



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA ENFERMEDAD
MENTAL**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.**

P R E S E N T A :

GENESIS RIVERA CORTÉS

JURADO DE EXAMEN

DIRECTORA: DRA. ELIZABETH ALVAREZ RAMÍREZ

COMITÉ: DR. FERNANDO GONZÁLEZ AGUILAR

MTRO. MARIO MANUEL AYALA GÓMEZ

MTRO. ÁNGEL FRANCISCO GARCÍA PACHECO

DR. GERARDO BENJAMÍN TONATIUH

VILLANUEVA OROZCO



CIUDAD DE MÉXICO

ABRIL, 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

➤ CAPITULO 1

ENFERMEDAD MENTAL

➤ Antecedentes y orígenes	4
➤ Modelos explicativos	12
Modelo biológico	16
Modelo conductual	19
Modelo cognitivo	23
Modelo de vulnerabilidad	26
Modelo social	27

➤ CAPÍTULO 2

REPRESENTACIONES SOCIALES

➤ Antecedentes y orígenes	31
---------------------------	----

➤ Aproximaciones al concepto de representación social.	37
➤ Perspectivas teóricas en el estudio de las representaciones mentales	44
➤ METODOLOGIA	76
➤ RESULTADOS	77
➤ DISCUSIÓN	116
➤ REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	123

Enfermedad mental

Durante la mayor parte de la antigüedad se atribuyó a los dioses o a otros seres sobrenaturales el origen de todos los eventos inexplicables, incluyendo las enfermedades (Porter, 2002)

Según Halgin y Krauus (2009) no existe registró alguno sobre las ideas respecto a los trastornos psicológicos en los tiempos prehistóricos, existe evidencia arqueológica que permite hacer conclusiones sobre los cráneos con agujeros en ellos que datan de la edad de Piedra. Ante esta evidencia, los antropólogos encargados de estos estudios han llegado a la conclusión de que la “trepanación” fue la forma de tratar los trastornos psicológicos. Fue así como se planteó la teoría de que en esta época se pensaba que los espíritus malignos que estaban atrapados dentro de la cabeza causaban el comportamiento anormal y que la liberación de estos espíritus causaría que la persona regresará a la normalidad.

Otra práctica que se usaba en tiempos antiguos específicamente en la edad media era la expulsión de espíritus malignos por medio del exorcismo. Pero los procedimientos implicados en el exorcismo datan de medios de tortura en contra de estas personas. Podría ocurrir que la persona pasará hambre, fuera golpeada y tratada en formas extremas con el fin de la expulsión de estos espíritus. Estas prácticas eran realizadas por un chamán, por un sacerdote, curandero o por alguna persona considerada por la comunidad como poseedora de poderes mágicos. Aunque estas prácticas están asociadas con las primeras épocas de la sociedad, desgraciadamente por estudios antropológicos realizados, se puede concluir que en otras épocas también fueron realizadas (Halgin & Krauss, 2009).

Es así como a principios de la humanidad se cree que la enfermedad mental, eran frutos de posesiones demoniacas, de maldiciones o de explicaciones que eran tomadas de la mano de cuestiones religiosas; por lo que los conocimientos acerca de estas enfermedades eran nulo y por lo tanto nula la comprensión de estas.

Con el paso del tiempo comenzaron a plantearse hipótesis más científicas para explicar este tipo de enfermedades. Como por ejemplo en el siglo IV A.C., Ackerknecht, 1962 hace referencia a lo que mencionó Hipócrates sobre la epilepsia: No me parece que sea en nada más divina que las demás enfermedades, ni más sagrada, sino que también tiene una causa natural.

Hipócrates creía que existían cuatro fluidos corporales importantes que influyen en la salud física y mental: la bilis negra, la bilis amarilla, la flema y la sangre; y era así como un exceso de cualquiera de estos fluidos podría explicar los cambios de personalidad y comportamiento de un individuo. La concepción científico-racional de las enfermedades mentales lograría paulatinamente compartir su lugar con las concepciones mágico-religiosas. Estas opiniones dominaron el pensamiento médico sobre el tema de los trastornos psicológicos durante 500 años, pero estas perspectivas se fueron diluyendo por la creencia más popular en la posesión espiritual y en el tratamiento cruel de las personas con problemas mentales.

En la Ilustración, comienzan a prepararse las condiciones para el crecimiento de la ciencia y la industria. Las sociedades se fueron volviendo más exigentes y complejas, y sus ciudadanos necesitan cada vez más conocimientos y habilidades para desenvolverse. La evolución hacia la mayor organización y complejidad social ha incrementado las exigencias a los ciudadanos y aumentar el riesgo de que las personas más vulnerables fracasarán en su inserción social. Por otra parte, dicha evolución condujo a la aparición de sistemas políticos con mayor

sensibilidad hacia lo social, y al incremento de bienes disponibles para ser utilizados en beneficio del bienestar y el control social (Halgin & Krauss, 2009).

Lo que al inicio de la tarea aparecía como una masa indiferenciada de pobres, vagabundos, menesterosos, ciegos, cojos, locos, etc., y tras un largo y gradual proceso de decantación conceptual, fue definiendo según los valores y connotaciones propios de cada sociedad y época, para separar, caracterizar y distinguir clases de entre la masa de indigentes y necesitados. A medida que la organización de los Estados sociales mejoraba y se especializaba, nacían las instituciones. Según el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2007) y partiendo de modelos muy poco selectivos en cuanto a los criterios de inclusión, respecto de las personas con enfermedad mental fueron apareciendo las ideas de:

- Reunirlos en hospicios, hospitales, asilos para optimizar los esfuerzos de las organizaciones.

- Separarlos de la comunidad bajo la idea de proteger a las comunidades de la relación con ellos. Esta idea tomó varias formas, incluyendo la de expulsiones colectivas de personas enfermas de las ciudades mediante barcos o caravanas; o bien la de

- Recluirlos en instituciones cerradas, con el propósito de apartarlos de la vida comunitaria de manera que no causarían alteraciones del orden público, privándolos de su libertad.

Así fue como nació el Manicomio, como institución especializada. Las condiciones intelectuales que condujeron a su creación y establecimiento respondieron a una combinación de circunstancias y de la concepción, los prejuicios del momento. El progresivo desarrollo según Halgin y Krauss (2009) de las prácticas médicas basadas en el prestigio de lo científico, que aportó argumentos intelectuales que han servido de aval en la historia toda clase de prácticas insólitas

aplicadas a los enfermos, sostuvieron hasta mediados del siglo XX la idea de la adecuación del Manicomio, que se apoyaba implícitamente en:

- La idea de incurabilidad de la enfermedad.
- Los miedos ancestrales a la locura.
- Los deseos de mantener a salvo el control social.

La evolución histórica del Manicomio según Halgin y Krauss (2009) condujo a la creación de instituciones muy grandes que con el paso del tiempo llegaron a albergar literalmente a varios miles de enfermos en verdaderas ciudades de la locura. En condiciones materiales casi siempre precarias, cumplían, mal que bien, su función contenedora y custodial, al precio de asumir condiciones de vida, en general, miserables. Pero, además, no sólo eran ineficaces para ofrecer alguna mejoría, sino que, peor aún, debido a la particular micro-sociedad interior, resultaban en realidad inhabilitados y operaban como lugares de no retorno para los enfermos.

En la segunda mitad del siglo XX, se produjo un cambio de paradigma en la atención a estos enfermos debido fundamentalmente a tres factores independientes:

- La medicina hizo progresos importantes.
- El movimiento en pro de los derechos humanos.
- En la definición de Salud de la recién creada (1946) Organización Mundial de la Salud se incorporaron rotundamente componentes sociales y de bienestar relacionados con la salud mental.

Estas condiciones dieron paso al movimiento conocido como La Reforma Psiquiátrica, que inauguró un enérgico movimiento mundial desde disciplinas diversas (la medicina y la psicología, pero también la sociología o la antropología). Se denunció la situación de desamparo, abandono, estigmatización y precariedad

en la que se encontraba el colectivo de personas con enfermedad mental en todo el mundo (Torralba, 2013).

Muchos países comenzaron a reformar su sistema de atención. Resultado de estas iniciativas ha sido el proceso, aún inconcluso, hacia la progresiva toma de conciencia de la necesidad de completar las reformas que se han ido produciendo en todo el mundo:

- Revisión y reformas en los servicios y sistemas de atención, en particular el abandono de la idea de la institucionalización de estas personas.
- Incremento de los recursos humanos y materiales.
- Establecimiento de nuevas líneas y prioridades en la investigación.
- Modificación de marcos legislativos.
- Aparición y creciente desarrollo de organizaciones de familiares y de usuarios, y reconocimiento de su necesaria implicación en la revisión y redefinición de servicios.

Y se dieron algunos principios de la estrategia de des-institucionalización que pretendía la reintegración a la comunidad de enfermos institucionalizados de larga duración que hayan sido debidamente preparados, establecimiento y mantenimiento de sistemas de apoyo comunitarios para los pacientes no institucionalizados.

Estos principios condujeron a la necesidad de emprender una gran reforma que se inició en 1985 con el Informe para la reforma Psiquiátrica, que fue el inicio de una serie de reformas legislativas, presupuestarias y de los sistemas de atención social y sanitario que no podemos considerar concluido (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2012).

Y aunque los avances y la imposición de lo científico-racional han permitido una menor comprensión de los fenómenos psicopatológicos, así como el desarrollo terapéutico durante el último siglo, su auge no logro extinguir el estigma, los

prejuicios y la discriminación contra el enfermo mental. Por otro lado, la actividad médica–científica no siempre se ha ejercido de manera oportuna, sino que muchas veces se ha visto tergiversada por ideologías sociales, políticas, etc. De este modo el estigma ha persistido, cambiando únicamente de disfraz: las posesiones demoniacas de la época medieval pasaron a ser incurables, degenerados, vagos.

El autor Strucchi Portocarrero (2013) hace referencia a cinco episodios históricos en los cuales se tuvieron conceptos muy distintos sobre la enfermedad mental.

- La caza de brujas
- El encierro
- La degeneración y la eugenesia
- La lobotomía
- Los hospitales-prisiones soviéticos

En la actualidad, en la práctica clínica, la cuestión de la definición de enfermedad mental se hace por las repercusiones tanto médicas y legales que conlleva, por ejemplo, a lo que concierne a la hospitalización. En psiquiatría legal, la definición de enfermedad mental, es importante cuando se trata de definir la responsabilidad jurídica. Hay muchas definiciones que se proponen para el concepto de enfermedad mental.

Una aproximación habitual es a partir del concepto de enfermedad en medicina general; para ello, existen tres tipos de definiciones en medicina general:

- La ausencia de salud: La salud es una definición aún más compleja que la enfermedad. Por ejemplo, la Organización Mundial de la salud (OMS, 2002) define a la salud como un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no solamente como la ausencia de enfermedad.
- La presencia de un sufrimiento: En esta clasificación se identifica a un grupo de personas susceptibles de la asistencia de una consulta médica. Un

inconveniente en utilizar esta definición para la enfermedad es que no se puede aplicar a todas las personas que podrían ser consideradas enfermas en el sentido común del término, Por ejemplo: los pacientes maníacos podrían sentirse bien y no sufrir, aunque la mayoría de la gente los considere enfermos.

- Un proceso patológico: Según esta clasificación, no se puede definir a la enfermedad mental más que en términos de patologías orgánicas; pero en los trastornos mentales se observa que en la mayoría no se está ligada a una patología orgánica manifiesta, así que desde esta perspectiva no podrían ser definidos como enfermedades (Sansz, 1960 como se citó en Tomas & Almenara, 2007-2008).

En psiquiatría las anomalías de las funciones patológicas son consideradas como el fundamento de la enfermedad. Frente a una dificultad por definir la enfermedad mental, los trabajos más recientes se orientan a definirla como una incapacidad causada por una perturbación de las funciones (Raheb, 2007-2008).

Saldaña (2000), según algunos lineamientos generales y en el terreno de los derechos humanos, definió al enfermo mental como aquella persona que, por una causa congénita o adquirida, ha sufrido una alteración en sus facultades mentales y psíquicas.

Estas capacidades y lesiones psíquicas afectan principalmente en su razonamiento e inteligencia, en su voluntad y comportamiento, en su memoria y atención, de manera general podríamos decir que en las funciones mentales. Y dichas alteraciones sufridas en las capacidades mentales afectan su comportamiento y su afectividad de manera directa.

Todas las definiciones de trastorno mental o enfermedad mental hacen referencia al funcionamiento social, familiar y laboral de la persona afectada; así como al diagnóstico clínico y a la duración de la enfermedad. La definición que

alcanza un mayor grado de consenso es la que formuló el Instituto de Salud Mental en Estados Unidos en 1987, que define a la enfermedad mental como *“un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”*

Para un diagnóstico de enfermedad mental El NIMH (1987) incluyó 3 dimensiones:

- Diagnóstico: Incluye a los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de personalidad.

En 1952, la Asociación Americana de Psiquiatría publicó por primera vez el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I), en el que fue el primer intento de abordar el diagnóstico de las enfermedades mentales a través de definiciones y criterios estandarizados. La penúltima edición, DSM-IV-TR, publicada en el año 2000, proporciona un sistema de clasificación que intenta separar las enfermedades mentales en categorías diagnósticas, basadas en la descripción de los síntomas (es decir, lo que dicen y hacen las personas como reflejo de lo que piensan y sienten) y en la evolución de la enfermedad. La última revisión, DSM-5, se ha publicado en mayo de 2013. Esta revisión del DSM describe los trastornos mentales teniendo en cuenta un espectro continuo de síntomas, en vez de clasificarlos por categorías.

El DSM contiene ejes que se enuncian a continuación: Eje I: Enfermedades mentales Eje II: Trastornos de personalidad y del desarrollo Eje III: Enfermedades médicas Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales Eje V: Evaluación de la actividad global (funcionamiento laboral, escolar, social y familiar) (Halgin & Krauss, 2009)

La International Classification of Disease, 10th Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM), publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), utiliza categorías diagnósticas similares a las del DSM-IV-TR. Esta similitud sugiere que el diagnóstico de enfermedades mentales concretas es cada vez más sistemático y estandarizado en todo el mundo.

- Duración de la enfermedad y del tratamiento: Tiempo superior a los 2 años.
- Presencia de discapacidad: Indica la afectación moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

La OMS plantea en su clasificación de deficiencias, discapacidades y minusvalías y recientemente revisada (OMS, 2002), que las consecuencias de una enfermedad no sólo deben ser consideradas en función de las deficiencias que producen, sino por las discapacidades y minusvalías que generan. La enfermedad mental, es considerada como una discapacidad y una minusvalía; para comprender estos conceptos es necesario diferenciarlos de otros conceptos como patología, déficit o deterioro y minusvalía. La patología es la lesión o anormalidad causada por los agentes o procesos etiológicos de una enfermedad. El déficit o deterioro es el efecto producido por la patología antes señalada, manifestada en forma de síntomas o de alteraciones de la función psicológica. La discapacidad sería la restricción o falta de habilidad para realizar una actividad como consecuencia del déficit o deterioro. La minusvalía sería entonces la desventaja social que encuentra el individuo como consecuencia de sus discapacidades.

Modelos explicativos.

La psiquiatría es la rama de la medicina dedicada a la enfermedad mental. Casi universalmente se emplea el lenguaje de psicopatología para designar los síntomas

de enfermedad mental y consta de un vocabulario, de una sintaxis, conjeturas sobre la naturaleza de la conducta y algunas reglas de aplicación (Berrios, 2013).

Este lenguaje fue estructurado durante la primera mitad del siglo XIX y ha demostrado ser estable. Es probable que tanto los factores neurobiológicos, como los psicológicos y sociales sean responsable de esta estabilidad, la que por lo menos en teoría depende de: a) La durabilidad de las metas cognitivas o sociales de la comunidad de usuarios. B) La permanencia del objeto de investigación misma, c) la correspondencia dinámica entre el objeto y el lenguaje de descripción. Así es como la psicopatología descriptiva es, por ende, una red conceptual que une al mismo tiempo al observador, al paciente y a sus síntomas (Berrios, 2013).

Asumir una etiología orgánica como explicaciones de las psicopatologías, conlleva a adoptar el término de enfermedad mental. Pero el hecho de que se descubra una etiología orgánica no significa descartar la intervención de otros factores psicológicos o sociales. Los planos biológico y psicológico no son compatibles, sino complementarios y necesarios para la comprensión de las psicopatologías de un modelo biopsicosocial.

Dentro del marco de la psicopatología, se encuentran varios modelos que intentan explicar la sintomatología, el progreso y origen de las enfermedades mentales. Las diferentes perspectivas teóricas sobre la conducta anormal, se basan en los criterios y se diferencian entre sí en el mayor o menor énfasis que pongan en cada uno de ellos. Dentro de estos destacan 3 grandes orientaciones teóricas: la biomédica, conductual y cognitiva.

Dentro de la psicopatología existen diversos modelos explicativos de la enfermedad mental, esto puede ser debido a:

La indeterminación conceptual: Semejante diversidad y disparidad es resultado de: ausencia de criterios ampliamente compartidos sobre el significado de lo psicológico y normal, y una consecuencia de la relatividad de los criterios que lo definen.

En definitiva, la diversidad de modelos y criterios de la psicopatología, responde al hecho de que su objeto no se corresponde con ninguna verdad objetiva (no puede ser explicado recurriendo exclusivamente a hechos y leyes científicas) (Kazdin, 1983).

Criterios de psicopatología.

Según Belloch, Sandín & Ramos (2015) son:

A) Criterio estadístico

Cuando la psicología se homologó a las ciencias naturales se recurrió a la cuantificación de los datos psicológicos a través de la estadística. La estadística se transmutó en criterios definitorio del objeto.

Supuestos de frecuencias: Las variables que definen psicológicamente a una persona, poseen una distribución normal en la población general.

La psicopatología es todo aquello que se desvía de la normalidad, es decir, lo que resulta poco frecuente, no entra en los límites de la distribución normal de la población.

Supuesto de continuidad: Los elementos constitutivos de las psicopatologías, se hallan presentes en la normalidad, pero constituyen una exacerbación, por exceso o defecto de esa normalidad.

Las diferencias entre lo normal y lo patológico son de naturaleza cuantitativa, de grado. Cuando la psicopatología se rige por un criterio estadístico se le llama a lo anormal como psicopatológico.

En psicología, la idea de experimentación ha sido siempre unida a la de cuantificación (Seoane, 1980). Así que la tecnología estadística ha servido para establecer relaciones funcionales como para realizar la inducción probabilística.

B) Criterio social e interpersonal

Uno de ellos es el criterio consensual (Sullivan 1947 como se citó en Valderrama, 2001): La definición de las enfermedades mentales y en general de las psicopatologías es una cuestión de normativa social, es decir, el consenso social que se alcance en un momento y lugar determinado.

“Es también criterio para la ausencia o presencia de psicopatologías, la adaptación a los modos de comportamiento esperados, habituales y considerados correctos por el grupo social. De hecho, se encuentra en la base de criterio legal de normalidad mental- psicopatológico.

Sin embargo, suponer que la adaptación es sinónimo de salud mental es erróneo, así es como la adaptación no puede seleccionarse como el criterio por excelencia para la delimitación de la psicopatológico. Un modo de solucionar la indeterminación de este criterio sería postular la existencia de condicionantes situacionales que serían los responsables de las psicopatologías.”

En conclusión, es preciso examinar el contexto social y las contingencias ambientales que modulan el comportamiento y la actividad mental, para comprender el origen y mantenimiento de comportamientos anormales.

C) Criterio subjetivos o intrapsíquicos

Es el propio individuo quien dictamina sobre su estado o situación, que se suelen traducir en manifestaciones verbales o comportamentales (quejas sobre la propia infelicidad, sobre la incapacidad de afrontar un problema, etc.).

Este tipo de criterio subjetivo según Schneider (1984) no tiene en cuenta los efectos de un comportamiento anormal producido en el contexto social inmediato de la persona que lo exhibe. Estos criterios no permiten distinguir entre psicopatologías y reacciones normales de adaptación al estrés, así que resultan insuficientes, pero si para tomarlos en cuenta en la práctica

D) Criterios biológicos

Son criterios de naturaleza no psicótica

Las supuestas psicopatologías, son la expresión de alteraciones y/o disfunciones en el modo normal de funcionamiento, ya sea en la estructura o el proceso biológico que lo sustenta.

Las alteraciones pueden estar causadas por:

- Acción de agentes patógenos externos
- Carencia de determinados elementos constituyentes
- Ruptura del equilibrio normal de los procesos o estructuras involucradas.

Modelo biológico.

El principio fundamental de este modelo es que el trastorno mental es una enfermedad, por ello el término enfermedad mental.

Parte de la tarea de localizar algunas bases biológicas de la conducta anormal (enfermedad mental). Se presupone que la alteración del cerebro (estructural o funcional) es la causa primaria de la conducta anormal o de la enfermedad mental (Mankeliunas, s/f).

Las alteraciones pueden ser:

- Anatómicas: Tamaño o forma de regiones cerebrales.
- Bioquímicas: Alteración de elementos bioquímicos por exceso o defecto.

A su vez, estas alteraciones pueden ser consecuencias de factores genéticos, metabólicos infecciosos, alérgicos, tumorales, cardiovascular, traumáticos, estrés, etc.

Según Buss (2007): Las causas del trastorno pueden distinguirse en 3 tipos de enfermedades:

- Enfermedades infecciosas: Un microorganismo (virus) ataca a un órgano o sistema (gripe, hepatitis).
- Enfermedades diabéticas
- Enfermedades traumáticas: Fractura o condición producida por ingestión de una sustancia tóxica.

Mankeliunas (s/f) menciona que, a partir de los años 50, surge el interés por aplicar el modelo sistémico de enfermedad a la conducta anormal, reforzando por el descubrimiento de sustancias neurotransmisoras (NE) y psicoactivos.

Es así como se consideró a la anormalidad como un problema bioquímico, ya que se encontró una evidencia empírica de que las sustancias bioquímicas intervienen en muchos trastornos de comportamiento.

Un ejemplo de trastornos mentales orgánicos es: Corea de Huntington (pérdida de neuronas de los ganglios basales), enfermedad de Alzheimer.

Y de trastornos mentales funcionales: los cuales muestran patrones de conducta anormales sin claros indicios de alteraciones orgánicas cerebrales (trastornos de ansiedad, depresión y esquizofrenia).

Al igual se han hecho estudios sobre el efecto que las drogas tienen en el cerebro han contribuido a que se conozcan mejor su funcionamiento en relación a los trastornos mentales que responden positivamente a ciertos psicofármacos. Así se sabe que las alteraciones en la actividad de diversos neurotransmisores se pueden asociar a distintos trastornos mentales.

Es así como las alteraciones en la actividad de neurotransmisores pueden asociarse a diferentes trastornos mentales:

- Trastornos de ansiedad: Actividad insuficiente de GABA
- Esquizofrenia Excesiva actividad dopaminérgica.
- Depresión: Déficit de actividad de serotonina y catecolaminas.

Si un determinado trastorno ocurre con una relativa frecuencia en una familia se considera que hay una predisposición genética a padecerlas: bases genéticas de la depresión, esquizofrenia, Alzheimer. Esto constituye grupos de riesgo, esto quiere decir que se observan casos de numerosos parientes biológicos de un paciente diagnosticado de una alteración psicopatológica específica que presentan el mismo trastorno.

Actualmente este modelo goza de considerable prestigio en psicología clínica, las investigaciones sobre las bases biológicas de las enfermedades mentales son abundantes, y los nuevos fármacos son relevantes instrumentos de investigación sobre las causas biológicas de los trastornos.

Este modelo plantea que los problemas psicológicos pueden tener causas biológicas que no debemos de descartar a la hora de hacer una evaluación, y los tratamientos biológicos han proporcionado significativas aportaciones al tratamiento de estos mismos.

Lamentablemente también tiene sus limitaciones, uno de ellos es el reduccionismo, ya que la vida mental es una interacción de factores biológico, sociales y culturales, es más relevantes explicar esta interacción para conseguir una explicación más integrada y que sea bajo el modelo biopsicosocial.

Otra limitación que se encuentra es que la validez de sus teorías no es generalizada, ya que muchos de los estudios se realizan con animales, se ha encontrado una dificultad para generalizar con la conducta humana.

Una 3era. Limitación, es la aceptación rígida de los postulados, ya que se tiende a considerar al individuo o enfermo mental como un ser pasivo, por no ser el agente responsable del inicio y posterior curación del trastorno. El médico es el agente activo.

Existen otros modelos que ayudan a la explicación de la enfermedad mental, como lo son el modelo conductual y el modelo cognitivo.

Modelo conductual.

A partir de los años 60's, el modelo conductual se perfila como un nuevo paradigma en la psicología clínica (Batlle, 2007).

Existen 2 factores primarios que determinan su surgimiento:

- La madurez alcanzada por la psicología del aprendizaje.
- La insatisfacción con el estatus científico y el modo que operaba el modelo científico.

El modelo conductual fue una alternativa a las inadecuaciones de los modelos médicos. Ya que existía una insatisfacción con respecto a este modelo y esto se debía tanto a factores teóricos (epistemológicos y metodológicos), como prácticos (rol del psicólogo clínico, diagnóstico y tratamiento). Había una incapacidad para establecer cómo las alteraciones fisiológicas inducen los síntomas psíquicos o comportamentales (Willerman & Cohen, 1989).

