasiones la "enfermedad mental" representa terribles sufrimientos, pero no siempre es así.

Algo similar sucede según referencias de algunos psiquiatras, cuando a la institución llegan personas que son indigentes o individuos que tuvieron problemas con las autoridades y estas deciden mandarlos al hospital. Algunas de estas personas poseen una cosmovisión diferente a la occidental debido al nicho cultural al que pertenecen, por lo que muchas veces son catalogados enfermos mentales, pues no encajan en el molde de los estándares del DSM-IV, y aun cuando en muchas ocasiones su forma de actuar y cosmovisión cumple una función pragmática en su comunidad, se le trata de trastornado, que es preciso curar, pues como todo loco común, niega la sentencia que se hace sobre él. Después de todo son los profesionales de la salud mental los que saben lo que es mejor para él.

Con lo anterior no se está valorando si el impacto sobre el usuario psiquiátrico es bueno o malo, sólo se trata de hacer patente que la necesidad humana de imponer nuestros valores a los demás se presenta también en científicos del comportamiento, y en ocasiones cuando se tiene poder, se somete a los demás por la fuerza. No se duda que algunas veces este sometimiento llegue a representar algo positivo para el usuario, pero no se puede excluir a aquellos que en pos de la ciencia les hicieron lobotomía a los llamados locos o enfermos mentales.

Entre el grupo de enfermería, la salud mental representa un valor muy importante, pues con la pérdida de esta, hay un repudio social que en ocasiones incluye a la familia, y esto es motivo de intensos temores. Es el rechazo, mas que la enfermedad misma lo que asusta a los enfermeros. Y una de las entrevistadas le preocupa más lo que su familia padezca por su trastorno, que el problema que para ella representaría tener alguna locura.

El grupo de los psicólogos valora la salud mental, por miedo a perder la integridad personal, la conciencia de sí mismo, así como cierto temor a la enfermedad en sí, esto es: a las alucinaciones o al sufrimiento que en más de una ocasión conlleva. El miedo al estigma es menos evidente y sólo un entrevistado lo menciona aunque como un psicólogo nos dice,

una cosa es lo que decimos y otra la que hacemos cuando estamos pasando por dicha situación. Hubo una perspectiva diferente de la enfermedad mental, un psicólogo deseaba padecer un trastorno mental, especialmente una esquizofrenia, haciendo alusión a que para entender mejor al usuario psiquiátrico, habría que pasar por lo que él está pasando, además de que muchos de los genios han sido considerados locos.

Entre los psiquiatras, la enfermedad mental, no representa mucho problema, afirmando que con el avance que hay en la investigación y terapéutica acerca del trastorno mental, serían bien atendidos y lo superarían, de hecho uno de ellos había superado un trastorno depresivo. Además alguien hace mención de que el sentir el apoyo de su familia, la ayudaría a enfrentar cualquier problema mental. Sólo a uno de los entrevistados le asustaba, pues para él, la pérdida de salud mental representa limitación e incapacidad muy importante, tanto, que rivaliza con el miedo que le tendría a una enfermedad como el cáncer. Sin embargo admitió que no todas las enfermedades mentales representan sufrimientos intensos a los pacientes, por lo que si pudiera escoger padecer algún trastorno sería, la locura maniaca. Si bien para este grupo de entrevistados la salud mental representa también un valor positivo, no es de preocuparse, porque tiene solución.

Lo que es considerado salud o enfermedad mental tiene muchos matices, muchos contextos, muchas perspectivas, por lo que muchos de los entrevistados ya no estaban tan seguros de sus definiciones, y algunos de ellos están aceptando que existen diversas realidades que no necesariamente tienen que ser consideradas como enfermas. Ellos están empezando contemplar la diversidad cultural a la hora de realizar diagnósticos.

Creencias

El concepto de enfermedad mental de los entrevistados está muy relacionado con un paradigma objetivista, en el cual se cree en una realidad independiente del sujeto, donde aquel que difiere de esa realidad, producto del consenso, suele llamársele enfermo mental. Si bien es aparentemente fácil demostrar la realidad concreta de objetos físicos, cuando se tratan conceptos tales como, género, moral, el bien, el mal, enfermedad mental, justicia, ética, lo bueno, lo malo, resulta prácticamente imposible definirlos sin ser presa de intereses personales e ideológicos. Y es que, como lo ha demostrado la Dr. Flores, conceptos como el "género" es producto de la cultura y no es inherente al sexo biológico. Por lo que muchas categorías no pertenecen al observado sino al observador.

La mayoría de las creencias de los entrevistados, cuando aun no tenían la instrucción académica, provenían de las películas, y de los mitos de su nicho cultural. La mayoría tenía cierto temor y ansiedad hacia dichos pacientes, pues estos habían sido representados como personas sumamente peligrosas que habría que evitar. De una u otra forma los estigmas que existen alrededor de la enfermedad mental, habían condicionado la percepción que se tiene de los usuarios. Algunas de las instituciones dedicadas a la enseñanza de la psicología no contemplan las prácticas en instituciones psiquiátricas, por lo que algunos de los psicólogos esperaban encontrar los famosos electroshock, los cuartos acolchonados o las camisas de fuerza, además mencionan que tenían ciertos temores y no sabían como manejar al paciente

psiquiátrico al iniciar a laborar en la institución. Una de las enfermeras entrevistadas menciona que no tenía las creencias arriba mencionadas. Esto resulta comprensible, pues ha convivido con un familiar diagnosticado como enfermo mental.

