



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

MUJERES SILENCIADAS: REPRESENTACIONES SOCIALES
DE USUARIAS DE CAIS CASCADA SOBRE ENFERMEDAD
MENTAL Y LOCURA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ROSA ISABEL RODRÍGUEZ FLORES

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. RAFAEL IZCÓATL XELHUANTZI SANTILLÁN

COMITÉ: MTRA. LIDIA BELTRÁN RUIZ

MTRO. VICENTE CRUZ SILVA

DRA. ELIZABETH ÁLVAREZ RAMÍREZ

LIC. MAGALI MARTÍNEZ PÉREZ



Ciudad de México

Diciembre 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos Académicos

A la máxima casa de estudios de mi país la Universidad Nacional Autónoma de México, por abrirme sus puertas desde mi ingreso a la Escuela Nacional Preparatoria No. 7 y mi estancia en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, lugares que han dejado una huella imborrable en mi formación profesional y personal, inculcándome la importancia de no olvidar mis raíces y de salir adelante con lo que uno tenga en las manos.

A los miembros del honorable jurado:

Al Dr. Izcóatl Xelhuantzi, gracias por todo su apoyo y enorme paciencia para hacer posible este proyecto, por su confianza, su guía y por permitirme aprender tanto de usted, gracias por despertar en mí la motivación para esforzarme y lograr mis metas.

Mtra. Lidia Beltrán Ruiz, gracias por inspirar en mí el ser mejor profesional cada día, por su tiempo y enorme sabiduría que he admirado desde mis días como estudiante, gracias por su disposición para apoyarme en momentos de confusión y sobre todo, por recordarme día a día con sus acciones lo valiosa que es la psicología.

Lic. Magali Martínez, gracias por confiar y ser parte del inicio de este trabajo, por su paciencia y su orientación en todo momento, por su comprensión y sus palabras de aliento.

Dra. Elizabeth Álvarez, gracias por su tiempo brindado a la revisión de éste proyecto, su sabiduría y sus enseñanzas durante mis años de estudiante.

Mtro. Vicente Cruz, gracias por su tiempo, su enseñanza desde mi etapa como estudiante y su apoyo brindado a la presente investigación.

Al Centro de Asistencia e Integración Social “Cascada” y la Lic. Esther Lozada Navarro coordinadora del área de psicología, gracias por su enorme apoyo desde mi estancia de servicio social y por confiar en mí y en el propósito del presente trabajo. A las psicólogas Esmeralda, Rocío y Susana de CAIS “Cascada”, quienes día a día me han permitido seguir aprendiendo de la labor del psicólogo fuera de las aulas escolares.

A todas y cada una de las usuarias de CAIS Cascada, que me permitieron acercarme a conocer un poco de su realidad, de su día a día y me impulsaron involuntariamente a llevar a cabo este trabajo.

Por mi raza hablará el espíritu

Dedicatorias

A Dios

A mis padres Isabel y Miguel quienes han estado conmigo en cada paso que doy, apoyándome de forma incondicional, gracias por darme el mejor regalo que pudieron: creer en mis sueños.

A mi hermano, mi pequeño ser que me ha acompañado prácticamente toda la vida, ayudándome involuntariamente a ser mejor persona todos los días.

A mi abuelito Ernesto y a mi ángel guardián que ya no puedo ver, pero que me acompaña siempre a donde quiera que voy y sé que comparte mi felicidad... mi abuelita Rosita, gracias por enseñarme desde pequeña a encontrar solución para cualquier situación difícil.

A Martino de mi “corazaum”, gracias por vivir de principio a fin ésta aventura a mi lado, por orientarme con tu experiencia, por siempre tener palabras de amor y motivación para mí, por secar mis lágrimas de desesperación, escuchar mis risas de entusiasmo, comprender mis ausencias y sobre todo por estar al pie del cañón siempre tomando mi mano.

A mi amigo del alma, corazón y vida Carlos De Gante, quién se ha convertido en una gran fuente de admiración para mí, gracias por tu hermosa amistad, por todo tu apoyo, tu confianza, por escucharme y sobre todo por estar siempre en mi vida y dejarme estar en la tuya a pesar de la distancia.

A Abril por ser mi amiga, confidente y ángel guardián en muchas ocasiones y a mis grandes amigos y ahora colegas “perfeccionistas” de FES Zaragoza Christopher, Daniela, Itzel y Paty, gracias por tantas risas y aprendizajes a su lado, por su confianza, sus consejos y apoyo.

A todos aquellos amigos que formaron parte de mi travesía:

Los Injuves Fernanda, Laura, Marisol, Marco, Osvaldo y Vane gracias por soñar tantas veces juntos y llenarme de esperanza en la juventud de éste país.

Mis amigos de Comuna Iztacalco Ana, Ivonne, José, Magda, Marilú, Michael y Mónica, gracias por permitirme aprender tanto de su experiencia profesional y de vida.

Mis colegas y amigos de línea joven Damar, Karen, Marisol y Viri quienes me permitieron aprender día a día de ustedes y me llenaron de motivación en momentos difíciles.

“La idea no es vivir para siempre, la idea es crear algo que si lo haga”

Andy Warhol

Índice

Resumen.....	5
Introducción.....	6
1. La Anormalidad a través de la historia	8
1.1 Etapa I: Locura primitiva (~3000 a.C. al 500 a.C.).....	9
1.2 Etapa II: La divinidad de la locura (500 a.C. – 1400 d. C.).....	14
1.3 Etapa III: La maldición de la locura (1400 d.C. – 1700 d. C.).....	19
1.4 Etapa IV: Hacia la reinserción social de la locura (1700 d. C. al presente).....	24
1.5 Estigma, la marca para la locura	29
2. Las Instituciones de Salud Mental.....	32
2.1 Surgimiento de un modelo de asistencia para la enfermedad mental.....	33
2.2 Institucionalización de la psiquiatría	38
2.3 “La locura no se cura con tortura” Antipsiquiatría	42
2.4 Las instituciones de Salud Mental en México	45
3. La locura con rostro de mujer	50
3.1 El género dentro de la enfermedad mental.....	51
3.2 Miradas sobre la locura femenina	54
4. Teoría de las Representaciones Sociales	61
4.1 Surgimiento de la teoría de las representaciones sociales.....	62
4.2 La Subjetividad en las representaciones sociales.....	64
4.3 Definición de las Representaciones Sociales	66
4.4 Representaciones Sociales e Identidad	70
4.5 Funcionalidad de las RS	72
4.6 Estado del arte de las representaciones sociales y la enfermedad mental.....	73
5. Método	78
5.1 Justificación.....	78
5.2 Planteamiento del Problema	80
5.3 Pregunta de investigación	81
5.4 Objetivos	81
5.5 Tipo de estudio y perspectiva de investigación	82
5.6 Confiabilidad y validez metodológica	82
5.7 Participantes	83
5.8 Instrumentos y técnicas de obtención de información.....	84
5.9 Codificación de la información.	87
6. Resultados y Discusión.....	88
8. Conclusiones.....	117
9. Referencias	121
10. Anexos.....	131

Índice de tabla

Tabla 1. Representación del universo consensual y el universo reificado	67
Tabla 2. Instrumentos de obtención de datos.....	86
Tabla 3. Distribución de la recolección de información	87
Tabla 4. Entrevistas Realizadas.....	88
Tabla 5. Cuadro comparativo de resultados	117

Índice de Figuras

Figura 1. Trepanaciones.....	9
Figura 2. Figurillas de arcilla representando la deformación craneal.....	14
Figura 3. La nave de los locos	20
Figura 4. Extracción de la piedra de la locura, El Bosco	20
Figura 5. Pinel quitando hierro a los enfermos del hospital La Salpetrie	26
Figura 6. La cuna, “terapia” pre-científica para pacientes violentos abolida por Dorothea Dix	26
Figura 7. Diagnósticos atendidos en las distintas instituciones	40
Figura 8. Distribución de recursos humanos en salud mental.....	41
Figura 9. Esferas de pertenencia de las representaciones sociales	68
Figura 10. Distribución porcentual por país de publicaciones sobre RS entre 1966 y 2000.....	76
Figura 11. Conformación de las categorías.....	89
Figura 12. Conformación de las creencias de las usuarias del CAIS	90
Figura 13. Percepción del impedimento para tener una relación de pareja debido a su condición.....	95
Figura 14. Conformación de las creencias de los expertos del CAIS.....	97
Figura 15. Conformación de las creencias de los trabajadores del CAIS	99
Figura 16. Conformación de las emociones de las usuarias del CAIS	101
Figura 17. Dibujos sobre la convivencia de las usuarias al compartir instalaciones del CAIS	102
Figura 18. Valoración personal de una usuaria respecto a su padecimiento	103
Figura 19. Expresión de usuaria sobre la acumulación de “basura” por parte de otras usuarias	103
Figura 20. Reflexión por parte de Mano de Buda.....	104
Figura 21. Conformación de las emociones de los expertos del CAIS.....	106
Figura 22. Conformación de las emociones de los trabajadores del CAIS	108
Figura 23. Conformación de las prácticas de usuarias del CAIS.....	109
Figura 24. Texto que muestra frases que la gente emplea al referirse a las usuarias	110
Figura 25. Autorretrato de usuarias.....	112
Figura 26. Conformación de las prácticas de los expertos del CAIS	113
Figura 27. Conformación de las prácticas de trabajadores del CAIS.....	115

Resumen

La anormalidad en la conducta ha alentado la curiosidad del ser humano a lo largo de la historia, en busca de su asimilación a lo conocido se han empleado conceptos como locura para definir lo que hoy se concibe como enfermedad mental. Sin embargo, estos conceptos también han generado estigma, prejuicio y discriminación hacia las personas señaladas como locas o enfermas mentales. Si bien existen diversas fuentes de conocimiento para abordar dichos conceptos, es importante la empatía y sensibilización hacia las personas que han vivido algún padecimiento mental, conociendo su experiencia sobre lo que representa vivir señalados y estereotipados como “peligrosos, incapaces o incoherentes”. Por ello el presente trabajo, realizado durante una estancia de seis meses dentro de CAIS Cascada, mediante un estudio descriptivo y el empleo de estrategias de indagación etnográfica como: registro anecdótico, observación participante, recopilación de material gráfico (dibujos), busca un acercamiento a las Representaciones Sociales sobre la “enfermedad mental” y “locura” de las usuarias; a la vez de invitar a profundizar en el tema con la intención de mejorar la práctica profesional. El objetivo de trabajo consistió en conocer las RS (creencias, emociones y prácticas) de las usuarias del CAIS con respecto a la enfermedad mental para explorar su relación con las concepciones sobre ésta y la locura; se tuvo contacto con la población total de ~400 usuarias femeninas del CAIS, mayores de 18 años, con problemas de salud mental severos y abandono familiar; sin embargo empleando un muestreo propositivo intencional se seleccionaron a cinco usuarias con las cuales se llevaron a cabo entrevistas a profundidad, que después se trabajaron cualitativamente; también se trabajó con el personal del área de salud (psicólogos, médicos, enfermeros) denominados “Expertos” y con el personal de áreas ajenas a la salud denominados “Trabajadores” (trabajadores sociales, intendentes, personal del comedor).

Palabras Clave: *Representaciones Sociales, enfermedad mental, locura, mujeres.*

Introducción

De la experiencia del servicio social recuerdo las emociones que sentí al llegar al lugar y pasar la puerta que dividía los pabellones, de la entrada principal, mi corazón palpitaba rápido, mis manos sudaban y me sentía analizada e invadida por las miradas de las usuarias. Elegí el CAIS¹ pensando que la actividad de servicio social es uno de los primeros acercamientos al mundo fuera de la universidad, consideraba que las usuarias del centro necesitaban apoyo, así que a pesar de lo que sentía, reconocía que había mucho en lo que podía colaborar ahí. Me intrigaron tanto las emociones que sentí a mí llegada, que me preguntaba ¿por qué teniendo una formación profesional en el área de la salud me sentía así? Con la convivencia diaria comprendí que muchas de mis reacciones se debían a mi apropiación de los prejuicios hacia las personas con padecimientos mentales y me entristeció descubrir el reflejo de esas emociones y sentimientos en los rostros de otros estudiantes de la carrera, quienes al acercarse a la institución para también realizar su servicio social, decidían no regresar...

Con base en ello, surgió la iniciativa de llevar a cabo la presente investigación, mostrando las creencias, emociones y prácticas de las usuarias del CAIS “Cascada” sobre la enfermedad mental y la locura; para conocer las representaciones sociales de las personas que viven cotidianamente la discriminación y el ejercicio de prejuicios hacia ellas por vivir en el CAIS y contar con una valoración psiquiátrica que aunada a la historia de la anormalidad, las señala con conceptos como *locas*. La importancia de no centrarse en la perspectiva profesional y voltear la mirada hacia las usuarias para conocer sus representaciones sociales sobre la locura y enfermedad mental, surge de una breve revisión histórica sobre lo que se ha considerado anormal y la forma en que se ha relacionado con los padecimientos mentales y la locura, llegando a estigmatizar, crear prejuicios y ocasionar con ello condiciones discriminatorias hacia éstas personas que ante todo, deben mirarse como seres humanos.

La gravedad de ésta situación se aprecia cuando personas como las usuarias de CAIS “Cascada” (personas con enfermedades mentales) se apropian de dichos términos y creencias que las bombardean en todo momento reforzadas por la publicidad, la sociedad y la misma institución psiquiátrica y las emplean en su vida cotidiana dentro del centro, generando daños emocionales y situaciones conflictivas entre ellas. Es así que la investigación transcultural

¹ Centro de Asistencia e Integración Social.

sobre los procesos de exclusión y discriminación hacia las personas con padecimientos mentales ha cobrado relevancia en la actualidad, constituyendo un tema central relacionado con los derechos humanos y la lucha por garantizar la equidad de acceso a la atención de la población afectada (Mora-Ríos, Bautista-Aguilar, Natera y Pedersen, 2013).

De esta forma, se comienza el capítulo 1 con un recorrido histórico que comienza en el año ~3000 a.C. con algunos de los primeros hallazgos y acontecimientos ligados a la anormalidad humana, hasta la concepción de enfermedad mental contemporánea y el empleo del término *locura* de forma denigrante para referir la anormalidad. Continuando con el capítulo 2 que muestra la evolución de las instituciones de salud mental y sus cambios de perspectiva sobre las personas que ingresan a ellas buscando reinserción social, de la misma forma se abordan algunas críticas realizadas a disciplinas como la psiquiatría y el estigma que producen las etiquetas empleadas para elaborar un diagnóstico clínico. El capítulo 3 aborda la *locura* como cualidad femenina, enfatizando las condiciones sociales que históricamente han permitido su marginación en diversos ámbitos y la aparición de movimientos que buscan el reconocimiento de la mujer como sujeto histórico. Por último el capítulo 4 aborda las Representaciones Sociales como perspectiva de investigación, su definición, uso e importancia dentro del presente trabajo y en proyectos anteriores respecto a la enfermedad mental.

Al final se presentan resultados, análisis, discusión y conclusiones al respecto, invitando al lector, principalmente al profesional de la salud mental a brindarse la oportunidad de ir más allá de sus sentidos y de ésta forma considero, brindar una atención más significativa para las personas, haciéndolas sentir como eso. Ya que cómo refiere Zoja (2013), lo difícil no es definir los trastornos mentales, si no comprenderlos, para eso es necesario identificarse con ellos; si los trastornos mentales no son por fuerza el producto de determinada sociedad, sus descripciones si lo son. De esta forma, brindar atención al discurso de las personas con padecimientos mentales ofrece la experiencia de traducir la inconformidad, sufrimiento y protesta de los padecimientos, dándole peso al conocimiento de la realidad originante de la protesta y la realidad de quien protesta, convirtiendo esa realidad en un lenguaje convertido en la manera en que el ser se hace comprensible al hombre (Roa, 1980).

1. La Anormalidad a través de la historia

“Lo difícil no es definir los trastornos mentales, si no comprenderlos. Para eso es necesario identificarse con ellos. Si los trastornos mentales no son por fuerza el producto de una determinada sociedad, sus descripciones si lo son”
Zoja (2013, p.76)

El ser humano a lo largo de la historia ha buscado describir y clasificar todo aquello que se encuentra en su entorno, la mayoría de las concepciones que tenemos de nuestro alrededor, se construyen de creencias populares y tradiciones culturales, sin embargo como refiere Ramírez (2011), existe una contraparte que engloba aquello que desconocemos, aquello que no se asemeja a nada y que por lo tanto no podemos atribuirle una significación con nuestro lenguaje. Intentar definir lo anormal, es una tarea difícil, pues es un concepto que se ha transformado a lo largo de la historia según cada cultura. Actualmente se puede consultar en la Real Academia de la Lengua Española (2001), el término encontrando las siguientes definiciones:

- Que accidentalmente se halla fuera de su natural estado o de sus condiciones inherentes.
- Persona cuyo desarrollo físico o intelectual es inferior al que corresponde a su edad.

Hablar de anormalidad entonces implicaría la consideración del entorno social y cultural que rige la normalidad de alguien, sin embargo, la segunda definición engloba también el aspecto físico y habilidades cognitivas de una persona, de manera que se perciben rasgos de comportamiento con connotaciones negativas al respecto. Con base en estas definiciones, se abordará la transformación histórica de la concepción de anormalidad, las atribuciones respecto a su origen y las alternativas para un posible tratamiento.

El recorrido histórico se realizará dividido en cuatro etapas, de acuerdo a eventos significativos y evidencias conceptuales que a lo largo de la historia han permitido hasta nuestros días relacionar la anormalidad, la locura y la enfermedad mental como condiciones humanas indeseables.

1.1 Etapa I: Locura primitiva (~3000 a.C. al 500 a.C.)

Esta etapa aborda acontecimientos que dentro del período de 3000 a.C. al 500 d.C. son significativos para la concepción de anormalidad, así como las medidas “curativas” empleadas por el ser humano. De esta forma, los primeros hallazgos arqueológicos del año 800 a.C. de una posible concepción de anormalidad, surgen de investigaciones que consideran las trepanaciones² humanas (Figura1), realizadas por antepasados africanos, como indicio de la necesidad de curación de una persona considerada diferente a los demás. Para Halgin (2009), ésta evidencia refiere el posible predominio de los enfoques místicos, que basados en explicaciones etiológicas, atribuían la anormalidad a fenómenos sobrenaturales o mágicos, relacionados con la presencia de espíritus malignos o posesiones demoniacas que habitaban el cuerpo humano, de modo que la única forma de expulsarlos y lograr la “liberación” de la persona era perforando a través de una zona que no produjera un sangrado excesivo durante su intervención, es decir la cabeza aunque esto implicara un alto grado de tortura (Ramírez, 2011; Guillén, 2015).

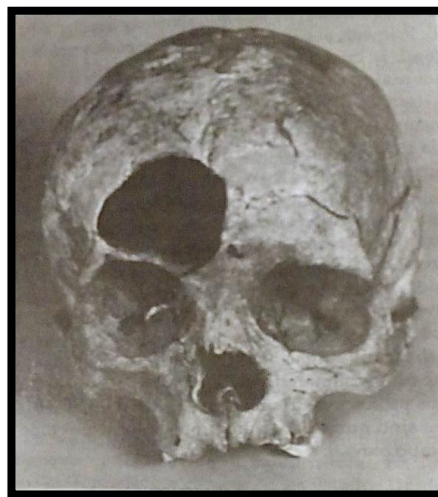


Figura 1. Trepanaciones (Sue et al pág. 18).

En Mesopotamia se ha encontrado evidencia de atribuciones similares sobre la anormalidad, a pesar de mantener una perspectiva mística, se muestra interés por nombrar y definir los actos anormales. En las tablillas de escritura cuneiforme, se habla sobre la epilepsia, referida con los vocablos *Bêl Ūri* y *antassubbû*, denotando anormalidad. El primero hace referencia al nombre de un demonio considerado el causante de un ataque epiléptico menor, provocando los ojos trastocados³ de la persona volteados hacia arriba. Por otra parte, el segundo vocablo refiere un ataque epiléptico mayor, descrito como la caída al suelo de la persona, girando la cabeza hacia todos lados, los puños apretados con los dedos doblados por la tensión, los ojos desviados y expulsando saliva por la boca, finalizando con un período de apnea⁴. En el caso de Babilonia, se empleaba el vocablo *mullâte* para referir los severos

² Perforaciones craneales para liberar los espíritus malignos atrapados en la cabeza las personas.

³ Hace referencia a un desarreglo y desorden en el movimiento.

⁴ Pérdida momentánea de la respiración.

ataques epilépticos; ésta región realizó descripciones en textos sobre síntomas específicos que en conjunto se catalogaban como *síndrome de ilusiones* (López, 2007).

Los diversos escritos sobre la anormalidad muestran una evolución respecto a su concepción ligándose a la cotidianidad de “estar enfermo”, de manera que el interés por preservar dichos escritos se convierte en algo necesario para conocer al fenómeno y contribuir a su cura, difundiendo y preservando su conocimiento, realizando clasificaciones como las tablillas de escritura cuneiforme: textos de carácter terapéutico, textos de síntomas referidos a la prognosis⁵ y diagnosis⁶ y textos sobre presagios fisiognómicos y de nacimiento. Sin embargo la labor de estos textos no dispersa las atribuciones místicas que al igual que Mesopotamia diversas regiones compartieron (López, 2007).

La diversidad religiosa comenzó a tomar autoridad al juzgar el comportamiento humano como los Hebreos, quienes en el Antiguo Testamento⁷ emplean el término *locura* para describir comportamientos concebidos como anormales, provocados por fuerzas sobrenaturales, espíritus o por la ira de alguna divinidad como castigo ante ofensas y sacrilegios humanos (López, 2007). También en narraciones como el libro de Daniel se percibe la locura como un castigo ante un acto que desafía las normas de comportamiento regido por la moralidad y lealtad religiosa; por ejemplo la historia de Nabucodonosor, rey de Babilonia castigado por su soberbia con la pérdida de la razón que lo lleva a vivir y comer como animal (Salaverry, 2012). El Nuevo Testamento⁸ también enfatiza la autoridad religiosa sobre el comportamiento humano, presentando a la religión como la proveedora del “milagro de curación”, refiriendo los actos curativos de locura realizados por Jesucristo⁹; concepciones similares se dan en Egipto y Asiria, donde aquellos que desobedecían los mandatos de Dios eran amenazados con la “maldición de la locura” (López, 2007).

El naturalismo en Grecia durante el siglo V a.C. reforzó los argumentos que postulaban que la razón y el alma tenían sede en el cerebro. Estas ideas llevaron a pensadores como Empédocles al estudio de la conducta humana y su relación con procesos intangibles dentro del cuerpo humano, así surgieron términos como *nomen insaniae* que significaba enfermedad

⁵ Especializados en generar hipótesis sobre el desarrollo de una enfermedad y anticipar sus síntomas.

⁶ Especializados en la expresión del rostro o el reconocimiento de las enfermedades.

⁷ Primera parte de la Biblia cristiana, contiene series de libros históricos, sapienciales y proféticos.

⁸ Parte de la Biblia cristiana compuesta por libros y cartas escritas después del nacimiento de Jesús.

⁹ Principal deidad del Cristianismo, también conocido como Jesús de Nazaret.

de la mente y era empleado por los filósofos helenos para referir la falta de salud del alma. A su vez se expande la teoría humoral de Hipócrates, que planteaba la existencia de cuatro fluidos vitales (sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla) que conformaban el *temperamento* e influían en la salud humana, de modo que cualquier exceso de ellos provocaba cambios en su personalidad y comportamiento (Aréchiga, 2001). Trejo (2016), describe cada fluido de la siguiente manera:

- Sangre: cuyo órgano secretor es el corazón, tiene como elemento el fuego; como cualidad esencial al calor y de su temperación resulta un temperamento sanguíneo.
- Bilis negra: es secretada por el bazo, su elemento es la tierra, posee cualidad fría y su estado de equilibrio da por resultado el temperamento melancólico.
- Bilis amarilla: es secretado por el hígado; su elemento es el aire y su cualidad esencial es lo seco; de su ponderación resulta el temperamento colérico.
- Flema, es secretado por el cerebro o la glándula pituitaria, su elemento es el agua, cualidad esencial la humedad y de su equilibrio resulta el temperamento flemático.

Al tiempo que la salud radica en el equilibrio de éstos fluidos, la enfermedad y el comportamiento extraño resultaba del desequilibrio o de una falla en su interacción. Así las enfermedades en general no se consideraban del alma, sin embargo algunas ejercían efectos en ella, el espíritu y el carácter, requiriendo un tratamiento somático. Al ser la locura una sobrecarga de alguno de los humores, físicamente se describía como un líquido que inundaba el cerebro y distorsionaba su funcionamiento (Tamayo, 2008; Trejo, 2016). La topografía del desequilibrio en el cuerpo humano se considera una característica de la teoría humoral, así cada enfermedad mental se ubicaba en un lugar preciso dentro del cerebro (Salaverry, 2012).

Bajo esta perspectiva, la locura por amor se consideraba según Arrizabalaga (1993), un exceso de bilis negra, surgido de la obsesión por la insatisfacción del deseo de un hombre prendado de una mujer aparentemente bella y refinada en asuntos morales; de no atenderse se presentaba como define Muñoz (2012), un rompimiento de equilibrios observable en los ojos hundidos, grandes ojeras y pulso fuerte e inaudito; el hombre loco (noble regularmente) comenzaba a perder el sueño y el hambre cayendo en profunda tristeza que podía curarse con la materialización del deseo.

El amor, como perturbación generadora de sufrimiento, desgracia o infortunio, para los griegos tenía un origen irracional (López, 2007), en textos de Sócrates y Platón¹⁰ ante la “locura por amor” era necesario elegir entre la sensatez (*sophrosyne*¹¹) o la locura (García, 2007). Relacionando a la locura por amor con Eros, un ser irracional, insensato, que conducía a actuar sin el dominio de sí, y al respecto de la dicotomía entre manía y sensatez, para Platón el enamorado sometido por sus pasiones perdía su intelecto, convirtiéndose en un enfermo incapaz de dominarse, mientras que el no enamorado con sus pasiones controladas se regía por la sensatez (García, 2007; Trejo, 2016); para Sócrates, al prevalecer el deseo de placer se carecía de moderación. Las técnicas psicoterapéuticas, consistían en que el médico acentuara la fealdad del objeto deseado, reflejando los peligros de su situación y generando a su alrededor un ambiente de tristeza que minimizara su pena; el tratamiento verbal (moral) era el más utilizado, buscando la comprensión de la irracionalidad del deseo sexual, su carácter pecaminoso y el riesgo que implicaban los vicios de las “malas mujeres”, buscando el ejercicio de su libre albedrío (Arrizabalaga, 1993; Trejo, 2016).

Como el enamoramiento, la pasión sexual también tenía una condena moral, de manera que quien deseaba y caía en la mundanidad era poseído por el diablo haciéndole perder la razón y el entendimiento de Dios (Trejo, 2016). Bajo este rubro el útero de la mujer se consideraba poseedor innato de locura, representando la materialización orgánica del demonio, descrito como un animal que habitaba y poseía a voluntad su cuerpo, provocando convulsiones que convertían a la mujer en un ser imperfecto (Salaverry, 2012; Muñoz, 2012).

La poesía también se consideraba fruto de la pasión irracional, pero para Platón representaba una locura de origen divino, porque enriquecía el alma haciendo al hombre semejante a un dios, dotado de valor intrínseco. De esta forma, el amor y la poesía serían parte esencial del alma y la divinidad cotidiana; porque *hasta el filósofo lo es porque es amante*. Bajo ésta perspectiva, se popularizaban narraciones como la de Diotima¹² en la que por medio del trance (similar al de los iniciados en los misterios, que danzaban por la salud, seguridad y felicidad futuras), una sacerdotisa adquiere la “manía adivinatoria” que le permitía ver el futuro y producir el bien y librar del mal a los hombres (García, 2007).

¹⁰ Protágoras y La Republica

¹¹ En la mitología griega representa el espíritu de la moderación, discreción y autocontrol.

¹² Personaje de *El Banquete* de Platón, sus ideas son base del concepto de amor Platónico.

Para los griegos las convulsiones producidas por la epilepsia eran un atributo de personas elegidas por los dioses, de ahí su nombramiento como la *enfermedad sagrada* (García, 2007), cuya salvación se encontraba en la consulta de los oráculos¹³ quienes tenían la facultad de juzgar el comportamiento humano (Tamayo, 2008). Sin embargo como refiere Sacks (2009), las objeciones sobre la idea de una enfermedad sagrada no se hicieron esperar, más aun cuando Hipócrates postula que la epilepsia no era una enfermedad ni sagrada ni divina, sino una afección natural como otras; esta postura fue plasmada en el *Corpus Hippocraticum*¹⁴ descrito por Salaverry (2012), de la siguiente forma:

“Me parece que no es en modo alguno más divino ni más sagrado que las demás enfermedades, sino que tiene una causa natural. Pero los hombres creyeron que su causa era divina por ignorancia o por el carácter maravilloso de la dolencia, que no se parece en nada a otras enfermedades” (p. 144).

Con lo anterior se interpreta la conciencia¹⁵ sobre el desconocimiento de dicha enfermedad y la reflexión sobre su origen natural, bajo este panorama Hipócrates plantea otros argumentos para comprender la salud y la enfermedad (Tamayo, 2008): Las enfermedades humanas están relacionadas con sus condiciones de vida, desde el clima hasta sus relaciones con otros, tal influencia determina su salud. Y que la vida política de los hombres influye directamente sobre sus condiciones físicas.

Los problemas filosóficos sobre el entendimiento de la salud-enfermedad y el cuerpo humano, generaron conceptos como el de *alma* que se consideró un elemento intangible dentro del ser humano capaz de enfermarse como cualquier órgano y protagonista de la locura, con la llegada del naturalismo se apostó por una concepción de anormalidad en relación directa con el cuerpo y el cerebro (Tamayo, 2008). De forma general se puede concluir de esta primera etapa que predominaban las concepciones primarias sobre la conducta anormal humana, atribuidas a situaciones ajenas al individuo afectado, es decir su origen no se relacionaba a factores internos, su percepción era negativa y se percibía la necesidad de “curación”.

¹³ Respuesta pedida a una deidad por medio de sacerdotes o interpretación de señales físicas.

¹⁴ Es el conjunto de escritos que la antigüedad atribuía a Hipócrates.

¹⁵ En palabras del autor del presente trabajo, caer en cuenta de la ausencia de conocimiento.

1.2 Etapa II: La divinidad de la locura (500 a.C. – 1400 d. C.)

Hasta el momento existe la concepción de la anormalidad como locura y percibida como enfermedad, sin embargo es importante extender la revisión sobre cómo se continuó modificando, al grado de llevar a la muerte de muchas personas como lo fue durante la inquisición. Así, comienza esta segunda etapa abordando a Mesoamérica, cuya concepción sobre la anormalidad se relacionaba con elementos mitológicos. Pineda (1993), refiere que toda posible enfermedad era considerada como representación de un conflicto de fuerzas supra-terrenales o voluntades divinas. En el museo de la medicina mexicana perteneciente a la UNAM, se exhiben vestigios de la cultura Olmeca quienes representaban con deformidades craneales la anormalidad humana (figura 2). Por su parte, la cultura Azteca relacionaba la anormalidad con el temor a los fenómenos de la naturaleza, debido al poco conocimiento y dominio sobre ella que generaba sentimientos de inferioridad en el humano.



Figura 2. *Figurillas de arcilla representando la deformación craneal (colección del museo de la medicina mexicana, UNAM).*

La religión mantenía su influencia sobre lo que se consideraba locura, por ejemplo el judaísmo concebía que podía juzgarse en relación al comportamiento de la mayoría de las personas y de lo “incomodo” que pudiera ser para otros, así los idólatras, hombres entregados a excesos sexuales, infractores de la ley y asesinos eran considerados perturbados y al igual que las personas sordomudos y menores de edad eran privados de juicio y competitividad intelectual. La expulsión del mal o *daimon* de la locura se realizaba por medio de terapias con música, catarsis médico-religiosas, el aspecto *mágico* de la palabra, exorcismo, plantas o mediante curanderos y hechiceros, de modo análogo a la antigüedad grecolatina. Bajo esta perspectiva, el Talmud¹⁶ incluye un apartado sobre desórdenes del comportamiento y enfermos mentales catalogados como dementes y retrasados, utilizando el vocablo *shoteh* para su referencia y cuya descripción consistía en vagar sin rumbo por la noche, pernoctar en un cementerio o romperse la ropa. La narrativa de la enfermedad mental de Saúl es otro ejemplo,

¹⁶ Obra sobre discusiones rabínicas, leyes judías, tradiciones, costumbres, historias y leyendas.

dónde la locura proviene de Dios a través de un espíritu sobrenatural; situación similar a la del rey de Israel, considerado elegido de Dios por tener contacto con el Espíritu Santo mediante el rito de unción,¹⁷ sometándose continuamente a la voluntad divina, de lo contrario, anulaba su nombramiento y se exponía al cólera de Dios (López, 2007).

Algunos conceptos de la locura se basaban en la “intensidad” de sus conductas en el humano, de esta manera los hebreos usaban vocablos como *shiggayon* para referir una conducta intensamente emocional, que no siempre simbolizaba demencia. El vocablo *meshugga*, definía un trastorno mental relacionado a los profetas y sus acciones, qué al igual que en la antigua Grecia eran consideradas locura divina. La medicina helenística fue introducida en Roma, debido a que su medicina era primitiva en comparación con la griega, consolidando concepciones con nuevos conceptos. De esta forma romanos como Cicerón clasificaban y nombraban a la locura como *insania* y *furor*, siendo la primera un desequilibrio mental y la segunda un *delirio* y *frenesí*. Denominaban *frenesí* y *delirio* a lo que los griegos nombraban *melancholia*, pues para ellos la mente no estaba influenciada por la bilis negra completamente, si no por el poder de la ira, temor o pena. Los griegos también empleaban la palabra *paranoia*, que significa pensamiento delirante o mente que sobre pasa sus límites habituales (López, 2007; Zoja, 2013).

Halgin (2009), refiere que Galeno en el siglo II se interesó en el funcionamiento del cuerpo y la mente, conectando sus ideas y las de Hipócrates. Así en la Edad Media y el Renacimiento en donde la creencia en vampiros y brujas tuvo en jaque a la ciencia, fue considerado una luminaria (Aréchiga, 2001; López, 2007). Ristich (en Trejo, 2016), señala que siguiendo la teoría humoral, Galeno consideraba a la bilis negra la principal causante de la afección mental llamada *melancolía*, que provocaba un *bajón de espíritu* y graves disturbios psíquicos (López, 2007). Galeno aceptaba igual que los hipocráticos el carácter natural de la enfermedad mental, clasificándola en: *manía* y *melancolía*. La primera producida por exceso del humor sangre o de bilis amarilla manifestando alucinaciones, mientras que la segunda causada por exceso de bilis negra se manifestaba con la depresión (Salaverry, 2012), referida con el vocablo *tristitia* y cuyo tratamiento llevaba a los pacientes a la hambruna, al encadenamiento y golpes físicos, especialmente si eran violentos (López, 2007).

¹⁷ Refiere la acción de hacer la señal de la cruz sobre alguien para otorgarle un sacramento/dignidad.

Se cuenta también con las aportaciones de Aureliano (médico romano) diferenciando entre *manía* y *phrenitis* o frenesí; describe la *manía* o comúnmente llamada *insania* como una perturbación o daño crónico de la razón que ocasionaba su pérdida; debido a la ausencia de fiebre, consideraba que podía manifestarse violenta o pacíficamente. El *frenesí* por su parte, era un tipo de locura que provocaba fiebre aguda y delirios, se consideraba pasajera y por consiguiente, fácil de contrarrestar en relación a otros desarreglos mentales (López, 2007).

La oficialización del cristianismo en el 313 d.C., creó conflicto entre el carácter naturalista de la medicina grecorromana y la visión cristiana que enfatizaba la omnipotencia y omnipresencia divina. Los médicos convertidos al cristianismo adaptaron sus convicciones profesionales a las religiosas, atando a los con imposibilidad terapéutica para evitar las agresiones físicas a terceros y a sí mismo, cediendo el paso a los sacerdotes, quienes salvaban las alma atormentadas por medio de exorcismos (Tamayo, 2008; Salaverry, 2012). El cristianismo promovía la creencia y temor por satanás y los espíritus infernales, adoptando como dogma la lucha entre el bien y el mal por el alma humana (Salaverry, 2012), generando una creencia ferviente en los santos como San Leonardo curador de la epilepsia o San Valentín de las convulsiones (Arrizabalaga, 1993). Cabe resaltar que para Sacks (2009), la literatura religiosa describe visiones en las que sentimientos sublimes e inefables acompañan experiencias que bien podrían describir un episodio de locura, sin embargo al presentarse en personas religiosas como De Bingen¹⁸ el arzobispado las considera *visiones divinas*.

El empobrecimiento teórico de la medicina occidental y la subordinación a la religión contribuyeron a que la edad media fuera una época de pobreza, penuria e indigencia, tres elementos que para Pileño, Morillo, Salvadores y Nogales (2003), representaban un destino asegurado hacia la locura, pues la pobreza implicaba soledad, rechazo social, impotencia, pérdida de la autoestima y a veces pérdida de sensatez. Los locos, siempre aparecían inmersos en pobreza, tristes y desesperados. El rechazo social también era sufrido por personas con lepra y enfermos venéreos que eran sometidos a tratamientos que podían llevarlos a la muerte (Tamayo, 2008). La imagen del hombre loco y pobre se difundía en las representaciones pictóricas religiosas de la edad media, otorgándole un carácter fantástico e inhumano, con cuerpos monstruosos (Peñalta, 2008).

