



0.1966
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**“LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL
DE LA
SALUD-ENFERMEDAD MENTAL”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA SOCIAL
PRESENTA:

CLAUDETTE DUDET LIONS

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. GILBERTO LIMÓN ARCE

COMITÉ DE TESIS:

DRA. EMILY ITO SUGIYAMA
DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS
DR. JAVIER AGUILAR VILLALOBOS
DR. ROLANDO DÍAZ LOVING

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D.F.

270244

1999



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedico este trabajo a mis padres:

Fernando e Yvonne,

y

a todos mis seres queridos

Invierno de 1999

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Mtro. Gilberto Limón, y a todo los miembros del Comité de tesis por sus valiosas aportaciones al presente trabajo.

En particular, hago el reconocimiento a la Dra. Emily Ito por haberme dirigido la parte metodológica de la presente investigación. Además de agradecerle su paciencia, su tenacidad y el apoyo moral que me brindó para que este trabajo llegara a su fin.

Agradezco al Lic. Omar Torreblanca Navarro por la labor profesional que desempeñó en la corrección de estilo de la presente tesis.

ÍNDICE

RESUMEN	a-b
PRÓLOGO	i-iii
INTRODUCCIÓN	iv-xi
I.- MARCO TEÓRICO	1
1.1- Antecedentes: aportaciones a la construcción del proceso salud-enfermedad mental	1
1.2- Hacia una Psicología Posmoderna	19
1.2.1- En torno a la posmodernidad	19
1.2.2- Psicología y posmodernidad	24
1.2.2.1- Socioconstruccionismo	34
1.2.3- La construcción de conocimientos colectivos	42
1.3- La Construcción Social de la Salud-Enfermedad Mental	46
1.3.1- Teorías legas de la salud y de la enfermedad	50
1.3.2- Teorías biomédicas y biopsicosociales de la salud y de la enfermedad	53
II.- MÉTODO	64
2.1- Conceptualización de la Temática de Investigación	66
2.2- Población	67
2.3- Procedimiento	68...

2.4- Análisis de la Información	69
III.- RESULTADOS	70
3.1- Definición de Enfermedad Mental	72
3.2- Causas de la Enfermedad Mental	82
3.3- Diferencias entre Enfermedad Mental y Locura	96
3.4- Motivos de Hospitalización	101
3.5- Tratamientos para la Enfermedad Mental	108
3.6- Trato Institucional	116
3.7- Trato Social Poshospitalización	122
3.8- Definición de Salud Mental	126
3.9- Comentarios Generales	131
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	135
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	I-VIII
Anexo 1: Categorías temáticas: preguntas-guía de la entrevista	A
Anexo 2: Tablas de resultados	B-X

RESUMEN

La presente investigación aborda los procesos de construcción de los conocimientos colectivos cotidianos, en particular se centra en los conocimientos de la salud y de la enfermedad mental. Se parte de la perspectiva teórica del socioconstruccionismo, en virtud de que este enfoque postula que la realidad social se va construyendo al ir la conociendo. Es a través de la diversidad de significados y sentidos, en los que el lenguaje es mediatizado y mediador, como se van construyendo los discursos y se da la pluralidad de conocimientos.

Por tanto, para alcanzar el objetivo de esta investigación, que fue el de comprender los conocimientos colectivos cotidianos de la salud y de la enfermedad mental que los pacientes psiquiátricos hospitalizados van construyendo, se utilizó un método cualitativo. La información se obtuvo mediante la técnica de la entrevista semi-estructurada, a través de la cual se grabaron las narraciones que los 39 pacientes proporcionaron sobre la salud y la enfermedad mental. Estas narraciones fueron tratadas con el Análisis de Contenido cualitativo e interpretativo, y se utilizó el programa de cómputo Tally (Ver. 3.0).

A partir de la comprensión de las aportaciones del socioconstruccionismo, de la psicología colectiva y de los conocimientos que proporcionaron los pacientes sobre definiciones y causas de salud-enfermedad mental, así como de otros conceptos tales como el de locura, tratamientos institucionales, trato personal, trato social e incluyendo, asimismo, sus comentarios generales, se construyeron las siguientes interpretaciones:

En términos generales, todos los pacientes tienen un discurso sobre la salud y la enfermedad mental que está construido con diversos conocimientos que versan sobre creencias, tradiciones, conocimientos cotidianos, práctica, experiencia, sentido común y conocimientos técnicos. Este discurso se va construyendo a través de los diversos procesos de comunicación en los que está inmerso el paciente y en los que el lenguaje juega un papel determinante.

Dichos conocimientos están constituidos con un lenguaje que va de lo cotidiano a lo técnico-científico, así como por definiciones precisas, coloquiales o metafóricas que aluden a diversos aspectos de la vida cotidiana, como son el ambiente, las religiones, las tradiciones, las crisis socioeconómicas y políticas, las relaciones interpersonales, o, simplemente la ausencia de salud. Estos conocimientos también incluyen aspectos de la vida institucional, como son las orientaciones médico-biológicas, médico-psicológicas, causas, tratamientos y ambiente hospitalario, mismos que van de lo más cotidiano a lo más especializado, dependiendo de la experiencia psiquiátrica que han teniendo los pacientes en cuanto a otros tratamientos y otras hospitalizaciones.

Las definiciones están construidas principalmente con base en tres aspectos: por la ubicación que le dan a la enfermedad, prioritariamente física y, en menor proporción, como proceso mental; por las causas que la provocan, como por ejemplo el uso de drogas y alcohol, golpes, problemas psicológicos, causas hereditarias, problemas familiares, brujería, contaminación y estrés; y en tercer lugar, por la descripción

del tipo de comportamiento que presentan las personas enfermas: comportamientos antisociales, alteraciones mentales y/o comportamientos irracionales con falta de autocontrol.

La mayoría de los pacientes dan definiciones "populares", lo cual denota lo cotidiano del conocimiento sobre la locura y la enfermedad mental, así como la forma que asume esta categoría cultural en el lenguaje cotidiano.

A través de las definiciones y de la atribución de las causas de enfermedad mental, se manifiestan aspectos tales como la diversidad del género, la diferencia de roles, el predominio de conocimientos, las creencias, los estilos de vida y el estatus. Estos procesos se encuentran contruidos por las pautas culturales como lo son las reglas institucionales, el desempeño de roles, las actividades recreativas, la vida cotidiana, la moda, la participación política, por mencionar algunas. Por tanto, es a través del lenguaje y de la comunicación como se generan estos procesos.

El rol de paciente psiquiátrico tiene que ver no nada más con el género, sino con la experiencia y la práctica que va teniendo como "enfermo mental". Conforme los pacientes tienen mayor contacto con la institucionalización psiquiátrica sus conocimientos sobre la salud-enfermedad mental aumentan, se van tomando más "especializados", sobre todo bajo la perspectiva médico-biológica, lo cual también se ve reflejado en la aceptación del paciente de su problemática como enfermedad. Los conocimientos que predominan son, por tanto, sobre los tratamientos médico-psiquiátricos, como los fármacos, los electroshocks y los análisis clínicos, dada la orientación del hospital de custodia y tratamiento y, en general, del enfoque médico-biológico de la medicina alópata.

Por último, es importante mencionar que la divulgación de los conocimientos científicos, el predominio de un solo paradigma, el ejercicio profesional, así como la falta de alternativas para la construcción de otros significados y sentidos para la comprensión de la salud-enfermedad mental, están coadyuvando a que haya mayor estigmatización hacia los pacientes psiquiátricos, y a que el mismo paciente se rechace, se etiquete y se aisle. Lo cual resulta todavía más patético conforme los pacientes se van "especializando" en su rol de enfermo mental, encerrándose en su propio discurso.

Es por ello que resulta trascendental conocer y considerar los conocimientos colectivos cotidianos como formas de sabiduría social para, generar programas preventivos y para el tratamiento y rehabilitación de los pacientes. Asimismo, se requiere develar la ideología que conllevan los programas asistenciales, pues si se pretende una cultura de la salud, ésta debe ser construida acorde a las necesidades de la población, incluyendo a las personas que forman esa comunidad. Esto implicaría que cada comunidad construyera sus programas específicos de salud, ya que cada grupo tiene sus propias teorías profanas y científicas.

La perspectiva teórica de la que se parte en el presente trabajo podría considerarse como un intento de cambio para pasar de una sociedad de información a una sociedad de comunicación, en la cual la construcción de conocimientos y la práctica profesional (entre otras actividades sociales) estén enfocadas a la búsqueda de alternativas que generen otros significados y sentidos sociales para la construcción de un mundo más humano y ecológico.

PRÓLOGO

"A veces no estoy tan seguro de quien tiene el derecho de decir cuando un hombre está loco y cuando no lo está. A veces pienso que ninguno de nosotros está del todo loco o del todo cuerdo hasta que la mayoría de nosotros dice que es así. Es como si no importara tanto lo que un tipo dice, sino la forma en que la mayoría de los demás lo mira cuando lo hace."

William Faulkner.

A manera de prólogo y con el fin de presentar otras formas de comprender las realidades y de construir conocimientos, menciono parte de los escritos "Pensamientos de un indígena centroeuropeo", de Michael Ende (1996). Además de que el hecho de retomar a este autor permite la oportunidad para hacerle una pequeña difusión, pues sin ser psicólogo podría considerársele como uno de los mejores psicólogos sociales. Las obras de Ende nos llevan a reflexionar, entre otras cosas, sobre qué tipos de conocimientos estamos construyendo, cómo los estamos utilizando y en qué clase de seres humanos nos estamos volviendo.

Los escritos de Ende nos generan mayores inquietudes y nos reafirman la necesidad de construir una psicología social crítica, que comprenda los significados y los sentidos sociales, así como la relevancia del lenguaje y de la comunicación en todas las esferas del devenir humano. Para poder lograr lo anterior, se requieren formas de investigación alternativas, como lo son las comprensivo-interpretativas y algunas metodologías cualitativas. Ante esta perspectiva, entraríamos a la construcción de otros paradigmas de conocimiento, diferentes a los de corte positivista que tradicionalmente se manejan en las ciencias.

Una de esas alternativas teóricas y metodológicas es la que, precisamente, se pretende exponer en la presente tesis mediante la comprensión de algunas de las aportaciones del enfoque socioconstruccionista, el desarrollo de una investigación cualitativa y la aplicación del análisis de contenido para la interpretación de las narrativas que los pacientes psiquiátricos dan sobre sus conocimientos de la salud y de la enfermedad mental.

En este tipo de trabajos la narración no suele hacerse de manera impersonal, sino en primera persona del singular (porque una se debe de asumir como sujeto de su propio conocimiento y de su devenir cultural) y en primera persona del plural (porque, por un lado, la misma forma de presentación argumentativa propicia verdaderos diálogos con los diversos interlocutores que se involucran y, por otra parte, porque a través de la lectura, el lector va formando parte de este discurso). No obstante, se utiliza la forma impersonal porque es la que más se estila. Dados estos antecedentes, ahora sí, pasemos de lleno a lo que Ende (1996) nos narra:

“A los indígenas solo nos queda añadir: y lo que vale para el mensaje del universo, vale igualmente para cualquier tallito de hierba. Los hechos que vais a encontrar corresponden siempre a la manera como preguntéis por ellos. Por eso no aspiramos a las ‘verdades objetivas’ sino a la sabiduría. Pues los misterios del mundo se abren sólo a quien está dispuesto a dejarse transformar por ellos.

Nosotros creemos que por eso necesitamos un nuevo género de ciencia, una ciencia que vuelva a fertilizar el desierto de la civilización, una ciencia que haga innecesaria nuestra reserva centroeuropea, que haga que los hombres vuelvan a sentir este mundo como algo suyo, que mida a los hombres con medidas humanas (las cuales, como sabemos por el Apocalipsis de San Juan, son también las de los ángeles, por la sencilla razón de que no hay otras), que no supere el intelectualismo mediante la ‘irracionalidad’, sino reflexionando sobre él hasta sus últimas consecuencias, y que -finalmente-, mediante un pensar con más contenido real, o sea, más cercano a la vida, lo vuelva a introducir en el ámbito de la experiencia humana.

Hasta entonces, nosotros proseguiremos a nuestra manera el combate. Nuestra religión se llama poesía. Creemos que la poesía es para los hombres una necesidad vital elemental, a veces más vital que el beber y el comer. En nuestra reserva hay quienes piensan que la verdadera ciencia y nuestra poesía vendrán a ser, en definitiva, una misma cosa. Esperemos tranquilamente que llegue ese momento. La poesía es la capacidad creativa que tiene el hombre de vivirse y de reconocerse a sí mismo una y otra vez en el mundo y al mundo en sí mismo. Por eso toda poesía es, en su esencia, ‘antropomórfica’, o dejará de ser poesía. Y justamente por ese motivo, toda poesía tiene afinidad con lo infantil.

Al decir esto no nos referimos únicamente a poesía y libros, sino a formas de vida y explicaciones del mundo accesibles a la experiencia, a la vida. Hay en nuestra tribu una vieja profecía que dice que un día los llamados adultos serán lo suficientemente adultos como para dejarse decir por la poesía lo que es y lo que no es verdad. Entonces habrá también una ciencia de una naturaleza totalmente distinta, una ciencia que no sólo encuentre verdades con las que los hombres puedan

vivir sino que les ponga al descubierto su verdadero ser humano. Esa profecía es de un miembro de nuestra tribu que vivió hace mucho tiempo y que tenía el nombre de Novalis. Dice así:

*Quando cifras y figuras
ya no sean clave de todas las criaturas,
cuando quienes cantan y besan
sepan más que los hombres de honda ciencia,
cuando el mundo regrese al mundo
y a la vida en libertad,
cuando se unan en libertad,
y en cuentos y en poesías se descubran
las verdaderas historias del mundo,
entonces, ante una palabra secreta
volando se irá todo el ser alterado.
(Ende, 1996, pp. 96-98).*

INTRODUCCIÓN

“Nosotros, ingenuos salvajes, pensamos en cambio que el mundo y la conciencia humana forman una unidad y que no es posible separar el uno de la otra. Tat twam asi, decían los antiguos indios, ‘tú eres eso’; lo que percibes, eso eres tú”.

Michael Ende.

La psicología como disciplina surgió de la necesidad social de comprender el comportamiento humano, y uno de los parámetros que se ha tomado para esta comprensión ha sido el del comportamiento patológico, anómico o desviado. En los orígenes de la construcción de los conocimientos clínicos se conoce primero la enfermedad, y es a partir de ésta que se crea la conciencia de salud, lo que tiene por resultado que los parámetros se basen en la patología.

Ha sido, por tanto, la “enfermedad mental” un punto crítico en el devenir histórico y cultural de la humanidad; obviamente no se le ha denominado siempre así, pues ha pasado por diversas conceptualizaciones y enfoques que han ido desde lo mágico-religioso hasta la negación del fenómeno. Hoy día hay quienes le siguen dando a este proceso el nombre de “enfermedad mental”, o quienes lo consideran como disfunciones, problemáticas de la comunicación o como la incapacidad para construir nuevos significados. No obstante, en el lenguaje cotidiano siguen existiendo las palabras que hacen referencia a los comportamientos poco usuales, aquéllos que distan de lo esperado, o bien, a los que se salen de las normas, abarcando un sinfín de situaciones, momentos y condiciones.

De esta manera, se establecen y transmiten los parámetros sobre los comportamientos para saber qué se debe hacer o qué no, y qué es lo que se debe esperar. Los significados y sentidos que van generando los diversos discursos sobre la salud y la enfermedad mental se

construyen colectivamente. Son discursos que en la vida cotidiana se entretajan y edifican tanto la vida colectiva e individual como la institucional.

Lo anterior abre la pauta para enfocar el estudio del proceso salud-enfermedad mental a partir del significado y del sentido que tiene en la vida cotidiana, tanto para las personas que por la misma comunicación cotidiana se han formado un conocimiento de ella, como para aquellas que, además de la convivencia diaria, por su situación de pacientes están, en contacto más cercano con conocimientos científicos de la salud-enfermedad mental.

Esta es la razón de que el tema elegido para la presente tesis es el de “los conocimientos colectivos cotidianos de la salud y de la enfermedad mental”. Como parte del discurso salud-enfermedad mental que se construye socialmente, están los conocimientos legos, contruidos colectivamente y que no son de nadie en particular. Son conocimientos que construyen realidades sociales y, por tanto, también participan en el devenir de la humanidad.

Estos conocimientos colectivos contienen elementos de los conocimientos técnicos y científicos que se difunden y divulgan, y de otros tipos de conocimientos sociales como son los contruidos por la experiencia, la práctica, el sentido común, la tradición, los mitos, las creencias y las religiones. Son conocimientos articulados con diversos saberes que se construyen y destruyen en la vida cotidiana, básicamente a través de la transmisión oral y las conversaciones, permitiendo que las personas guien sus comportamientos diarios.

Por tanto, los conocimientos colectivos cotidianos resultan ser de suma importancia para los significados y los sentidos que las personas dan a sus realidades sociales. En especial, cuando se habla de pacientes psiquiátricos y de los conocimientos que van construyendo sobre la salud- enfermedad mental, estos conocimientos colectivos se tornan particularmente relevantes tanto social como clínicamente. De estos conocimientos depende la imagen que

de sí mismos tengan los pacientes, su rol, su situación como pacientes, así como la forma en que ellos reciban su diagnóstico, el curso que tome su problemática, su colaboración en el tratamiento y la de sus familiares.

