

71
2es.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA



**LOS CONCEPTOS DE NORMALIDAD Y
ANORMALIDAD DESDE LA TEORIA DE LA
REPRESENTACION SOCIAL EN EL CAMPO
DE LA SALUD MENTAL**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

JOSE ALBERTO DIAZ CERVANTES

DIRECTORA DE TESIS
DRA. MARIA DE FATIMA FLORES PALACIOS

258362

MEXICO, D.F.

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 está 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.

DEDICATORIAS

A mi padre, ejemplo de superación, fortaleza y de inagotable atención.

A mi madre, por su consejo, apoyo incondicional y por tanta fe.

A Quicho, por su cercanía, perseverancia y por darme el mejor motivo para terminar este trabajo.

A Juan, por su presencia llena de fuerza, alegría y nobleza.

A toda mi familia por brindarme un espacio de tradición, afecto y convivencia. Especialmente para mi tía María Elena y a la memoria de mi tío Tirso.

A Patricia, porque cuando nos hicimos amigos nuestra amistad no respondió a conveniencia ni a pasatiempo sino a una necesidad de compartir.

A Claudia, porque muchas cosas importantes pasaron en la facultad y una de las más significativas fue haberte conocido.

A Cony, Misael, Yadira, Carlos, Mayte, Pepe y Adrián, por todas las épocas pasadas y las que faltan.

A Silvia, Amalia, Adrián y Lupita por sus nuevas puertas de conversación, sensatez y diversión.

A Silvia T. y a Hilda Z. porque desde el inicio se conformó un equipo.

A Javier, Hilda E. y Mily por haber dado vida al Club de los 4.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Fátima Flores por su orientación en la realización de este trabajo y por su compromiso con la investigación psicológica.

A mis sinodales: Mtra. Aída Rodríguez, Mtra. Olga Bustos, Lic. María de la Luz Javiedes y Dr. Gilberto Limón, por sus enriquecedores comentarios.

A la psicóloga Martha L. Rosas por las facilidades otorgadas para acceder a la muestra de profesionales de la salud mental.

A Fundación UNAM por la beca proporcionada para la realización de este trabajo.

A Claudia I. Mastache por sus traducciones de francés, sus observaciones y sugerencias a todo el documento.

Al Lic. Benito Ramírez y a la Lic. María de Lourdes Monrroy de La Unidad de Cómputo Informática e Instrumentación de la Facultad de Psicología por su apoyo en la parte estadística.

A Hilda Esquivel, Javier Moreno y Mónica Fulgencio, por resolver muchos de los diversos problemas que se presentaron en la elaboración de este trabajo.

A Antonio Peña, por su interés en el estudio de las representaciones sociales y por las atenciones que tuvo a este proyecto.

A todos los profesionales de la salud mental que hicieron posible esta investigación y a todas las personas que saben que han estado vinculadas a este trabajo.

LOS CONCEPTOS DE NORMALIDAD Y ANORMALIDAD DESDE LA TEORÍA DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1

CAPÍTULO I CONCEPTOS DE NORMALIDAD Y ANORMALIDAD

4

1.1 Antecedentes

4

1.1.1 Demonología primitiva

4

1.1.2 Somatogénesis

6

1.1.3 Edad Media

7

1.1.4 Renacimiento

7

1.1.5 Del siglo XVII hasta la Era Moderna

8

1.1.6 Psicogénesis

8

1.2 Modelos que abordan la normalidad y la anormalidad

9

1.2.1 Modelo sociocultural

10

1.2.2 Modelo legal

11

1.2.3 Modelo estadístico

12

1.2.4 Modelo ideal

13

1.2.5 Modelo clínico

15

1.2.6 Modelo médico

15

1.2.7 Modelo psicoanalítico

17

1.2.8 Modelo conductual

19

1.3 Dos perspectivas contemporáneas

20

1.3.1 Perspectiva de Fromm

20

1.3.2 Perspectiva de Szasz

21

1.4 Reflexiones sobre la normalidad y la anormalidad

22

CAPÍTULO II TEORÍA DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL

26

2.1 Antecedentes

26

2.2 El concepto de representación social

30

2.3 Formación de las representaciones sociales

35

2.4 El origen de las representaciones sociales

35

2.5 La naturaleza social de las representaciones sociales

37

2.6 Estructura y mecanismos internos de las representaciones sociales

37

2.6.1 Dimensiones de la representación social

38

2.7 Condiciones de emergencia de las representaciones sociales

40

2.8 Función de las representaciones sociales

41

2.9 Diferencias y semejanzas de la representación social con conceptos afines

43

2.10 Aspectos a considerar en el estudio de la representación social

45

2.11 Instrumentos utilizados para investigar empíricamente a la representación social

46

CAPÍTULO III MÉTODO	48
3.1 Planteamiento del problema	48
3.2 Justificación	48
3.3 Objetivo	49
3.4 Hipótesis	49
3.5 Variables	49
3.6 Muestra	49
3.7 Tipo de Estudio	50
3.8 Instrumento	51
3.9 Escenario	56
3.10 Procedimiento	57
3.11 Análisis de datos	57
CAPÍTULO IV RESULTADOS	58
4.1 Resultados intergrupales	58
4.2 Resultados intragrupal	59
4.2.1 Psiquiatría	59
4.2.2 Psicología	60
4.2.3 Trabajo social	61
4.2.4 Enfermería	62
4.3 Esquemas	63
CAPÍTULO V DISCUSIÓN	75
5.1 Discusión intergrupales	76
5.2 Discusión intragrupal	77
5.2.1 Psiquiatría	78
5.2.2 Psicología	79
5.2.3 Trabajo social	80
5.2.4 Enfermería	80
5.3 Verificación de las hipótesis	81
CONCLUSIONES	83
REFERENCIAS	86

RESUMEN

Esta investigación es un estudio de campo que indaga sobre la representación social de los conceptos de normalidad y anormalidad en un grupo de profesionales de la salud mental de una institución pública. La muestra estuvo constituida por 43 sujetos de uno y otro sexo y engloba a profesionales de las cuatro disciplinas básicas del área de la salud mental: psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería. Fue indispensable que los sujetos trabajaran directamente con pacientes en procesos terapéuticos y que tuvieran más de cinco años de experiencia profesional. El instrumento empleado, la Carta Asociativa de Abric (1994), permitió obtener algunos elementos aproximados de las tres dimensiones clásicas de la representación social (información, campo de representación y actitud) de los conceptos que abordamos. Los resultados y conclusiones nos indican que: la dimensión de la información es más amplia para el concepto de normalidad que para el de anormalidad. En la dimensión del campo de representación los términos asociados a la normalidad y a la anormalidad resultaron ser antagónicos, destacándose como pares más relevantes los de salud-enfermedad, equilibrio-desequilibrio y adaptación-desadaptación. En la dimensión actitudinal, encontramos que al concepto de normalidad se le atribuyen cargas positivas y neutrales, mientras que al concepto de anormalidad se le asignan cargas negativas, neutrales y escasas cargas positivas. Los elementos representacionales de los conceptos de normalidad y anormalidad obtenidos en nuestra muestra se aproximan, en primer lugar, al modelo médico tradicional. La influencia del modelo médico en la normalidad y anormalidad es tan fuerte que incluso en el mismo nombre con que se designa a la muestra elegida, profesionales de la *salud* mental, se le ubica. El segundo modelo importante en la explicación de los conceptos de normalidad y anormalidad es el modelo clínico, por lo que se hacen algunas reflexiones al respecto.

INTRODUCCIÓN

Los inicios de este trabajo se remontan a un interés que surge al cursar distintas materias del programa de licenciatura, y haber observado que: son varios los modelos que han tratado de explicar los conceptos de normalidad y anormalidad, y que el contenido de estos conceptos se vincula directamente con la psicología y con otras profesiones relacionadas con la salud mental. Al comprender que las concepciones de normalidad y anormalidad se modifican constantemente pensé que podría ser un buen momento para una nueva revisión. Así, el ¿qué investigar?, primera interrogante de todo trabajo, había dado paso a la segunda. Para tener claro el ¿desde dónde? se realizó una primera revisión bibliográfica que me condujo hasta el campo de la teoría de la representación social. Posteriormente me incorporé a una línea de investigación sobre "Representación Social, Género y Salud Mental" a cargo de la Dra. Fátima Flores Palacios y durante los seminarios de discusión se afianzó mi objetivo.

En esta investigación se pretende estudiar la normalidad y la anormalidad, conceptos aparentemente antagónicos que han venido evolucionando con el desarrollo de la ciencia, específicamente con el de las disciplinas orientadas al estudio de la salud mental, pero también con los cambios sociales que se han generado con el paso de los años. En este punto se hace necesario aclarar que la presente investigación considera una relación entre el llamado conocimiento popular o sentido común y el conocimiento científico. Ambos se afectan, se entrelazan, algunas veces se oponen y otras veces se reafirman. Por ejemplo: el grupo de científicos realiza avances que son benéficos para la sociedad, aporta explicaciones y respuestas, pero la sociedad va marcando sus necesidades, sus demandas. Cuando un autor, profesional o científico, realiza un descubrimiento que publica y difunde, la nueva información se va introduciendo en la realidad de las personas, alterando su mundo, cambiando la imagen que tienen de sí mismas y de lo que las rodea. Pero este hombre de ciencia también forma parte de un grupo social concreto que ya presenta muchas conductas uniformadas, que construye y siente una realidad semejante.

El propósito de este estudio es investigar los conceptos de normalidad y anormalidad en un grupo de profesionales de la salud mental desde la teoría de las representaciones sociales. Nos interesa poder determinar en qué piensan los profesionales de la salud mental cuando se habla de normalidad y anormalidad, qué significado tienen estos conceptos para ellos, cómo se construyen, a qué palabras recurren cuando piensan en normalidad y anormalidad, qué términos asocian y cómo se pueden ubicar estos términos en alguno de los modelos que fueron creados para explicar la normalidad y la anormalidad.

El estudio de esta temática es importante ya que la representación social que se tenga de estos conceptos influye en toda la relación que se genera entre los profesionales de la salud mental y sus pacientes, incluyendo el proceso terapéutico que se les brinda y sobre todo en lo concerniente a dos aspectos básicos: el diagnóstico y el tratamiento. Es decir, el qué rehabilitar y el cómo hacerlo se relacionan con los conceptos que de normalidad y anormalidad se tengan.

El estudio de la normalidad y anormalidad ha sido una preocupación constante en el ser humano pero poco trabajada. Sabemos que a través de las épocas las personas han estado en desacuerdo con respecto a lo que es normal y a lo que es anormal. Dos estudios realizados por psicólogos han proporcionado evidencia de que las personas comunes difieren radicalmente en el significado que tiene la palabra "normal" (Dohrenwend y Chin-Shong, 1967; Yamamoto y Disney, 1967 citados en Nathan y Harris, 1975). Otras investigaciones del mismo tipo han encontrado algunas diferencias consistentes entre los legos y profesionales de la salud mental. En general, los profesionales de la salud mental aplican el rótulo de enfermedad mental a muchas clases de conducta "desviada". Pero los legos usualmente consideran a una persona anormal, sólo cuando su conducta es claramente extraña, esto es, cuando las desviaciones son extremas (Sarbin y Mancuso, 1970 citados en Nathan y Harris, 1975).

Estos estudios indican que los conceptos de normalidad y anormalidad pueden ser ubicados tanto en el conocimiento popular como en el conocimiento científico. De hecho pensamos que estos conceptos, desde el surgimiento de las culturas forman parte de la conciencia colectiva de las sociedades, pues van adheridos a todas las personas, regulando su comportamiento y ejerciendo una constante direccionalidad en todo lo que hacemos. En esta investigación decidimos centrarnos en un grupo de profesionales de la salud mental, integrado por cuatro disciplinas: Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social y Enfermería. Esta muestra se seleccionó porque generalmente en las disciplinas de la salud mental se abordan aspectos externos a su equipo de trabajo, por ejemplo se busca determinar la validez y confiabilidad de instrumentos, especificar características de un grupo o recopilar información de algunos sujetos de interés, por lo que la población de sus investigaciones consta de pacientes y familiares de éstos, pero muy pocos son los estudios que se enfocan en saber qué está pasando dentro del propio equipo de trabajo de salud mental.

En esta investigación se parte de la premisa que afirma que los conceptos son dinámicos, pues sabemos que dependiendo del contexto histórico en el que se les ubique cambia la definición que se les atribuye. Por esto en el capítulo primero se expone un breve seguimiento histórico de los conceptos de normalidad y anormalidad que va desde la época primitiva hasta el pensamiento contemporáneo. Asimismo, se exponen los ocho principales modelos que explican la normalidad y la anormalidad, además de dos perspectivas contemporáneas.

El marco teórico desde el cual se abordan los conceptos de normalidad y anormalidad es la teoría de la representación social de Serge Moscovici. En el capítulo segundo se revisan los antecedentes de esta teoría, el concepto de representación social, la estructura y los mecanismos internos que la conforman, así como algunos otros tópicos que se consideran básicos en el estudio de la teoría de la representación social.

En el capítulo tercero se encontrarán todas las secciones que corresponden al método que se empleó en la investigación. En el capítulo cuarto se presentan los resultados de este trabajo. En el quinto capítulo se encontrará la discusión y, finalmente, se presentan las conclusiones, limitaciones, alcances y sugerencias del trabajo en conjunto.

CAPÍTULO I CONCEPTOS DE NORMALIDAD Y ANORMALIDAD

1.1 Antecedentes

Todos los días de nuestra vida debemos tratar con personas y procurar entender por qué se comportan de la manera en que lo hacen. Sin embargo, qué difícil es entender por qué otra persona hace o siente algo. Cuando entablamos una conversación cotidiana, frecuentemente hacemos referencia a los comportamientos extraños con frases como las siguientes: "está loco", "es una histérica", "está fuera de sí", "se le zafó un tornillo", "es una verdadera paranoica", etc. Tales frases indican que, como observadores, encontramos que la conducta de una persona es inexplicable y que no la podemos atribuir más que a una mente trastornada. Desde luego, muy a menudo las personas así descritas son mucho más sanas de lo que indican estas frases, pero ellas nos sirven para ejemplificar que se requiere de gran atención y reflexión para ser conscientes del propio ámbito normal de nuestra conducta y qué incomprensible nos parece la conducta humana fuera de su esfera normal.

Empezaremos el abordaje de los conceptos de normalidad y anormalidad con una primera reflexión: "En el estudio de la psicología anormal es preciso contar con lo que podría llamarse alta tolerancia a la ambigüedad" (Davison y Neale, 1974, p. 22). Es decir, tener la capacidad de poder trabajar con afirmaciones no definitivas y a veces contradictorias, ya que en este tema se cuenta con muy poca información segura y, de hecho, se sabe muy poco con respecto a las razones que mueven a los seres humanos normales y, menos aún, a los que presentan alguna conducta anormal.

Partiremos del hecho de que los conceptos de normalidad y anormalidad son dinámicos, pues sabemos que dependiendo del contexto histórico en el que se les ubique cambia la definición que se les atribuye.

Primeramente, presentaremos un muy breve recorrido histórico sobre la evolución de los conceptos de normalidad y anormalidad, no sin antes recordar que prácticamente desde el inicio de las culturas el hombre se ha enfrentado a la conducta anormal de sus semejantes, por lo que ha tenido la necesidad de entenderla y conocer sus causas. Esta búsqueda ha sido algo más que un mero ejercicio escolástico, puesto que lo que se consideraba como causa del comportamiento enajenado desempeñaba siempre un papel muy importante en la medida en que se intentaba eliminarlo (Davison y Neale, 1974).

1.1.1 Demonología Primitiva

Se ha llamado demonología a la doctrina según la cual un ser maléfico autónomo o semiautónomo, como el demonio, puede habitar dentro de una persona y controlar su mente y su cuerpo. La creencia del hombre primitivo de

que los espíritus eran los responsables de la conducta anormal no resulta difícil de comprender, pues el hombre primitivo se servía de una gran diversidad de medios intuitivos, en gran parte concretos, para explicar su entorno. Se sabe que las lesiones y las fiebres se refrescaban con agua o saliva; la materia extraña se quitaba de la piel; las mordeduras de serpiente se chupaban para extraer su veneno, etc. En forma análoga, las primeras explicaciones de la conducta anormal eran simples y directas. Cuando la causa de la alteración no era evidente, se trataba de explicar sobre la base de alguna influencia de otro humano o de un espíritu, aplicando ideas mágico-religiosas que invocaban fuerzas invisibles (Zax y Cowen, 1979).

Entre los antiguos hebreos, muchos milenios después, se consideraba que la conducta era controlada por espíritus buenos o malos que radicaban dentro de la persona. Los Vedas de los hindúes primitivos consideraban a los alcohólicos, a los que se creían Dios y a los que exhibían mucho orgullo y un temperamento vehemente como anormales y afectados por un trastorno mental que podía ser originado por un ser maléfico (Zax y Cowen, 1979). Existen casos similares del pensamiento demonológico entre los chinos, egipcios y griegos primitivos. El tratamiento en contra de los demonios, que poseían los cuerpos, tomó la forma típica de elaborados rituales votivos, donde se obligaba al enfermo a beber menjurjes y, posteriormente, se tomaron medidas más extremas como la flagelación y el hambre. Los sacerdotes y médicos que practicaban el exorcismo elegían los tratamientos que creían más eficaces contra el demonio particular que se quería eliminar. Quizás la técnica más antigua que se conoce para eliminar a los malos espíritus es la denominada "trepanación". Desde hace mucho tiempo, existen supuestos comunes realizados por arqueólogos acerca de esta especie de práctica quirúrgica primitiva muy empleada en la Edad de Piedra. Consistía en agujerar el cráneo para permitir la salida de malos espíritus que supuestamente causaban conductas aberrantes (Davison y Neale, 1974).

Este tipo de creencias, donde los espíritus podían manipular a las personas, se instalaban en el conocimiento popular, pero al formar parte de toda una visión social, se introducían también en el saber de las ciencias, como lo demuestra el hecho de que en el siglo V antes de Cristo, en Grecia, Hipócrates, recibió sus primeros conocimientos en una de las escuelas griegas especializadas en el tratamiento de la conducta enajenada mediante exorcismos (Davison y Neale, 1974).

La idea de que los espíritus causaban trastornos mentales, se ha mantenido en la historia del hombre durante periodos más largos que cualquier otra explicación. En efecto, en el transcurso de los siglos, puntos de vista más evolucionados volvieron a ceder el paso, una y otra vez, a esta convicción. Aún en nuestros días, aunque con menor fuerza, se sigue recurriendo a ella como forma de explicación de la conducta anormal.

1.1.2 Somatogénesis

En Grecia, Empédocles (490-430 a. C.) puso en tela de juicio la creencia común de su época, que suponía que los Dioses imponían arbitrariamente las disposiciones mentales de los hombres. Postuló la teoría humoral, basada en lo que se consideraba como los cuatro elementos básicos: fuego, tierra, agua y aire. A cada uno de estos se le caracterizaba por una cualidad: calor, sequedad, humedad y frío, respectivamente. Para cada elemento se sugirió un humor orgánico correspondiente: sangre (ubicada en el corazón), flema (en el cerebro), bilis amarilla (en el hígado) y bilis negra (en el bazo). Se decía que las anormalidades y enfermedades eran causadas por el desequilibrio entre estos humores y que la cura requería de la administración de drogas de cualidades opuestas al calor, a la sequedad, la humedad o al frío, según fuera el humor considerado fuera de balance (Zax y Cowen, 1979).

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

Hipócrates (460-377 a. C.) consideraba que el funcionamiento normal del cerebro, y por lo tanto la salud mental, dependía de un delicado equilibrio entre los cuatro humores corporales de Empédocles. Cualquier desequilibrio producía desórdenes. Por ejemplo, cuando una persona era floja y desanimada, se suponía que su cuerpo padecía un exceso de flema. La preponderancia de bilis negra explicaba la melancolía, demasiada bilis amarilla causaba la irritabilidad y demasiada sangre causaba un carácter voluble. Desde luego, la patología humoral no resistió las posteriores comprobaciones científicas. Sin embargo, su premisa básica de que la conducta humana es directamente determinada por estructuras o sustancias corporales y que la conducta anormal es producida por algún tipo de desequilibrio o incluso lesión, fue la base de algunos aspectos del pensamiento contemporáneo.

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

1.1.3 Edad Media

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

Haciendo una generalización masiva, los historiadores a menudo han supuesto que la muerte de Galeno (130-200), en el siglo III después de Cristo, marcó el comienzo de una etapa de oscurantismo, ya que es después de este evento cuando nuevamente cobran fuerza las supersticiones populares. Fueron varios los factores que se unieron para desencadenar esta situación. Hacia fines del siglo V después de Cristo, decayeron las civilizaciones griega y romana, con lo que las investigaciones médicas y los principios científicos de observación sistemática establecidos por los griegos fueron casi completamente abandonados en Europa (Davison y Neale, 1974). Luego, con el advenimiento del mundo cristiano, la iglesia también contribuyó con su parte, provocando que el enfoque naturalista de Galeno hacia la conducta anormal cediera ante la antigua demonología.

La Iglesia de principios de la Edad Media, exigía una fe que no toleraba al racionalismo, su principal preocupación no fue la vida sobre la tierra sino la vida después de la muerte, por esto el interés en las ciencias curativas declinó, dando paso a un incremento en las creencias sobrenaturales y en la magia, con lo cual la demonología volvió a imperar (Zax y Cowen, 1979).

En 1484, el Papa Inocencio VIII publicó una bula donde instaba al clero de Europa a buscar a todos los brujos; tal vez la intención de este decreto no fue la de promover torturas, pero la realidad es que con él se inició uno de los periodos más trágicos y grotescos de toda la historia de Occidente que, desafortunadamente, duró por mucho tiempo. Aún durante el siglo XVII la cacería de brujas y brujos fue algo muy común (Davison y Neale, 1974).

1.1.4 Renacimiento

La caza de brujas coincidió con los inicios del espíritu del Renacimiento en Europa. La anormalidad en este periodo, que abarcó del siglo XIII al XV, estaba fuertemente vinculada con aspectos teológicos ilegales que apenas podían considerarse aisladamente, pues todos se remitían al pecado. Durante esta época, se descubrió la pólvora; la peste mató a la mitad de la población de Europa; se inventó la imprenta y se rechazó la teoría humoral apoyada por Galeno. Ya en el siglo XVI Maquiavelo (1469-1527) descubrió el mundo de la realidad política, Copérnico definió la realidad de la geofísica y los pintores del Renacimiento pintaron el cuerpo humano en toda su concreción. La Iglesia se vio

sometida a diversos ataques por sus abusos, lo cual constituyó un heraldo de la reforma (Zax y Cowen, 1979).

La confianza encontrada nuevamente en la observación directa produjo su efecto sobre los médicos del siglo XVI, quienes empezaron a examinar más profundamente a sus pacientes y a registrar lo que veían. De esta forma, ya en la época final del Renacimiento, se volvió a orientar al hombre hacia otra realidad. Sin duda, prevalecía aún la superstición, pero una marea opuesta empezaba a surgir y acabó por superar lo sobrenatural, conduciendo al desarrollo de nuevas ideas fecundas para la comprensión de la conducta humana (Zax y Cowen, 1979).

1.1.5 Del siglo XVII hasta la Era Moderna

Las contribuciones importantes durante los siglos XVII, XVIII y principios del XIX se centraron más en el tratamiento de la anormalidad conductual que en las teorías acerca de sus causas. Esta época fue de una proliferación pronunciada de sistemas de diagnóstico, proceso que aparece y reaparece durante todo el curso de la historia, pero aquí toma un matiz distinto. Se originan las ideas que indican que la forma que adopta un trastorno conductual es producto de la estructura social y cultural de su tiempo. Es decir, se establece que los mentalmente afectados y también aquellos que los estudian y establecen los cuadros diagnósticos, van cambiando. Se considera que los cuadros de síntomas cambian, al menos superficialmente, de acuerdo con los cambios culturales. Aquello que se considera normal podrá también cambiar al modificarse los valores de la sociedad. Se genera así una necesidad periódica de inventario (Zax y Cowen, 1979).

Se ha señalado anteriormente que Empédocles e Hipócrates fueron los primeros en proponer una hipótesis somatogénica de la enfermedad mental. Su punto de vista fue retomado hacia la mitad del siglo XIX por Wilhelm Griesinger. Este médico alemán insistió en que el diagnóstico de un desorden mental indicaba una causa fisiológica como referente. Pero fue su discípulo Emil Kraepelin quien publicó en 1883 un texto en el que se propuso un sistema para clasificar la naturaleza orgánica de las enfermedades mentales. Consideró que cada enfermedad mental era distinta, por tener su propia génesis, sus propios síntomas, un cierto seguimiento y resultados específicos. Aunque todavía no se había descubierto su tratamiento, se podía predecir, por lo menos, su evolución.

1.1.6 Psicogénesis

Ya en el siglo XX, la búsqueda de causas somatogénicas dominó a la psiquiatría. Esto se debió, en gran parte, a los descubrimientos de Louis Pasteur (1860-1870) y a su teoría de la enfermedad causada por gérmenes. Sin embargo, en algunas partes de Europa Occidental, a fines del siglo XVIII y durante todo el siglo XIX, se consideraba que la génesis de las enfermedades mentales radicaba en supuestos psicogénicos, que atribuían los desórdenes mentales a disfunciones psíquicas. Entre los representantes de esta hipótesis tenemos a Anton Mesmer,

médico austriaco que ejerció a fines del siglo XVIII y principios del XIX, quien creía que los desórdenes histéricos eran causados por una particular distribución en el cuerpo de un fluido magnético universal. También el neurólogo parisino, Jean Charcot, estudió los estados histéricos como la anestesia en guante, ceguera, sordera, parálisis, ataques convulsivos, etc. en la segunda mitad del siglo XIX, auxiliándose de la hipnosis. Finalmente, en Viena, hacia fines del siglo, un médico llamado Josef Breuer, descubrió que el alivio y la curación de los síntomas histéricos parecían tener mayor duración cuando los pacientes recordaban, bajo hipnosis, el evento original que había precipitado el síntoma, generalmente una catástrofe emocional anterior. A este proceso se le llamó "método catártico" y fue una de las bases teóricas para que Sigmund Freud desarrollara su teoría psicoanalítica.

1.2 Modelos que abordan la Normalidad y la Anormalidad

Actualmente se piensa que la conducta normal consiste en acciones socialmente aprobadas. Por lo que la conducta anormal se constituye en sinónimo de acciones que son socialmente inaceptables. Sin embargo, esto no queda muy claro si tomamos en cuenta que aquello que es aprobado por una cultura, por una sociedad, por una clase social o por un grupo puede ser considerado como anormal en otro contexto social. Por ejemplo, el musulmán común puede tener más de una esposa; el esquimal normal puede ofrecer a su esposa como acompañante nocturna para su huésped; el hindú común no se alimentará con carne de bovino, etc. Entonces, la evaluación de la conducta de un individuo como normal o anormal depende de las normas de la cultura a la que pertenece (Dana, 1966).

No obstante, en una determinada sociedad la definición de lo que es normal se logra mediante la comparación de la conducta observada con los criterios establecidos. Así nuestra interrogante inicial se transforma en la siguiente ¿Normal con respecto a qué criterio?.

Para responder a esta pregunta se van a presentar algunos modelos que exponen ciertas consideraciones sobre lo que es normal y anormal. El término modelo indica que se está estableciendo una analogía, es decir, en un modelo intentamos aplicar los conceptos de un campo a otro, suponiendo que el campo nuevo es similar al ya conocido y que se le puede comprender mejor estudiándolo en esa forma. Estos modelos también pueden ubicarse como criterios en el sentido de ser un referente al que debe apegarse algo. Además, cuando un modelo o un criterio están fuertemente sustentados también pueden funcionar como paradigma, en el sentido de T. S. Kuhn (1962), al determinar la manera en que se estudiará un fenómeno, qué problemas se plantearán y qué tipo de información se utilizará.