¹⁸ Monja mística que al plasmar sus "visiones" en relatos e imágenes recibió del Arzobispado la Santidad.

Las posesiones demoniacas regresaron para explicar el origen de la locura o enfermedad mental, basado en ello, en 1233 el Papa Gregorio IX crea la Inquisición, que torturaba a los enfermos sometiéndolos a hambruna, golpes y brebajes desagradables para alejar los malos espíritus; si a pesar de ello no mejoraban, eran condenados a la hoguera por considerárseles una amenaza para la sociedad (Peñalta, 2008; Henningsen, 2014). La fuerte creencia en la brujería generó a lo largo del siglo XIV un pánico social reforzado con rumores y relatos sobre personas con lepra que envenenaban los pozos locales y la existencia de personas adoradoras del diablo, percibiendo así la locura como algo sobrenatural causante de repulsión, horror, curiosidad y compasión, empleando términos como *poseído*, *epiléptico* o *deforme* para referirse a las personas que la padecían (Peñalta, 2008). Este “desarreglo” del alma invadida por el mal representaba la existencia de malos espíritus, el demonio o Satán, figura recurrente en las explicaciones teológicas de la época, desapareciendo con ello la noción Aristotélica de alma incorruptible (Tamayo, 2008).

Mientras en occidente se vivía la sociedad medieval, en la península arábiga nace el Islam, que también ejercía fuerte influencia sobre las concepciones de la enfermedad mental. Los árabes carecían de una medicina racional y atribuían las enfermedades, incluyendo los trastornos mentales a fuerzas sobrenaturales, así Mohammad recogió conocimientos y prácticas tradicionales que conformaron la *medicina del profeta*, en la que la enfermedad mental se consideraba como un fenómeno capaz de evitarse por medio de amuletos y talismanes (Salaverry, 2012). La medicina árabe contribuyó en occidente para el tratamiento de la enfermedad mental, gracias a las traducciones latinas de sus textos como el tratado sobre la melancolía (*Ishaq Ibn Imran*, de Ibn al Jazzar) que establece como causante del daño a la razón y la imaginación, al miedo y la tristeza (Cataldo/Annes, 2003).

La concepción popular en Oriente Próximo (al igual que la grecorromana), consideraba a la enfermedad mental como un asunto familiar y doméstico, como manifestación de una conducta impulsiva, desordenada e irracional, que debía tratarse de forma privada, excepto en casos de seguridad pública o problemas legales. Las personas perturbadas que no eran violentas y eran de clase humilde o no tenían familia vagaban por las calles recibiendo agresiones de todo tipo, los pertenecientes a casas nobles eran confiados al cuidado de un servidor personal dentro de su casa. (López, 2007; Salaverry, 2012).

La medicina Hindú relacionaba la locura con el ciclo de la luna, de manera que se podía sufrir locura del "poseído" después de la luna nueva; también se consideraba que por medio de eventos cotidianos como el dolor por la pérdida de un ser querido o de su fortuna se podía llevar a la locura. Esta locura por "perdidas" se describía como deambulación con llanto, gritos, ojos rojos, palidez, debilidad y pérdida de los sentidos; y en el Mahabharata (obra de la antigua medicina hindú) se empleaban los nombres de deidades para clasificar a los locos (Cataldo/Annes, 2003) algunos de ellos son los siguientes:

- *Asura, Graha*: Peligrosos para los demás por hablar inadecuadamente de Deva¹⁹ presentaban sibilancias²⁰ y mirada sin expresión.
- *Sarpa-Graha*: Obsesivos, retorcián su cuerpo y en especial su lengua como serpiente.
- *Rakhasa Graha*: Considerados asesinos por buscar impacientes carne y huesos, poseían olor desagradable, habla sin dirección y movimientos constantes de piernas.

El tratamiento hindú consistía en vomitivos y purgantes con plantas, concibiendo la locura como una intoxicación u oscurecimiento mental con origen en el desequilibrio de los humores y la desviación de los estados de ánimo del cuerpo y el cerebro, mala alimentación, hábitos inadecuados o drogas; por ello se le asignó el vocablo *madness* que significa la enfermedad de la mente carente de frenos (Cataldo/Annes, 2003). Por otra parte, las creencias sobre la licantropía conocida como *manía canina* o *lupina*, se describen como enfermedad mental en escritos médicos bizantinos, árabes y bajomedievales latinos. Se creía que las víctimas de este mal huían durante el día de los vivos y por la noche vagaban por las ciudades, caminando a cuatro patas, aullando como lobos y amaneciendo en cementerios (Arrizabalaga, 1993).

De forma general en esta segunda etapa, resurge la concepción mística y sobrenatural sobre la locura, a pesar de los avances del naturalismo la iglesia y todo ámbito religioso logra ganar terreno en la cuestión de juzgar la normalidad del comportamiento humano. Halgin (2009), refiere que si bien la etapa medieval provocó grandes daños a las personas con padecimientos mentales o considerados locos, también surgió la caridad cristiana y la necesidad de ayuda al prójimo, con lo cual se abre paso a la creación de espacios destinados a su "cuidado".

¹⁹ Considerada una deidad benévola del hinduismo y budismo.

²⁰ Sonido que realiza el aire al pasar por las vías respiratorias congestionadas.

1.3 Etapa III: La maldición de la locura (1400 d.C. – 1700 d. C.)

Esta etapa comienza con las manifestaciones renacentistas a raíz del pensamiento oscuro de la etapa anterior. León (2005), refiere que a la vez que el renacimiento ofreció un espíritu de humanismo y conocimiento, también se convirtió en un período difícil para los derechos humanos de los pacientes mentales; presentando dificultades para dejar las atribuciones demonológicas de la locura (García, 2002). La imagen de la locura se expresaba en el paisaje cultural de la época, Foucault (1967), refiere que las pinturas mostraban al loco con formas aberrantes, monstruosas, deformes, con vicios y produciendo escándalos sexuales. El loco mostraba las fuerzas ocultas en todo ser y aseguraba tener un saber que el hombre razonable no poseía; de esta forma era considerado iluminado, capaz incluso de predecir el futuro de los hombres, de manera que en ocasiones la sociedad le rendía reverencia (Peñalta, 2008).

El tratamiento de las enfermedades seguía sin ser una actividad exclusiva de los médicos quienes presentaban fuerte escasez e ineficacia, ante lo cual predominaban los sanadores o curanderos unidos a la superstición de la gente aceptando las concepciones divinas, diabólicas y mágicas sobre la locura (Pileño et al. 2003). Debido a ello Postel y Quétel (en León 2005) refieren que en 1486 se realizó una acusación a las brujas por parte de monjes dominicos, quienes con el apoyo del Vaticano publicaron el *Malleus Maleficarum* (martillo de las brujas), texto que se considera dirigido para perseguir a personas con perturbaciones psicológicas que durante la época se catalogaban como herejes y que para Sarason (1996), representó la destrucción de la herencia científica naturalista de la época clásica griega y romana; de manera que la combinación ideológica de la misoginia de la Iglesia y la idea de una conspiración contra el cristianismo incrementó la concepción de la mujer como poseedora de locura, para Halgin (2009), fueron principalmente las ancianas y las comadronas las más acusadas de herejía y por consiguiente se les deportaba, torturaba y se les quemaba en la hoguera.

En el renacimiento (cuyo auge se dio durante los siglos XIV al XVI) la locura formó parte de las expresiones artísticas, como la obra “la Nave de los Locos” (figura 3), surgida en Occidente a finales del siglo XV refiriendo a los barcos que navegaban por los ríos de Renania y los canales flamencos transportando cargamentos de locos. Influenciado por Foucault (1967), García (2002), describe que las ciudades se responsabilizaban de sus locos, alimentándolos, brindándoles cobijo y vestido, siempre y cuando no aumentase

desmedidamente su número. Sólo se expulsaba de un territorio a los locos ajenos que por alguna razón habían llegado a otra ciudad, los mercaderes y marineros los sacaban de las ciudades para embarcarlos y finalmente dejarlos a la deriva en el mar. La forma de transportarlos era insuficiente para el número de locos que la gente expulsaba, ocasionando que muchos de ellos se perdieran en el camino y formaran grupos de locos vagabundos.

La concepción popular se tiñó de mecanicismo²¹, emergente con las doctrinas racionalistas y empiristas de Rene Descartes y Francis Bacon considerando al hombre dividido en un componente material y otro racional (res extensa y res cogitans). Utilizando comúnmente la expresión “tener piedras en la cabeza” para retratar en obras (figura 4), de la corriente artística *Pierre de folie* (piedra de la locura), a un cirujano charlatán extrayendo una piedra de la cabeza de una persona, considerada la causa de locura (Mueller, 1980; Tamayo, 2008). Esta imagen reflejaba la poca consideración de la medicina profesional para la atención de los padecimientos mentales, ya que al observar que no era contagiosa ni letal, se excluía de los problemas de salud (Salaverry, 2012).



Figura 3. *La nave de los locos*
(Recuperada de Artium)



Figura 4. *Extracción de la piedra de la locura, El Bosco* (Halgin, pág. 14).

García (2002), considera que el mismo loco no era culpable de su situación pues cualquiera se encontraba expuesto a caer en ella, así resultaba viable buscar una explicación racional de la locura, y no mantener la idea de las concepciones místicas que difundían que sólo algunos

²¹ Teoría filosófica que considera el cambio en el objeto, dado por leyes naturales y no por intención.

“elegidos” podían llegar a padecerla. Es así como la observación conductual y la experimentación se volvieron fundamentales para adquirir conocimiento y comprender cualquier comportamiento irracional mediante descripciones detalladas. En el siglo XVI médicos como Weyer, empleaban el término *conflicto psicológico* para referir el desequilibrio generado en el ser humano por los trastornos mentales; apreciando también los elementos en los que repercutían los trastornos, como las relaciones interpersonales, corroborando la influencia del contexto social en la enfermedad mental. Esta perspectiva salvo a miles de enfermos de morir en la hoguera, ya que desde este punto de vista, los brujos eran personas con desequilibrios mentales y no criaturas de Satanás, que en lugar de ser atendidos por medio de la teología, debían recibir tratamiento clínico orientado a sus necesidades (Sarason, 1996).

La locura concebida como trastorno por la medicina renacentista, permitió que Weyer definiera padecimientos mentales que hoy se conocen como: paranoia, epilepsia, psicosis y depresión (Sarason, 1996). De esta forma la locura presenta la naturalización de lo humano, evolucionando de lo sobrenatural (atribuciones demonológicas) hacia lo natural (Aréchiga, 2001; Tamayo, 2008). Bajo esta perspectiva, se pretendía atender a los pacientes alejando el mal que le aquejaba a través de rituales específicos, para luego tratar su enfermedad desde un punto de vista distinto al demonológico (Tamayo, 2008).

Como se mencionó, el arte mostro diversas manifestaciones sobre la locura y enfermedad mental, una de ellas durante el siglo XVI en el Norte de Europa con Erasmo de Rotterdam y su “Elogio de la locura”, el cual no es ningún tratado médico, su relevancia se debe a la interpretación intelectual renacentista sobre la locura como un elemento originado en cualquier tipo de relación y comportamiento humano, haciendo una sátira en la que la propia locura se burla de la religiosidad y otras cuestiones sociales, mostrando una locura convertida en deidad²² (Rotterdam, 2006; Salaverry, 2012). También muestra la acción de otorgarle un género a la locura, siendo la opción el femenino, pues la mujer se ha considerado la portadora de una locura innata; Rotterdam (2006), expresa ésta situación de la siguiente manera:

"Cuando Platón pareció dudar si debía clasificar a la mujer entre los animales racionales o no, quiso solamente subrayar la extremada locura de este sexo encantador. Realmente si una mujer quiere hacerse pasar por prudente no hace

²² Hija de Pluto (dios de la riqueza) y la ninfa Hebe (ninfa de la juventud).

más que añadir una nueva locura a las que ya padece, porque cuando se recibe de la naturaleza no se hace más que aumentarla cuando se la quiere disimular bajo la máscara de la virtud. La mona aunque se vista de seda, mona se queda, dice el refrán. Por esto una mujer es siempre mujer, es decir, loca, por muchos esfuerzos que realice para ocultarlo” (p. 519).

Rotterdam (2006), intenta desligar la connotación negativa de la locura en relación con la mujer, ya que para él debía concebirse como algo enaltecedor en ella, siendo el medio por el que recibía los encantos y atractivos que le valían para “encadenar” al hombre, representando la locura femenina en sí a la mujer en su totalidad: "Demostrar que están locas, ¿no es el mayor elogio que puedo prodigarles? En efecto, bien entendidas las cosas, ¿no es gracias a esta locura por lo que tienen la obligación de ser más felices que los hombres? (p. 519)”

En el siglo XVII, la razón y el método científico reemplazaron a la fe y el dogma como formas para comprender el mundo natural; los trastornos mentales captaron la atención de pensadores como Della Mirándola quien concebía al hombre desde un punto de vista evolutivo, bajo el cual el hombre y la mujer podían alcanzar ciertos niveles de conciencia según sus habilidades. Tomaba fuerza también la idea "Pienso, luego existo" de René Descartes plasmada en su tratado "*Passions de l'âme*" (Pasiones del alma), que bajo fundamentos Estoicos establecía la existencia de un "*pneuma*" o espíritu, que circulando de forma equilibrada por el cuerpo humano generaba salud; siendo así, el hecho de pensar descartaba la posibilidad de estar loco. Con esta idea surgieron problemas filosóficos como el de mente- cuerpo y críticas sobre el lugar que ocupaban las enfermedades mentales en la ciencia y la concepción de "enfermedad mental", que interpretada literalmente encerraba una contradicción para los cartesianos, pues por definición el espíritu se encontraba fuera del mundo material donde ocurrían las enfermedades (Tamayo, 2008; Halgin, 2009).

Siguiendo la línea cartesiana, la locura debía ser una enfermedad del cuerpo; sin ignorar las preguntas sobre ¿Cuál es la relación entre la mente y el cuerpo? y ¿Cómo es que una enfermedad con sede material y corporal puede afectar el comportamiento regido por la razón? (Salaverry, 2012). De esta manera, mientras se buscaba respuesta a estas preguntas surge la necesidad de brindar un tratamiento adecuado para la enfermedad mental, por lo que en medio

de los problemas filosóficos, la psicofarmacología se abrió paso como alternativa, aunada a la “efectividad” de tratamientos que empleaban la electricidad (Halgin, 2009).

También se consideró implementar disciplinas especializadas en la enfermedad mental y el comportamiento humano, de manera que Willis médico cartesiano, empleo el término “neurología” para establecer que el cerebro se nutría de sangre al igual que otros órganos, pero necesitaba un proceso de filtración para convertirse en espíritus animales y así intermediar el cuerpo y la mente. Con base en ello, la locura se considera resultado del caos de los espíritus en la mente, los cuales llegando a los músculos generaban extraños movimientos y acciones con fuerza descomunal que caracterizaban a los enfermos mentales. (Salaverry, 2012).

Debido a la relación entre locura y emociones Sarason (1996), se consideró que la forma de acercarse a las emociones era mediante las experiencias subjetivas. Estas concepciones se ligaron a los procesos psicológicos que Spinoza refería importantes en el estudio de la mente y el cuerpo, ya que a pesar de no ser observables requerían un estudio igual que los procesos materiales del mundo. De esta forma, Cullen define las enfermedades mentales como una inusual y apresurada asociación de ideas que daba lugar a juicios equivocados sobre la realidad y a emociones desproporcionadas (Salaverry, 2012). Cabe resaltar también la interpretación de la enfermedad mental ligada a la clase social, de manera que el padecimiento mental de una persona de clase superior era llamado *spleen*, en cambio el de una persona de clase trabajadora se denominaba *lowness of spirit*²³ (Routledge, 1979 en Salaverry, 2012).

Esta etapa es quizá la más oscura para la concepción de locura y enfermedad mental, ya que a pesar de las reformas sociales y políticas en Europa, las cuales contribuyeron a mejorar las prácticas de atención a la enfermedad mental, bajo una perspectiva negativa de la misma se llevaron a cabo acciones a manera de “castigo” para las personas, permitiendo por parte de la sociedad en general el estigma y estereotipo del enfermo mental y su relación con la mujer, catalogada como un ser inferior.

²³ Traducido como falta de espíritu.

1.4 Etapa IV: Hacia la reinserción social de la locura (1700 d. C. al presente)

Parte del siglo XVIII representó el dominio de la razón, poniendo en revisión todo el conocimiento de los sabios antiguos, generando cambios intelectuales que representaron el fin de la ignorancia y el atraso social (Treviño, Velásquez y Solís, 2004), para dar paso al progreso de un nuevo orden cosmopolita, con diversidad de reglas, hábitos y costumbres sociales (Peset, 2003). Bajo este panorama ahora se abordarán las principales aportaciones a la concepción de enfermedad mental como una problemática social correspondiente al sector salud, así como las reformas que permitieron un trato humanitario de las personas enfermas.

Se comenzará con los pensadores que se arriesgaron a mostrar sus críticas sobre la igualdad y libertad del ser humano, estando en desacuerdo con los privilegios de reyes, nobleza y de la iglesia; cuestionando la forma en la que se había tratado al enfermo mental. También se incrementó el estudio sistemático del comportamiento humano, refiriendo a la locura como “*sin-razón*” (Tamayo, 2008). Siendo entonces la razón y la locura conceptos contrarios, sistemáticos como Boerhaave y Haller difunden la concepción neural de la enfermedad mental, bajo la cual ésta resultaba de la evaporación de partículas de la sangre y el acumulo y condensación de sus residuos en el cuerpo (Sarason, 1996; Salaverry, 2012).

Por otro lado desde una crítica social, Kant plasma en su obra “Ensayo sobre las enfermedades de la cabeza”, una clasificación de diversas formas de perder la razón, basadas en la percepción social de la locura de la época. Para Kant los impulsos intensos de la naturaleza humana, eran las fuerzas motrices de la voluntad, sin embargo cuando éstas eran particularmente fuertes, la capacidad intelectual se veía mermada, ocasionando un estado de la razón que impide ver su propia anormalidad. El hombre podía perder de dos formas la razón: la primera tornaba al hombre insensato, capaz de esclavizar la razón, la segunda tornaba al hombre chiflado, la pasión lo volvía “estúpido” creyendo poseer lo que deseaba, cuando en realidad estaba privado de ello. Así las consideraciones sobre los males de la cabeza, empleaban términos denigrantes para las personas, señalados por poseer “*lacas de la cabeza*” obteniendo desprecio y ridiculización social; en los casos que no se perturbaba la normal convivencia de los ciudadanos, las lacras de la cabeza generaban compasión (Kant, 2001).

La clasificación de Kant (2001), para las enfermedades de la cabeza se divide según las consecuencias que ocasionan, existían las de incapacidad denominadas *imbecilidad* y por otra parte las de trastorno denominadas *perturbación mental*. También propone otra clasificación denominada para *la cabeza perturbada*, dividida en tantos rubros como sean las facultades psíquicas afectadas, pero globalmente en tres:

- *El trastrueque de los conceptos de la experiencia* (demencia). Incluso en estado de salud, el alma genera diversas imágenes de cosas no presentes, o completa las similitudes imperfectas de las representaciones de cosas presentes con rasgos fantásticos, que la imaginación creadora añade a la mera sensación.
- *La perturbación de la facultad de enjuiciar ante todo la experiencia misma* (delirio). Refiere a la razón caída en desorden, sutiles juicios imaginarios acerca de conceptos universales o diversas intuiciones como interpretar profecías. Si además, el hombre²⁴ yerra incluso en los juicios de experiencia, recibe el nombre de vesánico.
- *El trastorno de la razón en los juicios más universales* (alienación). La cabeza se vuelve indiferente a las sensaciones externas, en general el arrebató de una persona trastornada se llama enloquecimiento furioso.

Para Kant (2001), dichas perturbaciones, siempre que no fueran hereditarias podían curarse con el auxilio médico; existiendo variaciones o combinaciones entre ellas. Si bien, estos conceptos describen distintos cuadros mentales, Kant realiza este trabajo representando términos que resultan denigrantes y reflejan la inferioridad e incapacidad atribuida hacia las personas con padecimientos mentales.

“El “*imbécil*” adolece de gran falta de memoria, de razón e incluso, por regla general tiene afectada la percepción sensorial. Este mal es incurable por muchas razones; pues si bien ya es difícil superar los brutales desórdenes de un cerebro trastornado, ha de ser prácticamente imposible infundir una nueva vida en sus fenecidos órganos. Las manifestaciones de esta debilidad impiden al desdichado rebasar el estadio de la infancia” (p. 344)

²⁴ Que ante esta situación, Kant lo describe como desdichado.

La concepción de la enfermedad mental, relaciona su aparición con alteraciones morales generadas por factores sexuales, formas de vida desintegradas, problemas económicos, relaciones familiares alteradas. Siendo así, no solo requieren de la voluntad de un individuo para su recuperación, sino también de las personas a su alrededor. A su vez, los avances médicos conceptualizan para Alejo (2011), un nuevo modelo neurológico de enfermedad mental, otorgándole un lugar central en ramas de la medicina como la psiquiatría.

A raíz del abandono hacia los enfermos mentales, que contaban con mínimas condiciones de salud y sin trato humanitario por considerárseles insensibles a los extremos de calor y frío o a la limpieza de sus alrededores; Chiarugi inicia un movimiento de reforma con estándares revolucionarios para su cuidado, incluyendo su historia clínica, higiene, terapias ocupacionales y mínimas restricciones (Halgin, 2009), considerando la influencia de los estados corporales sobre la mente pero sin dejar de lado sus convicciones religiosas como la superioridad moral (Salaverry, 2012). Por su parte el médico Pinel planteó la existencia de hospitales organizados donde se pudiera “domar” al enfermo (Pileño et al. 2003), revolucionando la práctica y enseñanza clínica, revalorizando el pensamiento clásico y antiguo (Peset, 2003). Así, estando al frente del Hospital Bicetre para pacientes psiquiátricos, destituyó las sangrías, purgas y grilletes (figura 5), para brindar un tratamiento con orientación psicológica (Cataldo/Annes, 2003), enfatizando los aspectos emocionales en la terapéutica; considerando la existencia de la *manie sans délire*, alteración mental sin deterioro de las funciones intelectuales (Salaverry, 2012). Otros personajes como Dorotea Dix abolieron técnicas torturantes de tratamiento para la enfermedad mental (figura 6), las cuales contribuían a su reclusión en hospitales en pésimas condiciones, su segregación y a la prevalencia de su condición (Sarason, 1996).



Figura 5. Pinel quitando los hierros a los internos del hospital de La Salpêtrière (Halgin, pág. 16).

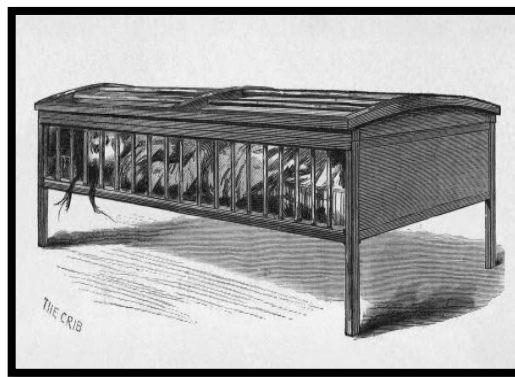


Figura 6. El baúl enrejado, “terapia” pre-científica para pacientes violentos que Dorothea Dix abolió (Sarason pág. 24).

Para el siglo XIX se plantea la creación de escuelas especializadas que centradas en el cerebro y el sistema nervioso abordaran la psicopatología (Cataldo/Annes, 2003), así en 1844 surge la American Psychiatric Association, impulsando el modelo médico que establecía que la anormalidad comportamental se derivaba de problemas físicos que necesitaban atención médica. Bajo esta línea en 1845 Greisinger publica sobre el tratamiento para los trastornos psicológicos enfocado en la función del cerebro (Halgin, 2009); idea secundada por Kraepelin fundador de la nosología psiquiátrica del siglo XX (Alejo, 2011).

Las variaciones sintomatológicas de los padecimientos mentales ha complicado la existencia de un tratamiento universal, así han surgido técnicas como la balneoterapia²⁵ utilizada en sanatorios europeos o las terapias de electroshock; llegando a la práctica de psicocirugías o lobotomías pre-frontales y la introducción de los psicofármacos generó el empleo de los anti convulsivos considerados las nuevas “camisas de fuerza” por su acción sedativa. La unión de diversas técnicas buscaba ofrecer al paciente un tratamiento ambulatorio atendiendo aspectos específicos de la enfermedad (Cataldo/Annes, 2003; Sacristán, 2009).

Surgen las técnicas hipnóticas empleadas por Mesmer y posteriormente por Charcot como tratamiento psicoterapéutico, que Bernardo de Mello M. e Souza (2006), refieren tuvieron complicaciones en su legitimidad. Mesmer concebía que las perturbaciones físicas y psicológicas se debían a un desequilibrio del fluido magnético llamado “Magnetismo animal” (Halgin, 2009). La hipnosis se empelo para atender trastornos como la histeria y neurosis, Freud trabajó la histeria ligando la conducta anormal al funcionamiento de los procesos psicológicos inconscientes, involucrando la participación familiar que anteriormente se había excluido (Cataldo/Annes, 2003; Spadini, & Souza, 2006). Este trabajo contribuyo a la “limpieza de la chimenea”, que era como llamaban las pacientes a la oportunidad de hablar sobre sus problemas, logrando desaparecer sus síntomas (Halgin, 2009), esto representó un acercamiento al proceso psicoterapéutico cada vez más integral y con programas psico-educativos para pacientes y sus familias y terapias biológicas generalmente basadas en psicofármacos (Cataldo/Annes, 2003; Valencia, 2007). En la actualidad para Halgin (2009), las causas de anormalidad humana involucran tres esferas principales:

²⁵ Conjunto de cuidados, tratamientos y curas empleando duchas corporales con variaciones de intensidad.

- Biológica: Involucra los procesos dentro del cuerpo de las personas, atribuidos a herencia genética o perturbaciones en el funcionamiento físico.
- Psicológica: Involucra experiencias de la vida que dejan marcas en los sentimientos y comportamiento de las personas.
- Sociocultural: Involucra las interacciones interpersonales en los círculos concéntricos de la vida cotidiana.

Así, los trastornos mentales se conciben como una combinación de factores biológicos, genéticos, psicológicos, emocionales, cognitivos, ambientales y sociales, para los cuales el tratamiento continua transformándose; permitiendo en diversos casos la reinserción social de las personas (Valencia, 2007). Las críticas niegan como refiere el Szasz la existencia de la enfermedad mental, considerándola un mito de la psiquiatría, alentado por una sociedad que busca soluciones fáciles a los complejos problemas humanos (Salaverry, 2012); así, para Vásquez (2011), el término *enfermedad mental* debe considerarse en sentido figurado, como decir que “la economía del país está enferma”.

Bajo esta perspectiva la psiquiatría no es un recuento de los esfuerzos por combatir la enfermedad mental, sino la historia de la derrota de la libertad por el control y el predominio del poder sobre el conocimiento (Salaverry, 2012). Siendo la enfermedad mental un mecanismo social regulado por la psiquiatría, que patologiza la heterogeneidad humana y al ser la locura la expresión sociocultural de una desviación de la normalidad en el comportamiento; su concepción se transforma constantemente a la par de creencias, costumbres y de la medicalización de la vida a través del lenguaje y de la manera en que ésta organiza la experiencia y construye el mundo (Mainetti, 2004), así en el “nuevo mundo” de la patología, ocurre una doble proyección: la de la enfermedad por el enfermo y la de la supresión de la enfermedad por el médico (Foucault, 1967).

Esta etapa no posee un “final” histórico, como se observó en su desarrollo cada día surgen asociaciones, colectivos, fundaciones que luchas por desarrollar mejoras en la atención brindada a los enfermos mental es, no solo en el ámbito hospitalario, también dentro del seno familiar, buscando con ello su reinserción social y cambios en la perspectiva sobre la relación entre enfermedad mental y locura, percibida ésta última como sinónimo de incapacidad.

1.5 Estigma, la marca para la locura

“El dolor es un vehículo para la transformación y una herramienta de empatía para visibilizar aquello que permanece en los márgenes, en el silencio y en la otredad”

Dossiers Feministes (2012 p.12)

Para la Organización Panamericana de la Salud (2009), solo una minoría de las personas que requieren atención en salud mental la reciben, a pesar del sufrimiento, la discapacidad y el impacto emocional y económico que tienen en la familia y en su comunidad. Por su parte, la Encuesta Nacional de Adicciones (citada en Benassini 2001), también refiere que los trastornos producen en quienes los padecen diversos grados de discapacidad y un déficit adaptativo consecutivo en diversos ámbitos de su actividad y desarrollo, generando malestar subjetivo y deterioro de su calidad de vida.

Estando la cultura conformada de costumbres, moral, leyes, artes, creencias, conocimientos y hábitos adquiridos por el hombre en una sociedad, la concepción de salud y la enfermedad se ven influenciadas por estos elementos, dando lugar al prejuicio y estigma hacia la enfermedad mental (Spadini, & Souza, 2006). La palabra estigma proviene del griego *stig*, que significa “marca” y que para Mora-Ríos, Bautista-Aguilar, Ortega-Ortega y Natera (2012), tiene su origen antiguamente cuando las personas económicamente poderosas colocaban un símbolo en el cuerpo de esclavos, delincuentes o prostitutas con la intención de alertar a la sociedad sobre su inferioridad o peligrosidad. León (2005), refiere que el estigma hacia la enfermedad mental, tiene una relación con las concepciones primarias de la locura (mitología y demonología), englobando comportamientos, señales o marcas físicas de un individuo o grupo que significan conductas de riesgo de acuerdo a las normas conceptuales dentro un grupo social.

Estigma es un concepto establecido por Goffman en 1963, como una marca o atributo desacreditador que coloca al sujeto en una condición de inferioridad y pérdida de estatus, generando sentimientos de vergüenza, culpa y humillación, de esta forma el proceso de estigmatización surge de una serie de marcas como el color de piel, etnia, género o condición social, a partir de las cuales los sujetos adoptan estereotipos basados en prejuicios que provocan prácticas de discriminación (Corrigan, 2008 en Mora-Ríos y Bautista-Aguilar, 2014). Para Porter (2002), la estigmatización es la creación de una identidad desvirtuada proyectada sobre un individuo o grupo, con juicios sobre lo que se considera inferior,

repugnante o vergonzoso. Así, para Mora-Ríos y Bautista-Aguilar (2014), el estigma hacia la enfermedad mental existe en todas las sociedades, sin embargo el incremento en la última década de los padecimientos mentales en la población mundial, ha promovido su difusión.

La discriminación, se define según el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED, 2017) como una práctica cotidiana que consiste en dar un trato desfavorable o de desprecio inmerecido a una persona. Solo basta recordar el capítulo uno del presente trabajo para descubrir actitudes hacia la enfermedad mental que, bajo ésta perspectiva retratan estigmatización y discriminación. Para Salaverry (2012), el periodo pos inquisición concebía al “lunático” como un bufón que entretenía a la clase cortesana. Algunos de ellos eran actores que viajaban ofreciendo sus servicios como animadores de fiestas, vestidos con el atuendo “típico de los locos”, capuchón y cascabeles (Peñalta, 2008). Del mismo modo refiere León (2005), era común encontrar a enfermos mentales vagando solitarios, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos, recibiendo azotes que provocaban su fallecimiento.

Las principales fuentes de estigma son la familia y el personal de salud, sin embargo el estigma afecta a la vez al personal de salud, ya que los cuidadores de pacientes mentales enfrentan problemas como el abandono por parte de otras áreas y sentimientos de vergüenza o resentimiento (Ramos-Lira, 2014). Siendo que disciplinas como la psiquiatría han generado miedos y prejuicios hacia la enfermedad mental, al respecto León (2005), define al prejuicio como un sentimiento de desprecio, desagrado, miedo o aversión sin motivos suficientes; éstos prejuicios generan estereotipos sociales que culminan en formas de discriminación, segregación y violencia hacia las personas; así el estereotipo sobre el enfermo mental se basa en mitos o ideas erróneas que Mora-Ríos et al. (2012), enlista de la siguiente forma:

- Las enfermedades mentales no existen, son invenciones de la gente.
- Están así porque quieren, son flojas, están sugestionadas, carecen de voluntad.
- Son violentas e impredecibles
- La única forma de atención posible es internarlos en un hospital psiquiátrico.
- Son casos perdidos, nada se puede hacer por ellos.

Este estereotipo para Spadini, & Souza (2006), muestra al enfermo mental como una molestia social, como un individuo sucio, extraño, que actúa diferente. Siendo importante la difusión de

información, orientación y sensibilización al respecto, pues como refieren Mora-Ríos et al. (2012), persiste la tendencia a restar importancia a la salud mental respecto a la física, lo que complica la atención oportuna, ocultando el padecimiento y cayendo en el aislamiento. Otro aspecto importante del estereotipo sobre el enfermo mental es su relación con las personas catalogadas como criminales (Ramos-Lira, 2014). Que gracias a los medios masivos de comunicación conocemos sobre criminales calificados con términos psiquiátricos, mitificando al paciente mental como peligroso (Vásquez, 2011).

El padecimiento mental puede generar en la persona y en quien lo acompaña vergüenza y humillación que lo llevan al ocultamiento (León 2005), generando un miedo a lo desconocido que lleva a pensar en la pesadilla del encierro, el señalamiento, la exclusión y la soledad (Tamayo, 2008). Basados en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Mora-Ríos et al. (2013), refieren que la investigación transcultural sobre exclusión y discriminación hacia las personas con padecimientos mentales, constituye un eje central en relación con los derechos humanos y la equidad en acceso a la atención. Considerando profundizar en las raíces del pensamiento sobre la locura y sus implicaciones sociales, así como la renovación y expansión de redes de salud que satisfagan la demanda (Salaverry, 2012; Spadini, & Souza, 2006).

Los trastornos mentales son universales, afectan a personas de cualquier región, en cualquier etapa de la vida, hombre o mujer, ricos o pobres, por ello se espera que la labor de difusión, prevención y tratamiento de la salud mental obtenga la importancia que requiere dentro del sector salud y la sociedad pues, los padecimientos mentales constituyen un importante problema de salud pública que según Ordorika (2009), crecerá en las próximas décadas implicando costos económicos y sociales pero sobretodo sufrimiento para quienes la padecen. Razón por la que diversas asociaciones trabajan para erradicar el estigma hacia los enfermos mentales a través de terapias y cursos psico-educativos, para que la familia tenga amplio conocimiento de la enfermedad y cuente con herramientas para enfrentar crisis y resolver problemas, aliándose con los especialistas en beneficio del paciente (Valencia, 2007). Considerando crucial una relación más estrecha con la medicina que contribuya a que las personas no pierdan su libertad y se replanten las bases sobre las que se ha construido el propio mundo (Torrent y Caballero, 2012).

2. Las Instituciones de Salud Mental

*“El médico (a diferencia del naturalista) se ocupa de un solo organismo, el sujeto humano, que lucha por mantener su identidad en circunstancias adversas”
Ivy Mckenzie (Sacks p.16)*

*“El lenguaje de la psiquiatría, que es monólogo de la razón sobre la locura, sólo ha podido establecerse sobre un silencio tal. No he querido hacer la historia de ese lenguaje; más bien la arqueología de ese silencio”
Foucault, Historia de la locura en la época clásica (prefacio)*

A lo largo de la historia la anormalidad humana concebida como locura o enfermedad ha sido objeto de estudio de diversas disciplinas; parte del interés por la diversidad de sus manifestaciones, se relaciona al hecho de conocer si existen alternativas de atención médica o si en realidad aún con los avances científicos, la única alternativa es el aislamiento social. Con base en ello, este capítulo aborda la creación de instituciones con diversos modelos de asistencia para el enfermo mental y observar las diferencias con los modelos actuales.

De esta forma es necesario contar con los conceptos de salud y enfermedad mental que se determinan por varios factores, como lo social, lo psicológico y lo biológico interactuando entre sí. Ésta relación es primordial al considerar que toda enfermedad es una construcción social en la medida en que ninguna existe como fenómeno social hasta no haber sido percibida como existente; esto significa que las enfermedades que cada sociedad reconoce, son variables históricas y culturalmente dependientes, como la categorización de las enfermedades mentales en manuales, que se modifican según las transformaciones histórico culturales presentes (Arrizabalaga, 1993); de esta forma, también las instituciones dedicadas a la enfermedad mental se han visto transformadas a lo largo de la historia.

Para Benassini (2001), debido al veloz progreso económico, tecnológico y las transformaciones sociales han aumentado las problemáticas psicosociales que contribuyen a la prevalencia de padecimientos mentales; buscando una mayor difusión de la dimensión epidemiológica y normas éticas y de conciencia social en regiones que carecen de ello como América Latina y el Caribe; ya que de no ser así el estigma, discriminación y aislamiento de los enfermos prevalece (Spadini, & Souza, 2006; Salaverry, 2012).

2.1 Surgimiento de un modelo de asistencia para la enfermedad mental

Para comenzar es primordial conocer lo que representa la salud y la enfermedad mental y con base en ello abordar las posturas institucionales. Es difícil obtener una definición general de enfermedad mental, pues con el tiempo se han modificado sus concepciones; si se divide etimológicamente los términos “enfermedad” y “mental”, consultando ambos en la Real Academia Española (2001), se encuentra que el primero proviene del latín *Infirmūtas-ātis*, refiriendo una alteración más o menos grave de salud, una alteración en lo moral o espiritual que resulta una anormalidad dañosa en el funcionamiento de una institución o colectividad. En la misma fuente, el origen etimológico de la palabra mental proviene del latín *Mentālis* que refiere a la mente, a una potencia intelectual del alma, un designio, pensamiento, propósito o voluntad. Desde una perspectiva psicológica, refiere un conjunto de actividades y procesos psíquicos conscientes e inconscientes de carácter cognitivo.