Sin excepción, todos los entrevistados han ido modificando las creencias acerca de dichos usuarios. Este cambio se debe a dos principales factores, uno es, el contacto directo con los usuarios psiquiátricos, el otro, a la actualización académica recibida en el hospital.

Esto nos dice que las prácticas alteran la forma en que percibimos la enfermedad mental, esto quiere decir, que el tener contacto directo con el usuario, cambio la representación que se tenía de él. Pero también podemos decir que la preparación intelectual (cognición que se tiene de la enfermedad) influye la forma en que nos relacionamos con los pacientes.

Un psiquiatra a pesar de tener igual contacto práctico con los pacientes, y tratar el mismo sintoma, va a proceder de una forma diferente a como lo hace el grupo de enfermería o psicología. Y es más, cada individuo tiene sus matices a la hora de realizar su labor, moviéndose de acuerdo a lo que le atribuye a cada padecimiento.

Entre las enfermeras, primordialmente para definir la enfermedad mental se alude a una ruptura con la norma para ser considerado enfermo mental, esto es, cuando se actúa como no se debe, cuando no se tiene la apariencia esperada, salirse de su actividad que normalmente realizaba, dejar de tener interés por las cosas en las que anteriormente se tenía, problemas familiares, laborales, tener pensamientos diferentes.

Las definiciones mencionadas, se relacionan con cuestiones concretas generalmente observables. Forma de hablar, de caminar, de realizar actividades, de relacionarse con los demás.

Para enfermería, la pérdida del equilibrio en el área mental, psicológica, social; habla de transgredir las normas socialmente aceptadas, por lo que si alguien anda desnudo en la calle, lo catalogan como enfermo mental, en vez de decir simplemente que es alguien que no se ajusta al consenso social vigente.

Este grupo tuvo mayor dificultad para definir la enfermedad mental. Tardaban más tiempo para elaborar una posible respuesta y dudaban de las respuestas que daban. Esto es comprensible pues no todos los entrevistados han recibido una capacitación en el área de psicología o psiquiatría.

Entre los psiquiatras, hay una mayor seguridad a la hora de definir la enfermedad mental, para ellos está muy claro que la enfermedad mental es una alteración tanto en lo psicológico como en lo biológico, que va a desembocar en una disfuncionalidad en las actividades cotidianas, como errores de conducta, trastornos emocionales y de pensamiento. También de una u otra forma, son las normas lo que es factor importante para decidir si alguien está enfermo o no, es decir, su nivel de adaptación a la norma, aunque en este caso, ellos aluden que se apoyan en las normas de la ciencia. Claro está que la ciencia también

está condicionada por la cultura y la ideología. Además mencionan el sufrimiento por el que pasa una persona enferma mental, y su mala relación con el medio ambiente.

A la hora de preguntar a los entrevistados sobre en que se basan para saber si lo que saben de la enfermedad mental es cierto o no. Muchos indicaron que los libros eran su fuente más importante, y la experiencia en segundo lugar. Hay que mencionar que las cosas no son ciertas por estar impresas, tampoco la experiencia es infalible, pues en ocasiones se pueden hacer generalizaciones sin tomar en cuenta la cultura y no es raro que las investigaciones estén sesgadas y en casos extremos se inventen datos.

Un entrevistado, propone que la forma de saber si estamos errados o no acerca de nuestro saber, es poner a prueba nuestro conocimiento. Si lo que creemos da el resultado esperado, entonces es cierto. Este tipo de definiciones pragmáticas, evitaría discutir conceptos filosóficos que no tienen solución, o por lo menos hasta ahora.

En el área de psicología, había cierto escepticismo a la hora de dar definiciones de enfermedad mental, aludiendo que dicho concepto puede ser relativo, algunos de los entrevistados mencionan que no hacen diagnósticos.

Muchas de las definiciones que daban, también están muy estrechamente ligadas a la cultura, aunque parezcan muy científicas, y es que en este grupo también se habla de que si no se siguen las normas se es un enfermo mental (normas de la ciencia, mezcladas con normas sociales.). Hay una sobregeneralización, en el sentido de que se considera enfermo a alguien que tiene alucinaciones, sin embargo no se toma en cuenta que en grupos aborígenes siberianos o americanos (Eliade, 1976), gracias a estas alucinaciones se mantiene la organización de la comunidad. Obviamente también están los casos donde la alucinación representa terribles sufrimientos.

La salud mental la asocian al bienestar, sin embargo hablan de bienestar sin tomar en cuenta ciertas aclaraciones, y es que un psicópata al no sentir culpa, ni remordimiento, en ocasiones puede ser más feliz que muchos de los que se consideran sanos. También si hablamos de bienestar, hay que especificar si este es a corto o largo plazo.