Comprender estos conocimientos permite adentrarse a un contexto más amplio del discurso de los pacientes y tener mejores herramientas¹ para la interpretación y comprensión de su discurso en el ámbito terapéutico. Asimismo, estos conocimientos colectivos cotidianos posibilitan que haya mayor compenetración con las realidades psicosociales y culturales de los pacientes, mediante las cuales se van construyendo las teorías legas de la salud y la enfermedad, que son ampliamente utilizadas en algunos programas de prevención, tratamiento y rehabilitación.

De lo anterior se desprende que **el objetivo de la presente investigación se centró en la comprensión de los conocimientos colectivos cotidianos de la salud y de la enfermedad mental que van construyendo los pacientes psiquiátricos.**

Este objetivo se alcanzó a través de la comprensión de las aportaciones del socioconstruccionismo o construccionismo social y de la psicología colectiva, así como con el análisis e interpretación de las narrativas que sobre los conocimientos de la salud y la enfermedad mental proporcionaron los pacientes.

Este ha sido el sentido para considerar la relevancia de los conocimientos colectivos cotidianos de la salud-enfermedad mental para ser estudiados por la psicología social y por lo cual se desarrolló la presente investigación de corte socioconstruccionista. Se eligió este enfoque teórico porque se considera que es el mejor para abordar el estudio de los

1

Con la debida formación y entrenamiento psicoterapéutico.

conocimientos colectivos cotidianos, ya que su punto de partida es el de que la realidad social se va construyendo a través de las relaciones que se establecen con los otros y que dichas relaciones están mediadas por el lenguaje. Por tanto, es un enfoque que pone énfasis en el estudio de la construcción y deconstrucción de los conocimientos sociales como parte del quehacer académico y de la práctica social.

Por otro lado, el interés en el enfoque socioconstruccionista también radica en que ha evolucionado como parte de las posturas teóricas posmodernas de la psicología, sus principios teóricos han sido retomados en las orientaciones terapéuticas posmodernas que utilizan la narrativa y la retórica como técnicas terapéuticas y de investigación. De esta forma, el socioconstruccionismo también enriquece la labor investigativa, resaltando la importancia de la pluralidad de conocimientos y la diversidad de formas coexistentes que se dan para construir los distintos procesos que crean a las realidades sociales.

Asimismo, el socioconstruccionismo, como parte de la psicología social, es el que mejor permite estudiar la salud-enfermedad mental como un discurso social, en el que se articulan procesos psicosociales como el conocimiento colectivo, la comunicación, la interacción social, la influencia social, la persuasión, la identidad, la socialización, las representaciones sociales, el lenguaje, la vida cotidiana, el género, la moda y la memoria colectiva². Estos son procesos que pueden coadyuvar a comprender otros procesos como lo es el de la salud-enfermedad mental, ya que se le da otra dimensión al contextualizarlo en diversas esferas de la vida societal y en su devenir histórico.

2

Aunque esta investigación está enfocada a estudiar los conocimientos colectivos cotidianos de la salud-enfermedad mental, es necesario comprender este proceso de construcción social a la luz de otros procesos psicosociales como los mencionados, porque forman parte de la vida colectiva, sin embargo, no se profundizará en ellos.

Parte de este interés por el proceso salud-enfermedad mental ha surgido también por diversos fenómenos colectivos que se han dado a lo largo de la historia y que han sido nombrados como “locura colectiva”, “histeria colectiva” o “psicosis colectiva”. Son movimientos colectivos que no han podido ser comprendidos del todo a partir de los marcos conceptuales de las teorías de la personalidad y de otras perspectivas de corte individual o sociológicas³.

Básicamente, las diversas investigaciones que se han realizado sobre la salud-enfermedad mental se polarizan hacia el individuo o hacia la sociedad. Se investigan correlaciones de factores psicológicos, socioeconómicos, políticos y culturales, sin explicar los procesos que median a estos factores; o bien, se hacen estudios epidemiológicos e investigaciones dirigidas a la organización y administración de los servicios de salud, pero es poco lo que se ha trabajado sobre procesos colectivos de la salud-enfermedad mental.

Aunque la psicología social tiene mucho que ofrecer a este campo de la salud, tradicionalmente se ha dedicado al estudio de las actitudes sobre la salud, la enfermedad mental y el paciente psiquiátrico, así como a investigar los conceptos que giran en torno a la salud-enfermedad, las creencias y los mitos, y a la intervención en comunidades. Esta área también se ha dedicado a estudiar los indicadores socioeconómicos, políticos, familiares, religiosos y culturales en general, pero tampoco ha llegado a comprender cómo se articula todo ello y se manifiesta tanto en lo colectivo como en lo individual.

En cuanto al aspecto clínico es poca la investigación que se lleva a cabo, dado que la misma actividad terapéutica es muy absorbente y limita las actividades de investigación del

3

Respecto a estos fenómenos colectivos puede consultarse a Foucault (1981), Rosen (1974) y Somolinos (1976). Se puede mencionar como un ejemplo reciente de estos movimientos colectivos el fenómeno del “chupa cabras”, al que se le llamó “histeria colectiva” o “psicosis colectiva”, cuya difusión alcanzó hasta Internet.

psicólogo clínico, sobre todo en el ámbito institucional que, por lo general, se aboca a estudios de caso.

Por lo anteriormente dicho es que resulta relevante abordar desde otras perspectivas el proceso salud-enfermedad mental: desde el enfoque posmoderno del socioconstruccionismo y de la psicología colectiva, que permiten dar otra dimensión al proceso salud-enfermedad mental. Bajo estas perspectivas teóricas se construye un nuevo panorama para comprender al ser humano y sus formas de organización social a partir del análisis de la comunicación y del lenguaje.

Así, los discursos sociales sobre la salud-enfermedad mental resultan ser de suma importancia, puesto que como procesos constructores de comportamientos, y por ende de realidades sociales, también ejercen gran influencia en la construcción de comportamientos sintomáticos y de realidades alternativas que los pacientes van generando vía los tratamientos. Por tanto, también resulta ser sumamente relevante la responsabilidad que se tiene en la construcción, difusión y divulgación de estos conocimientos, y de todos los conocimientos en general, pues forman parte de los conocimientos societales.

En resumen, debe considerarse que la salud-enfermedad mental es un ámbito en el que se manifiestan pautas humanas vitales, es decir, se manifiestan abiertamente las formas de sentir, comunicarse, actuar y compartir de una cultura. De la misma manera, se hacen evidentes las formas de reaccionar socialmente ante otros estilos alternativos (adecuados o inadecuados, socialmente hablando) de sentir, actuar, expresarse y vivir; que son generados por la misma dinámica societal. Estos procesos culturales vistos desde otras perspectivas, incluyendo las aportaciones de las Humanidades, pueden ser enriquecedores para el rescate del sujeto colectivo.

Para terminar, es importante mencionar que la investigación retoma orientaciones teórico-metodológicas relativamente novedosas, por lo que se ha considerado importante dar una amplia argumentación del porqué se ha elegido este enfoque. En particular, no se han encontrado informes de investigaciones mexicanas sobre los conocimientos colectivos cotidianos de la salud-enfermedad mental y de la locura, o de otros temas afines bajo esta perspectiva de la construcción de conocimientos, salvo algunos análisis históricos.

A partir de lo anteriormente expuesto, se considera que la presente investigación puede aportar elementos que permitan comprender otros aspectos psicosociales y colectivos del proceso salud-enfermedad mental, con la posibilidad de poderlos aplicar tanto a nivel colectivo como individual.

Finalmente, el trabajo quedó constituido en cuatro partes. La primera parte, que es el marco teórico, comprende la sección de “Antecedentes: aportaciones a la construcción del proceso salud-enfermedad mental”, que, como su nombre lo indica, narra diversas investigaciones que se han hecho sobre la salud y la enfermedad mental, y sobre la salud y la enfermedad en general, permitiendo conocer el tipo de conocimientos afines que se han construido.

Una segunda sección, intitulada “Hacia una psicología posmoderna”, da un panorama general sobre la posmodernidad para, posteriormente, pasar al papel que juega la psicología en este proceso posmoderno. En este punto se particulariza el enfoque socioconstruccionista ya que es el eje mediador de la investigación; la sección termina con la teorización de los procesos de construcción de los conocimientos colectivos.

En la tercera sección, “La construcción del proceso salud-enfermedad mental”, se teoriza la construcción de los conocimientos sociales respecto a la salud-enfermedad mental con base en las teorías expuestas. Posteriormente se describen en términos generales los modelos

teóricos de salud y enfermedad mental. En primer lugar se mencionan los modelos biopsicosociales que plantea la OMS y que han retomado aspectos del enfoque constructivista para la construcción de las teorías legas de la salud y la enfermedad. En segundo lugar, se describen las clasificaciones internacionales sobre enfermedad mental, siendo las de mayor reconocimiento las del ámbito psiquiátrico y, por tanto, el modelo predominante en los sistemas educativos y asistenciales.

La segunda parte de este trabajo la constituye el Método, en esta parte se describen los diversos pasos que se efectuaron para obtener las narraciones de los pacientes y el procedimiento para analizarlas y comprenderlas.

La tercera parte de la tesis, Resultados, está conformada con la descripción de la información obtenida.

La cuarta parte es la de Discusión y Conclusiones, en la que se narra la comprensión del conjunto de conocimientos construidos a través del diálogo entre el marco teórico y las narraciones de los pacientes, mediados por los significados y sentidos de la intérprete.

Como última parte están las Referencias Bibliográficas y los Anexos, en los que se incluyen la guía de la entrevista y los cuadros de análisis.

I.- MARCO TEÓRICO

"No, el verdadero buscador, el que verdaderamente tiene el deseo de encontrar, no debe abrazar ninguna doctrina. En cambio, el que ha encontrado puede aceptar todos los caminos y todos los fines".

Hermann Hesse.

1.1- Antecedentes: aportaciones a la construcción del proceso salud-enfermedad mental

"Si uno va a la iglesia y habla con Dios, a eso se le llama rezar. Si sale uno de la iglesia y le dice al policía de la esquina que Dios ha hablado con uno, eso es esquizofrenia".

Thomas Szasz.

A pesar de las diversas aproximaciones teóricas que se han desarrollado sobre el proceso salud-enfermedad mental dentro de las ciencias sociales (antropología, sociología, trabajo social, por mencionar algunas), de otras disciplinas y áreas con enfoque social (medicina social, psiquiatría social, psicología comunitaria, entre otras), no se ha pasado de decir que la salud-enfermedad mental "correlaciona" con indicadores socioeconómicos (ingreso, ocupación, escolaridad, vivienda) y que éstos son determinantes en el proceso salud-enfermedad mental. Inclusive, la atención especializada está en función de estos indicadores (cfr., Stefani, 1975; Casco, Natera y Herrejón, 1987). Sin embargo, no se ha explicado la injerencia directa de los "factores sociales" y de los indicadores en el proceso salud-enfermedad mental, ni tampoco se habla de las percepciones, ideas, creencias y representaciones que las personas se han formado sobre ésta y cómo puede influir esto mismo en el desarrollo del proceso.

Por tanto, se tratan factores físicos, psíquicos, sociales, políticos y económicos, sin comprender su interrelación en la estructuración del proceso salud-enfermedad mental. Aunque son indicadores importantes que proporcionan información y que intervienen en el proceso, no hablan del propio problema ni indican por qué la salud-enfermedad mental es un fenómeno psicosocial, solamente hablan de las distintas clasificaciones según las orientaciones teóricas, que básicamente son la biológica, la psicológica y la sociológica.

Algunas de estas orientaciones mencionan las relaciones de producción, la división de clases, la división de sexos, pero tampoco alcanzan a explicar cuál es el resorte colectivo en la construcción del proceso. Son teorías sociales sobre la salud y la enfermedad mental que vuelven a reducirse al enfoque individualista (intrapésico), considerando al individuo como “un ser defectuoso, portador de un mal social” o como “un producto de una sociedad enfermiza”, y los programas preventivos y asistenciales siguen partiendo de estas bases teóricas.

Con lo anterior no se trata de negar la salud y la enfermedad mental, ni la importancia del desarrollo del individuo respecto a este fenómeno, de lo que se trata; es de mirar el proceso bajo otra perspectiva, de ampliar el panorama de investigación a otros niveles de análisis que permitan conocer y comprender más cabalmente el problema. El análisis de la salud-enfermedad mental podría hacerse desde un enfoque relacional, de la comunicación, y de esta forma analizar el carácter colectivo del proceso salud-enfermedad mental como uno de tantos discursos sociales.

Por tanto, la intención de esta investigación es analizar y comprender cómo el conocimiento colectivo cotidiano, que se construye a través del lenguaje (verbal y simbólico), pasa a formar parte del proceso salud-enfermedad mental y cómo esto remite a uno de tantos aspectos de la realidad social, la construcción de la locura, de la enfermedad y de la salud mental.

Herzlich (1986a) menciona para el caso de las representaciones sociales, que forman parte de los conocimientos colectivos, que:

"La representación de la salud y la enfermedad se esquematizan por tanto en una doble oposición: esta de la salud y la enfermedad redobla y objetiviza aquella del individuo y de la sociedad." (p. 159).

Sabido es que las instituciones de atención a la salud y de formación profesional en el área de la salud mental no son suficientes y muchas son anticuadas, lo cual se debe a diversos motivos: económicos, políticos, o porque se considera que hay otras prioridades, e incluso por carencia de estructuras teóricas propias en este campo. Precisamente, uno de los factores que es de interés para el presente trabajo es la poca infraestructura teórica de que se adolece en el área de la salud mental sobre los conocimientos colectivos (mitos, tradiciones, creencias, costumbres, representaciones, conocimientos legos) y, de cuerpos teóricos propios de la psicología social que permitan comprender los diversos procesos colectivos que entran en juego.

La experiencia ha dictado que muchos proyectos, programas, manuales de investigación, de procedimientos y normativos se hacen desde el escritorio, se traducen de otros idiomas y se aplican sin adaptarse a las condiciones culturales, otros están fuera de época o muy por encima de las posibilidades económicas institucionales. Lo más preocupante es que se aplican sin conocer y sin tomar en cuenta las necesidades sociales de las personas afectadas directa o indirectamente, es decir, qué piensan, qué creen, qué sienten, qué quieren, qué conocen sobre su situación o, en general, sobre los tratamientos, sobre los hospitales, sobre la salud-enfermedad mental (cfr. López, Caraveo, Martínez y Martínez, 1995). Estos aspectos sobre las necesidades sociales de los pacientes son determinantes para el impacto que ocasiona el diagnóstico, para la colaboración del paciente y sus familiares en el tratamiento

y la rehabilitación; así como para las diversas medidas preventivas que se requieran establecer, tanto a nivel individual como colectivo (Herzlich, 1986a; Furnham, 1994).

Al no tomarse en cuenta la realidad sociocultural de la población y de los pacientes, ni darles a conocer los proyectos y los programas de salud, éstos no alcanzan a cubrir todas sus metas. De ahí que el punto medular en el presente trabajo sea, precisamente, el conocer los conocimientos colectivos cotidianos (conocimientos legos, profanos, de la práctica o del sentido común) sobre la salud-enfermedad mental; qué es lo que las personas construyen sobre ella y sobre sus portavoces, como lo son las instituciones de atención, los profesionistas, los medios masivos de comunicación, las formas de divulgación, los textos, los reportajes y la literatura; ante lo cual hay que considerar que:

"...las representaciones sociales van en retraso y se mantienen más allá de la práctica social que las generó" (Páez y Ayestarán, 1986, p. 30).

Con base en lo anteriormente dicho es que se partió de la orientación socioconstruccionista para llevar a cabo la presente investigación, pues este enfoque permite abordar el conocimiento colectivo de la salud-enfermedad mental como un proceso que se va construyendo y reconstruyendo en la vida diaria, que está mediado por el lenguaje cotidiano, pasando a formar parte de los discursos que constituyen las realidades sociales.

Por tanto, el lenguaje como proceso constructor de la realidad social tiene un papel central, y el análisis de la sociedad debe enfocarse a sus propios procesos de comunicación, ya no basta con explicarla a partir de un conjunto de leyes económicas, porque la sociedad es una constelación en la que juegan un papel privilegiado la imagen y el símbolo (Maffesoli, 1993), a lo cual hay que agregar lo que dice Gadamer (1996) respecto a la capacidad del lenguaje:

“La sociedad se entiende a sí misma a través de la vitalidad de su lenguaje y dice algo acerca de sí misma cuando emplea determinadas expresiones, como, por ejemplo, la de ‘inteligencia’ en su sentido corriente” (p. 63).