En contraparte, la Organización Mundial de la Salud (1948), define a la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, afronta las tensiones cotidianas de la vida, trabaja de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad, es decir, la salud mental es la base del bienestar y funcionamiento efectivo del individuo y la comunidad. Así, la salud mental bajo un enfoque integral, se vincula a factores de tipo biológico, psicológico y social (Bravo de Rueda, 2006).

Estas definiciones conceptualizan al individuo en el bienestar y funcionamiento o en el desequilibrio y la incapacidad, de manera que ante la enfermedad existe una alternativa para mejorar dicha condición, labor atribuida a las instituciones de salud pública, las cuales han tenido complicaciones al respecto, pues la confusión entre conceptos como “custodia” y “cuidado” han llevado a cometer actos denigrantes para los enfermos mentales y otros grupos sociales, de esta forma Siles, Cibanal, Vizcaya, Solano, García y Gabaldón (2001), refieren que un modelo de asistencia psiquiátrica debe regirse por el concepto de cuidado, definido como el pensar o reflexionar sobre acontecimientos y problemas presentes y venideros; mientras que el concepto de custodia hace referencia a la acción de vigilar o hacer guardia.

Los primeros prototipos de instituciones de salud se alejaban del concepto de cuidado, priorizando el daño social que podía ocasionar la persona a terceros, la utilidad que podía

brindar el individuo en la sociedad y el asesoramiento de la familia sobre la protección y administración de sus propiedades, haciéndole perder al enfermo mental el derecho a ejecutar acciones legales considerándosele incapacitado, pero habilitado para cometer delitos. Respecto a ello, la “ley de las XII tablas” establecía que al declarar a una persona loca, la autoridad sobre su persona y bienes le correspondía a sus descendientes masculinos o a los integrantes de su gens²⁶, mientras pasaba a ser custodiado por sus agnates; cuando estos no existían u otros integrantes de la gens, algunos magistrados, el juez o un gobernador, nombraban un tutor legítimo (López, 2007). Bajo ésta perspectiva el esbozo de hospitales públicos en Roma no consideraban una sección para enfermos mentales, sin embargo se percibía la necesidad de asistencia a estas personas. Por su parte la legislación griega también priorizaba la protección de bienes materiales y la garantía de que el loco no dañase a otros miembros de la comunidad (López, 2007; Salaverry, 2012).

Durante la inquisición, período denigrante para la anormalidad humana Siles et al. (2001) refieren que las órdenes religiosas se encargaron de vigilar los actos de los enfermos mentales. Para el 1400 d.C. Fray Juan Gilabert, creó en Valencia lo que se consideró el primer centro de internamiento de locos o alienados, brindándoles los cuidados que consideraba necesarios, su estructura era una casa que acogía a los locos que vagaban por las calles, evitando así el daño a otras personas. Para 1409 se contaba con el “Hospital de inocentes de Valencia” con atención exclusiva a los enfermos mentales, el nombre al igual que otras instituciones se debía a la influencia del Cristianismo (Pileño et al. 2003). Durante el siglo XV se crearon más hospitales mentales en occidente sin embargo Halgin (2009), refiere su pronta sobrepoblación, debido a que los enfermos quedaban drásticamente aislados del exterior, gobernados por la autoridad del hospital y por medidas de control como el uso de cadenas.

En 1410 entró en funcionamiento el "Hospital de Santa María", primer manicomio del mundo cristiano-occidental. En el lugar se vestía con “uniformes” hechos con sayos de retazos de tela, Pileño et al. (2003), refieren que la plantilla laboral se componía por: administrador o mayordomo, procurador, escriba, hospitaler y dependientes. Las funciones de cuidado y necesidades básicas de los enfermos las realizaban el hospitaler²⁷ y el dependiente. Los internos desempeñaban labores, los hombres eran obligados a trabajar en granjas, jardines o en

²⁶ Agrupación civil o sistema social comprendido por varias familias en la antigua Roma.

²⁷ Término empleado para referir a las personas que laboran en el ámbito hospitalario.

la intendencia; las mujeres en actividades de costura y confección de ropa. El objetivo era evitar la inactividad, considerada la causante de incrementar su perturbación y fomentar vicios y malos hábitos. El castigo no se encontraba excluido en estos sitios, la desobediencia y conductas fúricas se castigaban con azotes, colocación de grilletes e incluso encierros permanentes en jaulas (Pileño et al. 2003).

La atención brindada anteponía los designios divinos que se creía que contenía la enfermedad, por lo que estos hospitales cristianizados no estaban destinados a curar a los enfermos, sino a brindarles apoyo espiritual y físico mientras se definía la voluntad divina al respecto, considerando al sacerdote como mediador en el acto de curación, alejando al enfermo de la salud pública (Salaverry, 2012). Fue hasta 1471, cuando Halgin (2009), refiere que Mahoma II funda el asilo de Fatih para albergar enfermos mentales y brindarles una estancia verdaderamente cómoda, con camas acolchonadas, faisán como menú principal, música para entretenerse y presentaciones artísticas con juglares y bufones. Sin embargo, a pesar de eliminar los tratos inhumanos de los internos, éstos no recibían ningún tipo de tratamiento necesaria para su mejoría, de manera que pensadores médicos como Avicena protestaban por la existencia de lugares que funcionaban como cautiverio para locos.

Durante el siglo XV la concentración hospitalaria llevó a construir dos tipos de hospitales: los ciudadanos, fundados por obispos o custodiados a instancia de reyes o la aristocracia; y los rurales que eran pequeños centros con escasos recursos, dependiente de los monasterios y dirigidos por religiosos. La concentración de internos era tal que fue necesario integrar ambos tipos de hospitales y convertirlos en hospitales generales, los cuales bajo la interpretación naturalista aceptaban la entrada de enfermos mentales en secciones especiales a un costado de las salas para enfermedades internas, mujeres embarazadas y enfermos de sífilis. Un hospital debidamente estructurado para atender a enfermos mentales debía disponer de un recinto espacioso que permitiera la separación de los internos, evitando su relación entre sí para prevenir su recaída (Pileño et al. 2003; Salaverry, 2012). El individualismo descartaba los tratamientos estandarizados, por ello el abordaje terapéutico debía instituir procedimientos únicos para cada paciente (Capetillo, 2008).

Después de la inquisición, los tratamientos humanitarios logran que los monasterios abran sus puertas a los “lunáticos²⁸”, surgen casas de caridad, albergues y asilos, enfocados en el trato digno y humanitario (Halgin, 2009). Para Ferrández (2013), los asilos franceses en principio se habitaban por personas pobres, mujeres pervertidas y personas “miserables”, como epilépticos, sifilíticos e indigentes, incautando las “incomodidades sociales” olvidando el bienestar humano (Spadini, & Souza, 2006). A partir de los siglos XVI y XVII surge el posible inicio de instituciones de asistencia psiquiátrica con perspectiva en derechos humanos. Para Foucault ²⁹ (1967), este período repite la historia de “La nave de los locos”, donde los espacios sociales imaginarios al erradicar la lepra, se “rellenan” con un nuevo fenómeno; que bajo el desconocimiento y miedo social, difunde como “prevención” el desentendimiento y exclusión de los enfermos, confinando a todo aquel señalado por la “sinrazón” entre ellos criminales, prostitutas, mendigos, homosexuales y locos (Sacristán, 2009).

El siglo XVIII, representa el periodo de las reformas políticas hacia la enfermedad mental, en Europa principalmente se crean programas de atención para enfermos mentales incorporando los problemas de salud mental al ámbito médico y la salud pública (Halgin, 2009). Sin embargo, para autores como Llamas (2013), las instituciones que enmarcaron la modernidad en el siglo XX no representaron un avance en el tratamiento de los padecimientos mentales, debido a que establecían dispositivos para grupos de gente indeseable e improductiva socialmente, poniendo en duda la misión de la institución de salud mental.

Como se observa, los servicios de asistencia y salud han concebido de distintas formas la labor de prevenir y tratar las enfermedades mentales, así como de reintegrar socialmente a las personas. Por ello, la reestructuración del Sistema de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental en México exige la creación de eficientes modelos de atención; de manera que instituciones de asistencia privada, universidades y sociedades médicas y civiles participen en el desarrollo de un modelo nacional de atención en salud mental con nuevas estructuras basadas en la atención integral médico-psiquiátrica y el respeto de los derechos humanos de los pacientes (Sousa y Machorro y Cruz, 2010). Situación contraria a las estrategias del sistema psiquiátrico

²⁸ término empleado por la supuesta influencia de la luna en el origen de la enfermedad mental.

tradicional, caracterizadas por la reclusión y vigilancia de los enfermos y el uso de medicamentos para contrarrestar las manifestaciones físicas de la enfermedad, descartando la reinserción social debido al internamiento prolongado, condiciones de subsistencia precarias y bajos presupuestos para su desarrollo (Sandoval y Richard, S/F).

Ferrández (2013), considera a la medicina clínica, como un conjunto de acciones dependientes de los cambios en la ciencia y filosofía de su tiempo, que debe respetar la autonomía del paciente y permitir con sus avances, intervenciones profilácticas, curativas y rehabilitadoras. Situación complicada al hablar del número de personas que requieren los servicios de salud mental y no tienen acceso a ella; y por otra parte la frecuencia de los trastornos mentales en personas de estratos socioeconómicos bajos (Benassini, 2001).

En México, alrededor de 15 millones de personas padecen enfermedades mentales, para cuya atención el sector salud dispone de 28 hospitales psiquiátricos oficiales, sin embargo únicamente 5 están en buenas condiciones, admite Belssaso en 2002, comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Además, de los 4600 pacientes que están internados en esos nosocomios, alrededor de 2000 son una "verdadera carga para el Estado", debido a su prologada estancia (entre 15 y 20 años asilados) y el abandono familiar que sufren (Sandoval y Richard (S/F). La Declaración de Caracas adoptada por diversos países, (México entre ellos) y la Reforma a la Ley General de Salud buscan la inclusión de la atención de la enfermedad mental a los servicios de salud general y especializados, teniendo como finalidad la prevención, el tratamiento y la reinserción social de las personas.

La promoción de la reinserción social de los pacientes mediante programas comunitarios dirigidos a la población en general (Sandoval y Richard, S/F; Benassini, 2001), permitiría abandonar el modelo hospitalario psiquiátrico de corte asilar; para generar servicios institucionales eficientes que respeten los derechos humanos y favorezcan y consoliden la rehabilitación de los usuarios (Sousa y Machorro y Cruz, 2010). De forma general, este apartado refleja principalmente el desarrollo de las concepciones negativas sobre la locura, que hoy en día se acercan cada vez más a buscar la autonomía de los enfermos mentales, sin dejar de lado su bienestar personal bajo una perspectiva de autocuidado; de ésta forma se desarrollan herramientas que priorizan el bienestar personal.

2.2 Institucionalización de la psiquiatría

*Se concibe que los cuadros psiquiátricos derivan de una época llevándola a su extremosidad para mostrar en espejo, sus aciertos y vicios trasbordando los cuadros mentales de la psique al cuerpo en un lenguaje difícil de entender.
(Roa, 1980)*

La psiquiatría es una rama de la medicina que ha tenido todo un recorrido histórico para poder llegar a considerarse como una disciplina fundamental para la atención de la enfermedad mental, sin embargo para Duro (2003), el diagnóstico, la psicopatología, el tratamiento y la institucionalización profesional, se han ido desarrollando en interacción con la Psicología. Bajo este panorama se abordara cómo fue que la psiquiatra obtuvo su lugar como disciplina especializada en la anormalidad y el papel que juega en la actualidad con respecto a la controversia que ha generado la idea de patologizar la vida cotidiana.

La consolidación de una disciplina se da con el establecimiento de un lenguaje propio para definir y abordar su objeto de estudio, tal lenguaje se consolida a partir de la interacción, entre el lenguaje “corriente” y el discurso científico. Este discurso es un espacio de representación colectiva en el cual se da la ciencia como actividad humana fabricando enunciados (Vásquez, 2011). En el caso de la psiquiatría, la enfermedad mental a través del individuo genera un dialogo; Roa (1980), refiere que la psiquiatría del siglo XIX consideraba la enfermedad mental como una forma lingüística antigua de expresar desvalimiento individual y petición de auxilio, así la salud y la patología eran simples variaciones del habla.

Así se entiende que en un principio la psiquiatría no contara con bases teóricas sustentadas científicamente sobre la enfermedad mental, sino solo nociones de lo que hasta este punto se consideraba anormal según los rasgos comportamentales que definían algunas psicopatologías y poco a poco tuvo que establecer su propio lenguaje para “apropiarse” de la enfermedad mental como objeto de estudio. Sin embargo, esta situación generó una especie de utilidad social y política que parecía ejercer la psiquiatría en complicidad con el poder que le permitía hacerse rápidamente de un lugar en la medicina y la sociedad de su tiempo. Tal fue el peso de la psiquiatría como disciplina científica, que se observó un descanso de cualquier otra perspectiva sobre la locura (Ferrández, 2013).

Para Duro (2003), a finales del siglo XIX surgen distintas ciencias humanas y sociales, entre ellas la Psicología y la Psiquiatría. Sin embargo el reconocimiento de la psiquiatría como disciplina se da a mediados del siglo XX, ya que debido a la constante observación de la psicopatología se descubrió por serendipia³⁰ los efectos terapéuticos de ciertas sustancias propuestas originalmente para otros fines, generando una alianza entre clínicos y farmacólogos interesados en el desarrollo de esta posibilidad terapéutica creando los primeros psicofármacos cuyo objetivo inicial era facilitar el proceso psicoterapéutico regulando los síntomas de la persona para posteriormente reanudar el diálogo³¹ con el terapeuta (Pérez Rincón, 2011). Ésta revolución terapéutica llevó a la publicación de diversos artículos sobre su eficacia y así, gracias a los estudios clínicos de Lehman se promovió mundialmente la nueva farmacoterapia para la esquizofrenia (González de Rivera, 1998).

Al establecerse rápidamente los psicofármacos, aumentaron las exigencias metodológicas de investigación clínica para la valoración de la enfermedad mental, diseñando escalas puntuales en las que la sintomatología quedó reducida a ítems estereotipados que no contemplaban los aspectos biográficos y simbólicos del paciente; esta postura reduccionista mecanicista y simplificadora desplazó la utilidad primaria de los psicofármacos, reduciendo las valoraciones clínicas al hecho de identificar estructuras encefálicas dañadas. Aunado a ello se presentaron dificultades al identificar los síntomas en algunos trastornos neurológicos debido a que fenomenológicamente resultaban distintos en cada caso, resaltando la individualidad personal y la necesidad de que la labor del médico no se centrara en descender la calificación de las escalas hasta representar un equilibrio hipotético (Pérez Rincón, 2011).

Esta situación generó desconfianza en los métodos clasificatorios y terapéuticos de la disciplina llegando a definir a los psiquiatras como “Generosos y exclusivos dispensadores de recetas de psicofármacos, compulsivos compiladores de escalas que solicitan al paciente reducir la expresión de su padecer al estrecho corsé de una escala Likert autocalificada” (Pérez Rincón, 2011, p. 476), ofreciendo un glosario de términos que mantiene silenciados a los síntomas de la enfermedad mental, vigilados por la “policía del pensamiento” representada por el poder que posee la institución psiquiátrica sobre la libertad humana (Vásquez, 2011).

³⁰ Representa un hallazgo afortunado o inesperado, producido al buscar otra cosa distinta.

³¹ Considerado fundamental para abordar la construcción del mundo que se percibe.

Para Pérez Rincón (2011), ésta rigurosa evaluación de la conducta humana propicia que el número de trastornos dentro del DSM³² se duplique constantemente, concibiendo la idea de la creación de “nuevas enfermedades” en colusión con la industria farmacéutica; así las dificultades de la vida cotidiana se transforman en desórdenes mentales dando la impresión de cada vez más personas enfermas, así existiría una población con depresión sub-diagnosticada que vive sufriendo síntomas que se podrían evitar si fueran reconocidos y correctamente tratados y por otro lado, la población que recibe psicofármacos sin realmente necesitarlos, siendo los trastornos de estado de ánimo los más frecuentes en población mexicana (figura 7).

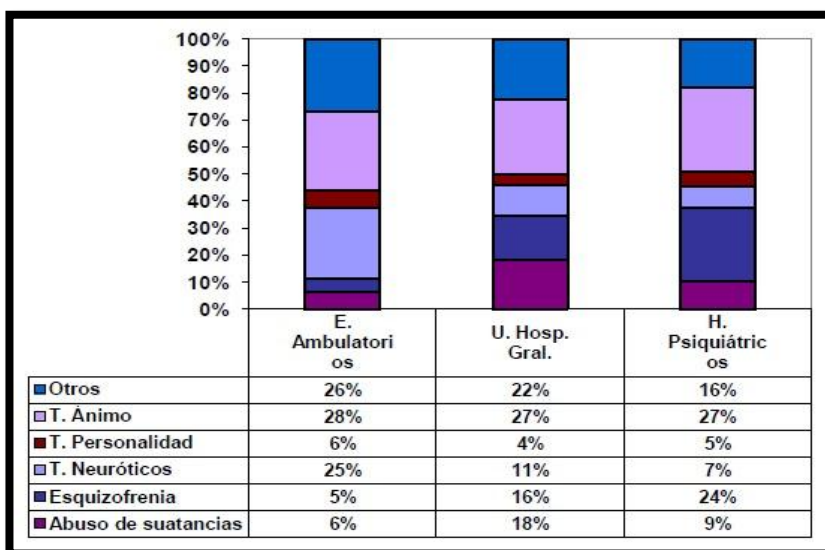


Figura 7. Diagnósticos atendidos en las distintas instituciones (IESM-OMS 2011, pág. 20).

Por otra parte, las familias de personas con trastornos mentales se han apropiado de la institución psiquiátrica cediendo el control y el cuidado de sus “locos”; de manera que la interacción de la sociedad con el saber psiquiátrico ha psiquiatrizado el lenguaje; de manera que términos como histeria, neurosis, psicosis, trauma, alucinación, delirio, depresión, por ejemplo se han incorporado al lenguaje cotidiano de la sociedad moderna, situación prevista en los vestigios de expediente clínicos de La Castañeda en los que las familias empleaban términos similares para describir el estado mental de sus familiares, aceptando su internación definitiva, de manera que frente al poder psiquiátrico, las familias tenían la capacidad de manipular el lenguaje especializado de acuerdo a sus necesidades (Ríos, 2009).

³² Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

La historia de la psiquiatría se considera una continua victoria en la comprensión de la mente y la conducta humana y un desarrollo de instrumentos terapéuticos, psicológicos y farmacológicos cada vez más eficaces (González de Rivera, 1998). Sin embargo también se considera que la psiquiatría ha llevado un empobrecimiento histórico-conceptual que genera situaciones en las que la sociedad actual se pregunta si la tristeza al vivir una situación de duelo, la ansiedad circunstancial o el estrés obligan a la prescripción de antidepresivos y ansiolíticos, o si estos sentimientos representan parte de la experiencia humana siendo motores de acción y/o adaptación; por lo que el miedo a sufrir y la poca tolerancia a las preocupaciones cotidianas, reflejan la pérdida del dominio emocional (Pérez Rincón, 2011), mostrando que la psiquiatría, como generadora de conocimiento, se encuentra sujeta a la dinámica interna de la ciencia y los condicionamientos económicos, políticos, religiosos o jurídicos en los que se ve inmersa (Sacristán, 2005).

La única diferencia entre el psicólogo clínico y el psiquiatra, en evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicológicos o mentales, se da por la facultad legal de éste último para la prescripción de fármacos, ya que ambos están capacitados para elegir la estrategia terapéutica más conveniente en cada caso (Duro, 2003). Sin embargo la psicología jugando un papel importante en el campo de la salud mental, no posee los suficientes recursos humanos para abordar la labor (Figura 8); situación que refiere Moll (2013), al expresar que el escaso personal de salud disponible en relación a la excesiva demanda de atención dificulta intervenciones puntuales al paciente y su familia.

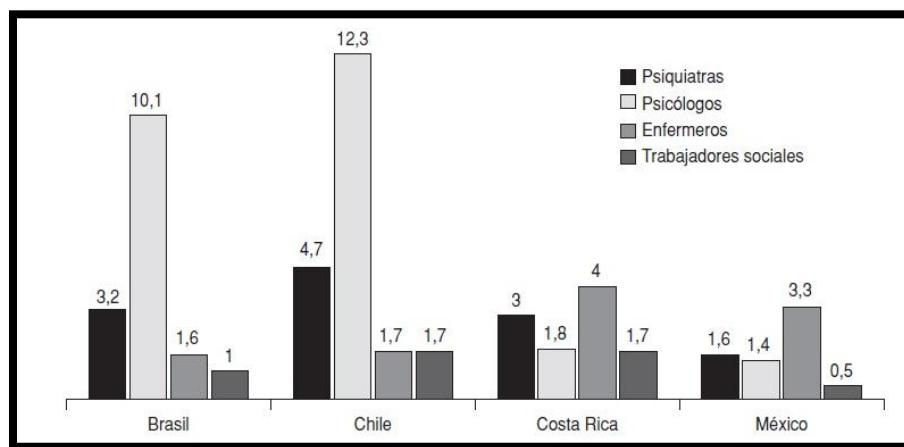


Figura 8. Distribución de recursos humanos en salud mental (tasa por 100 000 habitantes en Brasil, Chile, Costa Rica y México, 2005-2009). (Berenzon et al. Pag 256).

2.3 “La locura no se cura con tortura” Antipsiquiatría

*“Apartar a los enfermos fomenta la fantasía de que nosotros estamos íntegros”
Porter*

El término antipsiquiatría fue creado por Cooper en 1967 designando un movimiento político de impugnación hacia el saber psiquiátrico en los Estados donde se había institucionalizado la psiquiatría y el psicoanálisis. Sus objetivos eran reformar el modelo asilar y transformar las relaciones entre el personal y los pacientes para lograr mayor apertura al mundo de “la locura”, eliminando la noción de enfermedad mental, denunciando el ejercicio de control y poder, así como el uso de la fuerza a través de la certificación del médico para excluir al enfermo (Vásquez, 2011). Para Sandoval y Richard (s/f), también se cuestionaba el origen de la institución manicomial y el poder con el que se denominaba “loco” a un individuo. Estas ideas se basaban en la imagen de la psiquiatría ante la sociedad influenciada negativamente por la cinematografía, generando debates sobre la “medicalización de la vida” y la fabricación corporativa de enfermedades (Pérez Rincón, 2011).

Para Campuzano (s/f), este movimiento tuvo difusión suficiente para englobar a: Estados Unidos, Inglaterra e Italia y después expandirse a nivel mundial en el 38% de los países que aún no instauraban los servicios de salud mental comunitarios; en Gran Bretaña el líder de la anti-psiquiatría fue Laing, psiquiatra de Glasgow que inspirado por la filosofía existencialista de Sartre, concebía que la “locura no es necesariamente colapso sino también descubrimiento. Es una liberación potencial y una renovación lo mismo que esclavitud y muerte existencial” (Vásquez, 2011). En países de América Latina como Brasil, el movimiento de reforma psiquiátrica comenzó en los años 70, con demandas respecto al abuso y violencia hacia los pacientes dentro de las instituciones, la falta de recursos y malas condiciones de trabajo; buscando el cumplimiento de los derechos humanos, se exigía que el gobierno adoptara cuidados prácticos para los enfermos mentales orientados a la seguridad y el conservadurismo, buscando su aceptación y reinserción social (Pileño et al., 2003).

Para Szasz, el movimiento antipsiquiátrico reflejó los conflictos entre los enfoques psiquiátricos: organicista³³ y psicoanalítico, que en ese momento luchaban por atender la enfermedad mental, esta lucha también era política y social buscando un mayor poder gremial

³³ Consideraba necesario el internamiento del enfermo mental en instituciones psiquiátricas.

y el prestigio ante el público, con la demanda de lograr una mayor eficacia profesional (Campuzano, s/f). El movimiento antipsiquiátrico desechaba los diagnósticos por considerarlos etiquetas estigmatizadoras para personas con conductas que resultan incómodas a la sociedad, de manera que al no existir dichas etiquetas tampoco existe la enfermedad mental. Pronto se acuñó el término desinstitucionalización para referir el paso “del asilo a la comunidad”, aunque luego fue desplazado por el de reformas psiquiátricas (Vásquez, 2011).

Bajo esta perspectiva Vásquez (2011), refiere que el término “*enfermedad mental*” resulta ser la “fabricación de locura” que etiqueta a personas que son extrañas. Por lo cual enfermedad mental no definiría lo que simplemente se concibe como “conductas diferentes”, la problemática ya no consiste sólo en el encierro y los tratos deshumanizados hacia los pacientes, también en lo que Viñals (2016, 6 de marzo), define como la “*droga psiquiátrica*” refiriendo los medicamentos que actúan como una cárcel para el cuerpo y que para Foucault (1976), representa un “castigo” disfrazado de curación. Considerando la relación entre internamiento psiquiátrico, la historia de la locura y la excesiva medicalización por parte de las farmacéuticas, como un juego de intereses (Vásquez, 2011).

En la década de los 90 refiere Viñals (2016, 6 de marzo), el término antipsiquiatría, era empleado por las víctimas de la psiquiatría, sobrevivientes del electroshock y de la drogadicción inducida, criticando el discurso psiquiátrico, acusando una psiquiatrización de todos los problemas de la vida cotidiana, alcanzando una masividad y un impacto sobre la sensibilidad pública. La desinstitucionalización de la psiquiatría abre paso a un nuevo paradigma que modifica la relación de poder medicina-enfermedad; involucrando también la participación de la familia y la comunidad, para lograr la reinserción social del enfermo mental y evitar el encierro asilar; ya que muchos de los tratos deshumanizados y exclusión nacen en el hogar, al resultar más “cómodo” contar con lugares para el internamiento de la persona, que “aprender” a vivir con él (Spadini, & Souza, 2006).

Para Viñals (2016, 6 de marzo), la medicalización contribuye a la significación de aislar a alguien como si el problema fuera solo suyo, olvidando el sufrimiento subjetivo. La medicalización del sufrimiento subjetivo opera como un mecanismo masivo de contención de la conflictividad social, impidiendo el “sentir y vivir” del paciente. Contener el sentimiento de crisis aísla al individuo, sin embargo cuando las personas se dan cuenta de que sus problemas

son compartidos por alguien más, deja de percibirlo como problema personal. De manera que si la persona se vuelve “activista” de su padecimiento tiene mayores oportunidades de afrontarla, teniendo sostén de los grupos donde pueda reconocerse. Obteniendo la oportunidad de darse cuenta de que su trastorno es una construcción que le lleva a ser víctima de una categorización, y así evitar las intervenciones impuestas que son características de la psiquiatría institucional (Viñals, 2016, 6 de marzo).

Actualmente la Organización Mundial de la Salud recomienda la sustitución de los grandes hospitales psiquiátricos por centros de atención comunitaria que cuenten con los recursos necesarios incluyendo asistencia domiciliaria, esto último debido a la concepción del manicomio como un espacio de enfermedad cuyo objetivo es la cronificación y la estigmatización de las personas (Sacristán, 2009; Vásquez, 2011). Para Manifiesto en Pérez Rincón (2011), está en marcha un movimiento internacional de protesta contra la imposición de un criterio único para los síntomas de trastornos psíquicos, considerando que los actuales criterios están basados en un enfoque estadístico impersonal que carece de una fundamentación clínica que menosprecia la dimensión subjetiva del paciente. Así surge un interés por un modelo clínico que sea cada vez más dialogante, preocupado por las manifestaciones del sufrimiento psíquico del individuo.

Esta postura también se preocupa por los modelos de enseñanza de las disciplinas psicopatológicas, que cada vez se rigen más de las clasificaciones que favorecer el paradigma de la “*universalización prescriptiva*”, que debido a la popularización de los manuales psiquiátricos y la facilidad para obtener información errónea, se ha provocado una tendencia al autodiagnóstico o auto conceptualización psiquiátrica de los problemas subjetivos. De manera que la gente ha aprendido a referir su subjetividad con características psiquiátricas popularizadas por los medios de comunicación (Viñals, 2016, 6 de marzo).

La antipsiquiatría podría reflejar la importancia de mejorar las condiciones de apoyo hacia las personas con padecimientos mentales, pues aún en el siglo XXI no se logra por completo su reinserción social, por otro lado al hablar de antipsiquiatría es fácil caer en perspectivas que desapruaban en su totalidad a la psiquiatría, sin embargo es importante replantear las posturas respecto a la psiquiatría y proponer alternativas que logren el cometido perseguido y basado en la experiencia del enfermo mental.

2.4 Las instituciones de Salud Mental en México

“Un saber, unas técnicas, unos discursos científicos se forman y se entrelazan con la práctica del poder de castigar”.
Foucault (1976)

Abordar las instituciones de salud mental en México implica mencionar uno de los nosocomios más representativos durante el Porfiriato, sin embargo para ahondar en la descripción de este sitio, es indispensable conocer algunos antecedentes institucionales y la percepción social de la época sobre la enfermedad mental.

De esta forma abordando los finales del siglo XIX, aparecieron establecimientos privados para enfermos mentales, a los que solo las familias con alto nivel económico podían acceder o mantener a sus familiares dentro del hogar, evitando la crítica social y vergüenza pública que acompañaba a la enfermedad mental. Al no contar con recursos, se recurría a las opciones del Estado para librarse de la “carga” que suponía el enfermo, así la creación de la Dirección General de la Beneficencia Pública en 1877, permitió que los hospitales para “dementes” de la Ciudad de México se consagraran como espacios para la enfermedad mental y el desarrollo del alienismo³⁴ mexicano, considerando la enfermedad mental como un defecto social generado por los vicios y malos hábitos de la clase popular, ante el cual era necesario separar a los ciudadanos sanos de los enfermos, considerados peligrosos para el orden, la moral y las buenas costumbres, evitando así el contagio moral y biológico (Fernández, 2015).

Aunque el Manicomio General “La Castañeda” constituye un importante proyecto modernizador del porfiriato, es necesario retroceder en el tiempo para conocer las instituciones precedentes como lo son los hospitales para dementes: San Hipólito para hombres y el Divino Salvador para mujeres (Ramos, 2014). El Hospital de San Hipólito atendía individuos que sin ser exactamente locos, eran internados por presentar deficiencias cognitivas; éste hospital fundado en 1567 apoyado por el Ayuntamiento y el Arzobispado es considerado el primer manicomio de América, albergando sólo a hombres “desamparados”: convalecientes, ancianos y locos; rebasando durante 1840 por primera vez su capacidad debido a la insuficiencia de hospitales similares en el interior de la República, concentrando enfermos procedentes de otras entidades (Ramos, 2014). Por su parte, el hospital el Divino Salvador para mujeres nació en

³⁴Refiere a los médicos dedicados a las enfermedades mentales que consideraron el encierro hospitalario y el tratamiento moral para curar la locura y rescatar la razón residual del loco.

1687 en casa de un carpintero quien acogió a un familiar aparentemente demente, para después brindar alojamiento a otras mujeres en apariencia loca que deambulaban por las calles; al ya no poder albergar a más, recibió el apoyo del arzobispo de México para construir un hospital que quedó a cargo de la Congregación del Divino Salvador. Ambos hospitales fueron cerrados hasta 1910 cuando se inauguró el Manicomio La Castañeda (Sacristán, 2005).

Para Rivera (2010), desde 1884 se publicaban ya trabajos sobre psiquiatría en México, analizando los padecimientos mentales bajo las rotulaciones de: locura³⁵ moral, imbecilidad y agresividad, impulsando en la escuela de medicina la especialización de su alumnado, aunque muchos médicos sobre la marcha configuraron sus experiencias haciéndose psiquiatras por vocación. A pesar de ello, la construcción del diagnóstico se basaba en la palabra hablada, los alienistas mexicanos se involucraron en un diálogo constante con la locura, representada por el discurso del loco y los testimonios de familiares, vecinos y autoridades, así, los presuntos enfermos y la sociedad participaron activamente en la medicalización de la locura, los médicos definieron la enfermedad mental cruzando sus observaciones y conocimientos con el discurso popular mediante la compilación, interpretación, filtración y traducción al lenguaje médico de la compleja concepción de la locura (Ramos, 2014).

Para finales del siglo XIX, los criterios populares aún dominaban los diagnósticos médicos, ejerciendo juicios personales con carga moral y considerando elementos sociales y étnicos como detonantes de los padecimientos mentales (Ramos, 2014). Se empleaba el encierro como técnica para volver a la verdad por las vías de la coacción moral al enfermo, pues de esta forma se le podía tener “dócil” para facilitar su adiestramiento y reinserción social; ésta alternativa se llevó a cabo en prisiones, escuelas, fábricas, hospitales y cuarteles, vinculando al enfermo mental con el criminal debido a su calidad de fenómenos anormales que atentaban contra el orden social y bajo la creencia de que uno engendraba al otro (Fernández, 2015).

Bajo esta panorámica en 1910 hacer frente al problema de demencia en la ciudad de México era un reto para el progreso, de manera que durante las celebraciones del centenario de la Independencia se inaugura el Manicomio General “La Castañeda”, que representaba el hospital psiquiátrico más importante del país y que en palabras de Rivera (2010), concebía el avance

³⁵ Van Young (2001), incluye también términos como: demencia, crimen, alcoholismo entre varones y mujeres y la promiscuidad sexual como rótulos de clasificación para la enfermedad mental.

intelectual de un país que “pondría a la cabeza de sus prioridades la cabeza de sus pobladores”. Las recomendaciones de la comisión de médicos para su creación seguían la tradición del tratamiento moral ³⁶ de los alienistas europeos a mitad del siglo XIX resumido en tres reglas generales: la individualización, el aislamiento y la clasificación (Capetillo, 2008).

Del grupo inaugural de pacientes de La Castañeda, 409 mujeres provenían del antiguo Hospital de la Canoa; Alberto Carvajal investigó los expedientes de las internas encontrando “cuerpos sin historia”, es decir solo datos sobre la naturaleza de la enfermedad pero con la imposibilidad del discurso psiquiátrico para la historización de los sujetos Carvajal (2001 en Capetillo, 2008) describe esto de la siguiente manera:

“...No hay registro de los hechos que nos muestren cómo eran tocadas cada una de estas mujeres por las cosas de la vida, cuáles eran sus narraciones singulares e inéditas de tales eventos; cómo eran vistas por los demás, entre otros, por sus familiares, y cómo cada una de estas experiencias humanas resultaban ser el marco propicio para la emergencia de la locura” (p.218)

Años más tarde la Castañeda comenzó su declive con un periodo de abandono y estancamiento médico, ausencia de recursos y sobrepoblación (Capetillo, 2008). En 1944, Mathilde Rodríguez miembro del Consejo Psiquiátrico enjuició al manicomio considerándolo un almacén de enfermos mentales con pocas posibilidades de acción terapéutica, preventiva y de higiene social para los asilados, sus familias y la comunidad; considerando que el custodialismo ausentaba los lazos entre la psiquiatría y la sociedad, aislando a los sujetos y privándolos de su pasado. El médico, ignorante de las condiciones ambientales no podía juzgar la conveniencia del regreso del enfermo a su hogar, atribuyendo las recaídas a la incapacidad médica para continuar la obra terapéutica fuera de la institución (Sacristán, 2003).

Para Rivera (2010), la guerra civil condujo a la falta de finanza por el Sistema de Beneficencia Pública, ocasionando que el Manicomio dejara de ser una institución federal y así llegado el año 1965, la Secretaría de Salubridad y Asistencia ordenó su cierre definitivo. Sin embargo, desde 1930 los psiquiatras mexicanos elaboraban propuestas para preservar los

³⁶ Doble percepción de la enfermedad mental: un lado moral y un lado orgánico, causantes del desorden moral.

vínculos familiares del enfermo, que en un régimen de aislamiento como el manicomio se perdían y contribuían a la pobreza de resultados psiquiátricos.

Al cerrar la Castañeda, se propusieron dispensarios y anexos psiquiátricos en hospitales generales; pero fue hasta 1945 que se creó la primera Granja para enfermos mentales situada en la antigua hacienda de San Pedro del Monte en Guanajuato, su funcionamiento los primeros 4 años fue impulsado por el Estado mexicano; a pesar de ello no contaba con suficientes recursos financieros, terapéuticos y humanos, de ahí su carácter custodial; su propósito escrito en la declaración del Dr. Guevara Oropeza promotor de su fundación, fue asilar enfermos incurables sin embargo, alojó desde sus inicios a los enfermos encontrados en mejores condiciones; por lo que pronto se convirtió en pilar de la política de salud mental en México entre 1945 y 1968, estableciéndose en el país 11 granjas más en el campo al margen de la vida urbana, industrial y comercial, consideradas un “microcosmos social”, relativamente autosuficiente produciendo parte de los insumos necesarios para su funcionamiento, con avances médicos como terapia ocupacional y tratamientos de choque (Sacristán, 2003).