El científico formula modelos o criterios a fin de generalizar sus observaciones pasando del caso particular al general. El principal propósito de un modelo consiste en ayudar a los profesionales a hacer predicciones. Si éstas se

hacen realidad, se sabe que el modelo es una representación cercana de algo que existe en el mundo real, que explica correctamente un fenómeno.

Para Nathan y Harris (1975, p. 17) el proceso de conformación de todo modelo implica los siguientes pasos: 1. Formular hipótesis sobre una serie de modelos, utilizando como punto de partida la información que ya se tiene acerca de los sujetos. 2. Hacer predicciones con base en cada uno de sus modelos. 3. Acumular datos adicionales (principalmente de observaciones y mediciones) y cotejar sus predicciones con estos datos. Tratando de reunir la información suficiente para poder aceptar o rechazar las suposiciones que implican cada uno de los diferentes modelos, y por último, 4. Comparar los modelos y seleccionar uno. Los modelos se ajustan, cambian y reemplazan tantas veces como lo requieran los datos, hasta que se obtiene el modelo final que proporciona las mejores explicaciones y predicciones acerca de sus sujetos.

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

1.2.1 Modelo Sociocultural

Los antropólogos suelen recordar a la psicología y a otras disciplinas que la normalidad y anormalidad son más bien conceptos relativos que absolutos. Las experiencias provenientes de la Antropología nos han convencido de que diferentes culturas definen la normalidad con criterios muy distintos. La antropóloga Ruth Benedict, (1934) investigadora norteamericana de la relatividad cultural, indica que algunas conductas que son consideradas como normales en nuestra sociedad, son consideradas como anormales en otras, y viceversa (Nathan y Harris, 1975).

Como ejemplo de conductas que son consideradas anormales en nuestra sociedad pero normales en otra, Benedict cita los estados de trance y la vida ascética de los yoguis hindúes, y la suspicacia que impera en la vida de los dobuanos de Nueva Guinea a un grado tal que en nuestra sociedad se les llamaría paranoicos. Los autores que se oponen al modelo relativo o sociocultural han insistido en el hecho de que muchas formas importantes de conducta son anormales sin importar dónde y cómo ocurran. También afirman que ciertas clases de conducta normal nunca son consideradas como anormales. Wegrocki (citado por Nathan y Harris, 1975) dice que la mejor manera de distinguir la normalidad y la anormalidad transculturales (generales) de la normalidad y anormalidad de una cultura específica (locales), consiste en examinar la función que desempeñan las conductas en cuestión. Si funcionan con el objeto de mantener o fomentar la cultura y por lo tanto están institucionalizadas dentro de ella, deben considerarse como normales. Recientemente, la opinión profesional se ha inclinado a favor del criterio de la cultura específica como principal parámetro para juzgar la normalidad y la anormalidad.

Este modelo es muy empleado por la gente común ya que las normas sociales o culturales constituyen uno de los criterios más ampliamente utilizados para juzgar la normalidad y anormalidad. En este criterio, la normalidad se evalúa en forma relativista, es decir en función de culturas y subculturas. Las normas sociales, explícitas o implícitas, orientan la conducta de acuerdo con diversos conjuntos de expectativas y obligaciones. Gran parte del proceso de socialización implica la transmisión de normas culturales. Los procesos de aprendizaje de la identificación, la imitación, o la disciplina y el control buscan imponer conductas habituales en respuesta a la presión de las normas sociales. Muchas de estas normas llegan a internalizarse de un modo tal y a una edad tan temprana que las personas responden a ellas automáticamente y sin cuestionarlas (Dana, 1966).

Las convenciones, los usos, las costumbres y las leyes contribuyen a la instauración de estas normas. Aunque la norma de conducta puede no estar claramente establecida, los individuos asimilan los requisitos para lograr aceptación y prestigio en la cultura en la que viven. El aprendizaje de "lo normal" en este modelo es, a la vez, un proceso social e intelectual que debe tomar en cuenta la situación del momento. Así, como consecuencia de sus experiencias, los individuos saben qué es lo normal y lo adecuado a su propio grupo social y en su cultura. Este conocimiento se vuelve automático en el sentido de que los individuos no necesitan pensar acerca de sus reacciones. Aunque muchas situaciones pueden ser ambiguas y por ello admitir una amplia gama de conductas, la mayoría de dichas situaciones requiere de conductas rutinarias y habituales (Dana, 1966).

1.2.2 Modelo Legal

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

En 1843 un inglés llamado M'Naghten, identificado como una persona claramente trastornada, cometió un brutal asesinato. Fue absuelto debido a su "locura", y el Parlamento pidió a los jueces una definición legal de locura para que quienes impartían la justicia pudieran uniformar su criterio en esos casos. A las reglas derivadas de este proceso se les conoce como reglas de M'Naghten y continúan siendo en todo el mundo el principal criterio legal sobre enfermedad mental. En esencia éstas dicen que "el acusado puede solamente ser considerado como una persona enferma, hasta el grado de escapar a su responsabilidad por su acto criminal, si actuó bajo tal defecto de la razón por enfermedad de la mente, siendo que haya ignorado la naturaleza y calidad del acto, o si la conocía, no

sabiendo que aquello que hacía era erróneo" (Slater y Roth, citado en Nathan y Harris, 1975, p. 32).

Como esta definición sólo describe el estado mental de personas seriamente perturbadas, los jueces han acostumbrado aplicar las reglas de M'Naghten en forma indulgente e inconsistente. Por lo anterior, varios estados de Norteamérica han elaborado sus propias reglas. La más influyente de éstas es la decisión Durham. En 1954, la Corte de Apelaciones de los Estados Unidos para el Distrito de Columbia, presidida por el juez David Bazelon, puso por escrito la decisión Durham: "Hemos concluido que debe ser adoptada una prueba (acerca de la salud mental), que tenga criterios más amplios... Esto quiere decir que un acusado no es responsable de su acto criminal si este acto ilícito fue producto de una enfermedad o de un trastorno mental".

Tanto la decisión Durham como las reglas M'Naghten han resultado imposibles de ser interpretadas consistentemente, lo cual nos lleva a la existencia de una imprecisión en las definiciones de abogados y jueces, de psicólogos y psiquiatras referente a estos conceptos. Sin embargo, se han realizado avances y esto ha permitido que la práctica de la justicia criminal se haya vuelto más humanista, logrando que el enfoque legal acerca de la anormalidad sea más explícito.

1.2.3 Modelo Estadístico

En este modelo la conducta normal es definida como "lo que todos hacen", lo cual nos vincula directamente con el criterio sociocultural, pero la diferencia fundamental es que el criterio estadístico lo expresa en términos numéricos. Se parte de que muchos de los aspectos de la conducta humana se presentan en la forma de una distribución normal. Esta distribución fue sugerida por un matemático llamado Quetelet (Papalia y Wendkos Olds, 1988, p. 680), quien observó que muchas medidas de las personas se agrupan de acuerdo a un patrón ordenado. La distribución normal es una curva simétrica con forma de campana; su mitad izquierda es el reflejo en espejo de su mitad derecha. En esta distribución, las medidas de tendencia central: media, moda y mediana, se localizan en el mismo punto, en el centro exacto de la curva.

La curva normal coloca a la mayoría de las personas en su parte central, y muy pocas de ellas quedan en alguno de sus extremos. Según el modelo estadístico, el supuesto de que una persona es normal implica que no se desvíe del promedio en cuanto a un rasgo particular o un patrón de conducta. Es decir, para decidir la normalidad y anormalidad de una persona, simplemente se evalúa la característica en cuestión y se determina la posición de esta persona sobre la curva de distribución (Davison y Neale, 1974). La unidad de medida que se utiliza convencionalmente para describir la dispersión de los individuos por encima o por debajo de la media es la desviación estándar. Los tests de inteligencia o de CI utilizan este criterio.

Al aplicar este modelo, el investigador relaciona una baja frecuencia con una desviación. Generalmente, existe una relación entre la baja frecuencia y el hecho de clasificar como anormal una conducta, pero también se dan casos en que esta relación falla, además no se responde a la interrogante de ¿cuán baja debe ser exactamente la frecuencia para que la conducta se considere como anormal? (Davison y Neale, 1974).

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

Sin embargo, la estadística describe los hechos tal como son y no hace referencia a cuáles son los rasgos o conductas que se deben estudiar, o lo que podría o debería ser. Por esto, el criterio estadístico nunca puede ir más allá del nivel informativo. Para utilizar un ejemplo hipotético, si durante el mes de enero, el 85% de la población adulta del D.F. estuvo resfriada, el resfrío puede considerarse normal ya que se produce con alta frecuencia o lo sufren la mayoría de las personas. No obstante, desde el punto de vista de la salud orgánica, el resfrío es siempre anormal. El hecho de que una enfermedad sea común no significa que deje de ser una enfermedad. Un estudio acerca de cualquier aspecto de la conducta humana puede definir lo que es normal en términos estadísticos, pero a partir de este criterio no pueden realizarse inferencias morales o éticas (Dana, 1966) porque el modelo no especifica cuáles son los fenómenos que se deben medir y tampoco proporciona indicios acerca de qué variables pueden relacionarse con el desarrollo de la conducta anormal.

1.2.4 Modelo Ideal

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

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

El concepto de normalidad desarrollado por el filósofo griego Platón (427 - 347 a. de C.) fue también un concepto ideal. Platón dividió al alma humana en dos partes: la racional y la irracional. Al alma racional la consideraba como el dirigente legítimo; su área de acción era el cerebro, y sus principales características eran la inmortalidad y la divinidad. El alma irracional, esencialmente el opuesto del alma racional, era mortal. De ella provenían todas las "bajas pasiones" de las que es capaz el ser humano.

En el sistema ideal de Platón, la enfermedad mental y la conducta anormal aparecían cuando el alma irracional evadía la dirección del alma racional. Platón describió tres clases de anormalidad -melancolía, demencia y manía- pensando que todas ellas eran producto de esta desunión entre las almas racional e irracional. Como él suponía que demasiada felicidad, como es el caso de la manía, era una forma de anormalidad, y lo mismo para el caso de muy poca dicha, como la depresión, esta suposición es una idealización ya que concibe la normalidad en términos del ideal griego de moderación en todas las cosas (Zilboorg, 1941, citado en Nathan y Harris, 1975). Este ideal griego también fue desarrollado por otros grandes filósofos, quizá el más importante fue Aristóteles (348-322 a. de C.).

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

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

Jahoda fue ampliando y profundizando en sus criterios lo cual provocó que éstos se volvieran más abstractos y especulativos. Y este parece ser un dilema que envuelve a los estudiosos del comportamiento: escoger una evaluación general e imprecisa que intente capturar la esencia de la personalidad u optar por una medición concreta y precisa que apenas rasgue la superficie (Nathan y Harris, 1975).

1.2.5 Modelo Clínico

Así como el modelo legal es una forma especial y limitada del modelo sociocultural, el modelo clínico se relaciona con el modelo ideal. Si se define al criterio clínico como un continuo en cuyos dos extremos encontramos, por un lado a la salud mental y la normalidad, y en el otro a la patología y la anormalidad, entonces, el primer par representa el caso especial de adaptación ideal absoluto para un individuo determinado, pero sujeto a variaciones individuales. La salud mental exige la integración óptima del individuo a su sociedad. La personalidad sana o adaptada, aunque se base en los criterios ideales, incluye los recursos individuales y las exigencias de la situación social. En el segundo par, encontramos la desviación que hay que corregir y actualmente se parte del patrón utilizado para el diagnóstico psiquiátrico y psicológico, donde la nomenclatura más empleada corresponde al DSM IV. Así, el criterio clínico de adaptación tiene dos dimensiones distintas con un énfasis formal en la nomenclatura. Esto no significa que la clasificación diagnóstica formal tenga la misma importancia que la evaluación de la salud mental individual. El clínico tiene una responsabilidad doble: a) clasificar al paciente cuando existe una perturbación psicopatológica, y b) establecer el grado actual de la personalidad en relación con el criterio de salud mental. El aspecto más importante de la tarea clínica es el delimitar aquellas esferas en las que el individuo se acerca al criterio ideal, por lo que deben establecerse las limitaciones de su potencialidad. Esta evaluación proporciona los fundamentos para un programa terapéutico destinado a utilizar los recursos de la personalidad disponibles y aprovecharlos al máximo (Dana, 1966).

1.2.6 Modelo Médico

El estudio de la conducta normal y anormal está históricamente relacionado con la medicina. El supuesto básico del modelo médico es que la conducta anormal se puede comparar con una enfermedad. La enfermedad se puede definir en base a dos premisas: a) presencia de un conjunto específico de síntomas, o síndrome; y b) este síndrome tiene un agente causal o etiología específica. Dentro de esta noción general de lo que es una enfermedad, se distinguen tres tipos diferentes. De acuerdo a sus causas, una enfermedad puede ser 1) infecciosa: un microorganismo como un germen o un virus ataca a un órgano o a un sistema orgánico, el resfriado, la pulmonía y la hepatitis son ejemplos comunes; 2) sistémica: representa una disfunción no producida por una infección. Un órgano se enferma, tal vez a causa de un defecto hereditario. El ejemplo clásico de este tipo de enfermedad es la diabetes, provocada por el mal funcionamiento de las células pancreáticas encargadas de secretar insulina; y 3) traumática: es causada por un agente externo y ambiental. La ingestión de una sustancia venenosa o la fractura de una pierna son ejemplos de este tipo de enfermedad. Cada uno de estos tres modelos de enfermedad se ha aplicado a la conducta anormal (Davison y Neale, 1974).

El modelo de enfermedad infecciosa gozó de gran popularidad cuando se descubrió que las espiroquetas sifilíticas penetraban en el cerebro, causando un

deterioro en el tejido nervioso, lo cual a su vez producía el estado de demencia paralítica ó parálisis general progresiva. Como se observó que los síntomas de demencia paralítica eran muy similares a los de otros desórdenes mentales, fue bastante natural suponer que otros muchos desórdenes eran causados por una infección. Sin embargo, no se pudo comprobar tal afirmación y en la actualidad no existen muchas pruebas que nos indiquen que una infección sea la causa de numerosas alteraciones mentales. En recientes décadas, el modelo de enfermedad sistémica estuvo ampliamente aplicado al campo de la psicología anormal. Una importante teoría atribuyó la esquizofrenia a una deficiencia en la transmisión nerviosa. De acuerdo con esta teoría, el mal funcionamiento de un sistema corporal es la causa de la esquizofrenia. De la misma manera, se consideró que la conducta neurótica se origina en una falla del sistema nervioso autónomo que hace que una persona se excite con facilidad. Finalmente, el modelo de enfermedad traumática se ha aplicado mucho al área de la conducta anormal. La conducta extraña que resulta de un golpe muy fuerte en la cabeza es una enfermedad traumática de tipo somatogénico.

Nathan y Harris (1975) consideran que el modelo médico tiene una posición dominante con respecto a los demás modelos en el ámbito de la salud mental. Para ellos el modelo médico implica: a) una causa orgánica, b) ciertas suposiciones acerca de los métodos de diagnóstico y c) cierto enfoque en la estrategia de tratamiento. El modelo médico referente al diagnóstico psicológico se deriva directamente de los conceptos de la etiología en que se basa la ciencia médica. Es decir, los médicos diagnostican las enfermedades físicas con base en signos y síntomas, los cuales suponen que reflejan el carácter, la gravedad y la duración de un trastorno orgánico subyacente. El modelo médico aplicado al tratamiento psicológico parte de la existencia de un agente patológico externo al que hay que eliminar, arrancar desde la raíz.

En la actualidad, muy pocas personas pueden oponerse al hecho de que el ser humano padece alteraciones biológicas que deben resolverse con tratamiento médico, y se está de acuerdo también en que existen muchos trastornos físicos, como el daño temporal o permanente del sistema nervioso central, o aneurisma cerebral, embolia o tumor cerebral, y otros estados que, efectivamente, son producidos por infección, fallas en el funcionamiento metabólico o endocrino, o intoxicaciones (incluyendo alcohol y drogas) y que pueden originar trastornos en el pensamiento o en la conducta. Sin embargo, existen muchos otros trastornos mentales para los cuales todavía no se ha encontrado una etiología física u orgánica. Dentro de este grupo encontramos a las psicosis maniaco depresivas, las neurosis y los trastornos de personalidad, entonces, surge inmediatamente la siguiente pregunta: ¿resulta conveniente diagnosticar y tratar estos estados de acuerdo con ideas que provienen de la medicina tradicional? (Nathan y Harris, 1975).

Hasta aquí tenemos una visión muy general de los principales seis modelos que se han desarrollado para la explicación de la normalidad y anormalidad. Ahora, con la finalidad de enunciar propuestas más cercanas a la psicología, sin

pretender agotar el inmenso contenido de la normalidad y anormalidad en esta área, expondremos el modelo psicoanalítico y el modelo conductual, porque en la literatura revisada se designaron como dos importantes representantes de la corriente psicológica. Y finalmente, se expondrán los postulados básicos de Szasz y Fromm quienes, sin duda, han influido notablemente en el estudio y conceptualización de los conceptos de normalidad y anormalidad.

1.2.7 Modelo Psicoanalítico

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

Freud dividió a la psique en tres partes principales: inconsciente, preconscious y consciente (primera tópica) y posteriormente en ello, yo y superyó (segunda tópica), a cada una de estas instancias les adjudicó funciones distintas. El ello está presente al nacer, es inconsciente y constituye la parte más arcaica de la personalidad. De él proviene toda la energía con que se maneja la psique. Freud, con su formación de neurólogo, consideraba que toda la energía del ello era originalmente biológica y que después se convertía, mediante ciertos procesos en energía psíquica, la cual continuaba siendo inconsciente.

Freud postuló la existencia, dentro del ello, de dos instintos básicos, Eros y Tánatos. El primero y más importante fue considerado como una fuerza vital integradora, de carácter principalmente sexual. La energía del instinto de Eros se llama líbido. El tánatos, instinto de muerte, desempeña un papel secundario en la concepción freudiana y, de hecho, su energía nunca recibió nombre.

El ello busca su satisfacción inmediata y funciona de acuerdo con lo que Freud llamó *el principio del placer*. Cuando el ello no está satisfecho, se produce una tensión y lucha para eliminarla lo más rápidamente posible. El otro medio de satisfacción es *el proceso primario*, en el que se crean imágenes de lo que se desea, se activa cuando no se puede tener al objeto en sí.

La segunda parte de la psique está representada por el yo. En su mayoría es consciente (aunque tiene su parte inconsciente en los llamados mecanismos de defensa), empieza a desarrollarse a partir del ello durante la segunda mitad del primer año de vida, y obtiene de él toda su energía. El yo debe lidiar con la realidad y, por lo tanto, intenta a menudo demorar la inmediata gratificación exigida por el ello. El yo desaprueba el proceso primario puesto que la fantasía no contribuye a conservar la vida del organismo y mediante sus funciones de planificación y de toma de decisiones realiza el llamado *proceso secundario*. El yo se da cuenta de que operar de acuerdo con el principio del placer en todas las ocasiones, como lo demanda el ello, tal vez no constituye la manera más efectiva

de mantener la vida. El yo opera entonces según *el principio de realidad* y media entre las exigencias ambientales y las del ello.

El superyó es la tercera parte de la psique, es esencialmente el portador de las normas morales de la sociedad tales como las interpretaron los padres del niño, y se desarrolla a través de la resolución del complejo edípico. Así, cuando el ello presiona al yo para satisfacer sus necesidades, el yo debe lidiar no sólo con las restricciones impuestas de la realidad sino también con los juicios morales del bien y del mal del superyó. La conducta del ser humano, según Freud, es por tanto, una compleja interacción de estos tres sistemas psíquicos los cuales pugnan por obtener metas que no siempre pueden ser conciliadas. A esta interacción de fuerzas activas se le llama psicodinámica de la personalidad (Davison y Neale, 1974).

Etapas del desarrollo psicosexual.

Freud pensaba que la estructura de la personalidad se desarrollaba a través de cinco diferentes etapas psicosexuales. En cada etapa, una parte específica del cuerpo es más sensible a la excitación que todas las demás, y es por lo tanto, la más capaz de proporcionar satisfacciones libidinosas al ello. La primera etapa es la *Oral*. Va desde el nacimiento al destete, en ella el bebé satisface al máximo sus impulsos por medio de la excitación de las terminales sensoriales situadas alrededor de la boca. La succión y la alimentación son sus placeres principales. En el segundo año de vida, el niño inicia la etapa *Anal*. El placer queda ubicado en el ano y en sus funciones de eliminación y retención de las heces. En la etapa *Fálica*, que se extiende desde los tres hasta los seis o siete años, la excitación máxima se debe a la estimulación de los órganos genitales. Entre los siete y los doce años, el niño atraviesa la etapa de *Latencia*, durante la cual los impulsos del ello dejan de ser importantes en la motivación directa de la conducta gracias a las sublimaciones. Esta etapa es considerada como de reposo libidinal (Dolto, 1971). La etapa final, correspondiente a la edad adulta, es la *Genital*, durante la cual predominan intereses de tipo heterosexual y surge el pensamiento racional (Davison y Neale, 1974).

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

Quizá la crisis más importante del desarrollo ocurre, según este modelo, durante la etapa fálica, alrededor de los cuatro años, porque aquí el niño se siente dominado por un deseo sexual hacia el progenitor del sexo opuesto. Este deseo se llama Complejo de Edipo para los hombres y complejo de Electra para las mujeres. Debido a la amenaza de un terrible castigo por parte del progenitor del mismo sexo, puede reprimirse todo este conflicto y desplazarse hacia el inconsciente, pero este dilema se resuelve generalmente mediante una creciente identificación con el progenitor del mismo sexo y adoptando las costumbres sociales que prohíben que el niño desee a su progenitor.

El modelo dinámico concibe a la conducta anormal como una interacción entre un conjunto de acontecimientos psicológicos innatos que comienzan a desarrollarse poco después del nacimiento, y un conjunto de acontecimientos críticos, que ocurren durante los primeros años de vida. La normalidad en este modelo implica el paso gradual del sujeto por las etapas psicosexuales y la anormalidad se presenta cuando hay un detenimiento en el desarrollo en una determinada etapa psicosexual, proceso al que Freud denominó "fijación", así como también cuando se origina un complejo. Un complejo es una unión indisoluble de pulsiones con metas distintas, a veces contradictorias, cada una de las cuales pretende dominar, y de prohibiciones de orden cultural que se oponen a la realización de dichas pulsiones. Las pulsiones son impulsos primarios de fuentes fisiológicas que tienden a un fin y exigen una gratificación, algunas de ellas tropiezan con prohibiciones dando origen a los complejos, lo cuales son de orden inconsciente y se manifiestan a través del comportamiento (Dolto, 1971).

1.2.8 Modelo Conductual

A principios del siglo XX, el punto de vista dominante en psicología se refería al estudio de la experiencia consciente. El método del que se valían para estudiar el pensamiento era la introspección. No obstante, algunos psicólogos comenzaron a dudar de su eficacia y pusieron en tela de juicio la definición misma de la psicología y su objeto de estudio. John B. Watson (1913) con sus aportaciones revolucionó la psicología, encaminándola a ser una rama puramente objetiva de las ciencias naturales. El objeto de la psicología pasó a ser el estudio de la conducta y sus investigaciones se centraron en el aprendizaje, tipos de estímulos y clases de respuestas. Pronto, dos tipos de aprendizaje empezaron a llamar la atención en psicología. El primero, *el Condicionamiento Clásico* fue implementado a principios de este siglo por el psicólogo ruso Iván Pavlov. Él descubrió que al suministrar carne molida a un perro, éste salivaba instintivamente, sin previo aprendizaje. Puesto que la carne provocaba automáticamente la salivación, se le llamó estímulo incondicionado (EI) y a la respuesta de salivación, se le denominó respuesta incondicionada (RI). Pavlov, demostró que cuando el estímulo incondicionado había sido precedido varias veces por un estímulo neutro, por ejemplo el sonido de un timbre, el sonido en sí (el estímulo condicionado, EC) era capaz de provocar una respuesta de salivación (la respuesta condicionada, RC).

El segundo tipo de aprendizaje fue *el Aprendizaje Instrumental* que encuentra su base en los trabajos de Edward Thorndike. A partir de sus investigaciones con gatos, formuló la ley del efecto: una conducta seguida por consecuencias satisfactorias para el organismo se repetirá, pero la conducta seguida por consecuencias nocivas desaparecerá. Así la conducta o respuesta que tiene consecuencias sirve de instrumento para alentar o desalentar su propia repetición. Este principio fue extensamente aplicado por B. F. Skinner en trabajos posteriores.

Últimamente, ha habido un interés cada vez mayor en un tercer tipo de aprendizaje, *la Imitación*. Los trabajos experimentales de Bandura y Menlove (1968, citados en Davison y Neale, 1974, p. 67) demostraron que el observar a alguien realizar ciertas actividades puede incrementar y disminuir diversos tipos de conducta, como el compartir la agresión y el miedo. Otros autores como Monwrer, Wolpe, Lindsley y Azrin (citados por Nathan y Harris, 1975) han aplicado este trabajo a los problemas clínicos.

El punto fundamental de este modelo es el supuesto de que la conducta anormal se aprende de la misma manera que la mayor parte de las otras conductas humanas. Este punto de vista subestima la importancia de los factores biológicos y genéticos. Cuando se adopta este modelo, el objetivo esencial de la investigación será descubrir los procesos de aprendizaje que produjeron la conducta desadaptada. La brecha entre la conducta normal y la anormal se ve reducida por el hecho de ser ambas observadas dentro de un mismo marco conceptual; así, se tiende un puente entre la psicología general experimental y el campo de la psicología anormal. Además, según Davison y Neale (1974), muchos de los autores que han adoptado este modelo consideran a la anormalidad como un concepto relativista. Porque el llamar anormal a alguien o a algo, está íntimamente ligado a un contexto social y cultural de aprendizaje.

1.3 Dos perspectivas contemporáneas

1.3.1 Perspectiva de Fromm

El problema de lo normal y anormal ha sido abordado desde distintas perspectivas. Erich Fromm sostiene la idea de que la sociedad en su conjunto carece de equilibrio mental, con esta premisa se aparta tajantemente del relativismo sociológico, en cuya postura se afirma que la parte patológica de una cultura la forman los individuos desadaptados a ella. Es decir, este autor no se enfoca en la patología individual sino en lo que él denominó "la patología de la normalidad", y especialmente la patología de la sociedad occidental contemporánea (Fromm, 1953).

Para Fromm, la próspera vida de las personas en la época de la modernidad puede satisfacer sólo las necesidades materiales, y al dejar de lado la satisfacción de necesidades más profundas del individuo humano, genera una sensación de tedio, donde el suicidio y el alcoholismo son medios patológicos para escapar de ella (Fromm, 1962). Pero ¿por qué si la sociedad está enferma los integrantes de ella no se dan cuenta?, según Fromm, al estar inmersos dentro de cierto contexto social, a cada individuo se le va dando una "validación consensual" de sus ideas. Este proceso supone que como la mayoría de la gente comparte las ideas y sentimientos, entonces surge ante ellos una validez de estas ideas y sentimientos, por lo que cada persona se va alineando a lo establecido en su grupo. Sin embargo, para este autor no hay nada más lejos de la verdad porque: "la validación consensual, como tal, no tiene nada que ver con la razón ni con la salud mental. El hecho de que millones de personas compartan los mismos

vicios no los convierte en virtudes; el hecho de que las personas compartan los mismos errores no los convierte en aciertos y el hecho de que millones de personas padezcan las mismas formas de patología mental no hace de esas personas gente equilibrada" (Fromm, 1962). Entonces, parece ser que la cultura occidental proporciona a la mayor parte de las personas normas que les permiten vivir saludables estando realmente enfermos.