En los casos en los que exista una alteración orgánica del sistema nervioso central, debería denominarse “enfermedad neurológica” no “enfermedad mental”. “La mente no se puede enfermar” (Szasz, 1994). Las enfermedades mentales reflejan únicamente desviaciones comportamentales de las normas éticas, sociales y legales.

El problema de etiquetar al paciente es que posee efectos negativos sobre el propio individuo. Y todavía es peor si esa etiqueta es poco fiable y válida. Además, no tiene utilidad clínica, más bien la utilidad es de tipo sociopolítica más que terapéutica (Szasz, 199).

Desarrollo y principios de la perspectiva conductual.

La base del modelo conductual, se encuentra en el desarrollo y aplicación de los principios del aprendizaje llevado a cabo en E.U.A.

El condicionamiento de respuestas emocionales de Watson, las conductas instrumentales de Thorndike, las variables intermedias motivacionales (impulsos) de Hull, las conductas intermedias intencionales (cogniciones) de Hull, y la aproximación operante “análisis experimental de la conducta” de Skinner (Batlle, 2007)

Las primeras formulaciones sobre la teoría conductual anormal se centran principalmente en la explicación de la conducta neurótica, consistía en hábitos desadaptativos adquiridos mediante procesos de aprendizaje, existía escasa utilidad del diagnóstico psiquiátrico.

En Inglaterra predominó la orientación basada en el condicionamiento clásico, mediante la influencia de Pavlov.

En E.U.A. predominó el condicionamiento operante por la influencia de Skinner (1968), utilizado en conducta anormal. Desarrolló un enfoque teórico y metodológico conocido como “análisis experimental de la conducta”: supone grados máximos de experimentación y objetividad, y la asunción de un conductismo radical.

La perspectiva conductual se perfila según 3 importantes focos de desarrollo:

- Sudáfrica
- Inglaterra: Variables intermedias: Conducta neurótica.
- E.U.A: Análisis experimental de la conducta. Conducta psicótica.

De este modo para Batlle (2007) las características de las perspectivas conductuales comunes en ambos enfoques son:

1.- Objetividad: Estos modelos se centran en la objetividad y la experimentación en contraste con el médico (introspección, intuición).

2.- Principios del aprendizaje como base teórica: La conducta psicopatológica consiste en hábitos desadaptativos que han llegado a condicionarse a ciertos estímulos. Tales hábitos constituyen los síntomas clínicos y la propia conducta anormal. El tratamiento debe basarse en la aplicación de los propios principios de aprendizaje (terapia conductual) para extinguir las conductas indeseables.

3.- Rechazo del concepto de enfermedad: No se asume la existencia de causas adyacentes. El concepto médico de enfermedad no es aplicable a los trastornos del comportamiento. Para este modelo, por ejemplo, la enuresis es, el problema producido por un deficiente condicionamiento del control de esfínteres (el modelo médico considera que es un problema producido por problemas psicológicos).

4.- Aproximación dimensional: Al rechazar el concepto de enfermedad, rechaza la conceptualización categorial de los trastornos psicológicos, No existen personas mentalmente enfermas. Como alternativa al diagnóstico médico tradicional, propone el “diagnóstico funcional de la conducta”. La diferencia entre la conducta anormal y la normal es cuantitativa (no cualitativa). La anormalidad implica más bien el funcionamiento defectuoso de ciertos estados psicológicos.

5.- Relevancia de factores ambientales:

Modelo biológico: Causa orgánica

Modelo psicodinámico: Causa psicológica

Modelo conductual: Factores ambientales que se han ido condicionando a través de toda la experiencia del individuo.

6.- Teoría científica: En la teoría conducta, la explicación sobre las causas y el tratamiento de la conducta anormal, sus variables e hipótesis, pueden ser contrastadas empíricamente. Las relaciones e hipótesis han sido probadas de forma experimental.

Como en todo modelo, al igual existen limitaciones o críticas que se han hecho, una de ellas es el reduccionismo, ya que, para este tipo de modelos, únicamente los factores ambientales son los responsables de la conducta anormal. Y, por ejemplo, ciertos trastornos, como la esquizofrenia presentan algún grado de transmisión hereditaria.

Otra limitación es el papel que le dan a las variables intermedias, la focalización estricta en las consecuencias objetivamente verificables de los estímulos externos, deja fuera de estudio aspectos como el pensamiento o la experiencia subjetiva. Los sucesos poseen efectos diferenciales en cómo se perciban, evalúen, procesen o recuerden.

Actualmente existen diferentes direcciones que ha tomado el modelo conductual. Las 3 más importantes son:

- 1.- La mediacional (clásica o clásica/operante).
- 2.- La operante o análisis experimental de la conducta.
- 3.- La cognitiva-conductual.

La teoría del aprendizaje social ha sido, conceptuada como integradora entre las 3 orientaciones (Williams 1988 como se citó en Elia, et. al. S/A).

El condicionamiento pavloviano se ha hecho más flexible que al principio. Puede ocurrir incluso cuando los estímulos están separados en espacio y tiempo. También se puede producir condicionamiento no solo a estímulos discretos, sino también a relaciones abstractas entre 2 o más estímulos.

Esta orientación trata de integrar nuevos fenómenos que han sido descubiertos y que permiten nuevas predicciones y explicaciones, que no son posibles desde el mero aprendizaje asociativo (Rachman, 1976).

El modelo cognitivo

Antecedentes históricos.

Desde los años 20 hasta los años 50, la psicología científica marginó el estudio de temas como la cognición y sus procesos, esto contribuyó al auge de la psicología conductista. Algunos ejemplos son:

-El artículo de Turing (1937) sobre los “números computables” y su propuesta de una máquina computadora universal.

- McCulloch y Pitts (1943): Aplicación del cálculo lógico al estudio de la actividad nerviosa superior.

-Winer, Rosenthal y Bigelow (1943): Se extienden las ideas del servomecanismo al sistema nervioso central.

-Shannon y Weber: Contribuciones a la teoría de la comunicación y de la información.

-Von Bertalanffy: Desarrollo de teoría general de sistemas.

-Polya, Vos Numann, Aiken, Minsky: Invención de los primeros ordenadores.

-Nevel y Simon (1956): Inventaron el programa de ordenador que simulaba operaciones similares a las que podía realizar una persona cuando pensaba.

-Desarrollo de la moderna psicolingüística (1951).

-Chomsky (1957): Propuesta de una gramática transformacional, opuesta a la gramática asociativa y lineal de los conductistas. El lenguaje se podía estudiar como un dispositivo de competencia, que incluye un conjunto de reglas de

reescritura de símbolos, capaz de generar todas las frases gramaticales del lenguaje natural.

-Miller, Galanter y Pribram (1960): En su manifiesto de la psicología cognitiva y del PL, titulado "Plans and the structure of Behavior", desarrollan una analogía mente-ordenador que incluye conceptos mentalistas como: "planes", "metas", "estructuras"; el cerebro es ante todo un dispositivo capaz de tratar con información.

Las teorías cognitivas aseguran que los individuos son partícipes activos en su entorno, juzgando y evaluando estímulos, interpretando eventos, y sensaciones y aprendiendo de sus propias respuestas. La manera de procesar la información tiene un papel importante para intentar entender los posibles trastornos.

El individuo desarrolla un esquema desde el cual se ve a sí mismo y a otros en el medio ambiente. Este esquema afecta lo que percibe, renombra y prioriza como importante. Cuando aparece algún síntoma de psicopatología se hipotetizan que los esquemas activados son desadaptados como resultado de una persona que puede mostrar errores en el procesamiento de la información, de manera que puede generalizar, tener una atención selectiva o hacer referencias sobre la información que recibe (Batlle, 2007)

En el centro de las concepciones cognitivas de la psicología clínica se halla la idea de que, de algún modo, los problemas clínicos son producto de algún modo erróneo o inadecuado de procesar la información. La misión del clínico sería identificar estos problemas y buscar soluciones para lograr una respuesta más racional y adaptativa.

Dodge (1993) propone un modelo explicativo de la agresión y del mantenimiento de los trastornos de la conducta basada en el procesamiento de la información. Según este autor las experiencias interactúan en la memoria con las estructuras del conocimiento. Estas estructuras son esquemas derivados de experiencias tempranas, expectativas sobre sucesos futuros y vulnerabilidad

afectiva. Cuando una persona se expone a un estímulo social concreto, las estructuras del conocimiento organizan el proceso en esta situación. Estos procesamientos cuando son inadecuados y sesgados dan lugar a una conducta desviada o agresiva.

Su persistencia en el tiempo puede dar lugar a un trastorno de la conducta. Dodge plantea que, si un niño está expuesto a experiencias tempranas de exposición a modelos agresivos, apego inseguro o abuso físico, concebirá el mundo como un lugar hostil que requerirá de conductas agresivas para conseguir sus metas. La repetición de estas experiencias fortalece las estructuras de conocimiento previas, haciendo estos patrones más automatizados, lo que conduce a un trastorno de conducta (Borges, 2005).

La influencia de los planteamientos cognitivos sobre la psicopatología ha sido enorme, y ha permitido que se recuperen temas tales como las alucinaciones, delirios, conciencia y amnesias, dándoles un tratamiento metodológico diferente, que se fundamente en los supuestos experimentales de la psicología cognitiva.

En primera, el objetivo básico de la psicología cognitiva es el análisis de las estructuras y los procesos de conocimiento e información que controlan la aparición del comportamiento y las experiencias extrañas, y no tanto las conductas anormales en sí mismas.

El énfasis se sitúa en el concepto de experiencia anómala que se hace equivalente a los de disfunción o psicopatología y no tanto en la conducta anormal.

Este modelo, critica las concepciones reflejas, automáticas y predeterminadas de otros modelos, sobre la base de argumentos como: "El sistema nervioso central es un sistema que procesa información; incluso los reflejos incondicionados más sencillos implican cognición". A nivel metodológico, utiliza las técnicas y modos propios de la psicología cognitiva.

Los principales postulados del modelo cognitivo en el contexto de la psicopatología son:

1.- En lugar de hablar de conductas anormales o enfermedades mentales, se habla de experiencias inusuales o anómalas: actividades mentales que no son las que exhiben la mayoría de las personas en las mismas situaciones.

2.- Para afirmar que una persona tiene una experiencia inusual, es preciso referirse a los fenómenos subjetivos. Es decir, interesa tanto el cómo se elabora la información (forma) como el que se elabora (contenido).

3.- El objetivo de la investigación psicopatológica es el estudio del funcionamiento de los procesos de conocimiento anómalo. Los procesos cognitivos incluyen: atención, percepción, memoria, pensamiento y los motivos, afectos y sentimientos.

4.- La salud mental se puede definir sobre la base de 3 parámetros que deben estar en constante interrelación: a) Habilidad para adaptarse a las demandas internas y externas. b) Que debe estar contrabalanceada por las tendencias de autoactualización. Y c) Sentimientos de autonomía funcional y autodeterminación. Estas definiciones son las que se han dado en base al modelo del que se trata en este apartado, las cual permite una mejor comprensión de lo que es la enfermedad mental y con ello poder comprenderla.

Modelo de Vulnerabilidad.

Uno de los modelos más extendidos para describir el desencadenamiento de la enfermedad es el llamado Modelo de Vulnerabilidad (Zubin & Spring, 1977). Se considera que la combinación de factores de riesgo (biológico, psicológico, social) confiere a cada individuo una determinada y limitada capacidad de afrontar situaciones de estrés (situaciones que generan tensión y necesidad de adaptación). El ambiente actual de la persona (incluyendo tanto factores psicosociales como

psicofísicos) desencadena los trastornos, en función de lo vulnerable que sea el sujeto a ellos, haciendo que la reacción de la persona a estos esté mediatizada por sus disposiciones biológicas, su reacción corporal global, sus procesos psicológicos básicos (estilo de pensamiento, sus habilidades de afrontamiento). Además, los recursos externos, como el apoyo familiar, de los amigos o la existencia de servicios sociales o sanitarios disponibles, van a modular el mejor o peor manejo de las dificultades. Si esos procesos mediacionales (la vulnerabilidad o disposición personal) y la disposición de recursos externos no son adecuados o accesibles, el resultado condicionará la aparición y modo de evolución de la enfermedad.

Modelo social.

Es importante mantener la concepción de que la enfermedad mental es una construcción socio-cultural. Ante una persona que presenta cierta sintomatología podemos tomar estos síntomas y agruparlos para conformar algún síndrome o enfermedad que se adecue a alguna enfermedad mental que esté oficialmente establecida como tal; en este caso, no estaremos tratando con una persona sino con una entidad morbosa. Las personas a menudo sufren malestares psicológicos ante los problemas de la vida, en esos casos no sería lo mismo contextualizar su malestar a decir que padecen alguna enfermedad mental (Cano, 2009)

La enfermedad mental no se descubre, sino que se construye. No es una entidad natural que siempre estuvo ahí y ahora la ciencia lo descubre, no es algo que existe independientemente del contexto humano, lo humano siempre será social y cultural. Es una construcción social porque son personas llamadas expertas las que quedan autorizadas para categorizar y clasificar el comportamiento humano.

Las creencias sobre la enfermedad mental dan forma a los síntomas de quien las sufre y también dan cuenta de su ubicación social. La cultura forma parte de la naturaleza misma de la enfermedad.

Las existentes diferencias culturales se refieren a las maneras diversas de resolver la relación de los seres humanos con su entorno natural y social. Así mismo en todas las culturas existe diversidad según niveles socioeconómicos, sexo, edad, religión, etc. Estas diversidades culturales influyen en la forma de pensar y actuar de las personas, por lo que la significación de la enfermedad y las implicaciones que tengan para cada sujeto tendrán características particulares, construyéndose así formas singulares de padecimiento.

Las definiciones que el común de la gente tenga sobre una enfermedad mental condicionan los tipos de ayuda buscada y las percepciones de las ventajas del tratamiento. La resistencia a seguir las indicaciones terapéuticas, el consumo autónomo y por propia iniciativa de fármacos, la resistencia o incapacidad de asumir comportamientos preventivos, son todos factores que no pueden ser explicados y comprendidos sólo en términos de eficacia-ineficacia del sistema de salud. Todos ellos constituyen aspectos parciales de un fenómeno mucho más amplio vinculado con el hecho de que las personas tienen ideas, que a su vez se traducen en comportamientos, sobre lo que hay que hacer o evitar para mantenerse dentro de un tratamiento. (Kornblit & Mendes, 2000).

Existe pues, un complejo mundo de creencias, valores, normas conocimientos y comportamientos ligados explícitamente con la enfermedad, y el considerar los comportamientos ligados a esta como una expresión de sistemas de creencias permite modificar algunos esquemas interpretativos y plantear la hipótesis de que los significados atribuidos a la enfermedad dan razón y explican las acciones realizadas por una persona para enfrentar una patología o preservar la salud.

A partir de esta hipótesis interpretativa, los significados atribuidos a la enfermedad constituyen un filtro a través del cual el sujeto selecciona sus estrategias de acción, que no deben necesariamente presupone la consulta al médico, sino que podría hacerlo un familiar, amigo, para buscar soluciones

tempranas y necesarias. En el proceso de atribuir significado a su experiencia de enfermedad, el paciente no inventa los significados, sino que usa los significados y las interpretaciones que su entorno social le proporciona y los que él mismo ha hecho como suyos. Por ello, es posible predecir, la conducta de un conjunto de individuos, sin tener en cuenta las características individuales, sino refiriéndose únicamente al contexto sociocultural en el que participan.

Lo que cualquier persona reconoce como síntoma de alguna enfermedad o algún mal es, en parte, una función de la desviación del estándar cultural e histórico de normalidad establecido por la experiencia diaria. (Kornblit & Mendes, 2000).

Hay una enorme existencia de ideas populares sobre la enfermedad y diversas las formas de pensar de las causas de estas mismas. Estos modos de pensar constituyen lógicas que permiten entender la realidad de la “enfermedad”.

Como ya se ha señalado en lo anterior existen diversas lógicas de comprensión de la enfermedad, como lo son:

-Una lógica de “degeneración”, en la cual la enfermedad sigue al desgaste del cuerpo.

-Una lógica “mecánica”, en la cual la enfermedad es el resultado de bloqueos o de daños a estructuras corporales.

-Una lógica de “equilibrio”, propuesta por Chrisman (1977) en la cual la enfermedad sigue a la ruptura de la armonía entre las partes o entre el individuo y el medio.

Estas lógicas implican concepciones de enfermedad que responden a la medicina científica en cuanto a centrarse en síntomas, causas y terapias de las enfermedades. Otros puntos de vista sugieren que los conceptos vinculados con la enfermedad operan como símbolos que se relacionan con una amplia variedad de experiencias propias de una cultura. Los conceptos comunes de la enfermedad

mental tienen que ver con imágenes asociadas con otros órdenes de la vida. Muy interesante, pero falta citar quien menciona esto.

Las enfermedades mentales son evaluadas de manera distinta según la sociedad, la época y las características de la persona que se enferma. Es por ello que las enfermedades mentales han sido a lo largo de la historia estigmatizadas, quizá por la necesidad de descargar la miseria de la comunidad en un chivo expiatorio y por las dificultades y angustias que este tipo de enfermedades introducen en la convivencia familiar y social. Esta actitud generalizada hacia la enfermedad mental puede determinar reacciones emocionales y/o conductas pesimistas y desesperanzadas, tanto en los sujetos sanos como en quienes pasan este proceso en condiciones de cuidadores. El individuo etiquetado como “enfermo mental” luego del diagnóstico médico, recurre a la información existente en su medio social acerca de su enfermedad y adopta un determinado modo de pensar, sentir y reaccionar frente a ella. Es fundamental por eso considerar la representación cultural que el paciente tiene de la enfermedad, así como la actitud y el conocimiento que se tiene acerca de ella. Todos estos factores darán cuenta de cómo el paciente vive su proceso y de esta vivencia surgirán las estrategias que pondrá en juego para convivir con su enfermedad. Existe otro factor que influye en el entendimiento de la enfermedad mental, lo que es la percepción de dicha enfermedad, ya que esta también está influida por la cultura, y a su vez el sentirse enfermo está relacionado con la percepción del propio cuerpo (Kornblit & Mendes, 2000).

De acuerdo con Kornblit y Mendes (2000) algunos de los factores que condicionan la percepción de las sensaciones relativa a la enfermedad mental son:

- La riqueza y la percepción del vocabulario del individuo y su capacidad para manipular y memorizar las taxonomías que la medicina provee. Esta aptitud discursiva se relaciona con el grado de escolaridad alcanzado.

- El estrato socio-económico al que pertenezca.
- La falta de educación sanitaria, que dificulta la identificación de la enfermedad.
- El momento evolutivo y la intensidad de la enfermedad.
- El género y la edad, ya que algunas enfermedades mentales son más frecuentes dependiendo el género y se desarrollan en cierto lapso de la vida.

Las representaciones sociales

En el capítulo dos se abordará el tema de representación social; desde antecedentes, orígenes, conceptos que diferentes autores han mencionado históricamente; también se abordaran los conceptos más representativos para la comprensión de una representación social, las funciones, metodologías existentes y formas de análisis y comprensión de dicho concepto.

Antecedentes y orígenes

El concepto y teoría de las representaciones sociales aparece en sociología, pero su teoría va a ser esbozada en psicología social. Surge esta teoría en 1961 en París, su autor Serge Moscovici que luego de varios estudios presentó, en su tesis doctoral titulada “La Psychoanalyse, son image et son public” la noción de representación social. El estudio la manera en que la sociedad francesa veía el psicoanálisis, mediante el análisis de prensa y entrevistas en diferentes grupos sociales.

Los presupuestos de Moscovici son junto a los trabajos de Tajfel en la Universidad de Bristol Gran Bretaña, sobre las relaciones intergrupales e identidad social y de Doise (1984) sobre las condiciones sociales del desarrollo cognitivo, desarrollados en la Universidad de Ginebra, Suiza; los principales responsables de una vertiente de la psicología social europea, que en la búsqueda de una identidad académica propia hizo que se desarrollara como una alternativa a los Estados Unidos (Sá, C. 1996).

La propuesta de Moscovici tenían un propósito básico: redefinir los problemas y conceptos de la psicología social, con su teoría de las representaciones sociales,–integra en la psicología social las aportaciones de diversas disciplinas,

dentro de un contexto europeo y permite comprender la esencia del pensamiento social desde otra perspectiva.

Los postulados de Moscovici (como se citó en Pererá, 2005) tomaron una dirección diferente al paradigma norteamericano, las diferencias más notables con las siguientes:

-El origen sociológico de sus conceptos en contra del individualismo y psicologismo dominante en Estados Unidos.

-El énfasis de los contenidos tanto como en los procesos.

-La apertura metodológica, caracterizada por la combinación de metodologías diversas donde no se privilegia ningún método o técnica particular.

Fue muy lento y polémico el camino que tomó la teoría, mucho de esto debido a la fuerte influencia del conductismo, que solo reconocía el comportamiento manifiesto como objeto de estudio válido y subestima cualquier explicación apoyada en elaboraciones subjetivas de los grupos (Ibañez, 1988).

Otras razones que al igual fueran determinantes para esto fueron:

- El tradicional privilegio otorgado en los estudios a los procesos individuales, que subestimaba lo grupal.
- La imagen existente en los Estados Unidos de los estudios europeos, visto como verbalistas y especulativos. Que también fue atribuida a los trabajos de Moscovici.
- El concebir las representaciones sociales como un nuevo modo de conceptualizar las actitudes.

Varias corrientes y escuelas en Psicología y otras ciencias sociales son reconocidas en vínculo estrecho con la teoría de las representaciones sociales.

La influencia del cognitivismo social sobre la teoría de las representaciones sociales es un hecho irrefutable. La teoría es considerada una alternativa a algunas

formas del cognitivismo social, que toca fronteras con las ideas de Heider sobre el “pensamiento ordinario”, en este sentido, la noción de representación social intenta expresar una forma específica de pensamiento social que tiene su origen en la vida cotidiana de las personas, al tiempo que otorga al pensamiento social una importante función en la estructuración de la realidad social.

Dentro de los antecedentes teóricos que estructuran el modelo de las representaciones sociales, Según Moscovici (1979), son tres las influencias básicas: La etnopsicología de Wundt, el interaccionismo simbólico de Mead y el concepto de representaciones colectivas de Durkheim (Mora, 2002).

La primera gran influencia fue Wundt, quien era un pensador alemán, sus trabajos eran enfatizados en problemas psicológicos que en ese tiempo (años 1889) eran resueltos mediante la especulación; Wundt se dio a la tarea de instalar un laboratorio de psicología experimental. De esta manera la psicología dejó de ser materia de especulación dentro de la filosofía para iniciar su historia como ciencia experimental. Es así como Wundt desde 1862 se propone llevar a cabo tres tareas: la creación de una psicología experimental, de una metafísica científica y de una Psicología social.

Según Mora (2002), 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, es así como desprende, una metodología apropiada para los procesos cognoscitivos superiores del hombre: la interpretación de los productos de la experiencia colectiva.

Busco 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. Wundt parte del análisis de la acción humana, concluye que existen

respuestas miméticas innatas a las expresiones de otros por lo que es posible la transferencia de los estados mentales del individuo. Este mecanismo de “comunicación de gestos” proveía las bases indispensables de la vida social, sin la cual los individuos nunca podrían empezar a entenderse. Esta comunicación de los gestos, origina productos culturales con existencia concreta: el lenguaje, proporciona un medio para la operación de la actividad cognoscitiva superior, los mitos surgidos de esta base dan forma a la capacidad humana para imaginar; y las costumbres, enmarcan la referencia dentro de la cual operan las opciones individuales y la voluntad. Estas aportaciones de Wundt dentro de la Psicología alimentaron dos vertientes: 1) La tradición de Mead con el interaccionismo simbólico en la sociología estadounidense y 2) A través de Durkheim, la investigación de las representaciones sociales por parte de Moscovici. (Mora, 2002).

La siguiente influencia fue la realizada por Mead, él basa su Psicología social en Darwin y en la etnopsicología de Wundt, escudriñando desde el gesto animal el proceso evolutivo de la comunicación humana. Toma como unidad de análisis lo que denomina el acto social. Aquí el símbolo y su significado son propiedad de la situación interactiva, la existencia de tal significado no implica necesariamente la conciencia del mismo, puesto que esto solo 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 solo ahí 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. Por tanto, Mead enfatiza dos características de esta interacción: quién se comunica puede comunicarse consigo mismo y esta comunicación crea la realidad.

Otra fuerte influencia fue la hecha por el sociólogo Durkheim, quien desde la sociología propuso el concepto de “representación colectiva”. La crítica a este concepto constituye el punto de partida para que Moscovici diera su propuesta.

Para Durkheim la representación colectiva es la forma en que el grupo piensa en relación a los objetos que lo afectan, los considera hechos sociales de carácter simbólico, producto de la asociación de la mente de los individuos. Estado de la conciencia colectiva que son de naturaleza distinta que los estados de conciencia individual, son representaciones de otro tipo, tienen sus leyes propias (Durkheim, 1898 como se citó en Pererá, 2005).

Moscovici señaló que esta propuesta realizada respecto a la suya era más rígida y estática, de tal modo planteó, que las representaciones colectivas son un mecanismo explicativo y se refieren a una clase general de ideas o creencia, y estos fenómenos necesitan ser descritos y explicados. Fenómenos específicos que se relacionan con una manera particular de entender y comunicar, manera en que se crea la realidad y el sentido común, es por esto que Moscovici hace esta distinción en utilizar el término “social” en vez de colectivo (Pererá, 2005).