La granja seguía un modelo de colonias agrícolas francesas, con estrategias terapéuticas que favorecieron la reinserción social, laboral y familiar, disminuyendo los altos costos de estas instituciones y brindando al enfermo mayor libertad, empleándolo en actividades terapéuticas que lo alejaran de su locura. Así, durante su primer año de la Granja de San Pedro del Monte, el trabajo de 437 enfermos sustituyó al de diversos empleados, lo cual incluyendo las utilidades de las hectáreas cultivadas, equivalía casi a la mitad del subsidio que se recibía por parte del Estado mexicano. El número de altas aumentó, ya que debido a la preparación de los internos para el desempeño de actividades, eran solicitados por sus responsables legales para contribuir económicamente en su familia. La productividad se remuneraba con una tarjeta que de acuerdo a las jornadas realizadas se podía canjear por golosinas, cigarros, vestido o artículos de aseo (Sacristán, 2003).

En México, con una población poco mayor a 100 millones de personas, padecen trastornos mentales casi 15 millones, con ello los servicios de atención asistencial aumentan los costos de atención, productividad y costos indirectos (personas afectadas, rehabilitación, discapacidad laboral), los efectos colaterales de la falta de tratamiento se reflejan en intentos suicidas y suicidio consumado, afectación familiar, aislamiento, estigma, improductividad, necesidades

insatisfechas y exclusión social. El Banco Mundial calcula que los padecimientos psiquiátricos representan 12% del costo total de las enfermedades; el Atlas de Recursos de Salud Mental en el Mundo 2001 de la OMS, señaló las carencias y desigualdades en distribución de recursos de salud mental que limita el desarrollo de servicios para apoyar las políticas nacionales de salud mental, en especial de países en desarrollo (Souza y Machorro y Cruz, 2010).

México dispone de un Programa Nacional de Salud que en 2005 mostró las restricciones materiales en unidades de salud, clínicas y hospitales públicos, derivadas del rezago infraestructural, la modernización de equipos clínicos y la saturación de servicios (Souza y Machorro y Cruz, 2010). En la Ciudad de México son escasos los programas destinados a otorgar a las personas con padecimientos mentales un trabajo remunerado y otras prestaciones sociales, a pesar de las disposiciones legislativas sobre empleo, protección contra la discriminación y seguro de vivienda (Berenzon, Saavedra, Medina-Mora, Aparicio y Galván, 2013). Así, para Souza y Machorro y Cruz (2010), la Ley General de Salud pretende crear estructuras de atención asistencial basadas en el derecho a recibir atención médica y psiquiátrica, a través de una red de servicios de prevención, hospitalización y reinserción social; incluyendo la participación de las familias con apoyo emocional al paciente durante el tratamiento y proceso de recuperación.

Para Berenzon et al (2013), los modelos asistenciales priorizan la sanación por sobre la promoción y prevención de la salud, teniendo como eje de atención de salud mental el hospital psiquiátrico, que a su vez cuenta con acceso limitado ya que la mayoría se encuentran en las grandes metrópolis. El internamiento masivo de pacientes en lugar de un tratamiento ambulatorio muestra que la atención de los trastornos mentales no está del todo integrada en el sistema nacional de salud y hace falta un efectivo sistema de referencia sobre detección y tratamiento. Pese a las dificultades, en la Ciudad de México instituciones como IASIS ofrecen servicios de asistencia social en 10 centros CAIS, brindando alojamiento, alimentación, atención médica, psicológica, psiquiátrica y gericultura, así como talleres de capacitación para el trabajo, educación, actividades recreativas, deportivas y culturales a niños, niñas, jóvenes, mujeres, hombres y personas de la tercera edad en situación de calle o vulnerabilidad. Uno de estos centros es CAIS Cascada, que atiende a mujeres a partir de 18 años y adultas mayores con problemas de salud mental y abandono social.

3. La locura con rostro de mujer

“Mis hijos me trajeron porque decían que yo no podía dormir. Ellos no entienden (...), ellos no ven cuando yo duermo, yo cierro los ojos en cualquier momento. Duermo en el bus, en la calle... yo descanso, yo sueño. Lo que veo en mis sueños se hace realidad. Me gusta estar en el hospital porque yo les enseño a las muchachas que esto no es vida, que esto no es real y que hay un mundo afuera al que necesitamos salir, entonces mi trabajo acá es protegerlas a todas...”

Maribel, 48 años, bipolar. Urdaneta (Revista Vice, 2016)

Ser mujer ha representado a lo largo de la historia diversas implicaciones sociales entorno a los roles que deber asumir, entre ellos la concepción de una locura femenina innata, que ha complicado su asistencia y atención en cuestiones de su salud mental, ya que al considerar algunos síntomas de un padecimiento mental como “característicos” de una mujer enojada o enamorada impiden una oportuna atención o en ocasiones la omisión de ella, desencadenando el abandono familiar al creer que no hay más que hacer por ellas. Siendo así, las mujeres han sufrido múltiples agresiones en un intento por normalizarlas según la mirada del otro, de manera que la asistencia sanitaria y el discurso médico, han atribuido malestares vinculados a la ansiedad y depresión a la naturaleza de la mujer (Muñoz, 2012; Valls-Llobet, 2013).

Para Jaimes (2010), en el México colonial se consideraba a la mujer peligrosa, fácil de engañar y someter, carente de inteligencia y que debía estar al cuidado del hombre; ya que su salud mental era más vulnerable a factores psicosociales, recibiendo tratamientos de reeducación y mutilación ginecológica. Ésta “feminización de la locura” mostraba las desigualdades en los parámetros de salud mental, pues mientras independencia, autonomía y objetividad representaban una personalidad sana; una mujer mentalmente sana representaba dependencia, sumisión y sentimentalismo. Bajo una mirada feminista, el modelo androcéntrico de la psiquiatría tradicional considera que las identidades, subjetividades, experiencias y los cuerpos de las mujeres condicionan el padecimiento de determinadas patologías mentales, que muestran a la mujer como creadora de protagonismo y victimización (Ruiz y Jiménez, 2003).

Bajo este panorama, se abordará la enfermedad mental y locura para conocer qué tanto la herencia social afecta a las mujeres con enfermedades mentales. Se comenzará por revisar las implicaciones del género en la salud mental, para luego centrarse en la feminización de la enfermedad mental y continuar con una revisión de diversas áreas como el arte, la religión y la ciencia que atribuyen de formas distintas la locura “femenina”.

3.1 El género dentro de la enfermedad mental

Hablar de género involucra elementos que construyen y caracterizan socialmente al hombre y a la mujer, sin embargo al vincular enfermedad mental con este concepto se encuentran cuestiones que pueden presentar prejuicios hacia cada género. Principalmente al género femenino se le ha impedido el logro de una adecuada inserción social y un pleno ejercicio de sus derechos humanos; así dentro del área de la salud mental también se han estudiado circunstancias que generan disparidades entre géneros.

Primero es importante definir el concepto de género que al igual que la locura y la enfermedad mental se ha transformado a través del tiempo para incluir más roles y áreas de desempeño; consultando el Diccionario de la Real Academia Española se encuentra definida la palabra “género” (del latín *genus*, *generis*) como “conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes/clase o tipo a que pertenecen personas o cosas”; empleándose para referir a personas de sexo masculino o femenino (Bravo de Rueda, 2006). Por su parte Granados y Ortiz (2003), definen género como una identidad asignada que entre sus diversas expresiones está la conducta, pieza clave en la conformación del diagnóstico psiquiátrico.

El desarrollo del género se da desde los primeros momentos de vida humana, para Bravo de Rueda (2006), depende de la suma de todo aquello que durante la infancia los padres y la cultura consideran propio de cada género con respecto a temperamento, carácter, intereses, posición, méritos, gestos y expresiones; siendo la identidad la historia de vida de los sujetos desenvueltos en determinadas condiciones. Respecto a los trastornos mentales, resulta útil un abordaje desde la perspectiva de género, considerando la influencia de las relaciones sociales en la forma en que los sujetos expresan su malestar psíquico (Granados y Ortiz, 2003), la ejecución inadecuada del rol masculino o femenino tiene sus raíces en la misma sociedad, cultura y familia que la señala como anormal al no cumplir ciertos rubros.

El género como una variable en el modo diferencial de enfermar de hombres y mujeres, involucra el contexto sociocultural y el sistema social de relaciones establecidas a partir de la interacción entre ambos (Mora-Ríos y Bautista-Aguilar, 2014). Aun cuando se difunde la equidad de género Araujo (2012), establece que las indolencias del pasado prevalecen y la discriminación y exclusión a la mujer forma parte del poder patriarcal ejercido sobre ella.

La Furcia (2013), refiere que la categoría “género” fue apropiada analíticamente por las feministas estadounidenses en los años 70 ya que resaltaba distinciones sociales y biológicas sobre la morbilidad psiquiátrica y el patrón de conducta enferma desarrollada por cada género; preocupándose por la naturalización de dichas diferencias por la medicina y la psiquiatría que para Foucault (1976), éstas ciencias representaban dispositivos de poder sobre los cuerpos. En la misma década refiere Ordorika (2009), se estudió la repercusión de estas diferencias de género en la salud mental de las mujeres y en la organización de los sistemas de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende las particularidades culturales y grupales para generar políticas de salud efectivas reconociendo diferencias en torno a género, edad, clase, tipo y prevalencia en los padecimientos; ya que los resultados de sus encuestas epidemiológicas no muestran diferencias relevantes en las cifras globales por sexo, sin embargo revelan que hombres y mujeres sufren diferentes tipos de problemas (Ordorika, 2009). Para Ruiz y Jiménez (2003), existe un modo de enfermar permanente en el tiempo y condena a las mujeres a padecer enfermedades dependiendo de los roles sociales que asuman.

Para 2010 la OMS refiere que los trastornos depresivos constituyen el 41, 9% de los trastornos neuropsiquiátricos en mujeres, mientras que en hombres equivale al 29, 3% (Ortega, 2011). Los cuadros depresivos, ansiosos, fóbicos, neuróticos, intentos de suicidio y psicosis afectivas son significativamente más elevados en las mujeres; mientras que los trastornos de personalidad, los derivados del consumo de alcohol y otras sustancias, y de pensamiento desorganizado predominan en hombres (Montero et al., 2004; Granados y Ortiz (2003). Tomar con rigor las estadísticas supondría la escases de “hombres con trastornos depresivos” o “mujeres con trastornos por abuso del alcohol” (Jiménez, 2003), sin embargo cabe resaltar la influencia sociocultural sobre el género y la enfermedad mental, debido a la urbanización y los cambios sociológicos en las interacciones del individuo con su entorno (Montero et al, 2004).

Ramos-Lira (2014), describe en la revista Salud Mental que en los factores psicosociales predominantes en la población mexicana para desarrollar trastornos mentales como la depresión se encuentra el ser mujer, jefa de familia, dedicada exclusivamente al hogar o a cuidar de algún enfermo. Esta situación ligada a la desigual distribución del poder entre varones y mujeres reforzada por instituciones sociales, jurídicas, religiosas y políticas (Bravo de Rueda, 2006). Considerando las estadísticas sobre la morbilidad de padecimientos mentales

“masculinos y femeninos” Ramos-Lira (2014), en la revista Salud Mental, analiza el caso de los hombres de la siguiente forma:

- Vincula los padecimientos que ocasionan pensamiento desorganizado con algunos atributos del modelo de masculinidad predominante, ligando al carácter excluyente del sentido de sí mismo en los varones a una preocupación por cumplir la aprobación de su masculinidad³⁷ (Granados y Ortiz, 2003).
- Debido a su dificultad para buscar ayuda emocional, el hombre oculta problemas de salud mental detrás de comportamientos adictivos, de riesgo, irritabilidad e impulsividad; si para la depresión ser mujer representa un factor de riesgo, ser hombre cumple el mismo papel para la violencia (Ramos-Lira, 2014).

Las estadísticas actuales reflejan que las mujeres buscan con mayor frecuencia ayuda para sus problemas psiquiátricos que los hombres; de ahí que ser mujer se considere un predictor de mayor empleo de servicios psiquiátricos (Montero et al, 2004):

- En el patrón dominante, la mujer se cría para ser débil, dependiente y concebirse a sí misma desprotegida; generando sentimientos de vulnerabilidad, temor, inseguridad y falta de autonomía, caracterizando la personalidad devaluada y baja autoestima de las altas tasas de depresión (Bravo de Rueda, 2006; Granados y Ortiz, 2003).
- Estadísticamente, las mujeres presentan tasas más elevadas de trastornos mentales con síntomas más graves y discapacitantes (Ramos-Lira, 2014), y sufren más efectos adversos de los fármacos por su exclusión en los ensayos clínicos realizados en varones, aunado a las repercusiones por los ciclos menstruales, embarazo, lactancia, menopausia y anticoncepción hormonal (Ortega, 2011).
- Psicoanalíticamente el apego temprano de la mujer hacia la madre y posteriormente al esposo establece un sentido de sí misma basado en la conexión con el otro; pues su capacidad reproductiva establece la división sexual de las actividades humanas; así los roles sociales, la segregación laboral y la exclusividad hacia el trabajo doméstico pueden dificultar la realización de proyectos personales y profesionales, posponiendo la autonomía y la satisfacción personal por la familiar y social; omitiendo la resolución del conflicto psíquico y la expresión del malestar (Montero et al, 2004).

³⁷ Aprobada socialmente con la toma de riesgos y la superación de pruebas (Granados y Ortiz, 2003).

Por otra parte, la elección del género ha patologizado a las personas “Trans³⁸” como lo hizo el DSM-III de 1980 denominando la transexualidad como disforia de género. La categoría patológica considera los mecanismos que controlan socialmente las identidades al prohibir la existencia de gays y lesbianas, de la misma forma la homosexualidad ha luchado por su desaparición de los manuales psiquiátricos; logrando su meta en 1973 desmitificando la transexualidad ,defendiendo los derechos humanos de éstas personas y cuestionando si la incorporación del género en nuestras experiencias diferencia la forma en que somos vistos y nos identificamos con las definiciones psiquiátricas (La Furcia, 2013).

El interés por la relación género-padecimientos mentales surge del incremento de estos últimos como problema de salud colectiva, priorizando el estudio de factores asociados a su causalidad y distribución en la población (Granados y Ortiz, 2003; Ramos-Lira, 2014); las teorías ambientalistas refieren que a través de roles y patrones de conducta socialmente impuestos, las variables socioculturales condicionan el modo en que hombres y mujeres manifiestan el sufrimiento psicológico y adoptan estrategias para su atención psiquiátrica (Montero, Gómez-Beneyto, Moreno-Kustner, Reneses, Usall y Vazquez-Barquero, 2004).

Son muchas las barreras institucionales para el ejercicio adecuado de la salud mental en cuanto a recursos humanos, capacitación de personal, investigación e intervención en el campo conceptual de sexo y género asociado a la salud mental; empleando quizá una perspectiva donde las diferencias físicas sean las que rijan una atención especializada sin olvidar que son personas (Ortega, 2011; Ramos-Lira, 2014). La salud mental requiere un estudio a fondo sin prejuicios ni mandatos patriarcales que la condicionen, para analizar los factores de riesgo que hacen vulnerables a las mujeres y que conducen a su medicalización (Valls-Llobet, 2013).

3.2 Miradas sobre la locura femenina

Al hablar de "miradas", se brinda una perspectiva sobre la mujer y la enfermedad mental en distintos sectores sociales, como el arte, la religión y la ciencia. Estas miradas tienen por objetivo conocer las similitudes o diferencias sobre la conceptualización que se tiene de la mujer que posee una enfermedad mental, es decir que tanto se ha influenciado la concepción de la mujer “loca” con las concepciones establecidas por diversas disciplinas científicas.

³⁸ Prefijo: “al otro lado”, empleado para referir a personas que adquieren características físicas del sexo opuesto (transexual); o quienes la identidad de género no corresponde a su sexo (transgénero).

Mirada Científica

“La ciencia no nos ha enseñado aún si la locura es o no lo más sublime de la inteligencia”
Poe

Históricamente las mujeres han sido calificadas como seres inferiores, principalmente en el aspecto mental, lo cual viene de la tradición patriarcal existente en la medicina, ya que la salud mental de las mujeres se ha estudiado bajo el derecho a establecer normativas y sanciones sobre cómo debe comportarse una mujer, así como los posibles tratamientos que bajo este contexto violan sus derechos humanos, como la extirpación de sus órganos reproductivos. La denigración de la mujer se observa en la psiquiatría con la ideología sexista de la enfermedad mental, que a través de las diferencias anatómicas, fisiológicas y patológicas entre los sexos ha establecido desigualdades en las prácticas médicas, reforzando la subordinación femenina y su estigmatización con términos como histérica o depresiva para referirla (Ortega, 2011).

La histeria refiere Jaimes (2010), fue considerada durante el siglo XIX una enfermedad del sexo femenino, manifestada con gran deseo sexual, delirios, alucinaciones, irritabilidad, convulsiones, cambios bruscos de humor, depresión, náuseas y dolores ventrales; para Rivera (2010), no se descartaba totalmente la presencia de histeria en los hombres, sin embargo dichos casos eran considerados como características de feminidad, siendo la única alternativa para éstos casos el matrimonio, aunque en palabras del doctor Terrés (en Jaimes, 2010): “las histéricas se curan unas veces con el matrimonio y otras empeoran”.

Mientras el deseo sexual masculino se creía proveniente de los astros y planetas; en la mujer radicaba en la tentación y el enamoramiento y al caer como “loca desventurada” al amor, su situación se presenta como la de una enferma mental (Trejo, 2016). La perspectiva de Lombroso sobre la naturaleza femenina, consideraba que la mujer poseía un umbral de dolor más alto que el hombre debido a una condición evolutiva menor, reflejada en una “insensibilidad moral” que le impedía poseer sentimientos, sino instintos como el maternal.

El discurso científico definía una naturaleza femenina deficiente, imperfecta, enfermiza, poco racional, pasional, visceral, incontrolable y “loca” (Muñoz, 2012), de manera que la mujer pasó a ser víctima de su cuerpo, considerado siempre como enfermo debido a la posesión de un útero generador de anomia considerado al igual que los ovarios, los centros de acción en el cerebro de las mujeres, la medicina la concibió como un hombre incompleto,

considerando que los cambios hormonales presentados en el periodo menstrual provocaban conflictos emocionales que las llevaban a cometer actos poco cotidianos (Jaimes, 2010).

Por su parte, autores como Rigol (2003), refieren que desde comienzos del siglo XIX se minimizaba el cuerpo femenino respecto a la maternidad, percibiendo a la mujer como predispuesta a sufrir trastornos mentales después del parto; medicalizando y patologizando el cuerpo femenino con la creación de la obstetricia y el aumento de la dependencia médica, ya que los cuidados que antes se practicaban entre mujeres ahora dependían de la industria médica. El aumento de enfermedades femeninas que conforman su propia fisiología (síndrome premenstrual, depresión post-parto) supone mayores problemas derivados de la posición en la estructura social, pero que al ser postuladas por la ciencia reciben la acreditación social.

Los médicos del siglo XIX consideraban que la tensión de la vida moderna hacía a las mujeres susceptibles a desórdenes nerviosos, debido a su inclusión laboral o la modificación de las actividades de su rol (cuidado de los hijos y labores domésticas). Ante dicha situación la crítica feminista de las últimas décadas del siglo XX y los grupos de mujeres activistas manifestaban su oposición al control y opresión del sistema médico, originando líneas de investigación que exponían las consecuencias negativas del saber médico en especial el psiquiátrico en las mujeres; siendo el cuerpo, la mente y los estados de salud y enfermedad los argumentos de la medicina y los sistemas sanitarios para justificar la desigualdad y discriminación hacia las mujeres (Ruiz y Jiménez, 2003). Para Ortega (2011), el movimiento feminista reivindica la perspectiva de género en la salud mental, argumentando la inexistente relación entre sistema nervioso y genitales de la mujer para disminuir el énfasis en la fisiología femenina como causa de padecimientos mentales.

A lo largo de la historia la relación entre enfermedad mental y género se evidencia en que mientras las conductas anormales realizadas por un hombre no dan sospecha de enfermedad mental, las realizadas por una mujer son patologizadas por la ciencia, dando bases al argumento de Rigol (2003), respecto a que la ciencia no es neutral y las investigaciones y los conocimientos científicos han subordinado la experiencia femenina y las mujeres no han figurado como agentes de cambio histórico, por lo que es importante cuestionar y reelaborar el propio conocimiento como profesionales de la salud mental.

Mirada Religiosa

Cuando una persona padece delirios se le llama locura, cuando muchas personas padecen de un delirio, se le llama religión.
Pirsig

En el campo religioso también se ha visto a la mujer fuertemente juzgada en cuanto al “comportamiento desadaptado” en contra de los lineamientos religiosos. Esta situación resulta similar a la concepción científica de la enfermedad mental femenina, desaprobando diversos aspectos de su sexualidad. De esta forma cabría preguntarse, ¿qué tanto la iglesia ha tomado las medidas adecuadas para tratar la anormalidad de quienes no siguen sus normas? o ¿qué tanto la iglesia también crea su propia locura ante lo desconocido? Al hablar de locura bajo la perspectiva religiosa, es común traer al tema a las que a lo largo de la historia han sido consideradas las generadoras y propagadoras de la locura, las brujas. Se creía que existía un vínculo entre mujeres y la brujería, que no podía ser como un arte o técnica mágica aprendida, sino un poder natural innato con el que se era capaz de dañar a personas y animales por medio de tocamientos o miradas (Henningesen, 2014).

Desde sus inicios en Alemania hasta su introducción en Inglaterra, casi todas las mujeres condenadas eran sanadoras no profesionales al servicio de la población campesina y su represión marca una de las primeras etapas en la lucha de los hombres para eliminar a las mujeres de la práctica de la medicina. Ante esta situación surgen teorías explicativas sobre la razón por la que la brujería y su relación con la mujer llevaron a la religión a tomar medidas tan drásticas como la ejecución. Dos de estas teorías son interpretaciones médicas que atribuyen esta locura a una inexplicable histeria colectiva que se considera que surgió de una campaña de terror desatado por la clase dominante, acusando comúnmente todos los crímenes sexuales en contra de los hombres (impotencia sexual) ya que la Iglesia asociaba a la mujer con el sexo y condenaba todo placer sexual como procedente del demonio, otra acusación era la de tener poderes mágicos sobre la salud y tener conocimientos médicos y ginecológicos. Con base en ello y en el *Malleus Maleficarum* o Martillo de brujas, escrito en 1484 por los reverendos Kramer y Sprenger, se ordenaba a la gente denunciar a las brujas (Enciso, 1995).

Para Alejo (2011), la brujería y las posesiones demoniacas fueron fenómenos encarnados en el cuerpo femenino por el inevitable poder masculino ya que por muchos años, la teología cristiana fue elaborada por varones procedentes de una iglesia patriarcal. En sus inicios, en la

teología de la liberación había solo algunas mujeres participaban sin manifestar su conciencia feminista totalmente, ésta llegó poco después con la presión de las mujeres feministas cristianas y su incorporación creciente como sujetos de producción teológica. Esta perspectiva de la mujer generadora y poseedora de anormalidad se mantiene en la tradición religiosa desde la historia de Adán y Eva, que representa a la mujer en un cuerpo sin alma, pecaminoso y presa de sus deseos sexuales, considerando su cuerpo como la forma que toma la muerte en la vida para mostrar el interior animal y bestial de todo ser humano que se deja dominar por sus deseos y pasiones, culminando en la tentación y el pecado (Peñalta, 2008; Jaimes, 2010).

Para la religión (católica), existían las mártires cristianas quienes mantenían su fe pese a la tortura y el tormento de ciertos captores, llevando hasta las últimas consecuencias la afirmación del testimonio en la fe en Cristo (Zuriaga, 2012), pese a concepciones como esta, han alzado la voz grupos femeniles en pro de la igualdad de género y la eliminación de la locura como calificativo de la mujer. Grupos como *mujeres biblistas* bajo la teología de la liberación, definen a la mujer como sujeto históricamente oprimido y discriminado; proponiendo las mujeres su contribución en la transformación del mundo y la orientación de una lógica más humanizante e inclusiva con mejores relaciones interhumanas (Marcos, 2012).

La mujer en el México del siglo XIX, regía su comportamiento según los manuales de conducta, que aunque se dirigían a ambos géneros, mostraban a la mujer su “categoría inferior” como esposa sumisa, complemento del esposo (Jaimes, 2010). Por su parte Salazar (1992 en Muñoz, 2012), describe la cotidianidad de la mujer marcada por el culto religioso, el encierro y el cuidado patrimonial; de manera que sin aquellas que no seguían estos códigos de conducta, representaban socialmente anormalidad femenina denominada por los médicos como histeria, locura histérica o enajenación mental, siendo las principales causas de ingreso a los hospitales psiquiátricos (Jaimes, 2010). Para Bravo de Rueda (2006), el análisis de las dimensiones de la vida diaria de la mujer contribuye a mejorar y trabajar su salud mental; proponiendo las bases de la sociedad sobre los principios de la bioética, para proteger la salud mental de la población y permitir que las personas de acuerdo a su género, se desarrollaran en un ambiente armónico equilibrado biopsicosocialmente.

Mirada Artística

“El dolor de las mujeres como modo específico de padecimiento ha sido uno de los ejes que ha guiado a la creación a lo largo de su historia. Cuando las mujeres han logrado por fin el protagonismo artístico, no han dejado de manifestarlo con toda la fuerza de la narración en primera persona”
Torrent y Caballero (2012)

La creencia que a través del tiempo ha ligado al arte y la locura como algo de quien “nace para ser” artista, considera que los artistas³⁹ mantienen en peligro su salud mental debido al constante proceso creativo que ejercen para realizar sus majestuosas obras; sin embargo a pesar de ser un tema controversial de investigación científica, hasta el momento no se ha concluido el carácter real o mítico de dicha vinculación.

Para Romero (2000), la asociación de locura y creatividad posee una base observacional de reconocidos creadores con desequilibrio mental, considerando que las actividades artísticas facilitan el desarrollo de trastornos mentales, así mientras una persona con esquizofrenia crea una obra extraordinaria su estructura psíquica sufre (Varela y Villalobos, 2014). Artistas visuales como Van Gogh, Munch, Wölflí o Wain obtuvieron éxito debido al “aire de locura” de sus obras, la esquizofrenia, trastorno bipolar o psicosis se vincularon a sus máximas expresiones artísticas, generando en el siglo XX el estudio de formas no racionales de creación consideradas heterodoxas y esquivas a la razón, de manera que el artista Dubuffet estableció el término *art brut* para las producciones artísticas espontáneas e inventivas de personas ajenas al arte profesional y en situaciones vulnerables (Bonet, 2014).

Este apartado aborda el proceso creativo como un acercamiento al interior del ser humano, en quien en ocasiones se han inhabilitado los canales de comunicación, siendo un escrito o un dibujo el único medio de expresión sin represión. Para Quintero (2011), la expresión plástica de los locos implica una comunicación con el mundo exterior e interior, constituido por vivencias reales, siendo el recuerdo y la memoria parte de esta realidad. Así, se vincula el proceso creativo con las vivencias de personas internadas en instituciones psiquiátricas, principalmente las mujeres, quienes debido a su “historia social” con la enfermedad mental, son la población de interés en la presente investigación.

³⁹ Persona que ejerce cualquier disciplina artística como pintura, danza, escultura, escritura.

Se concibe a la creatividad como inexistente junto a un trastorno mental; pues los criterios del DSM-IV para la hipomanía⁴⁰: aumento de la autoestima, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, aumento de eficiencia, participación en actividades creativas; muestran elementos típicos de un artista en un periodo de productividad; mostrando la relación positiva entre locura y creación, al concebir que la creatividad implica adentrarse a lo desconocido, ampliar límites, huir de lo establecido e incluso cuestionarlo; la locura por su parte implica un estado más allá de la razón y el arte trabaja en el terreno entre lo conocido y lo desconocido, lo material y las ideas, la pasión y la razón, lo evidente y lo inapreciable, lo expresable y lo inexpressable. Así la enfermedad mental, se convierte en una herramienta de vida que beneficia el proceso creativo (Romero, 2000).

Artistas como Gabriela Mistral se apropian de la locura, creando una autoimagen basada en interpretaciones tradicionales de la locura. Para Daydí (1992), esta actividad alienta a aceptar la locura como una representación de toda mujer (artista o no); de esta forma Mistral se aliena frente a una sociedad y cultura con valores masculinos; otorgando a esa locura un carácter virtuoso de superioridad espiritual. Otras artistas como Kahlo, Carrington, Varo o Lempicka reflejaron la una experiencia similar, en quienes la depresión y el proceso creativo ha sido una funcionalidad existencial (Bonet, 2014), reflejando la “invisibilidad” de las mujeres también presente en el campo sanitario.

Para Ruiz y Jiménez (2003), la locura de estas mujeres representa la protección ante la opresión del sistema patriarcal, la domesticidad, los estereotipos y roles establecidos; rechazando el dominio económico y sexual de los varones, ejerciendo en este caso el arte; sin embargo resulta una protección fallida al considerar las consecuencias que el “ser loca” ha traído para las mujeres: silencio, aislamiento, estigma social y sufrimiento bajo las etiquetas patológicas impuestas por agentes profesionalizados (psiquiatras) de un sistema de dominación y control social que normativiza las conductas y pensamientos asociados a la peligrosidad transgresora del orden. Así resulta delgada la frontera entre normalidad y anormalidad, pues para Quintero (2011), ni los cuerdos lo están todo el tiempo, ni los locos carecen de lucidez, que puede magnificarse en ciertas áreas expresándose de diversas formas poco entendibles quizá para los “otros”.

⁴⁰ Forma atenuada de manía caracterizada por una etapa de actividad exagerada y otra depresiva.

4. Teoría de las Representaciones Sociales

Las representaciones sociales son entidades casi tangibles, circulan, se cruzan y se cristalizan sin cesar en nuestro universo cotidiano a través de una palabra, un gesto, un encuentro.
Moscovici (1979)

Eventos biográficos de Moscovici sirvieron para desarrollar la teoría de las RS, llevándolo a preguntarse: ¿cómo es posible que los seres humanos se movilen a partir de algo que aparentemente supera la razón?, ¿cómo es posible que sean los conocimientos prácticos la base para que vivan sus vidas? Arruda (2010), refiere que las respuestas a estas preguntas destruyeron viejas divisiones entre razón y sentido común, razón y emoción, sujeto y objeto; percibiendo la realidad como socialmente construida y el saber cómo una construcción del sujeto, sin omitir su inclusión social.

De esta forma, el presente apartado aborda desde la perspectiva de Serge Moscovici en 1961 (principal personaje en la teoría de las Representaciones Sociales), la forma en la que ésta teoría se ha convertido a lo largo de la historia de las ciencias sociales en un elemento de la evolución del pensamiento y la investigación psicológica europea (Avendaño, Krause y Winkler, 1993), y su relación con las concepciones sobre enfermedad mental y locura. Desglosando también diversos conceptos que conforman a las Representaciones Sociales (RS)⁴¹ y que constituyen lo que Flick (en Avendaño et. al 1993), define como “formas posibles que pueden adoptar los contenidos culturales de un grupo social particular”; para vincular dichos elementos con la comprensión de la enfermedad mental y el estado del arte de las RS aplicadas a la enfermedad mental.

También se aborda un poco sobre las posturas acerca de las limitaciones de esta postura que plantean como refiere García (2011), que “la representación de algo para alguien se sustenta en otra teoría pertinente y no solo en la obtención o descripción de la misma” (p. 166), sin olvidar la fuerte influencia de la teoría de las RS en las ciencias sociales, explicando los fenómenos de orden simbólico desde una perspectiva de conciencia e imaginario, permitiendo describir y explicar las relaciones entre los elementos mentales y materiales en la vida social (Avendaño et al. 1993).

⁴¹ Abreviándose desde este momento como RS.

4.1 Surgimiento de la teoría de las representaciones sociales

Para principios del siglo XX el auge del positivismo generaba contrapartes que desfiguraban sus planteamientos considerados tradicionales para la ciencia, de esta forma Hernández Arístu (1991 en Martínez, 1995), describe el constructivismo como una teoría del conocimiento apartada del pensamiento tradicional incompatible con uno de sus presupuestos, como es la existencia de una realidad real, objetiva, diferente al propio sujeto.

Teniendo el sujeto un papel importante en la construcción de la realidad humana, se da pie al nacimiento de teorías como las de las RS para la cual se parte del año 1961 como su fecha de nacimiento gracias a Serge Moscovici y su publicación “La Psychanalyse⁴²” en Francia, la cual para Avendaño et al. (1993), representa el punto de partida de una transformación en la psicología social europea, que hace frente a la psicología social norteamericana fuertemente influenciada por el individualismo y los procesos de codificación, almacenamiento y recuperación de información, así como la realización de “esquemas” por el humano de forma individual para observar al mundo de una manera inteligible y predecible. Bajo el predominio de esta perspectiva pronto obtuvo su divulgación la teoría de las RS en los Estados Unidos y Latinoamérica convirtiéndose en un nuevo marco de trabajo para las ciencias sociales.

A pesar de lo revolucionario que resultó la teoría de las RS, fueron necesarios casi veinte años para que despuntara, pues para algunos solo significaba una reactualización de la corriente de pensamiento del siglo pasado y de las postulaciones de Durkheim sobre las representaciones colectivas, que para Arruda (2010), engloban las creencias, mitos, imágenes, idioma, derecho, religión y tradiciones sociales, basado en ello Moscovici renueva el concepto Durkheimiano actualizando el concepto a condiciones de la sociedad contemporánea. De esta forma Moñivas (1994), describe dicha reformulación de Moscovici de la siguiente forma:

“El hecho de que cualquier corriente de pensamiento está atravesada por la relación entre lo individual y lo social plantea el problema de qué conjunto de determinantes del conocimiento y la conducta tienen prioridad: si los que provienen del interior del individuo o los que provienen de la red de relaciones humanas” (p. 409).

⁴² Traducido como “El psicoanálisis, su imagen y su público”, refleja la mirada de la sociedad francesa sobre el Psicoanálisis, analizando la prensa y entrevistando grupos sociales.

En palabras de Moscovici (1979), para Durkheim las RS constituían una clase general de fenómenos psíquicos y sociales que comprendían lo que designamos como ciencia, ideología, mito, etc; que borrarán los límites entre el aspecto individual, el social y paralelamente las vertientes perceptual e intelectual del funcionamiento colectivo; transformando a la representación colectiva en una matriz a partir de la cual los individuos construyen representaciones individuales. Así las representaciones colectivas serían una clase general de ideas y creencias, mientras que las RS requerirían ser descritas y explicadas.

Si bien la psicología cognitiva analizaba la actividad mental y conductual de los organismos en su contexto, se necesitaba de nuevos procedimientos para explicar las relaciones entre los procesos psicológicos y sus contextos. Así se consideró la utilidad de las RS para acercarse a las variables de situaciones cuya manipulación sistemática y valorización en determinadas conductas resultaba complicada, considerando a su vez la independencia de los *colectivos de significado*, reflejados en actitudes, atribuciones, creencias, opiniones, estereotipos, teoría implícitas de la personalidad. De esta forma, se buscaba que al referir el término RS, se englobaran en él los colectivos de significados (Moñivas, 1994).

Un segundo elemento del cual derivan las RS, es la Etnopsicología de Wilhelm Wundt, quien buscando reafirmar una división entre la Psicología Fisiológica y Experimental, y la Psicología Social dio cabida a la Etnopsicología o la Psicología de los Pueblos. Dentro de ésta línea, Moscovici intenta reformular este planteamiento con el concepto de RS, el cual define como un conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de la comunicaciones interindividuales, que equivalen en nuestra sociedad, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales y dan cuenta de cómo los individuos, como sujetos sociales, incorporan y organizan lo social (García, 2011).

Por último el tercer elemento que antecede a las RS, es el Interaccionismo Simbólico de George H. Mead; que plantea la acción como determinante para que los estímulos sean relevantes para un individuo. Como consecuencia la realidad puede ser entendida no como una representación de lo real, sino como una dimensión respecto al grado de poder que se tenga para intervenir ese entorno; siendo la comunicación una forma de interacción cuyas dos características son: “quien se comunica puede comunicarse consigo mismo y que esta comunicación crea realidad” (García, 2011).

4.2 La Subjetividad en las representaciones sociales.

El papel de la subjetividad entro a primer plano mediante la triangulación *sujeto-alter-objeto*, bajo dicha triangulación el papel del sujeto se ha analizado considerándosele portador de significados; siendo así las RS podrían convertirse en *RS individualizadas* obtenidas de la suma de los contenidos manifestados por el individuo. Sin embargo, el pensamiento positivista, marxista, estructuralista y postmodernista a finales de la segunda guerra mundial desacreditaban la noción de sujeto⁴³; rechazando el pensamiento como algo propio de él, anulando su participación activa como entidad psicológica y mental en las RS. Es hasta que las ciencias humanas de la mano con la revolución cognitiva despegan sus concepciones cuando se concibe al sujeto cómo un ente social que interioriza y se apropia de las representaciones, interviniendo en su construcción; realzando la naturaleza de la conciencia y la lógica de la acción humana; liberando a la subjetividad creada a partir de las condiciones socio históricas del momento y recibiendo influencia del orden religioso, político o artístico (Jodelet, 2008).

Foucault, como partidario del sujeto creador de subjetivación, impulsó proyectos para liberar al *nosotros* y no solo al individuo del estado y de su individualización inherente; de esta forma se concibe a las RS parte del proceso de subjetivación, como objeto de un trabajo reflexivo y de elección bajo la perspectiva del conocimiento de sí mismo. Estas ideas cobraron peso con el pensamiento posmoderno, rehabilitando el concepto de representación y la idea del *sujeto activo y pensante*, desarrollando teorías como la *teoría del sujeto*, que caracteriza a los individuos y grupos por una voluntad de libertad (Jodelet, 2008).