La definición de la patología también la relacionan con el grado, esto quiere decir que cuando los sentimientos son muy intensos es cuando se presenta el trastorno, (demasiado apego, demasiada vergüenza, demasiado amor), sin embargo, ¿demasiada felicidad o demasiado gozo es una patología?

También hablan de salud mental como adaptación al medio ambiente, pero esto puede tener diversas implicaciones, generalmente si eres un adaptado, es porque haces lo que todos los demás, aun cuando el hacer esto, en ocasiones te lleva a conflictos internos que provocan sufrimientos.

Además hablan de los síntomas de enfermedad mental como deterioro en las relaciones interpersonales, poca capacidad afectiva, deterioro de funciones mentales superiores,

demás, aun cuando el hacer esto, en ocasiones te lleva a conflictos internos que provocan sufrimientos.

Además hablan de los síntomas de enfermedad mental como deterioro en las relaciones interpersonales, poca capacidad afectiva, deterioro de funciones mentales superiores, conductas inadecuadas, poco contacto con la realidad. Todos estos conceptos nos hablan de modelos conceptuales y pragmáticos establecidos por la cultura, a los que hay que someterse.

Si el concepto de enfermedad mental no fuera de carácter ideológico, entonces no se buscara obligar a la gente a estar "sana". Y es que la totalidad de los entrevistados menciona que no toma en cuenta la opinión del usuario a la hora de hacer un diagnóstico o intervención terapéutica. Cabe señalar que en ocasiones algunos de los pacientes resultan peligrosos tanto para sí mismos como para su familia, y en esos casos el ser recluido por la fuerza, puede evitar que se cometa un delito. Pero no todos los diagnosticados como enfermos mentales representan riesgos para su familia, sin embargo muchos son abandonados en la institución psiquiátrica.

Y es que muchas veces, pensamos que ayudar a alguien es hacer que sea como nosotros queremos. Muchas familias llevan a los hospitales psiquiátricos a sus familiares que les estorban, y dicen que es por su bien.

Para decidir si se esta ayudando a alguien, tenemos que remitirnos a conceptos filosóficos de bien y mal. La ciencia no maneja dichos conceptos. Esto significa que podemos decir que se está procurando que una persona sea más independiente. Si esto es bueno o no, depende de la cultura, el contexto y las concepciones ideológicas.

En ocasiones la psicología se confunde con religión, y es en este punto cuando se busca imponer lo que nosotros consideramos que es mejor.

Las concepciones que se tienen en cuanto a salud mental, influyen en la forma de intervenir. Muchos psicólogos eran renuentes a utilizar fármacos en la terapia, sin embargo actualmente se han conjugado con psiquiatría y están logrando resultados más positivos. Igualmente los psiquiatras, valoran mucha la intervención psicológica, mencionan que los fármacos tienen ciertas limitaciones, siendo su efecto sólo a corto plazo. Los psicólogos aceptan que para poder intervenir en muchos casos es necesario estabilizar al usuario con fármacos.

Esta forma pragmática de evaluar el trabajo terapéutico, hace que más allá de cuestiones ideológicas que puedan tener psicólogos o psiquiatras; si la unión de esfuerzos, da mejores resultados, lo demás sale sobrando. Sin embargo algunos de los entrevistados mencionan que conocen colegas que creen que los fármacos son la panacea, o que la terapia no es compatible con el fármaco.

Acerca del rechazo que existe hacia el usuario psiquiátrico, algunos mencionan que es natural, pues se le tiene miedo a lo desconocido, a su vez refieren que el rechazo se presenta por falta de información.

Sin contar los casos en que uno es perseguido por alguien con un cuchillo, o por alguien lleno de excremento, el rechazo puede ser considerado como algo aprendido, el mismo temor a lo desconocido puede ser considerado aprendido, pues personas ante lo desconocido sienten sorpresa y curiosidad en vez de miedo.

En Francia, al tener la creencia de que la enfermedad mental es contagiosa, rechazan al enfermo mental. También si se tiene la idea de que todo usuario psiquiátrico es peligroso, entonces los evitaremos. Esto sucede principalmente por información errónea en noticieros amarillistas y películas.

Dada esta problemática, respecto al concepto de salud y enfermedad mental, la institución ha considerado llamar usuario en vez de paciente a las personas que están en el hospital psiquiátrico. Con esto se busca disminuir el estigma que existe alrededor de la persona considerada como loca.

Cualquier definición de enfermedad mental va a tener peros, por el simple hecho de que es un concepto filosófico y en este sentido es producto de una perspectiva cultural e ideológica, y como tal, su último fundamento es la fe. Y como su fundamento es la fe, su demostración resulta absurda, y por tal razón ha habido discusiones durante miles de años sin llegar a un acuerdo. Un síntoma de que el concepto de salud mental tiene su fundamento en la fe es que se considera como algo bueno, y como tal hay que imponerlo a los demás. Si queremos hablar del concepto de bien, tenemos que especificar. "bueno para que y para quien", esto quiere decir que es relativo al contexto y a las personas.

Actitudes

Así, como las creencias, las actitudes también han ido cambiando en los entrevistados. Al tener contacto directo con los usuarios psiquiátricos, se han roto muchos mitos.