En estos términos, la teoría de Billig (1987, cit. Fernández-Christlieb, 1994) y la psicología colectiva de Fernández-Christlieb (1994), aportan las bases para la comprensión de los conocimientos colectivos, dado que abordan el estudio de los conocimientos sociales (entre otros procesos) con una aproximación retórica ¹ que se aboca a estudiar los procesos de generación del conocimiento, argumentando que el pensamiento tiene la forma de ser de la contradicción: es el choque de ideas lo que lo enriquece, y no la asimilación. Esta teorización de la construcción del conocimiento la caracteriza Fernández-Christlieb (1994) como “psico-colectiva”, en virtud de que:

“a) el conocimiento se gesta en el conflicto; b) el conocimiento es un acto público; c) el conocimiento radica en la comunicación; d) el conocimiento es el producto impersonal de una colectividad; el conocimiento consiste en un acuerdo” (p.173).

Por lo tanto, la realidad social se construye conociéndola y el hecho mismo de conocerla la transforma, transformando a sus conocedores (cfr. Harré, 1979; Fernández-Christlieb, 1994). Es a través del diálogo y del acuerdo que se llega a formar un conjunto de conocimientos que queda como establecido y que, a su vez, establece a sus interlocutores, lo que le da el carácter de discursivo al conocimiento. Mediante esta posibilidad de diálogo y discusión es que se habla de las formas retóricas “naturales” del devenir social, de la conversación cotidiana, de

¹ “En efecto, la retórica fue ante todo el conocimiento de las reglas, los mecanismos, los resortes del espíritu, del alma, que hacían su aparición en el habla, en el diálogo, entre los interlocutores, públicamente. El alma era originalmente pública. Bien visto, lo que están haciendo los retóricos es una teoría del pensamiento; están construyendo el conocimiento y el conocimiento de ese conocimiento, es lo que la psicología en general, diríase que con menor fortuna, se ha propuesto hacer” (Fernández-Christlieb, 1994, pp. 171-172).

los intercambios culturales y de las discusiones académicas y científicas (cfr. Gergen, 1991; Ibáñez, 1993; Fernández-Christlieb, 1994).

De ahí que los posmodernistas y la psicología colectiva hayan propuesto el retomar la narrativa y la retórica como formas de generar y difundir los conocimientos de las propias disciplinas, y por parte de los terapeutas, como técnicas de intervención. Como lo señala Fernández-Christlieb (1994):

"... la gente vive en un mundo de palabras, pero todo lo que tiene la psicología para entenderlo son palabras; ahora, toda reflexión obliga a la autorreflexión: el discurso se analiza con discurso" (p. 176).

Esta orientación relativiza el conocimiento y permite considerar a la realidad como un producto de la comunicación, del debate y del consenso, y es por ello que se da la coexistencia de diversas realidades y verdades. Es con la argumentación como se construye la verdad.

Bajo esta perspectiva teórica no son muchos los estudios e investigaciones que se hayan realizado sobre la salud y la enfermedad mental en particular. Más que haber informes de investigación empírica, lo que se ha producido son análisis teóricos y discusiones sobre las aportaciones o los desacuerdos sobre las diversas teorías y sus triangulaciones (como puede ser visto en las referencias bibliográficas citadas en el presente texto). Bajo el enfoque lingüístico cabe destacar los análisis de Sontag (1996) sobre las enfermedades y sus metáforas.

En relación con las investigaciones empíricas de corte construccionista más relevantes para el presente tema , ya sea por el tema mismo o, bien, por la metodología, destacan las de Stainton (cit. Furnham, 1994), a las que se alude más adelante.

La mayor cantidad de investigaciones que se aproximan a la orientación socioconstruccionista al estudiar la salud-enfermedad en general, así como la salud-enfermedad mental, versan sobre representaciones sociales. En general, los estudios psicosociales que se han realizado sobre las creencias compartidas y los conocimientos populares generados al interior de una cultura son pocos (Nisbett y Ross, 1980, cit. Jaspars y Hewstone, 1984), y aun son más escasas las investigaciones sobre el conocimiento popular de la salud y la enfermedad mental (Farr, 1984).

Desde la perspectiva de la psicología social, la mayoría de las investigaciones en este campo se han enfocado al estudio de la enfermedad mental sin utilizar otras denominaciones. Sin embargo, las investigaciones desarrolladas en Estados Unidos, durante los años 60's, demostraron que las personas consideraban la enfermedad mental como el tipo de desórdenes psicóticos más graves (Cabruja, 1988).

Cabruja (1988) clasifica en dos tipos las investigaciones llevadas a cabo en relación con la locura: 1) Los estudios de actitudes sobre enfermedad mental en los que se informa de rechazo hacia los enfermos mentales por parte de la población y de acuerdo a la clase social, nivel educacional y edad de ésta última (Ruíz, 1977; Ylla, Ozaiz, Torregrosa, Aguirre y Guímon, 1981; Rodríguez, 1982; Buendía, 1984, cit. Cabruja, 1988).

2) Los estudios sobre la representación social de la enfermedad mental bajo diversas perspectivas y con resultados múltiples, como son la formación de las representaciones sociales de la enfermedad mental y el rechazo a los enfermos (Jodelet, 1984, 1986), las representaciones sociales de la enfermedad mental (Herzlich, 1969; Martínez y Herreros, 1984, cit. Cabruja, 1988), y las investigaciones sobre representaciones sociales y situación socioeconómica (Ylla, 1981; Páez, 1985, cit. Cabruja, 1988).

Asimismo, se puede ampliar esta clasificación con otras investigaciones como aquéllas que tratan sobre representaciones sociales de la locura (Cabruja, 1988), representaciones sociales de la enfermedad mental y posición institucional de los pacientes (Páez y Ayestarán, 1984), posición social y salud mental (Ayestarán y Martínez, 1992), estructura social y salud mental (Álvaro, Torregrosa y Garrido, 1992), estrés de rol y bienestar psicológico en el trabajo (Peiró, González-Romá, Meliá y Zalbidea, 1992), aproximación a los problemas lingüísticos de los esquizofrénicos desde una perspectiva interactiva (Good, 1992), balanza de afectos, dimensiones de la afectividad y emociones: una aproximación sociopsicológica a la salud mental (Páez, Adrián y Basabe, 1992), salud mental y factores psicosociales (Páez, 1986), sobre arte y enfermedad mental o locura (Cabruja, 1988; Schoeneman, Brooks, Gibson, Routbort y Jacobs 1994), otras perspectivas de la enfermedad mental (Southgate, 1995), y criterios de salud mental (Shedler, Mayman y Manis, 1993).

Entre los trabajos más relevantes para la presente investigación destacan los de Herzlich (1970, 1973, 1975, 1986, 1986a), quien encontró, entre otras cosas, que la fatiga nerviosa producida por la sociedad moderna, con atribución a una causalidad externa era la única referencia a la enfermedad mental. El estudio de Jodelet (1986) pone en evidencia cómo los pacientes son rechazados y se les separa de las familias que los cuidan, lavando sus cosas por separado y dándoles de comer aparte para evitar el contagio, además de que ninguna mujer de la comunidad puede relacionarse con ellos. Estos resultados manifiestan el choque entre los programas de reinserción y la discriminación social a que están sujetos los pacientes psiquiátricos (cfr. Farr, 1984).

En una investigación sobre representaciones sociales de la enfermedad mental y la pertenencia a grupos de diferente distancia social ante ella (realizada por Páez y Ayestarán, 1984), se encontraron diferencias significativas entre la enfermedad mental y la locura; en

las representaciones sociales de la enfermedad mental y las causas de la enfermedad; en las representaciones sociales y la conducta ante la enfermedad mental; en las representaciones sociales por las diferencias culturales; así como diferencias entre el público y los profesionales, y por la clase social. Estos autores también indicaron divergencias entre las creencias del público sobre las características de las enfermedades mentales, así como entre las conductas y las representaciones sobre la enfermedad física, con base en la clase social. Los autores concluyeron que la investigación existente sobre opiniones, creencias e ideologías populares de la enfermedad mental se ha realizado bajo otras orientaciones teóricas, y, por ello, para su análisis han retomado, en especial, las creencias colectivas **“que son el material primario del que se infieren los constructos como las actitudes”** (p. 21); ello les permitió reinterpretar los resultados en el marco de las representaciones sociales, conforme las condiciones lo posibilitaron.

Cabruja (1988) investigó las representaciones sociales de la locura y señaló algunas características de la historia del tratamiento institucional, así como algunas de las representaciones populares de la locura en los últimos siglos (las cuales serán mencionadas más adelante). De acuerdo a su análisis general encontró lo siguiente en las tres dimensiones de la representación social:

-Dimensión actitudinal: se observó un alejamiento progresivo desde una ligera molestia hasta la segregación total del loco. En la diferenciación entre locura y enfermedad mental hay una tendencia a idealizar la locura como genialidad ('geni-locura'). Sin embargo, en la enfermedad mental no se percibe esta actitud "positiva". Por otra parte, el loco es irresponsable, no tiene control de sí mismo, ni conciencia, por lo que se le trata más paternalistamente, sobre todo, por la causalidad médico-biológica que se le da al problema, y aunque se le asigna la aplicación de las normas sociales por igual, al loco se le considera peligroso, que puede contagiar y que su problema es más bien un fracaso personal.

-El campo representacional: al loco se le considera irresponsable e irracional, se le sigue identificando con su aspecto físico y bajo una fisonomía particular. A la locura se le relaciona con los avances tecnológicos y con los excesos. Al loco se le sigue viendo como peligroso, humillante y vergonzoso; sin embargo, se le otorga mayor libertad, espontaneidad, sentimentalismo y sensibilidad (que sería el factor romántico de la locura). La adquisición de la locura se relaciona con aspectos sociales de exposición a la misma, por el oficio desempeñado y por la herencia. Asimismo, la autora (Cabruja, 1988) detectó diferencias en las representaciones sociales, por el sexo y la clase social.

-Proximidad espacial o cognitiva a la locura y su representación social: ésta varía de acuerdo a la clase social, al sexo, a la profesión y al contacto que se tenga con algún enfermo. Entre mayor conocimiento y contacto con la locura, mayor tendencia a idealizarla, atribuyéndole mayor responsabilidad al loco. Los alumnos de ciencias sociales destacan más las características culturales, y los de ciencias, las biológicas. Las personas que diferencian la locura de la enfermedad mental, atribuyen más la primera a causas biológicas.

Una investigación más -que resulta importante, ya que además de los resultados obtenidos fue realizada en México- es la que López et al. (1995) llevaron a cabo para conocer la percepción y la definición de las enfermedades mentales de los pacientes de consulta médica general. Los autores encontraron que el 57.5 % de los pacientes no saben qué es un trastorno o problema de tipo emocional, por lo que no saben qué hacer, con quién acudir y a dónde ir en caso de presentarse este tipo de problema. El trastorno emocional es identificado con tener problemas y no poder resolverlos, habiendo una gran variedad de palabras que lo definen. Como opciones de ayuda y atención, las que más se consideraron son la familia y el centro de salud; también se destacó que el nivel de conocimiento está relacionado con la escolaridad. De ello concluyen los autores respecto a la relevancia de los programas

educativos sobre la salud y la enfermedad mental, así como a la orientación que se debe dar para que las personas sepan con quién y a dónde dirigirse para recibir atención profesional.

Las diversas investigaciones que se han realizado en torno a las creencias, actitudes, opiniones y representaciones sociales respecto a la naturaleza y las causas de la salud-enfermedad en general, son aportaciones que también resultan relevantes para el presente proyecto, por lo que a continuación se reseñan:

Herzlich (1973) estudió la representación social de la salud y la enfermedad utilizando entrevistas inestructuradas y grabadas, examinó sus datos mediante el análisis de contenido y su muestra la obtuvo de parisienses y algunos individuos de la Aldea de Normandía. Sus resultados señalan que para las personas la salud no tiene origen, ni necesita ser explicada, es una relación armoniosa entre hombres y naturaleza, se asocia con el Yo y está en relación de haber tenido la suerte de nacer sano y con buena constitución. En el caso de la enfermedad, ésta si necesita explicación, sus causas son de tipo ambientales, se relaciona con el carácter antinatural de las ciudades modernas y de la vida urbana, que implica contaminación, estrés y comida artificial (Herzlich, 1970, 1973, 1975, 1986, 1986a; Farr, 1983, 1984).

En otra investigación Herzlich (1986a) informa que la génesis de la enfermedad es imputada a la sociedad "agresiva" y constreñida por la intermediación de un "modo de vida" urbano, "malsano", impuesto al individuo que se identifica con la salud. La enfermedad se atribuye, en detalle, a la infinidad de elementos "malsanos" en los que la acumulación provoca la enfermedad como el aire contaminado de las ciudades, la nutrición "moderna" adulterada y "química", el ruido, el ritmo de vida. La enfermedad encarna y cristaliza en la agresión social que también viene a ser una enfermedad potencial, presente o por venir.

Al respecto, también es importante señalar algunos de los hallazgos de Furnham (1994) sobre el tema, quien ha analizado la extensa literatura multidisciplinaria existente acerca de las creencias y atribuciones de salud y enfermedad de las personas legas, y ha desarrollado las teorías laicas de la salud-enfermedad. Su análisis incluye estudios realizados desde la antropología (Helman, 1990, cit. Furnham, 1994), la psicología (Furnham, 1988; Pitts y Phillips, 1991; Sarafino, 1990, cit. Furnham, 1994), la medicina general (Fulder y Munro, 1985, cit. Furnham, 1994) y la sociología (Fitzpatrick, 1984, cit. Furnham, 1994), también incluye un estudio respecto a las concepciones laicas de la enfermedad (Phill y Scott, 1982, cit. Furnham, 1994).

Fitzpatrick (1984, cit. Furnham, 1994) comenta que el concepto laico de enfermedad es diferente del de la concepción médica, lo cual tiene un importante significado terapéutico:

"...ello determina en parte, cuándo y cómo el paciente presenta el problema; determina cómo el paciente recibe la información del diagnóstico; ello puede ayudar a dar confianza y a explicar las cosas al paciente (o al revés) y ello da cuenta de cómo, cuando, dónde y porque el paciente coopera con el tratamiento" (cit. Furnham, 1994, p. 455).

Asimismo, Furnham (1994) señala que varias investigaciones se enfocan específicamente al concepto de salud (Calnan, 1987, cit. Furnham, 1994), abocándose a la evaluación del tratamiento de la salud, a los modelos legos del control de la salud y al manejo de la prevención de la enfermedad, siendo más frecuentes los estudios sobre la concepción laica de los síntomas específicos (Bishop, 1987, cit. Furnham, 1994) o de la enfermedad específica (Prout, 1985, cit. Furnham, 1994). Algunas de estas investigaciones, según Furnham (1994) se aproximan a comparar y contrastar el entendimiento del concepto de salud (Hadlow y Pitts, 1991, cit. Furnham, 1994), mientras que otras se concentran en las creencias en torno a las causas y el control sobre la salud (Furnham y Wardle, 1990, 1991; Lau, 1988; Wurtele, Britcher y Saslawsky, 1985, cit. Furnham, 1994), y agrega que:

"Todos estos estudios -desde una perspectiva antropológica, psicológica o sociológica- han impresionado por la complejidad, interconexión y multifactorialidad (e inexactitud) de las creencias legas de las personas en torno a la salud y la enfermedad (física y mental)." (Furnham, 1994, p. 455).

Otro de los aspectos que menciona Furnham (1994) es que los estudios comprensivos (hermenéuticos) en esta área de aplicación van siendo cada vez más numerosos, como lo es la investigación de corte construccionista que realizó Stainton Rogers (1991 cit. Furnham, 1994) y en la que se obtuvieron los siguientes resultados:

Las creencias laicas y explicaciones acerca de la salud y enfermedad tienden hacia dos vertientes: para algunos, en una buena salud intervienen aspectos dentro del individuo; mientras que para otros, se trata de factores externos a los sujetos. En los aspectos internos se dan cuatro tipos de explicación, conductual (mirando hacia ti, adoptando estilos de vida saludables, usando servicios preventivos como vacunas), mentales (actitudes positivas, sin problemas, tomando responsabilidades para ti), hereditarias (constitución sana), y defensas corporales (luchando contra la enfermedad). La explicación externa la divide en tres categorías, cambios en las políticas sociales, políticas sociales (medidas de salud pública, buenos estándares de vida) y avances médicos (vacunas y políticas anticonceptivas). Las respuestas al por qué enferma la gente tienen una categorización similar para los factores internos (conductas, insalubres, mental y hereditario), sin embargo, hay más factores externos como son los cambios, otras personas (exposición a los gérmenes), las enfermedades orgánicas (infecciones), el producto de fuerzas sociales (desigualdad, contaminación, adversidades) y las intervenciones médicas.

Como se ha podido observar, la mayoría de las investigaciones que se han realizado sobre la salud-enfermedad en general y la salud-enfermedad mental y la locura, y que son las que más se aproximan a la perspectiva socioconstruccionista, han sido sobre todo en el campo

de las representaciones sociales ². Estas investigaciones han puesto en evidencia aspectos fundamentales en el área de la salud y han generando cambios importantes, asimismo, han aportado elementos teóricos que acercan más a la comprensión del fenómeno desde una perspectiva psicosocial, además de los diversos métodos y técnicas de análisis que se utilizan permiten enriquecer otras alternativas teórico-metodológicas.