El sujeto como pensante y actuante reconoce las reivindicaciones identitarias en la lucha por la dominación y reconocimiento social, siendo los elementos simbólicos determinantes para las posiciones y relaciones que emplea cada clase, grupo o medio social para ser percibido y constituido en su identidad (Chartier, 1989 en Jodelet, 2008). Los elementos simbólicos son parte esencial ya que el sujeto como productor de sentidos subjetivos y de espacios propios de subjetivación, contribuye a comprender el carácter subjetivo de las RS; de esta forma el individuo porta una subjetividad de base histórico-social.

⁴³ Concebido como un *sujeto cartesiano* vinculado a un objeto, descartando todo tipo de introspección.

Siendo la subjetividad social la forma en que se integran sentidos subjetivos y configuraciones subjetivas de diversos espacios sociales, formando un sistema en el cual lo que ocurre en cada espacio social (familia, escuela, grupo informal) está alimentado por producciones subjetivas de otros espacios sociales; las personas son entonces verdaderos sistemas portadores de los efectos colaterales y contradicciones de otros espacios de la subjetividad social. Cabe resaltar que la persona es portadora de esos procesos en su subjetividad individual y en su tránsito por múltiples espacios sociales (González 2008).

Moscovici define la *subjetividad* como un aspecto cognitivo-simbólico que refuerza la idea de que las RS son construcciones del pensamiento en las que las emociones son sólo “acompañantes”. Sin embargo, las RS también constituyen producciones simbólico-emocionales compartidas, expresadas diferenciadamente en la subjetividad individual; así los sujetos individuales y los espacios sociales, representan momentos activos de una producción subjetiva que, en su *procesualidad*, son parte inseparable de la producción del conocimiento social. Así, la subjetividad de sujetos que comparten actividades mediadas por las RS alimenta subjetivamente las prácticas sociales compartidas en ese espacio. Sin las emociones, toda producción subjetiva reduciría su presencia a un aspecto intelectual estrecho en comparación con la multiplicidad de emociones integradas en una RS (González 2008). Guattari (1986 en Jodelet, 2008), considera que:

“La subjetividad esta hoy masivamente controlada por dispositivos de poder y de saber que pone las innovaciones técnicas, científicas y artísticas al servicio de las figuras más retrogradadas de la socialidad. Pero sin embargo se pueden concebir otras modalidades de producción subjetiva como las procesuales y singularizantes” (p. 40).

La teoría de la subjetividad permite avanzar en dos aspectos importantes para el desarrollo de la teoría de las RS. Uno es facilitar la comprensión de las emociones asociándolas a los sentidos subjetivos, ya que alimentan a las RS desde procesos implicados con esferas diferentes de la subjetividad social, aumentando el valor heurístico de las representaciones para el conocimiento social. La otra cuestión es el lugar del sujeto en la producción de las RS, facilitando la comprensión de la relación entre lo social y lo individual (González, 2008).

4.3 Definición de las Representaciones Sociales

Para García (2011), no es fácil el concepto de RS por su posición “mixta” en la intersección de conceptos sociológicos y psicológicos. Gracias a ellas se puede adquirir conocimiento y comunicar de diversas formas, considerando dos formas móviles para llevar a cabo esta acción, la consensual y la científica. La tabla 1 muestra las diferencias entre el universo consensual y el reificado, siendo en el universo consensual donde más surgen las RS debido a la inexistencia de fronteras, todos pueden hablar acerca de todo, mientras que en el reificado sólo hablan los especialistas; si no fuera así todos serían capaces de opinar sobre cualquier asunto, al contrario de lo que ocurre en los medios científicos, en los que la especialidad determina quién puede hablar sobre qué (Arruda, 2010).

Tabla 1. Representación del universo consensual y el universo reificado (Arruda, pág. 320).

Universos consensuales Individuo, colectividad	Universos reificados
<i>Opus proprium</i>	<i>Opus Alienum</i>
Sociedad=grupo de iguales, todos pueden hablar con igual competencia	Sociedad=Sistema de roles y clases diferentes → derecho a la palabra desigual: Experts
Universos consensuales	Universos reificados
Sociedad de “Amadores”, curiosos: Conversación, complicidad, impresión de igualdad, de opción y afiliación a los grupos	Sociedad de especialistas: Especialidad → grado de participación
Conocimiento parece exigencia de comunicación → alimentar y consolidar el grupo	Normas de los grupos → propiedad del discurso y comportamiento
Resistencia a la intrusión	Unidad del grupo por prescripciones globales, no por entendimientos recíprocos. División por áreas de competencia
Representaciones Sociales	Ciencia
Sentido común, conciencia colectiva	Retratar la realidad independiente de nuestra conciencia
Accesible a todos, variable	Estilo y estructura fríos y abstractos

Para Moscovici (1979), la RS solo es una de las vías para captar el mundo concreto, proceden de observaciones, apropiándose de nociones y lenguajes de las ciencias o filosofías para extraer conclusiones. Divididas en tres vertientes que Banchs (1989), define así:

- La primera vertiente desarrollada por Jodelet, comparte las concepciones originales de Moscovici y la complejidad de las RS.
- La segunda vertiente, centrada en los procesos cognitivos fue desarrollada por Abric, entorno al estudio de la estructura de las RS.

- La tercera vertiente posee un corte más sociológico, desarrollada por Doise se enfoca en las condiciones de producción y circulación de las RS.

Para la presente investigación, se enfatiza en la primera denominada *vertiente procesual*, debido a que el análisis que realiza se enfoca en los aspectos constituyentes de las RS, resaltando los procesos sociales y psíquicos que le subyacen. Esta vertiente se familiariza con la epistemología socio constructivista y la hermenéutica, así su metodología implícita incluye entrevistas, grupos de discusión, etnografía entre otros elementos que buscan *indagar por el sentido que se otorga a la representación social* (García, 2011).

Siendo las RS una construcción social del conocimiento por parte del sujeto mediante conversaciones interindividuales o intergrupales (Moñivas 1994), reflejan una producción de la subjetividad social integrando sentidos y configuraciones desarrolladas dentro discursos, consecuencia de un orden social con niveles de organización y procesos en desarrollo (González, 2008). Para Moscovici (1979), cuando el sujeto expresa su opinión sobre un objeto, supone que ya se ha representado algo de este, por tanto estímulo y respuesta se forman conjuntamente. Así, existen varias dimensiones para la conformación de las RS, que una vez integradas se pueden estudiar conjuntamente, Jodelet (2008), refiere al respecto tres esferas de pertenencia de las representaciones, las cuales funcionan para su análisis y se denominan: subjetividad, intersubjetividad y trans-subjetividad (figura 9).

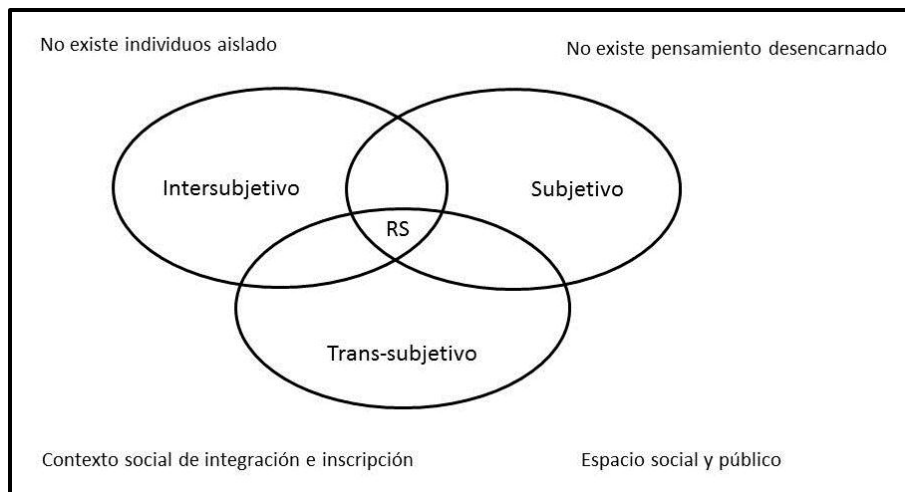


Figura 9. Esferas de pertenencia de las representaciones sociales (Jodelet, pág. 51).

Bajo este esquema, los sujetos son actores sociales activos dentro de un contexto social de interacción e inscripción; ésta última conlleva dos tipos de procesos: la participación en una red de interacciones con otros por comunicación social y la pertenencia definida por lugar en la estructura social, posición en relaciones sociales, inserción en grupos sociales, contexto de vida y espacio social y público. De acuerdo a ello Jodelet (2008), especifica las tres esferas de la siguiente manera:

- La subjetividad, representa los procesos a nivel del individuo, de los cuales se apropia y construye sus representaciones, englobando elementos cognitivos y emocionales.
- La intersubjetividad, sitúa al sujeto en el mundo por el cuerpo, así que no existen pensamientos desencarnados, remitiendo situaciones que en contextos determinados contribuyen a establecer representaciones elaboradas en la interacción entre sujetos principalmente por comunicación verbal.
- La tras-subjetividad, conformada por elementos de las esferas anteriores, engloba individuos y grupos, contextos de interacción, producciones discursivas e intercambios verbales (remite lo común para los miembros de un colectivo).

De esta forma al ser las RS una producción social instalada inconscientemente en los individuos, orientan sus prácticas cotidianas y la producción del sentido común, elaboran comportamientos y la comunicación entre individuos, una actividad psíquica que hace perceptible la realidad física y social a la que el hombre se integra en grupo o relación de intercambios; buscando pertenencia a un ambiente social (González, 2008). Sin embargo al ser construcciones nacientes de la cultura, también son vulnerables a deconstruirse de la misma forma (Flores, 2010). Siendo así Moscovici en 1973 (en Gutiérrez, Arbesú y Piña, 2014), resume que las RS son “un sistema de valores, ideas y las prácticas que establecen un orden consensual entre los fenómenos permitiendo la comunicación entre los miembros de una comunidad al proveerlos con un código para el intercambio social”.

Creencias, Emociones y Prácticas

Para que una creencia tenga las características de las RS, debe centrarse en objetos sociales (grupos, roles, instituciones) ya que sólo es social si es compartida por un grupo y si es elaborada por éste; estas creencias sirven para la comunicación social, intra e intergrupales de manera que las RS clasifican a los objetos sociales y explican sus características a partir del

discurso y creencias de sentido común que guían las interacciones (Ayestaran y Paez, 1986). Las creencias son un intento individual y colectivo por comprender, controlar y mantener el entorno que les rodea y el ambiente interno de cada individuo; surgen y evolucionan de la interacción social de los individuos, de manera que para entender cómo la gente actúa en su vida es necesario ver el significado que la gente pone en su universo; las creencias se ubican en la categoría de las RS con tres componentes básicos Jodelet (en Melguizo y Alzate, 2008):

- La información: Referente al volumen de conocimiento de un objeto social, a su cantidad y calidad influenciada por el contexto social en que se presenta.
- El campo de la representación: Es la estructura y organización con la que a partir de un mínimo de información se constituye un espacio significativamente articulado.
- La actitud: Expresa la orientación (de acción) general, positiva o negativa frente al objeto de representación.

Las emociones por su parte, son omnipresente de la experiencia humana, acercadas a los elementos valorativos que orientan la postura del sujeto frente al objeto representado (Ibáñez, 1994 en Gutiérrez et al. 2014), son una construcción social realizada a partir del lenguaje, determinada por el sistema de creencias aprendidas al interiorizar los valores y generar patrones de comportamiento social y culturalmente construidos (Páez, Echebarría y Villarreal, 1989 en Gutiérrez et al. 2014). Generalmente involucran un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo, influyendo en el modo en el que se percibe (Gutiérrez et al. 2014) y en el posicionamiento favorable o desfavorable ante el objeto de representación y su construcción mediante un discurso que le confiere realidad objetiva (objetivación) y lo ancla en una red de significados (anclaje) (Banch 1996 en Gutiérrez et al. 2014);

En el caso de las prácticas, estas guardan una relación dinámica con las creencias, de manera que Harris en 2000 refiere que las creencias influyen en las prácticas y éstas a la vez pueden modificar a las creencias, ya que ambas emergen de la realidad que rodea a las personas (Melguizo y Alzate, 2008). De acuerdo al contexto cultural Benner afirma que los seres humanos refinan sus prácticas constantemente ya que están constituidas culturalmente.

4.4 Representaciones Sociales e Identidad

La identidad no solo involucra a las personas vistas como unidades, para Íñiguez (2001), representa un dilema entre la singularidad de uno mismo y la similitud con los congéneres, entre la especificidad de la propia persona y la semejanza con otros, entre las peculiaridades de nuestra forma de ser o sentir y la homogeneidad del comportamiento. Así en la construcción de la identidad de un individuo es importante la dinámica social presente en la cultura, unida a las elaboraciones personales y a la experiencia e interpretación subjetivas; afectando la forma de percibir el mundo y de relacionarse con el entorno, además de las limitaciones y posibilidades colectivas y personales de hombres y mujeres (Vaca, Chaparro y Pérez, 2006).

Identidad es entonces un constructo relativo al contexto sociohistórico en que se produce y en que surgen nuestras relaciones e intercambios con los demás. En esas relaciones, es necesario una identificación y diferenciación con quienes nos rodean, la identificación garantiza la seguridad de saber quiénes somos y la diferenciación nos evita confundirnos con los demás (Íñiguez, 2001). El marco referencial de la cultura permite que sus miembros a pesar de las diferencias, creen estructuras mentales comunes; manifestando de formas características y similares interpretaciones y reacciones frente a una realidad en un grupo de personas. Por otro lado, en el interior de una misma cultura se suelen realizar categorizaciones de los sujetos en función de atributos semejantes (política, raza, religión, sexo etc.) así cada grupo forma estructuras conceptuales, costumbres y creencias compartidas entre sus miembros y que los diferencia de otros, aun bajo un mismo contexto (Vaca, Chaparro y Pérez, 2006).

Los individuos se empeñan en identificar y acentuar las diferencias que existen entre unos grupos y otros, con el propósito de incrementar su identidad colectiva y su sentido de pertenencia a un grupo que les asegure ciertos beneficios (Vaca, Chaparro y Pérez, 2006). De manera que también se habla de una identidad social refiriendo la experiencia de lo grupal a los vínculos o las redes pero ¿qué relación guarda la identidad personal y la identidad social?, Lo que denominamos identidad, individual o social, está relacionado con la elaboración conjunta de cada sociedad particular a lo largo de su historia, tiene que ver con las reglas y normas sociales, con el lenguaje, el control social, las relaciones de poder y con la producción de subjetividades (Cabruja, 1996; 1998; Pujal, 1996 en Íñiguez, 2001).

Tajfel define la identidad social como la conciencia de pertenecer a un grupo o categoría social, la valoración de dicha pertenencia puede ser positiva o negativa. Así, en el proceso de interacción social la pertenencia determina la aparición de comportamientos diferenciales, favorecedores o perjudiciales al grupo opuesto (Íñiguez, 2001). La identidad es fruto de las interacciones entre las personas a lo largo del tiempo, en relación con la participación del lenguaje y el proceso por el cual los seres humanos se comunican unos con otros, creando significados que definen la propia experiencia del ser y existir.

El lenguaje es importante en la constitución de la identidad, ya que por medio de él se interpreta aquello que somos, genera una imagen de nosotros mismos y de los demás y la comunica en nuestro contexto social; gracias a este proceso lingüístico se da el acercamiento con la experiencia individual y/o social que llamamos identidad. Ciertos contextos sociales asumen valores que privilegian ciertas identidades como joven u hombre en perjuicio de otras como viejo o mujer, así por ejemplo la identidad 'homosexual' está condicionada por la idea de homosexualidad, que solo tiene sentido en una sociedad en la que exista clara separación entre masculino y femenino y la idea de la familia nuclear (Íñiguez, 2001).

El estudio de la identidad en Psicología social emplea el interaccionismo simbólico de Mead y la micro-sociología de Goffman. Para el interaccionismo simbólico, la identidad implica una reflexibilidad lógica del sujeto (individual o colectivo) que se ve a sí mismo y que se ve a sí mismo a lo largo del tiempo; para Mead la identidad/self surge en el transcurso de las RS; así las respuestas de las otras personas a nuestro comportamiento y nuestro propio comportamiento hacia sí y hacia los demás, son los procesos constitutivos de la identidad. Somos de acuerdo nuestra experiencia, como singular y con doble dualidad: interno /externo (cuerpo/mente) e individual/social. Esas dualidades resultan de un entramado de operaciones de subjetivación (religiosas, filosóficas y científicas) que nos constituyen a lo largo del tiempo tal y como somos y tal y como nos experimentamos (Rose en Íñiguez, 2001). (Íñiguez, 2001).

Por último, para Flores (2010), por ser la identidad de género una construcción social, no puede ser explicada por sus efectos necesitando para su estudio un marco teórico que la conciba como tal; ya que cada sujeto experimenta de forma única su vivencia como hombre o mujer a pesar de ser el sistema de género quien fundamenta la mentalidad en torno al sexo.

4.5 Funcionalidad de las RS

La función de las RS es facilitar la construcción simbólica de lo social de manera que como refiere García (2011), influyen en que las personas acepten la realidad social instituida, con la finalidad de integrar al sujeto a la condición social que le corresponde según su posición, proporcionando cambios sociales a nivel individual o colectivo en la forma en que el sujeto ve, piensa conoce siente e interpreta su ser en el mundo, orientando y reorientando las prácticas (Jodelet, 2008). Sin embargo para que las RS logren su objetivo, son necesarios algunos procesos como el de *objetivación* y *anclaje* mediante los cuales se construyen los sistemas de representaciones propios de cada persona, encargados de la regulación social; así una *nueva* representación se *ancla* en un sistema de relaciones históricas encargadas de brindar sentido al objeto en la red representacional (Flores, 2010).

Al verse inmersos todos estos elementos Moscovici (1979), concibe a las RS como un sistema de valores, ideas y prácticas que en conjunto poseen dos funciones:

- Establecer un orden capacitando a los individuos para orientarse en su mundo material y social para poder dominarlo.
- Hacer posible la comunicación entre miembros de una comunidad brindándoles un código de intercambio social para nombrar y clasificar *no* ambiguamente los aspectos de su mundo e historia individual.

De esta forma, se considera que las representaciones que son siempre de alguien tienen una función *expresiva*, permitiendo con su estudio acceder a significados que los sujetos (individuales o colectivos) atribuyen a un objeto reconocible en su entorno social y material, también permiten analizar la forma en que estos significados se articulan a su sensibilidad, intereses, deseos, emociones y funcionamiento cognitivo (Jodelet, 2008).

Considerando que las RS funcionan como un medio de expresión del pensamiento natural, no formalizado, ni institucionalizado. Representan formas de conocimiento de sentido común del público, diferentes de las formas de conocimiento sistemático e institucionalizado que son las ciencias y las ideologías. Debido a su dinamismo una característica es la producción de comportamientos y de relaciones con el medio, creando no solo una reproducción de estos comportamientos y relaciones, ni una reacción a un estímulo exterior, sino más bien

modificando a ambos, convirtiéndose en sistemas con una lógica y un lenguaje particulares, una estructura de implicaciones referentes a valores y conceptos. No se consideran “opiniones sobre” o “imágenes de”, sino teorías de las ciencias colectivas destinadas a interpretar y a construir lo real que constantemente van más allá de lo inmediatamente dado en la ciencia o la filosofía, de la clasificación dada de hechos y acontecimientos (Moscovici, 1979).

Las RS representan una herramienta mediante la cual Avendaño et al. (1993), consideran se dicta la dirección a través de la cual “el grupo” maneja aquello que no le es familiar, logrando prescripciones de lo que el ser humano es capaz de percibir e imaginar, vinculado con el comportamiento del individuo dentro de una “colectividad”; construyendo desde una perspectiva constructivista la realidad y el conocimiento. De esta forma, Moscovici propone no dejar de lado los procesos subjetivos y cognitivos del hombre ignorados por la ciencia, así las RS son una forma de conocimiento típica de las sociedades cuya velocidad de la información obliga a un procesamiento que Arruda (2010), describe como:

“un procesamiento constante de lo nuevo, que no abre espacio ni tiempo para la cristalización de tradiciones, procesamiento que se sostiene en la mirada de quien ve. La RS, no es una copia ni un reflejo ni una imagen fotográfica de la realidad: es una traducción, una versión de ésta” (p. 324).

La RS, no es una copia, ni un reflejo ni una imagen fotográfica de la realidad: es una traducción, una versión de ésta” (p. 324), empleada por las ciencias sociales para explicar las interacciones entre individuo, sociedad y su relación con la realidad social, lo que le ha permitido a esta teoría ganar reconocimiento a pesar del riesgo de caer en la sistematización y rigidez al interpretar la realidad social; invitando a mantener la línea de investigación para generar categorías conceptuales adecuadas al contexto y necesidades actuales (García, 2011).

4.6 Estado del arte de las representaciones sociales y la enfermedad mental.

Abordar el estado del arte⁴⁴ de las RS en el estudio de la enfermedad mental permitirá un acercamiento a las aportaciones de la presente investigación. Partiendo entonces de los términos *salud* y *enfermedad* que para Eslava y Puntel de Almeida (2002), refieren el

⁴⁴ Nivel de conocimiento y/o grado de desarrollo alcanzado en un campo, enfatizando la producción científica reciente, sin olvidar su construcción histórica y social (Eslava y Puntel de Almeida, 2002).

bienestar o calidad de vida, se desglosa el de *enfermedad mental*. Respecto a estos conceptos Torres, Munguía, Aranda y Salazar (2015), realizaron en México un estudio sobre las RS de la salud mental y la enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, identificando el contenido y la organización de las RS, mostrando que la salud mental se identificó como un estado de emociones positivas, estados satisfactorios de tranquilidad y estabilidad generando bienestar y calidad de vida; mientras que la enfermedad mental se asoció a la locura, causada por daños orgánicos y emocionales, con un tratamiento biomédico y psicológico con baja probabilidad de recuperación.

Esta fue una investigación contemporánea, sin embargo desde en 1986 Ayestaran y Paez se interesaron por conocer la utilidad de las RS en el estudio de la enfermedad mental, acercándose a las creencias informales de sujetos sobre la *enfermedad mental*, la *locura* y lo *normal*, su trabajo incluía cuestionamientos a sujetos sobre casos específicos y sobre los enfermos mentales como grupo y rol social; algunos de sus resultados fueron:

- *Las creencias del público sobre las características de las enfermedades mentales*: El público emplea el término enfermedad mental para los desórdenes graves y a pesar de que las creencias varían entre poblaciones, el rechazo al enfermo mental persiste, otorgando al “loco” el encierro.
- *Causas de la enfermedad y las RS*: Persisten concepciones de la enfermedad mental como fenómeno sobrenatural, otorgando poca credibilidad al tratamiento médico y la concepción de la enfermedad mental como fenómeno funcional y psicológico.
- *Diferencias entre RS del público y los profesionales*: Las RS de profesionales son atribuciones basadas en criterios psicopatológicos; el público resulta más restrictivo con criterios comportamentales y sociales. Bajo una representación asilar, se estereotipa al enfermo mental como irracional, insensible, imprevisible y peligroso.
- *RS y conducta ante la enfermedad mental*: La RS de la enfermedad mental como fenómeno médico-biológico aumenta comportamientos entre el público que considera al enfermo impotente para reaccionar, dominado por procesos físico-patológicos, incapaz de cumplir sus obligaciones laborales y familiares.

Ambas investigaciones muestran la negatividad sobre el enfermo mental y sus capacidades personales y sociales, al igual que desconfianza en la probabilidad de su recuperación o

reinserción social. Las RS sobre la enfermedad mental resultan primordiales para conocer por qué la sociedad percibe como lo hace al enfermo mental; respecto a ello y hablando en cifras internacionales, se refiere el trabajo de Eslava y Puntel de Almeida (2002), sobre la distribución porcentual de las RS aplicadas al estudio de la enfermedad mental, observando en la figura 10, que de un total de 127 trabajos encontrados en MEDLINE (46) y LILACS (81) países como Estados Unidos (53.7) y Brasil (81.81), presentan mayores aportaciones.

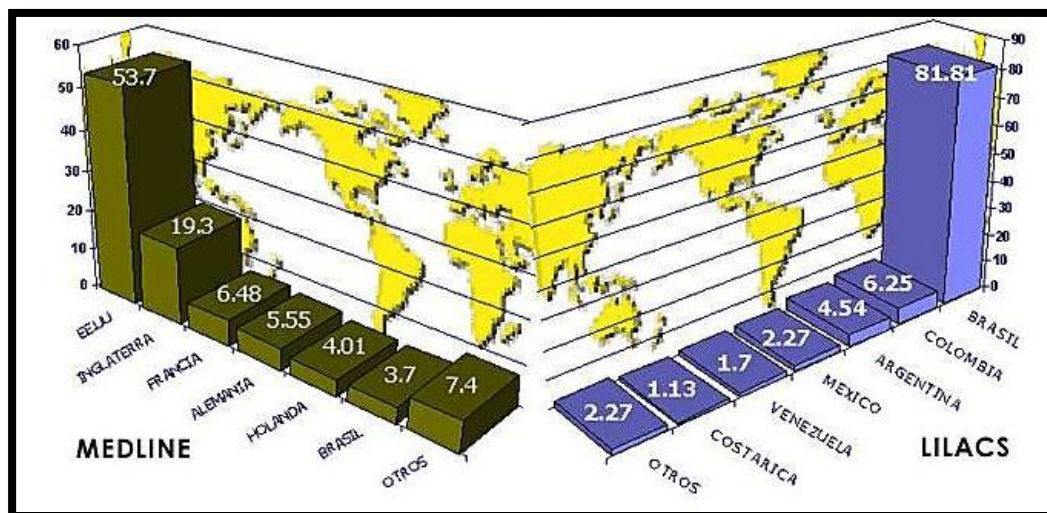


Figura 10. Distribución porcentual según el país en que se publican artículos referentes a RS entre 1966 y 2000 (Eslava y Puntel de Almeida, pág. 68)

Eslava y Puntel de Almeida (2002), concluyen que la producción de trabajos sobre RS y enfermedad mental, resultan importantes (principalmente para Latinoamérica por su escasa producción) para comprender fenómenos como procesos de demanda y atención de servicios de salud, la permanencia de prácticas y creencias populares así como la interacción cultural en el proceso de tratamiento. Así las RS pudieran funcionar como un medio de abordaje teórico entre los elementos biológicos y sociales dentro del binomio salud-enfermedad.

Para Bueno y Mestre (2005), la investigación sobre RS y enfermedad mental analiza la expresión de la sociedad sobre la RS que genera y dota de significados según el marco socio-histórico vigente y la interacción de los grupos interesados en su comprensión. Respecto a ello destacan los trabajos realizados en España por Páez (1983, 1986), Martínez y Herreros (1985), Buendía (1985), Ayestarán (1985,1986), Itza, Pinilla y Paez (1987), Cabruja (1988), Madrigal (2000) y Mestre (2002), centrados en la búsqueda de interpretaciones compartidas y elaboradas por grupos sociales conformadas por sistemas de creencias y opiniones utilizados

en la interacción social para clasificar y explicar las características y categorías que definen a la enfermedad mental. Así las conductas sociales de los sujetos y el comportamiento de afrontamiento hacia la enfermedad mental se rigen por las expectativas de los grupos de referencia y la percepción que el sujeto tiene de su dolencia (McWire, 1985 en Bueno y Mestre, 2005). Con base en dicha investigación sobre RS de la enfermedad mental en la prensa, Bueno y Mestre (2005), concluyen:

- *La imagen de la enfermedad mental:* Un examen exploratorio de frecuencias y porcentajes muestra que los temas en prensa con mayor relevancia sobre la enfermedad mental, son los referidos a la agresión y a los aspectos judiciales de la misma.
- *La imagen del enfermo mental:* El perfil que ofrece la prensa sobre el enfermo mental corresponde regularmente al de un varón (38%) integrado en las redes sociales (23%), de entre 25 y 50 años (16%) con familia propia (14%) en un ambiente familiar conflictivo, siendo la agresión a terceros la circunstancia más mencionada (21%).
- *La imagen de las instituciones implicadas:* Las noticias en prensa sobre el entorno familiar del enfermo mental demandan ayuda a las instituciones, realizando denuncias frecuentes a la policía sobre familiares enfermos (5%) y la integración social del enfermo mental (3%) criticando la administración sanitaria y los servicios sociales (3%). La opinión en prensa de profesionales sobre los trastornos mentales es principalmente por psiquiatras (19%), médicos (10%) abogados (17%) y jueces (10%). Los psicólogos (8%) y trabajadores sociales (2%), presentan una escasa contribución en opinión pública y rol social.

Para Bueno y Mestre (2005), los resultados de su trabajo representan el estudio sobre el campo representacional de la locura de Cabruja (1988), dónde la valoración negativa del enfermo mental es reforzada por los medios de comunicación (prensa). La agresión y sus consecuencias legales, así como los servicios sociales se encuentran cercanos a la prensa autonómica, mientras que la orientación biomédica y especializada caracteriza a la prensa nacional. De esta forma, la relación entre esta categorización y las conductas persistentes de exclusión de los grupos sociales hacia personas con enfermedades mentales se reflejan con el empleo de términos como: irresponsable, irracional, diferente, imprevisible, amenazante, peligroso, sensible para el afrontamiento de problemas y causa de humillación familiar.

La humillación familiar refleja el deseo de evadir la responsabilidad en el afrontamiento de la enfermedad mental, resignándose ante lo percibido como incurable y otorgando mayor responsabilidad al especialista del tratamiento. Las RS encarnan una conducta social que reconstruye la información ambigua para afrontar los trastornos mentales, intentando la unión de la familia y la legitimación de grupos profesionales y comerciales que monopolizan su tratamiento. Ya que a pesar de iniciada la reforma psiquiátrica, no se observa en las RS de la enfermedad mental (en la prensa escrita) un avance del modelo comunitario de integración social, si no teorizaciones y conceptos dispersos que conjugan características positivas del movimiento asociativo con la demanda de dispositivos asistenciales y paternalistas de la discapacidad (Bueno y Mestre; 2005), siendo necesario ampliar los alcances de las RS para generar propuestas que logren cambios en beneficio de los pacientes.

Por otra parte, la investigación cualitativa feminista interesada en la forma en que las mujeres experimentan, contextualizan y significan el mundo, emplea narrativas en la construcción de género involucrando elementos afectivos y emocionales. Así, el *Nuevo informe Hite*, recogió las experiencias subjetivas de mujeres en relación a la sexualidad y el amor mediante cuestionarios que a pesar de las críticas⁴⁵ sobre su origen descriptivo y dificultad para la interpretación profunda, aborda aspectos que bajo el sesgo androcéntrico de la investigación tradicional no se alcanzaban (García y Montenegro, 2014).

Si bien las RS generan críticas a favor o en contra, las ideas que plantea tienen aportaciones psicosociales que contribuyen a la comprensión de la construcción social. Las investigaciones bajo la perspectiva de las RS respecto al género o a los programas de salud mental, advierten la necesidad de abordar la visión cultural de las personas para fundamentar las intervenciones y evaluar la posible resignificación de las RS de la población al respecto (Torres et al. 2015).

⁴⁵ Permitiendo que fueran ellas las que hablaran, en vez que los expertos hablaran por ellas.

5. Método

5.1 Justificación

Las RS permiten ver un fenómeno dentro de su contexto social y desde los “actores principales” mediante técnicas cualitativas consideradas disminuidas en estudios centrados en las experiencias concretas de las mujeres; principalmente en fenómenos que entrecruzan elementos y niveles de la realidad social (Schäfer, 2008). En la presente investigación, las RS permitieron explorar la construcción del objeto social “enfermedad mental-locura”, así como las emociones, creencias y prácticas de las usuarias y personal de diversas áreas de CAIS Cascada que las conforman, conociendo también la construcción de las usuarias de su identidad en relación a que el cuerpo de las mujeres ha sufrido múltiples agresiones al intentar normalizarlo ante la mirada del otro, generando el extrañamiento de su cuerpo que acaba enfermo de tanto encargarse de los demás, ligando la identidad de las mujeres a la sensación de culpa al no poder cubrir los múltiples roles establecidos (Valls-Llobet, 2013). Éste incumplimiento suele conceptuarse como locura o problema mental (Ruiz y Jiménez, 2003), sin embargo mediante las RS se puede revalorar y deconstruir el objetivo de instituciones de apoyo para incentivar la reinserción social de personas con padecimientos mentales. Ya que el poder institucional se ha asociado con el derecho a hablar y a hacer callar, logrando un silencio mayor al número de personas recluidas en ellas (Llamas, 2013).

La identidad como construcción social y proceso interactivo, sólo existe en y a través de las relaciones sociales, siendo además relaciones de producción y poder; en este sentido la identidad se logra a través del discurso que tiene lugar en el grupo social, dependiendo del lugar que uno ocupa en dicho grupo (Agulló, 1998), de esta forma se pueden observar similitudes o diferencias respecto al discurso que sobre la enfermedad mental-locura y la institución psiquiátrica tiene el paciente mental y cómo forma las RS sobre médico, paciente o sí mismo. Así las RS constituyen relaciones de poder al interior de la subjetividad, entre subjetividad, poder y lenguaje así como la intersubjetividad que reproduce un dispositivo institucional del “sí mismo” en: la escuela, cárcel, hospital o manicomio, (Rodríguez, 2004).

La importancia en relación a las RS femeninas se debe a que CAIS Cascada apoya exclusivamente a mujeres con trastornos mentales y en situación de calle o abandono familiar; lugares como éste a pesar de no pertenecer al sector salud si no al de desarrollo social, trabajan

el estigma, discriminación y aislamiento hacia la enfermedad mental que causa conflicto entre la comunidad, pues solo quien lo ha padecido sabe lo que representa para sí brindando a la personas internas, mayores herramientas para éste logro y no solo su permanencia. De esta forma, se prioriza el trabajo deconstructivo de los diagnósticos que han inferiorizado a las mujeres mediante el “profesional” que con una analítica a la medida de las patologías masculinas, manifiesta que está “psicológicamente preparada para ser manipulada y controlada”; siendo así los estudios con perspectiva de género en las ciencias de salud mejoran la calidad de los profesionales estimulando a las mujeres a auto-ayudarse y disminuyendo la medicalización excesiva que las afecta debido al bombardeo publicitario enfocado en cuidar de los otros (Valls-Llobet, 2013). Así, el reconocimiento de la enfermedad mental contribuye a comprender la necesidad de un tratamiento que mejore la calidad de vida de los pacientes y sus familias; obteniendo su éxito en relación directa al grado en que paciente y familia comprenden la enfermedad mental (Spadini, & Souza, 2006).

Ésta perspectiva, se relaciona con los conceptos de biopolítica y biopoder de Foucault refiriendo la forma en que los estados modernos, los descubrimientos científicos y las acciones sobre el cuerpo desde la ingeniería genética y los fármacos para el equilibrio cerebral, convierten a los individuos en “cuerpos dóciles”; generando la abrumadora administración de psicofármacos (85% mujeres y 15% hombres) abriendo la brecha de género en la salud mental, psiquiatrizando cualquier problema psicológico o biológico de la mujer, disminuyendo su autonomía ante el poder del diagnóstico, que para algunas personas representa “la sentencia” que tiene gran efecto sobre la mente y el cuerpo (Valls-Llobet, 2013).

Oliver Sacks (2008) en su obra “El hombre que confundió a su mujer con un sombrero” al señalar: “Me interesan en el mismo grado las enfermedades y las personas”, refiere contemplar en el paciente, no solo elementos que brinden un diagnóstico clínico, también lo que conforma al ser humano y su padecimiento, su historia, su vida y realidad. Por ello la importancia de investigar sobre el afrontamiento social ante las problemáticas de salud y la forma en que las personas como las usuarias de CAIS Cascada, viven su día a día. Para éste propósito la palabra no es exclusivamente el vehículo de las experiencias, los *locos* refiere Llamas (2013), han participado discursivamente en la vida de los que, a su vez han afirmado no serlo a través de un lenguaje cuya única diferencia es el lugar en las distribuciones sociales del habla.

5.2 Planteamiento del Problema

La enfermedad mental involucra a la familia, las instituciones y la sociedad en general, sin embargo con el bombardeo informativo contemporáneo es frecuente que se generen elementos negativos sobre los trastornos mentales, que no mejoran las prácticas institucionales ni la reinserción social de una persona. La Organización Panamericana de la Salud (2009), señala que una minoría de las personas que requieren atención sobre salud mental la reciben, a pesar de la discapacidad e impacto emocional que genera en ellos, en sus familias y su comunidad. Actualmente las instituciones para la enfermedad mental presentan dificultades en cuanto al apoyo que brindan o la falta de recursos para el desarrollo de sus prácticas; de manera que es común observar vigentes protocolos de atención desactualizados, pues para Berenzon et al (2013), el porcentaje de cursos de actualización y/o de educación sobre temas de salud mental dirigidos a profesionales (en niveles de atención como las prisiones) es menor al 15%.

La situación se complica cuando los pacientes se apropian de las concepciones en su mayoría negativas y estereotipadas sobre la enfermedad mental, sin embargo existen pocos estudios que valoran la visión del estigma de quien padece la enfermedad, bajo el supuesto de que no son capaces de evaluar su propia situación debido al deterioro cognitivo Ochoa, Martínez, Ribas, Gracia-Franco, López, Villellas, Arenas, Álvarez, Cunyat, Vilamala, Autonell, Lobo, Haro (2011). La visión subjetiva del que padece la enfermedad sobre cómo es percibido por los otros, influye directamente en su integración en la comunidad, por ello los estudios sobre la percepción de estigma social contribuyen para realizar programas de intervención adecuados y brindar al sujeto recursos y estrategias de afrontamiento.