Las representaciones sociales son explicaciones del sentido común, la representación que elabora un grupo sobre lo que debe llevar a cabo, define objetivos y procedimientos específicos para sus miembros. Una primera forma de representación social es la elaboración por parte de una colectividad, bajo la inducción social, de una concepción de la tarea que no toma en consideración la realidad de su estructura funcional. Esta representación incide directamente sobre el comportamiento social y la organización del grupo y llega a modificar el propio funcionamiento cognitivo (Jodelet, 2000).

Moscovici en 1988 hizo la descripción de tres tipos de representaciones sociales existentes:

- Representaciones hegemónicas: Existe en ellas un alto grado de consenso entre los miembros del grupo y se corresponden más con las representaciones colectivas enunciadas por Durkheim.
- Representaciones emancipadas: No tienen un carácter hegemónico, ni uniforme, se dan entre subgrupos específicos que son portadores de nuevas formas de pensamiento social.
- Representaciones polémicas: Surgidas en grupos que atraviesan situaciones de conflicto o controversia social respecto de hechos u objetos sociales relevantes, ante las cuales expresan formas de pensamientos diferentes a la mayoría.

Es así como existen algunas diferencias y semejanzas entre ambos conceptos de representación colectiva y representación social. Las representaciones colectivas son concebidas como formas de conciencia que la sociedad impone a los individuos, esto significa que este término tiene un poder coercitivo sobre los miembros de una sociedad, tienen un carácter supraindividual. En tanto, las representaciones sociales, son generadas por los sujetos sociales, construidas en la interacción social en la realidad en la cual viven.

Otras escuelas también nutren la teoría de las representaciones sociales, entre ellas está la psicología Evolutiva de Jean Piaget. Su punto de vista sobre el esquema social operatorio susceptible de actuar ante objetos reales o simbólicos, los estados de inteligencia, la representación del mundo en el niño, de alguna manera tiene sus aportaciones en los postulados de Moscovici. Todas estas ideas han ayudado al avance del terreno de las representaciones sociales, así como la vinculación estrecha de la sociología principalmente de una de las más importantes continuadoras del trabajo de Moscovici como lo es Jodelet (1993).

Aproximaciones al concepto de representación social.

La complejidad de este fenómeno hace difícil que se pueda situar en un concepto. Las representaciones sociales constituyen una formación subjetiva multifacética y polimorfa, donde fenómenos como cultura, ideología y pertenencia socio estructural dejan su impronta; al mismo tiempo que elementos afectivos, cognitivos, simbólicos y valorativos que participan en su constitución.

Las representaciones sociales se presentan bajo formas variadas. Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permite interpretar lo que sucede e incluso dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver. Las representaciones sociales son todo esto junto.

Jodelet en 1993 planteó que el concepto de representación social designa una forma de conocimiento específica, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente marcados. Sus principales elaboraciones son las siguientes:

- La manera en que nosotros, sujetos sociales aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno.
- El conocimiento espontáneo, ingenuo o de sentido común, por oposición al pensamiento científico.
- Conocimiento socialmente elaborado y compartido, constituido a partir de nuestras experiencias y de las informaciones y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social.

- Conocimiento práctico que participa en la construcción social de una realidad común a un conjunto social e intenta dominar especialmente ese entorno, comprender y explicar los hechos e ideas de nuestro universo de vida.
- Son a un mismo tiempo producto y proceso de una actividad de apropiación de una realidad externa y de elaboración psicológica y social de esa realidad.

En una evolución de la elaboración de este concepto, Moscovici, en primer lugar apuntaba a que: “La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre individuos... es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporciona a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material, para dominarlo”... (Moscovici, 1979).

Años después el mismo Moscovici (1981) afirma:

“Por representaciones sociales nosotros entendemos un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales. En nuestra sociedad se corresponden con los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; incluso se podría decir que son la versión contemporánea del sentido común... constructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común.

Para el autor Di Giacomo las representaciones sociales son: “modelos imaginarios de categorías de evaluación, de categorización y de explicación de las relaciones sociales, particular” (Di Giacomo, 1981).

Otros autores como Carugati y Palmonari en 1991 señalaron que:

“Las representaciones sociales son un conjunto de proposiciones, de reacciones y de evaluaciones sobre puntos particulares, emitidos por el “coro” colectivo que aquí o allí, durante una charla o conversación. “Coro” colectivo del que se quiera o no cada uno forma parte. Se podría hablar de “opinión pública”, pero de hecho estas proposiciones, reacciones, evaluaciones se organizan de modo muy distinto según las culturas, las clases y los grupos en el interior de cada cultura. Se trata pues de universos de opiniones bien organizadas y compartidas por categorías o grupos de individuos”.

Jodelet en 1993 incorpora nuevos elementos, para ella las representaciones sociales son: “imágenes condensadas de un conjunto de significados, sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que sucede, formas de conocimiento social que permite interpretar la realidad cotidiana... un conocimiento práctico que forja las evidencias de nuestra realidad consensual...”

Todo lo que los autores han detallado en cada uno de sus definiciones ayuda a observar que entre las definiciones se complementan, al hacer énfasis en aspectos diferentes, pero todos ellos apuntando a lo que es el fenómeno representacional.

Se puede decir que son: una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. La actividad mental desplegada por individuos y grupos a fin de fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les interesa.

Es así como lo “social” interviene de varias maneras: a través del contexto concreto en que se sitúan los individuos y los grupos; a través de la comunicación que se establece entre ellos, a través de los códigos, valores, e ideologías relacionados con las posiciones y pertenencias sociales específicas. Así pues, la representación social nos sitúa en el punto de partida donde se intersectan lo sociológico con lo psicológico, concierne a la manera en como nosotros, sujetos

sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente.

En otras palabras, el pensamiento “espontáneo”, “ingenuo”, eso que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común, o pensamiento natural, este conocimiento se va a estructurar por medio de nuestras experiencias, pero también de conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De esta manera este conocimiento es, un conocimiento socialmente elaborado y compartido. Intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que dominan nuestra vida, actuar sobre y con otras personas, responder a preguntas que se nos plantean, etc. Se trata también de un conocimiento práctico, al dar sentido a acontecimientos y actos que terminan por sernos habituales, este conocimiento forja las evidencias de nuestra realidad consensual y participan en la construcción social de nuestra realidad (Correa, 2003).

Las representaciones sociales deben ser abordadas como el producto y el proceso de una elaboración psicológica y social de lo real. Pero los fenómenos aislados, los mecanismos puestos de manifiesto se sitúan a diversos niveles que van desde lo individual hasta lo colectivo, dificultando así una comprensión global del pensamiento social (Correa, 2003).

El hecho de que la representación social constituye una forma de conocimiento implica el riesgo de reducirla a un conocimiento intraindividual, donde lo social tan solo interviene de forma secundaria. El hecho de que se trate también de una forma de pensamiento social entraña el peligro de diluirla en fenómenos culturales o ideológicos.

Finalmente, Páez en 1987 ofrece una caracterización de las representaciones sociales, las cuales son:

1.- Privilegiar, seleccionar y retener algunos hechos relevantes del discurso ideológico concernientes a la relación sujeto en interacción, ósea descontextualizar algunos rasgos de este discurso.

2.- Descomponer este conjunto de rasgos en categorías simples, naturalizando y objetivando los conceptos del discurso ideológico referente al sujeto en grupo.

3.- Construir un “mini-modelo” o teoría implícita, explicativa y evaluativa del entorno a partir del discurso ideológico que impregna al sujeto.

4.- El proceso reconstruye y reproduce la realidad otorgándole un sentido y procura una guía operacional para la vida social, para la resolución de los problemas y conflictos.

Pero cómo es que surgen las representaciones sociales, según Moscovici, estas emergen determinadas por las condiciones en que son pensadas y constituidas, teniendo como principal determinante el hecho de surgir en momentos de crisis y conflictos.

Las representaciones sociales requieren responder a las siguientes necesidades: a) clasificar y comprender acontecimientos complejos y dolorosos; b) justificar acciones planeadas o cometidas contra otros grupos y c) para diferenciar un grupo respecto de los demás existentes.

Moscovici infiere tres condiciones de emergencia de las representaciones sociales:

- La dispersión de la información: Ya que la información que se tiene nunca es suficiente y por lo regular está desorganizada: Los datos de que disponen la mayor parte de las personas para responder a una pregunta, para formar una idea a propósito de un objeto preciso, son generalmente insuficientes. La

multiplicidad y desigualdad cualitativa entre las fuentes de información con relación a la cantidad de campos de interés, vuelven precarios los vínculos entre los juicios, por ello, es compleja la tarea de buscar todas las informaciones y relacionarlas (Mora, M. 2002).

- Focalización: Una persona o una colectividad, se focalizan porque están implicadas en la interacción social como hechos que conmueven los juicios o las opiniones. La focalización es señalada en términos de implicación o atractivo social de acuerdo a los intereses particulares que se mueven dentro del individuo inscrito en los grupos de pertenencia.
- Presión a la inferencia: Socialmente se da una presión que reclama opiniones, posturas y acciones acerca de los hechos que están focalizados por el interés público: En la vida cotidiana, las circunstancias y las relaciones sociales exigen del individuo o del grupo social que sean capaces en todo momento de estar en situación de responder.

Para Banchs (como se citó en Mora, 2002) las exigencias grupales para el conocimiento de determinado objeto se incrementan a medida que su relevancia crezca. El propósito primario es no quedar excluido del ámbito de las conversaciones sino poder realizar inferencias rápidas, opiniones al respecto y un discurso sobre ello.

La presión a la inferencia quiere describir un hecho significativo en la dinámica colectiva que alude al hecho de que frecuentemente existe la obligación de emitir opiniones, sacar conclusiones o fijar posiciones respecto a temas controversiales, considerados de actualidad en los círculos sociales de pertenencia.

Por lo tanto, y como ya se describió anteriormente, existen 3 condiciones de emergencia (dispersión de la información, grado de focalización y presión a la inferencia) estas, constituyen el pivote que permite la aparición del proceso de formación de una representación social, y al unirse hacen posible el principio del esquema de la representación.

Perspectivas teóricas en el estudio de las representaciones sociales.

El término de representaciones mentales y las fundamentaciones de Moscovici han tenido en los años posteriores a su nacimiento una amplia elaboración.

Esto ha derivado en la existencia de dos modos de abordaje de las representaciones sociales que podrían identificarse como una procesual y otra estructural.

Para comprender estas perspectivas tendríamos primero que retomar y hacer una distinción entre procesos y contenidos.

Las representaciones sociales deben ser analizadas en relación con los procesos de la dinámica social y de la dinámica psíquica. Debemos tener en cuenta de un lado el funcionamiento cognitivo y del otro el funcionamiento social, de los grupos, y las interacciones en la medida en que ellas afectan el inicio, la estructura y la evolución de las representaciones.

Es así como dos tipos de procesos inciden en la conformación de representaciones sociales: los procesos cognitivos o mentales, de carácter individual y los procesos de interacción y contextuales de carácter social.

Un contenido, puede enfocarse sobre lo permanente, como en la investigación históricamente orientada o sobre lo diverso, y el proceso puede restringirse a los aspectos sociocognitivos de procesamiento de información o restringirse a la funcionalidad de las representaciones sociales en la creación y mantenimiento de las prácticas sociales. (Banchs, 2000).

Las representaciones sociales son abordadas como el producto y el proceso de una actividad de apropiación de la realidad exterior al pensamiento y de elaboración psicológica y social de esta realidad.

Ahora bien, retomando las perspectivas teóricas, cuando hablamos de procesual y estructural, se refiere a modos de apropiación de la teoría. Mary Jane Spink (como se cita en Banchs, 2000) da una definición del objeto de estudio de las representaciones sociales de carácter procesual: Es la actividad de reinterpretación continua que emerge del proceso de elaboración de las representaciones en el espacio de interacción, lo que constituye, el real objeto de estudio de las representaciones sociales.

Esta perspectiva procesual se caracteriza por considerar que para acceder al conocimiento de las representaciones sociales se debe partir de un abordaje hermenéutico, entendiendo al ser humano como productor de sentidos, y focalizándose en el análisis de las producciones simbólicas, de los significados, del lenguaje, a través de los cuales los seres humanos construimos el mundo en el que vivimos. Y desde esta perspectiva existen dos vías de acceso al conocimiento: a través de métodos de recolección y análisis cualitativo de datos, y la otra la triangulación, combinando múltiples técnicas. (Banchs, 2000).

La que se desarrolló en París, por la autora Jodelet. Ella en sus elaboraciones insiste en la necesidad de continuar desarrollando la teoría desde el conocimiento amplio y detallado de los fenómenos de representación estudiados, enfatiza además en los soportes que son conducen las representaciones: los discursos de los individuos y grupos, sus comportamientos, y prácticas sociales, que son las que constituyen las representaciones sociales.

En el ámbito estructural, se puede decir que una representación social es un conjunto organizado de cogniciones relativas a un objeto, compartidas por los miembros de una población homogénea respecto a este objeto.

Doise enfatiza el rol de la posición en las estructuras sociales en constitución de las representaciones, se interesa por las condiciones en que se producen las mismas y privilegia los métodos estadísticos correlacionales.

Abric, en Francia, desde una dimensión cognitivo-estructural, enuncia la teoría del núcleo central, la cual propone que una representación está organizada en un sistema central y otro periférico, ambos con características y funciones específicas y diferentes. Los elementos cognitivos del núcleo se caracterizan por mayor estabilidad, rigidez y consensualidad; en tanto el sistema periférico adopta un mayor dinamismo, flexibilidad e individualización. La representación se estructura en torno al núcleo, que lo dota de una significación global y organiza los elementos periféricos, que gracias a su mutabilidad permiten una relativa armonía en las situaciones y prácticas concretas de la cotidianidad (Perera, 2005)

La representación social es constituida de un conjunto de informaciones, de creencias, de opiniones y de actitudes al propósito de un objeto dado. El análisis de una representación necesita una doble identificación: la de su contenido y la de sus estructuras (como ya se ha mencionado anteriormente). Es decir, los elementos constitutivos de una representación son jerarquizados, asignados de una ponderación y mantienen entre ellos relaciones que determinan la significación y en lugar que ocupan en el sistema representacional. Esto implica una metodología específica de recolección y análisis, Abric (1976 como se citó en Abric, 2001), realiza una hipótesis respecto a esto, la del núcleo central.

Las personas tienen tendencias a atribuir los elementos que sobrevienen en su entorno a núcleos unitarios, Los centros de la textura causal del mundo. Es así como los elementos centrales permiten poner en orden y entender la realidad vivida por los individuos o por grupos.

La jerarquía entre los elementos produce y favorece la centralidad de uno entre ellos, y la simple transformación de este elemento central ocasiona un cambio radical en la impresión (Abric, 2002).

El núcleo central de una representación garantiza dos funciones: Una función generadora que es el elemento mediante el cual se crea, se transforma la

significación de los otros elementos constitutiva de la representación. Y una función organizadora, ya que es el núcleo central quien determina la naturaleza de los lazos que unen, el elemento unificador y estabilizador de las representaciones. Y es por ende que cualquier modificación del núcleo central ocasiona una transformación completa en la representación.

Para que dos representaciones sean diferentes deben estar organizadas alrededor de núcleos centrales distintos. La simple identificación del contenido es insuficiente para reconocerla y especificarla. Dos representaciones definidas por un mismo contenido pueden ser radicalmente diferentes si la organización de ese contenido y luego la centralidad de ciertos elementos es distinta. Ya que no es la presencia importante de un elemento la que define su centralidad (Abric, 2001).

Según la naturaleza del objeto y la finalidad de la situación el núcleo central podrá tener dos dimensiones distintas: una dimensión funcional, que es cuando los elementos más importantes sirven para la realización de una tarea y una dimensión normativa, en donde intervienen directamente dimensiones socioafectivas, sociales o ideológicas. Norma un estereotipo, una actitud fuertemente marcada estarán en el centro de la representación.

Los elementos periféricos de la representación se organizan alrededor del núcleo central, están en relación directa con él, es decir, que su presencia, su ponderación, su valor y su función están determinados por el núcleo. Constituyen lo esencial del contenido de la representación, su lado más accesible, pero también lo más vivo y concreto. Abarcan informaciones retenidas, seleccionadas e interpretadas, juicios formulados al respecto del objeto y su entorno, estereotipos y creencias. Constituyen la interface entre el núcleo central y la situación concreta en la que se elabora o funciona la representación y responden a tres funciones esenciales: una función de concreción, una de regulación y la última de defensa (Abric, 2001).

Es así como podemos decir de manera general que el núcleo central, cuya determinación es esencialmente social, relacionado con las condiciones históricas, sociológicas e ideológicas. Define los principios fundamentales alrededor de los cuales se constituyen las representaciones, evoluciona en forma muy lenta y su origen está en el contexto global, que define las normas y los valores de los individuos y de los grupos en un sistema social dado. Y el sistema periférico, cuya determinación es más individualizada y más asociado con las características individuales permite integrar información y hace que las prácticas sean diferenciadas.

De manera general, estas son las corrientes más importantes en el estudio de las representaciones sociales, pero ya que este fenómeno es bastante complejo, también existen orientaciones metodológicas para su estudio, que permiten a los estudiosos de las representaciones sociales, tener diversas opciones para la investigación de las mismas.

En su investigación sobre la penetración del psicoanálisis en la sociedad francesa, Moscovici utilizó algunos procedimientos metodológicos que considero convenientes para su objeto de estudio. Empleo cuestionarios estructurados y semiestructurados aplicados a distintas muestras, así como un análisis del contenido de todos los artículos relacionados con el psicoanálisis publicado en periódicos, revistas. Sus resultados fueron publicados en el libro *La psychanalyse, son image et son public* en 1961.

Usar entrevistas abiertas o en profundidad, la observación participante o el análisis minucioso del lenguaje de los individuos, son algunas de las técnicas de recolección y del análisis de la información que permiten revelar las contradicciones que oculta cierta ideología.

La elección de una metodología es determinada por la naturaleza del objeto estudiado, tipo de población, pero también por el sistema teórico que sustenta y justifica la investigación.

Como se sabe una representación social se define por dos componentes, por su contenido y por su organización; de ahí que el estudio de este reclame la utilización de métodos que por una parte busquen identificar y hacer emerger los elementos constitutivos de la representación y por otra parte conocer la organización de esos elementos. Esto quiere decir una aproximación multimetodológica (Abric, 2001).

Métodos de recolección del contenido de una representación.

Se pueden distinguir entre dos grandes tipos de métodos. Unos son los interrogativos, estos consisten en recoger una expresión de los individuos que afecta al objeto de representación en estudio. Los otros métodos de estudio son los asociativos, también se tratan de una expresión verbal pero más espontánea, menos controlada y por tanto se considera más auténtica (Abric, 2001).

Métodos interrogativos.

La entrevista.

Es una técnica que se traduce de la producción de un discurso, este discurso favorece la utilización de mecanismos psicológicos, cognitivos y sociales que vuelven problemáticas la fiabilidad y validez de los resultados (Abric, 2001)

La situación de la entrevista es que es de interacción finalizada. Las características de la situación de la enunciación pueden determinar una producción discursiva específica en la que es difícil distinguir lo que es del contexto y lo que es una opinión propia del locutor. La utilización de la entrevista supone recurrir a

métodos de análisis del contenido. Es importante utilizar esta técnica en complemento con otras técnicas.

El cuestionario.

Es una técnica que permite introducir aspectos cuantitativos no presentes en la entrevista, este análisis del contenido permite identificar la organización de las respuestas, entender los factores explicativos o discriminantes de una población, identificar las posiciones de los grupos estudiados. Otra ventaja de esta técnica es la vinculación que tienen con la estandarización que reduce los riesgos subjetivos de la recolección y las variaciones interindividuales de la expresión de cada sujeto.

El cuestionario supone una elección y selección realizadas por el mismo investigador tocando los temas abordados, limita la expresión de los individuos a las interrogaciones que le son propuestas. Es importante al utilizar esta técnica considerar la concepción del cuestionario para que permita la actividad de la persona interrogada.

Las tablas inductoras.

Esta técnica se inspira en las aproximaciones proyectivas. Su procedimiento consiste en presentar a los sujetos una serie de dibujos, elaborados por el investigador, ilustrando los temas principales que se desean abordar y se les pide que se expresen libremente a partir de la tabla propuesta. Esta técnica favorece para determinadas poblaciones ya que ayuda a la expresión de los sujetos en relación con las respuestas obtenidas en las entrevistas clásicas. Pero requiere de un trabajo y de un análisis previo por parte del investigador (Abric, 2001).

Dibujos y soportes gráficos.

Los trabajos de Milgram Y Jodelet en 1976 (como se citó en Abric, 2001) son un ejemplo de esta técnica, al estudiar la representación social de Paris. El procedimiento utilizado abarca tres fases: la producción de un dibujo. La verbalización de los sujetos a partir de esos dibujos y finalmente un análisis de los elementos constituyentes de la producción gráfica.

Aproximación monográfica.

Esta técnica permite recoger el contenido de una representación social, referirla directamente a su contexto, estudiar las relaciones con las prácticas sociales establecidas por un grupo. El trabajo de Jodelet en 1989 (como se citó en Abric, 2001) sobre la representación de la enfermedad mental en una comunidad terapéutica constituye la mejor ilustración de este tipo de técnica. Consistió en utilizar y cruzar diferentes técnicas y permitir varios niveles de análisis por cuatro años. Las técnicas utilizadas fueron las: etnográficas, encuestas sociológicas, análisis históricos y técnicas psicológicas.

Y esta técnica consiste que en vez de partir de una formulación muy amplia del tema al contrario se va de la particular a lo general.

Métodos asociativos.

La asociación libre.

El método de la asociación libre permite reducir la dificultad de la expresión discursiva, y consiste en pedirle a los sujetos que produzcan todos los términos, expresiones o adjetivos que tenga o se le presenten del objeto de estudio de representación. El carácter espontáneo de esta técnica permite tener un mejor acceso a los elementos que constituyen el universo semántico de lo que se está estudiando.

Esta técnica es muy apta para estudiar los núcleos estructurales y para recolectar los elementos constitutivos del contenido de la representación. Aunque la producción obtenida por asociación libre es difícil de interpretar. Grize, Vergés y Silem en 1987 (como se citó en Abric, 2001), proponen un procedimiento para analizar este tipo de material. Primero se sitúa y analiza el sistema de categorías utilizado por los sujetos que permita delimitar el contenido de la representación; después se extraen los elementos organizadores de ese contenido, para esto se pueden utilizar tres indicadores: la frecuencia del ítem en la población, su rango de aparición en la asociación y la importancia del ítem para los sujetos.

Verges en 1992 (como se citó en Abric, 2001) propone completar este análisis verificando si los términos más frecuentes permiten crear un conjunto de categorías, confirmando así las indicaciones sobre su papel organizador de la representación. Es así como el campo semántico mismo puede ser analizado en forma descriptiva o comparativa.

Para el análisis de estos resultados también se pueden utilizar métodos más clásicos como el análisis de similitud o los multidimensionales.

El material asociativo puede constituir la base de un análisis más profundo.

La carta asociativa.

Es un método de asociación libre inspirada en la técnica de la carta mental de Jaoui (1979, como se citó en Abric, 2001), y tiene el nombre de carta asociativa. La cual consiste en lo siguiente: como primer paso, a partir de un término inductor son producidas asociaciones libres. Después se pide al sujeto producir una segunda serie de asociaciones, pero esta vez a partir de un par de palabras que contengan, por una parte, el término inductor inicial y cada uno de los términos asociados producidos por el sujeto en la primera fase. Se obtiene así una segunda serie de

asociaciones, recogiendo así una serie de cadenas asociativas de tres elementos. Cada una de estas cadenas asociativas es utilizada entonces para solicitar nuevas asociaciones por parte del sujeto. Se puede desarrollar para obtener cadenas de hasta cinco elementos, aunque es difícil ir más allá de las tres fases. El análisis de la carta asociativa se puede realizar como el que se práctica en la asociación libre.

Métodos de identificación de la organización y de la estructura de una representación.

Si los métodos clásicos de recolección de las representaciones pueden permitir entrar a la estructura interna de la representación, es generalmente a partir del análisis en profundidad de las producciones discursivas o por medio de una transformación del material cualitativo en unidades de significación cuantificables. Los cuestionarios tradicionales lo máximo que permitirían serie de situar los ejes o los factores generales que organizan la representación.

La puesta en evidencia del núcleo central de la representación parece más fácilmente realizable por un conjunto de técnicas cuyo principio es: pedir al mismo sujeto que efectúe un trabajo cognitivo de análisis y comparación de su propia producción. Esto permite reducir la parte de interpretación o elaboración de la significación por parte del investigador (Abric, 2001).

Constitución de pares de palabras.

A partir de un corpus que el mismo ha producido se pide al sujeto que constituya un conjunto de pares de palabras que le parezcan “ir juntas”. Esta lista de pares revela el tipo de procedimiento que es utilizado por el sujeto puede ser:

similitud del sentido, implicaciones, contraste. Se puede enriquecer esta técnica pidiendo al sujeto que indique los pares más relevantes para él.

Constitución de conjunto de los términos.