Es por lo anteriormente señalado que la presente investigación retoma los resultados mencionados como parte de sus argumentos teórico-metodológico, pero considerando las representaciones sociales como productos que forman parte de un proceso mucho más complejo que es el de los conocimientos colectivos. Y por tanto, se parte de un enfoque socioconstruccionista, que es más amplio, pues abarca la función pragmática del lenguaje y versa sobre las teorías del conocimiento social.

Ante este panorama que conforman las diversas investigaciones es importante señalar otras aportaciones que hacen referencia al devenir histórico de la salud-enfermedad mental y de la locura y que permiten comprender este proceso como una construcción social.

Al respecto, debe considerarse que los modelos de pensamiento y conducta son modificados tremendamente por los cambios culturales. En el ámbito de los medios masivos de comunicación, la información divulgada ejerce una gran influencia, de ahí que la cotidianización de las nociones de la medicina científica que hablan sobre la locura, la enfermedad y la salud, pasen a formar parte de los conocimientos constituidos por antiguas creencias, supersticiones y tradiciones, que son reinterpretadas por el sentido común y los

²

Sin embargo, la investigación que se pretende llevar a cabo no es sobre representaciones sociales, ya que se trata de ampliar el marco teórico a otras perspectivas que contemplan los cambios más veloces que se generan en los conocimientos sociales, como lo señala Fernández-Christlieb (1994), tema que será tratado en la sección de La construcción de los conocimientos colectivos.

conocimientos cotidianos. Las investigaciones en esta línea aportan explicaciones de la influencia que se genera sobre las representaciones personales, así como de la actuación que se da respecto a la enfermedad mental (Arzac, 1984, cit. Cabruja, 1988).

Los límites y prohibiciones de la enfermedad o de la locura son generados al interior de cada cultura, sin embargo, la marginación de la locura en las sociedades actuales ha sido radical y señala la importancia de comprender los mecanismos de "rodeo" por los cuales el hombre reconoce al loco y lo encierra, tratando de convencerse de su propio sentido común y de su racionalidad, como lo han señalado Guédez (1976 cit. Cabruja, 1988) y Foucault (1981).

La imagen del loco ha sido indefinida, se le ha considerado como castigado por los dioses, poseído, endemoniado, sabio, presagioso, políglota, desjuiciado o enfermo mental, ha recibido múltiples significados, cambia, se transforma, se caracteriza, a veces positivamente, otras negativamente, e incluso hasta se poetiza, como en el Renacimiento, época en la cual se consideraba a la locura, según Foucault (1981) como:

"...una experiencia en el campo del idioma, una experiencia en que el hombre afrontaba su verdad moral, las reglas propias de su naturaleza y de su verdad" (pp.50).

Este es el enfoque trágico y cósmico de la locura que a finales del Renacimiento se transforma en una conciencia crítica y que, a través de la experiencia clásica y de la moderna, aún sigue siendo una figura fragmentaria, ya que oculta mucho y todavía le falta por decir más (Foucault, 1981; Fernández-Christlieb, 1991; Maffesoli, 1993). Para este autor (Foucault, 1981) la comprensión de la locura debe replantearse en términos de su contextualización histórica y cultural:

"La bella rectitud que conduce al pensamiento racional hasta el análisis de la locura como enfermedad mental debe ser reinterpretada en una dimensión vertical" (Foucault, 1981, pp.52).

Para Cabruja (1988) el resultado de la herencia de los mitos y del conocimiento médico es la división entre lo normal y lo patológico, lo positivo y lo negativo, son bipolaridades que separan la rareza-anormalidad de lo que escapa a lo racional, lo que se traduce en la concentración y separación del loco en el asilo, del enfermo en el hospital, del asocial en la cárcel.

"La representación social mágico-religiosa puede inducir comportamiento ritual colectivo y curativo en otros contextos sociales. Pero en los países occidentales, el dominio de creencias religiosas de la enfermedad está más bien asociado a una actitud fatalista ante ella con la excepción de las toxicomanías, en las que muchos tratamientos institucionales se apoyan en creencias religiosas" (Páez y Ayestarán, 1984, p.26).

Las representaciones populares de la locura siempre han estado presentes a lo largo de la historia en los modelos de conducta humana representados en la mitología de las sociedades arcaicas, con los movimientos cíclicos de las destrucciones rituales en el que al caos inicial sigue una nueva creación; también en los arquetipos que van apareciendo ulteriormente en las tradiciones orales y en las representaciones gráficas. Así es como la perduración de atributos antiguos en la imagen del loco sería explicada, tanto por los símbolos, como por los hechos y objetos concretos que los ligan (Foucault, 1981; Cabruja, 1988). El mito sobrevive a pesar de los cambios aparentes de su forma o expresión; no obstante, el "trasfondo material que le da soporte y lo mantiene permanece inalterable" (Fericgla, 1985 cit. Cabruja, 1988, p.186).

Otras características de la locura como las señala Foucault (1981), son sus formas de sabiduría, que se detectan en las representaciones artísticas de la locura, como en la "nave de los locos" (Brandt, Bade, Bosco), en frases como la de Rabelais "un loco enseña bien a un sabio". En las frases de grandes novelistas también se puede encontrar este carácter metafórico de la locura, además de su concepción como "predictora del futuro", lo que a menudo se relaciona con la facultad de conocer diversas lenguas y con el conocimiento de

lo que sucede en lugares lejanos (Cabruja, 1988). Estas características son más bien de tipo positivo y se relacionan con propiedades de "superioridad" y "diferencia" con aspectos de la vida que aun son desconocidos o ignorados, que propician explicaciones de índole mágica (Cabruja, 1988). Estos aspectos siguen siendo atractivos, pues hoy día tienen mucho auge los temas esotéricos, su rechazo ha ido disminuyendo, y el interés y el respeto por las filosofías y los conocimientos orientales, va en aumento (cfr. Cabruja, 1988; Gergen, 1992).

Sin embargo, como parte de la representación social de la locura, siguen persistiendo prejuicios y temores, aunque se da mayor tolerancia. El discurso de la locura tiene tanto efectos positivos como negativos, pues a través de la cultura cotidiana se va construyendo y reconstruyendo, como lo hace ver la siguiente cita:

"... incluso podría pensarse en las obras cinematográficas o teatrales, o incluso acontecimientos 'inexplicables' de la vida cotidiana, que de alguna manera hacen resurgir los miedos irracionales hacia la locura y su origen" (Cabruja, 1988, p. 192).

Por tanto, las representaciones sociales de la locura son las ideas, creencias u opiniones compartidas por los miembros de un determinado grupo social y corresponden a un proceso de organización de las vivencias que las personas de ese grupo han tenido respecto a la locura. Esta es una forma de pensamiento social que además de referirse a un sistema cognoscitivo (pensamiento verbal, consciente-racional), es también un sistema simbólico integrador de formas de representación no verbales, imágenes y figuras inconscientes o irracionales (Jodelet, 1984 cit. Cabruja, 1988). En el pensamiento social intervienen las representaciones sociales de diversos aspectos de la realidad que por una parte están formadas por pensamientos antiguos, y por la otra permiten la incorporación de lo novedoso, lo que de manera conjunta conforman parte de los conocimientos societales.

La construcción de las diversas realidades va generando saberes que se traducen en lenguaje, como lo son las creencias populares, el sentido común, la práctica, la tradición, los mitos, los conocimientos especializados y los conocimientos científicos, lo que permite la coexistencia de diferentes discursos respecto al proceso salud-enfermedad mental y a la locura, según la época, el contexto y el grupo social dominante (Foucault, 1981; Páez y Ayestarán, 1984; Cabruja, 1988).

Desde el enfoque socioconstruccionista el proceso salud-enfermedad mental se va construyendo a través de irlo nombrando y de asignarle un lugar en la sociedad. La salud-enfermedad mental es un proceso social que se construye de acuerdo a los tipos de interacción social y de comunicación que una cultura establece, es una forma de responder a las condiciones y estilos de vida que se dan en una sociedad. Es a su vez, un proceso que norma, institucionaliza y legisla los tipos de interacción, estilos de vida, pautas de comportamiento y formas de socialización para los integrantes de esa cultura. Como lo menciona Sontag³ (1996), la enfermedad es una metáfora, a través de sus conceptualizaciones se habla, de hecho, de la sociedad y de nuestra relación con ella⁴, por lo que de acuerdo a Álvaro et al. (1992):

“La perspectiva histórica nos ayudará a comprender cómo los diferentes modelos teóricos de explicación de la enfermedad mental se corresponden con las estructuras de poder hegemónicas en cada período histórico. Los paradigmas teóricos dominantes en la actualidad son, por tanto, el resultado de dicho proceso histórico, y es desde esta perspectiva como podemos analizar las

3

Sontag (1996) presupone que la locura, el cáncer y el SIDA juegan un papel metafórico en este siglo como el que cumplía la tuberculosis a finales del siglo XIX y que, como en la locura, lo que los hace tan variados de significados, es su origen obscuro.

4

Este carácter metafórico puede muy bien ser ejemplificado con el fenómeno del “chupacabras”, que además de lo que tuvo de “fondo”, a través de las distintas versiones, evidenció la crisis socioeconómica, política y psicosocial que estamos viviendo. Es importante también destacar cómo emergieron viejas tradiciones y creencias, mitos y prácticas sociales que, conjuntamente con las versiones modernas, la religión y el sentido común, generaron diversas perspectivas del fenómeno para enfrentarlo.

contradicciones que sobre las causas de la salud o de la enfermedad mental nos ofrecen los modelos de la medicina psiquiátrica, la psicología clínica o la sociopsicología" (p. 1).

1.2- Hacia una Psicología Posmoderna

*"Elija usted la mentira que le parezca más digna de ser la verdad".
Paul Valéry.*

Se habla de una psicología posmoderna en virtud de que el socioconstruccionismo es considerado como una de las versiones posmodernas de la psicología social (Collier, Minton y Reynolds, 1996; Gergen, 1991, 1992, 1996; Ibáñez, 1994, 1996). Motivo por el cual, antes de pasar de lleno a los postulados teóricos del socioconstruccionismo, primero se hace un recorrido general por la posmodernidad, contemplada desde las disciplinas que le dieron origen, pues ello ayuda a comprender mejor el enfoque posmoderno en la psicología social.

1.2.1- En torno a la posmodernidad

De entrada, hablar de posmodernidad es hablar de la condición de los conocimientos sociales en las sociedades más desarrolladas y es, también, adentrarse al campo de los conocimientos como procesos socialmente construidos a través del lenguaje. Es un enfoque en el que el análisis social se realiza a partir de la comunicación, del diálogo, de la deconstrucción⁵ y de la autocrítica.

5

Derrida (1977, cit., Urdanibia, 1994) define deconstrucción como una estrategia general y menciona que: "es una oposición filosófica clásica...con una jerarquía violenta. Uno de los dos términos se impone al otro (axiológicamente, lógicamente, etc.), se encumbra. Deconstruir la oposición significa, en un momento dado, invertir la jerarquía...la deconstrucción no puede limitarse a pasar inmediatamente a una neutralización: debe, por un doble gesto, una doble ciencia, una doble escritura, practicar una reinversión de la oposición clásica y un desplazamiento general del sistema" (p.67).

Liotard (1993) considera que el saber tiene estatus y éste cambia al tiempo que las sociedades entran en la edad postindustrial y las culturas en la posmoderna. La posmodernidad es una era en la que el saber se está transformando en un producto de compra-venta, en una mercancía que está perdiendo su valor de uso (como lo menciona Habermas, 1968, cit. Lyotard, 1993).

En la modernidad las sociedades anclan los discursos de verdad y de justicia en los grandes relatos históricos y científicos (Urdanibia, 1994, p.53). La ciencia legitima sus propias reglas del juego y su discurso de legitimación se llama filosofía, o sea, apela a metadiscursos (dialéctica del espíritu, hermenéutica del sentido, emancipación del sujeto razonante o trabajador). A través de estos metarrelatos se van legitimando las instituciones y todo aquello que se requiera como verdadero.

Ante las transformaciones que se vienen generando desde finales de siglo XIX, estos grandes relatos han entrado en crisis (Lyotard, 1993). Es a partir de la reconstrucción de Europa (años 50's) que se comienza a visualizar la condición posmoderna (Lyotard, 1993). Para Lipovetsky (1983, cit. Urdanibia, 1994) es en los 60's cuando la posmodernidad manifiesta sus principales características, siendo un periodo de transición decisivo.

Por tanto, se ha considerado que la posmodernidad es un respuesta, como gota que derramó el vaso ante el fracaso de las promesas Ilustradas de "libertad, igualdad y prosperidad" para la humanidad. Fracaso que postula el fin de la era moderna (Lyotard, 1993; Urdanibia, 1994; Vattimo, 1994).

A esta condición de desencanto de la humanidad se suman los diversos acontecimientos sociales que se gestan en el mundo, como el desarrollo de la tecnología bélica, los movimientos estudiantiles, la rebelión de grupos marginados, los diversos estallidos bélicos,

la crisis energética y el cambio de la relación campo-ciudad. Y más recientemente, la construcción de una conciencia ecológica, la caída de las grandes ideologías y todos los cambios que se están suscitando (en esta era de la imagen), con los avances en comunicación y en sistemas de informática (como es el uso de la P.C. y el Internet) y con la creación de las realidades virtuales.

Otro factor determinante para este momento de transición ha sido la irrupción de los medios masivos de comunicación, que han propiciado la desarticulación de los grandes relatos y los sistemas centrales. Proceso que se ha generado por la pluralidad de significados y la aceptación de la diversidad tradicional y de las culturas locales, derrumbando la universalidad.

Para Vattimo (1994), quien es considerado uno de los principales exponentes de esta orientación, la posmodernidad parte de las tesis de que la modernidad deja de existir cuando por múltiples razones la historia deja de ser concebida como lineal y evolutiva. En palabras de Balandier (1985, cit. Vattimo, 1994), el posmodernismo es:

“...un movimiento de deconstrucción, de puesta en piezas de la jerarquía de los conocimientos y de los valores, de todo lo que contribuye a una formación de sentido, de todo lo que ha sido constituido en paradigma o en modelo” (p.65).

De ahí que no se trate de establecer la posmodernidad como un período de tiempo determinado, ni de tampoco darle una definición precisa, más bien, es comprender qué es lo que aborda este término y cómo ha sido utilizado.

Buci-Glucksmann (1985, cit. Urdanibia, 1994), considera que lo que caracteriza lo posmoderno (sean franceses o internacionales), es su discurso sobre la modernidad, a la que consideran como:

“un proyecto universalista de ‘civilización’ descansando sobre el optimismo de un progreso tecnológico ineluctable, sobre un sentido seguro de la historia, sobre un dominio racional y democrático de un real entregado a las diferentes utopías revolucionarias de un futuro emancipado...[que entró] en crisis en los años 70” (p.44).

El término posmoderno tiene 15 años de estar en uso y Lyotard (1993) lo retoma de sociólogos y críticos estadounidenses. Sin embargo, los arquitectos son también pioneros en el acuñamiento de esta palabra utilizada por primera vez en 1971, en 1980 se manifiesta lo posmoderno en arquitectura (Urdanibia, 1994).

Además, se debe de considerar que parte de la polémica sobre lo posmoderno se debe a la novedad de la palabra, al equívoco del prefijo pos (en términos de pensarla como un período), a los diversos sentidos que tiene y a que es utilizada por diferentes disciplinas.

En términos generales, algunos autores se cuestionan si existe o no la posmodernidad, asunto que sale de los fines de este trabajo, sin embargo algo que resulta importante para la perspectiva posmoderna -que además está evidenciando que algo está pasando en los ámbitos académicos y, en general, a nivel cultural- es que, llámense como se llamen, o hágase la lectura que se guste, se están generando una serie de cambios en las artes, las ciencias, la vida cotidiana, las instituciones y la recreación. Estos cambios que, de una u otra forma, están incidiendo en un campo común como la búsqueda de sentidos y de diversas alternativas para la participación ciudadana, profesional, artística y recreativa; más acordes a las demandas sociales y a las diversidades culturales; más humanos y ecologistas.

Por tanto, la posmodernidad en palabras de Urdanibia (1994), es el folklore de la sociedad posindustrial, y:

“...tal término vendría a ser como una advertencia de que las cosas ya no son como antes, de que estamos en un momento en el que se ha extendido una sensibilidad o un estado de alma de tal modo que sería más exacto hablar de condición más que de una época...” (pp.42-43).

Ante esta perspectiva, el discurso posmoderno sigue un proceso continuo de autocrítica y deconstrucción para no volver a caer en el autoritarismo y en el discurso unitario que tanto critica, además, desarrolla una contrapráctica ante las posturas simplistas, “más comerciales”, que van surgiendo como parte de la misma posmodernidad. En el análisis de la posmodernidad la narrativa viene por añadidura, ya que la literatura está determinada por las situaciones y los tiempos en que se da (Urdanibia, 1994).

Por otra parte, se plantea continuar interrogando a la modernidad para evitar caer nuevamente en los errores e innovar y construir otros proyectos con miras al bienestar de la humanidad y de todo el planeta. Este asunto de la posmodernidad tiene sus pros y sus contras, no es perfecto y es tan sólo una lectura más de la realidad, no es la única ni la mejor, sino una más que deberá evolucionar o caducar con otras versiones que vayan surgiendo.