Estas afirmaciones Frommianas, que indican que la naturaleza humana y la sociedad pueden tener exigencias contradictorias tienen su origen en supuestos Freudianos formulados en "El malestar de la Cultura". Para Freud, la vida social y la civilización están en oposición esencial con las necesidades de la naturaleza humana, el hombre se encuentra entre la alternativa de la felicidad basada en la satisfacción ilimitada de sus instintos, y la alternativa de la seguridad y sus realizaciones culturales basadas en la frustración de los instintos, las cuales lo conducen hacia la anormalidad (Freud, 1930).

Ya que la salud mental no puede definirse como adaptación del individuo a su sociedad, entonces, se debe definir como adaptación de la sociedad a las necesidades del hombre. Si el individuo está o no sano, no es primordialmente un asunto individual, sino que depende de la estructura de su sociedad. Una sociedad sana, según Fromm, desarrolla la capacidad del hombre para amar a sus prójimos, para trabajar creativamente, para desarrollar su razón y su objetividad, para tener un sentimiento de sí mismo y de sus propias capacidades productivas. Del lado opuesto, una sociedad insana es aquella que crea hostilidad mutua y celos, que convierte al hombre en un instrumento de uso y explotación para otros, que lo priva de un sentimiento de sí mismo, en la medida que se somete a otros o se convierte en autómatas. La sociedad puede desempeñar ambas funciones: puede impulsar el desarrollo saludable del hombre y puede impedirlo; en realidad, la mayor parte de las sociedades ejercen una influencia impulsora y una influencia bloqueadora sobre sus integrantes, el problema está en reconocer en qué grado y en qué dirección se ejercen actualmente estas influencias (Fromm, 1962, p. 68).

1.3.2 Perspectiva de Szasz

Otro autor que habla acerca de la normalidad y anormalidad desde el punto de vista de la consecuencia social; es decir, del resultado de vivir en una sociedad desordenada es el psiquiatra Thomas Szasz. En su ya clásico artículo "El mito de las enfermedades mentales" (1960), describe los usos principales que se han dado al término de enfermedad mental, destacando que el principal, consiste en conceptualizarla como signo de lesión cerebral. Szasz dice: "en este caso se supone que algún defecto neurológico, tal vez muy sutil, acabará encontrándose como causante de todos los trastornos del pensamiento y de la conducta", y afirma: "Para aquellos que consideran que los síntomas mentales son signos de una enfermedad cerebral, el concepto de enfermedad mental resulta innecesario y engañoso. Si lo que quieren decir (...) es que la gente que sufre de enfermedades

mentales en realidad padece de enfermedades del cerebro (...) sería preferible, para fines de claridad, que dijeran simplemente esto, y nada más (Szasz, 1960, p. 77).

A Szasz se le ha considerado como uno de los opositores más vehementes del modelo médico (Nathan y Harris, 1975, p. 27) pues su pluma incansable se ha movilizó para cuestionar y rechazar este modelo, basándose en la inconsistencia lógica de sus argumentos. Dicha inconsistencia, según este autor, deriva de que todos los conceptos tradicionales aceptados acerca de la enfermedad física y mental implican cierta desviación de una norma claramente definida. En el caso de las enfermedades físicas la norma es la integridad estructural y funcional del cuerpo humano. Sin embargo, para la enfermedad mental Szasz no encuentra una norma equivalente. Sea lo que sea esta norma, dice: "sólo podemos estar seguros de una cosa, a saber: que es una norma que ha de enunciarse en términos de conceptos psicosociales, éticos y legales". Para Szasz, el error fundamental del modelo médico radica en que la definición del trastorno y los términos en que se busca el remedio están en grave discrepancia, ya que mientras la norma para juzgar una enfermedad mental es psicosocial, ética y legal, su cura se expresa únicamente en términos médicos. Por esto, Thomas Szasz ha dicho que: "la creencia de que la enfermedad mental es algo diferente de los problemas que se presentan al hombre en su relación con los demás es heredar la propia creencia en la demonología y la brujería" y va más allá, agregando que: "la enfermedad mental existe o es real exactamente en el mismo sentido en que las brujas existieron o fueron reales" (Szasz, 1960, p. 80).

Szasz, sostiene que el término de enfermedad mental no es más que un mito, una falsa analogía verbal basada en la explicación errónea del modelo médico en la psicopatología y sugiere que este término se sustituya por el de "problemas de la vida". Para este autor, la anormalidad es la consecuencia de la manera en que algunas personas intentan enfrentarse con las exigencias irreconciliables que algunas veces impone nuestra sociedad, tan compleja y tan cambiante.

1.4 Reflexiones sobre la Normalidad y la Anormalidad

El contenido de este capítulo nos revela a la normalidad y a la anormalidad como concepciones muy extensas, a las que se han otorgado distintos significados. Algunos de ellos se ven reflejados en los diversos modelos expuestos. Por ejemplo la posibilidad de que la normalidad y anormalidad puedan describirse por medio de un modelo **sociocultural**, resulta una sugerencia, bastante reciente, que proviene de la antropología. Esta perspectiva visualiza a los conceptos de normalidad y anormalidad como *relativos, variantes* de sociedad a sociedad, pues siempre van a estar *vinculados al contexto* y, si bien se consideran generales en el sentido de estar presentes en las personas, son conceptos *no universales* ya que están *moldeados a cada cultura específica*. Aunque el modelo sociocultural de la normalidad y anormalidad no es una herramienta de evaluaciones o de diagnóstico formal, como lo son el modelo

estadístico y el clínico, sirve para recordarnos que la conducta es siempre una función parcial de las circunstancias en las que se desarrolla.

El modelo **legal** es una reducción del modelo sociocultural que se centra principalmente en la anormalidad y fue elaborado desde las leyes que gobiernan a un país o estado. Se originó debido a que la sociedad necesitaba de algún tipo de definición consensual del trastorno mental, sobre todo en aquellos momentos en que ante las Cortes se realizaban juicios de casos criminales. Sin embargo, ninguna de las definiciones de este criterio ha resultado adecuada para solucionar los tremendos problemas que se presentan al impartir justicia a los criminales que tienen algún trastorno mental, pero sí se ha logrado sensibilizar este tipo de prácticas, dándoles una dimensión más humana. Desde este modelo la normalidad está asociada a lo *permitido, legal y aprobado*, mientras que la anormalidad se vincula con lo *prohibido, ilegal y desaprobado*.

El modelo que plantea una condición **ideal**, considera que la normalidad es un estado de salud mental positivo, de *funcionamiento individual y social verdaderamente efectivo*, y no simplemente la ausencia de enfermedad mental. Este modelo señala para la normalidad lo que *utópicamente debería de ser, lo perfecto, lo completo, lo óptimo*, mientras que para la anormalidad deja lo *no deseable, lo imperfecto, lo incompleto, lo peor*. Por situarse en los dos extremos, este modelo generalmente se cataloga como impreciso aunque resulta útil al evaluar la normalidad y anormalidad general de un grupo o un individuo.

El modelo **estadístico** encara los concepto de normalidad y anormalidad en términos cuantificables, es decir, en términos que pueden expresarse numéricamente. La conducta de una persona se reduce a una serie de puntuaciones de pruebas psicológicas, que deben caer dentro de un rango promedio, para que él o ella sean considerados normales. Uno de los aspectos más sólidos e importantes del modelo estadístico, es que permite a los diversos estudiosos de la conducta llegar a juicios similares acerca de la normalidad y anormalidad de una persona o grupo, aún en el caso de que partan de diferentes posiciones teóricas, pues ofrece en sí confiabilidad (consistencia) y precisión (exactitud) en la medición, sin embargo no estipula cuales son las conductas que se deben abordar. Este modelo, bajo la etiqueta de normal, designa lo que realiza la *mayoría* de las personas, la *media, lo común, lo cercano, lo frecuente* y reserva para la anormalidad lo *extraño lo raro, desviado, extremo y lo poco frecuente*.

El modelo **clínico** es una expresión especializada tanto del modelo ideal como del modelo estadístico que se ha desarrollado desde las disciplinas que estudian la salud mental. Este modelo contempla las capacidades individuales dentro del contexto social y retoma aspectos funcionales de la conducta que derivan en una forma concreta para diagnosticar normalidad y anormalidad. En este modelo la normalidad se asocia con lo *funcional, la adaptación, el equilibrio*, dejando a la anormalidad la *disfunción, el desequilibrio y la desadaptación*, estados que deben desaparecer para poder alcanzar la normalidad.

El modelo **médico**, cuya tradición se remonta a 1800 es uno de los más fuertes en la explicación de la normalidad y anormalidad, sobre todo en el campo de la salud mental. Su piedra angular es considerar a la normalidad como un estado de *salud* y equiparar a la anormalidad con un estado de *enfermedad*. Este modelo ubica a los conceptos en el *cuerpo humano* y pone *énfasis en correlatos fisiológicos*. Algunas de las ventajas de este modelo, según Nathan y Harris (1975), son: haber sustituido al modelo mágico-religioso, reduciendo el estigma atribuido a los trastornos mentales y avanzando hacia la humanización de las condiciones en los hospitales psiquiátricos. Este modelo también estimuló la investigación empírica y la observación detallada de la conducta anormal para mejorar los propósitos de diagnóstico. Finalmente, cambió la reputación de las ocupaciones relacionadas con la salud mental, para que cada vez más gente se dedicara a trabajar en estas profesiones y así terminar con el ciclo en que los empleos de hospitales psiquiátricos estaban ocupados por gente que no encontraba trabajo en ningún otro lugar.

No obstante, algunos críticos desapruaban al modelo médico por considerar que es el responsable del sistema de diagnóstico "oficial" que se practica actualmente y que encontramos resumido en el Manual Estadístico y de Diagnóstico de Enfermedades Mentales, abreviado como DSM, cuya última versión es la IV. También se cree que este modelo ha tendido a restringir la investigación de factores etiológicos de la psicopatología al área del funcionamiento corporal alterado. A pesar de que ahora está promoviendo la prevención primaria, algunos autores consideran que este modelo ha conducido a la creencia de que son las clínicas y los hospitales los lugares en donde deben ser tratadas las enfermedades mentales (Nathan y Harris, 1975).

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

La anormalidad, desde el punto de vista del modelo **conductual**, se ve como una serie de *conductas aprendidas*, que no son originadas por una enfermedad física o un trauma psicológico. El tratamiento implica la aplicación de procedimientos que se derivan de los *principios de aprendizaje*, a fin de modificar o eliminar la conducta inadaptada y de *reforzar aquellos patrones de conducta mejor adaptados* que corresponderían a la normalidad. El modelo conductual ha originado nuevos enfoques de tratamiento, que se centran en el aquí y el ahora y, al parecer, logran rápidos cambios en el comportamiento. Este modelo pone de manifiesto *el impacto del medio ambiente*, valorando la influencia que ejerce el *condicionamiento* familiar y el de los amigos en el desarrollo de la conducta anormal.

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

Para **Szasz** la concepción de normalidad es un proceso que se ve constantemente interrumpido por los *problemas de la vida*. Si estos últimos son muy fuertes desembocan en la anormalidad. Para este autor, también son las *exigencias sociales* las principales responsables del surgimiento de *conflictos*, por el hecho de existir una especie de desfase entre el hombre y la sociedad, por esto afirma que tanto la normalidad como la anormalidad *rebasan al modelo médico y se sitúan en un contexto psicológico, ético y legal*.

Después de este análisis podemos concluir que los datos de que disponemos actualmente no nos permiten tomar decisiones categóricas con respecto a lo correcto o incorrecto de los modelos, ni tampoco podemos plantear la exclusiva superioridad de un modelo específico. Más bien, nos orientamos a la idea de que los diversos criterios son útiles en diferentes contextos. En efecto, parece poco probable que alguno de los modelos revisados pueda explicar en forma adecuada toda la amplia esfera del comportamiento. Quizá por esto, se necesitan dichos modelos para tratar de abarcar la conducta en sus dos ámbitos, el normal y el anormal. Lo que sí consideramos primordial es tener claro cuál es el criterio al que se hace referencia cuando se habla acerca de normalidad y anormalidad (Dana, 1966).

CAPÍTULO II TEORÍA DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL

2.1 Antecedentes

Para poder entender qué es la representación social hay que remitirse a trabajos y autores que de forma directa o indirecta fueron estructurando una línea teórica coherente que dio origen al concepto actual.

La psicología es una disciplina relativamente nueva que ha tenido que constituir su objetivo y campo de estudio para así independizarse de otras ciencias. Quizá una de las disciplinas que más se relaciona con la psicología social es la sociología, y si nos referimos a los inicios de la psicología veremos que una de las dicotomías más fuertes que ha enfrentado es la relación entre lo individual y lo social, es decir entre lo psicológico y lo sociológico.

Un autor que abordó este complejo tema y que ayudó a que fueran considerados los elementos psicológicos en la sociedad fue Johann Friedrik Herbart (1776-1841). Con sus tesis (1825), el individuo pasó a ser considerado en su contexto psicológico sin negarle la gran influencia ejercida por el medio social en la construcción subjetiva de la realidad (Flores, 1993, p. 16).

Blanco (1988), citado en Flores (1993), menciona dos aportaciones muy importantes de Herbart para nuestro tema. La primera se refiere a la necesidad de la psicología para ampliar su campo de acción más allá del individuo; y la segunda nos habla del paralelismo entre el funcionamiento de los individuos dentro de la sociedad y el de las representaciones dentro del individuo. Es decir, existe una analogía del funcionamiento entre la vida psíquica del individuo y la vida del individuo en la sociedad, ya que los elementos y fuerzas que conforman a una y otra (ideas y representaciones en el caso del individuo, e individuos en el caso de la sociedad) y las relaciones que establecen entre ellos están sujetas a un mismo tipo de leyes. Esta idea de Herbart fue mejor desarrollada por uno de sus discípulos llamado Gustav Adolf Lindner.

Lindner (1871), postuló una *Vorstellungsmechanik des individuellen Bewusstseins* ("mecánica de las representaciones de la conciencia individual") a la que lógicamente debe corresponder una *Vorstellungsmechanik des sozialen Bewusstseins* ("mecánica de las representaciones de la conciencia social"). Con esta analogía entre la conciencia individual y la conciencia social, se explica el mecanismo que sirve de soporte para la interacción de lo individual y lo social, al tiempo que se insiste en la inminente relación entre la psicología y la sociología (Flores, 1993).

Otra aproximación al estudio de las representaciones sociales fue realizada por Wilhelm Max Wundt (1832-1920), creador de la Psicología Experimental, en su Laboratorio de Leipzig, Alemania. Su interés principal fue analizar los contenidos de la conciencia a través de la introspección. Y con sus investigaciones, por vez primera, diferenció lo individual de lo colectivo (Farr, 1983).

La diferencia señalada por Wundt se refiere a que los fenómenos producidos en el individuo están al alcance de su conciencia y pueden ser estudiados en laboratorio, por métodos experimentales; mientras que los de orden colectivo estaban fuera de la conciencia individual, se ubicaban en la sociedad y, por consiguiente, no podían ser estudiados en situaciones experimentales sino que debían tratarse en el contexto social y por medio de métodos distintos.

Esta primera psicología experimental de Wundt fue explícitamente una psicología de la conciencia del individuo, e influyó notoriamente en el desarrollo general de la psicología. Ya que de esta perspectiva se derivan grandes implicaciones, algunas de ellas son señaladas por Farr (1983), citado por Banda y Flores (1986):

a) La concepción que tenía Wundt de la conciencia del individuo era no social. Esto implicó que, desde el inicio, también la Psicología Experimental fuera no social.

b) El carácter limitado de la concepción de Wundt de la conciencia obligó a Freud a denominar "Metapsicología" a su teoría del inconsciente, puesto que los procesos mentales en que estaba interesado no eran posibles de explorar mediante la introspección, es decir, no podían ser traídos a la conciencia.

c) Al igual que Freud, Wundt sabía que había muchos importantes fenómenos de la mente humana que no podían investigarse en el laboratorio por medio de la introspección. De esta convicción se derivan dos consecuencias:

1.- Wundt pensaba que la ciencia experimental que había creado tenía un alcance estrictamente limitado. Éste derivaba de su metodología, es decir de la introspección.

2.- Wundt pensaba que su ciencia experimental necesitaba ser complementada con el estudio de la mente en sociedad, fuera del laboratorio, lo cual sólo podía llevarse a cabo con métodos no experimentales.

Por tal motivo Wundt plasmó en su "Problems Der Völker Psychologie", publicado entre 1900 y 1920, que los fenómenos mentales colectivos, tales como la lengua, religión, mitos y fenómenos afines, no podían ser estudiados por la introspección, ya que todos ellos eran productos culturales que estaban fuera del conocimiento consciente de los individuos que los encarnan y transmiten.

De esta forma, por carencias metodológicas, Wundt se vio imposibilitado de articular los niveles individual y colectivo y, al tiempo que los separaba, también delimitaba el campo de la psicología social de su psicología experimental de laboratorio. Es por esto que para entender el origen no experimental de la

investigación psicosocial de las representaciones sociales uno debe remitirse a Wundt (Sánchez, 1989).

Otro aspecto importante dentro de los antecedentes de las representaciones sociales, es la visita que realizó el sociólogo Émile Durkheim (1858-1917) en 1886 a la Universidad de Leipzig. Durante su estancia fue alumno de Wundt y quedó profundamente marcado tanto por su rigor experimental como por sus ideas, las cuales retomó y amplió.

Durkheim desarrolló a lo largo de sus obras (1893-1897) el concepto de "hecho social", definido como el orden de acontecimientos que presentan caracteres muy particulares, consistentes en modos de actuar, de pensar y de sentir exteriores al individuo, y que están dotados de un poder de coerción en virtud del cual se imponen a él. Por lo que no podrían confundirse con fenómenos orgánicos, ya que consistían en *representaciones* y *en acciones*, ni tampoco con los fenómenos psíquicos, pues éstos sólo existen en la conciencia individual (Flores, 1993, p. 18).

Para este sociólogo francés un hecho social debe presentar tres elementos que lo conforman y definen: la exterioridad, la coerción y la generalidad e independencia.

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

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

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

Durkheim acuñó el término de representaciones colectivas -antecedente inmediato de las representaciones sociales- y el de representaciones individuales. La distinción entre estos conceptos radica en que las representaciones colectivas son un fenómeno social que da origen a las representaciones individuales. Estas

últimas tienen un carácter personal y una existencia sólo en el aquí y el ahora del sujeto. Por el contrario las representaciones colectivas son más impersonales, es decir, se sitúan fuera del individuo y pertenecen al patrimonio cultural de una sociedad (Ibáñez, 1988).

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

Durkheim no sólo consideraba que los fenómenos individuales y colectivos merecen un análisis distinto, sino que fue más allá y extrapoló esta diferencia al terreno de la psicología y de la sociología, depositando el estudio de orden individual en la primera y los fenómenos de orden colectivo en la segunda. Al mismo tiempo declaraba la realidad social como independiente de la psicología individual.

Sin embargo, la escuela francesa de representaciones sociales considera que lo que realmente hizo fue fundar una Psicología Social Sociológica, ya que en su obra "Las reglas del Método Sociológico" (1895), señala "... cabe preguntarse si las representaciones individuales y las representaciones colectivas, no se asemejan, sin embargo, en el hecho de ser unas y otras igualmente representaciones; y si a consecuencia de estas semejanzas no tendrán ambos reinos, algunas leyes comunes." (Portanteiro, J.C. citado en Yamazaky, 1985, p. 41).

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

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

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

El nacimiento y propuesta de dicha escuela queda establecido con Moscovici en el año de 1961, cuando publica su libro "La Psychanalyse, son image et son public", donde expone sus investigaciones, realizadas en los años cincuenta, sobre el contenido de la representación social del psicoanálisis en la sociedad francesa.

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

Es decir, un autor al publicar una obra, agrega una nueva interpretación de la realidad que, al ser difundida, se asimila por la gente, forma parte de ella y altera su realidad, convirtiéndose en este momento en un objeto relevante para la psicología social.

Un punto que es necesario aclarar es que, si bien el concepto de representaciones sociales proviene de la propuesta Durkheimniana de representaciones colectivas, la noción de Moscovici difiere en dos aspectos importantes:

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

b).- "Durkheim centrado en la tradición aristocrática y kantiana, tiene una concepción más bien estática de las representaciones, como consecuencia son vistas como capas de aire estancado en la atmósfera que retienen los conceptos y que pueden ser cortadas como un pastel para su estudio, sin embargo, las representaciones sorprenden por su carácter móvil y circulatorio, por su plasticidad." (Moscovici, 1984, citado en De la Cruz, Gómez y Sastre, 1990, pp. 4-5).

Es así como Serge Moscovici tuvo el acierto de rescatar del olvido el concepto de representación colectiva para enriquecerlo, reorganizarlo y elaborar toda una teoría de la representación social que incluye tanto los aspectos psicológicos como los sociológicos en un modelo que llamó "relacional".

2.2 El concepto de representación social

Antes de abordar el concepto de la representación social debemos considerar el aviso que el propio Serge Moscovici nos da en su obra de 1961 "El psicoanálisis su imagen y su público", "... si bien es fácil captar la realidad de las representaciones sociales, no es nada fácil captar el concepto" (Ibáñez, 1988, p. 32).

Dos de las principales razones en que radica la dificultad del concepto de representación social se exponen a continuación. Primero, el concepto de representación social es un *concepto híbrido*, ya que es producto del cruce de dos distintas disciplinas, donde confluyen nociones sociológicas, tales como la cultura y la ideología, y nociones de procedencia psicológica, tales como la imagen y el pensamiento. Así el concepto de representación social se ve marcado por los rasgos peculiares de la psicología y de la sociología, ubicándose estratégicamente en la intersección de ambas, lo cual lo convierte eminentemente en un concepto psicosociológico. Segundo, el concepto de representación social presenta una *composición polimorfa*, ya que recoge e integra en sí toda una serie de conceptos menores que conjugan elementos de muy distinta naturaleza, tales como: procesos cognitivos, inserciones sociales, factores afectivos, sistemas de valores, creencias y actitudes, etc. que lo convierten en un *concepto marco* que apunta hacia un conjunto de fenómenos y de procesos, más que hacia objetos claramente diferenciados o hacia mecanismos plenamente definidos (Ibáñez, 1988).

Con base en lo anterior, resulta muy complicado presentar una definición acabada y última de la representación social. Además es obvio que, si se pudiese delimitar claramente el concepto y fenómeno de las representaciones sociales en pocas palabras, no nos estaríamos refiriendo a un concepto tan complejo y flexible que ha generado una de las teorías más sólidas en la psicología social de corte europeo.

Para exponer una visión global de la representación social se mencionarán distintos acercamientos al concepto y, de esta forma, se intentará ir acotando las características que lo definen.

La palabra "representación" la podemos encontrar, si se le pretende rastrear en la historia filosófica, en los escritos de Hegel, Marx, Schopenhauer, Nietzsche, Heidegger, etc. (Lefebure, 1980). En la psicología clásica designa el contenido concreto de un acto de pensamiento. El acto de representar se refiere al hecho de hacer presente en la mente algo, sustituir a, o estar en lugar de, ya sea un objeto, una persona, un acontecimiento, una idea, etc. Según Kaës (1980) "es la reproducción de una percepción anterior, de un residuo mnémico de aquellas partes del objeto que se inscriben en los sistemas mnémicos" (Citado en Domingo, 1991, p.14).

Pero aquí necesitamos ser más específicos, pues la representación social que se hace de un determinado objeto es necesariamente distinta al objeto mismo, a pesar de que se desarrolla a partir de él. Es decir, para que una representación se logre consolidar como tal, uno de los requisitos indispensables es la desaparición del objeto concreto. Pero esta desaparición no puede, ni debe ser total, pues tiene que haber una correspondencia, aunque no en forma lineal, entre el objeto y su representación, de tal forma que no estamos hablando de un

proceso de simple reproducción sino de un mecanismo de auténtica construcción (Ibáñez, 1988, p. 37).

El mismo Moscovici hace una distinción entre el presentar y el representar. El presentar implica el que un concepto o idea no haya sido expuesto, siendo por primera ocasión articulado. En cambio, el representar implica el volver a repetir y ordenar algo que ya había sido presentado y ordenado por alguien en algún determinado lugar. Al representar un objeto o concepto se reconstruye, ya que se reapiensa y se rehace a nuestro modo concreto (Moscovici, 1961).

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

Hasta aquí tenemos la explicación de qué es una representación y cuándo es social; ahora pasaremos a definiciones propias del concepto de representación social. Quizá una de las explicaciones más populares acerca de este concepto es la propuesta por Denise Jodelet:

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

(Jodelet, 1986, citado en Ibáñez, 1988, p. 33).

Esta definición nos ayuda, sin duda, a hacernos una idea sobre el tema, pero al ser muy general conviene proceder a presentar a otros autores, con otras contribuciones, para así tener una visión más precisa del concepto de representación social.

Para Doise (1984) las representaciones sociales constituyen principios generativos de tomas de postura que están ligados a inserciones específicas en un conjunto de relaciones sociales y que organizan los procesos simbólicos implicados en esas relaciones. Este autor acentúa la conexión entre la representación social y los factores socioestructurales, tales como los sitios o estatus socialmente definidos. Con lo cual, se puede inducir que la representación social mantiene una relación directa con la ubicación social de las personas que la

comparten y esto resulta más claro al considerar que una representación social no puede ni debe pensarse como una abstracción desconectada de las estructuras sociales específicas en las que se enmarca.

Di Giacomo (1981) define a las representaciones sociales como "modelos imaginarios de evaluación, de categorización y de explicación de las realidades entre sujetos sociales, particularmente entre grupos, que conducen hacia normas y decisiones colectivas de acción". Con esto, las representaciones tienen una importancia fundamental en cuanto a la manera en la que se desarrolla una interacción.

Para este mismo autor una representación social tiene que tener un carácter estructurado por lo que "...todo conjunto de opiniones no constituye sin embargo una representación social (...) siendo el primer criterio para identificar una representación social el estar estructurada" (Di Giacomo, 1987).

El hecho de que las representaciones sociales estén estructuradas nos indica también que no tiene por qué existir una representación social por cada objeto en el que podamos pensar. Puede ser que un cierto objeto tan sólo dé lugar a una serie de opiniones y de imágenes relativamente inconexas, lo cual nos conduce a lo siguiente: no todos los grupos o categorías sociales tienen que participar de una representación social que les sea propia, es posible que un grupo tenga una representación social de un objeto y que otro grupo se caracterice sólo por disponer de un conjunto de información, opiniones o de imágenes acerca de ese mismo objeto, sin que esto suponga la existencia de una representación social.

Para Ayestarán, De Rosa y Páez (1987) la representación social es una estructura cognitivo-afectiva construida y compartida por la colectividad que fusiona en sí lo percibido y lo contextualizado a partir de la activación del conocimiento previo, incorporando aspectos figurativos, generando una nueva forma de pensamiento, produciendo un efecto de realidad inmediata que sirve para procesar y organizar la información, permitiendo la comunicación, la orientación de las conductas y guiar las interacciones. Además, agregan estos autores, las representaciones sociales tienen un carácter autónomo y creativo por lo que se consideran una forma de pensamiento social.

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

Para Tomás Ibáñez (1988), las representaciones sociales son a la vez, pensamiento constituido y pensamiento constituyente. En tanto que pensamiento constituido, se transforman en productos que intervienen en la vida social como estructuras preformadas a partir de las cuales se interpreta la misma realidad. Y son estos productos los que nos dan a conocer los rasgos específicos de la sociedad en que han surgido. En tanto que pensamiento constituyente, la representación social no sólo refleja la realidad sino que interviene en su elaboración, es decir, constituye en parte al objeto que representa. No es el reflejo interior, situado en la cabeza de las personas, sino un factor constitutivo de la propia realidad.