Consiste en pedir al sujeto que agrupe en paquetes los ítems que ha producido o proponerle: poner juntos los ítems que van juntos., y después interrogarlo acerca de los motivos de ese reagrupamiento y solicitarle que otorgue un título a cada uno de los conjuntos constituidos.

El objetivo de esto es aprehender las estructuras esquemáticas de la representación al analizar los recortes efectuados por los sujetos y sus fundamentos a partir de los vínculos de similitud.

Abric (2001) menciona que, al análisis de una representación social, siendo un conjunto de informaciones, opiniones, actitudes, creencias, organizados alrededor de una significación central necesita que se conozcan sus tres componentes esenciales: su contenido, su estructura interna y su núcleo central. Ninguna técnica hasta ahora permite recoger conjuntamente esos tres componentes, lo que significa que la utilización de una sola técnica no es pertinente para el estudio de una representación y que cualquier estudio de la representación se debe fundar necesariamente en un acercamiento plurimetodológico.

En su estudio sobre las representaciones sociales como una alternativa teórica para la psicología en Latinoamérica, Banchs (1990) enumera de 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, aunque obviamente existen otras muchas técnicas de análisis empleadas en el

tratamiento de las representaciones sociales, se expondrán estas tres de manera general:

- Análisis de procedencia de la información (Jodelet, 2000): La autora idea esta técnica para analizar independientemente el contenido temático, las fuentes de información de las cuales el sujeto obtenía sus datos. Al estudiar la representación social del cuerpo humano, 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 propio sujeto sobre si, lo adquirido a través de la comunicación social (creencias populares) y los conocimientos adquiridos a través de los medios formales como estudios, lectura o su profesión.

Distinguir entre un contenido y una fuente de procedencia de información requiere de un criterio establecido y presenta un alto grado de dificultad. Esta es una técnica bastante ejemplar ya que refleja la distancia que el sujeto tiene frente al objeto de conocimiento y permite discriminar el grado de implicación personal y el arraigo social de dicho conocimiento.

- Análisis de los actos ilocutorios (Flahault): Es la técnica que analiza los diálogos recogidos en textos, medios de comunicación o en observaciones. Se busca 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 (Saquilán, 2005)

- Análisis gráfico de los significantes (Friedman): Los materiales que se recolectan son por medio de grabaciones, son transcritos y enumeradas las unidades de significación (sujeto y predicado) de acuerdo con su orden de significación y se identifican las palabras que más se repiten. Por último, se

reproducen gráficamente, todas las palabras señaladas por medio de flechas, para saber la relación que tenían en el discurso original. Se trata de conseguir la forma gráfica más ilustrativa de las relaciones entre palabras: núcleos de pensamiento equivalentes a lo que Moscovici llamaba núcleo figurativo. La ventaja de esta técnica es que no fragmenta el discurso, y 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 (Saquilán, 2005).

Como ya se había mencionado, estas son solo algunas metodologías que son mencionadas por la autora Banchs; pero el autor Ibañez (1988), también menciona otras metodologías igualmente utilizadas en la investigación de las representaciones sociales:

Análisis de correspondencia (Di Giacomo): Se trata de un análisis multidimensional del tipo factorial que presenta un alcance meramente descriptivo. Basándose en el diferencial semántico, se selecciona una serie de palabras estímulo referentes al objeto social al investigar. Se pide a una muestra de sujetos que efectúe una asociación libre a partir de cada palabra hasta realizar una especie de “diccionario de palabras” o algo parecido a los “campos semánticos”. Estos datos ayudan a la construcción de la dimensión de información de la representación social. Lo que sigue es recurrir al análisis de correspondencias para establecer el grado de similitud que existen entre los diversos campos semánticos y así generar unas representaciones gráficas en donde se puede visualizar el grado de independencia entre los campos, según sea la zona gráfica de aglutinamiento (Saquilán, 2005)

Di Giacomo en 1981 hace algunas consideraciones sobre el problema de la metodología, además señala tres criterios para identificar a una representación social: que esté estructurada, que comparta elementos emocionales con el nuevo elemento que lo reactiva y que el conjunto de opiniones este unido a un

comportamiento específico; en consecuencia, con estos criterios, este autor extrae algunas conclusiones metodológicas:

1) No se puede prejuzgar sobre la extensión posible del campo figurativo de objeto; 2) las representaciones mismas son la guía para reconocer a grupos ideológicos diferentes o antagónicos; 3) deben disponerse de métodos que hagan visible la estructura de opiniones en un sistema 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 analizarla; 5) deben existir criterios mínimos, la relación de los aspectos emotivos y actitudinales y la capacidad del modelo para integrar nuevos elementos, y la relación entre los comportamientos.

En otro sentido de análisis, la autora Jodelet (2000) señala que a medida que fue haciéndose como teoría, las representaciones sociales se han delimitado a campos de investigación con visiones diferentes. La importancia de cada una de ellas está en la manera de formular cómo se elabora la construcción psicológica y social de la representación.

En una primera visión, se limita a la actividad meramente cognitiva con la que el sujeto construye su representación. En el segundo término, se considera que el sujeto es un “producto de sentido”, por lo que le importan los aspectos significantes de la vida representativa. En un tercer enfoque se trata a la representación como una forma de discurso y obtiene sus características de la práctica discursiva (lenguaje) de los sujetos en la sociedad. La cuarta visión considera la práctica social del sujeto derivadas de las ideologías relacionadas con el lugar que ocupa en la sociedad. Para la quinta visión, es el juego de las relaciones intergrupales el que determina la dinámica de las representaciones. En una sexta perspectiva, que es más social, convierte al sujeto en portador de determinaciones sociales y de visiones estructuradas por las ideologías dominantes.

Celso Sá (1996), recomienda un camino para tomar decisiones cuando se estudia las representaciones sociales, así que este autor recomienda:

1ero se tiene que enunciar claramente el objeto de representación que se ha decidido estudiar.

2do se debe determinar lo sujetos, en términos de grupos, poblaciones, en cuyas manifestaciones discursivas o comportamientos se estudiarán las representaciones sociales.

3ro. Determinar las dimensiones del contexto sociocultural donde se desenvuelven los sujetos y grupos, sus prácticas sociales particulares, redes de interacción, medios de comunicación al acceso de los grupos seleccionados, normas o valores relacionados con el objeto de estudio, etc.

Finalmente, y en cualquiera de los casos, no debe olvidarse que sea cual sea la dirección metodológica, están deben marchar de la mano de los objetos estudiados y de las creencias asumidas por los mismos investigadores.

Función de las representaciones sociales.

Abric (2001) enuncia cuatro funciones de las representaciones sociales.

1.- Función de saber: El saber práctico permite adquirir conocimientos e integrarlos en un marco asimilable y comprensible, coherentes con los esquemas cognitivos y valores. También facilitan la comunicación social. Definen el cuadro de referencias comunes que permiten un intercambio social, la transmisión y difusión del conocimiento ingenuo.

2.- Función identitaria: Participan en la definición de la identidad y permiten proteger la especificidad de los grupos. Situar a los individuos y los grupos en el contexto social, permitiendo la elaboración de una identidad social y personal que sea gratificante, esto quiere decir, que sea compatible con el sistema de normas y valores social e históricamente determinado.

3.- Función de orientación: Guían los comportamientos y las prácticas. Intervienen en la definición de la finalidad de una situación, determinando así el tipo de relaciones pertinentes al sujeto. Permiten conformar un sistema de anticipaciones y expectativas constituyendo por lo tanto una acción sobre la realidad. La representación produce un sistema de anticipaciones y expectativas, una acción sobre la realidad: posibilitan la selección y filtraje de la información y la interpretación de la realidad conforme a su representación. Define lo que es lícito y tolerable en un contexto social dado.

4.-Función justificadora: Permiten justificar un comportamiento o toma de posición, explicar una acción o conducta asumida por los participantes de una situación. Por ejemplo, en situación de relaciones competitivas serán elaboradas progresivamente las representaciones del grupo contrario, con el objeto de atribuirle características que justifican un comportamiento hostil en su contra. Fungen el papel de persistencia o refuerzo de la posición social del grupo involucrado, perpetúan y justifican la diferenciación.

Es así como las funcionalidades de las representaciones sociales pueden sintetizarse en evaluativas, orientadoras, explicativas y clasificadoras, pero existen también otras dos funciones que son importantes y que deben ser mencionadas, estas son:

-Función sustitutiva: Las representaciones actúan como imágenes que sustituyen a la realidad a la que se refiere, pero al mismo tiempo participan en la construcción de conocimiento de esta realidad.

-Función icónico-simbólica: Permite hacer presente un fenómeno, objeto o hecho de la realidad social, a través de las imágenes o símbolos que sustituyen esa realidad. De tal modo que ellas actúan como una práctica de tipo teatral, recreando la realidad de modo simbólico.

Son muchas las funciones que cumplen las representaciones sociales, se podría decir que de manera general, ayudan a privilegiar, seleccionar y retener algunos hechos relevantes de los discursos ideológico que nos interesan de la relación sujeto en interacción: también ayudan a descomponer el conjunto de rasgos en categorías simples, para ayudar a comprender los conceptos del discurso ideológico referente a nuestro sujeto en grupo; nos ayuda también a construir un mini-modelo o teoría implícita, explicativa y evaluativa del entorno a partir de ese mismo discurso que impregna al sujeto; y por último el proceso reconstruye y reproduce la realidad otorgándole un sentido y una guía operacional para la vida social, para la resolución de problemas y conflictos.

Así pues, son muchas y muy importantes las funciones de las representaciones sociales, por ello la importancia de su estudio y la comprensión de ellas.

Ahora bien, toda representación social constituye una unidad funcional son “universos de opinión”. Y en términos de contenido está integrada por otras formaciones subjetivas las cuales pueden ser analizadas para fines didácticas, los cuales son: opiniones, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos. Estas, aunque son muy parecidas a las representaciones, más bien están contenidas en la estructura de esta misma.

Respecto a la estructura Moscovici (1979) señala que las representaciones están en tres dimensiones:

-La actitud: Esta es la dimensión afectiva, le da un carácter dinámico a la representación y ayuda a orientar el comportamiento hacia el objeto de la misma; dándole reacciones emocionales de diversa intensidad y duración. Desde el punto de vista del comienzo, esta es la dimensión que está en primera instancia en una representación. Los elementos afectivos tienen entonces una importancia

trascendental en la constitución de toda representación, al jugar un papel tanto estructurante como desestructurante.

-La información: Es la dimensión que nos proporciona los conocimientos en torno al objeto de representación; su cantidad y calidad es variada en función de distintos factores. Dentro de estos factores la pertenencia social y la inserción social juegan un rol esencial, pues el acceso a informaciones esta siempre mediada por estos dos factores. También tienen una fuerte influencia la cercanía o distancia de los grupos respecto al objeto de representación, así como las prácticas sociales en torno a este.

-Campo de representación: Nos sugiere la idea de “modelo”, ya que está referido al orden y la jerarquía que toman los contenidos representacionales, que se organizan en una estructura funcional determinada. El campo representacional se estructura en torno al núcleo o esquema figurativo, que es la parte más estable o sólida, está compuesto por cogniciones que dotan de significado al resto de los elementos. Esta dimensión es construida por el investigador a partir del estudio de la información y la actitud (las dos anteriores).

En los últimos años ha tomado solidez y auge la llamada “teoría del núcleo central”, esta misma pretende explicar la estructura de las representaciones desde una perspectiva que privilegia lo cognitivo. Su autor Abric, nos dice que una representación puede ser descrita e identificada cuando se aprende su contenido y estructura (Pererá, 2005).

Este autor supone la existencia de un sistema central y otro periférico. El primero es un subconjunto de la representación, cuyos componentes las estructuran y la dotan de un significado que ante transformaciones profundas del contexto social impactan al objeto de representación y hace que modifiquen la representación en su conjunto. Este sistema central tiene una doble función: generadora y

organizadora, cada uno de los sistemas mencionados tienen un papel específico y complementario entre ellos.

Como ya se ha mencionado, las representaciones sociales es un concepto bastante complejo, que para su comprensión se necesita saber sobre todo a su alrededor, es así como también debemos comprender como es la dinámica de la representación social. Existen dos procesos básicos que pueden explicar cómo lo social transforma un conocimiento en representación colectiva y como esta misma modifica lo social: la objetivación y el anclaje, estos dos procesos se refieren a la elaboración y al funcionamiento de una representación social.

-La objetivación: lo social en la representación.

En este proceso, la intervención de lo social se entiende como el agenciamiento y la forma de los conceptos relativos al objeto de una representación, la propiedad de hacer concreto lo abstracto, de materializar la palabra.

En el proceso de la objetivación, la presentación permite intercambiar percepción y concepto. Al poner en imágenes las nociones abstractas, de una estructura material a las ideas, hace corresponder cosas con palabras, da cuerpo a esquemas conceptuales. Objetivizar es reabsorber un exceso de significados materializándolos. La experiencia cotidiana nos ayuda a ello, de manera que la materialización de una noción de cosas poco precisas constituye un fenómeno común, como por ejemplo en las representaciones de la enfermedad mental, ya que ciertas afecciones nerviosas se explicarían a través de un “shock”, como puede ser por algún temor, y se explicará con frases como “es el temor que tenía y ha vuelto”. Es así como para comprender y asimilar un conocimiento científico se desarrolla un proceso similar. Al ignorar las convenciones que fijan la relación entre el lenguaje científico y lo real.

La objetivación implica varias fases:

a) La selección y descontextualización de los fenómenos de la teoría. La información que circula sobre cierto tema u objeto serán seleccionados en función de criterios culturales. Estas informaciones son separadas del campo científico al que pertenecen, al grupo de expertos que los ha concebido y son apropiadas o adueñadas por el público que, al proyectarlas como hechos de su propio universo, consigue dominarlas.

b) 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. El modelo figurativo cumple con distintas funciones: constituye un punto común o mediador entre la teoría científica inicial y su representación social; b) aquí se realiza el cambio de lo que en la teoría es exposición general, abstracta e indirecta de una serie de fenómenos, en una traducción inmediata y funcional de la realidad que sirve al hombre común; c) el modelo asocia diversos elementos en un foco explicativo con una dinámica propia y suficiente; y permite a la representación social convertirse en un marco cognoscitivo estable y orientar tanto las percepciones o los juicios sobre el comportamiento, como las relaciones interindividuales.

c) Naturalización: El modelo figurativo anterior permitirá concretar cada uno de los elementos que se transforman en seres de naturaleza. Las figuras o elementos del pensamiento, se convierten en elementos de la realidad, referentes para el concepto. El modelo figurativo adquiere un estatus de evidencia ya que, una vez considerado como adquirido, integra los elementos de la ciencia en una realidad de sentido común (Jodelet, 1993).

Moscovici concluye con su análisis de la objetivación apuntando hacia la realización del objeto de representación en sus nexos con los valores, la ideología, y los parámetros de la realidad social. La actividad discriminatoria y estructurante

se va dando por medio de esta objetivización, se explica por sus tintes normativos: la representación social adquiere un armazón de valores.

En estas combinaciones de experiencias y estructuras simbólicas puede percibirse algo semejante al de los niños que dibujan no solo lo que ven de un objeto, sino también lo que saben de él. La imagen es objetivada junto con una carga de afectos, valores y condiciones de naturalidad. Los conceptos así naturalizados se transforman en auténticas categorías de lenguaje y de entendimiento.

Para concluir con este punto, la objetivización de una representación social, hay que recordar que todas las definiciones intentan explicar el paso de un conocimiento científico al dominio público, y que el segundo proceso de la dinámica o de formación de una representación social (el anclaje) se liga al primero de forma natural.

El anclaje, con este, la representación social se liga con el marco de referencia de la colectividad y es un instrumento útil para interpretar la realidad y actuar sobre ella.

Ayuda a designar la inserción de una ciencia en la jerarquía de los valores y entre las operaciones realizadas por la sociedad. Ósea que, a través de este proceso de anclaje, la sociedad cambia el objeto social por un instrumento del cual puede disponer, y este objeto se coloca en una escala de preferencia en las relaciones sociales existentes (Mora, 2002).

Al insertarse el esquema objetivizado dentro de una red de significaciones, la representación social adquiere una funcionalidad reguladora de la interacción grupal, una relación global con los demás conocimientos del mundo simbólico popular. Las figuras del núcleo de la representación son teñidas de significados que permiten utilizar a la representación como un sistema interpretativo que guía la conducta colectiva. Además, el anclaje implica la integración cognitiva del objeto de

representación dentro del sistema preexistente del pensamiento. Se trata entonces, de su inserción orgánica dentro de un pensamiento ya constituido. Jodelet (2000) dice que el anclaje genera conclusiones rápidas sobre la conformidad y la desviación de la nueva información con respecto al modelo existente y proporciona marcos ideológicamente constituidos para integrar la representación y sus funciones.

De manera sintética, la objetivación traslada la ciencia al dominio del ser y el anclaje la delimita en el del hacer; así como la objetivación presenta como los elementos de la ciencia se articulan en la realidad social, el anclaje hace visible la manera en que contribuyen a modelar las relaciones sociales y también cómo se logran expresar estas mismas.

Como conclusiones generales, las representaciones sociales son características de nuestra época principalmente por la abundancia de las informaciones existentes, por la vigencia breve que tienen como las opiniones y la consecuente improbabilidad de estructurar tantas ideas en un esquema teórico permanente. Esto quiere decir que el sentido común se impone como la explicación más determinante de las relaciones que implican un intercambio social. Por esto, su análisis y deconstrucción se presenta como una vía de abordaje deseable y pertinente.

Investigar la teoría de las representaciones sociales propuesta por Moscovici ha permitido conocer diferentes opiniones, así como vislumbrar la pluralidad de áreas de las ciencias sociales que contribuyen a la comprensión del objeto esencial de la teoría: el sentido común, su comunicación y la construcción de la realidad cotidiana.

Bajo esta perspectiva de las representaciones sociales pueden ser analizados una gran gama de fenómenos como: percepción social, mecanismos de comunicación, función de la ideología en la formación del sentido común, y en la

determinación de lo que es o no científico; las formas de pensamiento y su aplicación, las creencias, los mitos, los criterios de normalidad en términos consensuales, la conformación de la opinión pública y la influencia social.

Un último aspecto que es importante retomar en las representaciones sociales es el del papel de las emociones.

Jodelet considera que las representaciones deben abordarse articulando elementos afectivos, mentales, sociales, integrando la cognición al lenguaje, a la comunicación, y a las relaciones sociales que afectan las representaciones sociales y la realidad material, social e ideática sobre las cuales ellas intervienen. Pero a lo largo de la historia de los trabajos de las representaciones sociales son escasos los que consideran a las emociones, ya que se han centrado más en los procesos cognitivos y que las emociones están asociados a esquemas cognitivos o serían ellas mismas esquemas cognitivos.

Algunos sociocognitivistas como Hochschild (como se citó en Banchs, 1996) considera que las emociones no son respuestas biológicamente dadas, sino un producto de la interacción social, en particular de cómo el sujeto evalúa y maneja sus respuestas emocionales a partir de las ideologías y normas que posee. Mientras que para los constructivistas sociales, una emoción es un significado aprendido que le permite organizar al sujeto una experiencia privada. Es una construcción social a partir de un lenguaje y normas culturales. El autor Rime (como se citó en Banchs, 1996) señala que la tendencia de la psicología social ha sido considerar las emociones como un fenómeno cognitivo, abordándolas desde una perspectiva no social. Por ella la psicología social ha obrado como si las emociones constituyesen una dimensión relativamente ausente del universo de las relaciones sociales.

Es así como la expresión de emociones es algo que no se cuenta a los otros, o que solo tienen sentido para aquellos que viven las mismas situaciones. La expresión emocional se reprime en público y se libera en la esfera privada.

Una ideología determina las emociones y afectos que pueden ser expresados y aquellos que deben reprimirse u ocultarse. El poder de estos reside en su capacidad de determinar las acciones y conductas frente a los diferentes miembros del grupo en la defensa de las lealtades. Hace que discursos y decisiones grupales están con frecuencia ligados a compromisos afectivos. Son las emociones y afectos las que establecen y refuerzan los núcleos de significados de las acciones, creencias y relaciones puntualizando en el interjuego grupal uniones, antagonismos, lealtades y desconfianzas (Banchs, 1996).

Una alternativa a esta situación de no considerar a las emociones como parte de lo social es la realizada por Holzkamp-Osterkamp en 1991 (como se citó en Banchs, 1996), quien propone centrarnos en una conexión entre cognición-emocionalidad-acción, señalando que cuando se considera esta conexión y se recuerda que las posibilidades individuales de acción son medidas en el nivel de existencia humana por las relaciones que ella o él tengan con los otros miembros de la sociedad, se hace muy fácil ver cuán limitadas serían las concepciones si tratáramos a un individuo como si adquiriera conocimiento en un vacío en lugar de adquirirlos en la situación concreta y tejido de intereses socialmente determinados en los que sus acciones deben integrarse y dentro de la cual se debe establecer su existencia.

Por otra parte, las emociones dominantes en un momento dado no son las que determinan la acción sino el conjunto de necesidades y los afectos que la satisfacción de una de ellas pueda tener sobre intereses y metas a largo plazo. Es decir, no actuamos de manera automática para satisfacer necesidades sino de manera consciente, buscando mantener y mejorar nuestras condiciones objetivas de vida. Siendo así que la evaluación que otros hacen de la situación objetiva se vuelve significativa para la existencia individual y su enriquecimiento (Banchs, 1996).

Finalmente, las emociones pueden facilitar o inhibir el proceso de adquisición de conocimientos y de realización de la acción. Aquellas emociones que conocemos nos permiten realizar las acciones apropiadas sobre la base de nuestra experiencia pasada y sin temor a conflictos. Nuestras emociones nunca son claras cuando las relaciones ambientales son contradictorias, cuando el apoyo de otros es ambivalente, cuando dependemos de otros y somos restringidos. En estos casos se teme a las propias emociones, lo cual canaliza el pensamiento hacia direcciones seguras y relativamente neutrales, crea una distancia de las cosas, obstaculiza la capacidad de pensar para entender realmente los problemas y comprometernos efectivamente en acciones. El miedo, por ejemplo, al conocimiento o a las consecuencias de la acción y el conflicto tiene efectos deshabilitación sobre la capacidad de pensamiento, en situaciones amenazantes la emocionalidad deja de ser un facilitador para convertirse en un obstáculo para la acción (Holzkamp-Osterkamp en 1991 como se citó en Banchs, 1996).

En el presente trabajo, se profundizará en un tema de salud/enfermedad, el cual es un área temática de gran abarque y que tradicionalmente se han realizado gran cantidad de trabajos, específicamente hablando sobre la enfermedad mental.

Investigaciones realizadas.

Algunas investigaciones realizadas sobre el campo de las representaciones sociales de la enfermedad mental son las siguientes:

En el año 2013 Moll-Leon realizó el siguiente estudio: Se eligieron 10 trabajadores de ambos sexos que se desempeñan dentro del ámbito de la salud mental, se eligió un grupo de 5 integrantes (psiquiatra, psicólogo, enfermera, técnica de enfermería y asistencia social); quienes conformaban el equipo interdisciplinario de 2 instituciones diferentes. Sus edades oscilaron entre los 37 y 56 años. Utilizaron los siguientes instrumentos para la obtención de datos:

- Ficha de datos sociodemográficos

- Entrevista semi-estructurada: Buscando captar a través de la narración y el discurso, la concepción que los trabajadores tienen hacia la enfermedad mental. Indagando diversas sub-áreas como: concepciones generales de la enfermedad mental, factores que intervienen o favorecen con ella, consecuencias de la enfermedad mental

La información que se obtuvo en esta investigación organizada en diferentes categorías de contenido. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Naturaleza de la salud mental:

Los trabajadores piensan en cuanto al concepto de salud mental que es complejo aproximarse a dicho concepto, Pero ellos mencionan las ideas de que tiene que ver con un equilibrio y un bienestar general.

A partir del discurso de los participantes se puede inferir algunas especificaciones de salud mental: tener una imagen positiva e integrada de sí mismo, relaciones sociales positivas, recursos de afrontamiento, estabilidad emocional, capacidad de protegerse y generarse espacios libres de conflicto. Un punto interesante que hacen en la investigación es que los participantes hacen una auto-referencia de ellos como “saludables mentalmente”.

En lo que respecta a enfermedad mental, estos son los factores que lo definen: una enfermedad como cualquier otra, desequilibrio-/alteración, locura, y sensación de malestar en general.

Los participantes consideran que un individuo que sufre una enfermedad mental es percibido como “loco”, “peligroso”, “agresivo”, “dependiente” e “incapaz”.

También se hace mención a las manifestaciones específicas observables en las personas con enfermedad mental; así como los factores que ellos creen que favorecen o interfieren en la salud mental

La conclusión fue que: los trabajadores de salud mental existen prejuicios en relación a la persona que padece una enfermedad mental, lo cual va a repercutir en la aproximación del personal de salud a las personas que sufren desórdenes mentales.

Otra investigación fue realizada en Suiza, por George, Fischer, Zbiden, Guimón, en el año 2004, donde se utilizó una muestra de 1016 sujetos los cuales respondieron un cuestionario estandarizado.

Para comprender las representaciones sociales de los trastornos se elaboraron 3 historias clínicas, con los siguientes casos, unos de depresión mayor, otro de esquizofrenia y el tercero de trastorno del pánico. Cada historia fue presentada a un tercio de la muestra.