En los profesionales de la salud mental, prevalece una actitud de aceptación, así como un altruismo, pues si fuese de otra forma, la rehabilitación resultaría muy difícil. Claro está que algunos usuarios son sumamente difíciles de tratar y llegan a caerles mal, pero también están aquellos que despiertan ternura y aprecio en los entrevistados.

Al tener los primeros contactos con el usuario psiquiátrico, la mayoría de los entrevistados, tenía muchas ansiedades, impotencias y miedos. Conforme el tiempo ha transcurrido, ha habido un mejor entendimiento de dichos usuarios, y esto redundó en un mejor manejo, que a su vez acarrea emociones más positivas que desembocan en actitudes que generalmente son de apoyo y comprensión. También es común, que al principio predomine el tener lástima por el usuario, que redundó en sobreprotección. Los profesionales han aprendido que en vez de sentir lástima, hay que aprovechar los recursos que tiene el usuario.

La mayoría ha ido aprendiendo a tener mayor tolerancia, y a tener un mayor compromiso hacia los usuarios, pues estos siempre pueden mejorar más de como están.

Hay también cierta admiración por los usuarios, pues muchos de ellos a pesar de tener circunstancias tan desfavorables, no se dan por vencidos. Además de que algunos tienen mucho que aportar.

Son diferentes las actitudes que creemos que deberíamos tener, o que creemos tener, y las actitudes que en realidad tenemos. Dadas las políticas de la institución, fue imposible verificar las actitudes de los entrevistados.

El hacer una separación de valores, creencias y actitudes es puramente didáctica, pues a la hora de la práctica se observa como se entrelazan dichas categorías, y si alteramos alguna de las tres, las otras son afectadas.

El ir cambiando las creencias, van a cambiar ciertas actitudes, el cambio de actitudes, genera otros sentimientos, y esto provoca diferentes prácticas. Toda actitud al tener como componente un significado, generalmente lleva un valor implícito.

Hablar de representación social, es hablar de una mezcla de valores, creencias y actitudes, que van a condicionar la forma en que percibimos, van a dictar la forma en que actuamos. Por lo que podemos decir que no actuamos ante la realidad, sino ante la forma en que nos la presentamos.

Núcleo de la representación.

Dado que no existe una instrumentalización exacta de la forma en como poder encontrar el núcleo de las representaciones sociales. Se buscó el elemento de la representación, que por un lado, homogeniza todas las definiciones, y por el otro le da significado. Pues como lo menciona Abric, el núcleo es aquel que da significado a la representación, así como homogeneidad.

El término loco, o enfermo mental, nos habla de lo que la persona "es", esto quiere decir que la locura da identidad a la persona. En este sentido el estar sano mentalmente significa que se tiene una identidad positiva, que se acerca al ideal de ser humano.

Podemos decir que en el núcleo del significado de la representación social de salud mental habla de cómo debe de ser idealmente una persona. Los entrevistados recurren al concepto de objetividad y realidad para justificar que ellos realmente saben como debe de ser el ser humano.

La salud mental nos habla de cómo creemos que debe pensar, sentir, comportarse, idealmente un individuo.

Como su mismo nombre lo dice, el ideal de hombre es tan sólo un producto de la ideología de la cultura a la que se pertenece. Las diferentes religiones han creído saber como es este hombre ideal, cabe aclarar que muchos de sus fundamentos son arbitrarios y su comprobación es cuestión de fe.

Una de las características que se presentan cuando alguien cree saber lo que es bueno, es que trata de imponerle a los otros sus ideales. Cosa que está pasando en los profesionales de la salud mental que se entrevistaron.

Alrededor de este núcleo de hombre ideal, giran los aspectos periféricos, que fundamentalmente hablan de cómo "es" este hombre ideal y como llegar a ser este. Son características periféricas porque han ido cambiando según el paradigma científico o social vigente. Además de que estas soportan innumerables contradicciones.

En cuanto al concepto de hombre ideal, a este lo definen como alguien que posee bienestar, equilibrio biopsicosocial, plenitud, adaptación. Estos conceptos nos hablan, por una parte, el ser feliz y por la otra, estar en armonía con las normas y valores sociales. Claro está, que en más de una ocasión esto es incompatible. Además de que nunca hablaron de si este bienestar es a corto o a largo plazo.

En lo que se refiere, a la forma de llegar a la salud mental, proponen la terapia psicológica, los tratamientos farmacológicos, la hospitalización. Que en muchas ocasiones va en contra de la voluntad del usuario psiquiátrico.

También proponen la prevención de la enfermedad mental, donde dan un papel primordial a la información, dicha información está encaminada por un lado, a dar a conocer las características de la enfermedad mental y por el otro, enseñar como se puede manejar el trastorno mental. Además de fomentar que las relaciones interpersonales en la familia fueran menos conflictivas.

Es fácil apreciar que los conceptos de salud-enfermedad son cuestiones ideológicas si se observan culturas distintas a la nuestra. En culturas tales como la oriental (budistas, taoístas), la salud y enfermedad mental tiene un núcleo, no de tipo filosófico, sino un núcleo pragmático, donde lo que hace que alguien sea considerado sano es que ha eradocado el sufrimiento, aunque para esto tenga que eliminar su identidad.