Este mismo autor nos dice que las representaciones sociales son a la vez un producto y un proceso. Son un producto porque en cierta forma las personas tienen un contenido incluido en su propio pensamiento, originado a su vez por el pensamiento social del grupo. Pero cuando las representaciones sociales integran a las innovaciones, modificándolas, y viéndose a su vez, modificadas por ellas, no están actuando como un producto acabado y estático, sino como un mecanismo que está en construcción, es decir, como un proceso. Entonces, las representaciones sociales son siempre un producto y un proceso de forma simultánea, siendo tan sólo la focalización selectiva de nuestra atención quien la convierte en uno u otro.

Serge Moscovici (Citado en Kaës, 1968, pp. 24-25) define las características de la representación social de la siguiente manera:

“Es coherente y estilizada, es una organización de la información relativa a un objeto, es la expresión de una determinada forma de conocimiento. Se elabora a un nivel imaginario, es por esto que la representación hace posible el intercambio entre la percepción y el concepto. De esta manera, el objeto del concepto puede ser tomado como objeto de una percepción o el contenido de un concepto puede ser percibido...”

Además, agrega que la representación social está estructurada por una significación individual y social que da forma a una estructura coherente por el doble hecho de que es un reflejo del objeto y una actividad del sujeto.

Posteriormente, Moscovici y Farr (1984) complementan la información diciendo que las representaciones sociales son sistemas cognitivos con una lógica y un lenguaje propios, no sólo representan opiniones acerca de, imágenes o actitudes hacia, sino que son teorías o ramas de conocimiento para el descubrimiento y organización de la realidad. En este sentido, las representaciones sociales tienen una estructura y dinámica propias que las llevan a adquirir el valor de fenómeno y no de un mero concepto. En otras palabras, las representaciones sociales se refieren al conocimiento espontáneo o ingenuo que se ha denominado conocimiento del sentido común, y se trata de un conocimiento práctico que participa activamente en la construcción social de nuestra realidad. Dicho conocimiento se construye a partir de las experiencias de los individuos y

de la información que recibe en el medio en que se desenvuelve, de tal forma que resulta ser un conocimiento socialmente elaborado y compartido. A partir de este conocimiento, el individuo se explica el universo en el que vive, los fenómenos que ocurren y los sucesos de la vida cotidiana en que participa. Pero también enfrenta y construye situaciones novedosas como podrían ser aquéllas que se generan en el conocimiento científico.

En conclusión, el concepto de representación social se presenta como un concepto marco, polifacético, difícil de condensar en pocas palabras pero de ninguna manera confuso, aunque plantea por su misma naturaleza un problema a nivel de traducción en forma de técnicas operativas de investigación. Aún con esta limitación, finalizaremos este apartado, con una afirmación de Moscovici (1976) quien nos dice que las representaciones sociales "...constituyen una organización psicológica, una forma de conocimiento que es específica de nuestra sociedad y que no es reductible a ninguna otra forma de conocimiento" (Citado en Ibáñez, 1988, p. 35).

2.3 Formación de las representaciones sociales

En cuanto a su formación, Moscovici plantea dos mecanismos básicos por medio de los cuales se constituye una representación social: la objetivación y el anclaje.

La objetivación, para Jodelet (1986a) es el mecanismo por el cual lo abstracto se torna concreto, los conceptos se materializan, formándose imágenes organizadas en estructuras. Este mecanismo implica una selección de algunos elementos de la información disponible sobre un objeto. La selección se realiza en función de criterios culturales y normativos. Después los elementos seleccionados se organizan y adquieren una estructura y finalmente se convierten en parte de la naturaleza, es decir, de lo ya existente, de lo real.

El mecanismo de anclaje se refiere a la forma en que la nueva estructura se inserta en el conocimiento preexistente, transformándolo y transformándose. Dándose una integración cognitiva de un determinado objeto dentro de los esquemas de pensamiento que ya posee el sujeto. El anclaje puede considerarse también como la asignación de sentido y significado dentro de una jerarquía de valores, conocimientos y actitudes ya establecidos (Jodelet, 1986a).

En la sección correspondiente a estructuras y mecanismos internos de las representaciones sociales se profundizará más sobre la objetivación y el anclaje.

2.4 El origen de las representaciones sociales

Las representaciones sociales se construyen a partir de una serie de materiales de muy diversa procedencia, gran parte de los cuales proviene del "fondo cultural común" acumulado en la sociedad a lo largo de su historia. Este fondo cultural común circula por toda la sociedad en forma de creencias

ampliamente compartidas, de valores básicos y de referencias históricas, económicas y culturales que conforman la llamada memoria colectiva de una sociedad (Ibáñez, 1988).

Otro origen de las representaciones sociales lo encontramos en el conjunto de prácticas sociales que están relacionadas con las diversas modalidades de comunicación social. "Es, en efecto en los procesos de comunicación social donde se origina principalmente la construcción de las representaciones sociales" (Ibáñez, 1988, p. 41). En estos procesos se incluyen los medios masivos de comunicación como la televisión, la radio, el cine, los periódicos, etc., que son herramientas fundamentales para la transmisión de valores, conocimientos, costumbres, creencias, mitos y modelos de conducta, así como los medios no tan masivos, como las revistas especializadas o de divulgación científica, además de una modalidad de comunicación social cuya influencia es determinante y que, sin embargo, en muchas ocasiones se deja de lado. Nos referimos en concreto a la comunicación interpersonal y más precisamente a las innumerables conversaciones en las que participamos directa o indirectamente, día a día, durante toda la vida. En la casa, en el trabajo, en la escuela, en los bares, en las colas del cine, en el mercado o en el metro, escuchamos o entablamos conversaciones en las cuales no sólo se manifiestan las representaciones sociales sino que en ellas mismas se van construyendo. Moscovici, llamó "hechos anónimos" a todo este ruido de fondo en el que nos vemos todos los sujetos porque son un continuo flujo de imágenes, valores, juicios y opiniones que nos impactan constantemente sin que ni siquiera nos demos cuenta de ello. Por otro lado, aclararemos un punto resultante de lo enunciado anteriormente. Los grupos a los que pertenece una persona, los lugares que frecuenta, el estatus que ocupa en la sociedad, le predisponen a entrar y pertenecer a ciertos contextos conversacionales en lugar de otros y a verse expuesto a ciertos contenidos conversacionales en lugar de otros; por lo que se explica, al menos por una vía, por qué las distintas inserciones sociales originan representaciones sociales diferentes.

De lo anterior se deduce que la situación social, económica, política e histórica de un grupo o de un individuo va a determinar la construcción y el contenido de sus representaciones sociales.

Profundizando más en este punto encontramos que los acontecimientos que se producen en nuestra vida diaria y constituyen literalmente a las representaciones sociales como son los comentarios, conversaciones, lecturas, etc. suelen presentar un cierto grado de ambigüedad que es la que favorece la posibilidad de cada persona para formar su propia opinión hacia un cierto objeto y elaborar así su particular visión de la realidad social. Pero se cometería un grave error al considerar que la elaboración de una visión personal de la realidad constituye un proceso meramente individual, ya que las inserciones del individuo en diversas categorías sociales y su adscripción a distintos grupos constituyen fuentes de gran influencia en la elaboración individual de una realidad que es

social, generándose de esta forma visiones compartidas de dicha realidad e interpretaciones similares de los acontecimientos (Berger y Luckmann, 1967).

Por mencionar un ejemplo, desde hace algún tiempo, la antropología cultural (Sapir, 1931 y Whorf, 1938, citados por Ibáñez, 1988) ha mostrado claramente cómo influyen las categorías lingüísticas y conceptuales propias de cada cultura sobre las representaciones de la realidad, marcando también la importancia que tienen los aspectos socioeconómicos y socioculturales para la construcción de la realidad cotidiana.

En cuanto a la génesis de las representaciones sociales, siguiendo esta misma línea, Jodelet ya nos había dado un adelanto al definir las, mencionando que éstas surgen "a partir de nuestras experiencias (...) informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social" (Jodelet, 1986a, p. 473).

Por su parte Jahoda, en 1989 (citado en Sánchez, 1989), menciona que las representaciones sociales surgen de la ideología de cada grupo social.

2.5 La naturaleza social de las representaciones sociales

El estudio de los procesos a partir de los cuales se construyen las representaciones sociales es indispensable para entender su significado con precisión. Pero esta indagación nos proporciona además una respuesta a la pregunta acerca del carácter social de las representaciones sociales.

La adjetivación social de las representaciones se basa en que son un fenómeno cuyas condiciones de producción son inequívocamente de tipo social. Deshebrando esta información, en primer lugar diremos que las representaciones son sociales en la medida que posibilitan a su vez la producción de ciertos procesos claramente sociales como la comunicación. En segundo lugar, porque son colectivas, es decir compartidas por conjuntos más o menos amplios de personas, y en tercer lugar, por el fundamental papel que desempeñan en la configuración de los grupos sociales, específicamente en la conformación de su identidad (Ibáñez, 1988). Es decir, poco a poco se van delimitando los contornos de un grupo a partir de su forma de concebir al mundo, o mejor dicho de las representaciones sociales que se tengan de éste.

2.6 Estructura y mecanismos internos de las representaciones sociales

Es necesario recordar que la representación social es el estudio de una modalidad de conocimiento particular, expresión específica de un pensamiento propiamente social. Abordaremos las dimensiones de la representación desde este marco de referencia.

2.6.1 Dimensiones de la representación social

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

Cuando Moscovici terminó con el eclipse que cubría a las representaciones colectivas de Durkheim y aportó el concepto de representación social aplicado al psicoanálisis, manejó la existencia de tres ejes básicos, en torno a los cuales se estructuran los componentes de una representación social, estos son: la información, el campo de representación y la actitud. Pero antes de explicar estas dimensiones, debemos recordar que estos ejes forman un conjunto que sólo puede escindirse para satisfacer las exigencias del análisis conceptual.

La primera dimensión es la **Información** y hace referencia al conocimiento, a su cantidad y calidad, pudiendo ser en mayor o menor medida original. La información sobre los objetos presentados varía notablemente porque los diversos grupos sociales y las personas que los conforman, disponen de medios de acceso a esta información que son muy distintos, según ubiquemos a ese objeto específico. Como ya se había mencionado las pertenencias grupales y las ubicaciones sociales mediatizan la cantidad y la precisión de la información disponible, incidiendo directamente en el tipo de representación social que se forma. Asimismo, se debe considerar el origen de la información que poseen los individuos y los grupos. La información que surge de un contacto directo con el objeto y de las prácticas que uno desarrolla en relación con él, tienen propiedades diferentes de las que presenta la información recogida a través de la comunicación social (Flores, 1993).

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

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

El núcleo figurativo se construye a través del proceso de objetivación y de anclaje.

La objetivación proviene de la transformación de los diversos contenidos conceptuales relacionados con un objeto en imágenes. Y son estas imágenes las que ayudan a que las personas tengan una visión más concreta, dejando a un lado las ideas abstractas, y surgiendo elementos figurativos más accesibles que se traducen en formas icónicas.

La objetivación presenta tres fases distintas: la construcción selectiva, la esquematización estructurante y la naturalización.

La construcción selectiva es el proceso mediante el cual los distintos grupos sociales, y los individuos que los integran, se apoderan de informaciones y conocimientos sobre ciertos objetos. Esta apropiación consiste en una especie de "filtrado", por medio del cual se seleccionan y retienen ciertos elementos de la información que proviene del medio, rechazando otros que pasan desapercibidos o se olvidan rápidamente. Los elementos que son retenidos sufren un proceso de transformación, reorganizándose para que puedan embonar en las estructuras de pensamiento ya constituido en y por el sujeto. Esta explicación nos acerca a un concepto bastante similar que fue descrito por Jean Piaget bajo el nombre de asimilación (Ibáñez, 1988).

La esquematización estructurante. Los diversos elementos de información que han sido seleccionados, y convenientemente adaptados, a través del proceso de apropiación, aquí se organizan para proporcionar una imagen del objeto representado suficientemente coherente y fácilmente expresable. Para Abric (1976, citado en Flores 1993, p. 54) es el verdadero núcleo dinámico de la representación, porque es aquí donde el discurso se estructura y objetiva en un esquema de pensamiento coherente, sintético condensado y ya conformado por imágenes, con lo que la representación social se manifiesta desde una interacción compleja, simbólica e imaginaria, que el sujeto construye con el objeto.

En la fase de **naturalización**, el esquema ya elaborado de la representación social se naturaliza, a través de una expresión directa de los conceptos y desarrolla categorías sociales de lenguaje que pretenden traducir la realidad. Pasando a formar parte del sentido común, que permite organizar, de una forma coherente, la construcción de lo existente.

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

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

que nos son familiares. Esto se logra utilizando las categorías que nos son conocidas, que nos pertenecen, y así damos sentido e interpretamos los nuevos objetos que aparecen en el campo social, haciendo conocido lo desconocido por medio de la integración. Aquí cabe aclarar, que aunque nuestros esquemas preestablecidos deforman las innovaciones, alterándolas para que pasen a formar parte de nuestra propia estructura, también las innovaciones van modificando nuestros esquemas preestablecidos para así permanecer en equilibrio y evitar lo que los estudiosos de las actitudes llaman disonancia cognitiva.

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

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

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

2.7 Condiciones de emergencia de las representaciones sociales

Al originarse una representación social, Moscovici refiere tres condiciones de emergencia asociadas a la producción de una representación social:

- 1.- Dispersión de la información
- 2.- Focalización del sujeto individual o colectivo
- 3.- Presión a la inferencia del objeto socialmente definido

La información relativa que tiene un sujeto o grupo de un cierto objeto se encuentra dispersa con respecto a lo que sería necesario para constituir el fundamento sólido de su conocimiento. Existe dispersión de la información en las zonas de interés y de comportamiento en donde hay una información efectivamente presente, pero desorganizada. Sin embargo, generalmente los datos de los que dispone la mayoría de las personas para responder y formarse

una idea acerca de un objeto son suficientes para obtener elementos de una representación social concreta (Herzlich, 1975).

La focalización es el aspecto expresivo y variable de la relación del individuo o el grupo con el objeto social, se refiere al grado de interés y desinterés que se puede tener hacia el objeto. "En forma espontánea un individuo o grupo otorgan una atención específica a algunas zonas muy particulares del medio circundante y toma distancia frente a otras zonas del mismo medio" (Moscovici, 1961).

Finalmente, la presión a la inferencia, también llamada presión a la conclusión, es la exigencia por parte de las circunstancias hacia el individuo o grupo para que "sean capaces de actuar en cualquier instante y de proporcionar una estimación o de comunicarse, siendo una preparación constante para responder a las incitaciones del medio" (Herzlich, 1975).

La relación entre estas tres condiciones determina, en gran parte, las cualidades formales de la representación social, su grado de estructuración, así como su existencia. También en base a ellas se explica la variabilidad de posiciones que pueden generarse frente a un objeto socialmente significativo.

2.8 Función de las representaciones sociales

Antes de entrar de lleno en las funciones de la representación social mencionaremos brevemente algunos puntos que nos describen Moscovici y Farr (1984), en los cuales se ejemplifica la presencia de las representaciones sociales en la vida cotidiana:

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

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

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

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

irresistible. "Esta fuerza es una combinación de una estructura (...) y de una tradición que decreta qué debiéramos creer" (Moscovici y Farr, 1984).

A pesar de que a lo largo del trabajo se han manejado en algunos apartados las posibles funciones de las representaciones sociales, es necesario, para mayor precisión, hacerlas explícitas y así tratar de ligarlas a su presencia en la vida diaria.

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

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

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

Las representaciones sociales también constituyen generadores de toma de postura ante un objeto, y al estar compuestas por elementos valorativos influyen en las conductas que efectuarán los sujetos.

Las representaciones sociales son teorías de sentido común que permiten describir, clasificar y explicar los fenómenos de la vida cotidiana con la suficiente precisión para que las personas puedan desenvolverse sin tropezar con demasiados contratiempos. Esto se hace posible porque las representaciones sociales tienen por función el integrar las novedades en el propio pensamiento, haciendo que lo desconocido se torne conocido, lo cual ayuda a comprender mejor nuestro medio material y social (Moscovici, 1988), a la vez que transforman progresivamente las mentalidades de los seres humanos. Por esto, la dinámica de las representaciones sociales es esencial para adaptar el pensamiento social a las cambiantes realidades que se generan en la ciencia, cada vez más rápido (Ibáñez, 1988).

Por todo lo anterior, Tomás Ibáñez afirma que "... las representaciones sociales parecen constituir unos mecanismos y unos fenómenos que son estrictamente indispensables al desarrollo de la vida en sociedad" (Ibáñez, 1988, p. 55).

2.9 Diferencias y semejanzas de la representación social con conceptos afines

Como las representaciones sociales integran a una gran gama de elementos y no son las únicas producciones mentales que tienen un origen social, ni tampoco las únicas que se forman en base a instancias sociales estructuralmente definidas, revisaremos algunos de los conceptos, que por su mayor o menor cercanía, hacen necesario explicar su distinción y similitud, para evitar así una posible confusión.

En primer lugar nos referiremos a las **actitudes**. Según Ibáñez (1988) en la actualidad existen muchos investigadores sociales que aún no distinguen las diferencias existentes entre la representación social y este concepto, porque consideran que las representaciones sociales no aportan nada nuevo sobre el concepto de actitud. Esto se debe fundamentalmente a que lo que se atribuye ahora a las representaciones sociales (disposiciones cognitivas y afectivas que condicionan la relación con diversos objetos y orientan la conducta hacia fines concretos) es muy parecido a lo que ya hacían las actitudes. Sin embargo, si retrocedemos a la época de Allport, encontramos que es con él precisamente, cuando el concepto de actitud fue adquiriendo tonalidades más psicologistas e individualistas, lo que acabó con la dimensión colectiva que pudieron haber tenido las actitudes. Con esto la actitud se consolidó como un instrumento importante para conocer al individuo, predecir su conducta y explicar su relación con los demás, pero dejó de ser viable para estudiar la realidad social.

Además de la orientación individual de las actitudes, una de las principales diferencias con el concepto de representación social es que las primeras se sitúan en el polo de las respuestas. En la actitud se maneja la existencia de un estímulo ya constituido hacia el cual se reacciona según el tipo de disposición interna que se haya adquirido con relación a él. En cambio, la representación social se ubica en dos polos, pues entrelaza la respuesta y el estímulo, ya que la respuesta que emitimos ante un objeto determinado está prefigurada en la misma forma en que construimos ese objeto, es decir, la actitud orienta la respuesta frente a cierto estímulo, mientras que la representación social constituye en sí el estímulo y determina la respuesta que se da. Sin embargo, hay que recordar que Moscovici valoró tanto el concepto de actitud, que lo integra en las tres dimensiones básicas de la representación social, con lo que también contribuyó a desatar mayor controversia entre las semejanzas de estos conceptos.

En segundo término analizaremos la relación del concepto de **imagen** con el concepto de representación social. La polémica se inició desde el mismo nacimiento de la teoría de la representación social, cuando su fundador Serge

Moscovici publicó "El psicoanálisis, su imagen y su público" (1961), obra donde prácticamente sustituye la palabra de representación social por la de imagen. Sin embargo, para muchos autores, entre los que encontramos a Ibáñez y a Jodelet, la imagen se construye esencialmente como una reproducción mental de un objeto y se relaciona directamente con los mecanismos de la percepción. Por su parte, la representación social está muy lejos de constituir una reproducción especulativa de un cierto objeto externo, siendo más bien, un proceso de mera construcción mental de un objeto cuya existencia depende en parte del propio proceso de representación.

Por último nos dedicaremos al concepto que sin duda presenta mayor grado de cercanía con el de representación social, nos referimos a la **ideología**. Investigadores como Robert y Faugeron (1978) han afirmado que la representación social es engendrada por la ideología, siendo la primera sólo una manifestación concreta y objetivada de la segunda. El mismo Moscovici (citado por Ibáñez, 1988, p. 57), siguiendo a Althusser, considera que las representaciones sociales y las ideologías se encuentran en una relación de inclusión. Donde la ideología es el sistema constituido por un conjunto de representaciones sociales y la relación entre ambas pertenece al tipo de relación existente entre la parte y el todo.

También Flores y Parada siguiendo esta misma línea tocan este punto. Para ellas la ideología es un sistema de pensamientos, creencias y normas que participan en la regulación social y que conforman, por medio de representaciones sociales la subjetividad propia de cada individuo. Las representaciones sociales no son independientes de las ideologías, sino que forman parte de ellas y su relación queda establecida porque "... las representaciones sociales traducen de cierta manera el clima ideológico a partir de una experiencia en concreto" (Flores y Parada, 1994, p. 216).

Analizando estas tres versiones, vemos que podemos organizarlas en dos grupos, en el primero encontramos a Robert y Faugeron y a Flores y Parada, quienes reconocen la importancia de la representación social, pero la sitúan en una relación de dependencia con respecto a la ideología. En el segundo grupo ubicamos a Moscovici, quien viene al rescate de las representaciones sociales, y anula la utilidad de la ideología, la cual se ve reducida a sólo actuar como concepto englobador, que se queda vacío al restarle las representaciones sociales que la constituyen.

Una perspectiva que no reduce un concepto a otro y que trata de mantener la potencia explicativa tanto de la ideología como de la representación social es enunciada por Tomás Ibáñez (1988). Para él, las representaciones sociales siempre se refieren a un objeto particular, son representaciones de algo, hechas por alguien (grupos o personas), lo cual excluye la existencia de representaciones genéricas e indiferenciadas en cuanto a sus portadores. En oposición con estas características, la ideología sí tiene una connotación general, siendo capaz de generar juicios, percepciones, actitudes y opiniones (fenómenos que también

encontramos en la representación social) que no van anclados en objetos específicos, afectando las producciones cognitivas de la sociedad en su conjunto, por lo que ante una ideología puesta en marcha se pueden tener distintas representaciones de ella. En esta argumentación queda clara una distinción entre estos conceptos, y se reconoce que, aunque son fenómenos diferentes, están fuertemente vinculados, al grado que el estudio de uno es relevante para la comprensión del otro, sin que la investigación centrada en las representaciones sociales agote las características de la ideología.

También se ha expresado una relación teórica de la representación social con **el prototipo, la percepción, el prejuicio, la opinión** y a pesar de que todos estos son conceptos más lejanos, basta con recordar una cuestión que indudablemente los separa, y tajantemente, de la representación social. Estos conceptos consideran al individuo y a los grupos como entes pasivos, no tanto por su creación y elementos que ponen en marcha, sino porque en ellos los sujetos sólo seleccionan y manejan una información ya acabada que en ese momento circula en su entorno. En cambio, en la representación social, se parte de que el sujeto produce acciones e interacciones con su medio ambiente que indudablemente los modifican a ambos, donde se construye y reconstruye, de forma continua una representación social, que además de explicar la realidad social, paralelamente la va incorporando en el propio sujeto. Con lo cual, también se valora la actividad simbólica y la capacidad interpretativa de las personas para poder elaborar una auténtica reproducción de las propiedades del objeto social (Flores, 1993).

2.10 Aspectos a considerar en el estudio de la representación social

El estudio psicosociológico de la representación social comprende varias etapas o niveles que el investigador debe contemplar para incluir aquellas que son más relevantes para su trabajo. Moscovici distingue tres grupos de fenómenos relativos al análisis de la representación social:

- a) La organización de su contenido y estudio tridimensional.
- b) El proceso de elaboración de la representación social.
- c) El sistema cognitivo propio de la representación social.

Además, debe quedar claro que la primera condición para llevar a cabo un estudio de la representación social es que el objeto de estudio efectivamente exista como objeto de representación. La segunda condición es que los sujetos puedan expresar su representación social y la tercera, que el instrumento, predeterminado por el investigador, logre integrar los elementos que conforman a dicha representación.

2.11 Instrumentos utilizados para investigar empíricamente a la representación social

Moscovici en el estudio que inauguró el campo de la representación social (1961) utilizó cuestionarios de preguntas cerradas, entrevistas abiertas y se valió también del análisis de contenido para conocer la representación social del psicoanálisis en la sociedad francesa.

Herzlich (1975) empleó entrevistas no estructuradas para acceder a la representación social de la salud y la enfermedad. Hewstone, Jaspars y Lallje (1982) utilizaron el análisis de contenido a un ensayo escrito, en el cual se expresaban libremente los juicios del objeto cuya representación social se investigaba.

Kaës, en su estudio "Imágenes de la cultura entre los obreros franceses" (1968), aplicó un cuestionario constituido por preguntas cerradas, semiestructuradas y abiertas, considerando que la ambigüedad de los estímulos es condición metodológicamente óptima para el estudio de las representaciones sociales.

Según Ibáñez (1988) el procedimiento clásico para acceder al contenido de una representación social, consiste en recopilar material discursivo, cuya producción puede ser, o bien espontánea, mediante conversaciones y pláticas, o bien inducida por medio de cuestionarios o entrevistas semiestructuradas. Posteriormente, este material discursivo es sometido a técnicas de análisis de contenido. Este tratamiento proporciona una serie de indicadores que permiten reconstruir el contenido de la representación social. Sin embargo, este procedimiento, a pesar de ser muy empleado no goza de gran prestigio en el seno de la comunidad científica, debido a su escaso rigor y al componente subjetivo propio de todas las técnicas de tipo hermenéutico.

En la actualidad, el método que ha encontrado mayor aceptación entre los estudiosos de las representaciones sociales se basa en el análisis de correspondencias y en un análisis multidimensional de tipo factorial que presenta un alcance descriptivo. Este método ha sido muy empleado por Di Giacomo en sus investigaciones de 1981 y 1987. Inspirándose en el diferencial semántico, el investigador selecciona una serie bastante extensa de palabras estímulo que hacen referencia al objeto social que se pretende investigar. Una vez conformada esta lista, se pide a una muestra de sujetos que asocie libremente a partir de cada una de estas palabras, lo cual desemboca en lo que se ha denominado "diccionarios de asociación" que pueden considerarse como representativos del campo semántico de cada palabra estímulo. Estos diccionarios de asociación proporcionan unos primeros datos sobre la dimensión de información de la representación social. El paso siguiente consiste en recurrir al análisis de correspondencias para establecer el grado de similitud existente entre los diversos campos semánticos. Este tipo de tratamiento genera representaciones gráficas en las que se puede visualizar el grado de solapamiento o de independencia entre los

campos semánticos o diccionarios de asociación. De tal forma que las palabras que se han asociado con muchos de los estímulos presentados quedan agrupadas en el centro de la representación gráfica, mientras que aparecen agrupadas en otras zonas, aquellas palabras que han sido asociadas de forma particular. En este método, la forma en que las personas o los grupos estructuran el campo semántico de un determinado objeto social permite acceder a la representación social de dicho objeto, indicando los factores que dan cuenta del máximo de variabilidad, y estableciendo la jerarquía de esos factores.

Otra forma de investigar las representaciones sociales consiste en abordarlas dentro de un contexto experimental. En este caso, las representaciones sociales desempeñan un papel de variables intermedias que inciden sobre otros procesos psicosociales, como por ejemplo el trabajo en grupo o las conductas de negación. La metodología aquí empleada consiste en inducir distintas representaciones sociales en laboratorios experimentales y analizar la forma en que éstas inciden sobre el proceso psicosocial que se pretende estudiar, actuando la representación social como variable independiente (Ibáñez, 1988).

Otro enfoque metodológico para las representaciones sociales consiste en utilizarlas como variables dependientes, analizando la forma en que ciertas modificaciones introducidas en la situación afectan a las representaciones que se forman sobre esas situaciones. Estos estudios han contribuido a esclarecer ciertos aspectos de la dinámica de las representaciones sociales y en especial su función en la determinación de las conductas. Por ejemplo Jean Claude Abric (citado por Ibáñez, 1988, p. 69) ha mostrado cómo la simple inducción de una representación según la cual el sujeto está confrontando a otra persona, modifica por completo su conducta en una actividad de juego competitivo.