La representación social de la etiología de la enfermedad se evaluó a través de una lista de 18 ítems, tomados de Angermeyer y Matschinger (1994). A partir de ahí se crearon 6 índices, reagrupando en cada uno 3 ítems referidos a la misma dimensión, los ítems fueron: factores de estrés psicosocial, factores psicológicos, factores biológicos, aquellos factores ligados a la socialización temprana, factores sociales y factores sobrenaturales. La valoración de la percepción social de cada una de las historias clínicas era indicada en la opinión de los sujetos como: ciertamente enfermo, probablemente enfermo, probablemente no enfermo o ciertamente no enfermo. En general consideraban a la persona mentalmente enferma la que se presentaba en la historia de esquizofrenia con un 84%, aquellos de depresión o de trastorno de pánico.

En la etiología de los trastornos psiquiátricos, acerca de los factores que podrían dar origen a las situaciones presentadas, la sociedad favorecía sobre los otros a los Factores psicosociales y a los factores psicológicos.

La conclusión que obtuvieron fue que la representación social que la población tiene de la esquizofrenia es totalmente opuesta a la de la depresión o trastorno de pánico.

En Suiza la esquizofrenia se percibe a menudo como una enfermedad mental que a comparación de los otros dos casos que se presentaron. La depresión no parece ser vista como una enfermedad mental, ya que se le considera algo común. Y en las causas de enfermedad mental lo que más se mencionan son los factores psicológicos como causas de etiología para la esquizofrenia más que para los otros dos trastornos.

La distancia social aceptable varía de acuerdo con el tipo de trastorno psiquiátrico. La mayor distancia (alejamiento) social se observa hacia los alcohólicos y los drogadictos, luego hacia los pacientes esquizofrénicos; mientras que los individuos que sufren depresión mayor encuentran la mayor aceptación social. Y las situaciones estresantes se consideran la primera causa de varios trastornos psiquiátricos.

Otra investigación realizada en la Ciudad De México por Berenzon y Mora en el año 2005. Esta investigación se llevó a cabo en dos poblaciones urbanas diferentes del Sur de la Ciudad de México, con la población adulta.

Se realizaron 16 entrevistas en profundidad, de los entrevistados solo 6 participantes fueron hombres. En las entrevistas a profundidad se exploraron las temáticas de: descripción general de la comunidad, padecimientos percibidos y atribución en relación con los mismos, respuesta frente a los padecimientos, redes sociales de apoyo y búsqueda de atención, significado de los conceptos de salud mental.

El análisis de la información se efectuó mediante dos estrategias: análisis temático y análisis textual. En concepciones de la salud, la salud es considerada un estado de equilibrio asociado al bienestar, en cuestión a la concepción de

enfermedad, está remitida a una situación de malestar, y se refiere al mismo con frases como “no estar bien con uno mismo ni con los demás”.

Los significados de los conceptos relacionados con salud mental fueron; definir la salud mental como la ausencia de una enfermedad grave, la capacidad de ser feliz, optimismo, libertar, voluntad.

En enfermedad mental, es definida en término de “loco” y la “locura”, se reconoce como una conducta transgresora de las normas como la violencia, las agresiones, no razonar. En relación con las causas que pueden conducir a las personas a enfermarse mentalmente fueron mencionadas las presiones y la incertidumbre por las situaciones económica, otro factor importante que se mencionó fue la inseguridad percibida en el lugar donde viven. Los padecimientos que son reportados como más importantes son: el consumo de alcohol en adultos varones, el consumo de drogas en adolescentes y la violencia intrafamiliar.

En el análisis de las percepciones de la población adulta sobre sus padeceres se expresa en la investigación que las narraciones de los entrevistados abarcan prácticamente toda la esfera vivencial del individuo y se manifiestan tanto con síntomas físicos como emocionales. Plantean el uso del cuerpo como un medio de comunicación de los problemas cotidianos. La somatización llega a ser una conducta normal y el modo creado y positivamente sancionado por el grupo en el intento de adaptar al individuo al medio ambiente socio-cultural.

Otro estudio realizado por Torres-López; Munguía-Cortés; Beltrán; Salazar- Estada en el año 2015, en la ciudad de Guadalajara. Este estudio fue realizado con el enfoque metodológico de la teoría de las representaciones sociales usando técnicas cualitativas y cuantitativas. De las cualitativas fue con un análisis de categorías temáticas emergidas del discurso de los participantes.

Y cuantitativas ya que se apoyó en las siguientes fases: la obtención de información para identificar el contenido de la representación social, después la

descripción de la organización y la estructura de una representación y finalmente la verificación de la centralidad de la representación.

Los participantes fueron habitantes de la ciudad de Guadalajara, con un tipo de muestreo propositivo, eligiendo hombres y mujeres mayores de edad que no fueran profesionales de la salud y fueron abordados en la vía pública.

Para la recolección de datos se utilizaron: listados libres y un cuestionario de comparación de pares. Se hizo el análisis de la información se tabularon los términos por frecuencia de mención. Se eligieron 10 palabras de cada lista para generar el instrumento de cuestionario de pares.

Un segundo análisis fue la categorización de las definiciones dadas por cada palabra, por medio del análisis del contenido temático. Las categorías temáticas encontradas tanto para Salud mental como para enfermedad mental fueron:

- Estado de Salud mental, comprende componentes como: armonía, alegría, felicidad, calma, equilibrio, estabilidad, tranquilidad, bienestar y calidad de vida.
- Factores individuales: ánimo, emoción, libertad, satisfacción y éxito.
- Factores sociales: cariño, cordialidad, gusto por compartir, atención, comunicación, compromiso.
- Eventos que perturban la salud mental: estrés, enfermedad, inestabilidad, depresión, traumas, desadaptación, problemas.
- Enfermedad mental, consideran palabras como: locura, hospital, camisa de fuerza, enfermedad mental y psiquiatras.
- Estado de Enfermedad mental: comprende sinónimos de esta como: demente, loco, orate, anormal.
- Componentes de la enfermedad mental: carencias, daño, lesión, maltrato, trastorno, trauma y alteraciones.

- Características físicas y cognitivas: cansancio, deficiencia, incapacidad, derrame cerebral, parálisis, desequilibrio e inestabilidad.
- Características sociales, abandono, preocupación, caos, incompreensión, problemas para la familia, ruptura y dolor.
- Características emocionales: alteraciones, estrés, nerviosismo, sufrimiento y angustia.
- Síntomas y enfermedades, los síntomas son: alucinaciones, delirio, migraña, náuseas, dolor de cabeza, de oídos y parpados. Las enfermedades y padecimiento genéticos reportados son: autismo, depresión, esquizofrenia, neurosis, paranoia, psicosis, síndrome de Down y Alzheimer.

Como conclusión, el artículo refiere que los participantes conceptualizan la salud mental como un estado que comprende emociones positivas y estados satisfactorios de tranquilidad y estabilidad y que se compone de factores individuales de tipo personal y habilidades personales.

Señalan como aspectos que conducen a la falta de salud mental a las situaciones emocionales negativas y diversos problemas.

Las principales coincidencias que se encontraron entre los hombres y mujeres es que señalan a la salud mental como un producto de una serie de factores individuales y asignan un peso menor a situaciones sociales. Las principales causas de problemas de la enfermedad mental se ubican en daños de tipo orgánico y en los traumas emocionales que los sujetos pueden haber vivido.

Finalmente, para los participantes la salud mental es una construcción social que se encuentra en proceso de formación mientras que la enfermedad mental al ser asociada con la locura, resulta más cercana a su conocimiento de sentido común.

Rodríguez en el año 2004. Realizó otro estudio donde utilizó un enfoque fenomenológico-hermenéutico a través de entrevistas a profundidad grabadas.

Estas fueron analizadas en forma de categorías de análisis lo que permitió elaborar mapas representacionales basados en la técnica de análisis del discurso.

Se trabajó con una muestra de 8 pacientes masculinos y femeninos con diagnóstico de psicosis en fase de remisión de síntomas. La institución donde se realizó la investigación fue en el Hospital Psiquiátrico de la Ciudad de Bolívar y el tiempo de duración fue de 3 meses. Se analizaron cada una de las entrevistas y se interpretan los discursos de estas mismas, dando como resultado lo siguiente:

El proceso patológico de los pacientes es asumido como algo externo y de “otros poderosos”. El desengaño amoroso, la intervención de “otros malos”, los hechos fortuitos o circunstanciales, el castigo infantil, la falta de tratamiento, la debilidad y los golpes, constituyen para estos pacientes factores del surgimiento de la enfermedad en el contexto de sus representaciones. Solo en un caso de los 8 se hace mención de conflicto cuando se preguntó por el significado de enfermedad.

La representación del sí mismo constituye una pieza clave dentro de la gramática de la producción discursiva, donde se hace presente que la enfermedad es siempre un proceso externo. Y por lo tanto el sí mismo es solo un “efecto de superficie”.

Es amplio el estudio de la enfermedad mental y las representaciones sociales, pero es sin dudo de especial atención mencionar y destacar la obra de Jodelet (1989 como se citó en Banchs, 2007) sobre la representación social del loco y la locura en una comunidad rural, en la que los enfermos se hospedaban en casas de familia y comparten sin restricciones la vida comunitaria.

En general se observó que el concepto de enfermedad mental es variado, conceptualizado como un suceso que para aquellos que están “sanos” no puede ocurrir y para aquellos que están enfermos como algo que les sucedió porque obraron mal, por culpa de alguien más, se observó la prevalencia de factores individuales como los principales causantes de la enfermedad mental; así mismo

aquellos trastornos que se identifican más fácilmente con la enfermedad en comparación de otros que se observan como enfermedades comunes, tal es el caso de la esquizofrenia frente a la depresión.

Y en general la enfermedad mental es visualizada con conceptos negativos, emociones negativas o situaciones problemáticas.

Es así como el presente trabajo se planteó el cuestionamiento de si existen diferencias entre un grupo con un grado de estudios más alto, con mayor acceso a información que permita la modificación de la representación social de enfermedad mental, con otro grupo con un nivel menor de estudios (grupo lego). Si el factor tener un nivel de estudios mayor marca una diferencia al no tenerlo, en una muestra de Iztapalapa.

METODO

Pregunta de investigación

¿Cuál es la representación social de la enfermedad mental en un grupo lego y en un grupo con nivel de estudio de licenciatura?

Objetivo general.

Identificar las representaciones sociales que se tienen de la enfermedad mental en dos grupos (lego y con licenciatura).

Objetivos específicos.

Explorar el significado de la enfermedad mental en un grupo lego y en un grupo con licenciatura.

Identificar las definidoras significativas respecto a las causas, consecuencias y conductas respecto a la enfermedad mental en un grupo lego y un grupo con licenciatura.

Identificar las dimensiones que forman parte de la representación social de la enfermedad mental en ambos grupos.

Describir la representación social de la enfermedad mental en un grupo lego y en un grupo con nivel de estudio de licenciatura

Tipo de estudio y Diseño:

Exploratorio-descriptivo de dos muestras independientes.

Participantes.

Se trabajó con una muestra no probabilística de 200 participantes, (hombres y mujeres) de la delegación Iztapalapa; con un rango de edad de 20 a 30 años ($M=23$, $D.E.=3.1$). Las participantes se localizaron en lugares públicos (parques, mercados), en sus hogares y escuelas.

Instrumentos

Se utilizó la técnica de Redes Semánticas Naturales Modificadas (Reyes-Lagunes, 1993). Se elaboraron ocho frases estímulo: “Características que tiene una persona con enfermedad mental ...”, “Considero que la enfermedad mental es causada por ...”, “Enfermedad mental significa ...”, “Pienso que tener una enfermedad mental ocasiona ...”, “Cuando conozco una persona con enfermedad mental yo

Consideraciones éticas:

Se les informó sobre el estudio en base a un consentimiento informado, en donde se expuso que los datos que se recolectaran serían utilizados para una investigación y que toda la información proporcionada sería anónima y confidencial.

Procedimiento

Se les pidió a los participantes que escribieran las palabras que primero se le venían a la mente cuando veían las oraciones que se les presentaba. Se les indicó que emplearan un mínimo de cinco palabras sueltas y un máximo de 10, sin utilizar artículos (él, la, los, las) o preposiciones (a, ante, de, desde, cabe, contra, etc.). Enseguida, se les solicitó que ordenaran cada palabra de la siguiente manera: ponerle el número 1 a la palabra que ellos consideraran que tenía una mayor relación con el concepto, el número 2 a la palabra que le sigue en importancia, y así sucesivamente hasta ordenarlas todas.

RESULTADOS

Para el análisis de la información de las redes semánticas para los dos grupos (nivel escolar de licenciatura y grupo lego) se utilizó una hoja de cálculo y se determinaron los siguientes valores necesarios para interpretar la información, de acuerdo a la metodología que proponen las Redes Semánticas Naturales Modificadas (Reyes-Lagunes, 1993). De cada frase estímulo se obtuvo:

- a) El Tamaño de la Red (T) que representa el total de las palabras definidoras generadas por los sujetos participantes, es un indicador de la riqueza de la red (a mayor número de palabras mayor riqueza semántica).

- b) El Peso Semántico (PS) se calcula a través de la suma de la ponderación de la frecuencia, multiplicada por la jerarquización asignada por el grupo donde el 1 es multiplicado por 10; el 2 por nueve; el 3 por ocho, y así sucesivamente.

- c) El Núcleo de la Red (NR) es el conjunto de las definidoras que obtuvieron los pesos semánticos más altos. Se estableció un plan de prueba de acuerdo a la literatura publicada.

- d) La Distancia Semántica Cuantitativa (DSC) describen la distancia que existe entre cada definidora.

- e) El Índice de Consenso Grupal (ICG). Para identificar las diferencias por nivel escolar se realizó la prueba Ji^2 .

REDES SEMÁNTICAS

Se realizaron tres análisis de redes semánticas naturales modificadas, una para la muestra en general, otra para la muestra con licenciatura y una última para la comunidad lego.

Redes semánticas de ambos grupos.

A continuación, se presentan las redes obtenidas para ambas muestras; se observan el tamaño de la red obtenida de ambos grupos, así como las definidoras que obtuvieron el mayor peso semántico.

Para la frase estímulo “Enfermedad mental significa...”, el tamaño de la red fue de 169 definidoras, el núcleo de la red consto de las 14 definidoras con mayor peso semántico, muestran que enfermedad mental significa: trastorno (PS=490), tristeza (PS=489), soledad (PS=344), desequilibrio (PS=298), problemas (PS=248), inestabilidad (PS=239), psicópata (PS=236), locura (PS=222), esquizofrenia (PS=216), traumas (PS=195), ansiedad (PS=162), desorden (PS=161), depresión (PS=159), rechazo (PS=157), locura (PS=75). La figura 1 muestra el núcleo de la red.

Enfermedad mental significa:

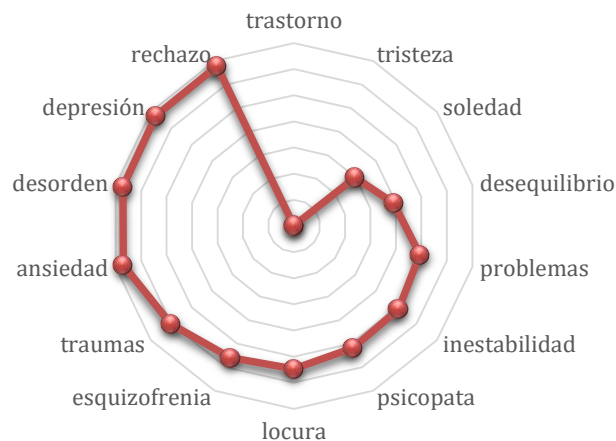


Figura 1. Núcleo de la red para la frase estímulo “Enfermedad mental significa...”, muestra las definidoras con mayor peso semántico, mencionadas por los participantes.

Para la frase estímulo “Considero que la enfermedad mental es causada por...”, el tamaño de la red fue de 133 definidoras, el núcleo de la red consto de las 13 definidoras con mayor peso semántico, consideran que la enfermedad mental es causada por: genética (PS=383), problemas (PS=377), drogadicción (PS=367), estrés (PS=365), tristeza (PS=282), autoestima (PS=270), enfermedades (PS=259), traumas (PS=257), entorno (PS=249), accidentes (PS=240), herencia (PS=221), abuso (PS=193), maltrato (PS=193). La figura 2 muestra el núcleo de la red.

Considero que la enfermedad mental es causada por:

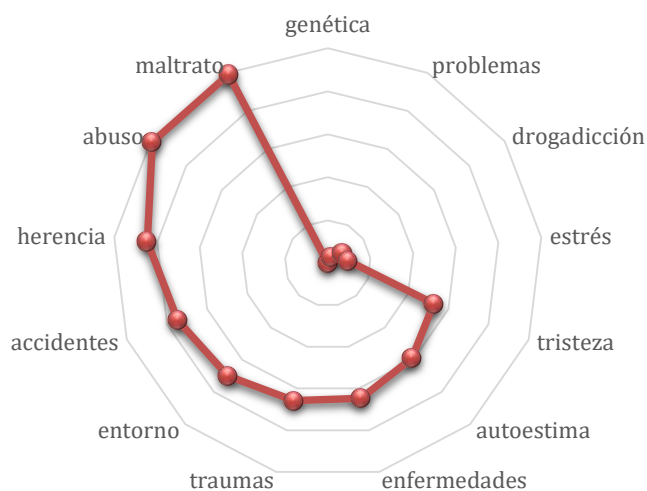


Figura 2. Núcleo de la red para la frase estímulo “Considero que la enfermedad mental es causada por...”, muestra las definidoras con mayor peso semántico, mencionadas por los participantes.

Para la frase estímulo “Características que tiene una persona con enfermedad mental...”, el tamaño de la red fue de 160 definidoras, el núcleo de la red consto de las 12 definidoras con mayor peso semántico, muestran que las características de una persona con enfermedad mental son: inestabilidad (PS=321), depresivo (PS=314), triste (PS=306), nervioso (PS=275), ansioso (PS=261), desequilibrado (PS=258), agresivo (PS=226), problemático (PS=221), aislado (PS=217), frustrado (PS=216), irritable (PS=189), comportamiento (PS=189). La figura 3 muestra el núcleo de la red.

Características de una persona con enfermedad mental:



Figura 3. Núcleo de la red para la frase estímulo “características que tiene una persona con enfermedad mental...”, muestra las definidoras con mayor peso semántico, mencionadas por los participantes.

Para la frase estímulo “Pienso que tener una enfermedad mental ocasiona...”, el tamaño de la red fue de 138 definidoras, el núcleo de la red consto de las 21 definidoras con mayor peso semántico, muestran que tener un enfermedad mental ocasiona: soledad (PS=397), tristeza (PS=396), problemas (PS=361), estrés (PS=340), rechazo (PS=332), depresión (PS=312), discriminación (PS=303), aislamiento (PS=271), desequilibrio (PS=259), agresividad (PS=246), miedo (PS=206), irritabilidad (PS=178), negatividad (PS=157), dolor (PS=153), locura (PS=151), baja autoestima (PS=133), traumas (PS=132), violencia (PS=121), enfermedades (PS=109), inestabilidad (PS=97), ansiedad (PS=96). La figura 4 muestra el núcleo de la red.

Pienso que tener una enfermedad mental ocasiona:



Figura 4. Núcleo de la red para la frase estímulo “pienso que tener una enfermedad mental ocasiona...”, muestra las definidoras con mayor peso semántico, mencionadas por los participantes.

Para la frase estímulo “Cuando conozco una persona con enfermedad mental yo...” el tamaño de la red fue de 127 definidoras, el núcleo de la red consto de las 9 definidoras con mayor peso semántico, muestran que cuando conocen una persona con enfermedad mental: ayudo (PS=478), alejo (PS=357), tristeza (PS=344), empatizo (PS=340), escucho (PS=333), informo (PS=302), miedo (PS=301), apoyo (PS=269), observo (PS=269). La figura 5 muestra el núcleo de la red.

Quando conozco a una persona con enfermedad mental yo:

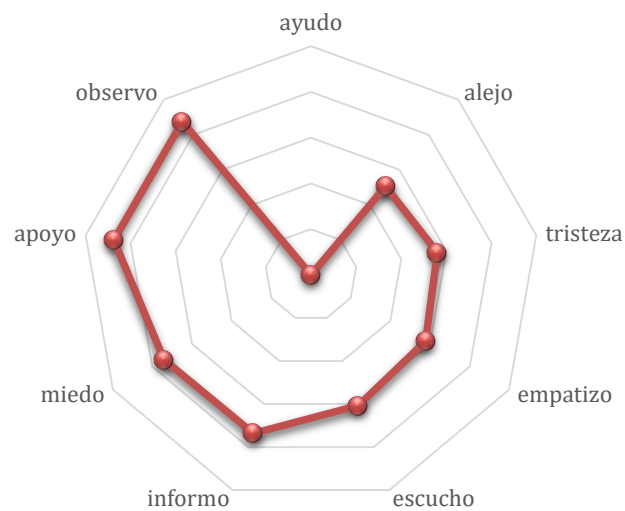


Figura 5. Núcleo de la red para la frase estímulo “Cuando conozco una persona con enfermedad mental yo...”, muestra las definidoras con mayor peso semántico, mencionadas por los participantes.

En las redes semánticas de ambos grupos observamos de manera general, que en ambos grupos el núcleo de la red era similar en cuanto a definidoras y su PS (peso semántico); de la frase estímulo “enfermedad mental significa...”, la definidora con mayor peso fue trastorno con un PS de 490, para “considero que la enfermedad mental es causada por...” la palabra más representativa por ser la de mayor peso semántico fue genética; para la frase estímulo: “ características que tiene una persona con enfermedad mental...” la definidora con mayor peso semántico en una base general fue inestabilidad con un PS de 321; para “pienso que tener una enfermedad mental ocasiona...” la definidora con mayor peso semántico mencionada en ambos grupos fue soledad con 397; y finalmente para la frase “cuando conozco a una persona con enfermedad mental yo...” la palabra mencionada y que tuvo un mayor peso semántico fue ayuda con 478.

Observando de manera general que las palabras con mayor peso semántico y por lo tanto las que consideran más importantes tienen una connotación médica en las primeras tres frases estímulo, mientras que se considera a las personas con enfermedad mental como gente sola ocasionada por su enfermedad y que, aunque mencionan que lo que se haría sería ayudar vemos que la visión negativa que se tienen de este grupo más las emociones que nos producen no permitirían actuar conforme lo que se piensa.

Redes semánticas del grupo con licenciatura.

La red semántica general, del grupo con licenciatura muestran que para la frase estímulo “Enfermedad mental significa...”, el tamaño de la red fue de 109 definidoras, el núcleo de la red consto de las 15 definidoras con mayor peso semántico, muestran que enfermedad mental significa: esquizofrenia (PS=188), desequilibrio (PS=186), trastorno (PS=174), tristeza (PS=152), depresión (PS=140), desorden (PS=136), traumas (PS=131), inestabilidad (PS=116), incapacidad (PS=113), problemas (PS=103), abuso (PS=99), soledad (PS =97), ira (PS=96), alucinar (PS=75), locura (PS=75). La figura 6 muestra el núcleo de la red.

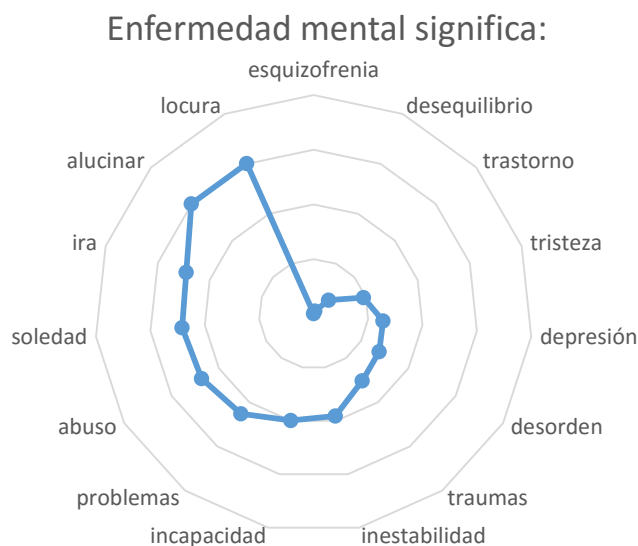


Figura 6. Núcleo de la red para la frase estímulo “Enfermedad mental significa...”

Para la frase estímulo “Considero que la enfermedad mental es causada por...”, el tamaño de la red fue de 91 definidoras, el núcleo de la red consto de las 11 definidoras con mayor peso semántico, consideran que la enfermedad mental es causada por: drogadicción (PS=218), genética (PS=196), autoestima (PS=164), problemas (PS=163), desconfianza (PS=159), estrés (PS=153), desequilibrio (PS=135), accidentes (PS=125), abuso (PS=119), economía (PS=110), traumas (PS=110). La figura 7 muestra el núcleo de la red.