Los esquemas de la representación social de la salud enfermedad mental, nos ejemplifican claramente sobre los introyectos y constructos, que los profesionales de la salud de esa institución en particular, han asimilado y ponen en práctica en su cotidianidad.

La forma en que construimos la realidad y como la representamos, afecta en los juicios que otorgamos al conceptualizar a alguien como sano u enfermo. Y no solo en los juicios, sino en la forma como vamos a comportarnos y construir, con respecto a la visión que tengamos de cualquier fenómeno psicológico y social.

CONCLUSIONES

*Todos los hombres cogen los límites
de su propio campo de visión
como los límites del mundo.*

Schopenhauer

Tanto psiquiatras como psicólogos, se consideran profesionales de la salud mental, esto significa que ellos creen que sólo ellos saben lo que está bien o lo que está mal. De una u otra forma tienen la certeza de saber quien actúa bien y quien no. Piensan que pueden decidir hacia donde tienen que dirigirse los individuos.

El entender a psiquiatras o psicólogos como profesionales de salud mental, tiene la consecuencia de querer imponer una ideología, que se ampara en la ciencia. La palabra profesional, es muy relativa, pues el estudiar enfermería, psicología o psiquiatría no es sinónimo de ser un buen profesionista.

Tal vez definirse como estudiosos de la conducta humana (emociones, relaciones interpersonales, procesos neurofisiológicos) en vez de profesionales de la salud mental, representaría menos carga ideológica y por tanto menos imposición y estigma. Y es que ser profesionales de un concepto que hasta la fecha es imposible de definir en forma absoluta, resulta más cuestión de fe que otra cosa.

Pero el llamarse profesionales de la salud mental cumple una función pragmática, y esta es que la gente confíe en ellos. La gente acude al psicólogo o al psiquiatra, porque en su representación social, estos son los que saben lo que se debe o no hacer. Esto queda evidenciado en el hecho de que las personas al acudir por apoyo psicológico, preguntan que es lo que está bien o lo que está mal, que es lo que deben hacer o no.

El comprender la conducta humana, no significa que se sepa lo que es bueno o malo. El comprender el proceso psicológicos significa que se tienen herramientas para modificar conductas; sentimientos; relaciones interpersonales. Pero hacia donde debemos modificar dichos factores, es algo que tiene que ver con valores y los valores nos son objeto de estudio de la ciencia.

En este estudio se observa que los profesionales de la salud mental de acuerdo a las expresiones recabadas en la asociación libre, consideran a la salud mental como un equilibrio biopsicosocial que incluye una prevención para lograr dicha armonía. La enfermedad mental es tomada de una forma negativa, dado que entre los términos más usados, están la rehabilitación y prevención, que son significantes de ayuda hacia alguien

que es considerado como enfermo mental. Con lo que resulta evidente, que alguien que no se ajusta a los parámetros por ellos impuestos acreea de lo que significa estar sano, tendrá que ser corregido por medio de la terapia.

A la mayoría de los profesionales no les asusta estar enfermos, lo que temen es el rechazo social, el ser catalogado y encasillado como alguien en quien no se puede confiar por la pérdida de facultades mentales.

Actualmente no se han podido poner de a cuerdo las diferentes escuelas en psicología acerca del significado de salud y enfermedad mental, cada enfoque pone sus propios criterios, y existen otras orientaciones que niegan la existencia objetiva, de dichos conceptos, por lo que las definiciones que obtuvimos sobre salud y enfermedad mental son relativas, en el sentido que estas dependen de la preparación académica, el estrato cultural y la preferencia personal.

Entonces podría preguntarse ¿Para qué hacer una investigación sobre conceptos que de antemano aun dependen de la apreciación personal y cultural?. Es importante resaltar que la forma en que se entienden dichos conceptos tiene consecuencias a nivel conductual, emocional y actitudinal. Si creemos que somos profesionales de la salud mental, entonces podemos obligar a los demás a actuar o sentir como nosotros creemos que debe ser. Si creemos que la gente que no sigue las normas es enferma mental, entonces usaremos las herramientas de la psicología para ajustar a nuestra ideología a los demás. Si creemos que los trastornos mentales son una enfermedad igual que la diabetes o el cáncer, el estigma será menor.

Podemos apreciar que el modo de ver la enfermedad mental de los entrevistados responde a un modelo científicista convencional, que su máxima expresión es el objetivismo. Pero no resulta tan fácil utilizar esta tendencia objetiva, en fenómenos como la ideología, el bien, el mal, el sentido de la vida. Además existen creencias del sentido común que se mezclan con el paradigma científico, una prueba de esto es que creen que actualmente hay una pérdida de valores, claro está, sus valores.

Las implicaciones de entender la enfermedad mental como una representación social son que el concepto, al ser producto de cuestiones ideológicas, no es un concepto acabado, o absoluto, y en este sentido, el ser clasificado como enfermo mental, no quiere decir que la enfermedad sea algo negativo o no deseable.

Otra de las implicaciones, es que el ser considerado enfermo mental es una categoría que no necesariamente está en el sujeto observado, sino que sólo pertenece al observador. Esto quiere decir que cuando somos catalogados como trastornados mentales puede no ser cierto.