Finalmente, para terminar este apartado se mencionará un método que surgió del área que estudia la estructura interna de las representaciones sociales: el Modelo de los Esquemas Cognitivos de Base de C. Guimelli y M. L. Rouquette (Guimelli y Rouquette, 1992). Este modelo se apoya en numerosas y recientes investigaciones que muestran que los elementos constituyentes de una representación social pueden ser de dos tipos: centrales y periféricos, por lo cual busca identificar estos dos tipos de elementos por medio de un listado de 28 conectores y una fórmula, aplicada a diferentes niveles de análisis, que proporciona una valencia, que es la que nos indica de que tipo de elemento estamos hablando. Los elementos centrales son el origen y la coherencia principal de la estructura de una representación social, son los que en gran parte determinan el significado de las representaciones sociales y tienen como característica principal ser estables y resistentes al cambio. En contraste, los elementos periféricos parecen depender de los centrales, pero ellos juegan un rol fundamental en la dinámica de las representaciones sociales. Los elementos periféricos están ligados al contexto inmediato en el cual están inmersos los individuos, poseen un rol adaptativo y permiten el anclaje de la representación social en la realidad de cada grupo social (Rateau, 1995, p. 137).

CAPÍTULO III MÉTODO

3.1 Planteamiento del problema

Prácticamente desde el surgimiento de la cultura occidental los conceptos de normalidad y anormalidad han influido en las actividades del hombre. Los individuos que conforman una sociedad presentan conductas y situaciones que son aprobadas e incluso reforzadas, y otras que son rechazadas y en algunos casos castigadas, con esto se va creando en los sujetos una idea de los comportamientos comunes y normales que deben realizarse, al mismo tiempo que se establece lo considerado como extraño y anormal, que deberá evitarse.

Sin embargo, a través de las épocas, el ser humano ha dado distintas definiciones a la normalidad y a la anormalidad. Una de las posturas que define actualmente a estos conceptos proviene de las disciplinas de la salud mental, por esto nuestra interrogante principal es: ¿Qué representación social tienen los profesionales de la salud mental de los conceptos de normalidad y anormalidad ?.

3.2 Justificación

El estudio de esta temática es importante ya que los elementos representacionales que se tengan de los conceptos de normalidad y anormalidad influyen en toda la relación que se genera entre los profesionales de la salud mental y sus pacientes, incluyendo el proceso terapéutico que se les brinda y sobre todo en lo concerniente a dos aspectos básicos: el diagnóstico y el tratamiento. Es decir, el qué rehabilitar y el cómo hacerlo están relacionados con la representación social que se tiene de la normalidad y de la anormalidad.

Para esta investigación, decidimos centrarnos únicamente en los profesionales de la salud mental por las siguientes razones: a) entre ellos se manifiestan más intensamente los desacuerdos acerca de lo que significan las palabras "normal" y "anormal", b) ellos ejercen una influencia determinante en el colectivo por poseer y difundir una información privilegiada que proviene de la ciencia, y c) estos conceptos están fuertemente vinculados con su trabajo diario.

Este estudio también cobra relevancia porque generalmente en las disciplinas de la salud mental se abordan aspectos externos a su equipo de trabajo, por ejemplo se busca determinar la validez y confiabilidad de instrumentos, especificar características de un grupo o recopilar información de algunos sujetos de interés, por lo que la población de sus investigaciones consta de pacientes y familiares de éstos, pero muy pocos son los estudios que se enfocan en saber qué está pasando dentro del propio equipo de trabajo de salud mental.

3.3 Objetivo

Investigar desde la teoría de la representación social los conceptos de normalidad y anormalidad en un grupo de profesionales de la salud mental.

3.4 Hipótesis

1. Existe un predominio del modelo médico tradicional en la representación social de los conceptos de normalidad y anormalidad en el grupo de profesionales de la salud mental que se estudia.

2. Los elementos representacionales obtenidos del primer nivel asociativo del instrumento serán similares para la muestra de las cuatro profesiones en estudio.

3. Los elementos representacionales correspondientes al segundo nivel asociativo del instrumento serán diferentes para la muestra de las cuatro profesiones en estudio.

4. La representación social de los conceptos de normalidad y anormalidad varían en función del sexo y de la profesión del grupo en estudio.

3.5 Variables

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

Normalidad: Conjunto de características, pautas de conducta y valores representativos que conforman un patrón digno de imitar para la mayoría de los miembros de un grupo social determinado (Diccionario de psicología, 1985).

Anormalidad: Conjunto de características que se salen de la norma. Se aplica a toda desviación del parámetro establecido socialmente, se asocia con los conceptos de enfermedad y trastorno, que difieren de los estados normales del individuo o grupo social (Diccionario de psicología, 1985).

3.6 Muestra

Corresponde al tipo no-probabilístico y está determinada por profesionales de la salud mental que trabajan directamente con procesos terapéuticos en una institución pública. El número de sujetos es 43, de uno y otro sexo y engloba a psicólogos clínicos, psiquiatras, trabajadores sociales y equipo de enfermería. Se requirió como mínimo 5 años de experiencia para poder ser incluidos en el estudio.

PROFESIÓN	NUMERO DE HOMBRES	EDAD PROMEDIO	EXPERIENCIA PROMEDIO
PSIQUIATRÍA	6	39	13.3
PSICOLOGÍA	6	41.1	14.6
ENFERMERÍA	6	40.5	16.6
TRABAJO SOCIAL	1	28	8

PROFESIÓN	NUMERO DE MUJERES	EDAD PROMEDIO	EXPERIENCIA PROMEDIO
PSIQUIATRÍA	6	31.5	5.5
PSICOLOGÍA	6	34.5	10.5
ENFERMERÍA	6	32.1	11.3
TRABAJO SOCIAL	6	37	14.3

3.7 Tipo de estudio

El presente estudio se ubica en la categoría de investigación no experimental pues es "una indagación empírica y sistemática en la cual el científico no tiene un control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables" (Kerlinger, 1988; p. 394). En nuestro caso, los conceptos de normalidad y anormalidad ya están presentes en los profesionales de la salud mental y no son variables manipulables experimentalmente.

Específicamente pertenece a la clasificación de Estudio de Campo. Estos estudios son sólidos en cuanto a su realismo, significancia, fuerza de las variables, orientación de la teoría y calidad heurística, y por todo esto son indispensables para el progreso científico en las ciencias sociales (Kerlinger, 1988; p. 432).

El Estudio de Campo es definido como "una investigación científica que busca sistemáticamente las relaciones y las pruebas de hipótesis, que no son experimentales y se llevan a cabo en situaciones reales de la vida, como comunidades, escuelas, fábricas, organizaciones e instituciones" (Kerlinger, 1988; pp. 421-422).

Con base en la evolución del fenómeno, el tipo de estudio se puede clasificar como transversal porque "recolecta datos, describe variables y analiza su incidencia e interrelación en un solo momento, en un tiempo único" (Hernández, Fernández y Baptista, 1991, pp. 191-192).

3.8 Instrumento

Carta Asociativa de Abric (1994) basada en la técnica de Carta Mental de H. Jaoui (1979). La aplicación del instrumento se realizó de manera individual y anónima en los propios cubículos de los profesionales de la salud mental del hospital, dichos cubículos miden aproximadamente 3x3 m. y cuentan con iluminación y ventilación adecuadas.

Para mayor claridad y por lo novedoso del instrumento, a continuación se presentará un ejemplo de una aplicación completa de la Carta Asociativa de Abric (1994) a un sujeto. Dicha aplicación fue obtenida aleatoriamente de la muestra. La ficha de identificación nos indica que: el número del sujeto que participó en la investigación es el 25 y corresponde a un enfermero, de 38 años, con especialidad psiquiátrica y con 16 años de experiencia profesional.

El investigador llevaba una serie de 6 tarjetas numeradas, de 10 x 15 cm, en las que sólo aparecía escrita una palabra, a la que llamaremos término inductor. En tres de las tarjetas el término inductor fue "normalidad" y en las 3 restantes el término inductor fue "anormalidad" (cf. figura 1). Como primer paso se le presentaba al sujeto la tarjeta número 1 y se le dice: "escriba por favor la primera palabra que se le venga a la mente al leer el término que está escrito en la tarjeta". Después se le recogía esta primera tarjeta y se le presentaba la segunda tarjeta, como en ella también aparecía como término inductor "normalidad" se le indicaba la misma instrucción, pidiéndole además que la palabra que ahora escribiera fuera distinta a la que había escrito en la primera tarjeta. Posteriormente, cuando el sujeto escribía su segunda asociación libre (palabra) se le recogía esta segunda tarjeta y se le presentaba la tercera tarjeta, nuevamente se le repetía la instrucción y cuando el sujeto escribía su tercera asociación libre al tercer término inductor de normalidad se le recogía la tarjeta. En este momento se le presentaban, una por una, las 3 tarjetas correspondientes al término inductor de anormalidad y se seguía la misma mecánica. Al finalizar esta parte tenemos 6 palabras recolectadas por asociación libre, 3 de las cuales son referentes a normalidad y las tres restantes son referentes a anormalidad, para distinguirlas de la siguiente instrucción, las primeras palabras evocadas se enlazan con el término inductor en un rectángulo (cf. figura 2).

Después se le muestra nuevamente la primera tarjeta al sujeto y se le dice: "ahora, pensando en estas dos palabras enlazadas en el rectángulo (la que ya aparecía en la tarjeta de antemano y la palabra que usted escribió), escriba por favor 4 palabras que se le vengan a la mente". Esto se repetía para todas las demás tarjetas, así cuando terminaba de escribir sus cuatro palabras, se le recogía la tarjeta y se le presentaba la siguiente, hasta terminar con la tercera

tarjeta para anormalidad. Cabe señalar que se le pedía al sujeto que de preferencia no repitiera las palabras que ya había escrito, sin embargo, cuando el sujeto ya no podía evocar más palabras y reportaba que la palabra también la asociaba en otra tarjeta, se le permitió hacerlo. Lo que no se permitió fue que en la misma tarjeta se repitieran las palabras (cf. figura 3).

Después se les presentaba al sujeto nuevamente la tarjeta número 1 y se le decía: "el paso siguiente es colocar jerarquías a las cuatro palabras que Ud. escribió en cada una de las 6 tarjetas (a las cuatro palabras que están fuera del rectángulo). Por favor coloque el número 1 a la palabra que considere está más vinculada, es más cercana o es más importante al par que está enlazado con el rectángulo, el número 2 será colocado a la palabra que le siga en importancia, vinculación o cercanía y así sucesivamente, de tal forma que el número 4 será colocado a la palabra que esté más alejada del par enlazado". Esto se hacía para todas las tarjetas, de una por una, es decir hasta que se terminaba con una tarjeta, se presentaba la siguiente (cf. figura 4).

Finalmente, se le presentaba al sujeto nuevamente la primera tarjeta y se le decía: "por último, le voy a ir presentando cada una de las 6 tarjetas y le voy a pedir por favor que a todas las palabras que usted escribió (a la palabra del par enlazado y a las 4 restantes para cada tarjeta) les coloque un signo entre paréntesis, de más (+) si considera que la palabra es positiva (en el sentido de virtud o cualidad), un signo de menos (-) si considera que la palabra es negativa (en el sentido de defecto o carencia) y no le anote ningún signo si la palabra es neutral (es decir, si no presentaba carga positiva o negativa.)". Esto se realizó para cada una de las tarjetas; cuando se terminaba una, se le presentaba la siguiente hasta acabar con todas (cf. figura 5, aplicación completa).

Figura 1

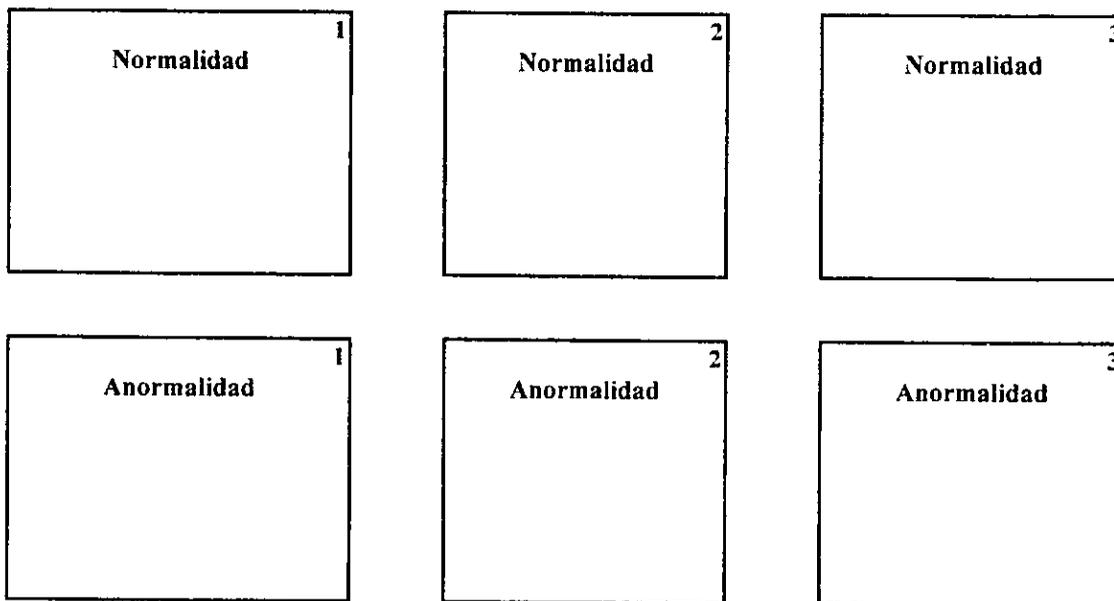


Figura 2

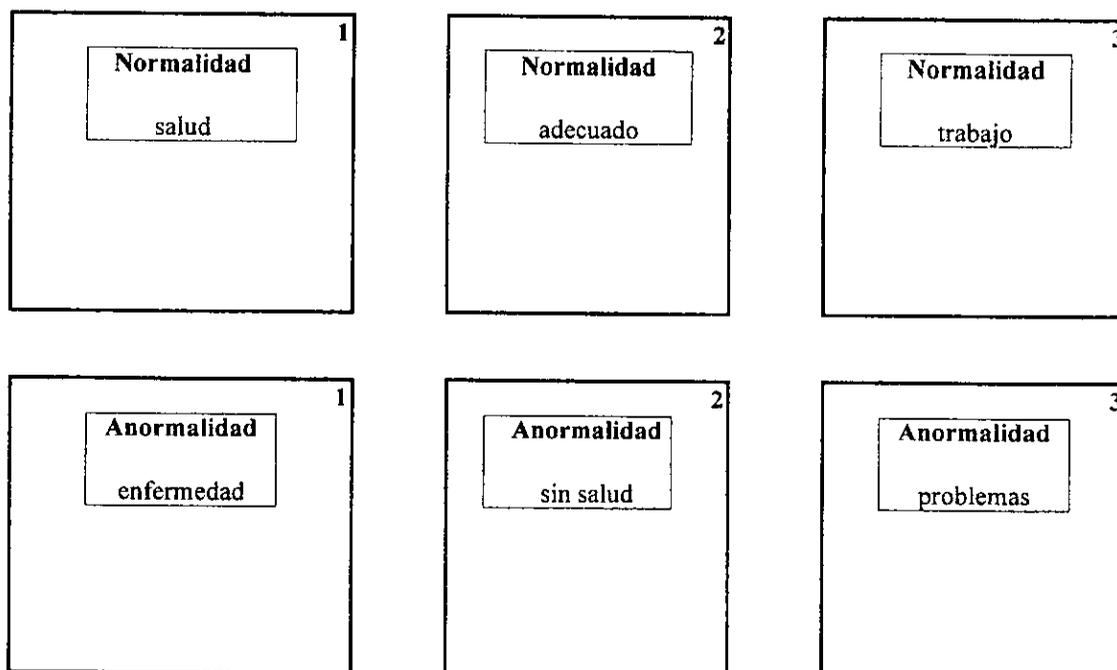


Figura 3

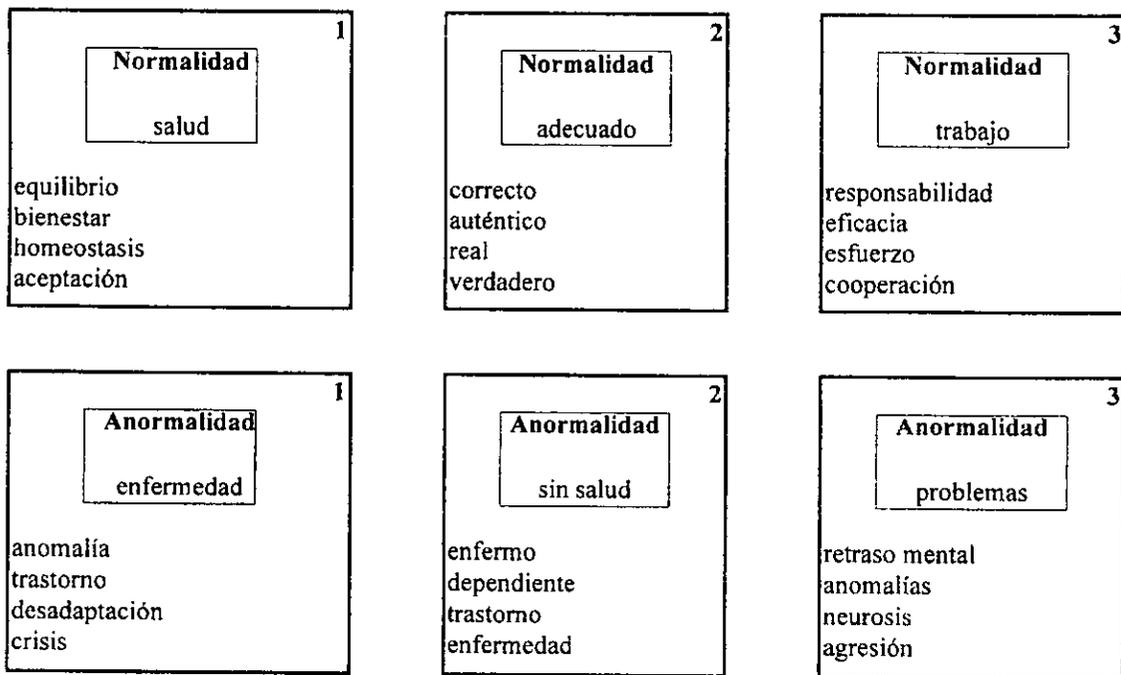


Figura 4

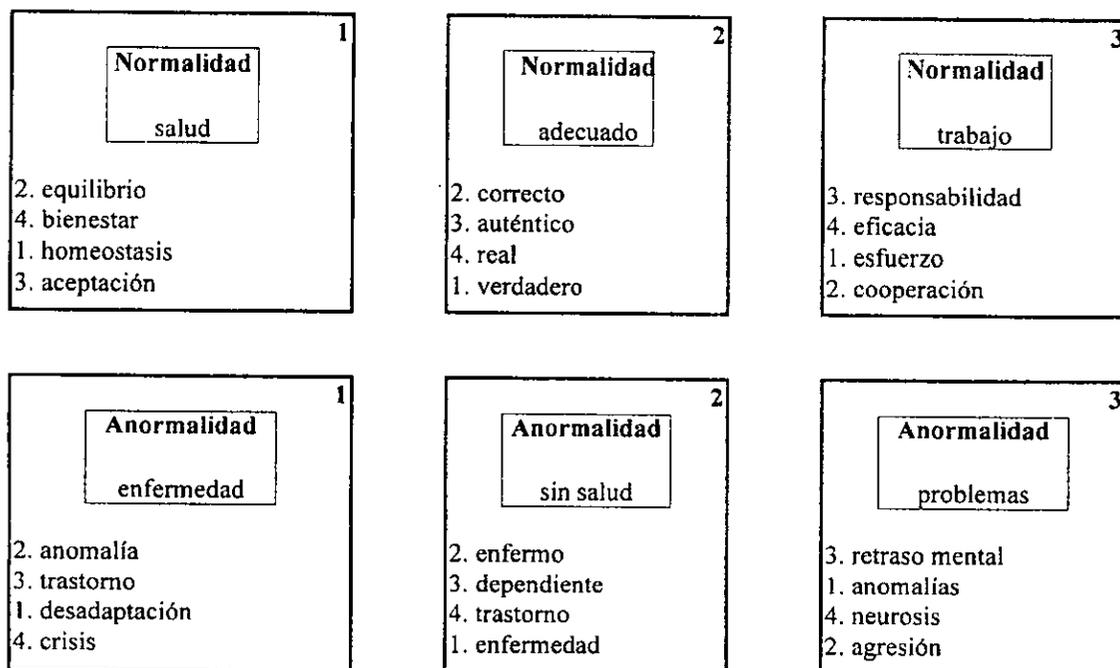
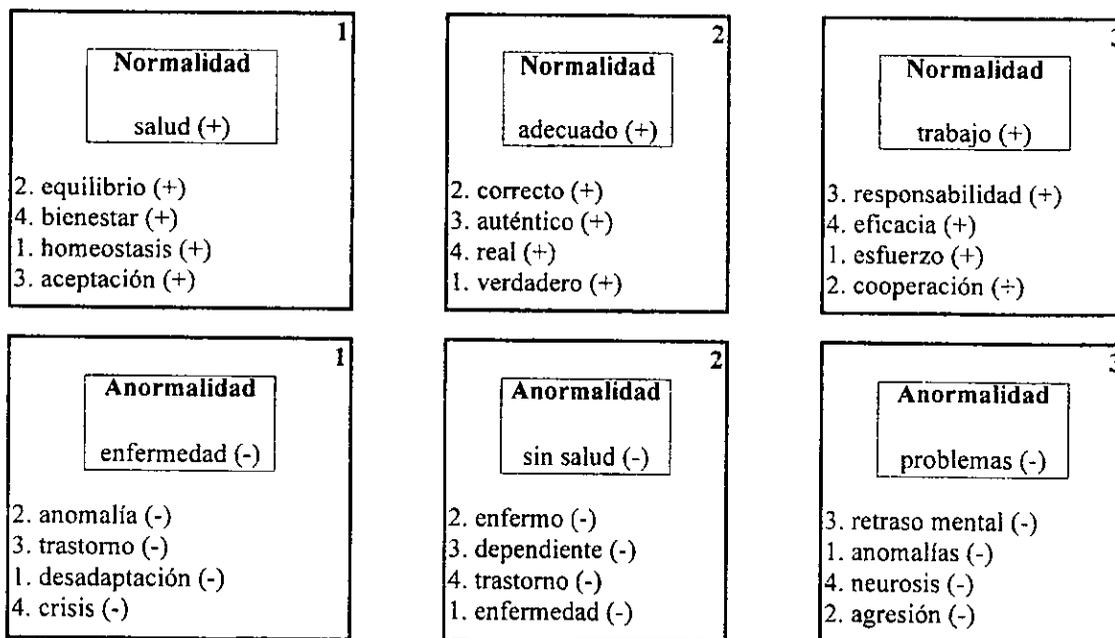
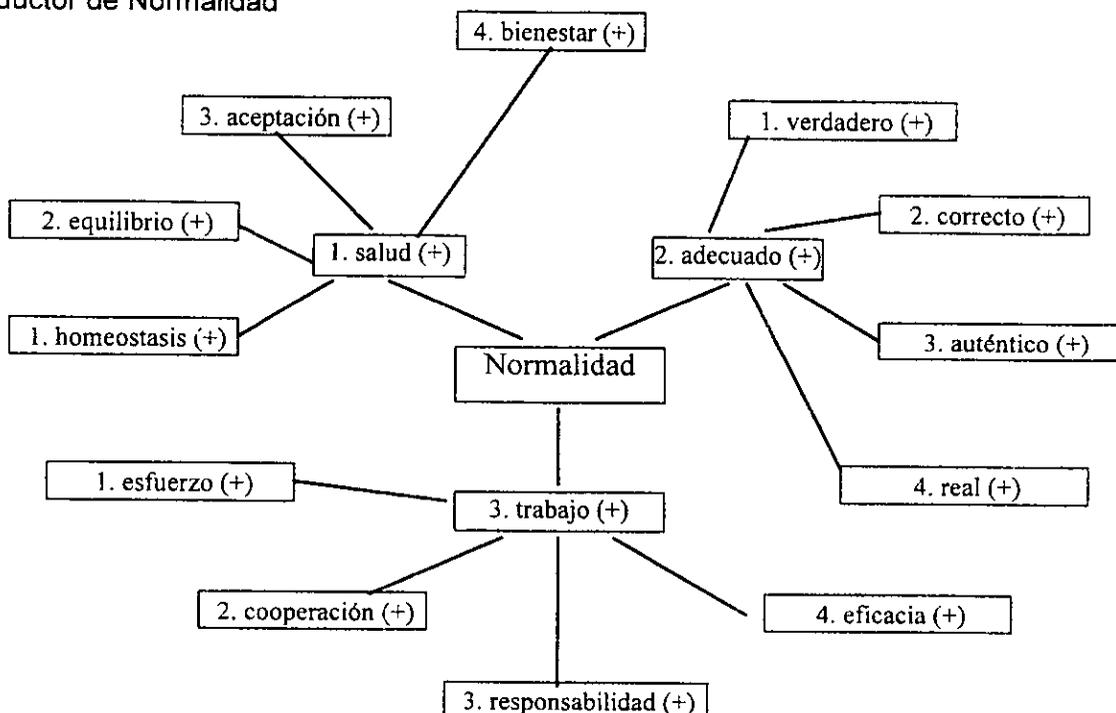


Figura 5 Aplicación completa

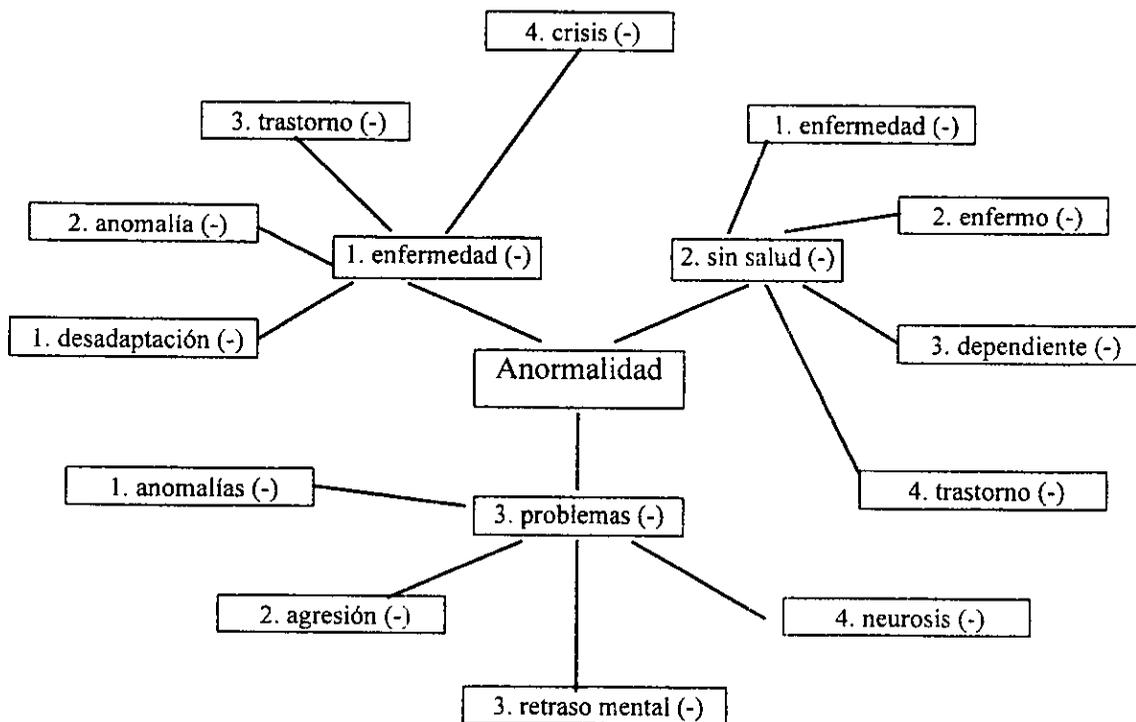


A continuación presentaremos dos esquemas con la finalidad de ejemplificar como se reporta la información obtenida por el instrumento.