Considero que la enfermedad mental es causada por:

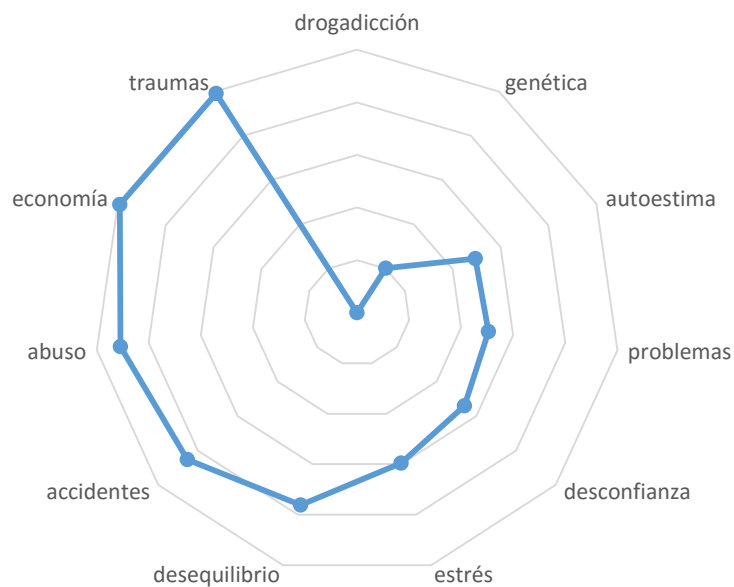


Figura 7. Núcleo de la red para la frase estímulo “Considero que la enfermedad mental es causada por...”

Para la frase estímulo “Características que tiene una persona con enfermedad mental...”, el tamaño de la red fue de 115 definidoras, el núcleo de la red consto de las 13 definidoras con mayor peso semántico, muestran que las características de una persona con enfermedad mental son: desequilibrio (PS=230), depresivo (PS=185), bipolaridad (PS=170), discapacidades (PS=168), desordenado (PS=134), desorientado (PS=133), inestabilidad (PS=132), divaga (PS=120), ansioso (PS=116), frustrado (PS=107), esquizofrénico (PS=104), nervioso (PS=100), perturbado (PS=99). La figura 8 muestra el núcleo de la red.

Características de una persona con enfermedad mental:

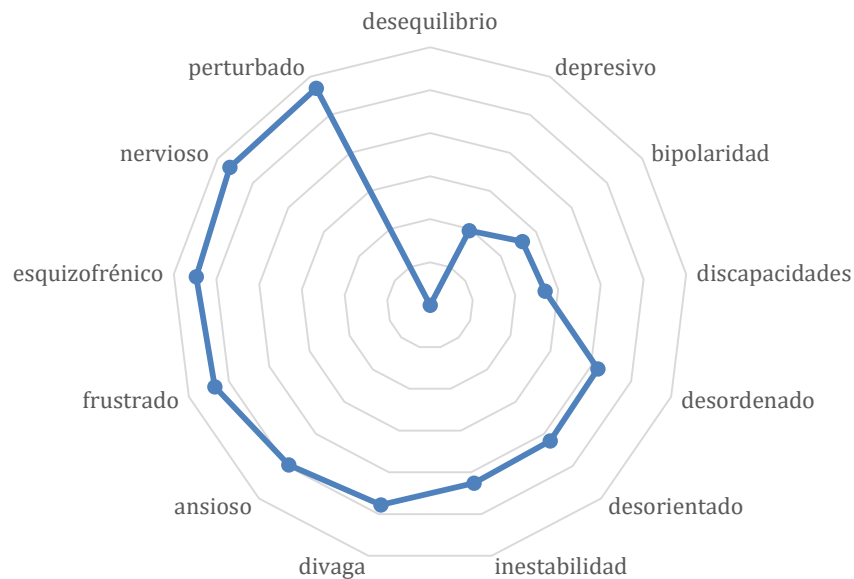


Figura 8. Núcleo de la red para la frase estímulo “características que tiene una persona con enfermedad mental...”

Para la frase estímulo “Pienso que tener una enfermedad mental ocasiona...”, el tamaño de la red fue de 100 definidoras, el núcleo de la red consto de las 10 definidoras con mayor peso semántico, muestran que tener una enfermedad mental ocasiona: agresividad (PS=172), problemas (PS=166), discriminación (PS=165), estrés (PS=163), depresión (PS=155), tristeza (PS=146), soledad (PS=137), baja autoestima (PS=133), traumas (PS=132), aislamiento (PS=105), negatividad (PS=105). La figura 9 muestra el núcleo de la red.

Pienso que tener una enfermedad mental ocasiona:

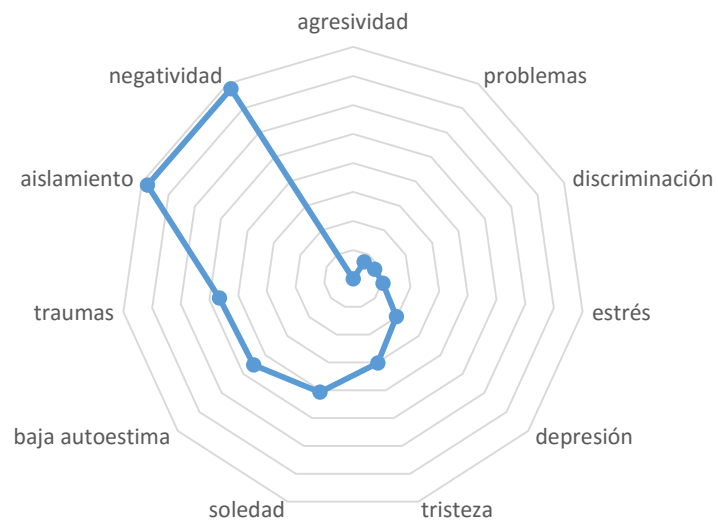


Figura 9. Núcleo de la red para la frase estímulo “pienso que tener una enfermedad mental ocasiona...”

Para la frase estímulo “Cuando conozco una persona con enfermedad mental yo...” el tamaño de la red fue de 91 definidoras, el núcleo de la red consto de las 12 definidoras con mayor peso semántico, muestran que cuando conocen una persona con enfermedad mental: ayudo (PS=225), empatizo (PS=187), escucho (PS=172), acompaño (PS=158), conozco (PS=157), dolor (PS=151), comprendo (PS=143), investigo (PS=141), alejo (PS=133), observo (PS=129), miedo (PS=124), tristeza (PS=123). La figura 10 muestra el núcleo de la red.

Quando conozco una persona con enfermedad mental yo:



Figura 10. Núcleo de la red para la frase estímulo “Cuando conozco una persona con enfermedad mental yo...”, muestra las definidoras con mayor peso semántico, mencionadas por los participantes.

En las redes semánticas del grupo de licenciatura observamos de manera general, de la frase estímulo “enfermedad mental significa...”, la definidora con mayor peso fue esquizofrenia con un PS de 188, para “considero que la enfermedad mental es causada por...” la palabra más representativa por ser la de mayor peso semántico fue drogadicción con 218; para la frase estímulo: “ características que tiene una persona con enfermedad mental...” la definidora con mayor peso semántico en una base general fue desequilibrio con un PS de 230; para “pienso que tener una enfermedad mental ocasiona...” la definidora con mayor peso semántico mencionada en ambos grupos fue agresividad con 172; y finalmente para la frase “cuando conozco a una persona con enfermedad mental yo...” la palabra mencionada y que tuvo un mayor peso semántico fue ayuda con 225.

Se en las definidoras obtenidas por este grupo que en general se piensa de las personas con enfermedad mental con una connotación negativa, ya que las consideran personas agresivas, teniendo una visión general de que enfermedad mental es igual a esquizofrenia sin tener en cuenta las demás enfermedades mentales; como lo obtenido en la investigación realizada en Suiza por George, Fischer, Zbiden y Guimón en el 2004 donde encontraron que en este país la esquizofrenia se percibe como una enfermedad mental a comparación de otros trastornos, y que la distancia social aceptable varía de acuerdo con el trastorno psiquiátrico (es mayormente aceptado una persona depresiva que una persona con esquizofrenia); y observamos que nuevamente la palabra ayuda en la última frase estímulo es la que tienen un mayor peso semántico, mencionando aquí la deseabilidad social pero no lo que se hace.

Redes semánticas del grupo lego.

La red semántica general, de la muestra de personas del grupo lego muestran que para la frase estímulo “Enfermedad mental significa...”, el tamaño de la red fue de 106 definidoras, el núcleo de la red consto de las 11 definidoras con mayor peso semántico, muestran que enfermedad mental significa: tristeza (PS=337), soledad (PS=247), trastorno (PS=243), rechazo (PS=157), locura (PS=147), problemas (PS=145), desamparo (PS=135), inestabilidad (PS=123), agresividad (PS=121), desequilibrio (PS=112), miedo (PS=111). La figura 11 muestra el núcleo de la red.

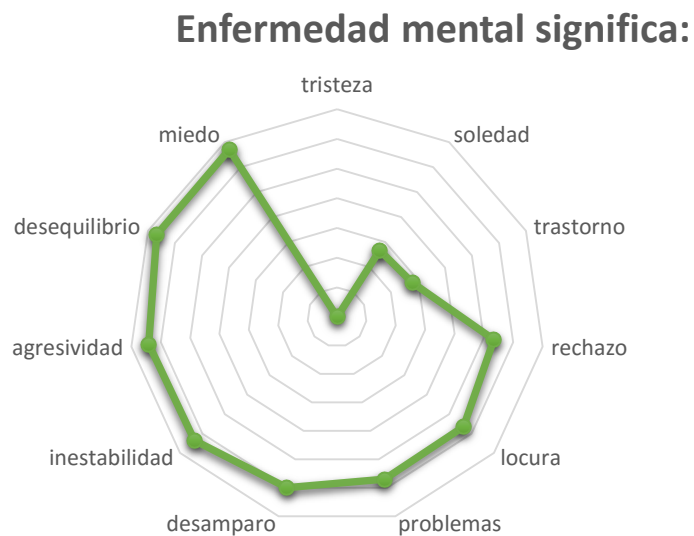


Figura 11. Núcleo de la red para la frase estímulo “Enfermedad mental significa...”, muestra las definidoras con mayor peso semántico, mencionadas por los participantes.

Para la frase estímulo “Considero que la enfermedad mental es causada por...”, el tamaño de la red fue de 85 definidoras, el núcleo de la red consto de las 9 definidoras con mayor peso semántico, consideran que la enfermedad mental es causada por: problemas (PS=214), estrés (PS=212), tristeza (PS=200), genética (PS=187), entorno (PS=168), enfermedad (PS=166), drogas (PS=149), ruptura (PS=147), traumas (PS=147). La figura 12 muestra el núcleo de la red.

La enfermedad mental es causada por:

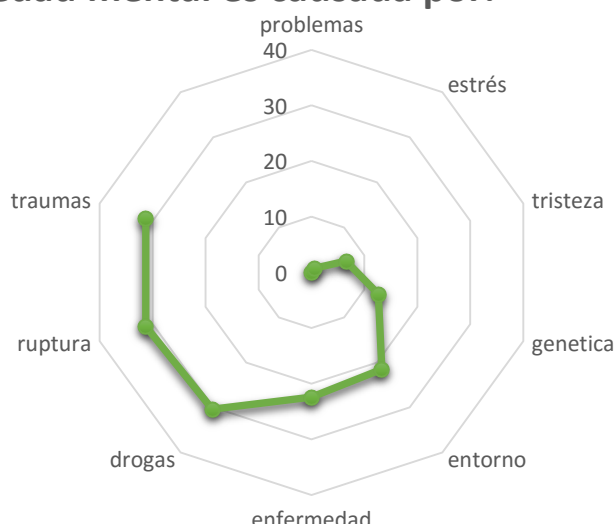


Figura 12. Núcleo de la red para la frase estímulo “Considero que la enfermedad mental es causada por...”, muestra las definidoras con mayor peso semántico, mencionadas por los participantes.

Para la frase estímulo “Características que tiene una persona con enfermedad mental...”, el tamaño de la red fue de 99 definidoras, el núcleo de la red consto de las 15 definidoras con mayor peso semántico, muestran que las características de una persona con enfermedad mental son: soledad (PS=261), tristeza (PS=253), agresivo (PS=201), inestable (PS=189), irritable (PS=183), nervioso (PS=175), aislamiento (PS=151), ansioso (PS=145), problemas (PS=145), depresión (PS=135), enfermo (PS=133), retraso (PS=130), desalineado (PS=117), frustrado (PS= 109), antisocial (PS=108). La figura 13 muestra el núcleo de la red.

Características que tienen una persona con enfermedad mental

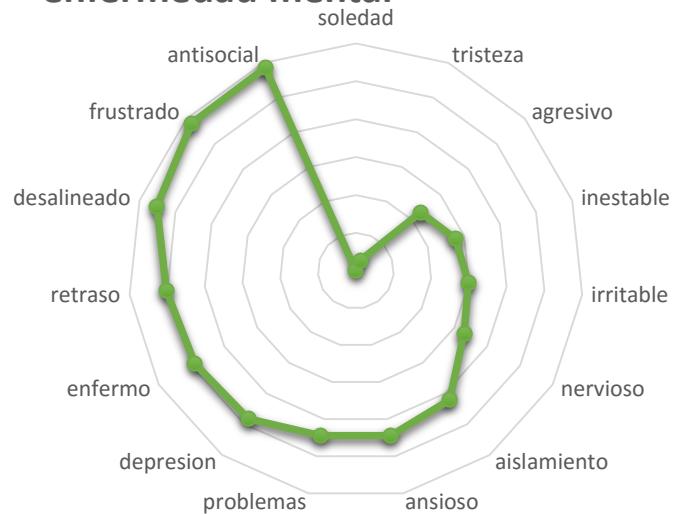


Figura 13. Núcleo de la red para la frase estímulo “características que tiene una persona con enfermedad mental...”, muestra las definidoras con mayor peso semántico, mencionadas por los participantes.

Para la frase estímulo “Pienso que tener una enfermedad mental ocasiona...”, el tamaño de la red fue de 82 definidoras, el núcleo de la red consto de las 11 definidoras con mayor peso semántico, muestran que tener una enfermedad mental ocasiona: soledad (PS=260), tristeza (PS=250), rechazo (PS=236), problemas (PS=198), desequilibrio (PS=188), estrés (PS=177), aislamiento (PS=166), depresión (PS=157), miedo (PS=144), discriminación (PS=138), dolor (PS=122). La figura 14 muestra el núcleo de la red.

Pienso que tener una enfermedad mental ocasiona:

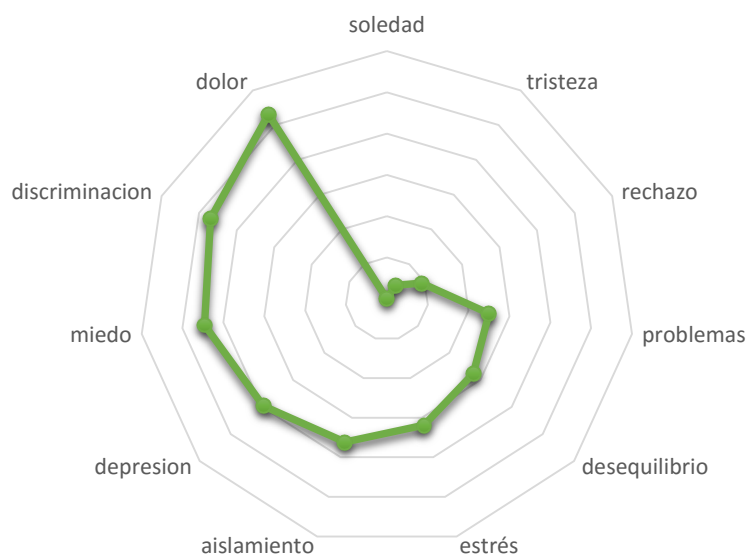


Figura 14. Núcleo de la red para la frase estímulo “pienso que tener una enfermedad mental ocasiona...”, muestra las definidoras con mayor peso semántico, mencionadas por los participantes.

Para la frase estímulo “Cuando conozco una persona con enfermedad mental yo...” el tamaño de la red fue de 79 definidoras, el núcleo de la red consto de las 16 definidoras con mayor peso semántico, muestran que cuando conocen una persona con enfermedad mental: ayudo (PS=253), alejo (PS=224), apoyo (PS=221), tristeza (PS=214), miedo (PS=177), escucho (PS=161), curiosidad (PS=154), empatía (PS=153), rechazo (PS=149), observo (PS=140), informo (PS=125), comprendo (PS=122), investigo (PS=120), entender (PS=104), ignoro (PS=95), lastima (PS=87), convivo (PS=85). La figura 15 muestra el núcleo de la red.

Quando conozco una persona con enfermedad mental yo:



Figura 15. Núcleo de la red para la frase estímulo “Cuando conozco una persona con enfermedad mental yo...””, muestra las definidoras con mayor peso semántico, mencionadas por los participantes.

En las redes semánticas del grupo de lego observamos de manera general, que de la frase estímulo “enfermedad mental significa...”, la definidora con mayor peso semántico fue tristeza con un PS de 337, para “considero que la enfermedad mental es causada por...” la palabra más representativa por ser la de mayor peso semántico fue problemas con 214; para la frase estímulo: “ características que tiene una persona con enfermedad mental...” la definidora con mayor peso semántico en una base general fue soledad con un PS de 261; para “pienso que tener una enfermedad mental ocasiona...” la definidora con mayor peso semántico mencionada en ambos grupos fue soledad con 260; y finalmente para la frase “cuando conozco a una persona con enfermedad mental yo...” la palabra mencionada y que tuvo un mayor peso semántico fue ayuda con 253.

Observamos que en este grupo es muy marcado la falta de información que se tienen sobre este tema, definen a la enfermedad mental con una emoción negativa (tristeza), siendo que como se mencionó anteriormente las emociones son las que permiten o no el acceso a la nueva información y que de esta información es útil para actuar; y siendo que se tienen una visión de este grupo negativa por tanto es difícil tener una reestructuración de este constructo, reestructuración que se podría comenzar a dar por medio del acceso a estudios como lo es una licenciatura; se observó que la palabra soledad es ponderada de importancia en dos frases estímulos, considerando a las personas con enfermedad mental como gente sola, pero a la vez aislada y excluida de un grupo mayoritario; finalmente y algo que resulto importante de resaltar es de nuevo se menciona como una acción que se llevaría a cabo con este grupo minoritario el ayudar; pero que contrastado con las demás definidoras resulta contradictorio.

Diferencias entre grupos (grupo lego y grupo con licenciatura).

En las tablas de comparación de grupos por chi cuadrada, se observa cuales son aquellas definidoras más importantes para cada grupo, por medio del PS (peso semántico). También se observa la distancia que existen entre definidoras por medio de DS (distancia semántica). Se podrá comprar estas definidoras con el otro grupo para observar que tanta similitud hay y si el peso semántico es igual de representativo en ambos grupos.

En la frase “Enfermedad mental significa...” el tamaño de la red para el grupo lego fue de 106 definidoras y para el grupo con nivel escolar de licenciatura fue de 109, el ICG mostró un 53.8 % de similitud. En las definidoras donde ambos grupos coincidieron, las que muestran un nivel de significancia mayor fueron: tristeza, soledad, trastorno locura, problemas y desequilibrio.

Las definidoras donde no existe similitud, para el grupo lego la enfermedad mental fue: rechazo, desamparo, agresividad y miedo. Mientras que, para el grupo con nivel escolar de licenciatura, la enfermedad mental es: esquizofrenia, depresión, desorden, traumas, incapacidad y abuso. (Ver tabla 1).

Tabla 1

Red semántica para la frase “La enfermedad mental es...”

Grupo lego			con licenciatura			X ²
NR	PS	DS	NR	PS	DS	
problemas	214	100%	problemas	163	75%	6.90***
estrés	212	99%	estrés	153	70%	9.54***
genética	187	87%	genética	196	90%	0.21

drogas	149	70%	drogas	218	100%	12.97***
traumas	147	69%	traumas	110	51%	5.33
tristeza	200	93%	autoestima	164	76%	
entorno	168	79%	desconfianza	159	73%	
enfermedad	166	78%	desequilibrio	135	62%	
			accidentes	125	57%	
TR=85			abuso	119	55%	TR=91
ICG =50%						

En la frase “Considero que la enfermedad mental es causada por...” el tamaño de la red para el grupo lego fue de 85 definidoras y para el grupo con nivel escolar de licenciatura fue de 91, el ICG (Índice de consenso general) mostró un 50 % de similitud. En las definidoras donde existe coincidencia para los dos grupos, las que muestran un nivel de significancia mayor fueron: problemas, estrés y drogas.

Las definidoras donde no hay igualdad, para el grupo lego, ellos consideran que la enfermedad mental es causada por: tristeza, entorno y enfermedad. Mientras que, para el otro grupo, ellos piensan que la enfermedad mental es causada por: autoestima, desconfianza, desequilibrio, accidentes y abuso. (Ver tabla 2)

Tabla 2

Red semántica para la frase “Considero que la enfermedad mental es causada por...”

Grupo lego			con licenciatura			
NR	PS	DS	NR	PS	DS	X ²
problemas	214	100%	problemas	163	75%	6.90***
estrés	212	99%	estrés	153	70%	9.54***
genética	187	87%	genética	196	90%	0.21
drogas	149	70%	drogas	218	100%	12.97***
traumas	147	69%	traumas	110	51%	5.33

tristeza	200	93%	autoestima	164	76%	
entorno	168	79%	desconfianza	159	73%	
enfermedad	166	78%	desequilibrio	135	62%	
			accidentes	125	57%	
TR=85			abuso	119	55%	TR=91
ICG =50%						

*** p < .05

En la frase “Características que tiene una persona con enfermedad mental...” el tamaño de la red para el grupo lego fue de 99 definidoras y para el grupo con licenciatura fue de 115, el ICG mostró un 35.7 % de similitud. En las palabras donde existe coincidencia en ambos grupos, las que son significativas fueron: inestable, nervioso y depresión.

Donde no hubo similitud, para el grupo lego, de la frase: características que tiene una persona con enfermedad mental, las definidoras son: soledad, tristeza, agresivo, irritable, aislamiento, problemas, enfermo, retraso, desalineado y antisocial. Mientras que, para el grupo con nivel escolar de licenciatura, las características que tiene una persona con enfermedad mental, las definidoras son: desequilibrio, bipolaridad, discapacidad, desordenado, desorientado, divaga y esquizofrénico. (Ver tabla 3).

Tabla 3

Red semántica para la frase “Características de una persona con enfermedad mental...”

Grupo lego			con licenciatura			X2
NR	PS	DS	NR	PS	DS	
inestable	189	73%	inestable	132	57%	0.12***
nervioso	175	67%	nervioso	100	43%	20.45***
ansioso	145	56%	ansioso	116	50%	3.22
depresión	135	52%	depresión	185	80%	7.81***
frustrado	109	42%	frustrado	107	47%	0.02
soledad	261	100%				
tristeza	253	97%	desequilibrio	230	100%	
agresivo	201	77%	bipolaridad	170	74%	
irritable	183	70%	discapacidades	168	73%	
aislamiento	151	58%	desordenado	134	58%	
problemas	145	56%	desorientado	133	58%	
enfermo	133	51%	divaga	120	52%	
retraso	130	50%	esquizofrénico	104	45%	
desalineado	117	45%	perturbado	99	43%	
antisocial	108	41%				

TR=99

TR=115

ICG =35.7%

*** p • .05

En la frase “Pienso que tener una enfermedad mental ocasiona...” el tamaño de la red para el grupo lego fue de 82 definidoras y para grupo con nivel escolar de licenciatura fue de 100, el ICG mostró un 69.6 % de similitud. En las definidoras donde hay coincidencia en ambos grupos y que tienen un nivel de significancia mayor fueron: soledad, tristeza y aislamiento.

Las definidoras donde no existe similitud, para el grupo lego en la frase: pienso que

tener una enfermedad mental ocasiona fueron: rechazo, desequilibrio, miedo y dolor. Mientras que, para el grupo con nivel escolar de licenciatura, pienso que tener una enfermedad mental ocasiona fueron: agresividad, baja autoestima, traumas, negatividad. (Ver tabla 4).

Tabla 4

Red semántica para la frase “Pienso que tener una enfermedad mental ocasiona...”

Grupo lego			con licenciatura			
NR	PS	DS	NR	PS	DS	X2
soledad	260	100%	soledad	137	80%	38.11***
tristeza	250	96%	tristeza	146	85%	27.31***
problemas	198	76%	problemas	166	97%	2.81
estrés	177	68%	estrés	163	95%	0.58
aislamiento	166	64%	aislamiento	105	61%	13.73***
depresión	157	60%	depresión	155	90%	0.01
discriminación	138	53%	discriminación	165	96%	2.41
rechazo	236	91%	agresividad	172	100%	
desequilibrio	188	72%	baja autoestima	133	78%	
miedo	144	55%	traumas	132	77%	
dolor	122	47%	negatividad	105	61%	

TR=82

TR=100

ICG =63.6%

*** p • 05

En la frase “Cuando conozco a una persona con enfermedad mental yo... el tamaño de la red el para el grupo lego fue de 79 definidoras y para el grupo con nivel escolar de licenciatura fue de 91, el ICG mostró un 62.06 % de similitud. En las definidoras donde ambos grupos coincidieron, las que muestran un nivel de significancia mayor

fueron: alejo, tristeza y miedo.

Las definidoras donde no existe similitud, para el grupo lego, de cuando conozco a una persona con enfermedad mental yo: curiosidad, rechazo, informo, entender, ignoro, lastima convivo. Mientras que, para el grupo con nivel escolar de licenciatura, de cuando conozco a una persona con enfermedad mental yo: conozco, dolor. (Ver tabla 5)

Tabla 5.

Red semántica para la frase de cuando conozco a una persona con enfermedad mental yo” ...