¿Realmente se necesita un concepto de enfermedad mental?, o sólo es un pretexto para dominar e imponer ideologías. En este sentido los psiquiatras están más seguros de que la forma en que ellos entienden los trastornos mentales es una verdad objetiva, los psicólogos

tienen más conciencia de que la cultura determina muchas de las concepciones acerca de la locura, y que sirve como una forma de control social, dando un carácter relativo a dicho concepto. Enfermería está segura, de que, lo que dicen psiquiatras y psicólogos es cierto, dado que ellos son supuestamente los expertos.

La relación que se tiene con la enfermedad mental es diferente entre los tres grupos de entrevistados. Esto es comprensible dada la diferente formación escolar, pero no sólo la formación académica determina que se tenga una diferente visión de la locura, también las historias personales (vivencias del sentido común) van matizando la forma de tratar al diagnosticado como loco. A su vez si el profesional ha pasado por un proceso terapéutico, su visión es diferente a antes de la terapia. También las historias de vida, como si se fue rechazado en la infancia es posible tender a sentir lástima por el paciente.

Como podemos apreciar, hay muchos factores que median en la forma en que entendemos, actuamos y sentimos la enfermedad mental. Hablar de objetividad sería quitar la cultura, la sensibilidad personal, y parece que no es posible, pues el mismo lenguaje al ser un producto de la sociedad nos condiciona y predispone en la forma de entender la salud y enfermedad mental.

En todos los entrevistados han ido cambiando tanto sentimientos como ideas acerca de los trastornos mentales, ellos dicen que sus conocimientos se han hecho más científicos (objetivos), pero tal vez sólo se han hecho diferentes, para saber si se han hecho más útiles habría que preguntarles a los usuarios psiquiátricos. Aclaramos que entre los entrevistados se ha tomado el término científico como sinónimo de bueno, pero esto a veces no es cierto. Además de que la forma de hacer ciencia también es muy variable dependiendo de la ideología vigente (empirismo, idealismo, constructivismo).

Al final de cuentas hay que ver como nuestra representación social afecta el proceso terapéutico, más que hablar de objetividad, hay que medir las consecuencias de nuestros significados en cuanto a la locura. El término de loco a servido para discriminar y hacer sentir inferior a los que son diferentes a nosotros. En este sentido, la institución está tratando de cambiar la etiqueta de enfermo mental o loco, para sustituirla por usuario psiquiátrico. Probablemente esto haga que se vea con menos estigma la locura, nuevas investigaciones lo dirán.

Una de las características de los entrevistados, es su capacidad para incorporar nuevas visiones y conocimientos que redunden en obtener mejores resultados de la práctica. Por lo que es común que el psiquiatra te mande al psicólogo, o el psicólogo al psiquiatra. Parece que el trabajo orientado hacia resultados nos recuerda que tan sólo poseemos una perspectiva de las cosas, que nuestro conocimiento el ser una mezcla del sentido común con cuestiones científicas es susceptible de ser revisado.

Si se renunciase al concepto de salud y enfermedad mental, ¿cómo una familia podría internar a un pariente en un hospital psiquiátrico sin su voluntad?, ¿cómo un gobierno podría encerrar a alguien por no ajustarse a sus normas? o ¿alguien podría despreciar a otro

por ser diferente?. Está claro que dicho concepto lleva implícito un carácter de dominación que muchos no están dispuestos a renunciar.

Se ha comprobado que es posible modificar tanto cogniciones, sentimientos e incluso sustancias cerebrales (neurotransmisores), la cuestión es quien decide cuando, cómo y hacia donde cambiarlos. Los psicólogos y psiquiatras (apoyados por enfermería) creen que son ellos en conjunto los que deben decidir, claro está, que si se equivocan el que va a acarrear con las consecuencias es el usuario.

Quien debe decidir, es una cuestión ideológica, sin embargo como ha pasado a través de la historia el que tiene el poder cree que sabe lo que es mejor para todos y es común arrasar con pueblos enteros y después dice, lo hice por su bien.

La presente investigación, no evaluó si lo que hacen, creen o sienten los profesionales de la salud mental esta bien o no, para poder hacer un estudio de este tipo primero tendríamos que aclarar, "bueno para quien", y "bueno para que", sin embargo el ser considerado profesional de la salud mental da poder para decidir sobre la vida de los demás en todos los sentidos (conductual, emocional, ideológico, fisiológico), como este poder ha afectado las vidas de los usuarios psiquiátricos es tema de otra investigación.

Podemos decir que los significados sobre salud y enfermedad mental son representaciones sociales, porque muchos de los supuestos son arbitrarios, que se incorporaron a lo largo de la vida y nunca se cuestionaron, los valores familiares también influyeron, y en sí todas las experiencias por las que se ha pasado. Y es en el discurso de los entrevistados donde se pueden apreciar todas estas combinaciones de mitos, descubrimientos científicos, tradiciones, valores. Para pensar que nuestro conocimiento es totalmente objetivo tendríamos que separarnos de la cultura, pero si hacemos esto tal vez no quede nada, o por lo menos nada que nos sea comprensible.