Esquema de presentación de datos de Carta Asociativa de Abric (1994) para el término inductor de Normalidad



Esquema de presentación de datos de Carta Asociativa de Abric (1994) para el término inductor de Anormalidad



La Carta Asociativa de Abric (1994) permite recoger y analizar un conjunto de relaciones significativas de la naturaleza de la representación del sujeto y obtener ciertas aproximaciones acerca de las tres dimensiones básicas de la representación social:

1).- La información: "conjunto de conocimientos que poseemos a propósito de un objeto social, su calidad, y cantidad, más o menos estereotipada, banal y original" (Herzlich, 1975).

2).- El campo de representación: "conjunto de información organizada y estructurada, entendida como unidad jerárquica de elementos"(Moscovici, 1979).

3).- Dimensión afectiva o actitud: se refiere "a la orientación general positiva o negativa, frente al objeto de la representación" (Herzlich, 1975)

3.9 Escenario

La población de esta investigación fue obtenida del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Este hospital se encuentra ubicado en Av. San Fernando y Niño Jesús s/n, Tlalpan, México, D. F.

3.10 Procedimiento

Con base en el convenio existente entre la Facultad de Psicología de la UNAM y el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, se solicitó acceso a la población con la que se trabajó en esta investigación.

Después de que el proyecto fue revisado y aceptado por el comité de enseñanza e investigación de la institución, se nombró a un tutor interno que facilitara el contacto con la muestra. Se seleccionó a sujetos de cada disciplina de las cuatro que conforman el equipo de trabajo de salud mental del hospital, (enfermería, trabajo social, psicología y psiquiatría) que tuvieran como mínimo 5 años de experiencia y por medio de una carta se les invitó a participar en la investigación. De los sujetos que aceptaron la invitación, se formaron cuatro subgrupos en función de la profesión. Cada subgrupo, originalmente tendría 12 sujetos, 6 de los cuales serían hombres y las 6 restantes mujeres. Sin embargo, al realizarse la aplicación del instrumento este criterio sólo se pudo cumplir para las profesiones de psiquiatría, psicología y enfermería. En el área de trabajo social únicamente había laborando un hombre en todo el hospital, por lo que este subgrupo quedó compuesto por 6 mujeres y 1 varón. Cuando se cubrió toda la aplicación del instrumento en la muestra, se le entregó a cada sujeto que participó en la investigación una carta de agradecimiento.

Por cada sujeto obtuvimos 30 palabras, la mitad de ellas (15) fueron producto de la asociación libre del término inductor "normalidad" y la otra mitad (15) fueron asociadas del término inductor "anormalidad". El total de palabras evocadas por toda la muestra fue de 1,290. De este número se contabilizaron 598 palabras originales y para poderlas capturar en el programa estadístico se agruparon las palabras con la misma raíz, por ejemplo: las palabras funcional, funcionalidad, función y funcionamiento se agruparon en la palabra funcional. Es decir, aún cuando se encontraron palabras que comúnmente se pueden definir como sinónimos se respetaron, ubicándose en agrupaciones independientes, esto se hizo con la finalidad de no tomar decisiones por la muestra ni alterar los resultados. El número total de agrupaciones de todas las palabras originales fue de 474.

3.11 Análisis de Datos

Se realizó por medio del Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) para Windows en su versión 5.1. Obteniéndose cadenas asociativas y frecuencias de los estímulos estudiados. Con base en estos datos presentaremos una serie de esquemas que contienen los términos que se asocian a los conceptos de normalidad y de anormalidad en los profesionales de la salud mental que participaron en la investigación.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

Los resultados que se presentan son obtenidos por la Carta Asociativa de Abric (1994) y se divide en dos partes. La primera titulada resultados intergrupales, es la más general y considera a toda la muestra de los profesionales de la salud mental, sin distinguir niveles asociativos. La segunda llamada resultados intragrupal, expone los resultados por cada profesión y ejemplifica los dos niveles asociativos del instrumento. Ambas partes se realizaron para los conceptos de normalidad y anormalidad. En un primer momento se describen los resultados y posteriormente se presentan en esquemas.

4.1 Resultados Intergrupales

En esta sección se presentarán resultados agrupados en dos esquemas: uno correspondiente a los términos que con mayor frecuencia se asociaron a normalidad y el otro esquema incluirá los términos que se asociaron, con mayor frecuencia, a anormalidad. La Carta Asociativa de Abric (1994) es un instrumento que nos da dos niveles asociativos. El primero corresponde a la serie de 6 asociaciones que se hacen al término inductor por sujeto, en nuestro caso la mitad fue referente a normalidad y la otra mitad se obtuvo del término inductor anormalidad. Para fines de este apartado que corresponde a los dos primeros esquemas, no se consideraron los niveles asociativos porque se decidió presentar aquellos términos o palabras que obtuvieron la frecuencia más alta sin importar si fueron del primero o del segundo nivel asociativo. Esto se realizó con el objetivo de enfocarnos a una dimensión global de los términos que se asocian con los conceptos que estudiamos. Por esta misma razón, se realizó el conteo de frecuencias sin considerar la profesión de la muestra. Los resultados que toman en cuenta los dos niveles asociativos y cada una de las cuatro profesiones, son presentados en la sección correspondiente a los resultados intragrupal.

Normalidad

Tomando a toda la muestra de los profesionales de la salud mental, encontramos 12 palabras asociadas al término inductor de normalidad que tuvieron una frecuencia ≥ 10 . Estos términos, presentados son: 1 *salud*, 2 *equilibrio*, 3 *bienestar*, 4 *estabilidad*, 5 *funcional*, 6 *sociedad*, 7 *trabajar*, y *normatividad*¹, 8 *aceptación* y *adecuado*, 9 *adaptación* y finalmente 10 *familia*. De estos términos todos son catalogados como positivos, excepto *sociedad* y *normatividad*, los cuales se clasifican como neutros (cf. esquema número 1).

¹ En este caso se presentan dos términos en la misma jerarquía porque ambos presentan las mismas frecuencias y por lo tanto ocupan el mismo nivel. Hecha la aclaración, ésta se aplicará en casos similares.

Anormalidad

Tomando a toda la muestra de profesionales de la salud mental, encontramos 7 términos asociados a anomalidad que tuvieron una frecuencia ≥ 10 . Estos términos, presentados de mayor a menor frecuencia son: 1 *enfermedad*, 2 *desequilibrio y disfuncional*, 3 *desadaptación*, 4 *fuera*, 5 *angustia y depresión*. Las cargas atribuidas por los sujetos fueron negativas para *enfermedad*, *desadaptación*, *angustia y depresión*, mientras que *desequilibrio*, *disfuncional* y *fuera* son considerados neutrales (cf. esquema número 2).

4.2 Resultados intragrupal

Los datos de esta sección contemplan las asociaciones libres que se obtuvieron por la Carta de Asociativa de Abric (1994) para cada una de las profesiones que se estudiaron. Las asociaciones libres se van a presentar en dos niveles. En el primero se agrupa la primera cadena asociativa, formada por el término inductor (normalidad o anomalidad) y la primera asociación libre producto del sujeto, este nivel corresponde a la palabra que fue enlazada en el rectángulo para cada una de las 6 tarjetas (ver en III Método la sección correspondiente al instrumento). El segundo nivel nos presenta cuatro términos derivados de la asociación libre de la primera cadena asociativa.

4.2.1 Psiquiatría

Normalidad

Para la profesión de psiquiatría obtuvimos 6 términos para el primer nivel referentes a normalidad, conjuntados en tres campos jerárquicos determinadas por la frecuencia de su aparición. En primer lugar tenemos a *salud*, en segundo a *adaptación*, y en tercero a *adecuado*, *equilibrio*, *estadística* y *estabilidad*. De los cuales *adaptación*, *adecuado* y *estabilidad* son considerados positivos. Mientras que *salud*, *equilibrio* y *estadística* son catalogados como neutros. Las cuatro asociaciones correspondientes al segundo nivel, derivadas de la cadena asociativa formada por el par *normalidad-salud* son: 1 *bienestar*, 2 *equilibrio*, 3 *funcionalidad* y 4 *sociedad*. Todos ellos son clasificados como positivos, excepto *sociedad* que es considerado como un término neutral. Para la cadena asociativa formada por el par *normalidad-adaptación*, encontramos como términos asociados a 1 *homeostasis*, 2 *familia*, 3 *adecuación* y 4 *libertad*. Todos clasificados como positivos. De la cadena asociativa formada por el par de *normalidad-adecuado* se derivan: 1 *cotidiano*, 2 *familia*, 3 *moderación*, y 4 *trabajo*. Todos estos términos son vistos como positivos. De la cuarta cadena asociativa compuesta por *normalidad-equilibrio* tenemos a 1 *emocional*, 2 *salud*, 3 *físico* y 4 *regularidad*. De los cuales *emocional* y *físico* se contemplan como positivos y los dos términos restantes se catalogan como neutros. Al par formado por *normalidad-estadística*, se asocian los siguientes términos: 1 *curva*, 2 *promedio*, 3 *estandarización* y 4

porcentaje. A estos cuatro términos se les clasifica como neutros. Por último, a la cadena asociativa formada por *normalidad-estabilidad*, se le asocian términos como: 1 *trabajo*, 2 *satisfacción*, 3 *conocimientos* y 4 *superación*. Todos ellos son clasificados como positivos (cf. esquema número 3).

Anormalidad

En el primer nivel de asociación referente a anomalía para la profesión de psiquiatría se obtuvieron 4 términos conjuntados en dos campos jerárquicos. En primer lugar está *enfermedad*, en segundo *inestabilidad*, *desadaptación* e *irregularidad*. A todos ellos se les clasifica como neutrales. Las cuatro asociaciones derivadas de la primera cadena asociativa formada por *anormalidad-enfermedad* son: 1 *dolor*, 2 *sufrimiento*, 3 *trastorno*, y 4 *carencia*. De los cuales los dos primeros se ven como negativos y los dos restantes como neutrales. En la segunda cadena asociativa formada por *anormalidad-inestabilidad* tenemos como asociaciones libres a: 1 *dependencia*, 2 *desequilibrio*, 3 *inmadurez* y 4 *conflictos*. De estos, *desequilibrio* y *conflictos* se catalogan como negativos, mientras que *dependencia* e *inmadurez* se clasifican como neutrales. Para la tercera cadena asociativa integrada por *anormalidad-desadaptación* encontramos como asociaciones a: 1 *incompatible*, 2 *irregularidad*, 3 *familia* y 4 *enfermo*. De los cuales el primer término y el último se ven como negativos y los términos de *irregularidad* y *familia* se clasifican como neutrales. Finalmente, a la asociación compuesta por *anormalidad-irregularidad*, se le atribuyeron los siguientes términos: 1 *inconstante*, 2 *disfuncionalidad*, 3 *extraño* e 4 *inaceptado*. De estos términos únicamente el primero se ve como negativo, mientras que los demás se ubican como neutrales (cf. esquema número 4).

4.2.2 Psicología

Normalidad

Para la profesión de psicología obtuvimos 4 términos para el primer nivel asociativo referentes a normalidad. Los términos están agrupados en dos campos jerárquicos determinados por la frecuencia de su aparición. En primer lugar tenemos a *tranquilidad* y en segundo lugar están *equilibrio*, *salud* y *adaptación*. De los cuales sólo el término *salud* se clasifica como positivo, quedando los restantes como términos neutros. La primera cadena asociativa compuesta por *normalidad-tranquilidad*, remite a términos como: 1 *serenidad*, 2 *bienestar*, 3 *coherencia* y 4 *relajación*. Siendo los dos primeros clasificados como positivos. Mientras que el tercero y el cuarto se ubican como neutrales. La segunda cadena asociativa está formada por *normalidad-equilibrio* y se derivan de ella términos como: 1 *flexibilidad*, 2 *razonable*, 3 *feliz* y 4 *congruencia*. De éstos, *razonable* y *feliz* se catalogan como positivos y *flexibilidad* y *congruencia* son considerados neutrales. Al tercer par correspondiente a *normalidad-salud* se le asocian términos como: 1 *bienestar*, 2 *funcionalidad*, 3 *equilibrio* y 4 *aceptación*. Todos ellos son ubicados

como positivos. La última cadena asociativa formada por *normalidad-adaptación* nos remite a términos como: 1 *integración*, 2 *armonía*, 3 *asimilación* y 4 *evolución*. Siendo el primero y el último catalogados como positivos, mientras *armonía* y *asimilación* se clasifican como neutrales (cf. esquema número 5).

Anormalidad

Para la profesión de psicología obtuvimos 6 términos para el primer nivel referentes a anomalidad, conjuntados en tres campos jerárquicos determinados por la frecuencia de su aparición. En primer lugar tenemos a *enfermedad*, en segundo a *desequilibrio* y en tercero a *angustia*, *descontrol*, *desadaptación* y *desorganización*. De estos términos solo *desadaptación* es clasificado como negativo, siendo todos los demás ubicados como neutrales. La primera cadena asociativa formada por *anormalidad-enfermedad* tiene asociados los siguientes términos: 1 *conflicto*, 2 *trastorno*, 3 *patología* y 4 *neurosis*. De éstos el primero y el tercero se clasifican como negativos y los dos términos restantes como neutros. La segunda cadena asociativa, integrada por *anormalidad-desequilibrio*, nos lleva a: 1 *sufrimiento*, 2 *limitado*, 3 *sin control* y 4 *síntoma*. De esta segunda cadena asociativa *sufrimiento* y *sin control* son ubicados como negativos y los dos términos restantes como neutrales. A la tercera cadena asociativa formada por *anormalidad-angustia*, se asocian: 1 *ansiedad*, 2 *desdicha*, 3 *obsesión* y 4 *depresión*. Únicamente *desdicha* es ubicado como negativo pues los términos restantes se clasifican como neutrales. La cuarta cadena asociativa integrada por *anormalidad-desorganización* nos remite a términos como: 1 *insanidad*, 2 *desadaptación*, 3 *descontextualización* y 4 *inmadurez*. De los cuales los dos primeros se clasifican como positivos y los dos restantes como neutros. Al quinto par, *anormalidad-descontrol*, se le asocian: 1 *desequilibrio*, 2 *enfermedad*, 3 *extraordinario* y 4 *angustia*. Todos clasificados como neutrales. Por último, la sexta cadena asociativa compuesta por *anormalidad-desadaptación* nos remite a términos como: 1 *enfermedad*, 2 *problemas*, 3 *intranquilidad* y 4 *marginación*. Todos catalogados como negativos (cf. esquema número 6).

4.2.3 Trabajo social

Normalidad

Para la profesión de trabajo social obtuvimos 3 términos para el primer nivel referentes a normalidad, conjuntados en dos campos jerárquicos determinados por la frecuencia de su aparición. En primer lugar tenemos a *funcional* y *salud*, y en segundo lugar encontramos a *aceptación*. Es solamente a este último término al que se cataloga como positivo, pues los dos primeros, *funcional* y *salud*, se clasifican como neutros. De la primera cadena asociativa compuesta por *normalidad-funcional*, derivan los siguientes términos: 1 *organización*, 2 *actividad*, 3 *completo* y 4 *desempeño*. Siendo todos ubicados como neutros excepto *organización* que se clasifica como positivo. Al segundo par, formado por

normalidad-salud, se asocian: 1 *felicidad*, 2 *capacitación*, 3 *bienestar*, y 4 *recreación*. *Felicidad* y *bienestar* son catalogados como positivos, mientras que *capacitación* y *recreación* son ubicados como neutrales. La tercera cadena asociativa, *normalidad-aceptación*, nos remite a: 1 *autoestima*, 2 *atención*, 3 *educación* y 4 *sociedad*. Todos catalogados como positivos (cf. esquema número 7).

Anormalidad

Para la profesión de trabajo social obtuvimos también 3 términos para el primer nivel referentes a anomalidad, conjuntados en dos campos jerárquicos determinados por la frecuencia de su aparición. En primer lugar encontramos a *disfuncional* y en segundo lugar están *enfermedad* y *desequilibrio*. *Disfuncional* y *desequilibrio* se catalogan como neutros. Sin embargo, *enfermedad* es ubicada como un término negativo. La primera cadena asociativa de *anormalidad-disfuncional* nos remite a términos como: 1 *inestabilidad*, 2 *desligado*, 3 *desgracia* y 4 *reparable*. El primero y el último se clasifican como positivos, mientras que *desgracia* se ubica como negativo y *desligado* se ve como neutro. Del segundo par, *anormalidad-enfermedad*, se derivan: 1 *dolor*, 2 *angustia*, 3 *depresión* y 4 *aislamiento*. Todos catalogados como términos negativos. Finalmente, para la tercera cadena asociativa formada por *anormalidad-desequilibrio*, se relacionan términos como: 1 *disfuncional*, 2 *inestable*, 3 *irregular* y 4 *incoherente*. El primero y el tercero se ubican como neutrales, mientras que el segundo y el cuarto se clasifican como positivos (cf. esquema número 8).

4.2.4 Enfermería

Normalidad

Para la profesión de enfermería obtuvimos 5 términos para el primer nivel referentes a normalidad, conjuntados en dos campos jerárquicos determinados por la frecuencia de su aparición. En primer lugar tenemos a *estabilidad* y *salud*, y en segundo sitio tenemos a *adecuado*, *trabajar* y *equilibrio*. Todos estos términos se clasifican como positivos. La primera cadena asociativa formada por *normalidad-estabilidad* nos remite a términos como: 1 *tranquilidad*, 2 *nivelado*, 3 *felicidad* y 4 *trabajo*. A estos términos se les cataloga como positivos. De la segunda cadena asociativa que también comparte el primer campo, *normalidad-salud*, se derivan: 1 *equilibrio*, 2 *bienestar*, 3 *aceptación* y 4 *deporte*. Términos que son ubicados como positivos. A la tercera cadena, *normalidad-adecuado*, se le asocian los siguientes términos: 1 *correcto*, 2 *verdadero*, 3 *coherente* y 4 *bueno*. Todos éstos son clasificados como positivos. La cuarta cadena asociativa formada por *normalidad-trabajar* nos conduce a términos como: 1 *cooperación*, 2 *esfuerzo*, 3 *responsabilidad* y 4 *ayuda*. También en este caso todos los términos se

catalogan como positivos. Por último, de la quinta cadena asociativa integrada por *normalidad-equilibrio*, se derivan términos como: 1 *salud*, 2 *aceptación*, 3 *satisfacción* y 4 *relación*. Todos ellos clasificados como positivos (cf. esquema número 9).

Anormalidad

Para la profesión de enfermería también obtuvimos 5 términos para el primer nivel referentes a anomalidad, pero éstos están conjuntados en cuatro campos jerárquicos determinados por la frecuencia de su aparición. En primer lugar tenemos a *enfermedad*, en segundo lugar encontramos a *desequilibrio*, en tercer lugar tenemos a *inadecuado*, y en cuarto lugar encontramos a *carencia* y *desadaptación*. En este grupo de términos, los dos primeros y el último se clasifican como negativos y los dos restantes, *inadecuado* y *carencia*, se catalogan como neutros. La primera cadena asociativa formada por *anormalidad-enfermedad* nos remite a términos como: 1 *dependiente*, 2 *aislamiento*, 3 *grave* y 4 *malo*. Todos ellos catalogados como negativos. A la segunda cadena compuesta por *anormalidad-desequilibrio*, se le asocian términos como: 1 *conflictivo*, 2 *infelicidad*, 3 *mal humor* y 4 *inestable*. A los cuales se les ubica también como negativos. La tercera cadena asociativa integrada por *anormalidad-inadecuado* nos conduce a términos como: 1 *erróneo*, 2 *inaceptado*, 3 *extraño* y 4 *intolerancia*. De éstos el primero y el último se catalogan como positivos, mientras que el segundo y el tercero se clasifican como negativos. Del cuarto par, *anormalidad-carencia*, se derivan términos como: 1 *incompleto*, 2 *irresponsabilidad*, 3 *desinterés* y 4 *deshumanización*. De estos el primero y el tercero se ubican como negativos y los dos restantes como neutrales. Por último, la quinta cadena asociativa *anormalidad-desadaptación*, nos remite a términos como: 1 *inestable*, 2 *desorganización*, 3 *no sociable* y 4 *inadecuado*. Todos ellos catalogados como negativos (cf. esquema número 10).

4.3 Esquemas

Guía para los esquemas

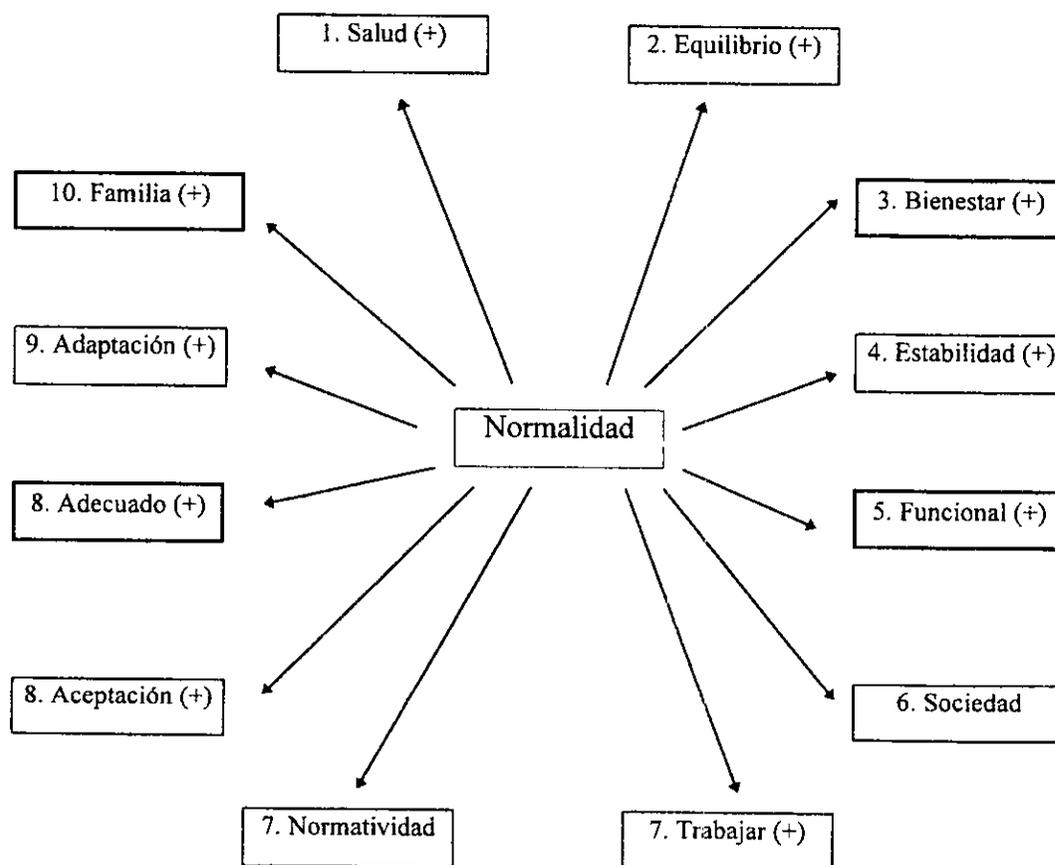
Para facilitar la comprensión del lector, antes de presentar los esquemas correspondientes se va a realizar una explicación de lo que se presenta en dichos esquemas. Como tenemos dos tipos generales de esquemas se presentará una explicación para cada uno. El primer tipo corresponde a los 2 esquemas referentes a los resultados intergrupales (esquema número 1 y esquema número 2) y el segundo tipo es el correspondiente a los 8 esquemas referentes a los resultados intragrupal (del esquema número 3 al esquema número 10).

Para los dos tipos de esquemas se recomienda en primer lugar ubicar el centro del esquema, en él se encuentra el término inductor (pudiendo ser únicamente normalidad o anomalidad) y es a partir de este término inductor que se organizan los demás datos. En el primer tipo de esquema tenemos que del

término inductor se derivan, las palabras (indicadas por flechas) que fueron asociadas a él, (sin hacer una distinción de niveles asociativos). Estas palabras asociadas van acompañadas de un número que nos indica su jerarquía, o que tan frecuente fue su asociación al término inductor. La jerarquía se determinó en base a la frecuencia de las palabras. A la palabra que fue asociada el mayor número de veces, y que por lo tanto obtuvo la frecuencia más alta, se le asignó la jerarquía del 1. A la siguiente, es decir a la palabra que presentó la segunda frecuencia más alta, se le dio la jerarquía del 2 y así sucesivamente, de tal forma que entre mayor sea el número, la frecuencia es más baja. Cuando el número de una palabra se repite en otra palabra, esto nos indica que ambas palabras tienen la misma frecuencia. En la parte inferior de los esquemas encontramos una tabla de las palabras asociadas al término inductor y su respectiva frecuencia. Además cada palabra tiene una carga afectiva representada por: un signo de más (+) si fue considerada positiva, un signo de menos (-) si fue considerada negativa y no tiene signo si fue considerada neutral.

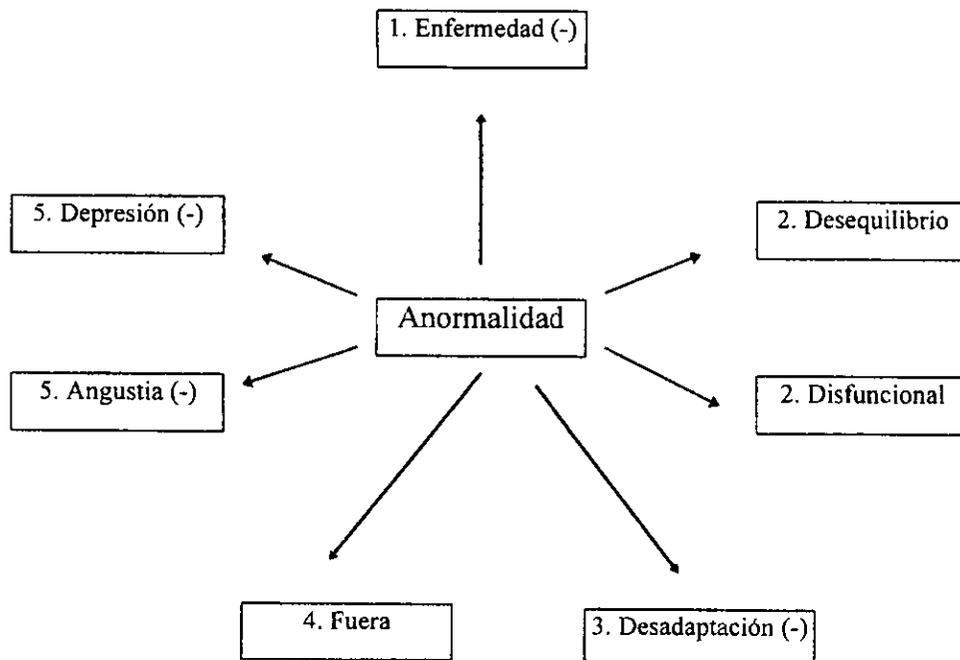
En el segundo tipo de esquemas también encontramos al término inductor en el centro y de él se derivan los términos correspondientes al primer nivel de la carta asociativa de Abric (1994). Para ellos tenemos jerarquía numérica y carga afectiva. Ambas son manejadas como en los esquemas del primer tipo. La diferencia principal de este segundo tipo de esquemas es que en éstos sí se presentan los dos niveles asociativos, pues de cada una de las palabras asociadas en el primer nivel (aquellas derivadas únicamente del término inductor) se presentan 4 palabras que corresponden al segundo nivel (porque fueron asociadas del término inductor y de las palabras del primer nivel). También para las palabras del segundo nivel asociativo, el sujeto colocó tanto jerarquía (expresada en números, de tal forma que la palabra que tiene el 1 es la más vinculada al par formado por el término inductor y la palabra del primer nivel, la 2 es la que le sigue y así sucesivamente, entonces la palabra 4 es la menos vinculada al par) y carga (expresada como positiva, negativa o neutral). En estos esquemas también se encuentra una tabla de frecuencias, pero estas frecuencias corresponden solamente al primer nivel asociativo.