Grupo lego			con licenciatura			X2
NR	PS	DS	NR	PS	DS	
ayudo	253	100%	ayudo	225	100%	1.64
alejo	224	89%	alejo	133	59%	23.20***
tristeza	214	85%	tristeza	123	55%	24.57***
miedo	177	70%	miedo	124	55%	9.33***
escucho	161	64%	escucho	172	76%	0.36
empatía	153	60%	empatía	187	83%	3.40
observo	140	55%	observo	129	57%	0.45
comprendo	122	48%	comprendo	143	64%	1.66
investigo	120	47%	investigo	141	63%	1.69
curiosidad	154	61%	conozco	157	70%	
rechazo	149	59%	dolor	151	67%	
informo	125	49%				
entender	104	41%				
ignoro	95	38%				

lastima	87	34%	
convivo	85	34%	
TR=79			TR=91
ICG			
=62.06%			

*** p < .05

Se observó que, en la primera tabla, para la frase estímulo “La enfermedad mental es”, se observa por medio del peso semántico que para el grupo con lego la definidora con mayor peso es tristeza, que también la observamos en el grupo con licenciatura, pero con diferente peso semántico y por lo tanto diferente distancia semántica, para este grupo la definidora más significativa es esquizofrenia; definidora que dentro del núcleo de la red en el grupo con licenciatura no aparece como significativa.

En la tabla 2, donde la frase estímulo es “considero que la enfermedad mental es causada por” la definidora con mayor peso semántico es problemas, mientras que en el grupo con licenciatura si es mencionado, pero con menor peso semántico, siendo para este grupo la palabra más significativa drogas.

En la tabla 3, se observó que la palabra con mayor peso semántico y por tanto aquella que tiene la distancia semántica del 100 % para el grupo lego fue soledad, mientras que dentro del núcleo de la red del grupo con licenciatura esta palabra no es significativa, siendo para ellos desequilibrio la que tiene mayor peso semántico y esta definidora tampoco se encuentra dentro del núcleo de red del otro grupo.

En la tabla 4, para ña frase estímulo “Pienso que tener una enfermedad mental ocasiona”, se observa que la definidora con mayor peso semántico en el grupo lego fue rechazo, que no tiene similitud en las definidoras del grupo con licenciatura con un peso semántico de 236, mientras que para el grupo con licenciatura fue

agresividad con un peso semántico de 172, definidora la cual tampoco tienen similitud con el otro grupo.

En la tabla 5, con la frase estímulo “cuando conozco a una persona con enfermedad mental yo”, la definidora con mayor peso semántico (253) fue ayuda, que, si tienen similitud con el otro grupo y al igual es la de mayor peso semántico, con 225, ocupando en ambos grupos el 100 % en la distancia semántica.

Posteriormente y para los fines de este trabajo, se procedió a la tarea de generar dimensiones que integraron cada uno de los campos semánticos relacionados con la representación social de la enfermedad mental en cada grupo, estos se explican a continuación.

Cada dimensión tiene integradas las definidoras que la componen con su respectivo Peso semántico (PS); esto se hizo con la finalidad de poder obtener un total del campo de representación, obtenido con el sumatorio total de los pesos semánticos de todas las definidoras (100%) y posteriormente se obtuvo el porcentaje de cada dimensión; obtenida de sumar los pesos semánticos de la dimensión, multiplicarla por 100 y dividiendo entre el peso semántico general (100%).

En el campo de representación del significado de enfermedad mental (fig. 16), se observa que para el grupo con licenciatura ésta se reconoce como trastornos específicos, lo que puede deberse a información y conocimiento que van adquiriendo durante su formación profesional. La caracterizan como inestabilidad y alucinar, Se identifican dos emociones relacionadas, como la tristeza e ira y

alucinaciones. Además de que esta representación incluye consecuencias como incapacidad, problemas, soledad y abusos.

La dimensión más significativa fue la de consecuencias con un porcentaje del Peso semántico de 28.61, aunque fue ligera diferencia a las dimensiones de ejemplos (27.98) y características (26.28), esto quiere decir que a pesar de que en características y consecuencias tienen el mismo número de palabras, el peso semántico de las definidoras de la dimensión de consecuencias fue mayor, por tanto, fueron ponderadas con mayor puntaje.

Para el grupo lego (fig. 17) hay un predominio de un lenguaje cotidiano, el área con mayor importancia para este grupo es el de las consecuencias, dando una significación que para ellos salud mental es rechazo, agresividad, problemas, desamparo y soledad; se conoce a este constructo como trastornos pero también como locura, las emociones que para ellos predomina es el miedo, ya que por el desconocimiento que se tiene es lo que les genera, y para ellos las características que existen son de inestabilidad y desequilibrio. En el grupo lego, la dimensión con mayor porcentaje en el peso semántico fue consecuencias (52.23%), a diferencia del grupo con licenciatura, aquí se observó una clara diferencia con respecto a las demás dimensiones; siendo así en ambos grupos la dimensión: consecuencia la más representativa para el significado de enfermedad mental.

Se observó que en el grupo con licenciatura existe también el área denominada como ejemplos, igual que para el otro grupo, solo que en el primer grupo tiene un conocimiento médico el cual permite significar a la enfermedad mental dando ejemplos de la gama de enfermedades, mientras que el grupo lego solo lo hace mencionando sinónimos o palabras que se escuchan en el lenguaje cotidiano.

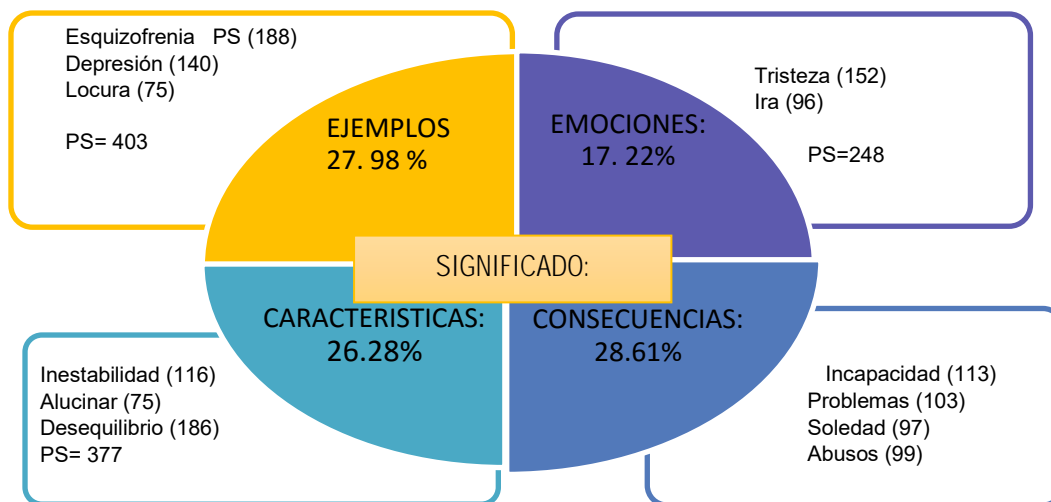


Figura 16. Campo de representación del significado de enfermedad mental, observamos que para el grupo con licenciatura.

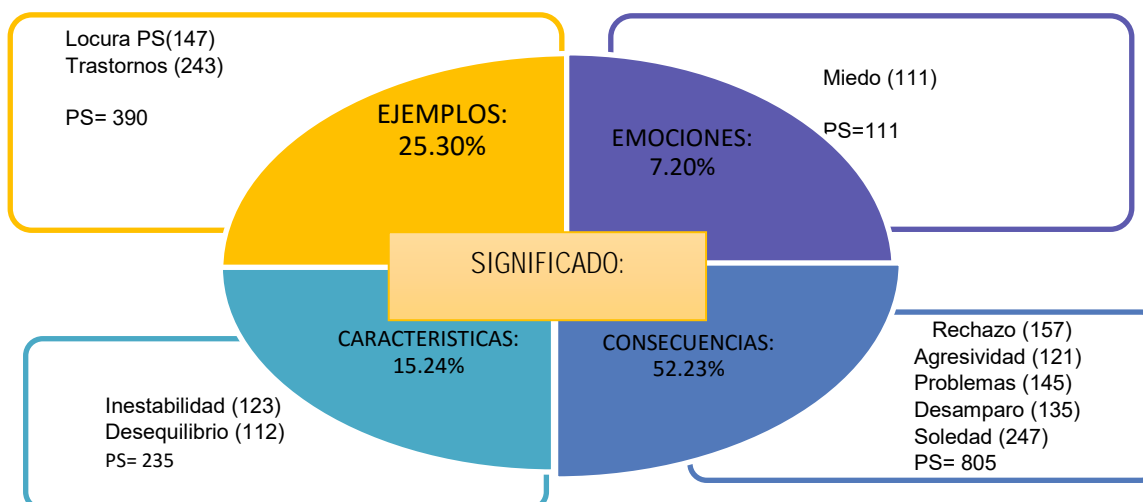


Figura 17. Campo de representación social de significado de la enfermedad mental para el grupo lego.

En el campo de representación de las causas de la enfermedad mental (fig. 18), se identifica cuatro áreas, en donde para el grupo con licenciatura las causas psicológicas tienen un nivel de importancia mayor a las otras 3; dentro de las causas psicológicas están el autoestima, el estrés, desequilibrio y desconfianza; en las sociales encontramos que este grupo considera como causa la drogadicción y los problemas; en los externos o situacionales están los accidentes, traumas o algún abuso, mientras que los biológicos señalan a la genética como único referente. La dimensión a la que se dio mayor importancia de acuerdo al peso semántico de las definidoras fue las causas psicológicas (39.62%).

Para el grupo lego (fig. 19) se observó una división de cuatro áreas las cuales son: las psicológicas en donde se mencionó el estrés, la tristeza; las biológicas en donde hacen referencia a la genética como desencadenante de una enfermedad mental y alguna otra enfermedad; las sociales como los problemas, el mismo entorno o el consumo de drogas y los externos o situacionales como traumas. La dimensión con mayor peso semántico en este grupo fue la social con un porcentaje de 36.79.

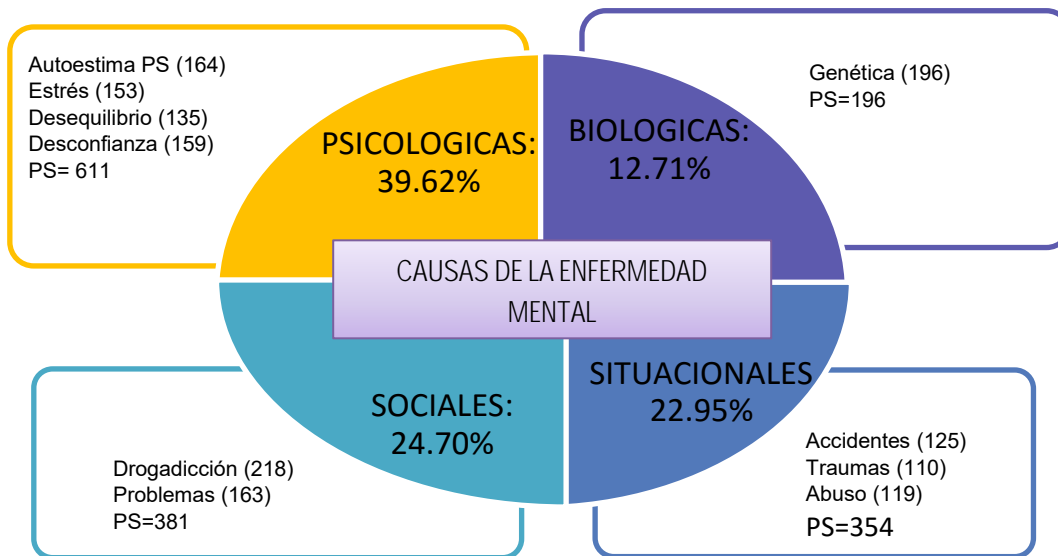


Figura 18. Campo de representación de las causas de la enfermedad mental, para el grupo con licenciatura.

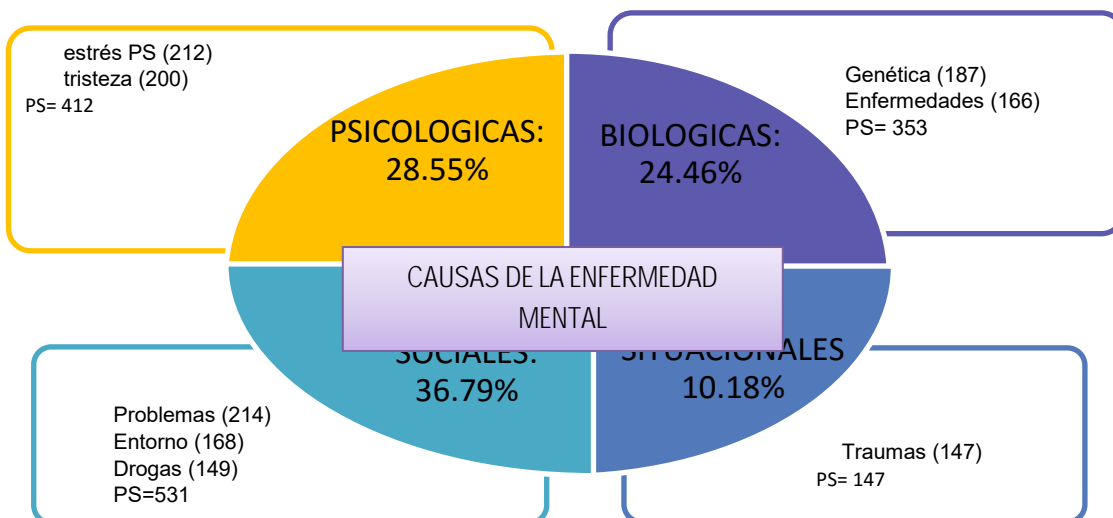


Figura 19. Campo de representación que trata de las causas, en el grupo lego.

En el campo de representación de la características de la enfermedad mental (fig. 20), se observa 4 áreas, que abarcan las características, dentro de las psicológicas existen términos médicos y psiquiátricos relacionados con desequilibrios y estados mentales que se salen de la norma; las características físicas relacionadas con discapacidades, respecto a lo conductual tienen que ver en cómo se ven a las personas y finalmente en el área de emocionales con aquellos estados de ánimo, de cómo se perciben a las personas, observando que estas emociones son principalmente negativas. De las áreas que se observaron, la que representa a las características de una enfermedad mental es la psicológica (42.61%).

En el campo de representación que menciona las características, el grupo lego (fig. 21) mencionó que las físicas como las más importantes, por el mayor número de definidoras que se encontraron, como que las personas con una enfermedad mental son agresivas, desalineadas, irritables, enfermas, nerviosas, inestables, siendo que la primera impresión para ellos es algo importante; las psicológicas también fueron mencionadas, dentro de estas encontramos retraso, frustrado y ansiosos; las conductuales como aislamiento, antisocial y problemas y finalmente las emocionales tristeza que lleva a una depresión; siendo las emociones negativas las que se mencionaron. El área con mayor porcentaje del peso semántico fue la de características físicas con un 32.73%; las áreas representativas en cada grupo son diferentes.

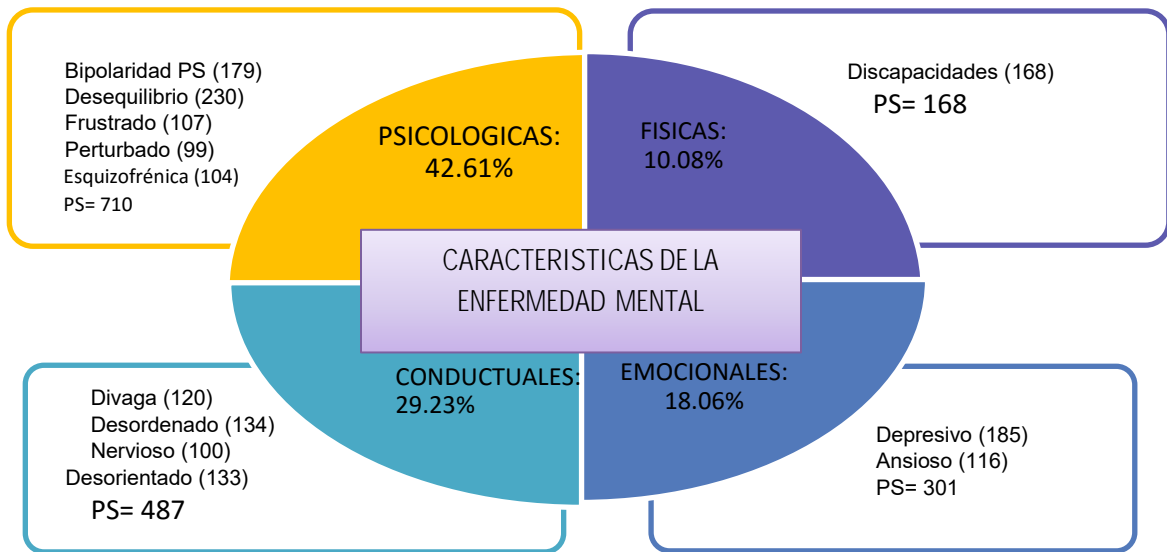


Figura 20. ampo de representación de las características de la enfermedad mental, para el grupo con licenciatura.

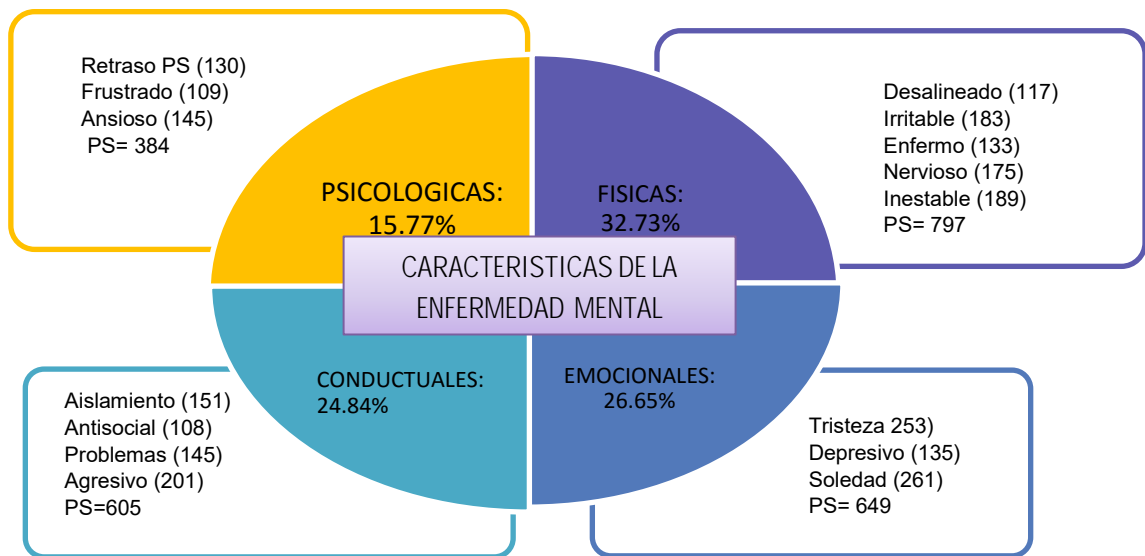


Figura 21. Campo de representación que menciona las características, el grupo lego

Figura 22. En el campo de representación que trata acerca de las consecuencias de la enfermedad mental se identificó que para el grupo con licenciatura existen las consecuencias psicológicas, como en la autoestima, estrés y traumas, las emocionales que son tristeza que desencadena una depresión, presentándose en las personas con este tipo de enfermedades, en consecuencias sociales se observó que en el contexto en el que se desenvuelven hay discriminación, problemas y soledad; y finalmente en las conductuales observamos que hay aislamiento, negatividad y agresividad estas actitudes existen tanto de la sociedad a este grupo minoritario como las acciones que ellos emplean como una forma de protección personal. El área con el porcentaje mayor 29.63 %, es la social.

En el campo formativo de las consecuencias de la enfermedad mental, este grupo (fig. 23), mencionó las emocionales, donde se observó que tienen una influencia amplia aquellas emociones negativas como la tristeza, miedo, dolor y depresión; las consecuencias sociales que existen en el contexto son los problemas, el rechazo, la discriminación y la soledad, observando que el tener una enfermedad mental conlleva a una limitación en la participación social; las psicológicas que se mencionaron fueron desequilibrio y estrés y finalmente las conductuales como el aislamiento por parte de estas personas hacia la sociedad. Al igual que en el grupo con licenciatura, el área de mayor peso fue el social, con un 40.86%.

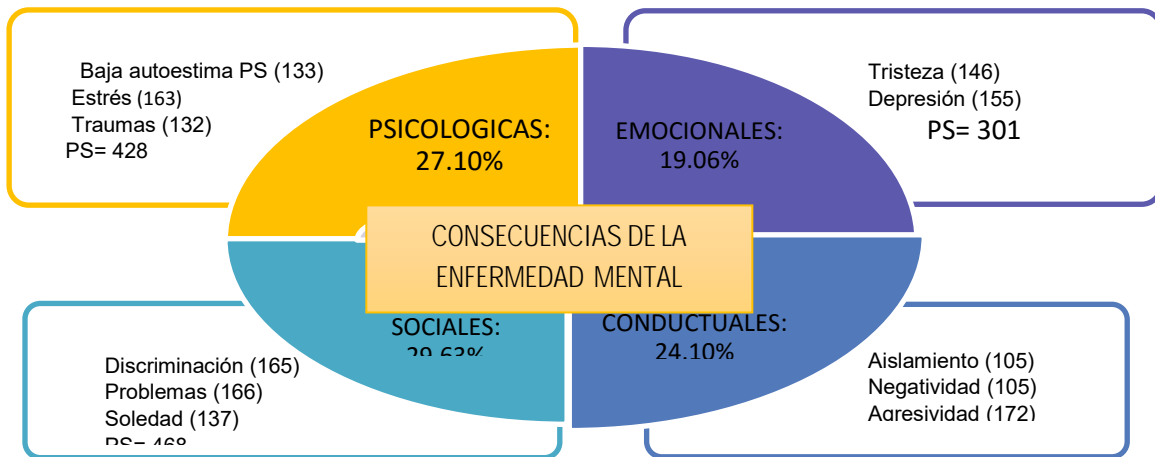


Figura 22. Campo de representación que trata acerca de las consecuencias de la enfermedad mental observamos que para el grupo con

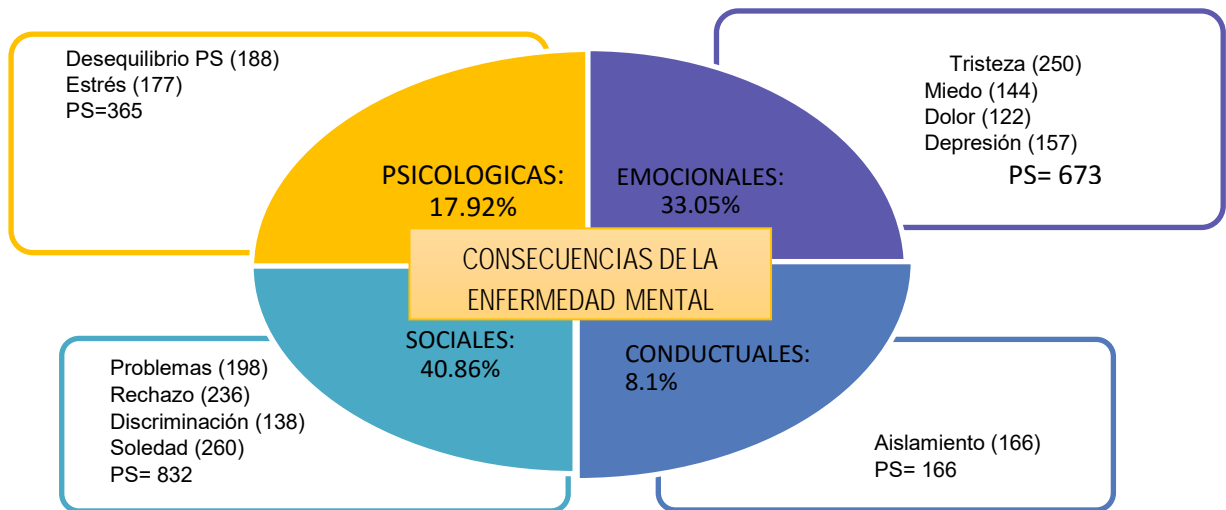


Figura 23. Campo formativo de las consecuencias de la enfermedad mental, para el grupo lego.

En el campo de representación de “cuando conozco a una persona con enfermedad mental” (fig. 24) se observan tres áreas, una de ellas es la de emociones, en donde

están el miedo y la tristeza como emociones predominantes cuando se trata del contacto con personas con enfermedad mental; y el área de conductas en las cuales observamos en su mayoría actitudes positivas como observar, escuchar, acompañar, conocer y ayudar, y otra área de actitudes, donde se sitúan empatizó y comprendo; se observó que las conductas positivas son predominantes, solo mencionaron una actitud negativa que fue alejar.