Como lo menciona Lyotard (1993), es una sociedad en la que cada uno debe ser su propio padre, se tiene que construir la autoridad y se tienen que inventar conductas.

Para finalizar esta sección, sólo cabe agregar que, desde la perspectiva filosófica, Urdanibia (1996) señala que podrían considerarse a Nietzsche y a Heidegger como los precursores del posmodernismo. Aunque es Lyotard quien asume la patria potestad de la posmodernidad, ya que fue pionero en desarrollar toda una propuesta con este término, que tomó prestado de la sociología y de los críticos norteamericanos, para referir que este proceso:

“designa el estado de la cultura después de las transformaciones que han afectado a las reglas de juego de la ciencia, de la literatura y de las artes a partir del siglo XIX” (Lyotard, 1993, p.9).

La actual filosofía francesa es calificada de posestructuralista como sinónimo de posmoderno, o sea, de la diferencia, del pensamiento singular y:

“...ha puesto a través de su reflexión la mirada sobre la deconstrucción de la escritura (Derrida), sobre el desorden del discurso (Foucault), sobre la paradójica epistemológica (Serres), sobre la alteridad (Lévinas), sobre el efecto de sentido por búsqueda nomádica (Deleuze), es porque ella ha puesto el acento sobre la inconmensurabilidad” (Lyotard, cit. Urdanibia, 1994, p. 64).

Por último, es importante señalar lo que para Vattimo (1994) ofrece la posmodernidad, es la oportunidad de ser humanos, en la que el ser tiene que ver con el acontecimiento, el consenso, el diálogo, la interpretación; es ser capaces de vivir la oscilación del mundo posmoderno como oportunidad para el cambio y dejar atrás lo estable, lo fijo, lo permanente, como así lo han hecho ver Nietzsche, Heidegger, Dewey y Wittgenstein.

1.2.2- Psicología y posmodernidad

Para la psicología uno de los aspectos que siempre ha tenido relevancia para su estudio y comprensión es la forma en que los seres humanos se conocen a sí mismos y cómo se relacionan entre sí y con el mundo que les rodea. Estos procesos han sido diferentes a través del tiempo, ya que se caracterizan de acuerdo a las condiciones culturales y al momento histórico.

Para Urdanibia (1994), siguiendo la historia de las ideas, en el pensamiento premoderno entrarían el modo de pensar mítico, el pensamiento griego y el cristiano. En este pensamiento no se da una concepción de sujeto y, según su noción de historia la solución a los problemas es buscada fuera del propio mundo. Las ideas del origen están basadas en la magia o la divinidad.

En la época premoderna, las necesidades de cuestionar la identidad y las creencias no eran tan importantes como lo son en la era actual, la mente premoderna:

"...se vio reflejada a sí misma... en los mitos que explican el cosmos, en el entorno de los signos, símbolos y metáforas que dan forma a su pensamiento; en los rituales y costumbres que dan forma a las decisiones y un rol definido y una razón de ser" (O'Hara y Truett, 1991, p.3).

Posteriormente se pasa al estado moderno o ilustrado en el que el saber humano se basa en la razón, y ésta se constituye como núcleo fundamentador. En este estadio el "más acá" juega el papel que anteriormente había de buscarse en el "más allá" (Urdanibia, 1994).

El pensamiento moderno surge con la idea de sujeto autónomo, con la fuerza y la razón; y con la idea del progreso histórico (Urdanibia, 1994), quien asimismo considera que este pensamiento se constituye en dos tiempos:

El primero, desde el Renacimiento a la Ilustración, manteniendo la tesis de sujeto: todos los hombres son, por naturaleza, esencialmente idénticos. De aquí se desprende la idea de universalidad y de identidad.

El segundo tiempo, desde el Romanticismo hasta la crisis del marxismo, cuya tesis fundamental es la de la historia, ya no la del sujeto, partiendo de ella cierta óptica relativista. El sujeto pasa a ser pensado desde categorías colectivas como la nación, la cultura, la clase social, la raza; y toman cuerpo el nacionalismo y el socialismo como las dos grandes y principales versiones políticas.

Asimismo, Urdanibia (1994) menciona que entre ambas tesis surge la contradicción entre la articulación de la idea de sujeto y la idea de historia progresiva, lo cual resulta ser contradictorio porque en ello se combinan la promesa de liberación y la exigencia de dominación. La idea de progreso mediará, pero es ahí donde surge la crisis de modernidad con toda su fuerza. La crisis actual es que no se encuentra sentido ni en lo externo ni en lo interno, en general hay una crisis estética, moral, sexual, política y metafísica.

De esta manera, el modernismo parte de la articulación de algunas formas de creencias que se institucionalizaron como ideologías religiosas y políticas, creando las bases para definir la realidad como una sola, a pesar de la diversidad de sistemas de creencias que se enfrentaron. En particular, se estableció la universalidad basada en la razón, con el gran movimiento intelectual de la Ilustración y su tan célebre frase "La verdad nos hará libres". Para Ibáñez (1992) los ideólogos de esa época:

"establecieron exitosamente el nexo entre la razón científica y los valores sociales que irían a dominar la escena social hasta nuestros días, o sea, igualdad entre los seres humanos, bienestar colectivo, libertad individual y el rechazo de la arbitrariedad. Las bases de la Modernidad se crearon de esta manera y su fuerza ideológica sigue dominando las sociedades presentes". (p.53).

Sin embargo, no se hizo evidente la relación entre la ciencia y las prácticas de poder que se ha venido gestando desde entonces y que puede ser entendida en el carácter retórico de las explicaciones del conocimiento científico (Gergen, 1991).

En la era moderna las estructuras sociales son más grandes y complejas, menos estables y más heterogéneas, la movilidad y la urbanización van generando una diversidad de creencias y tradiciones culturales. Esta pluralización invade la vida cotidiana inventando toda clase de reglas y de arreglos que manejan las diferencias (derechos civiles, separación de iglesia y estado, ghettos, apartheid, servicios públicos, mediaciones, consensos y concertaciones sociales, por mencionar algunos) (O'Hara y Truett, 1991).

El individualismo que se procesa con la modernización centra los valores en la persona, debilita la esfera pública y coarta la vida colectiva. La autonomía y la libertad son los elementos vitales pese a las adaptaciones que se tienen que dar con relación a las normas de las civilizaciones modernas, oprimiendo antiguas costumbres, mitos y ceremonias para transformarlas en "actos civilizados". Este proceso de "civilización" implica que el yo

moderno está constituido de deseos, pensamientos y sentimientos que son represivos e inaceptables y son considerados como lunáticos, desviados y subversivos" (O'Hara y Truett, 1991). Lo que ha traído como consecuencia que se de un abismo entre las necesidades del yo y las necesidades sociales, como bien lo expresa Fernández-Christlieb (1991):

"...el pensamiento científico empieza a sustentarse como la única y excluyente forma del conocimiento (v. Habermas, 1968a), dejando a las demás en calidad de creencias, atractivas y bellas, pero falsas, o en términos científicistas, precientíficas... y no se le escapa ciertamente hacer una ciencia del individuo y de la esfera privada, para lo cual crea una nomenclatura que determina el comportamiento de los individuos en tanto realidad a la cual hay que ajustarse para efectos de normalidad exitosa..." (p.121).

Lo que caracteriza a la etapa de transición de lo premoderno a lo moderno son los intercambios culturales, la expansión del comercio y el desarrollo tecnológico; de la misma manera la transición posmoderna se va dando con los cambios que se están generando en la sociedad y, en particular, en los discursos de verdad, razón, ciencia, poder, individualismo y lenguaje. Estos cambios en los discursos no pueden separarse de las modificaciones que ocurren en las formas en que los seres humanos se piensan a sí mismos y de sus formas de relacionarse.

Es aquí donde el proyecto de posmodernidad contribuye a recuperar en los discursos sociales el mundo de los sentimientos, de los valores, de lo plural, del relativismo y del cuestionamiento a la norma. Con esta subjetivación se fortalece el paso del individuo al sujeto y se concibe al sujeto como un proceso inacabado y como un ser interpretador, creador, transformador y lúdico, que deviene de la colectividad y retorna a la colectividad. Los seres humanos son activos participantes que comprenden a través de afrontar y transformar los problemas de la vida (cfr. Harré, 1979; Harré, Clarke, y De Carlo, 1989).

Por tanto, el mundo posmoderno es un mundo nuevo que se está creando por la acumulación del pluralismo, la democracia, la libertad religiosa, el consumismo, la movilidad, el gran acceso a las noticias, novedades y entretenimientos, del cual una nueva conciencia social está emergiendo, trastocando la vida de las personas. Es una transición que implica muchas creencias, múltiples realidades y un sin fin de maneras de ver la realidad (O'Hara y Truett, 1991). Como también lo dice Maffesoli (1993), hay un clima cultural, intelectual y económico -en pocas palabras, técnico- que se está viviendo y que difiere del que se mantuvo desde finales del siglo pasado hasta finales de la década de los 60's.

Se está dando un mundo totalmente contrario al que preveían algunos pensadores como Adorno y Horkheimer (cit. Vattimo, 1994) en el que los efectos de la radio y la televisión iban a unificar y a homologar a la sociedad, favoreciendo la formación de dictaduras y gobiernos totalitarios a través de *slogans* publicitarios, propaganda comercial y política con concepciones estereotipadas del mundo. Sin embargo:

"...la radio, la televisión y la prensa, han venido a ser elementos de una explosión y multiplicación general de Weltanschauungen, de concepciones del mundo" (Vattimo, 1994, p.13).

El paso hacia la sociedad posmoderna está determinado por esa multiplicación vertiginosa de las comunicaciones y por el número creciente de subculturas que toman la palabra. Estos efectos evidentes de la comunicación son los que se han enlazado con el ocaso o la transformación del imperialismo europeo y estadounidense, y han hecho posible la transición. La realidad de los medios de comunicación ha sido, más bien lo que Vattimo (1994) señala:

"...el resultado de cruzarse y 'contaminarse' las múltiples imágenes, interpretaciones, reconstrucciones que distribuyen los medios de comunicación en competencia mutua y, sin coordinación 'central' alguna" (p. 15).

A la vez, se ha producido un clima social que se manifiesta en un desencanto social, institucional, colectivo y público en todas las áreas de la vida societal. Las personas ya no creen que tienen que creer en algo, hay una percepción de que ya todo está dado, descubierto, de que no hay creaciones ni originalidad, de que todo es masivo. Sin embargo, hay una tendencia a la búsqueda, recuperación y creación de valores, costumbres, rituales, conocimientos, creencias, religiones y sentido lúdico de la vida. En conjunto, todo este clima ha favorecido que surja el cuestionamiento de verdades y valores absolutos, descubriendo que hay formas y niveles distintos de ver y conocer las cosas, que hay otras lecturas de la realidad. En resumidas cuentas, se trata de la emergencia del sujeto colectivo. Lo que al respecto Fernández-Christlieb (1991) menciona:

"La lógica del juego de la posmodernidad puede describirse como el fenómeno de la inclusión de los marcos dentro del objeto, es decir, que los fondos se revelan como figuras, que el contexto se descubre como texto de lectura... Jugar al fin como se jugó al principio, que como todo juego, ni está exento de conflicto ni conoce sus resultados de antemano" (pp. 124-129).

Esta pluralidad de significados y sentidos sociales, la relativización de los diversos conocimientos y el enfoque pragmático del lenguaje, así como la utilización de la narrativa y la retórica como medios de comprensión, matizan lo que se ha denominado psicología posmoderna. Estas caracterizaciones no resultan incompatibles con la modernidad, sin embargo han generado que la gente se perciba de otra forma; las personas pueden ser no solamente multiculturales, sino multiepistemológicas (O'Hara y Truett, 1991).

Esta transición posmoderna ha implicado que los mismos cuerpos de conocimientos (filosóficos, sociológicos, psicológicos, antropológicos, de la comunicación, de las artes y de las humanidades, entre otros) estén dando un giro, replanteándose antiguos pensamientos, conocimientos, metodologías y técnicas para construir otros totalmente innovadores, bajo otros paradigmas, con el fin de generar otras posibilidades.

Bajo la perspectiva posmoderna no solamente está el compromiso teórico que invita a admitir y a respetar las diversas maneras de enfocar la realidad, sino, además, aplicarlas tanto en lo académico y en lo profesional como en la vida cotidiana; como lo menciona Gergen (1991):

"El posmodernismo pide al científico que se una al alboroto de la vida cultural, que se vuelva un participante activo en la construcción de la cultura; porque, como lo hemos visto, el resultado primario de la mayoría de la investigación docta es el propio discurso...El esfuerzo común es, entonces, dilucidar el mundo dado por sentado para poder darnos a nosotros mismos opciones para la emancipación" (p.108).

Por tanto, los retos posmodernos no implican descartar todos los sistemas de creencias y de valores, ni de darles el mismo peso a todos, sin embargo, debe reconocerse que la vida humana está construida con estas creencias y valores, se habla de seres creativos, evaluadores, constructores y reproductores de la realidad, sin importar credos, religiones, dogmas y creencias. Se han construido diversidad de conocimientos e historias porque el ser humano requiere entender su realidad y dar sentido a su existencia a través de narraciones en que se reconoce a sí mismo como sujeto social.

En la actualidad se tiene una variedad de alternativas entre las que hay que elegir lo que puede ser disfrutado, ser destructivo o generar el deseo de escapar de ello; ante lo cual, no solo cambia la identidad, sino también sus significados, y dada la multiplicidad de opciones se genera desconcierto, incertidumbre, temores y desafíos que implican alejarse de lo seguro, de lo establecido y de lo conocido; lo que está provocando una saturación del Yo (Gergen, 1992) y una multiplicidad de identidades (O'Hara y Truett, 1991), a lo cual las personas deben de irse adaptando sin que ello se considere "enfermizo"⁶.

6

"En el siglo pasado, emergía la terapia como una institución social crítica cuya tarea era ayudar a los individuos a adaptarse a las comúnmente contradictorias demandas del mundo moderno. El trabajo del 'alienista' (el término usado en el siglo XIX para los psiquiatras) era ayudar a los pacientes a domesticar

La vida posmoderna puede generar desesperación, vacío y desintegración social ante la carencia de certeza; sin embargo, ofrece alternativas de elección ante la gama de posibilidades para construir y explorar la vida y resignificar hechos. Ello conlleva, de acuerdo a Watzlawick (1995), que las personas sean libres -pues tienen la alternativa de crear otras realidades-; responsables -pues ya no habría evasivas de echarle la culpa a otros- y conciliadoras dado que contemplan la existencia de múltiples discursos.

La posmodernidad requiere comprender la vida humana de estos tiempos en una forma que no sea impuesta y dirigida, haciendo creer a la gente que tiene que ajustarse a un determinado Yo, y no pretende estar descubriendo el hilo negro, tan sólo está haciendo evidente lo que está surgiendo.

Bajo el giro posmoderno van surgiendo diversas propuestas de teorización que permiten dar un viraje importante en la construcción de la psicología social. Algunas de estas propuestas son las de Billig (1986, 1987, cit. Fernández-Christlieb, 1994), Fernández-Christlieb (1991, 1994), Gergen (1991) e Ibáñez (1993), en las que se considera que la psicología social debe enfocarse como una retórica del pensamiento, es decir, como conocimiento del conocimiento. Lo menciona Fernández-Christlieb (1994):

"...la psicología del conocimiento se ha puesto como tarea la deconstrucción (cfr. vgr. Gergen, 1985; Ibáñez, 1989) de su propio conocimiento para mostrar el carácter histórico y comunicativo de sus marcos interpretativos, de su pensamiento lento, para, una vez teniendo acceso a los elementos de construcción, poder emprender la reconstrucción consciente de la disciplina desde su Centro" (p. 170).

sus tendencias desviadas. Los psicoanalistas fueron designados para proveer un contexto con el cual los pacientes pudieran admitir las irracionalidades, problemáticas y caóticas, de su psique y guiarlos en la lucha para traerlos de regreso y a salvo bajo el control del yo normalizante. 'Donde está el Id, prometió Freud, estará también el Ego.' (O'Hara y Truett, 1991, p.4).

Otras aportaciones teóricas sobre la psicología posmoderna son las de Kvale (1996, cit. Collier et al.,1996.) quien considera que la psicología debe de enfocarse “a las raíces de la existencia humana”, haciéndose más receptiva “a las intuiciones de la condición humana” a través de lo que ofrecen las artes y las humanidades, de acuerdo a los momentos históricos y culturales específicos.

De esta manera, la psicología social podría ofrecer a la sociedad diferentes modelos de comprensión y de intervención, éstos podrían ser elegidos sin presiones de autoridad de conocimientos y de acuerdo a necesidades, gustos y preferencias de las personas. Con lo anterior se dejarían de lado las discusiones entre “las verdades de las grandes teorías”, pues a final de cuentas, lo que se proporcione a la sociedad es lo que legitima los conocimientos; lo cual permitiría que la psicología pueda seguir existiendo en instituciones y medios de comunicación, y que se sigan otorgando presupuestos (Ibáñez, 1996).