Esquema número 1. Términos asociados a Normalidad tomando a toda la muestra de profesionales de la salud mental, sin considerar su profesión ni los niveles asociativos.



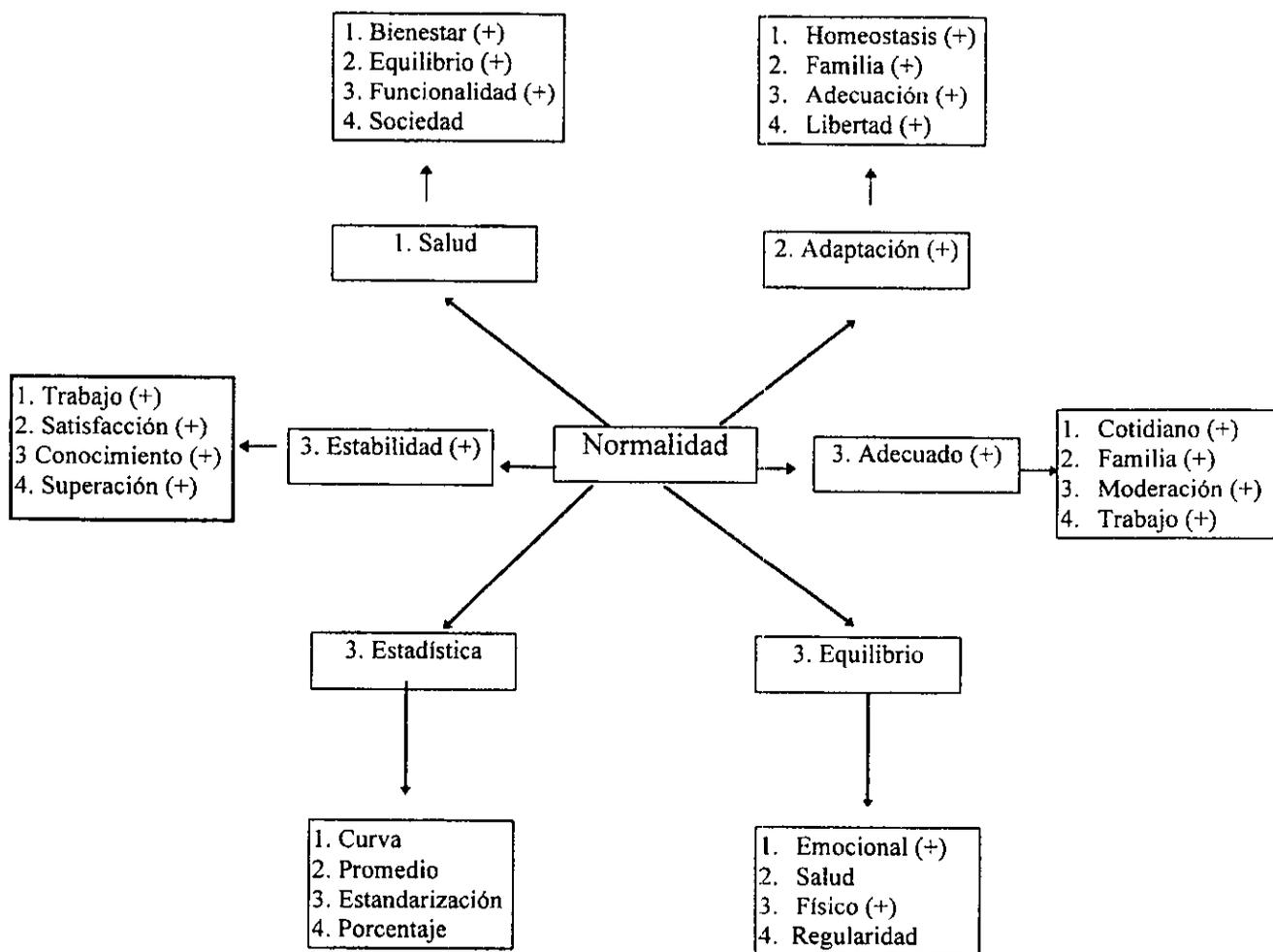
<i>Palabras NORMALIDAD</i>	<i>Frecuencia</i>
Salud	28
Equilibrio	22
Bienestar	20
Estabilidad	18
Funcional	16
Sociedad	15
Trabajar	14
Normatividad	14
Aceptación	13
Adecuado	13
Adaptación	12
Familia	11

Esquema 2. Términos asociados a Anormalidad tomando a toda la muestra de profesionales de la salud mental, sin considerar su profesión ni los niveles asociativos.



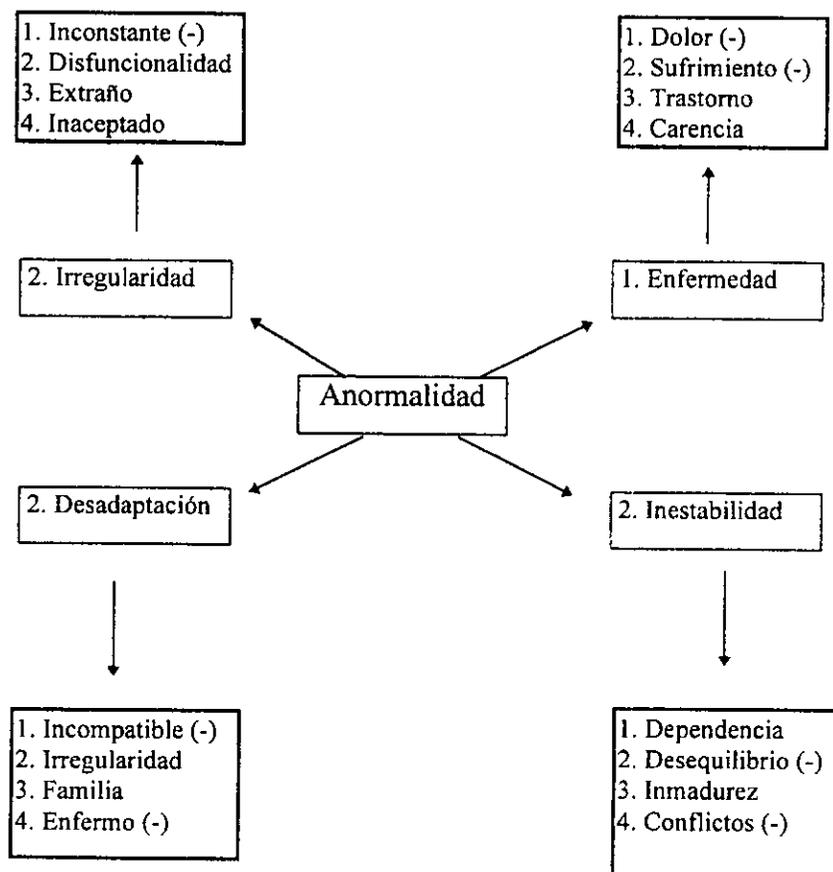
<i>Palabras ANORMALIDAD</i>	<i>Frecuencia</i>
Enfermedad	30
Desequilibrio	20
Disfuncional	20
Desadaptación	17
Fuera	12
Angustia	10
Depresión	10

Esquema número 3. Términos asociados a Normalidad para el grupo de Psiquiatría referentes al primero y segundo niveles asociativos.



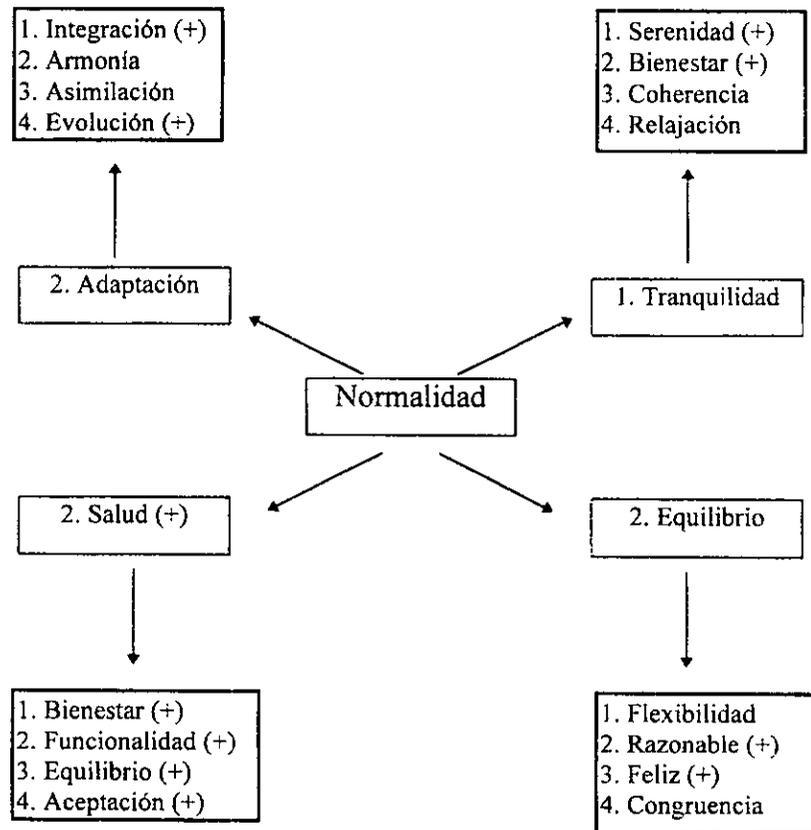
<i>Palabras NORMALIDAD</i>	<i>Frecuencia</i>
Salud	4
Adaptación	3
Adecuado	2
Equilibrio	2
Estadística	2
Estabilidad	2

Esquema número 4. Términos asociados a Anormalidad para el grupo de Psiquiatría referentes al primero y segundo niveles asociativos.



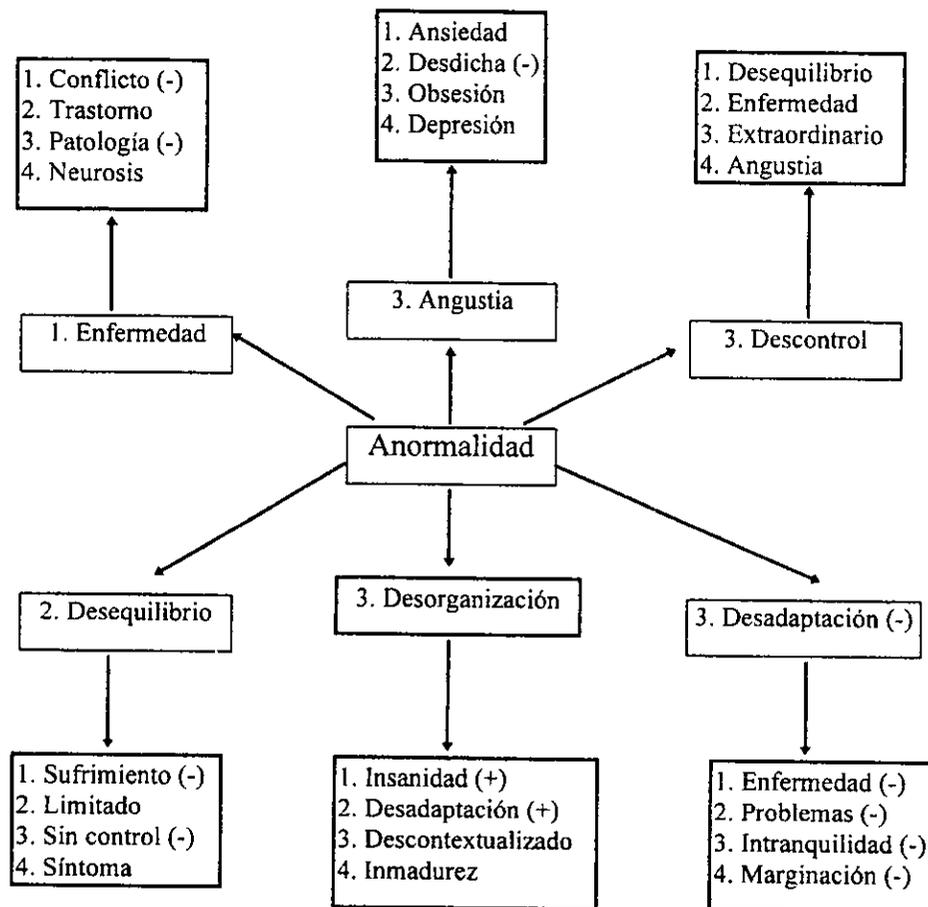
<i>Palabras ANORMALIDAD</i>	<i>Frecuencia</i>
Enfermedad	4
Inestabilidad	2
Desadaptación	2
Irregularidad	2

Esquema número 5. Términos asociados a Normalidad para el grupo de Psicología referentes al primero y segundo niveles asociativos.



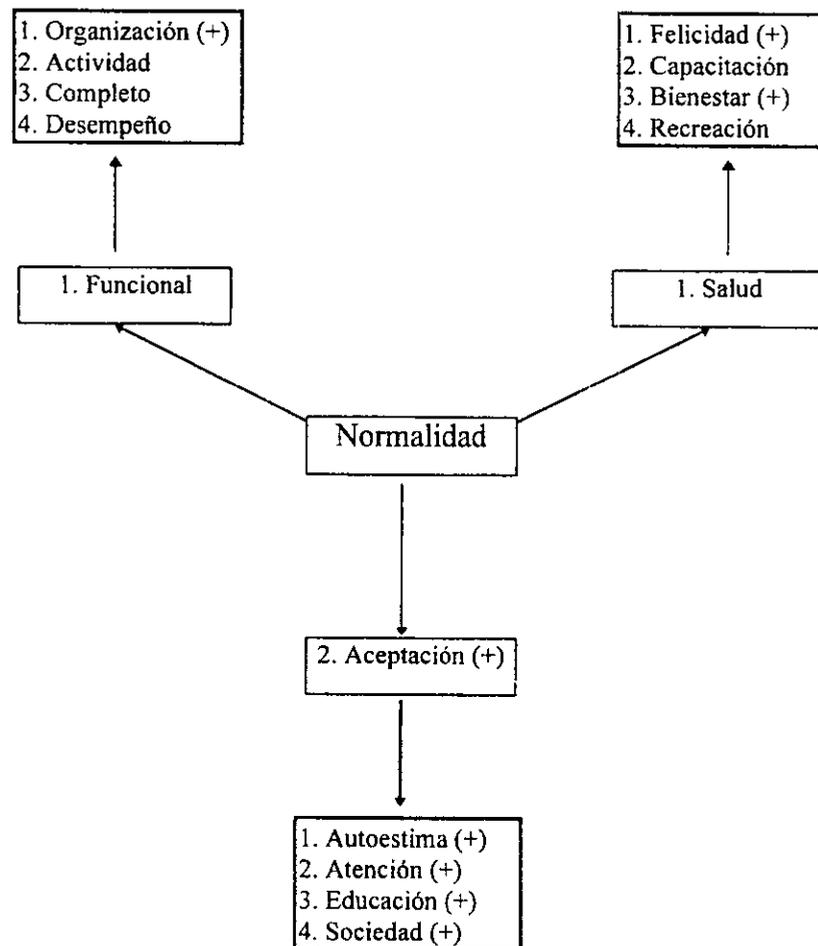
<i>Palabras NORMALIDAD</i>	<i>Frecuencia</i>
Tranquilidad	4
Equilibrio	3
Salud	3
Adaptación	3

Esquema número 6. Términos asociados a Anormalidad para el grupo de Psicología referentes al primero y segundo niveles asociativos.



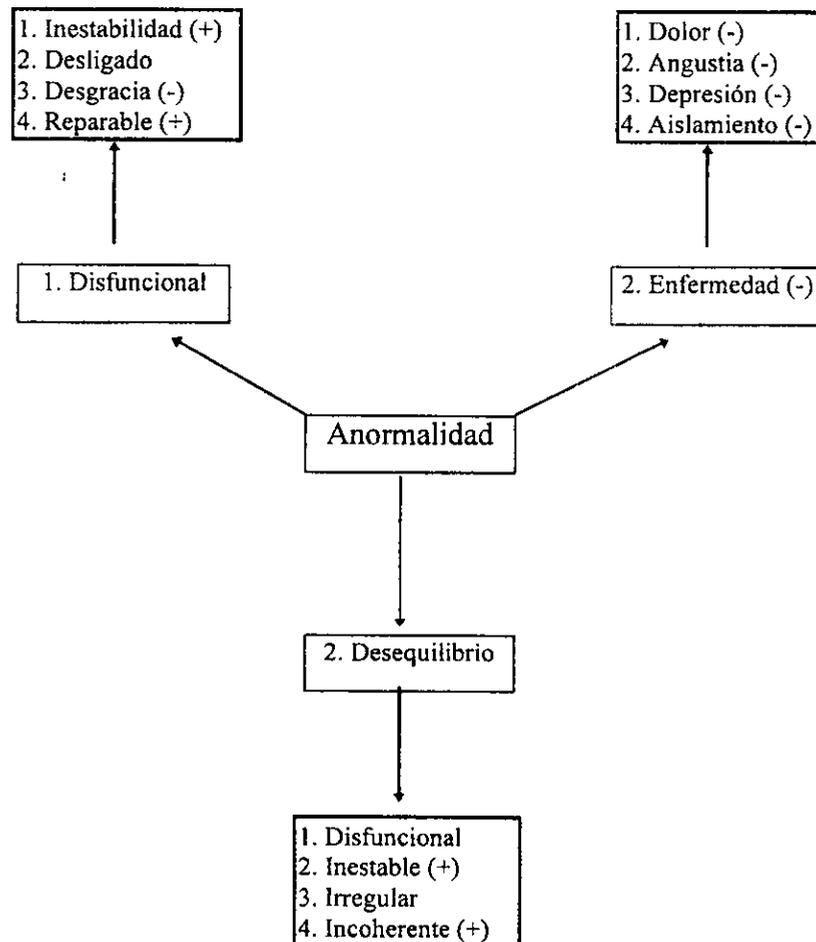
<i>Palabras ANORMALIDAD</i>	<i>Frecuencia</i>
Enfermedad	4
Desequilibrio	3
Angustia	2
Desorganización	2
Descontrol	2
Desadaptación	2

Esquema número 7. Términos asociados a Normalidad para el grupo de Trabajo Social referentes al primero y segundo niveles asociativos.



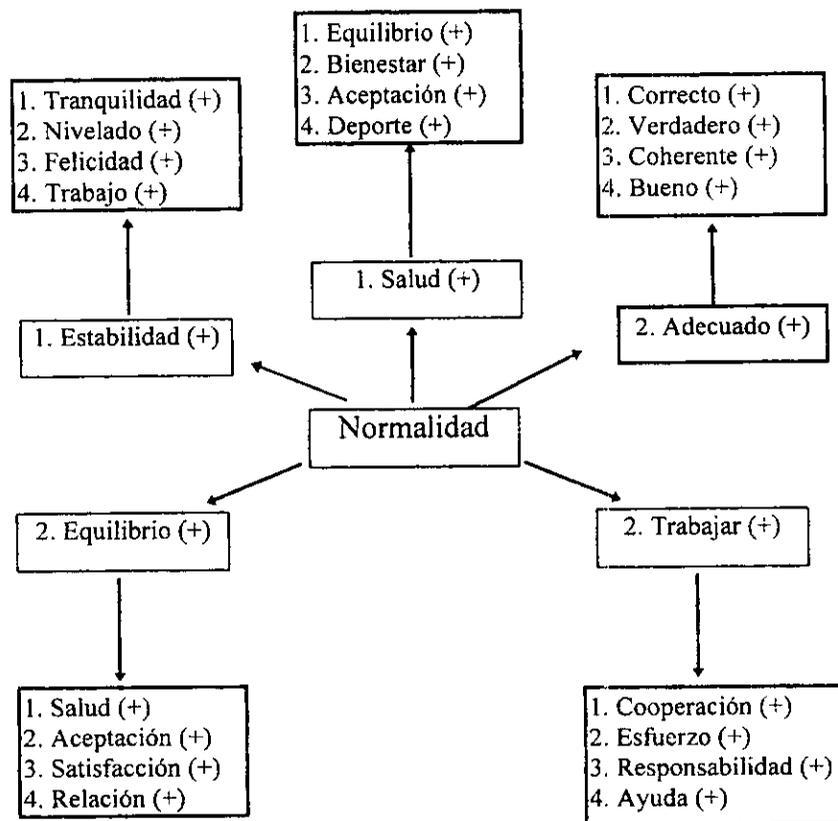
<i>Palabras NORMALIDAD</i>	<i>Frecuencia</i>
Funcional	4
Salud	4
Aceptación	2

Esquema número 8. Términos asociados a Anormalidad para el grupo de Trabajo Social referentes al primero y segundo niveles asociativos.



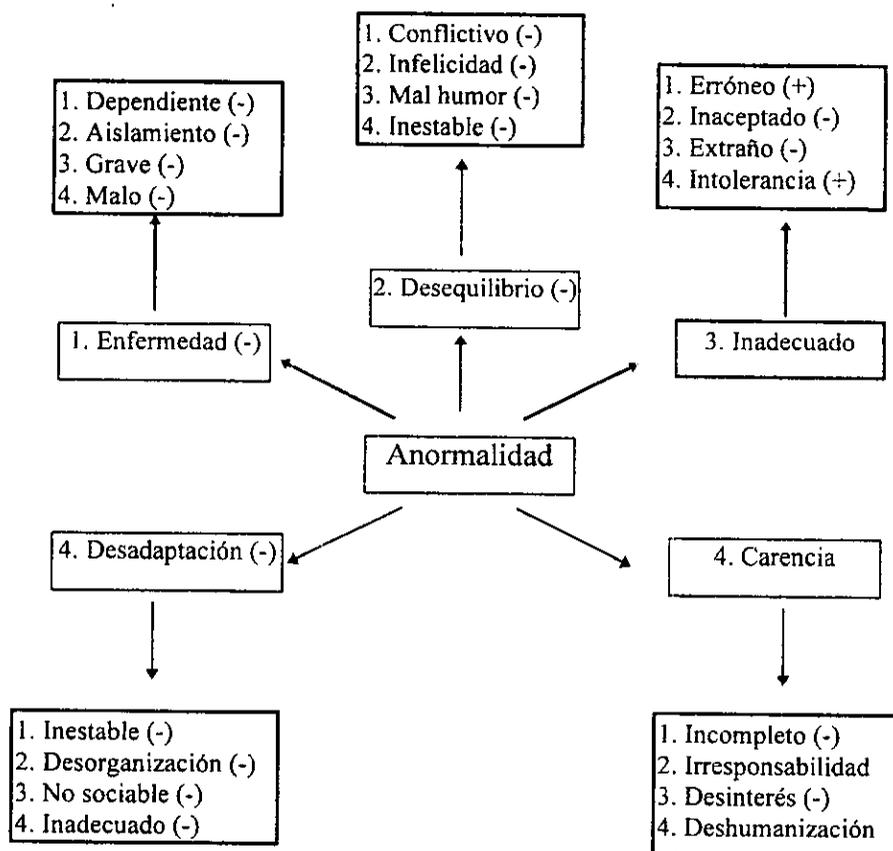
<i>Palabras ANORMALIDAD</i>	<i>Frecuencia</i>
Disfuncional	5
Enfermedad	2
Desequilibrio	2

Esquema número 9. Términos asociados a Normalidad para el grupo de Enfermería referentes al primero y segundo niveles asociativos.



<i>Palabras NORMALIDAD</i>	<i>Frecuencia</i>
Estabilidad	4
Salud	4
Adecuado	3
Equilibrio	3
Trabajar	3

Esquema número 10. Términos asociados a Anormalidad para el grupo de Enfermería referentes al primero y segundo niveles asociativos.



<i>Palabras ANORMALIDAD</i>	<i>Frecuencia</i>
Enfermedad	5
Desequilibrio	4
Inadecuado	3
Desadaptación	2
Carencia	2

CAPÍTULO V DISCUSIÓN

En este apartado se analizarán los resultados encontrados desde el marco teórico de las representaciones sociales y, más específicamente, la discusión girará en torno a las tres dimensiones básicas de la representación social: la información, el campo de representación y la actitud. De manera general, en esta sección se presentan: la discusión de los resultados intergrupales, la discusión de los resultados intragrupal y la verificación de las hipótesis.

Antes de iniciar propiamente este apartado se aclarará que por ser muchos los datos a considerar en las tres dimensiones básicas de la representación social, se retomarán aspectos más específicos en los primeros apartados, para que al lector no familiarizado con la teoría de la representación social le sea más accesible esta información; a partir de la discusión intragrupal de psicología, se analizarán los datos de una manera más global.

En primer lugar definiremos cada una de las dimensiones de la representación social. Con esto no intentamos agotar dichas dimensiones, ni tampoco queremos decir que estas definiciones son las únicas que deben abordarse en los estudios de representación social. Nuestra intención es menos ambiciosa, pues solamente se remite a aclarar qué fue lo que se entendió por cada una de las tres dimensiones en esta investigación. La dimensión de la *información* está determinada por los términos que se asocian a la palabra normalidad y a la palabra anormalidad, tomándose como relevantes aquellos que presentan las frecuencias más altas. El *campo de representación* queda conformado por la estructura que presenta la dimensión de la información y se expresa en términos de jerarquías dadas por el valor asignado por el propio sujeto, para expresar la cercanía o lejanía de los términos asociados libremente a los términos inductores. La *actitud* es la carga afectiva, que se expresa en términos negativos, neutrales y positivos, con que se clasifica a cada una de las asociaciones libres para normalidad y anormalidad.

Se determinó este método, que en cierta forma puede clasificarse como indirecto ya que indaga sobre la representación social de la normalidad y anormalidad por medio de asociaciones libres, porque no pretendíamos obtener por medio de preguntas directas, definiciones estilo diccionario o de libro especializado, que evidentemente manejan los profesionales de la salud mental sobre estos conceptos, sino que tratamos de obtener información referente a qué términos asocian cuando piensan en normalidad y anormalidad, buscando en los expertos datos que no estuviesen influidos directamente por su calidad de expertos. Es decir, no fue de nuestro interés indagar en el nivel racional y argumentativo de la conceptualización de la normalidad y la anormalidad en los profesionales de la salud mental, sino en un nivel que nos remite al sentido común, terreno correspondiente a la representación social.

5.1 Discusión intergrupala

Normalidad

Las palabras asociadas al término inductor normalidad fueron 645 en toda la muestra de profesionales de la salud mental. Posteriormente se tomaron sólo las palabras originales y de éstas se obtuvieron sus frecuencias. Aquellas que fueron ≥ 10 se presentan en el esquema número 1. Con este filtro se determinaron los términos que mayormente se asocian a la normalidad. La dimensión de la información queda determinada por 12 términos, de mayor a menor frecuencia tenemos a: 1 *salud*, 2 *equilibrio*, 3 *bienestar*, 4 *estabilidad*, 5 *funcional*, 6 *sociedad*, 7 *trabajar* y *normatividad*, 8 *aceptación* y *adecuado*, 9 *adaptación* y 10 *familia*. El campo de representación está compuesto por 10 jerarquías, ya que *trabajar* y *normatividad* ocupan el séptimo lugar en su relación de cercanía-lejanía con el término inductor de normalidad. Lo mismo pasa con el octavo campo pues en él se ubican tanto *aceptación* como *adecuado*. La actitud para el término inductor de normalidad es positiva, pues de 12 términos asociados, a 10 de ellos se les ve como positivos y a los 2 restantes (*sociedad* y *normatividad*) se les clasifica como neutros (cf. esquema 1).