Para la Organización Panamericana de la Salud (2009), los estudios epidemiológicos realizados en el último decenio en América Latina, muestran la necesidad de acción respecto a las enfermedades mentales que son cada vez más significativas, provocando un alto grado de sufrimiento individual y social, contribuyendo al aislamiento social y agravamiento del padecimiento. Así, la salud mental representa una cuenta pendiente para la salud pública de muchos países, quedando relegada frente a otros padecimientos que las políticas públicas priorizan, siendo los recursos para salud mental insuficientes (Berenzon et al; 2013).

Para Benassini (2001), el veloz progreso económico, tecnológico y las transformaciones sociales actuales han aumentado las problemáticas psicosociales, exigiendo mayor difusión de la situación en regiones como América Latina y el Caribe; en México se dispone de poca información epidemiológica sobre los padecimientos mentales, con excepción del abuso y la dependencia del alcohol, el tabaco y las drogas que si cuentan con publicidad y divulgación. Así, el CAIS “Cascada”, perteneciente al Instituto de Asistencia e Integración Social (IASIS) en su directorio (S/F), tiene la misión de reinsertar socialmente a niños, niñas, jóvenes, mujeres y hombres adultos y personas de la tercera edad en situación de calle o alta vulnerabilidad pertenecientes a la Ciudad de México, recibiendo específicamente mujeres mayores de 18 años con trastornos mentales severos.

5.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las RS de las usuarias del CAIS con respecto a la enfermedad mental y locura?

5.4 Objetivos

General

- Explorar y conocer las RS de las usuarias del CAIS Cascada sobre la enfermedad mental y la locura, para conocer semejanza y similitudes en relación al personal del área de salud y el personal ajeno a dicha área.

Específico

- Descubrir y comparar las creencias, emociones y prácticas que conforman las RS de las usuarias del CAIS Cascada, con respecto a la enfermedad mental y la locura.
- Descubrir y comparar las creencias, emociones y prácticas que conforman las RS de los trabajadores del área de la salud (expertos) del CAIS Cascada, con respecto a la enfermedad mental y la locura.
- Descubrir y comparar las creencias, emociones y prácticas que conforman las RS de los trabajadores ajenos al área de la salud del CAIS Cascada, con respecto a la enfermedad mental y la locura.

5.5 Tipo de estudio y perspectiva de investigación

Para Blaxter, Hughes y Tight (2002), en la investigación cualitativa los hechos sólo se interpretan adecuadamente considerándolos dentro de un contexto natural donde nada se da por sentado y al cual es necesario adentrarse y permitir a los participantes manifestar sus puntos de vista de cualquier forma. Siendo así, los recursos etnográficos como dibujos, narraciones y observaciones permiten abordar las RS de las usuarias del CAIS, ya que debido a las limitaciones para tomar fotografías dentro del centro, el discurso, la observación y los comportamientos fueron primordiales. Bajo esta perspectiva, la presente investigación es descriptiva ya que da prioridad a las expresiones que brindan los participantes para construir las RS sobre la enfermedad mental y locura, pues para Íñiguez (2001), somos y actuamos de acuerdo a lo que narramos sobre nosotros mismos, modelando lo que sentimos y hacemos, así que vernos en un rol u otro tiene efectos distintos.

5.6 Confiabilidad y validez metodológica

Se consideraron los criterios de confiabilidad de Hernández et al. (2006), los cuales consisten en: proporcionar detalles específicos sobre la perspectiva teórica y el diseño utilizado; explicar con claridad los criterios de selección de los participantes y las herramientas para recolectar datos; ofrecer descripciones de los papeles desempeñados en el campo y los métodos de análisis empleados, especificar el contexto de la recolección y análisis. Por otra parte, la validez metodológica se basa en la triangulación, empleada para la corroboración estructural y la adecuación referencial así la combinación de prácticas metodológicamente múltiples, materiales empíricos, perspectivas y observadores utilizados en el estudio, permitió que lo explorado sea mejor comprendido y que tenga mayor rigor, profundidad riqueza y confiabilidad metodológica (Morales, 2006).

Aspectos Éticos: Luego de aprobada la realización del servicio social en dicha institución (anexo 2), se acudió a la coordinación de psicología del CAIS Cascada para presentar el protocolo de investigación y recibir la aceptación por parte de la directiva del centro. Se especificaron ciertos criterios para cuidar los datos personales de las usuarias, como no tomar fotografías de las usuarias y omitir su nombre, siendo necesario emplear seudónimos de nombres de flores y plantas (a elección de la investigadora). También se entregó un consentimiento informado a las usuarias para corroborar su participación, explicándoles el

propósito de la investigación y el compromiso y seriedad con que se manejó su información. Los resultados obtenidos se discutieron a la luz de escuchar desde los actores principales cómo se vive la enfermedad mental y su relación con la locura.

5.7 Participantes

Se convivió con la población total del CAIS Cascada, que consta de ~400 usuarias femeninas mayores de 18 años, con trastornos mentales severos y abandono familiar, con variaciones en cuanto al tiempo de internamiento. Se realizó un muestreo no probabilístico que fue propositivo intencional y consistió en seleccionar una serie de criterios considerados necesarios para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas para los fines que persigue la investigación. Es decir, buscando una muestra que enfatizara los casos más representativos, a su vez se emplearon informantes clave, quienes son personas con conocimientos especiales y estatus (Martínez, 2004), ésta labor recibió el apoyo de la coordinación de psicología de la siguiente manera:

1. Con base en la observación participante rutinaria de las usuarias, los criterios de selección (realización de actividades como aseo personal, acudir al comedor, participar en actividades recreativas, no generar conflictos, tomar sus medicamentos, acudir a su proceso terapéutico de ser necesario) permitieron seleccionar de cada módulo (II, III, IV y V) a las usuarias que se manifestaban estables psicológicamente⁴⁶. Considerando solo a la población menor de 60, debido a que las usuarias de población de “abuelitas” llevan rutinas distintas a las demás y su pabellón se encuentra separado (por rejas), además de que las entrevistas se realizaron en los cubículos del área de psicología, complicando su traslado a ellos por el uso de andaderas y bastones.
2. De las usuarias seleccionadas, se corroboró en el área de psicología su estado clínico, sus reportes de incidencias (regularmente peleas), de manera que se fueron descartando aquellas que habían presentado inestabilidades en la última semana.
3. Después se abordó directamente a cada usuaria para mostrarle los objetivos de la investigación y obtener su consentimiento de participación mediante una entrevista. Así, la muestra quedó conformada por cinco usuarias de los módulos II, III y IV.

⁴⁶ Haciendo referencia a usuarias que se encontraban menos perturbadas.

También se trabajó con personal del área de la salud (psicólogos, pasantes de psicología, enfermeros) a los cuales se les denominó “Expertos” debido a su papel como conocedores del padecimiento mental y la locura; y con el personal de áreas ajenas a la salud (trabajadores sociales, intendentes, personal del comedor). Ambos grupos se abordaron mediante trabajo etnográfico, involucrando discursos cotidianos y rutinas de comportamiento observadas durante la estancia en el centro; con la finalidad de observar similitudes o diferencias respecto a las RS de las usuarias y conocer de qué forma interaccionan todos los grupos.

La muestra de la investigación no es representativa estadísticamente debido al reducido número de participantes, sin embargo cualitativamente se considera que el tamaño de la muestra no altera el carácter macroscópico de un estudio, aportando a la interpretación de los datos resultantes un valor general en virtud de una concentración de lo global en lo local (Pérez, 2013), así la generalización es posible porque lo general solo se da en lo particular y para generalizar se debe localizar primero una estructura en individuos o situaciones particulares mediante el estudio y captación de lo esencial o universal (Martinez, 2004).

Características específicas de Participantes: Las usuarias participantes fueron cinco mujeres mayores de 18 años con problemas de salud mental severos, en situación de calle y abandono familiar, quienes viven y son atendidas en el Centro de Asistencia e Integración Social (CAIS) “Cascada” con variaciones en su estancia dentro del centro y que durante la realización del proyecto se mostraron estables en términos de salud mental para aceptar su participación en la investigación. Los participantes “expertos” pertenecieron a la plantilla del turno vespertino del centro, de áreas de la salud: psicólogas (4), enfermerxs (~5), pasantes (2). Los participantes trabajadores de otras áreas ajenas a la salud también pertenecieron a la plantilla del turno vespertino: trabajador social (1), intendencia (2), personal de comedor (3).

5.8 Instrumentos y técnicas de obtención de información.

Para Hernández, Fernández y Baptista (2006), la investigación cualitativa busca datos de personas, comunidades, contextos o situaciones en sus formas de expresión de cada uno; en las personas los datos relevantes son conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias, procesos y vivencias manifestadas en el lenguaje de forma individual, grupal o colectiva. Bajo esta perspectiva se emplearon

estrategias de indagación etnográfica como: registros anecdóticos, observación participante, recopilación de dibujos, escritos y entrevistas a profundidad a las usuarias. Toda la información se obtuvo dentro del CAIS “Cascada”, principalmente en el área de pabellones y comedor, durante una estancia de 6 meses, en un horario comprendido entre las 3:00pm y las 7:00 pm de lunes a viernes, empleando los instrumentos que refiere la tabla 2.

Tabla 2. *Instrumentos de obtención de datos.*

Tipo de Estudio	Cantidad	Duración
Registros Anecdóticos	1	6 meses
Trabajo etnográfico	---	6 meses
Entrevistas a Profundidad	5	1 semana

Registros Anecdóticos: La observación que permite al investigador "palpar en carne propia" el ambiente y las situaciones a estudiar (Hernández et al. 2006), basado en ello una herramienta como el registro anecdótico, permite registrar experiencias de forma completa, precisa y detallada. Para la presente investigación, dichos registros involucraron: conductas, rutinas, diálogos e interacciones cotidianas de y entre las usuarias y en relación al personal (también del personal) del CAIS, el registro se llevó durante toda la estancia dentro del CAIS.

Trabajo Etnográfico: Se les pidió a las usuarias la realización de dibujos y algunos escritos breves que mostraran sus vivencias y emociones dentro del centro, en relación a ellas mismas, su familia, el personal y la institución, ya que para Hernández et al. (2006), los documentos, registros y objetos producidos por los sujetos de estudio, reciben un enorme peso dentro de la investigación pues se encuentran en “su lenguaje”. También a través de la observación participante y de conversaciones cotidianas dentro del CAIS se recolectaron comportamientos, dinámicas y discursos del personal del área de salud y de otras áreas ajenas al sector salud.

- **Dibujos:** Para Cele 2006 (en Ortiz, Prats y Baylina, 2012), son una forma natural de comunicación y expresión personal, una impresión mental de un lugar u objeto y no el

resultado de una observación visual, representan en vez de reproducir y por ende engloban experiencias, sentimientos, emociones, recuerdos y deseos.

- **Escritos:** Facilitan las expresiones de la persona, complementarse entre si y permitir una construcción lo más amplia posible de los sentido subjetivos y de los procesos simbólicos diferentes que caracterizan las configuraciones subjetivas (González, 2007).

Entrevistas a profundidad semiestructuradas: Consiguen información detallada de experiencias, emociones y sentimientos de los sujetos (Ortiz et al. 2012), siendo más íntimas, flexibles y abiertas se basan en una guía de preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir algunas adicionales para obtener mayor información (Hernández et al. 2006), éste tipo de entrevista fue realizada a cinco de las usuarias de CAIS Cascada (tabla 3) en los cubículos del área de psicología y empleando un protocolo guía (Anexo 1) con ~56 preguntas abiertas abordando los siguientes temas:

- Concepción sobre enfermedad mental / locura
- Expectativas del tratamiento para la enfermedad mental / locura
- Instituciones que atienden la enfermedad mental / locura
- Género y enfermedad mental / locura
- Familia y afrontamiento de la enfermedad mental / locura

Tabla 3 Entrevistas realizadas

Seudónimo	Edad	Permanencia en CAIS	Duración de entrevista	Apoyo familiar
Bambú	42 años	7 meses	1:41:50	No
Girasol	43 años	10 años	53:03	Visita
Heno	50 años	4 años	1:30:25	No
Mano de Buda	40 años	14 años	1:22:09	No
Siempre Viva	38 años	2 años	53:42	No

La tabla 4 muestra una descripción general de toda la información recolectada:

Tabla 4. Descripción de la información recolectada.

Método de Recolección	Participantes	Características	Lugar	Captura de información
Registros Anecdóticos	Usuarías y personal del área de la salud y personal ajeno al área de la salud	Observación de actividades cotidianas, convivencia, participación grupal e individual.	Pabellones Patio Comedor Aulas	Capturados en papel y lápiz, transcritos a formato digital Word 2007
Trabajo etnográfico	<ul style="list-style-type: none"> • Usuarías • Personal del área de la salud y personal ajeno al área de la salud 	Dibujos Escritos Breves Pláticas Informales Pláticas Informales Observación y participación en dinámicas	Pabellones Patio Comedor Aulas	Realizados con acuarelas y marcadores sobre cartulina, recolectando el material original. Capturados en papel y lápiz, transcritos a formato digital Word 2007
Entrevistas	Cinco usuarias del CAIS	A profundidad, Semi-estructurada con 54 preguntas abiertas	Cubículos del Área de psicología	Transcritos a formato digital Word 2007

5.9 Codificación de la información.

Codificar es el proceso de agrupar la información obtenida en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares descubiertos (Rubin y Rubin, 1995 en Núñez, 2006), si bien para el enfoque cualitativo las categorías emergen del estudio de la información recogida (Martínez, 2004); para abordar el contenido de las entrevistas y diálogos cotidianos, se emplearon las categorías (figura 11): prácticas, creencias y emociones de los tres grupos con los que se trabajó: usuarias, expertos (psicólogos, enfermeros, pasantes) y trabajadores de otras áreas (trabajadores sociales, intendencia, comedor). Estas categorías se eligieron, ya que para Moscovici 1973 (en Gutiérrez, Arbesú y Piña, 2014), las RS se conforman de ellas estableciendo un orden consensual entre fenómenos, permitiendo la comunicación entre los miembros de una comunidad, brindando un código de intercambio social. Realizada la categorización, se analizaron las diferencias y similitudes entre las categorías de cada grupo de acuerdo a lo que Núñez (2006), refiere como relacionar entre sí para elaborar una explicación integrada en dos fases:

- Primero: el material se analiza, examina y compara dentro de cada categoría.
- Segundo: el material se compara entre las diferentes categorías, buscando los vínculos que puedan existir entre ellas.



Figura 11. *Conformación de las categorías de trabajo.*

6. Resultados y Discusión

6.1 Creencias

Creencias de Usuaris



Figura 12. *Conformación de las creencias de las usuarias del CAIS*

En la figura 12 se observan los elementos que conforman las creencias de las usuarias sobre la locura y la enfermedad mental, en primera instancia se encontró una relación estrecha en cuanto a la concepción de ambas:

Concepción sobre enfermedad mental/locura

- Bambú
B: *Si, son lo mismo nomas que... le dicen enfermedad mental y pues es también locura*
E: *¿habías escuchado el término enfermedad mental?*
B: *pues si*
E: *¿y para ti que sería?*
B: *pues alguien que está diciendo cosas... pues como yo que me escapo de mi casa, que me desnudaba (...)*
- Siempre Viva
SV: *Están ligadas*
E: *¿Qué las liga?*
SV: *que la enfermedad mental es de la mente y la otra del cerebro no?*
- Heno
E: *¿Has escuchado el término enfermedad mental?*
H: *ay estoy pensando.... Que estoy loca? o no siempre esta uno loca*
- Girasol
G: *Pues... ósea como se puede explicar.... como una enfermedad que... que les viene por los problemas, les provoca la enfermedad esa de la locura.*

Se observa una dificultad para separar ambos conceptos y generar una definición que no emplee al otro término de apoyo. Por otra parte, se aprecia la prevalencia de concepciones místicas sobre el origen de la locura semejantes a las encontradas durante la etapa I y II haciendo referencia a la presencia de demonios y posesiones, al igual que descripciones de actividades que el Talmud incluía en su apartado para “dementes y retrasados” (López, 2007).

Origen Místico

- Heno
H: *Bueno a mí me llegaba un momento de ir al panteón a ver muertos agusanados y hablaba con los muertos y les pedía que me ayudaran y ellos me contestaban “no llores”*
- Bambú
E: *¿De dónde crees tú que venga la locura?*
B: *Yo según... según yo la esquizofrenia es una posesión demoniaca, ósea yo tengo demonios y las personas con esquizofrenia para mí están poseídas.*
E: *¿Y para ti esta posesión es lo mismo que estar loca?*
B: *No, ósea los demonios hacen que tú parezcas loca pero no estás loca.*

Algunas usuarias consideran el origen de la enfermedad mental dentro del entorno familiar, debido a un ambiente conflictivo, que involucra la agresión a terceros como refiere Bueno y Mestre (2005). De esta forma, las usuarias refieren lo siguiente:

Entorno familiar detonante de enfermedad mental/locura

- Heno
E: *¿Y cómo crees que surge la enfermedad mental?*
H: *Problemas familiares, separación de mamá y papá, que no están los dos juntos desequilibrio*
- Girasol
G: *De los problemas que tienen desde chiquitas o.... empiezan desde grandes, muchos empiezan desde chiquitas y muchos desde grandes.*
- Bambú
B: *Llegue a golpear a mi hermano con una botella pero por dentro los demonios y yo dijeron “ay Dios, no le vaya a doler tanto” ósea yo era consciente, el cuerpo lo hace pero YO no. Ósea si fueran visibles todos nos creerían el problema es que no se ven son invisibles y entonces dicen que estamos locos por que decimos que son demonios.*
- Mano de Buda
MB: *no yo no tengo ningún trastorno mental, eso me paso de chica una vez y me volví a pegar en la cabeza y se me olvidan las cosas, pero eso necesita ayuda médica. Dice mi mama que una tía era igual que yo y se casó con un general de la militar y le pasaba lo mismo, se le olvidaban las cosas y que con unas vitaminas se me podía quitar.*

Respecto a los estereotipos del enfermo mental, se observa la desacreditación del sujeto colocándolo en una condición de inferioridad, conformando el estigma que a su vez tiene sus fundamentos en las concepciones primarias de la locura (León, 2005):

Ausencia de aliño e higiene

- Heno
E: *¿En la calle como identificaría a una persona loca?*
H: *No se baña, no se peina*
Habla sola
- Girasol
E: *¿Cómo identificas que una persona está loca?*
G: *porque ósea habla sola, se imaginan cosas, este se ríe sola*

Agresividad

- Mano de Buda
MB: *Para la locura mental por ejemplo que no entienden cuando les hablan y que les gusta pelearse, hacer más pleito principiar los pleitos... yo peleo nada más para defenderme de que me echan broncas y así*
- Bambú
B: *Principalmente porque habla mucho sola, dice un montón de cosas, luego quiere pegar, no les puedes decir nada porque son muy agresivas*
- Girasol

E: *¿Cómo identificarías a una usuaria que está loca y a una usuaria que tiene una enfermedad mental?*

G: *en que una pega, es agresiva (la usuaria loca) la otra nomas te sonrío a veces se comporta bien a veces mal*

- Siempre Viva

SV: *Agresividad, delirios, ganas de suicidarse de desnudarse, oír voces, tener sexo a cada ratito.*

Deficiencia mental

- Mano de Buda

E: *Y cómo crees tú que ve la demás gente a una persona loca?*

MB: *como... como una persona mensa no?*

E: *¿Crees que aquí adentro hay personas que están locas?*

MB: *si...por ejemplo Sábila está loca pero no hace nada malo no es agresiva es este inofensiva aunque este loca, pero por ejemplo nunca habla de temas serios nada mas de puros que tengan que ver con diversión parece como una niña chiquita.*

Que la gente les teme o se asusta con ellas

Las usuarias refieren sentir que las demás personas les temen, reflejando el estereotipo negativo que Bueno y Mestre (2005), refieren que promueven los medios de comunicación sobre la enfermedad mental y locura; relatando esta experiencia de la siguiente manera:

- Bambú

B: *Porque así lo ven las personas, que es una pérdida de tiempo hablar con ellas ya ni se va acordar no sé tú estás en otro nivel yo en otro nivel.*

- Girasol

E: *¿Cómo te hace sentir la gente de afuera?*

G: *Con algunas si bien, luego hasta me hacen reír*

E: *¿Con algunas no?*

G: *No, como que... les doy miedo*

E: *¿Tú les tienes miedo a algunas usuarias?*

G: *Si...*

- Heno

E: *¿Cómo observas que se comporta la gente contigo allá afuera?*

H: *Son muy indiferentes*

.....

E: *¿Crees que el personal se llegue a sentir asustado?*

H: *Si*

- Girasol

E: *¿Cómo reacciona la gente cuando ve que sales de aquí?*

G: *Que a veces me ven que estoy aquí como enferma, que a veces me miran así como si se asustaran conmigo.*

Específicamente en cuestión de género y locura se observaron cuestiones como:

Estancia en la calle como característica de una mujer loca

- Heno
E: *¿Qué piensa usted de una mujer que está loca?*
H: *Pues... que se sale en las noches ha divagar porque así le hacía yo*
- Bambú
E: *¿Cómo sería una mujer loca?*
B: *Pues que anda cargando sus cosas así como yo le hice en una maleta, y si se burlaban de nosotros decían “ay ya llegaron los de Acapulco”.*

Locura masculina y femenina ligada a la sexualidad

- Bambú
E: *¿Cómo sería un hombre loco?*
B: *Que quiera agarrar mis genitales yo diría este está loco, que quería ser mi novio pero no darme ni un taco nada más me engañaba y para mí ese está loco porque si debo de recibir algo a cambio.*
- Mano de Buda
E: *¿En la calle como identificarías a un hombre loco?*
MB: *jajaja Pues si te guiña el ojo o te da un beso en la boca o si te da una nalgada o algo así jajaja*
- Heno
H: *Y estar loca también es por tener muchas relaciones sexuales con diferentes hombres.*

Sin embargo el estereotipo y estigma no solo aborda a las personas, las instituciones como CAIS Cascada buscan alejarse de los prejuicios que trae el que un lugar sea considerado un “manicomio”; sin embargo a pesar de ello las usuarias refieren que socialmente es difícil que la gente deslinde de la locura su perspectiva sobre el lugar:

- Mano de Buda
E: *¿Cómo crees que la gente percibe el CAIS?*
MB: *Hay muchos grafitis ahí afuera ya ni me acuerdo ni que nos ponen ahí que somos*
E: *¿Te sientes diferente conviviendo con personas de afuera con tus compañeras?*
MB: *Las personas de afuera no se llevan con nosotras a menos que san estudiantes*
- Heno
E: *Te importa si la gente sabe que eres de cascada?*
H: *Antes me importaba mucho porque decía “no, van a decir que la Cascada y los locos” lo que si me dijeron en mi trabajo de la pizzería una vez “no, es que está loca”*
E: *¿Y cómo te sentiste cuando te dijeron eso?*
H: *Yo me sentí como agredida*

Respecto a los tratamientos farmacológicos que llevan las usuarias en el centro, refieren una concepción negativa debido a los efectos secundarios que producen en ellas, describiendo:

- Mano de Buda
E: *¿Crees que así nacieron?*
MB: *no, me imagino que unas este... se hicieron así algunas este... con las medicinas*
E: *¿Crees que las medicinas ocasionan eso?*
MB: *si algunas si... el ácido valpróico a mí me trata peor, me hace temblar y me hace ver para abajo.... Y antes cuando lo tome por primera vez como que me quería volver loca, como que me hacía una revolución en mi cabeza.*
E: *¿Y de ahí adelante has tomado medicamentos, como te has sentido con eso?*
MB: *Es puro veneno señorita por que no las necesite y son de genéricos*
- Heno
E: *¿Qué significa para ti que debas tomar estos medicamentos constantemente?*
H: *pues me siento Que no la necesito pero me dijeron que ya eso es de por vida, pero luego las dejo de tomar porque me vuelvo adicta a las pastillas, bueno eso me han dicho mis compañeras y las deje de tomar pero luego se me hacían los ojos para arriba.*

Expectativas futuras

Respecto a las posibilidades de que a futuro las usuarias pudieran comenzar una relación de pareja con alguien fuera del centro, algunas refieren lo siguiente:

- Bambú
E: *¿consideras que el vivir aquí podría ser un impedimento para salir adelante, tener pareja, familia?*
B: *para mí no, pero para otras personas si, han de decir “yo para que cargo con una loca”*
E: *¿crees que eso piensa la gente?*
B: *si porque les cuenta uno su vivencia de la esquizofrenia y dicen “no pues ha de estar bien loca”*
- Heno
H: *Tengo manos para trabajar y dedicarme a mi esposo, pero mi esposo ya tiene otra mujer, mi esposo le digo yo porque tengo un documento firmado, (...) entonces yo digo que todavía sigo estando casada y me dicen que ya en la actualidad ya no vale pero de todos modos.*

Para las usuarias el futuro engloba una mejoría entendida como la capacidad de recuperar una vida “normal”, recobrando la productividad a distintos niveles (Moll, 2013), aludiendo a la concepción de Salud Mental propuesta por la OMS (1948), como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus aptitudes, afronta las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de contribuir a su comunidad.

Por su parte, *Siempre Viva* expresa gráficamente en la figura 13 que para ella la familia juega un papel importante a la hora de intentar establecer elaciones de pareja, desestimando este acto, argumentando que “su condición” es un impedimento; situación que alude al argumento de Ramos-Lira (2014), refiriendo a la familia como uno de los principales estigmatizadores de personas con padecimientos mentales.

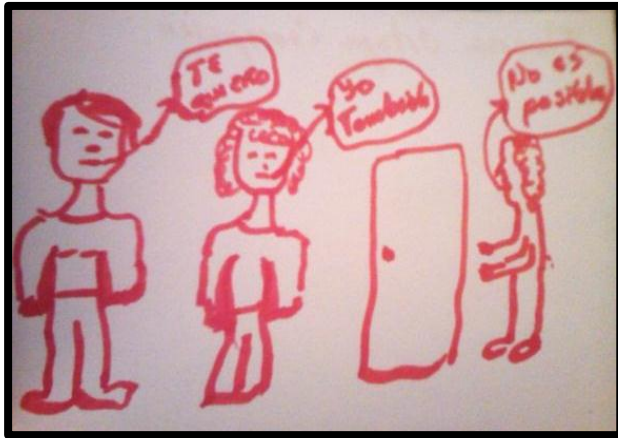


Figura 13. Percepción del impedimento para tener una relación de pareja debido a su “condición”.

Siendo participe la familia en el juego de la figura estigmatizada de la persona con padecimiento mental:

- Bambú
B: *Por ejemplo mi prima *** no me quiso ya después me dijo que la causa fue porque pensaban que yo golpeaba, por eso no me quiso porque le podía pegar. (...) me corrieron de mi casa, mi prima*****, nunca le pedí razones, solo me dijo tu te vas a quedar aquí, al principio si me dijo que quería que buscáramos un albergue pero que según estaban todos saturados fuimos a la delegación y no, y pues me dejaron en la calle.*
- Heno
E: *¿Estas personas que están idas están locas?*
H: *No todas. No están locas están... abandonadas o tienen familiares y no las quieren en su casa.*
- Girasol
E: *¿De las personas que están aquí, donde crees que este su familia o que pasa con su familia?*
G: *Andan así que no las encuentran, algunas se salieron de su casa porque les pegan o porque las violan sus padres o luego las violan otros hombres que no son sus padres, las golpea familia.*

Expectativas futuras

- Bambú
E: *¿Cómo te ves en el futuro?*
B: *En mi casa y buscarme una pareja y que sea el milagro de Dios para que yo pudiera tener un hijo porque ya estoy bastante grande. (...) Que trabajara que tuviera casa y que tuviera como mantenerla, que no necesitara de otras personas, ya si otras personas me quieren ayudar pues que mejor.*
- Siempre Viva
SV: *Si me llevan con mi mamá pues quedarme ya con mi mamá, si no pues seguir adelante con lo que este programado aquí, le dije a la psicóloga que a lo mejor un trabajo.*
- Girasol
G: *La que está bien lo puede hacer todo, y la otra es imposible de hacer lo que hace la que está bien.*

De forma general, se aprecia la influencia y apropiación de las usuarias de la “opinión popular” sobre locura y enfermedad mental colocando como símiles el termino enfermedad mental y locura, situación reforzada por las valoraciones negativas de los medios de comunicación masivos como refiere bueno y mestre (2005). Así la exclusión de sí mismas como “enfermas “establece fronteras entre el yo y el otro construyendo oposiciones de tipo “ellos-nosotros” que ubican a “ellos” en una posición distante para no involucrarse; creando la fantasía de que el “nosotros” se mantiene íntegro, siendo el diagnóstico clínico la herramienta clasificatoria con la que la medicina desempeña un importante papel en el proceso de estigmatización (moll, 2013).

Creencias de Expertos



Figura 14. *Conformación de las creencias de los expertos del CAIS*

En la figura 14 se esquematiza la conformación de las creencias de los expertos, quienes básicamente convierten en discurso científico cualquier expresión sobre la enfermedad mental o locura; de esta forma algunos de los datos obtenidos dentro de CAIS pueden considerarse como creencias al ser semejantes a concepciones estereotipadas sobre el enfermo mental o loco. A continuación se muestran algunas vivencias observadas refuerzan lo anterior:

Empleo de bata como figura de poder

- *La coordinadora de psicología ha comentado tener precaución al contacto con las usuarias, recordando el uso de la bata blanca y llamar al personal de seguridad en situaciones que salgan de control, como conflictos entre usuarias los cuales son frecuentes.*

La bata blanca se considera un elemento que contribuye a que las usuarias reconozcan a las psicólogas como parte del personal del centro, construyendo una representación simbólica del estatus y papel social que representan, sin embargo ésta representación se encuentra

estrechamente ligada a la simbología médica que expresa una relación dominante y una connotación de poder sobrehumano relacionando el color blanco con el simbolismo religioso de Cristo y los santos que ejercen su poder sobre la muerte y la fragilidad humana portando vestimentas blancas (Tristán, Ruiz, Villaverde, Maroto, Jiménez y Tristán, 2007).

Estigma sobre el enfermo mental

- *Las medidas de seguridad son claras, es notorio que se busca “advertir” a las personas que visitan o traspasan pabellones de la posible impresión que pueden llevarse, principalmente por que el contacto físico y verbal con las usuarias es inmediato, buscan dar la mano, abrazar o simplemente tocar el brazo de quien entra.*
- *Se observa sorpresa por parte de las psicólogas al notar que alguien ajena al centro llega solo hasta el área de psicología que se encuentra hasta el fondo del centro .*

Estas situaciones reafirman que una de las principales fuentes de estigma es el personal de salud (Ramos-Lira, 2014), que debido a las riñas constantes entre usuarias, tienden a considerar “peligroso” para una persona ajena al centro el trasladarse dentro de él sin la compañía de alguien más. Además de resultar esta concepción condenatoria para las usuarias, sobre todo proviniendo del personal del cual depende su tratamiento (Moll, 2013).

Subvaloraciones de la psicología en comparación de otras áreas o disciplinas

- *Acudió al CAIS un grupo cristiano que realiza algunas oraciones y actividades recreativas para las usuarias, algunos grupos apoyan a las usuarias llevándoles víveres, material recreativo, ropa etc. sin embargo la coordinadora del área de psicología ha mencionado la importancia de estar presente durante la realización de dichas actividades, pues en palabras de ella, algunos grupos religiosos terminan convenciendo a las usuarias de no tomar sus medicamentos y tener fe en ciertas deidades para lograr su curación, ello implica que las usuarias empleen dichos argumentos a la hora de consumirlos.*

Desde la perspectiva biomédica el tratamiento de la enfermedad se considera patrimonio exclusivo del saber médico (Menendez, 2005), sin exceptuar a los padecimientos mentales que al denominarse así se adhieren al campo médico y desplazan disciplinas como la psicología, la cual se ha mostrado que su participación es menor en comparación con la enfermería por ejemplo (Berenzon, 2013), de la misma forma los grupos religiosos o ajenos al área de la salud logran ganar terreno sobre los padecimientos mentales debido a que dichos grupos no trabajan con “ansiedad”, “depresión” si no con las creencias culturales que las recubren “embrujo”, “nervios”, “pérdida del alma” entre otras, ofreciendo así mayores esperanzas para su curación

(Berenzon, Hernández y Saavedra, 2001). Aunque para Moll (2013), el escaso personal de salud mental disponible en relación a la excesiva demanda de atención, hace difícil realizar intervenciones puntuales al paciente y su familia.

La familia como pilar de apoyo fundamental para las usuarias

- *La coordinadora del área ha comentado que es escasa o nula la participación de la familia de las usuarias, las pocas familias que acuden deciden dejar a las usuarias en el centro y en ocasiones se les pide “firmar” acuerdos sobre la constancia de su visita informándoles lo importante que es para la usuarias su apoyo y presencia frecuente.*

Es el interior de la familia donde surgen diversas problemáticas que dificultan el desarrollo adecuado de la salud mental, siendo primordial comprender la naturaleza del trastorno y así brindar el apoyo necesario, pues la familia es clave en la recuperación y a la vez como un factor de riesgo, predisponiendo el surgimiento de un trastorno mental (Moll, 2013). Presentándose a la vez una postura por parte de las instituciones al justificar su existencia mostrando que ofrecen un servicio que nadie más estaría dispuesto a sostener (Ramírez 2011).

Básicamente, en las creencias de los expertos lo que más resalta es el empleo de poder para manejar situaciones ligadas al estereotipo del enfermo mental como la agresividad; por otra parte el empleo de la bata blanca y la moderación del contacto con las usuarias denota el empleo de poder en pro de la seguridad del personal que como refiere Ramos-Lira (2014), también representa complicaciones emocionales al trabajar con poblaciones que padecen enfermedades mentales debido a la responsabilidad y posible estigmatización por parte de otras áreas de trabajo, que se agudizan al no contar con el apoyo familiar, vínculo indispensable para el bienestar y reinserción social (Spadini, & Souza, 2006), de las usuarias.

Creencias de Trabajadores

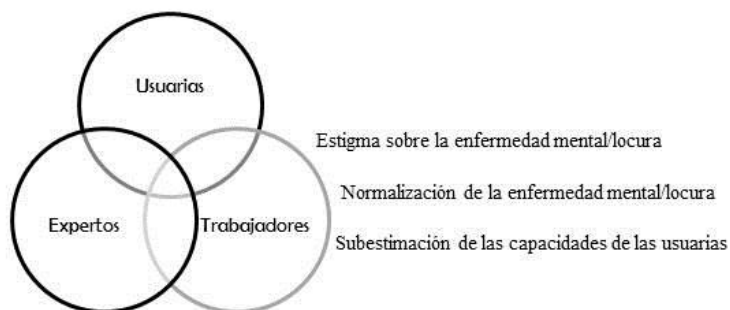


Figura 15. *Conformación de las creencias de los trabajadores del CAIS*

En la figura 15 se observan los elementos que priorizan algunas de las creencias por parte de los trabajadores de otras áreas ajenas a la salud (administración, intendencia, comedor etc.), sobre la enfermedad mental y locura; es importante mencionar que la convivencia con el personal de otras áreas es más limitado que con el área de psicología o del comedor, debido a que la mayoría del personal labora del lado opuesto a los pabellones de las usuarias.

Estigma sobre la enfermedad mental

- Mano de Buda

E: *¿Cómo piensas que el personal percibe a las usuarias?*

MB: *Como idiotas, es que son amables pero no nos sacan nunca.*

- Bambú

B: *Pues como el camillero nada más hago mi trabajo ya, no se dejan.*

E: *¿Por qué crees que se actué de esa forma?*

B: *Porque así lo ven las personas, que “es una pérdida de tiempo hablar con ellas ya ni se va acordar no sé, tu estas en otro nivel yo en otro nivel “*

- Girasol

E: *¿Cómo crees que piensa y actúa el personal con ustedes?*

G: *Normal, bueno quien sabe quién sabe a las demás pero a mí me tratan normal.*

Al igual que en algunos profesionales, otros trabajadores se distancian de las usuarias bajo la creencia de que “no tiene caso” intentar hablar o convivir con ellas porque no son capaces de evaluar su propia situación debido al deterioro cognitivo (Ochoa et al. 2011), creando una división que repercute en su relación, al concebirlas como personas a las cuales simplemente hay que asistir (Moll, 2013), siguiendo el modelo médico que las percibe como “enfermas”.

Subestimación de las capacidades de las usuarias

- *En ocasiones y buscando quizá evitar mayores conflictos o recibir agresiones por parte de las usuarias, algunos trabajadores suelen dirigirse con diminutivos como “chiquita”, “mi vida”, “corazón” hacia las usuarias.*

Esta situación refleja que los trabajadores consideran que la enfermedad afecta las funciones cognitivas como la atención, concentración, memoria y ejecución (Moll, 2013), pero termina cayendo en la estigmatización de las usuarias y el padecimiento mental.

Normalización de la enfermedad mental

- *Es relevante escuchar que en ocasiones el personal de otras áreas muestra poca familiaridad con los términos clínicos empleados para los diagnósticos clínicos, de manera que es común que los utilicen como adjetivos calificativos o “intenten dar un diagnóstico” de algunas usuarias.*

El párrafo anterior ejemplifica la “normalización” de la enfermedad mental poniéndola al mismo nivel que las enfermedades cotidianas; que para Moll (2013), podría reducir la estigmatización pues la referencia a la enfermedad mental vinculada a los trastornos psicóticos severos, constituye una visión reduccionista al dejar de lado los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad, que poseen una sintomatología menos compleja y afectan en menor grado la relación con uno mismo, la familia, el trabajo y la sociedad.