En este sentido, dos corrientes teóricas prometedoras son el constructivismo⁷ y el construccionismo social o socioconstruccionismo. Estas dos orientaciones comparten algunos puntos en común -el carácter de construcción que tiene la realidad social y la no diferenciación entre sujeto y objeto de conocimiento-, pero fuera de eso, siguen un camino bifurcado. La primera postura hace énfasis en el sujeto (la construcción del mundo está en la mente de las personas) y el socioconstruccionismo (como se desarrollará ampliamente en la siguiente sección) en las construcciones de la realidad que se dan a través de las relaciones entre los sujetos, siendo el lenguaje uno de sus principales mediadores. Estas diferencias marcan un gran abismo tanto en la forma de concebir al sujeto y a la sociedad, como en las

7

Dado que los intereses de este trabajo no se centran en el constructivismo, solamente se menciona a manera de antecedente.

prácticas sociales que generan, como es el caso de las terapias (cfr. Gergen, 1996; Ibáñez, 1994).

Cabe destacar que estos dos enfoques posmodernos y sus principios teóricos han sido retomados por algunas orientaciones terapéuticas que se conocen con el nombre de psicoterapias posmodernas⁸ o terapias narrativas (Gergen, 1991, 1992; Gergen y Kaye, 1992; Hoffman, 1990; O'Hara y Truett, 1991, entre otros). Estos enfoques terapéuticos se basan en los sustentos del socioconstruccionismo o del constructivismo como formas de entender las realidades de sus pacientes; son herramientas para que los pacientes den otro significado a sus problemáticas y construyan sus propias opciones a través de la utilización de la narrativa y la retórica. La práctica terapéutica versa, en palabras de O'Hara y Truett (1991), en:

"...convertir algunas de las vagas celebraciones del postmodernismo en multiplicidad y cambio dentro de la experiencia vivida". (p. 10).

Por último, y para finalizar esta sección, se considera importante mencionar una cita de Ibáñez (1996) con el fin de que sea reflexionada:

"Si abandonamos todos los absolutos y todas las trascendencias lo único que nos queda, como muy lo ha visto el último Michel Foucault, es nuestra propia existencia y nuestra propia vida, hacer de ella algo que nos gratifique, algo que sea bello y placentero como lo es una obra de arte. ¿Y qué es lo que nos impide a ustedes y a mí, a la gente, desarrollar esta estética y esta ética de la existencia?" (p. 337).

8

A pesar de que la intervención terapéutica está fuera de los objetivos principales del presente trabajo, se ha considerado importante mencionar algunos de los autores y de sus prácticas profesionales como parte de las orientaciones posmodernas que están surgiendo en la psicología para no soslayar otras de las aportaciones del giro posmoderno.

1.2.2.1- Socioconstruccionismo

El socioconstruccionismo⁹, al retomar toda esta perspectiva posmoderna que ha sido desarrollada en la sección precedente, es un enfoque alternativo para la psicología social, pues permite abordar desde otra perspectiva el estudio de la realidad social, a partir del lenguaje y de la comunicación, generando otros medios para la construcción de conocimientos.

Antes de pasar a narrar las particularidades del socioconstruccionismo, se mencionan brevemente ciertos antecedentes de la psicología social que permiten comprender mejor el porqué de la ruptura de paradigmas y la búsqueda de alternativas en la disciplina.

De los 60's a la fecha, sobre todo en Europa, se comienzan a estudiar los procesos cognoscitivos desde una perspectiva psicosocial y también se retoma la investigación de los procesos colectivos, como son la memoria colectiva, las representaciones colectivas, las muchedumbres y los movimientos colectivos, que ya venían siendo trabajados desde finales del siglo pasado. Esta situación propició, en particular dentro de la psicología social, el auge de la teorización e investigación de las representaciones sociales de diversos objetos o fenómenos de la realidad social (Moscovici, 1961), por ejemplo la representación social del psicoanálisis, del cuerpo, de la salud, de la enfermedad mental, de la locura, de la crisis económica, por mencionar algunos. Lo que a su vez ha venido generando nuevas perspectivas teóricas en la psicología social que ofrecen opciones para construir otros fenómenos psicosociales.

9

No obstante que el socioconstruccionismo comparte los diversos postulados que han sido desarrollados en la sección de psicología y posmodernidad de este trabajo, se plantea un rubro especial sobre éste para diferenciarlo de otras teorizaciones que también se han desarrollado en la psicología social y que se consideran como posmodernas. De éstas se habla en una parte posterior del capítulo.

Ante estos nuevos intereses de conocimiento, que también son producto de las condiciones y necesidades sociales, y aunado a las reacciones hacia el predominio positivista, la psicología social se va uniendo a la crisis por la que atraviesan las diversas ciencias sociales.

Como parte de esta crisis la psicología social es dividida en psicología social tradicional (de corte individualista) y psicología social colectiva o psicología social. Ello tiene como resultado que en algunos países de Europa se considere a la psicología "psicosocial" como una disciplina y ya no como un área de aplicación de la psicología general.

En el caso de México, algunas universidades (como la UAM) retoman la psicología social como disciplina, en tanto que algunos de sus principales representantes la consideran más bien como psicología colectiva o psicología política. Siendo esta misma postura la que, en términos generales, también está siendo retomada en los demás países de América Latina, para diferenciarla de la psicología social tradicional.

En Estados Unidos, además de los autores pioneros (como Gergen), desde el inicio de la década de los 80's se está dando, al parecer, también un cambio más pronunciado hacia una psicología posmoderna. Y de nueva cuenta (como lo hicieron a principios de siglo) los psicólogos sociales estadounidenses están acudiendo a los europeos (Collier et al., 1996).

Por tanto, se asume que la psicología social es uno de los tantos conocimientos sociales que conforman la realidad social y su crisis en el ámbito del quehacer profesional se ha manifestado en la incapacidad de construir proyectos de sociedad y su consecuente fracaso en el planteamiento de modelos alternativos de organización y cambio social. Asimismo, su limitado papel en la sociedad al haber fungido nada más como diagnosticadora de las condiciones sociales y no haber podido proporcionar opciones viables, la han sumergido, aun más, en el abandono; por lo que han sido otras disciplinas como la filosofía, la sociología y

la antropología las que han asumido el estudio de los fenómenos colectivos y, en particular, el estudio de la cultura y de los conocimientos societales, como lo hace ver Ibáñez (1987):

"Sucede que el espacio que dejó la psicología social [de tener como punto de estudio a la razón científica, como producto social que es] fue brillantemente ocupado por los sociólogos del conocimiento (Knorr-Cetina, 1981; Latour, 1987; Woolgar, 1988)" (p.56).

Es por ello que la psicología social se ve en la necesidad de resurgir con nuevos planteamientos y enfoques hacia el estudio de lo colectivo y de los procesos comunicativos que intervienen en el devenir cultural. Asimismo el lenguaje se vuelve privilegiado con objeto de estudiarlo, tanto por su carácter mediador y lúdico en las estructuras de la comunicación como por su relación con la ideología (Fernández-Christlieb, 1994; Moscovici, 1970). Y la retórica se plantea como la forma en que debe hacerse psicología colectiva.

Por tanto, el quehacer de la psicología social-colectiva es el de comprender y teorizar la vida colectiva y su práctica debe venir de la colectividad y revertirse en la misma vida societal. La mayoría de los fenómenos psicosociales o colectivos que estudia la disciplina ya están dados, están ahí presentes en la sociedad y se manifiestan básicamente como lenguaje verbal y no verbal; es decir, como interacción simbólica. El estudio de los fenómenos psicosociales como son la interacción, la comunicación y el cambio que reclaman su importancia por el papel del lenguaje y de la ideología en las sociedades, son fenómenos que deben ser comprendidos, de acuerdo a Grisez (1977), como reconstrucción de sistemas y significantes, cuyo ámbito es el devenir, construcción y transformación, de acuerdo a la cultura y al momento histórico como lo señala Ibáñez (1993):

"La historicidad implica que nada que pueda ser llamado 'social' puede al mismo tiempo ser universal porque cualquier cosa que sea social es necesariamente concreta y particular. En consecuencia, debe ser investigado en términos de los rasgos siempre singulares que le son constitutivos". (p.55).

Los puntos que a continuación se mencionan han sido retomados de diversas propuestas que se han hecho para la teorización social en general, y que la psicología social también está considerando de cara a su desarrollo y a su crecimiento académico:

a) La acumulación sustantiva de conocimientos teóricamente contruidos. b) La construcción de teorías de la realidad cotidiana. c) Formas de organización del razonamiento y de sus recursos analíticos. d) La crítica a la epistemología y a su competencia para dirimir las diferencias teóricas. e) El reencuentro con el sujeto colectivo como lo que es: un sujeto teórico-social-práctico. f) La consideración de la psicología social como un instrumento de comprensión y comunicación social, y no nada más como sistema teórico. g) La comprensión y la argumentación de la relación inter-subjetiva a través del lenguaje. h) La investigación de los conocimientos que la sociedad tiene de sí misma, de sus procesos de construcción y deconstrucción, y de sus formas de contrastarlos con las realidades sociales. i) La inclusión de sus propias teorías y las de otras disciplinas como parte de sus intereses de estudio.

Esta psicología social de corte colectivo¹⁰ ha permitido sentar las bases para el desarrollo de la psicología posmoderna y de sus diversas propuestas. De acuerdo con autores como Coollier et al. (1996) hay cinco tendencias actuales que podrían ser consideradas bajo la perspectiva posmoderna dentro de la psicología social; esta clasificación se realiza con base en las propuestas teóricas y en el devenir de las mismas: la Etogenia de Harré, las Representaciones Sociales de Moscovici, el Socioconstruccionismo de Gergen e Ibáñez, el

10

Se hace la diferenciación de la psicología social tradicional de la psicología social de corte colectivo, que más bien debería ser simplemente psicología colectiva (Fernández-Christlieb, 1994), en virtud de que algunos autores siguen utilizándolos indiferenciadamente. Lo que cabe resaltar es que la diferencia entre la psicología social tradicional y la psicología social-colectiva está dada por sus intereses de estudio, así como por la forma de llevarlos a cabo. No se describe más detalladamente porque ello es parte de la propuesta teórica que se desarrolla en el presente trabajo. Por tanto, en este trabajo, más bien se utilizan indiferenciadamente los términos de psicología social y psicología colectiva; para diferenciarla de la tradicional, cuando es el caso, se emplea el término psicología social tradicional.

Análisis del Discurso (Billig, Potter, Shotter) y la Psicología Social Crítica (Buss, Sampson, Sullivan). Sin embargo, dados los intereses de esta investigación solamente se desarrolla el enfoque socioconstruccionista.

Las propuestas posmodernas del fin de la historia lineal y progresista, y el derrumbe de las grandes narrativas legitimadoras de conocimiento en occidente han llevado también a otros cuestionamientos y a otras propuestas que vienen a romper con los paradigmas científicos tradicionales, que permiten partir de una epistemología social, modificando de tajo la psicología social, para dar cabida al socioconstruccionismo.

De acuerdo a Gergen (1989, 1991) e Ibáñez (1994, 1996) la ruptura de paradigmas y la propuesta socioconstruccionista se resumen en cuatro puntos clave, que son:

-La ruptura entre la dicotomía sujeto-objeto: los objetos no son independientes de nosotros ni nosotros de ellos. Lo que consideramos como “objetos naturales” son más bien objetivaciones que realizamos de acuerdo a nuestras características, convenciones y prácticas. Esta ruptura dualista también conlleva a un replanteamiento de la división entre disciplinas, pues ya no podrán diferenciarse por su “objeto de estudio”, sino por sus distintos enfoques teóricos.

-Como segunda ruptura está la de la concepción representacionista del conocimiento: el conocimiento no es la representación de lo que es real, es algo que se construye de ello de acuerdo a la perspectiva con la que se está mirando y a la propia estructura humana. Por tanto, la representación no es la base del conocimiento.

-La tercera ruptura es con las verdades absolutas: los enunciados de valor de verdades son criterios relativos a las contingencias y construcciones que se hacen respecto de algo, son

consensos entre las personas. Con lo anterior no se está negando que en la vida se necesitan de esos criterios de verdad, solamente se aclara su origen.

-La cuarta ruptura es con la creencia de que el cerebro es la fábrica del conocimiento y la sede del pensamiento: el pensamiento se construye y se manifiesta en el diálogo, al igual que el conocimiento, y éstos no reflejan la realidad, sino la van construyendo. Son procesos sociales que se dan a través del lenguaje y de la interacción.

En sí, el socioconstruccionismo es una postura ecléctica cuyos antecedentes se encuentran en el interaccionismo simbólico, en las representaciones sociales, en la fenomenología y en la sociología del conocimiento; esta postura se sigue construyendo, retomando aspectos teóricos de la misma psicología y de otras disciplinas, como son las aportaciones de Billig, Harré, Shotter, Foucault, Lyotard, Derrida, Gadamer, Wittgenstein y Habermas, entre las más sobresalientes. Estos postulados teóricos, de acuerdo a Ibáñez (1989), se resumen en los siguientes puntos:

- 1) Se retoman las aportaciones de Wittgenstein sobre el papel que desempeñan las convenciones lingüísticas en la configuración y utilización de los conceptos, así como en la producción de conocimientos sobre los referentes a los que aluden supuestamente dichos conceptos. Es decir, se investiga el grado en que los referentes puedan ser construcciones culturales y socialmente situadas o meros productos de las convenciones lingüísticas gremiales.
- 2) Se parte de las aportaciones de Gadamer sobre el carácter cultural e históricamente situado de los marcos de referencia interpretativos a partir de los cuales las personas acceden a los significados, incluidos los científicos.

3) Se considera como esencial el a) que el saber científico es un producto socialmente elaborado a través de unas prácticas colectivas propias de una comunidad social particular, b) poner el énfasis sobre la comunicación, la argumentación y el acuerdo interpersonal en la determinación de lo que se acepta o se rechaza como conocimiento adecuado y racionalmente aceptable, hasta que se formulan otros más convenientes, y no en términos de "verdadero".

4) Hay Interés en la comprensión y la emancipación para elaborar teorías generativas. Gergen (1982, cit. Gergen, 1991) propone el concepto de "teoría generativa", o teoría diseñada, para destituir las asunciones convencionales, ofreciendo nuevas alternativas para el pensamiento y la acción. Asimismo, se señala que el reto para el psicólogo posmoderno es decir cómo se volverá la cultura; y la forma en que lo diga, o sea que es a través de la adecuada utilización de la palabra lo que le permitirá transformar la cultura para no caer en lo que tradicionalmente se ha venido haciendo: repetir lo que se da por sentado. Por tanto, se debe considerar la congruencia teórico-metodológica que guía a la construcción de los conocimientos, como lo menciona Ibáñez (1993) en la siguiente cita:

"...los fenómenos sociales no pueden ser aprehendidos sin tomar en consideración sus procesos constitutivos. Para ser congruentes con este punto, tanto las estrategias de investigación como la retórica de la psicología social deben distanciarse de los procedimientos estadísticos y aproximarse en cambio a la hermenéutica y a las investigaciones históricas" (p.58).

5) La psicología social debe situarse como pieza clave para la dilucidación del conocimiento científico, de acuerdo a la crítica de la epistemología presentada por Habermas.

6) Se debe acentuar la importancia del lenguaje y el interés por las consecuencias derivadas de la naturaleza lingüística de los instrumentos con los que se construye la realidad social, así como del estudio de las funciones descriptivas y formativas del lenguaje, como lo menciona Shotter (1987, cit Ibáñez, 1989).

7) La orientación de la psicología social debe darse hacia el estudio de los procedimientos retóricos a través de los cuales se construye la supuesta "objetividad" científica, con base en su interés por el lenguaje y la naturaleza del conocimiento científico. Esta perspectiva se complementa con las aportaciones de Shotter (1988, cit. Ibáñez, 1989) "del construccionismo práctico", que se enfoca a las prácticas sociales concretas que intervienen en la producción de las teorías, así como a esclarecer las características del conocimiento práctico que nace dentro de los propios procesos que se realizan para construir el conocimiento social.

Bajo esta perspectiva el conocimiento es una construcción social que se da dentro de un marco sociocultural y está determinado por el lenguaje y otras características sociales, en su construcción cotidiana hay una tendencia a la inclusión de marcos de conocimientos que sirven de referencia, como se utilizan sistemáticamente en las teorías del conocimiento¹¹ (Fernández-Christlieb, 1991; Maffesoli, 1993).

Por otra parte, se debe considerar el hecho de que el conocimiento tiene consecuencias sociales porque la relación entre conocimiento y acción influye en la forma en como se genera y los fines que persigue. Para Gergen (1974, cit. Fernández-Christlieb, 1994), la psicología social genera conocimientos que se hacen obsoletos, ya que por el mismo hecho de producirlos y divulgarlos, éstos generan cambios en las personas estudiadas, con lo cual, los resultados de las investigaciones dejan de ser "representativos" de la situación, lo que implica en palabras de Fernández-Christlieb (1991) que:

11

"La filosofía, subespecie poética, que se desarrolla contemporáneamente como filosofía del conocimiento, conocimiento del conocimiento, ha sistematizado la cuestión de la inclusión de los marcos; Apel (1974) postula que todo conocimiento, por ejemplo el conocimiento cotidiano de sentido común es una interpretación de la vida que, a su vez, puede ser interpretada pero que ella misma también tiene una interpretación igualmente interpretable, hasta llegar a un último intérprete, capaz de interpretarse a sí mismo, que no del todo sorpresivamente resulta ser la colectividad genérica que vive la vida cotidiana, denominada por Royce (1908) comunidad ilimitada de interpretación" (Fernández-Christlieb, 1991, p.16).