Anormalidad

Las palabras que se asociaron al término inductor anormalidad fueron 645 en toda la muestra. Se siguió el mismo procedimiento que en los términos de normalidad y se obtuvieron así las palabras más recurrentes en la producción de las asociaciones libres. Éstas son presentadas en el esquema número 2. También en este caso las frecuencias consideradas relevantes fueron de ≥ 10 . La dimensión de la información está dada por 7 términos: 1 *enfermedad*, 2 *desequilibrio* y *disfuncional*, 3 *desadaptación*, 4 *fuera*, 5 *angustia* y *depresión*. La dimensión del campo de representación integra a 5 campos jerárquicos, ya que *desequilibrio* y *disfuncional* ocupan el segundo lugar y *angustia* y *depresión* se ubican en el quinto sitio. La dimensión de la actitud nos dice que de los 7 términos, 4 de ellos son vistos como negativos (*enfermedad*, *desadaptación*, *angustia* y *depresión*) y los 3 restantes se ven como neutros, por lo que se orienta más la anormalidad a ser conceptualizada como negativa, aunque casi se iguala con su valor afectivo de neutralidad (cf. esquema 2).

Normalidad y anormalidad para toda la muestra

Con base en la teoría de la representación social, la dimensión de la información dada por los profesionales de la salud mental para normalidad es más amplia (12 términos) que la que se atribuye a la anormalidad (7). Esto nos indica que se maneja un mayor número de términos, casi el doble, cuando se piensa en normalidad que cuando se piensa en anormalidad. Un dato que también resulta interesante mencionar y que se obtuvo al realizar la aplicación de la Carta

Asociativa de Abric (1994) es que a la muestra se le dificultó más escribir las asociaciones libres de anormalidad que las de normalidad. Esto resulta relevante puesto que durante la aplicación del instrumento, se pedía en primer lugar las asociaciones libres para normalidad. Cuando se solicitaba en las tarjetas escribir asociaciones libres para anormalidad (que además tenían la misma instrucción, cambiando únicamente el término inductor de normalidad por el de anormalidad), los profesionales de la salud mental necesitaban más tiempo, generaban comentarios donde decían que era más difícil esta parte y comenzaban a hacer preguntas; la mayoría de las cuales no sólo ya se había aclarado sino que para la primera fase, en este momento ya terminada, era indispensable tenerlas resueltas.

De la segunda dimensión, el campo de representación, tenemos que los términos que se asocian más comúnmente para normalidad y anormalidad resultaron ser antagónicos. Así la asociación más importante por haber presentado la frecuencia más alta para normalidad fue *salud*, y en anormalidad fue *enfermedad*; siguiendo este mismo orden de ideas encontramos *equilibrio-desequilibrio*, *funcional-disfuncional*, y *adaptación-desadaptación*. Esto nos dice, en términos generales, que la normalidad y la anormalidad para la primera y segunda dimensión, información y campo de representación respectivamente, se conceptualizan como opuestos. El modelo médico, que ubica a la normalidad como salud y a la anormalidad como enfermedad, es el predominante para la explicación de nuestros dos conceptos.

En nuestro tercer eje de análisis, la dimensión actitudinal, vemos que predomina la carga positiva para la normalidad, aunque también se encuentran escasos elementos neutrales. Mientras que la anormalidad se clasifica con una carga un poco más negativa que neutra. Este dato contrasta con lo obtenido en la primera y segunda dimensión, pues a pesar de que se ubica a la normalidad como contraria a la anormalidad en sus términos asociados y en su nivel jerárquico, vemos que al momento de revisarla desde la afectividad, sí se marca una distinción, donde no necesariamente se ven como opuestos. Así tenemos que la anormalidad a pesar de no incluir ningún elemento positivo tiene, casi por igual, valores negativos y neutros. En cambio la normalidad es vista mucho más positiva que neutral.

5.2 Discusión intragrupal

En esta sección se realiza un análisis de resultados en base a cada una de las cuatro profesiones que integran a la muestra total. En este caso, en los esquemas respectivos, se exponen dos niveles de asociaciones obtenidas por la Carta de Abric (1994) para cada término inductor y se señalan con flechas los términos derivados. Por esta razón, las tres dimensiones básicas de la representación social: información, campo de representación y actitud, se pueden aplicar a estos dos niveles de asociación libre. No obstante, se hará hincapié en la

primera cadena asociativa porque ella nos remite a un análisis más cercano a los conceptos de normalidad y anormalidad.

5.2.1 Psiquiatría

Normalidad

En el esquema número 3 tenemos los términos que se asocian más frecuentemente a la palabra normalidad por el grupo de psiquiatría. La dimensión de la información está compuesta por 6 términos para el primer nivel de asociación, mientras que para el segundo nivel encontramos 24 términos asociados. El campo de representación para el primer nivel de asociación queda determinado de la siguiente forma: en el primer campo encontramos al término más vinculado con la normalidad: *salud*. En el segundo lugar ubicamos a *adaptación* y en el tercer campo se encuentran *adecuado*, *equilibrio*, *estadística* y *estabilidad*. El campo de representación para el segundo nivel siempre va a estar compuesto en todas las profesiones por 4 términos asociados por cada término del primer nivel porque así se determinó en el instrumento. Estas asociaciones libres se pueden ver ya jerarquizadas por números en el esquema correspondiente, en función de la cercanía con su antecesor. La tercera dimensión, la actitud, oscila entre cargas positivas y neutras pues no se encuentran términos catalogados como negativos en ninguno de los dos niveles de asociación. *Adaptación*, *adecuado* y *estabilidad* se ubican como positivos tanto en el primer nivel como en sus cuatro términos asociados correspondientes al segundo nivel. *Salud* y *equilibrio*, correspondientes al primer nivel, se clasifican como neutros y en sus derivados encontramos cargas neutras y positivas. Finalmente, a *estadística* y sus respectivas cuatro asociaciones se les atribuyen cargas neutrales. Este último caso no es de extrañarse pues el modelo estadístico que explica la normalidad se ubica como alejado de connotaciones positivas y negativas, dedicándose meramente a la descripción de eventos, tendencia que se refleja en los profesionales de la salud mental de este grupo. Otro resultado que llama la atención es que *salud*, término más cercano a normalidad, sea clasificado como neutro aún cuando tres de sus cuatro asociaciones son vistas como positivas (cf. esquema 3).

Anormalidad

En el esquema número 4 se presentan los términos asociados con mayor frecuencia a anormalidad para el grupo de psiquiatría. En la dimensión de información encontramos 4 términos para el primer nivel de asociación y 16 términos para el segundo. En el campo de representación está compuesto por dos posiciones jerárquicas. En la primera encontramos a *enfermedad*, que es el término más cercano a anormalidad y en la segunda se ubica *inestabilidad*, *desadaptación* e *irregularidad*. En el esquema número 4 se pueden ver los cuatro términos asociados y sus respectivas jerarquías para cada una de las

asociaciones del primer nivel. La actitud se expresa en los términos del primer nivel únicamente como neutral y en el segundo nivel encontramos cargas neutras y negativas (cf. esquema 4).

Normalidad y anormalidad para el grupo de Psiquiatría

En la dimensión de la información para el primer nivel, se asocian mayor número de términos referentes a normalidad (6) que a anormalidad (4) y, por lo tanto, esta diferencia se mantiene en el segundo nivel. Este resultado concuerda con lo obtenido en toda la muestra de la investigación. Al parecer se está de acuerdo en que hay mayor cantidad de términos para definir la normalidad que la anormalidad. El campo de representación para normalidad queda definido en tres distintas jerarquías, mientras que la información de anormalidad se estructura en dos. La actitud para normalidad oscila en cargas positivas (20) y neutras (10) en los dos niveles. En cambio a la anormalidad se le asocian cargas neutras (13) y negativas (7). Entonces tenemos que para este grupo la normalidad es un estado más positivo que neutral y la anormalidad es un estado más neutral que negativo. Al hacer comparaciones de los términos asociados vemos que en este grupo se manejan términos opuestos para describir a la normalidad y anormalidad. Así tenemos: *salud-enfermedad*, *adaptación-desadaptación* y *estabilidad-inestabilidad*. Al principal modelo que se apega este grupo en su conceptualización de la normalidad y anormalidad es al modelo médico, que ubica a estos conceptos como salud y enfermedad respectivamente. Este dato no es sorprendente pues sabemos que la formación en psiquiatría está estrechamente vinculada con la medicina.

5.2.2 Psicología

La dimensión de información para el caso de normalidad está dada por 4 términos para el primer nivel y 16 para el segundo. Mientras que para la anormalidad se asociaron 6 términos en el primer nivel y 24 en el segundo. Este dato es opuesto a lo que se encontró en el grupo de psiquiatría y en el análisis a toda la muestra, pues la tendencia es tener más asociaciones para normalidad que para anormalidad. Sin embargo, en este grupo las frecuencias para normalidad son más altas que las de anormalidad, lo que nos indica un mayor acuerdo en los términos que definen a la primera. El campo de representación para normalidad está compuesto por 2 jerarquías y para anormalidad encontramos 3. Aquí parece haber una correspondencia que enuncia la teoría de la representación social y que no siempre se cumple: a mayor cantidad de información mayor número de campos de representación. En el campo de representación también encontramos pares antagónicos como: *salud-enfermedad*, *equilibrio-desequilibrio*, *adaptación-desadaptación*. Esto nos dice que si consideramos los términos como opuestos se podría extrapolar este antagonismo a los conceptos de normalidad y anormalidad. La actitud para normalidad está dada por elementos positivos (11) y neutrales (9). No existen términos a los que se clasifica como negativos. En cambio para anormalidad tenemos elementos

tanto positivos (2), negativos (10) y neutrales (18). Esto nos dice que la normalidad se enuncia como un estado positivo y también, aunque en menor parte, neutral. Mientras que la anormalidad se ve como un estado más neutral que negativo y sin embargo, también presenta escasos elementos positivos. En este grupo surge nuevamente el modelo médico como uno de los indicadores importantes para definir la normalidad y anormalidad, pues la pareja de *salud-enfermedad* se encuentran en los primeros lugares de asociaciones y jerarquías. No obstante, también se encuentran términos como *adaptación*, *tranquilidad*, *descontrol*, *desadaptación* y *angustia* que no se pueden ubicar en el modelo médico (cf. esquema 5 y esquema 6).

5.2.3 Trabajo Social

La información está compuesta por 3 términos para el primer nivel de asociación referente a normalidad y 12 para el segundo nivel asociativo. Para anormalidad tenemos también 3 asociaciones libres para el primer nivel y 12 para el segundo. Es decir, para esta profesión encontramos una simetría en la cantidad de términos significativos para la normalidad y la anormalidad. Esta simetría se expande a la segunda dimensión de la representación. El campo de representación también está compuesto para normalidad y para anormalidad por dos jerarquías en el primer nivel. Dos de los tres términos se pueden agrupar como antónimos: *funcional-disfuncional*, *salud-enfermedad* y el tercer par de elementos quedaría como *aceptación-desequilibrio*. En la actitud tenemos que para normalidad se identifican más términos positivos (8) que neutros (7), aunque la diferencia es mínima, y no se encuentran términos negativos. Para anormalidad, tenemos los tres tipos de carga afectiva, negativa (6), neutral (5) y positiva (4). En este grupo marcan su influencia tanto el modelo médico, que considera la normalidad y anormalidad como *salud* y *enfermedad* respectivamente, y el modelo clínico que ve a la normalidad como *funcional* y a la anormalidad como *disfuncional*. Y quizá para esta profesión sea este último el modelo más fuerte, sobre todo en la descripción de la anormalidad pues de 7 sujetos que componen a esta parte de la muestra, 5 recurrieron a la asociación de *disfuncional* para anormalidad. En el caso de normalidad, de 7 sujetos, 4 asociaron *funcional* y *salud* para el primer nivel. Por lo tanto este grupo es el que se revela más unificado en términos de su representación social de estos conceptos (cf. esquema 7 y esquema 8).

5.2.4 Enfermería

En la primera dimensión de la representación social, la información, encontramos para normalidad 5 términos, con sus respectivas 20 asociaciones. Para anormalidad tenemos también 5 términos para el primer nivel y 20 asociaciones para el segundo nivel. Para este grupo, al igual que en el caso de trabajo social, encontramos simetría en la primera dimensión pero ésta no se cumple en la segunda dimensión. El campo de representación para normalidad está definido por sólo 2 jerarquías, mientras que para anormalidad se ocuparon 4.

También en esta profesión se asociaron términos opuestos para normalidad y anormalidad. Así tenemos: *salud-enfermedad*, *adecuado-inadecuado* y *equilibrio-desequilibrio*. En la actitud encontramos un dato muy peculiar. De 25 términos asociados a normalidad todos fueron clasificados como positivos, por lo que puede decirse que para este grupo la normalidad es un estado totalmente positivo. Sin embargo, con la anormalidad no se dio el mismo caso, pues sus términos fueron catalogados como negativos (19), neutros (4) e incluso positivos (2). Este grupo de profesionales de la salud mental nuevamente está influenciado por el modelo médico al presentar la asociación de *salud-enfermedad* y por el modelo ideal que ve a la normalidad como *adecuado* y a la anormalidad como *inadecuado*. Destacándose además factores de *estabilidad*, *equilibrio* y *trabajo* como relacionados a la normalidad, mientras que *desadaptación* y *carencia* son vinculados a la anormalidad (cf. esquema 9 y esquema 10).

5.3 Verificación de las hipótesis

La primera hipótesis que afirma que existe un predominio del modelo médico tradicional en la representación social de los conceptos de normalidad y anormalidad en el grupo de profesionales de la salud mental que se estudia, concuerda con lo encontrado en esta investigación. El modelo médico que data desde 1800 es uno de los más empleados para definir la normalidad y la anormalidad. En él se ubica a estos conceptos como salud y enfermedad respectivamente, con lo cual la normalidad y la anormalidad se depositan en el cuerpo humano y sobre todo en correlatos biológicos y fisiológicos. Esta influencia del modelo médico es tan fuerte que incluso en el mismo nombre con que se designa a la muestra elegida, profesionales de la *salud* mental, se le ubica. Este dato nos da una idea de la importancia que tiene este modelo pues para hablar de nuestra muestra y para que pueda ser comprendido lo que queremos decir, debemos referirnos al grupo de profesionales de la salud mental.

La segunda hipótesis nos dice que los elementos representacionales obtenidos del primer nivel asociativo del instrumento serán similares para la muestra de las cuatro profesiones en estudio. Esta hipótesis se cumple totalmente para normalidad sólo en uno de los términos pues al obtener las asociaciones del primer nivel para normalidad se encontró que: *salud*, está en las cuatro profesiones; *equilibrio* está en tres (psiquiatría, psicología y enfermería), *adaptación* (psiquiatría y psicología), *estabilidad* (psiquiatría y enfermería) y *adecuado* (psiquiatría y enfermería) están en dos; mientras que *estadística* (psiquiatría), *tranquilidad* (psicología), *aceptación* (trabajo social), *trabajar* (enfermería) y *funcional* (trabajo social) están sólo en una. Para anormalidad tenemos que únicamente *enfermedad* aparece en las cuatro profesiones; *desadaptación* (psiquiatría, psicología y enfermería) y *desequilibrio* (psicología, trabajo social y enfermería), en tres; mientras que *inestabilidad* (psiquiatría), *irregularidad* (psiquiatría), *angustia* (psicología), *desorganización* (psicología), *descontrol* (psicología), *disfuncional* (trabajo social), *inadecuado* (enfermería) y *carencia* (enfermería) sólo están en una.

La tercera hipótesis, nos dice que los elementos representacionales correspondientes al segundo nivel asociativo del instrumento serán diferentes para la muestra de las cuatro profesiones en estudio. Esta aseveración no está de acuerdo con lo encontrado en esta investigación porque al revisar los términos del segundo nivel en las distintas profesiones vemos que algunos de ellos se repiten. Por ejemplo para el término inductor de normalidad, *bienestar* está presente en las cuatro profesiones y *equilibrio* está presente en tres profesiones (psiquiatría, psicología y enfermería). Mientras que en el caso del término inductor de anormalidad, *conflicto* está presente en tres de las profesiones (psiquiatría, psicología y enfermería).

La cuarta hipótesis afirma que la representación social de los conceptos de normalidad y anormalidad varían en función del sexo y de la profesión del grupo en estudio. Esta hipótesis no se cumple para esta investigación pues las diferencias entre hombres y mujeres, y sus profesiones con respecto a las tres dimensiones de la representación social son mínimas. Por esto no se puede hablar, en nuestro caso, de diferentes representaciones sociales de los conceptos de normalidad y de anormalidad en función de la profesión y del sexo en los sujetos.

CONCLUSIONES

En los estudios de representación social se define a este concepto como pensamiento constituido y también como pensamiento constituyente. En tanto que pensamiento constituido se transforma en un producto que permite interpretar la realidad a través de elementos concretos. En tanto que pensamiento constituyente, la representación social no sólo refleja la realidad sino que interviene en su elaboración, constituyendo así parte del objeto que representa y más que como un producto se ubica como un proceso (Ibáñez, 1988). Para fines de esta sección utilizaremos a la representación social como un producto obtenido por medio de un estudio transversal, sin olvidar que por su carácter dinámico la representación social está en continuo cambio, integrando y acomodando nuevos elementos.

Para los profesionales de la salud mental que participaron en nuestra investigación encontramos:

Un mayor número de asociaciones comunes para normalidad que para anormalidad, lo cual nos indica que en la dimensión de la información hay más términos vinculados a la normalidad que a la anormalidad. Este dato nos indica que, a pesar de que el trabajo de los profesionales de la salud mental de nuestra muestra está directamente vinculado con la anormalidad, la esfera de la normalidad sigue siendo más conocida, más familiar, en la medida que existe una mayor cantidad de términos que la describen. En el campo de representación encontramos que los términos asociados a la normalidad son opuestos a los obtenidos en la anormalidad, destacándose como pares antitéticos más relevantes los de: salud-enfermedad, equilibrio-desequilibrio y adaptación-desadaptación. Lo cual deja explícito que la normalidad es vista como la antítesis de la anormalidad. En la dimensión actitudinal las cuatro profesiones coinciden en no adjudicar cargas negativas al concepto de normalidad. Sin embargo, psiquiatría, psicología y trabajo social asocian más elementos positivos que neutrales para la normalidad, en cambio enfermería ve a la normalidad como un estado totalmente positivo. Referente al concepto de anormalidad, psicología, trabajo social y enfermería incluyen cargas en su mayoría negativas, algunas neutrales y escasas positivas. Mientras que psiquiatría atribuye únicamente cargas neutrales y negativas a esta concepción. Por lo que toda la muestra coincide en catalogar a la anormalidad como más negativa que neutral.

El modelo médico es el que predomina en la explicación de la normalidad y de la anormalidad. Este modelo asocia a la normalidad con salud y a la anormalidad con enfermedad, resaltando los correlatos anatómicos, biológicos y fisiológicos como factores determinantes de los conceptos de normalidad y anormalidad. Otro modelo que ejerce una influencia notable en los profesionales de la salud mental es el clínico, el cual incluye tanto los recursos individuales como las exigencias de la situación social. Para este modelo la normalidad se

identifica como adaptación y equilibrio, mientras que la anormalidad se ubica como desadaptación y desequilibrio.

Por último, en esta investigación se afirma que la normalidad y la anormalidad son entidades homogéneas formadas por elementos heterogéneos, esto es, desde la teoría de la representación social, los profesionales de la salud mental que participaron en la investigación conciben a la normalidad y a la anormalidad como unidades conceptuales en las que coexiste un pluralismo.

Limitaciones, Alcances y Sugerencias

Con respecto al método, el instrumento empleado, la Carta Asociativa de Abric (1994), permitió obtener algunos elementos aproximados de las tres dimensiones básicas de la representación social, lográndose abordar la parte clásica de la teoría de las representaciones sociales. Empero, el que se hayan identificado algunos elementos concretos, tanto principales como secundarios, de la normalidad y de la anormalidad en los profesionales de la salud mental de esta muestra, no nos indica que consideremos agotados los elementos representacionales que integran a estos conceptos. Por el contrario, en esta investigación se pudo constatar la enorme riqueza simbólica que caracteriza a la normalidad y a la anormalidad, por lo que invitamos a que se realicen otras investigaciones para seguir trabajando los distintos elementos que las conforman. Por ejemplo se podría explorar, por medio del análisis del discurso, el significado de los términos asociados a los conceptos de normalidad y anormalidad, con la finalidad de tener una aproximación más precisa. También sugerimos para futuros trabajos considerar la perspectiva de género porque creemos que la categoría de género puede proporcionar datos interesantes sobre el proceso de construcción de los conceptos de normalidad y anormalidad. Quizá sea necesario estudiar con detalle la posible relación de los elementos que se asocian a los conceptos de normalidad y anormalidad con el comportamiento, pues sabemos por Moscovici que las representaciones sociales "constituyen guías para la acción" y más precisamente, una de sus funciones esenciales es "contribuir a los procesos formativos que orientan la comunicación y la conducta social" (Moscovici, 1961, p. 307).

También consideramos relevante que se trabaje tanto en los niveles de discurso como en los de la acción en los estudios de representaciones sociales. En esta investigación nos focalizamos en la parte discursiva de la representación social, pero creemos que hay una diferencia entre lo que se dice y lo que se hace, es decir, entre el discurso y la práctica. Una de las investigaciones que deja muy clara esta distinción es la realizada por Denise Jodelet (1986b). En el proyecto de Jodelet se colocaron enfermos mentales en una comunidad rural francesa y se descubrió que sus habitantes en un nivel meramente discursivo no manifestaban rechazo alguno por los enfermos mentales, sin embargo, tenían una serie de prácticas de exclusión que evidenciaron exactamente lo contrario. Es por esto que resultaría muy interesante poder aproximarnos a la parte práctica de los

conceptos de normalidad y de anormalidad, y así poder establecer similitudes y discrepancias con la parte discursiva.

Finalmente, se recomienda seguir trabajando los conceptos de normalidad y anormalidad ya que éstos han trascendido tanto en la cultura occidental, que se les puede ubicar en ámbitos cognitivos, afectivos y conductuales, participando activamente en niveles individuales y en niveles grupales. Por esto no deja de ser paradójico que, siendo su campo tan amplio, exista poca información acerca de ellos.

REFERENCIAS

- Abric, J. C. (1994).
Les représentations sociales: aspects théoriques. En J. C. Abric (Ed.). Pratiques sociales et représentations. Paris: P. U. F., pp. 10-36.
- Ayestarán, S., De Rosa, A. y Páez, D. (1987).
Representación social, procesos cognitivos y desarrollo de la cognición social. En D. Páez (Coord.) Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social. Madrid: Fundamentos. 1987.
- Banda, N. y Flores, F. (1986).
La representación social del movimiento feminista en mujeres trabajadoras administrativas y amas de casa. Tesis Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1967).
La construcción social de la realidad. Argentina: Amorrortu. 1994.
- Dana, R. (1966).
Teoría y práctica de la Psicología Clínica. Argentina: Paidós.
- Davison, G. y Neale, J. (1974).
Psicología de la conducta anormal. México: Limusa, 1983.
- De la Cruz, U., Gómez, M. y Sastre, G. (1990).
La representación social de la enfermedad mental en cuatro grupos de profesionales de la salud mental. Tesis Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Diccionario de Psicología. (1985).
Equipo de redacción PAL. España: Mensajero.
- Di Giacomo, J. P. (1981).
Aspects méthodologiques de l'analyse des représentations sociales. Cahiers de Psychologie Cognitive, 1, pp. 397-422.
- Di Giacomo, J. P. (1987).
Teoría y métodos de análisis de las representaciones sociales. En D. Páez (Ed.). Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social. Madrid: Fundamentos. 1987.

- Doise, W. (1984).
Social representations, intergroup experiments and levels of analysis. En S. Moscovici y R. Farr (Eds.). Social Representations. Great Britain: Cambridge University Press.
- Dolto, F. (1971).
Psicoanálisis y Pediatría. México: Siglo XXI. 1991.
- Domingo, G. (1991).
Las Representaciones Sociales. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Farr, R. M. (1983).
Escuelas Europeas de Psicología Social: la investigación de representaciones sociales en Francia. Revista Mexicana de Sociología. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México, Vol. XLV, No. 2.
- Flores, F. (1993).
La representación social de la feminidad en profesionales de la salud mental: posibles repercusiones en la intervención clínica. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Flores, F. y Parada, L. (1994).
Las sexualidades y las ideologías. En Conapo. Antología de la sexualidad humana. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Freud, S. (1930).
El malestar en la cultura. Argentina: Amorrortu. 1992.
- Fromm, E. (1953).
La patología de la normalidad. México: Paidós. 1991.
- Fromm, E. (1962).
Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. México: Fondo de Cultura Económica.
- García, M. (1993).
Vigencia y propiedad de los conceptos normal y patológico en el mundo actual. Psique en psicología. Universidad Autónoma Metropolitana. México. Septiembre, No. 2.

- Guimelli, C. y Ruoquette, M. (1992).
Contribution du modèle associatif des schèmes cognitifs de base à l'analyse structurale des représentations sociales. Bulletin de Psychologie. Tome XLV No. 405. Janvier-Février. pp. 196-202.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991).
Metodología de la investigación. México: Mc Graw-Hill. 1994.
- Herzlich, C. (1975).
La representación social. En S. Moscovici (Coord.) Introducción a la Psicología Social. Barcelona: Planeta.
- Hewstone, M., Jaspars, J. y Laljee, M. (1982).
Representación social, atribución social e identidad social. Revista Europea de Psicología Social. 12, 3 pp. 241-270.
- Ibáñez, T. (1988).
Representaciones sociales teoría y método. En T. Ibáñez. (Coord.). Ideologías de la vida cotidiana. Barcelona: Sendai.
- Jodelet, D. (1986a).
La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Coord.). Psicología Social II. México: Paidós.
- Jodelet, D. (1986b).
Loco y locura en un medio rural francés: una aproximación monográfica. En W. Doise et A. Palmonari. (Eds.). L'étude des représentations sociales. Paris: Delachaux et Niestlé. Traducción de Fátima Flores P. México: Facultad de Psicología, UNAM. 1995.
- Jodelet, D. (1989).
Foiles et représentations sociales. Paris: P. U. F.
- Kaës, R. (1968).
Images de la Culture chez les Ouvriers Français. Paris: Editions Cujas/Temps de L'Histoire.
- Käes, R. (1980).
El aparato psíquico: construcciones de grupo. España: Gedisa.

- Kerlinger, F. (1988).
Investigación del comportamiento. México: McGraw-Hill. Segunda edición en español, 1990.
- Kuhn, T. S. (1962).
La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica. 1992.
- Lefebure, H. (1980).
La presencia y la ausencia. México: Fondo de Cultura Económica.
- Moscovici, S. (1961).
El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemul. 1979.
- Moscovici, S. y Farr, R. (1984).
Social Representations. Great Britain: Cambridge University Press.
- Moscovici, S. (1988).
Notes Towards a description of social Representations. European Journal of Social Psychology. 18, pp. 211-250.
- Nathan, P. y Harris, S. (1975).
Psicopatología y sociedad. México: Trillas. 1983.
- Páez, D. y Ayesterán, S. (1985).
Representaciones sociales de la enfermedad mental. En S. Ayesterán (Ed.). Psicología de la enfermedad mental; Ideología y representaciones mentales de la enfermedad mental. España: Universidad del País Vasco.
- Papalia, D. E. y Wendkos Olds, S. (1988).
Psicología. México: McGraw-Hill. 1989.
- Rateau, P. (1995).
Dimensions descriptive, fonctionnelle et evaluative des Représentations Sociales. Une etude exploratoire. Papers on Social Representations. Textes sur les Représentations Sociales. 4 (2). pp. 134-146.
- Robert, P. y Faugeron, C. (1978).
La justice et son public. Les représentations sociales du systeme penal. París: Masson.

Sánchez, I. (1989).

El concepto de representación social en la actualidad. Tesina de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Szasz, T. (1960).

El mito de las enfermedades mentales. En T. Millon (Ed.). Psicopatología y Personalidad. México: Interamericana. Segunda edición. 1974.

Yamazaky, A. (1985).

Representación social y migración. Tesis Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Zax, M. y Cowen, E. (1979).

Psicopatología. México: Interamericana, 1985.