De forma general, las creencias de los trabajadores se orientan a reforzar el estigma hacia la enfermedad mental, guiados quizá por el estereotipo del paciente agresivo, intolerante, generando miedo a sufrir agresiones por parte de las usuarias; de manera que al considerarlas con capacidades intelectuales limitantes se suele describir su comportamiento “como de una niña pequeña”, refiriendo al hecho de que es necesario hablas con diminutivos, reforzando a su vez la normalización de los términos clínicos como adjetivos que califican a alguien.

6.2 Emociones

Emociones de usuarias



Figura 16. *Conformación de las emociones de usuarias del CAIS*

La figura 16 muestra las emociones de las usuarias sobre la enfermedad mental y locura, observando que debido a que las emociones establecen y refuerzan los núcleos de significado de acciones creencias y relaciones, ejercen un rol importante en el posicionamiento favorable

o desfavorable frente al objeto de representación y en la construcción de ese (Banch 1996 en Gutiérrez et al. 2014); así surgen emociones negativas ante la locura y enfermedad mental, principalmente por las complicaciones que representa en la convivencia de las usuarias:

Vergüenza:



Figura 17. Dibujos que refieren la convivencia de las usuarias al compartir el baño y las instalaciones del CAIS.

Los dibujos de la figura 17 muestran el sentir de las usuarias definido como *vergüenza*, por tener que compartir espacios como las regaderas y el patio con *personas enfermas o locas*, nombrando otras emociones como tristeza, ansiedad, desesperación, desprecio etc. reflejando lo establecido por la Organización Panamericana de la Salud (2009), acerca de que los trastornos mentales generan en las personas sufrimiento, discapacidad y un impacto emocional.

- Girasol

E: *¿Cómo crees que se sienta estar loca?*

G: *Ansiosas, tristes, ganas de chillar, desesperación*

E: *¿Qué sientes cuando ves a una persona loca?*

G: *Siento feo, quisiera ayudarlas como a Limonelo, la quiero mucho y la ayudo pero no es posible la ayuda si ella no quiere*

.....

E: *¿Has notado un cambio en ti desde que llegaste aquí?*

G: *En que luego a veces estoy triste a veces estoy alegre a veces ausente na'mas*

.....

E: *¿Cómo te hace sentir estar en un lugar donde tus compañeras pueden estar locas o enfermas?*

G: *Yo me siento incomoda, porque luego algunas pegan algunas son bien groseras otras te quitan la comida cuando estas comiendo o luego te piden dinero (...) o luego te roban dinero*

- Bambú

B: Los familiares no vienen a vernos, no quieren saber de nosotros, unos tienen suerte y los parientes la ven pero pues se me hace feo que estén todas aquí si pueden estar en su casa como las abuelitas necesitan cuidado...tengo la idea de que las cuiden en su casa parece que no saben qué hacer con ellas que quieren deshacerse de ellas.

También cabe resaltar la postura de aislamiento de sí mismas ante la enfermedad o locura, diferenciándose de las demás usuarias al hablar de “ellas” en una posición distante creando la fantasía de que el “nosotras” se mantiene íntegro intentando establecer lo que Moll (2013), refiere como “fronteras entre el yo y el otro” apareciendo de nueva cuenta la estigmatización.

Asco

Aunado a la convivencia diaria de las usuarias entre sí, es común que refieran “sentir asco” por diversas circunstancias dentro del centro, que van desde no soportar ver sucias a sus compañeras hasta referir asco por “la enfermedad mental o locura”.

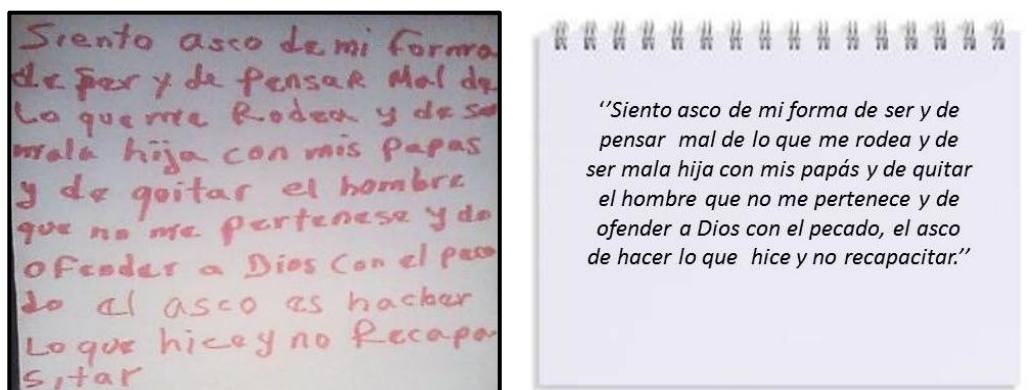


Figura 18. Valoración personal de una usuaria respecto a su padecimiento.

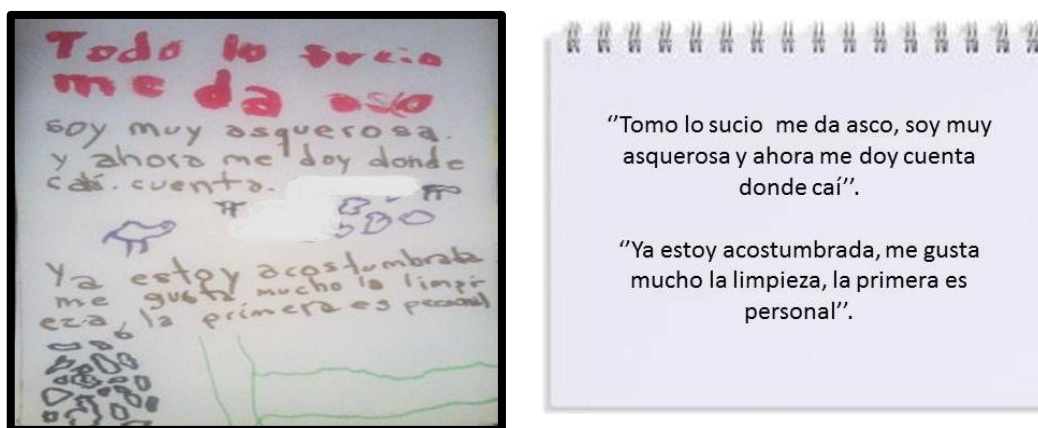


Figura 19. Expresión de usuaria sobre la acumulación de “basura” por parte de otras usuarias y su sentir ante ello.

Ésta situación genera lo que Gutiérrez et al. (2014), describe al mencionar que si uno se representa un acontecimiento como algo negativo, la manera en que nos expresamos sobre él es utilizando términos negativos y las emociones ligadas a dicha experiencia a partir de la cual se construye la representación van a estar ubicadas en un eje de valoración negativa.

Culpa

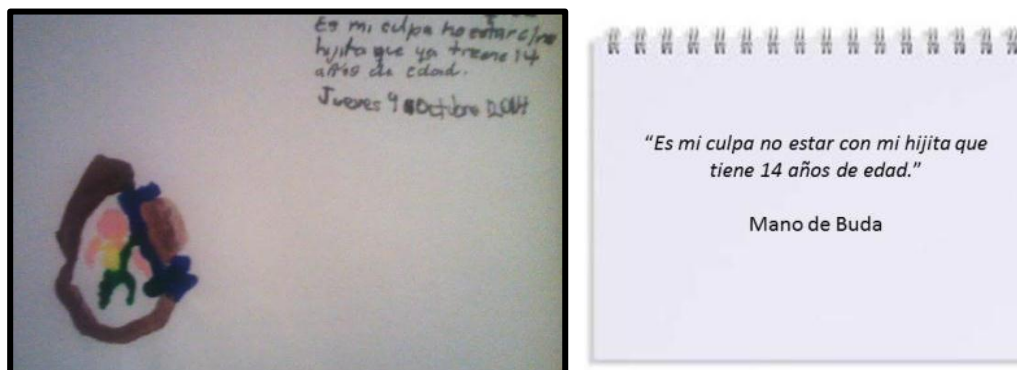


Figura 20. Reflexión por parte de Mano de Buda

La situación que ilustró Mano de Buda en la figura 20 refiere sentimientos de culpabilidad por no poder vivir con su hija debido a su padecimiento y estancia en el CAIS, reflejando una postura negativa que percibe a la locura como un castigo ante un acto que desafía las normas de comportamiento regido por la moralidad o la lealtad religiosa (Salaverry, 2012).

Soledad

Tamayo (2008), relaciona la locura y la soledad como aliadas, de la misma forma que razón y soledad, las usuarias refieren sentir soledad debido a la ausencia de sus familias y el encierro continuo con el que viven la mayoría de su estancia dentro del centro.

- Bambú

E: *¿Tú te sientes sola?*

B: *Si, porque quisiera tener empleo, quisiera tener ya familia, pero quien sabe cómo vaya a salir mi familia si yo estoy toda así imagínate que mis hijos andarían... pues en el DIF o ni siquiera sabría dónde están.... andarían rodando por que si mi familia no me quiere ver, menos creo quisieran ver a mis hijos.*

- Heno

E: *¿De dónde crees que venga la locura?*

H: *De la soledad yo creo, porque a veces empezamos a hablar solas por ejemplo yo ahorita tengo el ése en la mente que me está diciendo “no fumes” y le digo déjame en paz, déjame fumar*

La soledad referida por las usuarias se liga a la percepción del encierro que supone la colocación en un mismo espacio de lo que se considera ajeno y alejado, mostrando el confinamiento que Foucault llama el “arte de gobernar personas”, generando prácticas de

poder que modela las vidas en niveles profundos: actitudes, deseos, costumbres, creencias o valores (Hernández y Sarquis, 2009).

Inseguridad y miedo

A la vez que las usuarias refieren sentirse solas dentro de la institución, también refieren que estando fuera de ella surge la inseguridad y el miedo pues a pesar de las incomodidades que pudieran presentar en cuanto a convivencia dentro del CAIS, refieren percibir a algunas compañeras como amigas o familia.

- **Heno**
H: *Me da miedo estar sola en la calle, sin trabajo, sin un hogar, sin un cuartito 4x4 donde yo pueda lavar y hacer mis cosas, un trabajo donde poder pagar el cuarto (...) me dijo la última psicóloga que ya podía salir de aquí pero yo le dije que no quería irme de “Cascada” que quería mi pase de salida para salir a buscar a mis familiares, ir a la tienda, ir a misa pero no mucho tiempo en la calle porque me siento insegura yo estando en la calle, me siento más segura aquí..*
- **Bambú**
B: *Pero pues bueno estoy aquí gracias a ellos estoy aquí, gracias a alguien que hizo una llamada, porque cuando paso que quería un albergue no encontré ninguno y estuve en la calle y bueno tuve suerte y me trajeron, antes no me bañaba.(...) A las compañeras, les he agarrado cariño compartimos el mismo dolor, los familiares no vienen a vernos, no quieren saber de nosotros, unos tienen suerte y los parientes la ven pero pues se me hace feo que estén todas aquí si pueden estar en su casa como las abuelitas necesitan cuidado...tengo la idea d que las cuiden en su casa parece que no saben qué hacer con ellas que quieren deshacerse de ellas.*
- **Siempre Viva**
SV: *Pues nada, estar encerrada así me gusta, porque bueno me gusta estar aquí porque tengo mis 3 comidas, me baño.*
- **Girasol**
E: *¿Cómo te sientes de saber que estas aquí y que tu familia te visita?*
G: *A gusto, me siento bien y gracias a Dios que me encontró porque vivo lejos y han venido hasta acá a buscarme y estoy contenta que si me encontró.*

La ausencia del apoyo familiar también repercute a dicho sentimiento de inseguridad, pues la familia constituye la primera institución a la que se recurre en situaciones de crisis, conformando un espacio de acción donde se definen las dimensiones más básicas de la seguridad humana (Gómez, 2009).

- **Bambú**
E: *¿Tú te sentías apoyada por tu familia afrontando el diagnóstico?*
B: *Si sentía un poco de apoyo porque si nos hicieron favor de llevarnos a consulta, pero a veces si nos dejaban solos así de “ya te lleve a consulta ahora tomate las pastillas y a ver cómo te va ahí está tu casa y quédate ahí” (...) ahora pues nada porque dicen que yo según tengo una doctora, yo según no tengo nada y que ellos no se responsabilizan, ósea que no quieren saber de mí.*

E: *¿Has tenido contacto con algún familiar?*

B: *Si, fui a ver a mi familia en Apatlaco, pero no les interesa ayudarme ni verme, se les dio el teléfono y le pregunte al trabajador social si me han hablado y no.*

- Heno
E: *¿Tú te sientes apoyada por tu familia?*
H: *Apoyándome no, pero si platico con ella.*
- Siempre Viva
E: *¿Cuentas con tu familia?*
SV: *Mi familia pues cada quien agarro para su lugar es desunida,*

Las emociones de las usuarias reflejan de forma general una connotación negativa hacia la vivencia de la enfermedad mental y la percepción de locura y las instituciones destinadas a su atención, la referencia a la familia resalta en diversas ocasiones aunque también se refleja que no es completamente indispensable para ellas que su familia asuma su “carga”.

Emociones de Expertos



Figura 21. *Conformación de las emociones de expertos del CAIS*

La figura 21 muestra las emociones que mostraron los expertos sobre la situación de las usuarias al afrontar algún trastorno mental en un severo abandono familiar; pues a partir de la interacción con una persona que sufre una enfermedad mental se suele experimentar tristeza, pena, miedo, vergüenza, impotencia o frustración (Mol, 2013).

Tristeza

- *Dos de las enfermeras del CAIS comparten un sentir tristeza por la situación de las usuarias, ya que han sido prácticamente abandonadas por sus familias; por ello sugieren que realizar actividades “movidas” (bailes, poner música, cantar) en eventos especiales (convivios, efemérides) como una forma en que pueden contribuir a hacerlas felices.*

- *Una de las psicólogas refiere que es triste vivir las enfermedades que las usuarias pueden presentar y que en ocasiones las llevan a la muerte (infartos, accidentes cerebro vasculares, etc.) y más al saber que sus familiares no se enteran porque ni siquiera saben que se encuentran ahí.*

A pesar de las emociones de los expertos por la situación de las usuarias; los límites respecto a no generar vínculos afectivos son claros, ya que se establece lo riesgoso que puede ser para su salud mental generar acercamiento emocional con ellas, pues en un intento por “ayudar” se pueden generar situaciones de dependencia por parte de las usuarias hacia algún trabajador y cuando éste ya no puede ayudarla, las usuarias reflejan sentirse rechazadas o desamparadas, ocasionando recaídas emocionales que impulsan sus padecimientos mentales.

Miedo

- *Durante el recorrido de las instalaciones dirigido a un grupo de pasantes de la carrera de psicología que mostraban interés por realizar su servicio social dentro de la institución, se observó que los pasantes no deseaban interactuar con las usuarias al acercarse ellas a preguntarles su nombre, una de ellas se sintió tan asustada que tomó de la bata a la investigadora y se colocó detrás de ella. Al finalizar el recorrido, el grupo de pasantes acordó pensar su situación y regresar próximamente si decidían realizar su servicio social dentro de CAIS Cascada.*
- *La coordinadora de psicología ha comentado la importancia de cuidar de “la propia salud mental”, refiriendo que es común que los pasantes o los trabajadores experimenten complicaciones como ansiedad, temor u otras afecciones psicológicas al pasar un largo tiempo dentro de una institución con personas con padecimientos mentales. Refiriendo el caso de una pasante del área que días atrás tuvo que dar de baja su servicio social dentro del CAIS, debido a que su salud psicológica había comenzado a complicarse por su estancia.*

Enojo

- *El poco interés de las familias por las usuarias, la poca frecuencia de las visitas de quienes han localizado dentro del CAIS a su mamá, hermana, abuela. genera en algunos miembros del área de psicología y enfermería enojo, aunado a las altas demandas que en ocasiones presentan los pocos familiares que asisten a visita*

Estas experiencias reflejan que el trabajador de salud mental, al personalizar su discurso, hace emerger el prejuicio, el mismo que lo lleva a experimentar temor e inseguridad, enmarcando la relación médico-paciente, que influye no solo en la percepción de los trabajadores con respecto a quien sufre una enfermedad mental, sino también en la forma en los trabajadores se aproximarán a ella (Moll, 2013). Para Ramos-Lira (2014), el estigma afecta también al personal de salud, ya que los cuidadores de pacientes mentales enfrentan problemas como el abandono por parte de otras áreas y sentimientos de vergüenza o resentimiento.

Emociones de Trabajadores

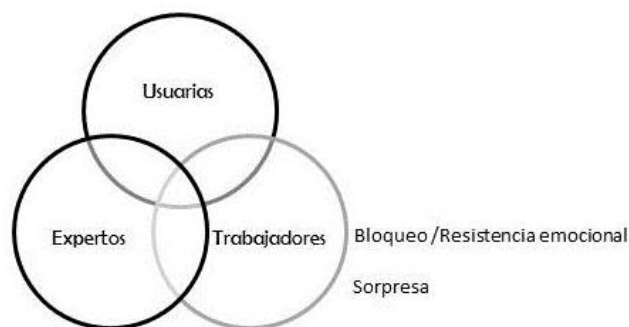


Figura 22. *Conformación de las emociones de trabajadores del CAIS*

La figura 22 muestra de forma general las emociones que mostraron los trabajadores de otras áreas sobre la enfermedad mental/ locura, reflejada para ellos en la situación de las usuarias, de manera que es primordial hacer hincapié en que es menor el contacto y comunicación con las usuarias debido a que el pabellón donde viven ellas se encuentra separado de áreas como la administración, lavandería o comedor, sin embargo cuando se da la interacción se observa lo que PFerrara (en Belli e Íñiguez-Rueda, 2008), refiere como una “resistencia” y un bloqueo al expresar emociones en determinados contextos sociales.

Resistencia emocional

- **Heno**
E: *¿Cómo te llevas tú con el personal de aquí?*
H: *Yo me dedico a trabajar yo no me meto con nadie, yo hago lo que tengo que hacer*
E: *¿Crees que el personal se llegue a sentir asustado?*
H: *Si*
- **Bambú**
E: *¿Cómo te sientes al relacionarte con el personal de aquí?*
B: *Pues como el camillero nada más hago mi trabajo ya, no se dejan.*
- **Girasol**
E: *¿Y cómo te sientes tu cuando estas en contacto con el personal?*
G: *A gusto, porque me toman en cuenta aparte como no soy como las demás internas.*

Sorpresa

La convivencia con las usuarias genera en las personas que no conviven cotidianamente con ellas, sorpresa o asombro al ingresar al pabellón y observar la forma en la que las usuarias se comportan o llevan a cabo sus actividades, cómo se observa a continuación:

- *Cada miércoles se realiza la visita del grupo de A.A. al centro, el grupo regularmente es el mismo pero en ocasiones llegan integrantes nuevos, de manera que hoy se presentaba una mujer madura acompañada por primera vez de su hija de aprox. 17 años. La joven se mostró impresionada desde su entrada a pabellones y con cierto temor al entrar en contacto con las usuarias. Se mantuvo dentro del salón de audiovisuales durante la sesión y cuando termino ésta, al salir al patio se desvaneció. De inmediato llegó personal del CAIS a auxiliarla.*

Bernard Rimé ha estudiado el *compartimiento social* de la emoción, mostrando que la mayoría de experiencias emocionales son compartidas con otros poco después del acontecimiento que la provoca (Rimé et al en Gutiérrez et al. 2014). Esta dinámica se aprecia en las sesiones del grupo de A.A. dentro del CAIS, quienes asisten para contar su experiencia con el abuso del alcohol y permitir que las usuarias compartan sus experiencias en la calle.

- *Llegó el grupo de A.A. que visita el centro cada miércoles, las usuarias se mostraron participativas durante la sesión y al pasar al podio para compartir alguna experiencia son las primeras en querer participar, obteniendo el consentimiento de la organización. Varias de ellas relatan sus vivencias en la calle y el consumo de sustancias tóxicas, algunas perciben que su condición actual y estancia en el CAIS es debido a las consecuencias por el abuso de drogas.*

De forma general, fueron menos observables las emociones por parte de los trabajadores, debido quizá a la menor convivencia con las usuarias dentro del centro, sin embargo ello no refiere que no existan en si dichas emociones, si no como refieren las usuarias los trabajadores presentan mayores bloqueos o resistencias emocionales con ellas.

6.3 Prácticas

Prácticas de Usuarias



Figura 23. *Conformación de las prácticas de usuarias del CAIS*

La figura 23 muestra las prácticas de las usuarias de CAIS Cascada respecto a la enfermedad mental y locura, observándose estereotipos basados en prejuicios que provocan

prácticas de discriminación y sufrimiento que Corrigan, 2008 (en Mora-Ríos y Bautista-Aguilar, 2014), denomina como etiquetas patológicas impuestas por agentes profesionalizados de un sistema de dominación y control social que normativiza las conductas y pensamientos asociados a la peligrosidad transgresora del orden. Así la barrera del estigma en el ejercicio de los derechos y el acceso a servicios, agrava los efectos de la enfermedad, sin contar los efectos de legislaciones que restringen derechos en función del diagnóstico y no de la presencia de dificultades reales para su ejercicio (López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio, 2008), sobre ello algunas usuarias refieren cómo han vivido la discriminación:

Discriminación

- Bambú

E: *¿Crees que las oportunidades para las personas que no tienen un padecimiento son las mismas que las de otros?*

B: *No, una persona normal es más aceptable en un trabajo*

B: *Donde no me dejaron pasar fue en la catedral y yo le dije al policía “eso es discriminación” y no me dijo nada. Yo que me acuerde antes escondían a los discapacitados no los veías en la calle.*

E: *¿Porque crees que no te dejo pasar?*

B: *Porque vengo desarreglada ha de haber dicho esta viene a pedir limosna*

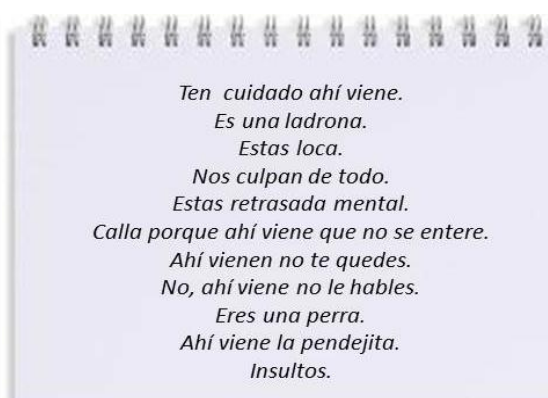
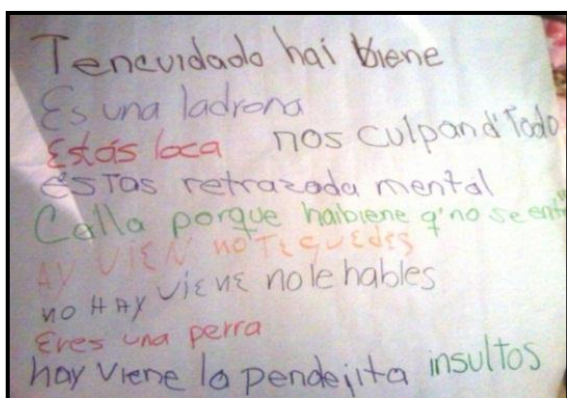


Figura 24. Texto escrito por las usuarias, muestra frases que han escuchado que la gente emplea al referirse a ellas.

En la figura 24 se aprecia la existencia del trato desigual y poco respetuoso, la discriminación pura y simple que se da con y sin apoyo de la ley, discriminaciones efectivas en el acceso a servicios sociales generales, educativos, legales o de empleo que hundan sus raíces en la visión tradicional del Hospital Psiquiátrico como espacio exclusivo y universal para la «atención» a las personas con este tipo de problemas (López et al 2008).

Estigma hacia la enfermedad mental

- *Varias usuarias traen rasguños o moretones que refieren a causa de peleas con sus compañeras por tomarse cosas, ofenderse o acusarse de algo con el personal, entre ellas utilizan términos como: Loca, chiflada, demente, con la intención de ofenderse.*

Marcar territorio

Se observó en las usuarias conductas que reflejan cierta necesidad de poseer cosas que simbolizan sus pertenencias dentro del CAIS o que de alguna forma contribuyen a “marcar su territorio” dentro del centro:

- *Varias usuarias acumulan cosas, ya sea ropa, envolturas u hojas de árbol y tierra, por lo cual la fumigación y revisión de dormitorios es constante, situación que a las usuarias incómoda mucho ya que para ellas, todas estas cosas son sus pertenencias. perciben el acto de limpieza de los dormitorios como un despojo de aquello que para ellas son sus pertenencias. De manera que no suelen mostrar disposición cuando se presenta el personal de fumigación e intendencia, escuchándose en ocasiones frases como “deja guardo mis cosas porque ésta gente todo roba”.*

Arreglo personal como indicador de normalidad.

La apariencia física es importante para algunas usuarias, de forma que maquillarse, ponerse aretes y vestir con ropa nueva representa para ellas tener un mejor aspecto, mencionándolo principalmente ante el personal del CAIS, quizá intentando demostrar que se encuentran bien y estables psicológicamente; la mayoría de las usuarias observan el aspecto del personal, de manera que piden que les traigan aretes, pulseras, diademas o zapatos iguales a las de alguien del personal para que ellas *se vean bonitas*. Al pedirles a las usuarias la realización de su autorretrato se obtuvo lo siguiente:



Figura 25. Autorretratos realizados por usuarias, remarcando el arreglo personal como signo de “normalidad”

Para las usuarias, el arreglo personal representa una característica de “normalidad”, la cual se engloba dentro del estereotipo del enfermo mental desalineado o sucio reforzada por las publicaciones que muestran que personas con trastorno mental grave, viven las opiniones y sentimientos públicos de manera habitualmente negativa, asumiendo los estereotipos como peligrosidad, incapacidad de manejo e incurabilidad; lo cual depende del análisis de la persona sobre la situación en función de variables personales y del contexto y nivel de apoyo social e institucional y de los grupos de referencia con que cuenta (López et al. 2008). La publicidad y los medios de comunicación permiten una valoración negativa del enfermo mental sobre el campo representacional de la locura (Bueno y Mestre, 2005).

Reingreso a CAIS

- *Se tuvo la oportunidad de interactuar con Crisantemo, usuaria que realiza constantes salidas del CAIS y siempre regresa, dentro del centro ha logrado acudir a unidades del INEA para terminar sus estudios de primaria y actualmente de secundaria, ha recibido capacitaciones para auto-emplearse, ha contado con empleo que le permitió pagar renta y hacerse de cosas para su hogar (lavadora, licuadora, cama) sin embargo, debido a recaídas o por una aparente decisión personal ha regresado al centro para recibir de nueva cuenta atención médica y alojamiento. Crisantemo relata que sus padres siempre la mantuvieron encerrada en casa, no la dejaban tener amigos y la privaron de la educación primaria cuando cursaba el 5to grado.*

Esta situación refleja la “institucionalización en casa”, que consiste en que, pese a que la persona se encuentra con su familia y no en un hospital, continúa siendo estigmatizado y tachado de improductivo e incapaz de comunicarse, por lo cual se le abandona dentro del mismo hogar (Gómez, 2009), razón por la que algunas usuarias prefieren reingresar al centro.

La enfermedad como sinónimo de síntomas

- *Una usuaria presentó crisis conversivas, lo que representa una situación en la cual, la usuaria demuestra que ésta sufriendo una crisis convulsiva, sin embargo la sintomatología presenta da no corresponde con la efectuada en un episodio así. De manera que una de las psicólogas se acercó a la usuaria para “apoyarla” preguntándole que si quería participar en las actividades recreativas que iban a llevarse a cabo, ante lo que la usuaria decidió “volver en sí” y levantarse despacio refiriendo sentirse mareada pero aceptando la participación en las actividades.*

El saber médico reduce la enfermedad a signos y a diagnósticos contruidos a través de indicadores casi exclusivamente biológicos, lo cual posibilita que tanto el enfermo como su enfermedad sean separados de sus relaciones sociales concretas, orientando a trabajar casi exclusivamente con la enfermedad y no con la salud. Por ello, se prioriza la sintomatología como característica definitoria de la enfermedad mental, refiriendo en el discurso de los

participantes que su representación de enfermedad mental alude a trastornos psicóticos de naturaleza crónica; este proceso de apropiación y hegemonía es impulsado por las instituciones médicas y por la sociedad dominante (Moll, 2013).

Prácticas de Expertos



Figura 26. *Conformación de las prácticas de expertos del CAIS*

La figura 26 refiere las prácticas observadas por los expertos, sobre enfermedad mental y locura, teniendo como primer elemento la reinserción social de las usuarias y el apoyo brindado dentro de la institución, principalmente por el área de psicología.

Motivar la reinserción social

- *Las psicólogas comentan que es importante alentar la reinserción social de las usuarias, motivándolas a llevar a cabo sus actividades cotidianas como asearse, presentarse a comer, mantener limpios sus pabellones y tomar sus medicamentos, así como también en el caso de algunas seguir estudiando o participar en actividades ocupacionales como el taller de madera country y bordado, para realizar trabajos que durante algunas festividades puedan venderse y obtener recursos para gastos personales. existen usuarias que han logrado terminar la educación básica por medio del INEA dentro del CAIS, han tenido oportunidades de capacitación fuera del centro y empleos remunerados que les han permitido rentar una vivienda.*

Ser productivo a través de una actividad laboral resulta fundamental en la vida de toda persona, ya que permite obtener independencia económica y satisfacer las necesidades básicas, así como las metas personales (Moll, 2013), de esta forma se aprecia la implementación de un modelo similar al empleado en las granjas posteriores al declive de la Castañeda en México, en las cuales diversas actividades funcionan como terapia ocupacional y como pilar de la reinserción social del enfermo mental.

Modelo de asistencia similar a las granjas

- *Algunas usuarias siguen a quien entre al centro, desde la entrada hasta las rejas que dividen los pabellones de las usuarias de +50 años, piden “un peso”, zapatos o dulces sin embargo parte del reglamento interno del centro prohíbe brindar a las usuarias alimentos fuera del comedor o dinero, debido a que algunas usuarias realizan actividades (bordado, adornos de madera, actividades de apoyo) para ganar dinero y con él poder comprar cosas que deseen, primordialmente papel higiénico, dentífrico, golosinas, refresco.*
- *El área de psicología lleva a cabo lecturas-debate con las usuarias sobre la filosofía que plantea dicha organización para mantener la abstinencia de sustancias tóxicas, durante aproximadamente una hora la psicóloga realiza la lectura, mientras todas se encuentran sentadas en un círculo dentro del salón de audiovisuales; al término se hacen preguntas al respecto. tanto de la psicóloga como las usuarias, comparten su perspectiva de la situación y en ocasiones experiencias personales y motivacionales para las demás compañeras.*

Estas prácticas refieren como se mencionó, la similitud con los modelos de granjas posteriores a la Castañeda, percibidas como un “microcosmos social”, con terapias ocupacionales (Sacristán, 2003), que mantiene a la persona empleada en diversas actividades que pueden brindarles remuneraciones económicas fuera del centro.

Bata blanca como distintivo

- *El empleo de batas o chalecos color rosa un elemento que representa autoridad y jerarquía dentro de las instalaciones, aunque en ocasiones no impiden que las usuarias agredan al personal. Por otro lado también orienta a las usuarias para saber a quién acercarse en determinadas situaciones como por ejemplo para una caída buscan a personas con uniformes de enfermería, sin embargo cuando alguna usuaria se encuentra llorando o discutiendo regularmente acuden con el personal que porta batas blancas que son del área de psicología y trabajo social.*

Así como la bata blanca genera una relación de poder entre el profesional y el paciente, también repercute al reconocimiento de la labor de cada área.

Capacitación constante del personal

- *Una de las enfermeras del CAIS, refiere que ella se mantiene en capacitaciones constantes sobre su profesión y la enfermedad mental, a su vez comenta que es indispensable que todo trabajador que desempeña labores con pacientes psiquiátricos “debería” estar preparado académicamente de todas las formas posibles para tener un mejor desempeño en sus actividades.*

Existe una tendencia para que la propia institución promueva la capacitación de sus trabajadores, por medio de cursos o conferencias informativas (Sprioli y Silva, 2011).

Prácticas de Trabajadores



Figura 27. Conformación de las prácticas de trabajadores del CAIS

La figura 27 muestra las prácticas observadas por los trabajadores de otras áreas sobre la enfermedad mental y la locura, de manera que debido a la falta de capacitación previa en diversas ocasiones, el personal se ve en la situación de responder como considera ante ciertas circunstancias, requiriendo en diversas ocasiones el apoyo de los “expertos”.

El “cómo hacer”

- *En ocasiones las usuarias llegan a tener diferencias no solo con otras usuarias, también con elementos del personal, sin embargo cuando se da alguna circunstancia con el personal de otras áreas que no pertenecen al sector salud surgen dificultades al intentar mediar por si mismos dichas situaciones.*

En los trabajadores sin formación específica y portadores de un saber fundado en la experiencia, es posible que sus vivencias sean anteriores y circulen por los espacios de residencias y entre los residentes como propuestas de actuación.; el “cómo hacer” y el “hacer con” parecen mezclarse y consagrar su vía de trabajo (Sprioli y Silva, 2011). Priorizando nuevamente la importancia de la capacitación del personal en general.

Contradicciones con los profesionales

- *Cuando se presenta una riña u ofensas entre compañeras etc; existen dinámicas como los “reportes” que exhortan a las usuarias a no volver a incurrir en ellas, en dicho reportes se narra lo ocurrido y la usuaria en cuestión pierde algún beneficio temporalmente (asistir a una actividad recreativa, pase de salida o encargar algo de la tienda) y se anexa a su expediente para que otros profesionales tengan conocimiento de la situación y dinámica; de manera que con el personal de otras áreas como intendencia o comedor es necesario informarles directamente la situación, sin embargo hay ocasiones en las que se observa cierta incertidumbre sobre cómo actuar ante una demanda de las usuarias “con reporte” como pedir que les traigan cosas de la tienda, luchando a la vez con el remordimiento o miedo al ver a las usuarias enojadas o tristes.*

- *Es importante la presencia de los expertos durante las visitas ya que es muy fácil la pérdida de control por parte de los grupos visitantes, quienes intentando ayudar a las usuarias dándoles dulces u otras cosas se generan riñas que terminan por desesperar a los visitantes ocasionando (literalmente) gritos de auxilio al perder el control de la situación. De la misma forma al no existir es común que todas las usuarias busquen recibir comida o dulces que en algunas situaciones están prohibidos para su estado de salud (por ejemplo personas diabéticas o con hipertensión).*

Para Ramírez (2011), los terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y psicólogos (en su mayoría mujeres) son visitantes transitorios dentro del hospital, su palabra tiene un peso mínimo sobre las prescripciones para los pacientes; a pesar de que si bien respecto a los medicamentos las usuarias se muestran poco crédulas acerca de la importancia que tienen éstos para su mejoría y bienestar, en el caso del apoyo psicológico, las usuarias se muestran interesadas en poder recibir apoyo de dicha área y poder compartir sus vivencias:

- *Se percibió la importancia que tiene el área de psicología para las usuarias (...) generalmente a la hora del desayuno, comida y cena (cuando se concentra mucho del personal en el comedor) las usuarias entran buscando a las psicólogas o a trabajadores sociales. En el caso de los trabajadores sociales, las usuarias buscan que les ayuden a realizar llamadas telefónicas, en el caso de psicología, las usuarias recurren frecuentemente con el personal porque: tienen ganas de platicar, se sienten tristes, ya no quieren estar en el centro o en ocasiones hasta por malestares físicos recurren con las psicólogas.*

Poder masculino como control

- *En el comedor, es común que varias usuarias entren sin respetar lineamientos como formarse o interferir en los turnos de usuarias que entran primero por tener una dieta específica o requerir asistencia para comer. (...) Durante ésta dinámica se presenta en el comedor parte del personal de las áreas de psicología, enfermería y camilleros para auxiliar a las usuarias en caso de broncoaspiraciones, conflictos y riñas, sin embargo las usuarias resultan ser más pasivas cuando es el personal masculino (de cualquier área) quien les llama la atención por alguna situación de conflicto, al contrario del personal femenino con quién se tornan en ocasiones más defensivas.*

Situaciones como la anterior reflejan que aun cuando se difunde la equidad de género Araujo (2012), establece que las indolencias del pasado prevalecen y la discriminación y exclusión a la mujer forma parte del poder patriarcal ejercido sobre ella. De manera que desde un enfoque de género se evidencian las construcciones culturales y la creación de roles estereotipados para mujeres y hombres determinando una dicotomía entre los sexos; la cual se caracteriza por una inequitativa distribución de poder tanto en la esfera pública como en la privada mediante violencia, maltrato y discriminación (Ramírez, 2011).

Tabla 5. Cuadro comparativo de resultados.