"... lo que ya se sabe puede ser trastocado: lo predecible se vuelve incontrolable, así que lo único a que puede aspirar la disciplina es a hacer historia de comportamientos que dejaron de existir por el hecho de describirlos" (p. 164).

En este mismo sentido, Harré et al. (1989) también habla de las consecuencias morales de la divulgación de los conocimientos científicos, en el entendido de que el conocimiento genera comportamientos y los modifica.

Por tanto, los conocimientos deben sopesarse de acuerdo a los efectos que pretenden conseguir y qué criterios fundamentan esa pretensión, y para ello debe mediar la comunidad, es decir, se abren los conocimientos en y para la colectividad. La utilidad de los conocimientos debe estar dada por criterios en los que se consideren aspectos éticos, normativos y políticos de la población, como lo menciona Seoanne (1996, cit. Collier et al. 1996):

"La validez del conocimiento científico ya no está dada por el método (ciencia clásica) ni por la comunidad científica (paradigma kuhniano), sino por el consenso entre expertos, ciudadanos y afectados" (p.29).

La principal función de la construcción de teorías debe ser el generar discusiones sobre la realidad social para transformarla, lo que se pretende a partir de una actitud crítica en la que se valoren los supuestos culturales en función de las normas morales, en pro de la emancipación humana y el bienestar de la colectividad.

1.2.3- La construcción de conocimientos colectivos

Partiendo de la perspectiva socioconstruccionista se considera que a todo conocimiento le anteceden otros conocimientos, que todos los conocimientos sociales son construidos y que los conocimientos se legitiman a través del consenso lingüístico, creando las diversas

versiones de la realidades sociales. Por tanto, la psicología social no solamente debe de enfocarse a estudiar los conocimientos que se producen al interior de la disciplina, sino también debe de estudiar los diversos tipos de conocimientos sociales (religiosos, populares, colectivos, de la práctica y cotidianos).

Se propone una gnoseología colectiva que se puede definir como la teorización sobre las diversas formas de aprehensión, comprensión y construcción del conocimiento colectivo que se va dando en el devenir, mantenimiento y transformación de las culturas. Esto implicaría la teorización de los procesos psicosociales que generan las diversas formas de aprehensión y comprensión del conocimiento societal, las diferentes fuentes de generación e información y la distribución de saberes y conocimientos.

Como parte de esa "gnoseología colectiva" estaría el conocimiento colectivo cotidiano, que puede ser comprendido como los procesos relacionales y de comunicación que se dan al interior de una cultura, que permiten la creación de significados y sentidos para construir las diversas realidades sociales y su comunalidad, y en los cuales, el lenguaje cotidiano es mediador y mediatizado.

Estos conocimientos colectivos cotidianos son contruidos comunicativamente y establecidos socialmente, y son como lo que Zemelman (1987) ha llamado textura de la realidad: "... la articulación entre gnosis y tradiciones, experiencia y visiones, información y cultura" (p.8). Son un conjunto de universos que más que fungir como conocimientos explicativos configuran pensamientos que permiten la aprehensión de los fenómenos en proceso de transformación para tomarlos en categorías particulares de lenguaje. Por lo que, en palabras de Fernández-Christlieb (1991) el lenguaje siempre ha sido:

"...el juego de los juegos y la realidad de las realidades. En efecto, la cultura y la civilización, el conocimiento y la conciencia, el pensamiento y todo de lo que de ellos se deriva son obra del lenguaje, de suerte que resulta más adecuado afirmar que el lenguaje creó al ser humano y no al revés". (p. 128).

Es así como el conocimiento colectivo cotidiano se considera una categoría cultural del lenguaje y su acción transformadora se sustenta con las tres funciones del lenguaje que menciona Habermas (1985) 1) reproducción cultural o actualización de las tradiciones, 2) integración social o coordinación de planes de los diversos actores en la interacción social, y 3) socialización o interpretación cultural de las necesidades. Estas funciones se generan en el contexto de las interacciones cotidianas.

En estos términos, estudiar el conocimiento colectivo cotidiano también implica la investigación de la vida cotidiana, lo cual requiere la utilización de opciones metodológicas, ya que al incorporar este sentido de la realidad como parte del estudio, se proporciona una alternativa más para aproximarse a dominios poco penetrados por la psicología y que forman parte del mundo al cual se pertenece. Por lo mismo, esto representa retos metodológicos: el adentrarse en la vida cotidiana y en su discurso requiere de razonamientos y técnicas cualitativas y comprensivas (interpretativas), lo que a su vez remite a enfocarse al estudio de la pragmática del lenguaje, pues como lo dice Habermas (1985):

"... el marco teórico para el análisis empírico del comportamiento cotidiano ha de unificarse necesariamente con el marco de referencia de las interpretaciones cotidianas de los participantes.... Toda ciencia que permite las objetivaciones de significados como parte de su ámbito de conocimiento ha de hacer frente a las consecuencias metodológicas de la función participativa de un intérprete que no 'da' significado a las cosas observadas, sino que tiene que hacer explícita la significación 'dada' a objetivaciones que únicamente pueden comprenderse como procesos de comunicación" (pp. 40-41).

Por otra parte, y siguiendo la perspectiva psicosocial, otra de las teorías que penetra el vasto mundo del conocimiento colectivo, del pensamiento profano o de las formas de

interpretación de la realidad, es la teoría de las representaciones sociales (desarrollada por Moscovici, 1961), cuyos antecedentes más directos pueden hallarse en los trabajos de Durkheim (Durkheim y Mauss, 1969; Durkheim, 1974). Sin embargo, a pesar de que la teoría de las representaciones sociales abarca diversos procesos psicosociales subyacentes al conocimiento colectivo, se ha producido un gran abismo entre los resultados de las investigaciones y la teorización, ya que la mayor parte de los informes de investigación son la descripción de los datos obtenidos estadísticamente¹². Esto soslaya el carácter construccionista de las representaciones y los procesos comunicativos que entran en juego para que aquéllas se mantengan y/o se transformen a través del tiempo, como lo señala Fernández-Christlieb (1994):

“La representación social supone la existencia de un conocimiento establecido, un pensamiento lento, una parte osificada del Espíritu, constituido de todo aquello que es públicamente reconocido como real, tal como las categorías genéricas, el lenguaje, lo viejo, las tradiciones, los esquemas de referencia, las normas, la producción material, la estructura social, lo duradero, que es lo que produce la sensación de un mundo ordenado, confiable y con sentido: lo conocido está aquí. Pero lo desconocido cognoscible aparece por todas partes...” (p.161).

Las representaciones sociales son parte del conocimiento colectivo cotidiano, son la parte lenta del pensamiento social, pero el conocimiento popular se reconstruye, se modifica, con la aparición de lo desconocido, de las novedades, de las circunstancias, de los incidentes, de los acontecimientos, de los choques culturales, entre otros (Fernández-Christlieb, 1994). En el conocimiento colectivo se da un proceso de transformación simbólica de lo desconocido para que se torne conocido, lo que Fernández-Christlieb (1994) ha llamado pensamiento rápido o fluido, que se logra por los impactos perceptuales, las conversaciones, las modas los

12

De acuerdo con Fernández-Christlieb (1994) “Las concesiones de Moscovici son que tiene que restringir la representación social a un fenómeno de conocimiento muy delimitado empíricamente, diferenciable de otros como los mitos o la memoria colectiva, que son más amplios y atemporales, porque esto era un requisito para ingresar a una disciplina habituada a tratar con fenómenos fragmentarios y operacionalmente deslindados...” (p. 166).

inventos, la dinámica social, la influencia social y la comunicación; es un proceso con el cual el pensamiento rápido transforma la estructura lenta del pensamiento colectivo y "explica como el conocimiento colectivo se piensa así mismo" y, por tanto, "se habla de la psicología colectiva" (Fernández-Christlieb, 1994).

Dada esta perspectiva teórica sobre el conocimiento colectivo cotidiano es que se argumenta la preferencia por enfocar el proceso salud-enfermedad mental a partir del socioconstruccionismo y de las Teorías del Conocimiento Social, y no partir de las representaciones sociales. Sin embargo, como ya se mencionó, las investigaciones sobre representaciones sociales de la salud de la salud-enfermedad mental y de la locura, han sido consideradas porque sus aportaciones fueron importantes para construir parte del marco teórico y para contrastar los resultados que se obtuvieron en esta investigación.

1.3- La Construcción Social de la Salud-Enfermedad Mental

"Oiga doctor devuélvame mi depresión no ve que los amigos se apartan de mí, dicen que no se puede consentir esa sonrisa idiota. Oiga doctor, que no escribo una nota desde que soy feliz"

Joaquín Sabina.

En virtud de que el objetivo del presente trabajo fue investigar lo que los pacientes psiquiátricos conocen sobre la salud-enfermedad mental, es necesario, de entrada, definir los fundamentos conceptuales de la salud-enfermedad mental desde un punto de vista socioconstruccionista, y que permiten definir la importancia de estudiar los conocimientos colectivos cotidianos de la salud-enfermedad mental.

La investigación partió de una perspectiva que considera a la salud-enfermedad mental como un proceso que se construye comunicativamente y que se asume como conocimientos y prácticas sociales. Estos conocimientos se van construyendo a partir de otras prácticas sociales como lo son la ciencia, la religión, la experiencia, las creencias, los mitos, las tradiciones, el sentido común. Por tanto, la salud-enfermedad es un discurso (es lo que se dice respecto a ella) y se actualiza como un evento para ser comprendida como significado (cfr. Figueroa y Hernández, 1991). El proceso salud-enfermedad mental, al ser incorporado en el lenguaje cotidiano, marca las pautas de acción y las normas de comportamiento, de acuerdo con las características socioculturales y con el momento histórico.

En este sentido es que se retoma la definición que Ayestarán y Martínez (1992, cit. Álvaro et al, 1992) proponen sobre salud mental:

"...es la capacidad de participar en la construcción de significados sociales así como en la transformación de la realidad social" (p.3).

Por otro lado, se habla de que la salud y la enfermedad mental son un proceso porque no se les define como estadios opuestos de "salud" o "enfermedad", sino como un gradiente de problemas de la vida, de la comunicación, de la interacción cotidiana, que las personas enfrentan y que requieren resignificar para construir otros mundos de vida alternativos. Además, se debe considerar que la salud-enfermedad mental no son solamente las personas "que lo portan", sino también también las instituciones de atención, de investigación, de formación profesional y de legislación, así como la respuesta social que se da por parte de la sociedad civil. Por lo cual, los diversos conocimientos societales generados sobre la salud-enfermedad mental que son interiorizados en las colectividades, pasan a formar parte de la construcción del proceso salud-enfermedad mental.

En la presente investigación son estudiados principalmente los términos de salud y enfermedad mental además del de locura, porque son parte de los conocimientos más difundidos y los que, tanto profesionales como legos, han tenido más acceso en la vida, y son conocimientos que se regeneran en el ámbito psicoterapéutico tradicional y en los diversos modelos de atención psicológicos y psiquiátricos, así como en la vida diaria (cine, arte, medios masivos, conversaciones, por citar algunos.). Estos conocimientos cotidianos sobre la salud-enfermedad y la locura se van adquiriendo desde la infancia y permiten adoptar con mayor facilidad los respectivos roles como lo son el de profesional de la salud, el de investigador, el de paciente, el de persona "sana" o el de "enfermo". Estos roles se desempeñan sobre todo con las características que la ciencia y el esquema médico divulgan, como lo señala Fernández-Christlieb (1991):

"La cultura cotidiana contemporánea no ofrece interpretaciones alternativas válidas para construir un sentido de la vida: el individuo contemporáneo se encuentra encerrado dentro de su propio conocimiento" (p.120).

Bajo la perspectiva socioconstruccionista la enfermedad mental ya no es vista como enfermedad sino como problemas de la comunicación, del vivir, de la interacción cotidiana (Szasz, 1974). En la medida en que se acentúa la construcción lingüística de la realidad, las enfermedades mentales y los problemas de la vida ya no son considerados como productos de una estructura intrapsíquica "defectuosa", sino como construcciones que se generan en el ámbito de las relaciones sociales, y en las que el actuar bajo una narrativa única, impide construir otras alternativas, afectando las relaciones interpersonales (Fernández-Christlieb, 1991; Gergen, 1996).

Además, "los síntomas" siempre manifiestan la problemática social en la que el sujeto está inmerso, como es el caso de los efectos de la desnutrición, de la contaminación, del estrés, de la pobreza, de la falta de prevención, de atención adecuada y tratamiento oportuno, de la

ignorancia, del hacinamiento, de la violencia (Herzlich, 1986a; Sontag, 1996), como lo menciona Watzlawick (1995):

"Si las concepciones de la realidad se desintegran, se puede llegar a aquellos estados para los que la psiquiatría se considera competente, tales como locura, depresión, suicidio y otros por el estilo." (p. 76).

Esta manera de enfocar la salud-enfermedad mental (como ya fue mencionado anteriormente) se deriva de las orientaciones posmodernas como el socioconstruccionismo, que retoman la retórica como medio para la valoración del conocimiento (González, 1989 en Perelman y Olbrechts-Tyteca, 1989), como lo menciona Meyer (1989 en *Ibíd*, p.28):

"La nueva retórica es, por tanto, el -discurso del método- de una racionalidad que ya no puede evitar los debates y debe prepararlos bien y analizar los argumentos que rigen las decisiones. Ya no es cuestión de dar preferencia a la univocidad del lenguaje, la unicidad a priori de la tesis válida, sino de aceptar el pluralismo, tanto en los valores morales como en las opiniones."

La salud-enfermedad mental es un proceso que debe ser estudiado desde diversas perspectivas teóricas, pues como lo menciona Maffesoli (1993) a partir de la "docta ignorancia"¹³:

"... el espíritu divaga en muchas manifestaciones, considerando que incluso en los actos supuestamente más serios tiene lugar lo lúdico, y tomando en cuenta que la locura tiene su parte en las obras o los organismos sociales que marcan el compás de las historias humanas, con lucidez y acaso con realismo se conforma con seguir las huellas de esta gestión en zigzag característica de nuestra condición humana." (p. 63).

Asimismo, la salud-enfermedad mental como otros tantos discursos sociales que han sido trascendentales en el devenir de la humanidad, requieren ser estudiados de cara a sus

13

La docta ignorancia, como la define Maffesoli (1993) tiene "...el espíritu del politeísmo que se niega a decidir en la efervescencia de la vida social, espíritu de lo trágico que no se siente con el derecho para reducir las aporías estructurales del dato mundano". (p. 63). La aporía es una proposición sin salida lógica.

elementos constituyentes y, por ende, a su historicidad; como conocimientos que por su misma trayectoria social se van tornando contradictorios y en los que surgen condiciones de cambio más veloces; a diferencia de otros conocimientos más arraigados como son las representaciones colectivas, que son más estables. Lo señala Fernández-Christlieb (1994) la enfermedad mental, por su gran significado social, conlleva características desconocidas que requieren ser transformadas.

Aspectos como los mencionados anteriormente permiten argumentar aun más la importancia del estudio de la salud-enfermedad mental desde la perspectiva posmoderna, pues como lo define Szasz (cit. O'Hara y Truett, 1991) los sistemas de salud mental son como:

"...una casa de naipes, sostenida por nada más y nada menos que las creencias populares y profesionales en la verdad de sus principios y la bondad de sus prácticas" (p. 7).

Acorde a todo lo anteriormente dicho es que en este trabajo se siguieron las propuestas socioconstruccionista para investigar la salud-enfermedad mental desde el punto de vista de los conocimientos cotidianos de los pacientes. Este conocimiento puede permitir una aproximación más cercana a las necesidades sociales actuales, articulando la vida privada de las personas con su realidad social.

1.3.1- Teorías legas de la salud y de la enfermedad mental

Este es un rubro que merece especial atención dado que se trata de perspectivas comunitarias encaminadas a reconocer la importancia de los conocimientos colectivos para la comprensión de la colectividad, en particular han sido utilizadas para las actividades de prevención de la enfermedad y fomento de la salud.

Para Fernández-Ríos (1994) la importancia de los conocimientos no científicos, laicos, cotidianos, de sentido común o legos ha sido demostrado por diversos autores, cuyas argumentaciones se basan en que hay un solapamiento entre el conocimiento científico y el sentido común (Furnham, 1988, cit. Fernández-Ríos, 1994), el conocimiento del sentido común suele ser superior al construido por los científicos (Feyerabend, 1984, cit. Fernández-Ríos, 1994), la ciencia y la filosofía son sentido común ilustrado (Popper, 1974, cit. Fernández-Ríos, 1994), y en las aportaciones que la psicología del sentido común hace a la psicología científica (Kelley, 1992, cit. Fernández-Ríos, 1994).