ALCANCES Y LIMITACIONES.

Principalmente este estudio está dirigido a la toma de conciencia o el darse cuenta de que la práctica clínica hospitalaria psiquiátrica está impregnada tanto de conocimientos científicos como del sentido común. Este darse cuenta de nuestros valores, creencias y actitudes, es el principio de una autoevaluación que nos permita mejorar nuestra práctica profesional.

Se busca con este tipo de trabajos que la diversidad cultural no sea pretexto para etiquetar al que es diferente como loco, trastornado u anormal.

Este estudio nos permitió observar que muchas de nuestras creencias son inferencias arbitrarias que repercuten en toda relación interpersonal y nuestra práctica profesional. El saber que tenemos dogmas y que en ocasiones no sabemos usar la lógica, puede ayudarnos a entender por que algunos de mis conceptos teóricos a la hora de la práctica no se cumplen.

Pensamos que el principio del cambio, es darse cuenta de lo que hacemos, pensamos y sentimos.

Debido al número reducido de participantes, no es posible hacer una generalización de los resultados, ya que la formación académica e ideológica de las personas que trabajan en instituciones psiquiátricas públicas varía, por el hecho de que en México no se puede hablar de una sola cultura, sino de un mosaico cultural.

No fue posible observar la práctica clínica, esto trae como consecuencia que no se pudiera corroborar o refutar el discurso de los entrevistados, hasta que punto los hechos eran reflejo de las palabras.

Existen factores internos (miedos, mecanismos de defensa) que hacen que las entrevistas puedan ser parcialmente falseadas. También existen significados de los cuales no son conscientes. Es decir no eran capaces de verbalizar todas las emociones, creencias, actitudes implícitas en su práctica. De esta forma hay que crear más instrumentos que vayan enfocados a eliminar estas variables extrañas.

Además enriquecería saber como piensan, sienten y actúan los médicos y los trabajadores sociales en la atención psiquiátrica, pues ellos también tienen una relación directa con el usuario psiquiátrico.

REFERENCIAS

- Abric, J. (2001). Prácticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán.
- Alonso-Fernández, F. (1989). Psicología médica y social. Barcelona: Salvat.
- Álvaro, J. L. (1995). Psicología social: perspectivas teóricas y metodológicas. México: Siglo XXI.
- Banchs, M. (1991). Mujer y sociedad en América latina. Buenos Aires: Consejo latinoamericano de ciencias sociales.
- Bastide, R. (1988). Sociología de las enfermedades mentales. México: Siglo XXI.
- Baumann, U. y Perrez, M. (1994). Manual de psicología clínica. Barcelona: Herder.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1976). La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bernstein, D. y Nietzel, M.(1982). Introducción a la psicología clínica. México: McGraw-Hill.
- Bleger, J. (1995). Psicología de la Conducta. México: Paidós.
- Caballo, V. (1991) Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España: Siglo Veintiuno.
- Campo, A. (1993). Teoría, clínica y terapia psicoanalítica. Barcelona: Paidós.
- Caro, I. (1997). Manual de psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos. México: Paidós.
- Cervantes, A. (1998) 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.
- Cervantes, A. (2001). Representación social del SIDA en un grupo de jóvenes. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Conn, D. (1998). Psicología. Exploración y aplicaciones. México: International Thomson
- Dana, R. (1966). Teoría y práctica de la psicología clínica. Argentina: Paidós.
- Davison, G. y Neale, J. (1974). Psicología de la conducta anormal. México: Limusa, 1983.

- De la Fuente, R. (1997). Salud mental en México. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría, Fondo de cultura económica.
- DiCaprio, N. (1985). Teorías de la personalidad. México: Interamericana.
- Di Giacomo, J. P. (1987). Teoría y métodos de análisis de las representaciones sociales. En D. Páez (Ed.). Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social. Madrid: Fundamentos.
- Dolto, F. (1985). Psicoanálisis y pediatría. México: Siglo XXI.
- DSM-IV (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales Barcelona: Masson.
- Farr, R. M. (1983). Escuelas europeas de Psicología Social: la investigación en representaciones sociales. Revista Mexicana de Sociología instituto de investigaciones sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, México Vol XLV, No. 2.
- Fernández, P. (1994). Construcción y crítica de la psicología social. Barcelona: Anthropos.
- Flores, F. (2001) Psicología social y género; el sexo como objeto de representación social México: McGraw-Hill.
- Flores, F. (1993) La representación social de la feminidad en profesionales de la salud mental: posibles repercusiones en la intervención clínica. Tesis Doctoral. Facultad de psicología. Universidad autónoma de Madrid.
- Flores, F. y Cervantes, A. (2001). Normalidad y anormalidad: Esquemas dicotómicos de la representación social en un grupo de profesionales de la salud mental. Investigación y análisis sociopolítico y psicosocial Polis 00 Universidad Autónoma Metropolitana. México, Vol 1
- Flores, F. y Parada, L. (1994). Las sexualidades y las ideologías. En Conapo. Antología de la sexualidad humana. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Giménez, G. (1996). Identidades religiosas y sociales en México. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales.
- Hothersall, D. (1997). Historia de la psicología. México: McGraw-Hill.
- Ibáñez, T. (1988). Representaciones sociales teoría y método. En T. Ibáñez. (coord.). Ideologías de la vida cotidiana. Barcelona: Sendai.