En el campo de representación de “cuando conozco a una persona con enfermedad mental” (fig. 25) en el grupo lego, se observan tres áreas, donde se mencionan las emociones como el miedo y tristeza (mencionado en general dentro de las emociones que se refiere el constructo de enfermedad mental) y siendo igual al área mencionada en el grupo con licenciatura; las actitudes en donde las positivas tienen una mayor importancia, mencionando comprendo, empatía y entiendo y solo una actitud negativa como lo fue lástima; que tendría este grupo; mientras que mencionaron rechazo, alejo e ignoro como conductas negativas, y siendo apoyo, escucho, ayudo, observo, informo, investigo y convivo como aquellas conductas positivas que llevarían a cabo. Las cuales resultan ser en la mayoría las definidoras mencionadas en ambos grupos, aunque en el grupo lego mencionan más definidoras que en el grupo con licenciatura, en las áreas de conductas y actitudes.

En ambos grupos, el área con mayor porcentaje de importancia para este estímulo fue las conductas, donde el porcentaje de peso semántico fue muy parecido, siendo que en el grupo con licenciatura fue de 62.38% y en el grupo lego de 61.20 %.

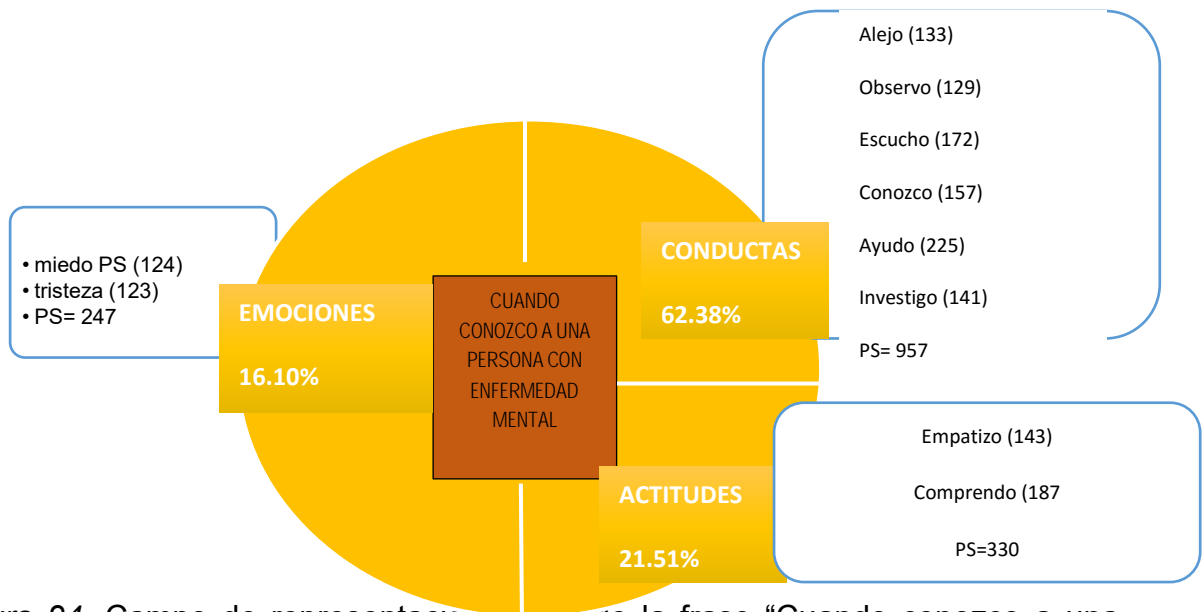


Figura 24. Campo de representación social de la frase “Cuando conozco a una persona con enfermedad mental” del grupo con licenciatura.

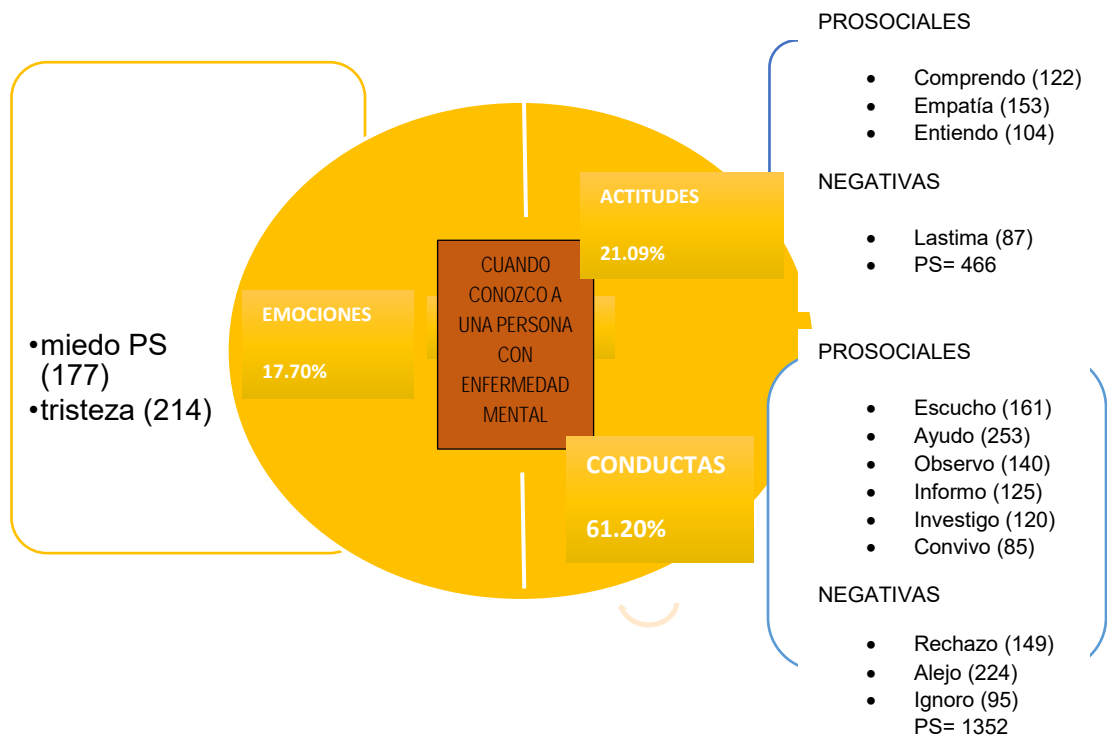


Figura 25. Campo de representación del grupo lego para “cuando conozco a una persona con enfermedad mental” del grupo lego.

DISCUSIÓN

La representación social en diferentes grupos sociales acerca de la enfermedad mental ha sido negativo a través del tiempo, donde a este grupo minoritario se le ha discriminado, rechazado, y considerado e incluso como algo “anormal”. Este concepto ha ido cambiando, sin embargo, aún prevalece a adjudicar a quienes se encuentran en estas circunstancias una connotación de inferioridad e incluso inutilidad.

Con base a lo mencionado anteriormente el objetivo de esta investigación fue conocer la representación social que actualmente se tiene de la enfermedad mental, específicamente en un grupo de personas con estudios universitarios y un grupo lego.

Para alcanzar el objetivo anteriormente planteado en primer lugar, se realizó una etapa exploratoria a través de redes semánticas naturales modificadas con la intención de conocer el significado semántico de este constructo para cada grupo, así como características y factores sociales asociados al mismo. Los hallazgos permitieron observar diferencias significativas entre ambos grupos, en primer lugar los participantes con licenciatura emitieron un número mayor de definidoras que el grupo lego, en segundo el tipo de palabras utilizadas, ya que el primer grupo mostro algunas más relacionadas con el ámbito científico y médico, como esquizofrenia, depresión, tomando en cuenta aspectos de patologías orgánicas y haciendo una referencia a lo mencionado por Raheb (2007-2008) significando a la enfermedad mental como a la incapacidad causada por la perturbación de funciones. A diferencia del grupo lego donde se emitieron palabras imprecisas, que se utilizan en el lenguaje coloquial, que refieren la preocupación y miedos que se tienen respecto a este tema, tales como: tristeza, rechazo, soledad, locura, desamparo, agresividad.

Respecto a las causas de la enfermedad mental se observó que las definidoras de ambos fueron similares, haciendo énfasis a lo biológico: genética,

enfermedad, traumas; lo psicológico: autoestima, estrés, problemas, tristeza, ruptura; y lo social: entorno, drogas; encontrando que estos son algunos parámetros que pueden desencadenar una enfermedad mental, por lo tanto, ambos grupos reconocen cuales son los posibles factores que pueden estar influyendo en este fenómeno.

Al enlistar las características de la enfermedad mental, el primer grupo, utilizó son palabras con un enfoque médico, como discapacidades, desordenado, desorientado, ansioso, frustrado, perturbado, nervioso, sin embargo, también estas palabras son utilizadas en el lenguaje cotidiano; mientras que en el segundo grupo, las definidoras obtenidas fueron: agresivo, inestable, irritable, nervioso, aislamiento, ansioso, enfermo, retraso, desalineado; como se observó, estas palabras dan una descripción de lo observable en una persona, sin adentrarse a la sintomatología real; son palabras que denota la primera impresión que se tienen al ver a una persona con alguna enfermedad mental; hablando de lo prejuiciosos que llegamos a ser al conocer a alguien.

Para las consecuencias fue interesante lo encontrado ya que en ambos grupos se observó una tendencia a connotaciones negativas para este constructo, las definidoras: problemas, discriminación, rechazo, baja autoestima, dolor; denotan una exclusión de las personas con enfermedad mental, por tener características diferentes a la normatividad, distinguiendolo de lo considerado normal. Es marcado por lo tanto el estigma que aún sigue existiendo hacia las personas con enfermedad mental, con atributos que son devaluadores y que no permiten la inserción y participación en la sociedad.

Finalmente, en referencia a las acciones que llevan a cabo cuando conocen a una persona con enfermedad mental en ambos grupos es mayor el número de definidoras de actitudes positivas que negativas, estas últimas suelen ser de emociones causadas como el miedo y la tristeza, que fueron muy marcadas en

demás estímulos; las demás definidoras referían conductas y actitudes prosociales, se podría atribuir a una tendencia a la deseabilidad social; de la influencia del investigador sobre las respuestas de ambos grupos, y de lo que creen que es correcto hacer. Para el grupo lego la enfermedad mental era asociada con estímulos que denotan emociones tales como la tristeza, soledad, siendo estos estímulos de mayor peso; aunque el grupo de licenciatura lo menciona tienen un peso mucho menor. Esto refiere el estigma que representa que padecer una enfermedad mental es lo peor que podría suceder, una condición que impide salir adelante, relacionado a ideas arraigadas, prejuicios ya existentes.

A partir de la información obtenida respecto al significado y características que los participantes tenían respecto a la enfermedad mental, se procedió a construir campos de representación social con las definidoras más representativas, para cada grupo, con base en lo que propone Abric (2001), donde refiere a que para estudiar las representaciones sociales se requiere de un enfoque multi-metodológico se realizaron e integraron las dimensiones que conformaron cada uno para de estos campos, con lo que se pretende dar un acercamiento meramente descriptivo de lo que representa la enfermedad mental para los participantes de este estudio.

En relación con la representación social de la enfermedad mental, para ambos grupos quedó conformada por cuatro dimensiones, indicando ejemplos como locura, esquizofrenia trastorno, que llevan a experimentar emociones negativas como: miedo, ira y tristeza; donde se identifican características como inestabilidad alucinaciones y desequilibrio; y finalmente este constructo representa un riesgo ya que genera en las personas rechazo, incapacidad, problemas, soledad y abusos. Lo cual lleva a tener contextos desiguales, estereotipos. Y en donde en general se observó que la representación social de los trastornos mentales que existen en la actualidad alienta conductas de rechazo hacia el tratamiento, desinformación a las familias, estereotipos, creencias y prejuicios potenciadores de

la exclusión social hacia este grupo; dichas circunstancias se asientan sobre condiciones materiales y culturales ligadas a la representación social. Y ambas (condiciones) son modificables y con mejora en la medida en que se conoce (Mestre, 2002).

La representación de las causas de la enfermedad mental involucra cuatro tipos: psicológicas, relacionadas con autoestima, estrés, desequilibrio y desconfianza para el grupo de personas con licenciatura y estrés, tristeza y ruptura para el grupo lego; las biológicas donde ambos grupos mencionan la genética y el grupo lego refiere enfermedades en general. Sociales donde asociaron la economía, drogadicción y problemas en el grupo de universitarios, el grupo lego agregó entorno. Por último, se refiere una dimensión situación al que involucra lo relacionado a accidentes, traumas, abuso y el consumo de drogas en el grupo de licenciatura y traumas por parte del grupo sin licenciatura; como se observa en las posibles causas de una enfermedad mental ambos grupos muestran las mismas definidoras, esto tiene que ver con el conocimiento que se tienen de manera general sobre lo que las desencadenan y que como mencionan Según Belloch, Sandín & Ramos (2015) son distintos los criterios para determinar una enfermedad mental.

Las características fueron representadas por ambos grupos en psicológicas, agrupando bipolaridad, desequilibrio, frustrado y perturbando, el grupo lego agregó retraso; en físicas lo del grupo con licenciatura hace referencia a las discapacidades mientras que el otro grupo describen agresivo, desaliñado, irritable, enfermo y nervioso, se puede observar que hacen referencia más a las características de conducta, mientras que el primer grupo se refiere a aspectos de desempeño. En cuanto a las conductuales están involucradas por el grupo con licenciatura divagar, desordenado, nervioso, desorientado; mientras que para el otro grupo representa aislamiento, antisocial y problemas. Incluyen también la dimensión emocional

constituida por características depresivas, ansiosas por los de licenciatura y tristeza, depresivo y soledad por el grupo lego.

Las consecuencias son representadas por el grupo con licenciatura por dimensiones psicológicas como baja autoestima, estrés y traumas; el otro grupo refiere desequilibrio y estrés, se identifica un nivel de coincidencia. Emocionales como tristeza, depresión, sin embargo, el grupo lego además agregó miedo y dolor. Sociales por los de licenciatura identifican discriminación, problemas y soledad; por su parte el otro grupo además de estas agregó rechazo. Conductual: aislamiento por ambos grupos, negatividad y agresividad por el grupo con más nivel académico. Que a pesar de la evolución y de la definición según los valores y connotaciones propios de cada sociedad, aún se observan ideas de separar a este grupo de la comunidad para proteger a esta misma, de recluirlos en hospitales y con este excluirlos para evitar problemas a la sociedad, como lo mencionado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2007), donde se partía de modelos muy poco selectivos en cuanto a los criterios de inclusión, respecto de las personas con enfermedad mental.

La experiencia del contacto con una persona con enfermedad mental quedó representada por un aspecto emocional donde se hace referencia a miedo y tristeza por ambos grupos. Conductas negativas alejo por los de licenciatura y, rechazó e ignoro por el grupo lego y las prosociales como observó, escuchó, acompañó, conozco y ayudó por quienes tienen estudios de licenciatura, agregando el otro grupo informó, investigó y convivo. Respecto a las actitudes también identifican dos tipos prosociales como empatizó y comprendo, el grupo lego agregó entiendo, solo el grupo con menor nivel académico habla de actitudes negativas como la lastima. La autora Banchs (1996) menciona que el poder de las emociones reside en su capacidad de determinar las acciones y conductas frente a los diferentes miembros

de un grupo. Hace que discursos y decisiones grupales estén con frecuencia ligados a compromisos afectivos. Son las emociones y afectos las que establecen y refuerzan las acciones, y lo que limita el actuar, aunque como se observó ambos grupos sepan que acciones deben tomar.

Con este estudio se puede concluir que, si bien la representación social de la enfermedad mental se va transformando con el paso del tiempo y la evolución del contexto aún existen ideologías y creencias cargadas de prejuicios que se siguen validando y se replican en la cultura, esto ha dificultado que este constructo se pueda asimilar de una manera más positiva de manera que se pueda llegar a la construcción de una sociedad realmente inclusiva.

Es importante discutir sobre las emociones que se experimentan al hablar o al tratar con personas con enfermedad mental son de tristeza, de miedo, siendo emociones negativas que suponen cierto y que por ende impide la interacción con estas personas, la falta de inserción y sobre todo la poca accesibilidad que podrían tener a un trabajo, a una vida “normal”.

Respecto a la diferencia entre las muestras Abric (2001) mencionaba que para que dos representaciones sean diferentes deben estar organizadas alrededor de núcleos centrales distintos. La simple identificación del contenido es insuficiente para reconocerla y especificarla. Dos representaciones definidas por un mismo contenido pueden ser radicalmente diferentes si la organización de ese contenido y luego la centralidad de ciertos elementos es distinta. Ya que no es la presencia importante de un elemento la que define su centralidad. Como se observó en el análisis realizado.

En el grupo con licenciatura se observó un conocimiento general acerca de la significación, causas, consecuencias, acciones hacia personas con enfermedad mental, notándose que las ideas que se tienen sobre este concepto en la población mexicana han ido cambiando pero poco, se puede identificar un lenguaje más

técnico o científico respecto a lo que es tener una enfermedad mental; se concluyó que es un grupo que por el nivel académico, por las experiencias vividas y adquiridas, por las relaciones más cercanas a este concepto, existe una mayor apertura al conocimiento de cosas que para muchas son desconocidas y con esto tener ideas diferentes.

En el grupo lego, se observaron que las ideas generales que existen aún siguen siendo de creencias que se tienen, de esos “mitos” que son parte de la herencia generacional que se han ido construyendo, representando a las personas con una enfermedad mental como alguien triste; la falta de difusión e información con bases médicas y científicas reafirma estas ideologías.

Como limitantes del estudio encontramos que al realizar las redes semánticas se dificultó la participación de las personas por los prejuicios que se tienen acerca del tema, por la no comprensión de los objetivos del estudio; encontramos una limitación geográfica para la aplicación de redes y del estudio en general, ya que no se puede hacer una generalización a la población mexicana sobre los resultados obtenidos, así que se propondría hacer una comparación en poblaciones diferentes para saber si existen diferencias en la representación social que se tienen de la enfermedad mental.

Otra limitante que encontré fue el no considerar a aquellas personas que habían y han vivido una experiencia relacionada con la enfermedad mental; como el tener un acercamiento a esta situación puede cambiar las prácticas sociales o no; como pueden ser diferentes las emociones de familiares o incluso de aquellas personas con enfermedad mental.

Sería interesante investigar sobre las acciones que en México se realizan para apoyar a las personas con una enfermedad mental, que si bien, se tiene claro que

es lo que se necesita hacer, son muy pocas las propuestas que se llevan a cabo para incluir a la sociedad a personas con este tipo de enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Abric, J. (2001). *Prácticas y representaciones sociales*. México, DF.: Coyoacán.
- Ackerknecht, E. (1962). *Breve historia de la psiquiatría*. Buenos Aires: Eudeba.
- Asbring, P. (2012). *Words about body and soul: social representations relating to health and allness*. *Journal of Health Psycholgy*, (17).
- Ayestarán, S.; Paez, D. (1986). Representación social de la enfermedad mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, (6) (16).
- Banchs, M. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. Universidad central de Venezuela: *Peer reviewed online journal*. (9).
- Banchs, M. (1996). El papel de la emoción en la construcción de representaciones sociales: invitación para una reflexión teórica. Universidad de Caracas, Venezuela: *Peer reviewed online journal*. (5)(2).
- Banchs, M. (1990). Las representaciones sociales: sugerencias sobre una alternativa teórica y un rol posible para los psicólogos en Latinoamérica. En: Bernardo Jiménez (Compilador) *Aportes críticos a la psicología social en Latinoamérica*. Universidad de Guadalajara.
- Battle, S. (2007). *Clasificaciones en páidopsiquiatría*. Universidad Autónoma de Barcelona: España
- Belloch, A; Sandín, B & Ramos, F. (2015). *Manual de Psicopatología*. McGrawHill, (1).
- Berrios, G. (2013). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Beltrán, A.; Munguía J.; Salazar, J.; y Torres, T. (2015). Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara México. *Revista CES Psicología*: México, (8) (1).
- Berenzon, S.; y Mora, J. (2005). *Los padeceres emocionales cotidianos: percepciones y creencias en dos poblaciones de la Ciudad de México*. Investigación en salud: México, (7) (7).
- Borges, C. (2005). *La evaluación clínica del comportamiento agresivo en niños. Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide. 437-449.
- Buss, M. (2007). *Evolutionary psychology: The new science of the mind*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Cano, J. (2009). *La construcción social de la enfermedad mental*. Rev. Hipnológica. (2).
- Carugati, G; y Palmonari. (1991). A propósito de las representaciones sociales. *Rev. Arthropos*. 124.
- Correa, A. (2003). *Notas para una psicología social... como una crítica a la vida cotidiana*. Córdoba: Brujas.
- Cuenca, O. (2003). *El estigma de la enfermedad mental en los medios de comunicación*. España: Ars Medica.
- Dodge, K. (1993). *Social –cognitive mechanism in the development of conduct disorder and depression*. *Annual review of psychology*. (44).
- Di Giacomo, J. (1981). Teoría y métodos de análisis de las representaciones sociales. En: S. Ayertaran (Compilador). *Ideología y representación social de la enfermedad mental*. Universidad del País Vasco, España.
- Elia, M; Ferri, R; Musumeci, S; Panerai, S; Bottitta, M; Scuderi, C; Del Gracco, S y Steffanini, M. (S/A). *Morfometría cerebral MRI, Status cognitivo y gravedad del autismo en un grupo de niños autistas con retraso mental*. Departamento de Neurología y Psicología. Instituto Oasi para la investigación de la edad mental: Italia.

- Goerg, D.; Fischer, W.; Zbiden, E.; y Guimón, J. (2004). *Diferenciación en las representaciones sociales de los trastornos mentales y los tratamientos psiquiátricos*: España: Eur. J. Psychiat. (18) (4).
- Halgin, R; y Krauss, S. (2009). *Psicología de la anormalidad* (5ta edición). México: Mc Graw Hill.
- Instituto de Mayores y Servicio Sociales (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Colección de Documentos. España: Serie de Documentos Técnicos.
- Ibañez, T. (1988). Representaciones sociales: teoría y métodos. En: *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona, España: Sendai.
- Jodelet, D. (1993). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Serge Moscovici. *Psicología social II*. Barcelona: Paidós.
- Jodelet, D; y Guerrero, A. (2000). Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales. UNAM. Facultad de Psicología: México.
- Kazdin, A. (1983). *Historia de la modificación de la conducta*. Bilbao: Desclée de Braswer.
- Kornblit, A.; Mendes, A. (2000). *La salud y la enfermedad: Aspectos biológicos y sociales*. Contenidos curriculares. Aique
- Link, B. (1987). Understanding labeling effects in the arewa of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejeition. *American Sociological Review*. (52) (1).
- Mankeliunas, M. (S/A). *Modelo físico y biológico en la psicología contemporánea*. Universidad Nacional de Colombia
- Mestre, F. (2002). *Los titulares de la locura: Analisis diferencial de la prensa escrita sobre la representación social de la enfermedad mental*. Tesis Doctoral: Universidad de Valencia.
- Moll-León, S. (2013). Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana. *Revista de Psicología*: Perú. (31) (1).

- Mora, M. (2002). *La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici*. Athenea digital.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Argentina : Huemul.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representations. *European Journal of social Psychology*, (18).
- Myers, D. (2000). *Psicología Social*. México: McGrawHill.
- National Institute of Mental Health (NIMH) (1987). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Washington DC.
- OMS (2002). *Informe de la OMS Salud mental en el mundo*.
- Paéz, D. (1987). *Pensamiento, individuo y sociedad: cognición y representación social*. Madrid, España: Fundamentos.
- Pererá, M. (2005). *La teoría de las representaciones sociales en las ciencias sociales cubanas*. Escocia: Trayectoria y Actualidad.
- Porter R. (2002). *Breve historia de la locura*. Madrid: Turner Publicaciones.
- Rachman, S. (1976). *The conditioning theory of fear-acquisition: a critical examination*. Psychology department. Institute of psychiatry: London.
- Raheb, C. (2007-2008). Master en paidopsiquiatria. *Características del desarrollo*. Universidad Autónoma de Barcelona: España.
- Reyes, I. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. Facultad de Psicología. UNAM. *Rev. en psicología social y personalidad*. (IX) (1).
- Rodriguez, F. (2004). *La representación social de la enfermedad*. Escuela de medicina. Universidad de Oriente. Bolívar. Venezuela. (13)(2).
- Sá, C. (1996). *Núcleo central de las representaciones sociales*. Brasil: Vozes, Petropolis.Brasil.
- Saldaña, J. (2000). *Derechos del enfermo mental*. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de investigaciones Jurídicas. México.

- Saquilán, M (2005). *Estudio acerca de las representaciones sociales del rol del bibliotecario, en usuarios de la Biblioteca Central de la Universidad Nacional de Mar del Plata*. Departamento de Documentación. Facultad de Humanidades. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Schneider, P. (1984). *Psicología Aplicada a la Práctica Médica*. Buenos Aires: Paidós.
- Seoane, J. (1980). *Análisis y modificación de la conducta: Problemas epistemológicos de la psicología actual*. Universidad de Santiago. (VI).
- Strucchi-Portocarrero, S. (2013). Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. *Revista de Neuropsiquiatría*.
- Szasz, T. (1994). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Valderrama, R. (2001). *Teoría de Harry S. Sullivan*. Puebla: Facultad de Psicología de la BUAP.
- Tomas, J. & Almenara, J (2007-2008). *Master en Paidopsiquiatría*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Torrallba T. (2013). Salud mental: "Lo que (SÍ) se puede hacer". Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia. *Revista de Trabajo Social de Murcia TSMU*, 18. España.
- Willerman, L. & Cohen, D. (1989). *Psychopathology*. Lakewood, WA, U.S.A:Mc Graw Hill.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia: A look beyond genetics. *J of a nervous and mental disease*.