	Usuarías	Expertos	Personal de otras áreas
Creencias	<p>Concepción sobre enfermedad mental y locura indistinguible</p> <p>Origen místico de la Enfermedad mental/locura</p> <p>Entorno familiar causante de estigma</p> <p>Estereotipo (desaliño, agresividad, deficiencia mental, estancia en calle, sexualidad)</p> <p>Estigma sobre instituciones de salud</p> <p>Concepción negativa sobre el tratamiento farmacológico</p> <p>Expectativas a futuro</p>	<p>Empleo de bata como figura de poder</p> <p>Estigma sobre enfermedad mental</p> <p>Subvaloración de la psicología</p> <p>Familia como pilar de apoyo</p>	<p>Estigma sobre la enfermedad mental/locura</p> <p>Subestimación de las capacidades de las usuarias</p> <p>Normalización de la enfermedad mental/locura</p>
Emociones	<p>Vergüenza</p> <p>Asco</p> <p>Culpa</p> <p>Soledad</p> <p>Inseguridad-Miedo</p>	<p>Tristeza</p> <p>Miedo</p> <p>Enojo</p>	<p>Resistencia emocional</p> <p>Sorpresa-asombro</p>
Prácticas	<p>Discriminación</p> <p>Estigma hacia la enfermedad mental/locura</p> <p>Marcar territorio (pertenencias)</p> <p>Arreglo personal como indicador de “normalidad”</p> <p>Reingreso al CAIS</p> <p>Enfermedad como sinónimo de síntomas</p>	<p>Motivar la reinserción social de las usuarias</p> <p>Bata como distintivo</p> <p>Capacitación constante de personal</p> <p>Modelo de asistencia similar a las granjas</p>	<p>El “Como hacer”</p> <p>Contradicciones con profesionales</p> <p>Poder masculino como control de las usuarias</p>

La tabla 5 muestra de forma general los resultados obtenidos de cada categoría sobre las RS de los tres grupos acerca de la enfermedad mental y locura, así que a continuación se realizara un breve apartado destinado a presentar las similitudes y diferencias entre ellos:

Similitudes

En cuanto a las creencias, usuarias, expertos y trabajadores comparten el estigma hacia la enfermedad mental; enmarcándola de una forma negativa que dificulta la convivencia con quienes la padecen y la capacidad para identificarse o sentirse pertenecidas (las usuarias) a un grupo social; ya que en el caso de las usuarias y trabajadores dicho estigma se encuentra mucho más entrelazado a la locura en comparación con el grupo de los expertos; sin embargo esta situación no deslinda a éstos últimos de caer en la consideración del estereotipo agresivo y desalineado del enfermo mental; ya que como refiere Moll (2013), a pesar de contar con mayor información, preparación y contacto con las personas que sufren enfermedades mentales, comparten representaciones similares con el común de la población, representando la fuerza del estigma sobre el trastorno mental.

Por otra parte, en cuanto a las emociones, el miedo y la tristeza son las emociones que más comparten usuarias, expertos y trabajadores, también influenciados por el estigma hacia la enfermedad mental/locura. Siendo de nueva cuenta en el caso de las usuarias un miedo y tristeza hacia “aquello” que representa la enfermedad mental/locura como ajeno a sí mismas o como algo pasajero en su salud, pero que no las convierte en “locas”. Para los expertos y trabajadores dichas emociones se ligan más al abandono familiar que presentan las usuarias y a “caer” en una situación similar; percibiendo a enfermedad mental/locura como algo completamente indeseable; señalando lo que refiere Frijda (en Gutiérrez et al. 2014), sobre la relación entre emociones y preocupaciones o intereses personales; de manera que en cada acontecimiento que provoca una emoción se identifica una inquietud que puede asegurar la satisfacción de las preocupaciones; así la mayoría de las emociones de los tres grupos se liga a una connotación negativa, de desamparo, falta de apoyo o incomodidad.

Las practicas que comparten usuarias, expertos y trabajadores son escasas, ya que resalta cierto juego de responsabilidad sobre “quién hace qué” dentro de la institución de apoyo a la enfermedad mental/locura; de esta forma es complicado coincidir en prácticas ya que cada quien posee una función específica que en ocasiones genera más disparidades que acuerdos entre los miembros de cada grupo. En la categoría de prácticas es donde más se vislumbra la acción del poder institucional, basado en jerarquías, preparación profesional, diferencias de género etc. pues desde el uso de ropa distintiva para algunas áreas (batas blancas para

psicólogos y pasantes, uniformes para enfermeras y chalecos para personal administrativo) coloca de inmediato las jerarquías que las usuarias identifican completamente y rigen su comportamiento dentro del CAIS.

Diferencias

La principal diferencia en cuanto a las creencias de usuarias, expertos y trabajadores sobre la enfermedad mental/locura es el origen místico de la misma, ya que solo las usuarias expresan de forma muy clara la persistencia de dichas concepciones; los expertos se expresan completamente en términos clínicos ligados a los diagnósticos jugando un papel como etiquetadores al señalar que toda enfermedad mental constituye una enfermedad construida profesionalmente, ejerciendo un control social e ideológico (Menendez, 2005), que por su estatus dentro de la jerarquía profesional no podrían ejercer directamente los trabajadores; sin embargo eso implica que puedan apoyar dicho control de diferentes formas.

Las diferencias en cuanto a emociones radican en los bloqueos de los trabajadores no para sentir emociones entorno a la enfermedad mental/locura, si no para expresarlas. Pues el ejercicio de dicha expresión representaría un acercamiento al fenómeno que debido al estigma y estereotipo adjudicado no es aceptado socialmente. Por otra parte es notorio que las usuarias manifiestan muchas más emociones que los expertos y trabajadores, debido quizá a una necesidad de expresión que solo es comprensible cuando se vive por algunos años encerrado.

Con respecto a las prácticas es notorio que dentro de CAIS, el grupo que más refuerza la reinserción social de las usuarias es el de los expertos; ya que algunas usuarias mantienen la reincorporación al centro una vez fuera de él y los trabajadores no asumen un papel de interés en dicha labor, si no que manifiestan énfasis en la plena labor asistencial.

8. Conclusiones

La realización del presente trabajo permitió lograr el objetivo de tener un acercamiento a las RS de un grupo social sobre la enfermedad mental y locura, teniendo al lenguaje como herramienta para abordar la información y observando las creencias, emociones y prácticas que conforman dichas RS, se aprecia la influencia que tiene el entorno cultural para moldear las formas de conocimiento de los individuos y la forma en que locura y enfermedad mental

involucran estereotipos, prejuicios y discriminación hacia personas con padecimientos mentales. De forma general, los principales puntos obtenidos como conclusión son:

- Al definir el concepto de enfermedad mental o locura se tiene que cada concepto sirve de base al otro para brindar un significado, sin embargo, quien padece la enfermedad mental suele relacionarla de manera más directa con la locura y resulta también ser más factible la consideración de un origen místico de la misma; pues a pesar de que quienes poseen grados académicos también se ven envueltos en el ejercicio de la estigmatización de la enfermedad mental, en cuanto a su concepción existe un visible predominio del saber médico que otorga poder sobre la relación usuaria-experto.
- El estereotipo del enfermo mental loco, agresivo, con deficiencias mentales, desalineado predomina sin importar grado académico, debido a la fuerte influencia de los medios de comunicación y al dominio del saber médico psiquiátrico que emplea exámenes mentales para corroborar la descripción de un caso clínico.
- La ausencia familiar repercute en el afrontamiento del padecimiento mental, sin embargo personas como las usuarias de CAIS Cascada muestran que se pueden consolidar otras redes de apoyo dentro del centro y fuera de él, logrando contribuir a su reinserción social que en ocasiones (y contrario a lo esperado) no se convierte en el objetivo primordial de las usuarias. Evidenciando el reingreso de algunas usuarias una vez viviendo fuera del centro, refiriendo nostalgia por el lugar y las compañeras.
- El estigma como se observó, no solo alcanza a personas sino también a las instituciones como CAIS Cascada que al no pertenecer al sector salud, no emplea términos como "hospital" o "manicomio" para presentarse ante la sociedad; sin embargo; el estigma hacia la enfermedad lleva a que la sociedad considere a este centro de asistencia e integración social como un hospital psiquiátrico, repercutiendo en la percepción que tienen la usuarias de sí mismas como "normales" o "enfermas".
- La labor del psicólogo dentro de centros como CAIS Cascada se encuentra subyugada al saber psiquiátrico, desde el empleo de la bata blanca hasta el trabajo basadas en manuales clínicos; aunado a ello se tiene la poca valoración por parte de las instituciones y por otras áreas que se le otorga al saber psicológico como auxiliar para los trastornos mentales.

- La normalización de los padecimientos mentales y el actual acceso a infinidad de información ha llevado al empleo de términos clínico como adjetivos que describen a una persona, siendo empleado también por las usuarias al llamar “esquizofrénica”, “deprimida”, “histérica” a sus compañeras, y en ocasiones con la intención de ofender o molestar. Razón por la que también es importante que el personal que labora en instituciones con pacientes mentales pueda tener acceso a una capacitación laboral que contribuya a la sensibilización del padecimiento y a brindarle a la persona una atención profesional y de calidad para su bienestar que en el caso específico de las usuarias, quizá pueda disminuir los sentimientos de culpabilidad por no “ser buenas madre”, “buenas hijas” o “buenas esposas” al encontrarse dentro del CAIS, pensando como siempre en el bienestar del otro (hijo, esposo, padre) antes que en el suyo.
- La expresión emocional es un medio por el cual se puede conocer el fenómeno de la enfermedad mental/locura de una forma menos invasiva para las usuarias; quienes cansadas de las entrevistas disfrazadas de charla cotidiana, se entusiasman por expresar sus vivencias y sentimientos dentro del encierro mediante otro tipo de actividades.
- Cabe resaltar que las instituciones que procuran la reinserción social de las personas con padecimientos mentales como CAIS Cascada, se enfrentan a la predominación del sistema asistencial, que puede limitarse a la supervivencia del individuo dentro de un centro. Por lo cual se considera importante la implementación de perspectivas por ejemplo de género en el caso de las usuarias del CAIS, para trabajar también aquellas habilidades que aunadas al equilibrio de su salud mental les brinde herramientas para salir delante de manera independiente y segura; para dicha labor también es primordial el trabajo de investigación que permita adentrarse a la situación y “vivir de cerca” la realidad de quien se desea ayudar.
- Para las personas que viven la enfermedad mental/locura, la expresión es valiosa pues al encontrarse contantemente vigiladas bajo la mirada clínica en ocasiones refieren sentirse cansadas de ser entrevistadas, cuestionadas, revisadas pero al saber que sus palabras tienen una función mucho más allá de llenar un expediente se muestran participativas y colaborativas; razón por la que la reinserción social y la sensibilización hacia sus vivencias podría resultar favorecedora para la práctica profesional y para la

misma construcción de la identidad de las usuarias modificando los discurso dentro del grupo social, en búsqueda del deslinde de la hegemonía psiquiátrica.

Limitantes

- Una de las principales limitantes (para la investigadora) fue el poder institucional que inmediatamente se hizo presente desde los primeros instantes dentro de ella, generando acciones (uso de bata) y emociones que influyen dentro de la investigación.
- La prohibición para tomar fotografías dentro del CAIS, se consideró un impedimento para mostrar de forma más clara quizá el acercamiento llevado a cabo con las usuarias.
- El uso obligatorio de la bata blanca también juego un papel “de autoridad” durante la realización del acercamiento con las usuarias y en relación con el demás personal.

Alcances

- La presente investigación logró brindar un espacio de expresión para las usuarias.
- Mostrar el poder institucional y médico sobre otras áreas afines a la salud mental.
- Mostrar sitios como CAIS Cascada enfocados en la reinserción social de las personas.
- La importancia de la expresión para las usuarias o personas que se encuentran asiladas.

Recomendaciones para próximos estudios.

- Debido al impacto institucional para la investigación se sugiere para futuras investigaciones sobre el tema, una capacitación en materia de perspectivas psicológicas sobre pacientes con trastornos mentales, que pueda contribuir a brindar un enfoque y acercamiento a los participantes distinto.
- Un elemento importante podría ser el lograr la participación de la familia de las usuarias, siguiendo la línea de Berenzon et al. (2013), sobre incrementar la participación de la sociedad civil y establecer vínculos sólidos entre el sector salud y las asociaciones de usuarios y familiares, de manera que tengan una participación más proactiva en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de salud mental.

9. Referencias

- Agulló, E. (1998). La centralidad del trabajo en el proceso de construcción de la identidad de los jóvenes: una aproximación psicosocial. *Psicothema*, 10(1). 153-165.
- Alejo, A. (2011). El poder y sus resistencias: las figuras de la brujería, la posesión y la histeria. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.aacademica.org/000-052/124>
- Araujo, P. (1ra. Edición). (2012). *Diálogos con Presas*. México: UAM-Xochimilco.
- Aréchiga, H. (1ra. Edición). (2001). *El universo interior*. E.U.A: Fondo de Cultura económica.
- Arrizabalaga, J. (1993). Locura y enfermedades mentales en la edad medieval. *Historia* 16. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10261/33922>
- Arruda, A. (2010). Teoría de las representaciones sociales y teorías de género. En Blazquez, N; Flores, F; Ríos, E. del libro *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*. 339-358. México: Facultad de Psicología UNAM.
- Artium dokuart biblioteca y centro de documentación (2010). Recuperado de: <http://www.artim.org/>
- Avendaño, C; Krause, M; Winkler, M. (1993). Representaciones sociales y teorías subjetivas: relevancia teórica y aplicaciones empíricas. *Psyche*. 2(1).
- Ayestaran, S; Paez, D. (1986). Representación social de la enfermedad mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. 6(16).
- Banchs, M. (1989). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on social representtion*. 8(1). 2.1-2.5 .
- Belli, S; Íñiguez-Rueda, L. (abril/junio 2008). El estudio psicosocial de las emociones: una revisión y discusión de la investigación actual. *Psico*. 39(2). 139-151.
- Benassini, O. (diciembre 2001). La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI. *Salud Mental*. 24(6).
- Berenzon, S; Hernández, J; Saavedra, N. (2001). Percepciones y creencias en torno a la salud-enfermedad mental, narradas por curanderos urbanos de la Ciudad de México. *Gazeta de Antropología*. 17(21).

- Berenzon, S; Saavedra, N; Medina-Mora, M; Aparicio, V; Galván, J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Rev. Panam Salud Publica*. 33(4). 252–8.
- Blaxter, L; Hughes, C; Tight, M. (2002). *Cómo se hace una investigación*. España: Gedisa Editorial.
- Bonet, P. (octubre 2014). El Pensamiento Lateral del Arte Contemporáneo. Josefa Tolrà, Médium y Artista (1880-1959). *Barcelona Research Art Creation*, 2(3), DOI: 10.4471/brac.2014.13
Recuperado de: <http://hipatiapress.info/hpjournals/index.php/brac/article/viewFile/1134/1012>
- Bravo de Rueda, C. (2006). Bioética, salud mental y género. *Acta Bioethica* 12 (2). Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v12n2/art05.pdf>
- Bueno, J; Mestre, F. (2005). Prensa y representaciones sociales de la enfermedad mental. *Psychosocial Intervention*. 14(2). 131-159. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179817557001>
- Campuzano, M. (s/f). Una evaluación actual de la Antipsiquiatría. *Revista Subjetividad y Cultura*. Recuperado de: <http://subjetividadycultura.org.mx>
- Capetillo, J. (2008). Cuerpos sin historia. De la psiquiatría al psicoanálisis en México (1880-1920). *Frenia*, Vol. VIII, 207-220, ISSN: 1577-7200. Recuperado de: <http://222.revistaaen.es/index.php/frenia/article/viewFile/16453/16298>
- Cataldo A. /Annes y Colaboradores. (2003). História resumida da psiquiatría. *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Recuperado de: <http://www.annes.com.br/escritos/artigo09.htm>
- Colección del Museo de la Medicina Mexicana. (1200-400 a.C.). Figurillas mostrando deformación craneana [Arcilla]. México, Museo de la Medicina Mexica, UNAM.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación CONAPRED; 2017, <Http://www.conapred.org.mx>
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1948). Recuperado de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>
- Daydí, S. (1992). Manifestaciones de la locura femenina en la poesía de Gabriela Mistral. Centro Virtual Cervantes. Universidad de Wisconsin. Recuperado de: http://cvc.cervantes.es/literatura/aih/pdf/11/aih_11_2_022.pdf
- De Rotterdam, E. (2006). *Elogio de la Locura*. México: Editores mexicanos unidos.
- Duro, J. (mayo-agosto 2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del psicólogo*. 24(85). 1-10.
- Enciso, V. (1995). La ventana. La persecución de las brujas. N° 1. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5202277.pdf>

- Eslava, D; Puntel de Almeida, M. (2002). Representaciones sociales de salud y enfermedad: investigando el estado del arte. 8(2). Recuperado de Scielo: <http://dx.doi.org/10.4067/SO717-95532002000200007>
- Fernández, G. (2015). Revista Historia 2.0, Conocimiento histórico en clave digital. 5(9), Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5156332>
- Ferrández, F. (2013). Del diagnóstico a la demanda: asistencia, conocimiento y enfermedad mental. Teoría y crítica de la psicología 3 ISSN: 2116-3480 Recuperado de: <http://www.teocripsi.com>
- Flores, F. (2010). Representación social y género: una relación de sentido común. En Blazquez, N; Flores, F; Ríos, E. del libro *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*. 339-358. México: Facultad de Psicología UNAM.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. México: FCE
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar, nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI editores.
- García, M. (2002). Foucault y el poder. De la nave de los locos al gran encierro. 8va sesión. México, DF. UAM X CSH depto. de política y cultura. Recuperado de: http://bidi.xoc.uam.mx/tabla_contenido_libro.php?id_libro=108
- García, P. (2007). La Locura de Eros en el Fedro de Platón. *Cauriensia*, Vol. II. 93-119.
- García, A. (2011). *Las representaciones sociales*. México: FES Zaragoza/ UNAM.
- García, N; Montenegro M. (2014). Re/pensar las producciones narrativas como propuesta metodológica feminista: experiencias de investigación en torno al amor romántico. *Athenea Digital*. Universitat Autònoma de Barcelona. 14(4). 63-88 (diciembre). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1361>.
- Gómez, S. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 38(1). 114-125.
- González de Rivera, J. (1998). Evolución histórica de la psiquiatría. *Psiquis*. 19 (5). 183-200.
- González, F. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. *Revista Diversitas, perspectivas en psicología*. 4(2). 225-243.
- Granados, J; Ortiz, L. (febrero 2003). Patrones de daños a la salud mental: psicopatología y diferencias de género. *Salud Mental*, 26(1).
- Guillén, R. (2015). Cráneos prehistóricos con evidencia de trepanación en Andalucía. *Revista Atlántica-Mediterránea* 17, 105-112.

- Gutiérrez, S; Arbesú, M; Piña, J. (2014). Emociones y representaciones sociales. El caso de los estímulos académicos. En Mireles, O. del libro *Representaciones sociales : emociones, significados y prácticas en la educación superior*. (19-51). México: UNAM.
- Halgin, R. (5ta Edición). (2009). *Psicología de la anormalidad*. México: McGraw-hill/ interamericana.
- Henningsen, G. (2014). La Inquisición y las brujas. *EHumanista*. N° 26. ISSN 1540 5877 Recuperado de:http://www.ehumanista.ucsb.edu/volumes/volume_26/ehumanista%2026/PDFs/2%20witch/ehum26.7.henningsen.pdf
- Hernández, R; Fernández C; Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill
- Hernández, O; Sarquis, Z. (2009). El encierro institucionalizado. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 12(1).
- Instituto de Asistencia e Integración Social (IASIS). (S/F). Directorio de los centros de asistencia e integración social.
- Íñiguez, L. (2001). Identidad: De lo Personal a lo Social. Un recorrido conceptual. En Eduardo Crespo (Ed.), *La constitución social de la subjetividad*. (p. 209-225). Madrid: Catarata.
- Jaimes, P. (2010). Entre el pecado y la locura: La mujer en el México del siglo XIX. *El Tlacuache, suplemento cultural*. Centro INAH de Morelos. Recuperado de:
http://www.derechocambiosocial.com/revista033/las_mujeres_tambien_matamos.pdf
- Jodelet, D. (septiembre 2008). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Revista Electrónica Cultura y Representaciones Sociales*. 3(5). 32-63.
- Kant, I. (2001). *Ensayo sobre las enfermedades de la cabeza*. Madrid, España: Editorial Mínimo tránsito A. Machado libros. Traducción de Agustín Bejar.
- La Furcia, A. (Julio-diciembre 2013). El género desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad. *La manzana de la discordia*., 8(2).
- León, H. (Enero-Junio 2005). Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*. 6(1) 33-42.
- López, J. (2007). La locura en la antigüedad: Roma y Próximo Oriente. Una aproximación a la demencia en la roma y el oriente antiguo. Recuperado de:
<http://asiahistoria.blogspot.mx/2007/06/la-locura-en-la-antiguedad-roma-y-prximo.html>
- López, M; Laviana, M; Fernández, L; López, A; Rodríguez, A; Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 28(101). 43-83. ISSN 0211-5735.

- Llamas, A. (septiembre-diciembre 2013). El significado del silencio entre moradores de La Castañeda en los albores del siglo xx. Consideraciones metodológicas para su tratamiento. Universidad Iberoamericana Puebla. *Desacatos*, 43.
- Mainetti, J. (2004). La medicalización de la vida, *Electroneurobiología* 14(3): 71-89.
- Marcos., S. (2012). Religión y Género. Editorial Trotta. Enciclopedia Iberoamericana de Religiones. Madrid. Recuperado de:
http://porelpanyporlasrosas.weebly.com/uploads/1/1/8/1/11810035/religion_y_genero.pdf
- Martínez, A. (1995). Constructivismo, ¿una vuelta a los principios filosóficos del positivismo? *Comunicación, Lenguaje y Educación*, 28.5-13
- Martínez, M. (2004). Ciencia y arte en la metodología cualitativa. México: Editorial Trillas.
- Medina-Mora M, Borges G, Lara M. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, *Salud mental*. Recuperado de: <http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>
- Melguizo, E; Alzate, M. (enero-junio 2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances en Enfermería*. 26(1), 112-123.
- Menendez, E. (enero-abril 2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*. 1 (1). 9-32.
- Moll, S. (2013). Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana. *Revista de Psicología*. 31(1).
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Kustner, B., Reneses, B., Usall, Judit., Vazquez-Barquero, J. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit*. 18(Supl 1), 175 -81.
- Moñivas, A. (1994). Epistemología y representaciones sociales: concepto y teoría. *Revista de psicología general y aplicada*. 47(4). 409-419.
- Mora-Ríos, J., Bautista-Aguilar, N., Ortega-Ortega, M., Natera, G. (2012). “Pero si no estoy loco”. Nuevas miradas para entender nuestra Salud Mental. Instituto Nacional de Psiquiatría-Secretaría de Salud.
- Mora-Ríos, J., Bautista-Aguilar, N., Natera, G., Pedersen, D. (enero-febrero 2013). Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. *Salud Mental*. 36(1).
- Mora-Ríos, J., Bautista-Aguilar, N. (julio-agosto 2014), Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. *Salud Mental*. 37(4).

- Moscovici, S. (2da. Edición). (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
- Mueller, F. (2da Edición). (1980). *Historia de la Psicología. De la antigüedad nuestros días*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Muñoz, E. (2012). *Endemoniadas, Locas y Criminales: Representaciones y Ordenamiento Social de las mujeres desde el paradigma psiquiátrico. Chile 1852-1928*. Tesis de Licenciatura. Universidad de Chile. Santiago de Chile año. Recuperada de:
<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/113737/Mu%C3%B1oz%20Eduardo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Núñez, F. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Butlletí LaRecerca*. Universitat de Barcelona., Institut de Ciències de l'Educació. ISSN: 1886-1946.
- Ochoa, S; Martínez, F; Ribas, M; Gracia-Franco, M; López, E; Villellas, R; Arenas, O; Álvarez, I; Cunyat, C; Vilamala, S; Autonell, J; Lobo, E; Haro, J. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 31(111). 477-489.
- Ordorika, T. (octubre-diciembre 2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales. *Revista Mexicana de Sociología* 71(4).
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Secretaria de Salud. (2011). *Informe sobre el sistema de salud mental en México (IESM-OMS)*. México.
- Ortega, C. (2011). Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea. *Cuadernos Kóre. Revista de historia y pensamiento de género*. 1(4).
- Ortiz, A; Prats, M; Baylina, M. (mayo 2012). Métodos visuales y geografías de la infancia: dibujando el entorno cotidiano. *Scripta Nova Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*. 16(400). ISSN: 1138-9788.
- Peñalta, R. (2008). Locos y locura a finales de la Edad Media: representaciones literarias y artísticas. *Revista de Filología Románica*. Vol. 25 Recuperado de:
<http://revistas.ucm.es/index.php/RFRM/article/view/RFRM0808110127A/9548>
- Pérez, B. (2013). *Vivir y sobrevivir en la calle dela ciudad de México*. México: Plaza y Valdez editores.
- Pérez-Rincón, H. (noviembre-diciembre 2011). Defensa e ilustración de la psiquiatría. Texto de la Cátedra Ramón de la Fuente impartida el 12 de octubre de 2011 dentro de la XXVI Reunión Anual de Investigación. INPRFM. *Salud Mental*. 34(6).

- Peset, J. (2003). La revolución hipocrática de Philippe Pinel. *Asclepio*. 55(1).
- Pileño, M; Morillo, F; Salvadores, P; Nogales, A. (2003). El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los Cuidados*. 7(13).
- Pineda (1993). México Prehispánico. *Revista de Acatlán Multidisciplina*. Recuperado de: <http://www.acatlan.unam.mx/repositorio/general/Multidisciplina/Segunda-Epoca/multi-1993-02.pdf>
- Porter, R; (2002). Breve Historia de la locura. México: Fondo de Cultura Económica.
- Quintero, S. (julio 2011). Armando Reverón, entre la locura y la genialidad. *Bordes. Revista de estudios culturales*. n° 2. ISSN: 2244-8667 Recuperado de: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/bordes/article/view/4935/6537>
- Ramírez, E. (2011). ¿Cómo se explica la conducta anormal el hombre de hoy? *Poiésis. Revista electrónica de psicología social*. FUNLAM. No. 21 junio. Recuperado de: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/index>
- Ramírez, G. (2011). *Encierro, patología y género: los sujetos de la exclusión psiquiátrica* (Tesis de maestría en ciencias sociales). Facultad latinoamericana de ciencias sociales, Ecuador.
- Ramos-Lira, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. *Salud Mental*. Volumen 37. No. 4
- Ramos, J. (enero-junio 2014). “Aquéllos son los hombres locos”. De los discursos científicos al internamiento en el Hospital de San Hipólito, 1886-1890. *Trashumante Revista Americana de Historial Social* 5, 264-287. ISSN 2322-9381. Recuperado de: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/trashumante/article/view/21704/17889>
- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.a ed.). Madrid, España. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=Estrategia>
- Rigol, A. (2003). Antropología saberes de mujeres. La legitimación del conocimiento masculino. *Cultura de los Cuidados*. 2° semestre. 7(14).
- Ríos, A. (2009). La locura en el México posrevolucionario. El manicomio La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría, 1920-1944. *Históricas: boletín del Instituto de investigaciones Históricas*, UNAM, ISSN 0187-182. No. 84 28-35. Recuperado de: <https://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=2965627>
- Rivera, C. (2010). *La Castañeda, Narrativas dolientes desde el manicomio general, México 1910-1930*. México: Maxi Tusquets.
- Roa, A. (1980). *Enfermedades Mentales. Psicología y Clínica*. Santiago Chile: Editorial Universitaria.

- Rodríguez, F. (abril-junio 2004). La representación social de la enfermedad y de la institución psiquiátrica en el paciente mental. *Espacio abierto, cuaderno venezolano de sociología*. ISSN: 1315-006. 13(2). 229-247.
- Romero, J. (2000). Creatividad, arte, artista, locura: una red de conceptos limítrofes. Universidad Complutense de Madrid. *Arte Individuo y Sociedad*. ISSN: 1131-5598 Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/view/ARIS0000110131A/5924>
- Ruiz, M; Jiménez, I. (2003). Género, mujeres y psiquiatría: Una aproximación crítica. *Frenia*. 3(1).
- Sacks, O. (2009). *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. México: Anagrama.
- Sacristán, C. (junio 2003). Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La Granja de san pedro del monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948. *Salud Mental*, 26(3).
- Sacristán, C. (2005). Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna. *Frenia*. 5(1).
- Sacristán, C. (enero-abril 2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco* 45, Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-16592009000100008&script=sci_arttext
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: Inicios históricos de la salud mental. Historia de la salud pública. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 29(1), 143-48. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a22v29n1.pdf>
- Sandoval, J., Richard M. (S/F). Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social. *La Salud Mental en México*. Recuperado de: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Sa_ludMenta_lMexico.pdf
- Sarason, B. (7ma. Edición). (1996). *Psicología anormal, el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson.
- Schäfer, G. (2008). Romantic Love in Heterosexual Relationships: Women's Experiences. *Journal of Social Sciences*. 16 (3), 187-197.
- Siles, J; Cibanal, L; Vizcaya, F; Solano, C; García, E; Gabaldón, E: (2001). De la custodia a los cuidados: una perspectiva histórica de la enfermería en salud mental. *Cultura de los cuidados*. 5(9).
- Spadini, L; & Souza, M. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares (la enfermedad mental bajo la mirada de pacientes y familiares). *Revisão da Escola de Enfermagem da USP*. 40(1), 123-7. Doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000100018>

- Souza y Machorro, M., Cruz, D. (diciembre 2010). Salud mental y atención psiquiátrica en México. Portal de revistas de las UNAM. 53(6). Recuperado de:
<http://www.journals.unam.mx/index.php/rfm/article/view/2013>
- Sprioli, N; Silva, M. (septiembre-octubre 2011). Cuidar en tiempos nuevos: el trabajo de cuidadores con pacientes psiquiátricos en residencias terapéuticas. *Revista Latinoamericana Enfermagem*. 19(5).
- Sue, D; Sue, G; Sue, S. (1996). *Comportamiento anormal*. México: Mc Graw Hill.
- Tamayo, G. (2008). La idea de locura: una perspectiva histórica del “desarreglo”. Recuperado de:
http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas_psicologia/html/revistas_contenido/revista11/Laideadelocura.pdf
- Tristán, J; Ruiz, F; Villaverde, C; Maroto, R; Jiménez, S; Tristán, R. (2007). Contenido simbólico de la bata blanca de los médicos. *Antropo*. 14. 37-45.
- Torrent, R., Caballero, J. (2012). Sobre arte y dolor. A modo de preámbulo. *Dossiers Feministes. Mujeres Creación y Dolor*. 16, 157-177.
- Torres, T; Munguía, J; Aranda, C; Salazar, J. (2015). Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México. *Revista CES Psicología*. 8(1). 63-76.
- Trejo, A. (2016). El loco amor como enfermedad mental. Los cuatro humores en el Arcipreste de Talavera o Corbacho, de Alfonso Martínez de Toledo. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. *Acta Poética*, 37(1).
- Treviño H., Velásquez R., Solís A. (2004). *Historia I*. México: Ediciones Castillo.
- Valencia, M. (marzo-abril 2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental. *Salud Mental*. 30(2).
- Vaca, P; Chaparro, B; Pérez, N. (2006). Representaciones sociales acerca de la identidad de género de una mujer que emplea la violencia en la solución de conflictos. *Psicología desde el Caribe*. No. 18. 23-57
- Valls-Llobet, C. (2013). La deconstrucción de la psicopatología en el ámbito de la asistencia sanitaria: retos de investigación e intervención. *Quaderns de Psicologia*. 15(1).
- Van Young, E. (2001). Estudio introductorio Ascenso y caída de una loca utopía. Secuencia. *Revista de Historia y Ciencias Sociales*. Recuperado de:
<http://secuencia.mora.edu.mx/index.php/Secuencia/article/view/748/666>

- Varela, M; Villalobos, L. (2014). Del arte a la locura y de la locura al arte: la expresión genial de la patología. *Wimb Lu Revista electrónica de estudiantes*. 9 (2), ISSN: 1659-2107 Recuperado de: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/15451/14815>
- Vásquez, A. (2011). Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de Enfermedad mental y crítica de la 'razón psiquiátrica'. *Nómadas Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. 31(3).
- Viñals, V. (2016, 6 de marzo). Antipsiquiatría: “La medicalización es un mecanismo de contención del malestar social”. *Diario Uchile*. Recuperado de: <http://radio.uchile.cl/2016/03/06/antipsiquiatria-la-medicalizacion-es-un-mecanismo-de-contencion-del-malestar-social>
- Zoja. L. (2013). *Paranoia, la locura que hace historia*. Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Zuriaga, V. (2012). El dolor como triunfo. Sacrificio, tortura y liberación en las mártires cristianas. *Dossiers Feministes. Mujeres Creación y Dolor*. 16, 157-177.

10. Anexos

Anexo 1 Protocolo de Entrevista:

<i>Enfermedad Mental / Locura</i>	<i>Familia</i>
<p>¿Te consideras igual a las demás usuarias? ¿Te sientes enferma de algo? ¿Cómo es estar enferma de ello? ¿Quiénes son las locas, enfermas o retrasadas? ¿Cómo son? ¿Qué te hacen sentir? ¿Porque están así? ¿Han utilizado estas palabras para referirse a ti? ¿Cómo te sientes cuando ocurre ello? ¿Qué es la locura? ¿Porque la gente enloquece? ¿Que sienten los locos? ¿Que sientes cuando ves un loco?</p>	<p>¿Quién conforma tu familia? ¿Alguien sabe que estas aquí? ¿Qué opina al respecto? ¿Por qué no estas con ellos? ¿Te visitan con frecuencia? ¿Cómo te sientes cuando lo hacen? ¿Te sientes apoyada por tu familia? ¿Qué actitud presentan cuando vienen? ¿Cómo es tu relación con tu familia? ¿Eres esposa o madre? ¿Cómo es tu relación con tus hijos/pareja? ¿Te gustaría formar una familia?</p>
<i>Tratamiento</i>	<i>Género</i>
<p>¿Llevas algún tratamiento? ¿Qué tipo de tratamiento? ¿Lo llevas a cabo a diario? ¿Para qué sirve? ¿Cómo te hace sentir? ¿Crees que es igual al de otros padecimientos? ¿Crees que lo necesitas? ¿Consideras llevarlo toda tu vida?</p>	<p>¿Cuál es la diferencia entre un hombre y una mujer loco? ¿Cómo es una mujer enferma mental? ¿En que es diferente con un hombre enfermo mental? ¿Cómo es una mujer loca? ¿Cómo se percibe a una mujer enferma mental/loca? ¿Tiene los mismos derechos y obligaciones que una mujer que no tiene este padecimiento? ¿Cómo ve la gente a una mujer enferma mental?</p>
<i>Instituciones</i>	
<p>¿Por qué crees que te encuentras aquí? ¿Qué pensaste o sentiste cuando te trajeron? ¿Cómo era tu vida en la calle y/o en otra institución? ¿Qué es el CAIS "Cascada"? ¿Qué personas ingresan al CAIS? ¿Cómo describes tu relación con el personal del CAIS? ¿Cómo te sientes al convivir con ellos? ¿Qué piensan de ti?/ ¿Que les haces sentir?, ¿Cómo te tratan? ¿Por qué crees que sean así? ¿Cómo describes tu relación con tus compañeras del CAIS? ¿Cómo te sientes al convivir con ellas? / ¿Qué piensan de ti? ¿Qué les haces sentir?/ ¿Por qué crees que sean así? ¿Has pensado en salir de aquí? ¿Cómo sería tu vida fuera de aquí?</p>	

Anexo 2 Carta de término de servicio social expedida por CAIS Cascada.



Secretaría de Desarrollo Social
Dirección General del Instituto de Asistencia e Integración Social
Coordinación Administrativa
Subdirección de Recursos Humanos

CDMX
190 años

"2014. Año de Octavio Paz"

México, D.F., a 13 de enero de 2015

OFICIO NÚMERO: SRH/ 46 /2015

ASUNTO: Carta de Término de Servicio Social

**LIC. LEONEL ROMERO URIBE
COORDINADOR DE SERVICIO SOCIAL
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
UNAM
PRESENTE**

Informo a usted, que la **C. Rosa Isabel Rodríguez Flores**, pasante de la **Licenciatura en Psicología**, con número de cuenta: **308206755**, procedente de la **FES – Zaragoza / UNAM**, ha terminado su Servicio Social en esta Dirección General del Instituto de Asistencia e Integración Social; dentro del programa: **El trabajo multidisciplinario para la reinserción social de grupos vulnerables**, con clave: **2014 – 34 / 42 - 2744**; durante el periodo comprendido del 09 de junio al 09 de diciembre de 2014, de lunes a viernes, de 15:00 a 19:00 horas, cubriendo un total de 480 hrs.

Cabe mencionar que las actividades que realizo fueron las siguientes:

- Entrevistas y valoraciones psicológicas;
- Realización de taller "Manejo Emocional";
- Realización de taller "Sensibilización a la Psicopatología";
- Apoyo a grupos voluntarios y psicoterapia;
- Apoyo en actividad de Cine-Debate.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

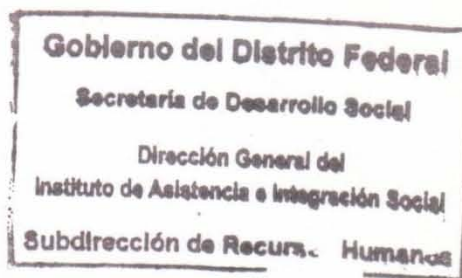
ATENTAMENTE


**LAURA SÁNCHEZ DÁVALOS
SUBDIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS**

SERIE DOCUMENTAL: SERVICIO SOCIAL Y PRÁCTICAS PROFESIONALES
EXPEDIENTE: ROSA ISABEL RODRÍGUEZ FLORES

C.c.p. Roberto Licona Alberto - Coordinador Administrativo en la DGIASIS

LSD*clg



Xocongo No. 225, 1er Piso
Col. Tránsito, Del. Cuauhtémoc, Tel. 5740-2222

df.gob.mx
iasis.df.gob.mx