- Jodelet, D. (1986*). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En S. Moscovici (coord.), Psicología Social II. México: Paidós.
- Jodelet, D. (1986b). Loco y locura en un medio rural francés: una aproximación monográfica. En W. Doise et A. Palmonari, (Eds.), L'étude des représentations sociales. París: Delachaux et Niestlé. Traducción de Fátima Flores P. México: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. 1995.
- Kaes, R. (1986). El aparato psíquico grupal: Construcciones de grupo. México: Gedisa.
- Kanfer, F. y Phillips, J. (1976). Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento México: Trillas.
- Kaplan, H. (1987) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1997) Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. México: Siglo XXI.
- Mahoney, M. (1997). Psicoterapias cognitivas y constructivas: teoría, investigación y práctica. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Olivares, J. y Méndez, F. (1998). Técnicas de modificación de conducta. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Morales, F. (1999) Psicología social. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Moscovici, S. (1961) El Psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemul. 1979.
- Moscovici, S. (1985) Psicología social. México: Planeta.
- Moscovici, S. (1988) Psicología social II: pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales: Barcelona: Paidós.
- Neimayer, R. Mahoney, M. (1998) Constructivismo en psicoterapia España: Paidós Ibérica.
- Peñarrubia, F. (1998) Terapia Gestalt: La vía del vacío fértil. Madrid: Alianza.
- Pérez-Rincón, H. (1995) Breve historia de la psiquiatría en México. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Price, R. (1978). Abnormal behavior: Perspectives in conflict. E.U: Holt, Rinehart and Winston.
- Pozo, J. I. (1989). Teorías cognitivas del aprendizaje. Madrid: Morata.

- Rams, A. (1998). Terapia Gestalt: salud, enfermedad y ... ¿santidad?. Conciencia sin fronteras. No. 3. Disponible en: <http://www.concienciasinfrenteras.com/>
- Sánchez, I. (1989). El concepto de representación social en la actualidad. Tesina de licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Saucedo, P. (1993). Preocupación: proceso básico de la ansiedad. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental A.C. y Gobierno del Estado de Hidalgo (2000). Villa Ocaranza. Atención en salud mental. Disponible en: <http://www.villaocaranza.org/>
- Somolinos, G. (1976). Historia de la psiquiatría en México. México: SEP.
- Sue, D. (1996). Comportamiento anormal. México: McGraw-Hill
- Vallejo, J. (1998). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson.

ANEXOS

Entrevista de asociación libre.

Ejemplo:

MANZANA:

1. Saludable (+)
2. Fruta (n)
3. Amarilla (n)
4. Gusano (-)
5. Dulce (+)

Salud mental

Enfermedad mental

Entrevista semiestructurada

Especialidad _____

Sexo _____

Edad _____

Tiempo de laborar en la institución _____

1. ¿Cómo definiría la enfermedad mental?
2. ¿Han cambiado sus creencias y sentimientos acerca de la enfermedad mental a través del tiempo?
3. ¿Considera vergonzoso padecer un trastorno mental?
4. ¿Le asusta llegar a padecer una enfermedad mental?
5. ¿Cómo se considera usted mentalmente?
6. Brevemente diga, cuales cree que son las posibles causas de la enfermedad mental
7. ¿Considera que la enfermedad mental se puede prevenir?
8. ¿Es diferente su actitud hacia alguien que es diagnosticado como enfermo mental?
9. ¿Considera que los usuarios con padecimientos psiquiátricos de la institución en la que labora puedan llegar a rehabilitarse?
10. ¿Qué sentimientos le inspiran los usuarios con padecimientos psiquiátricos?
11. ¿Qué habilidades cree que puedan desarrollarse en los usuarios con padecimientos psiquiátricos?
12. ¿Considera algo natural sentir rechazo hacia la gente que padece algún trastorno mental?
13. ¿Para usted cual sería la mejor forma de intervenir terapéuticamente, al usuario con padecimientos psiquiátrico?
14. ¿Preferiría evitar trabajar con las personas que están hospitalizadas en esta institución?
15. ¿Cree que los usuarios con padecimientos psiquiátricos tienen cabida en la sociedad?
16. ¿Consideraría que es mejor recluir a todos los usuarios con padecimientos psiquiátricos en una institución?

17. ¿Qué entiende usted por salud mental?
18. ¿Qué opina de la terapia psicofarmacológica?
19. ¿Qué opina usted de la psicoterapia empleada con los usuarios con padecimientos psiquiátricos?
20. ¿Qué propondría para mejorar la calidad de vida de los usuarios psiquiátricos?
21. ¿De acuerdo a su práctica hospitalaria, que opina del sistema familiar en la actualidad?
22. ¿Quién debería decidir quien está enfermo mental, el paciente, los psiquiatras, los psicólogos o la sociedad?
23. ¿En que se basa usted, para saber si lo que sabe acerca de la enfermedad mental es cierto?. ¿Lo leyó, le dijeron, lo vivenció?