Las teorías basadas en los conocimientos populares han sido denominadas legas o del sentido común, y, en este caso, han sido retomadas a partir de diversas investigaciones que se han llevado a cabo sobre distintos tópicos de la salud y la enfermedad, y sobre otras construcciones del conocimiento. Fernández-Ríos (1994) menciona algunas de estas investigaciones: “la construcción social de la enfermedad mental” (Einsberg, 1998, cit. Fernández-Ríos, 1994), “la construcción social del paciente” (Herzlich y Pieret, 1985, cit. Fernández-Ríos, 1994), “la construcción social de la personalidad” (Gergen y Davis, 1985, cit. Fernández-Ríos, 1994), “la construcción social del conocimiento” (Knorr-Cetina, 1981, cit. Fernández-Ríos, 1994) y “la construcción social de los problemas sociales” (Buss, 1975; Laudan, 1987, cit. Fernández-Ríos, 1994).

Las teorías legas parten de los postulados de la sociología del conocimiento para enfocar el aspecto constructivista de los problemas sociales. Este enfoque constructivista considera que los problemas sociales, y los conocimientos, son construcciones y legitimaciones sociales. Este enfoque acentúa el papel de la ideología en estas construcciones, ya que las diversas ideologías comprenden una imagen de la sociedad y un programa sociopolítico.

Por tanto, se considera que son las personas las que atribuyen el carácter de problemático a ciertos sucesos y les dan un significado desfavorable. Y una vez que algo es reconocido socialmente se legitima y se manifiesta como un conjunto de creencias y conocimientos fundamentales. Esta legitimación conforma un universo simbólico que entra a formar parte del lenguaje cotidiano construyendo la realidad social de las personas, y esta es la forma en que los problemas sociales se vuelven específicos de un contexto, de un lugar y de un tiempo determinado (Fernández-Ríos, 1994).

Bajo esta perspectiva se pone de manifiesto que las personas tienen una teoría sobre el origen, la cura y la prevención de los problemas de salud, que puede o no coincidir con las teorías científicas. Dado lo cual, resulta importante para las actividades de prevención, intervención y rehabilitación, conocer tanto las teorías legas como las científicas. Para un programa de salud eficaz es menester tener en cuenta los conocimientos de los diversos participantes, profesionistas y población (Fernández-Ríos, 1994).

Por ello se considera importante desvelar la ideología que conllevan los programas de salud. Si se pretende una cultura de la salud y de la prevención, ésta debe de ser construida acorde a las necesidades de la población y por las personas que la integran. Lo cual implicaría que cada comunidad construyera sus programas asistenciales específicos, ya que cada localidad tiene sus propias teorías profanas y científicas.

Por otra parte, y para concluir este punto de las teorías legas, Fernández-Ríos (1994) señala que la utilidad de la teoría posmoderna en la práctica comunitaria puede ser muy sustanciosa. En particular, para las actividades de prevención menciona la importancia de una filosofía pospositivista de la ciencia y propone un tipo de análisis sociológico que puede realizarse sobre el mismo discurso de la teoría y práctica preventiva.

Asimismo, este mismo autor retoma las aportaciones de Turner (1990a, 1990b, cit. Fernández-Ríos, 1994) para señalar las aplicaciones de la posmodernidad en la creación del currículum interdisciplinario de los técnicos de la salud, así como las aportaciones de Fox (1991, cit. Fernández-Ríos, 1994) para la evaluación del cuidado de la salud y, por último, las reflexiones que hace Newbrough (1991a, 1992, cit. Fernández-Ríos, 1994) sobre la relevancia de la psicología comunitaria en el mundo posmoderno.

Cabe señalar que, aunque se trata de una perspectiva constructivista (en la que se da más énfasis a los procesos cognitivos-conductuales) -a diferencia del enfoque socioconstruccionista, en el que se pone más énfasis en los procesos de comunicación y en las relaciones sociales, siendo el que se desarrolla en esta tesis- resulta importante mencionar estas propuestas porque esta investigación comparte presupuestos teóricos parecidos y conlleva a las mismas propuestas de dar relevancia a los conocimientos colectivos, no solamente en la práctica preventiva, sino también en el tratamiento y en las investigaciones, y en general en la vida cotidiana.

1.3.2- Teorías biomédicas y biopsicosociales de la salud y de la enfermedad mental

En este apartado se mencionan los conocimientos que se han construido a partir de la experiencia profesional y de la investigación clínica. En particular, se retoman el modelo biomédico y el biopsicosocial debido a que son los que predominan, y porque es a partir de estos conocimientos que se ha teorizado sobre las definiciones de salud y de enfermedad mental, se han clasificado los comportamientos y los trastornos mentales, y se han estudiado sus causas. De esta forma es como se han creado los diversos modelos de explicación para instrumentar las actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación. Asimismo, estos conocimientos son los que se divulgan a través de los medios masivos de comunicación, pasando a formar parte de los conocimientos colectivos cotidianos. Por otra parte, los

pacientes por su mismo contacto con las instituciones de salud, van integrando estos conocimientos científicos a su bagaje cultural. Por lo mencionado en los puntos anteriores resulta importante desarrollar una sección de conocimientos especializados.

El modelo médico tradicional ha recibido diversidad de críticas debido a que, básicamente, se centra en el tratamiento, descuidando la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Al respecto, Fernández-Ríos (1994) señala que la mayor crítica ha partido de la psicología comunitaria, la salud mental comunitaria y la salud pública. Las críticas, se fundamentan principalmente en que: a) el modelo médico se basa en la teoría del germen, la enfermedad es debida a una causa simple y no considera la multicausalidad, b) el tratamiento se dirige a la causa y no a la variedad de casos, c) los tratamientos son deshumanizados debido a la alta tecnología y a la sobreespecialización de los profesionistas, d) las relaciones entre profesionistas y pacientes es de autoridad, e) no se le da importancia a las dimensiones sociopsicológicas y comportamentales de la enfermedad en la etiología, la prevención y el tratamiento, y f) el énfasis está en la curación y no en la prevención, de acuerdo a Thoresen y Eagleston (1985, cit. Fernández-Ríos, 1994).

A ello habría que agregar el cuestionamiento a lo que se define como curación, a los efectos iatrogénicos de los tratamientos, el descuido de los aspectos rehabilitatorios (sobre todo en los trastornos mentales), el trato deshumanizado que provocan las instituciones y el menosprecio de los conocimientos populares de los pacientes (la mayoría de las veces estos conocimientos son considerados parte del síntoma, sin acotar los aspectos culturales).

Respecto a los enfoques terapéuticos tradicionales, Gergen (1996) considera que éstos, en su diversidad, incluyen explícitamente a) la causa u origen de la psicopatología, b) la ubicación de la causa en el paciente o en sus relaciones, c) los medios de diagnóstico, y d) las formas terapéuticas, lo que implica que hay toda una narrativa sustentada por la

comunidad científica. Además de que estos enfoques tradicionales favorecen una forma de culpa.

Con respecto a las definiciones de salud mental, de acuerdo a Fernández-Ríos (1994), los diferentes intentos de formularlas se pueden agrupar en dos categorías, una que ordena las definiciones por orden cronológico y otra que las expone a partir de una serie de dimensiones o características generales de acuerdo a lo que definen.

En esta segunda clasificación la salud puede ser vista: **a)** como algo discontinuo, **b)** como continuidad o dinamismo, **c)** como utopía, **d)** como normalidad, **e)** como adaptación, **f)** como desempeño de valores sociales, **g)** como construcción social, **h)** como la capacidad para ser consciente y manejar eficazmente las interacciones cooperativas con los demás, **i)** como una orientación básica intrínseca a la naturaleza humana, y **j)** como el impedimento de las posibilidades de muerte de un individuo (Fernández-Ríos, 1994).

En particular, hay tres concepciones de salud importantes, la de salud mental positiva (actitud positiva hacia otras personas, optimismo, destreza eficaces de solución de problemas, autonomía y responsabilidad), la de la conceptualización holística de la salud: “...*un estado de interacción de aspectos físicos, mentales, emocionales, sociales, espirituales y ambientales, dentro de un individuo específico en un contexto sociomaterial determinado*” (Fernández-Ríos, 1994, p. 34). Y una tercera, que es el de la salud supraindividual, la cual se da cuando los diferentes sistemas que componen una sociedad funcionan de manera saludable y cualquier alteración en uno de los sistemas, altera los otros (Fernández-Ríos, 1994).

Como lo advierte Fernández-Ríos (1994), la OMS (1986, cit Fernández-Ríos, 1994) con su programa “Salud para todos en el año 2000” se centra en los componentes positivos de la

salud en lugar de acentuar la enfermedad. Este enfoque *salutogénico* ha hecho que el modelo médico vaya decayendo y surja el biopsicosocial (Fernández-Ríos, 1994).

El modelo biopsicosocial es, más bien, una aproximación de la Teoría General de Sistemas (que presupone un enfoque holístico de la prevención) a la génesis y al tratamiento de las enfermedades (Fernández-Ríos, 1994). Esta aproximación toma en cuenta los diferentes factores que pueden intervenir en el desarrollo de una enfermedad y considera la vulnerabilidad de los distintos sistemas que entran en juego. Asimismo, este enfoque ha retomado presupuestos de la cibernética y, más recientemente, del constructivismo y del socioconstruccionismo.

Continuando con el modelo *salutogénico*, sus presupuestos teóricos se basan en una continuidad entre salud y enfermedad que es multidimensional; no se centra en la etiología, sino en la historia cabal del ser humano; en lugar de considerar los estresores en primer plano los deja como situaciones para resolver y se concentra en los recursos de afrontamiento. Es decir, el modelo se focaliza al fortalecimiento de los recursos de salud, otorga importancia a la adaptación activa del organismo a su medio ambiente y los casos de desviación se consideran al contrario, o sea, *¿quiénes permanecen sanos en condiciones de estrés?* (Fernández-Ríos, 1994). De ahí que la OMS se centre en los componentes positivos de la salud, como lo son el a) añadir vida a los años, b) añadir salud a la vida y c) añadir años a la vida.

La OMS, desde 1946, deja de considerar la salud solamente como ausencia de enfermedad e incorpora la presencia de bienestar. La Federación Mundial para la Salud Mental define en 1962 la salud mental como **“un estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo del sujeto en la medida en que no perturbe el desarrollo de sus semejantes”** (Belloch, Sandín y Ramos, 1995, p. 55).

Sin embargo, no ha sido posible una definición de salud mental que abarque todo lo que ella implica, por lo que ha sido más factible señalar sus componentes. Esta imprecisión para lograr definiciones de salud y de enfermedad se debe, entre otras cosas, a que es un proceso relativo al momento histórico y al contexto cultural (Guinsberg, 1976; Fernández-Ríos, 1994; Belloch et al., 1995).

“Una posible conceptualización integradora sería aquella que considera a ésta como un estado de interacción de aspectos físicos, mentales, emocionales, sociales, espirituales y ambientales, dentro de un individuo específico en un contexto sociomaterial determinado” (Fernández-Ríos, 1994, p. 34).

El tema de la enfermedad mental ha sido el más trabajado y se conocen más aspectos de éste que de la salud, pues no hay que perder de vista que la conciencia de salud parte de los conocimientos sobre las enfermedades (Canguilhem, 1982).

Ha sido la psicopatología, como una rama de la medicina, la que se ha encargado del estudio de las enfermedades mentales, de los trastornos de la personalidad, de los trastornos mentales o la conducta anormal. En general este campo de la medicina siempre ha tenido dificultades en la delimitación de su campo de estudio (Belloch et al., 1995).

La enfermedad mental está compuesta de signos: **“incluye cambios que pueden observarse y registrarse objetivamente e incluye todo tipo de conductas de interés clínico, susceptibles de observación sistemática, de análisis y de medida a través de las más diversas técnicas o escalas”** (Belloch et al., 1995, p. 131), y de síntomas: **“son informaciones subjetivas, relativas a experiencias recordadas, e incluyen fenómenos no siempre observables... y pertenecientes al mundo privado”** (Belloch et al., 1995, p. 131-132).

La mayoría de los sistemas de clasificación de enfermedades mentales (que es una tradición desde Kraepelin) se basan en atributos concurrentes e indicativos de conducta desviada y utilizan los siguientes parámetros: biofísico, intrapsíquico, fenomenológico y conductual. Los signos clínicos pertenecen al ámbito biofísico y conductual; los síntomas, al ámbito fenomenológico (Belloch et al., 1995, p. 131). De acuerdo a Guinsberg (1976) los parámetros que se han tomado para definir la enfermedad mental o los trastornos mentales han sido: el estadístico, el normativo y el genético o evolutivo.

Desde esta perspectiva se han construido la mayoría de las clasificaciones de enfermedad mental; son clasificaciones descriptivas que parten de la etiología (causa u origen de la enfermedad) y son agrupamientos de síntomas. Una de las principales clasificaciones es la de la OMS: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte (ICD, en español CIE), que abarca otras enfermedades y estados patológicos. Otra de las clasificaciones reconocidas, que surge posteriormente, es el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM), de la Asociación Psiquiátrica Americana. Las actualizaciones periódicas de cada manual consideran los contenidos y los cambios que se establecen en uno y en otro.

Cabe señalar que en México, tanto en la formación profesional como en la práctica institucional, se utilizan ambas clasificaciones, de allí la importancia para que sean consideradas en este trabajo. En particular se toman las versiones DSM-III- R, DSM-IV, CIE-9 y CIE-10 porque son las vigentes.

El DSM-III-R (1988) señala que tanto para los conceptos de trastorno mental como para los conceptos de trastorno somático y salud física y mental, no existe una definición satisfactoria que especifique límites precisos:

“...cada uno de los trastornos mentales es conceptualizado como un síndrome o un patrón psicológico o conductual clínicamente significativo, que aparece en un individuo y que se encuentra asociado de forma típica con un síntoma perturbador (distress) o deterioro en una o más áreas principales de actividad (incapacidad) o con un riesgo significativamente mayor de padecer dolor, incapacidad, pérdida de la libertad o muerte” (p.xxvii)...Cualquiera que sea su etiología, el trastorno es considerado como una disfunción psicológica, conductual o biológica...No hay ningún postulado que afirme que cada trastorno mental es una entidad discreta con límites precisos (discontinuidad) respecto a otros trastornos mentales y a la ausencia de trastorno mental” (p.xxvii).

La etiología o los procesos patofisiológicos de algunos trastornos mentales son bien conocidos, como en el caso de los trastornos mentales orgánicos (o se han identificado los factores orgánicos para el desarrollo de la enfermedad o se presupone su existencia). También en los trastornos adaptativos se conoce la etiología, que es una reacción al estrés psicosocial. Sin embargo, de la mayoría de los trastornos incluidos en el DSM-III-R se desconoce su etiología (DSM-III-R, 1988), y la gravedad del trastorno se considera leve, moderada o grave.

En el caso del CIE-10, tampoco se define la salud mental, mientras que la enfermedad se define como:

“El término ‘trastorno’ se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como ‘enfermedad’ o ‘padecimiento’. Aunque ‘trastorno’ no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos en el CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales” (CIE-10, pp. 26-27).

Por otra parte, y para finalizar esta sección, a continuación se presentan las clasificaciones de trastornos mentales que uno y otro manual realizan, puesto que establecen los agrupamientos de los comportamientos trastornados no solamente de acuerdo a las causas que los originan (etiología) -cuando son conocidas-, sino también con base en la predominancia de los comportamientos. Por tanto, como puede verse en seguida, las causas

se categorizan como orgánicas (de nacimiento o por factores externos como sustancias, golpes) o psíquicas (por las actividades que afectan, personalidad o funciones corporales); por la edad (etapas del desarrollo); por el grado del trastorno (trastornos del carácter, neurosis y psicosis); por la fuente del estrés (características de la personalidad o estrés psicosocial); por el grado de adaptación y la capacidad para relacionarse socialmente; por la veracidad de los síntomas; y por la identidad de género.

El DSM, está dividido en 5 ejes (sistema multiaxial):

El DSM-III

El DSM-III-R

<p>I. Síndromes psiquiátricos</p> <p>II. Trastornos de la personalidad y del desarrollo</p> <p>III. Trastornos físicos</p> <p>IV. Gravedad global de los estresores psicosociales</p> <p>V. Nivel más alto de funcionamiento adaptativo en el año anterior</p>	<p>I. Síndromes clínicos</p> <p>II. Trastornos del desarrollo Trastornos de la personalidad</p> <p>III. Trastornos y estados físicos</p> <p>IV. Gravedad de estrés psicosocial</p> <p>V. Evaluación global del sujeto</p> <p>Y contempla las siguientes áreas de características clínicas:</p> <p>I. Síntomas psicóticos</p> <p>II. Trastornos del estado de ánimo</p> <p>III. Probabilidad de causas orgánicas específicas</p> <p>IV. Ansiedad irracional, conducta de evitación y aumento de la activación</p> <p>V. Quejas somáticas o ansiedad referida a enfermedades</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Principales categorías diagnósticas:

DSM-III-R

DSM-IV

<ol style="list-style-type: none">1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia2. Trastornos mentales orgánicos3. Trastornos por uso de sustancias psicoactivas4. Esquizofrenia5. Trastorno delirante6. Trastornos del estado de ánimo7. Trastornos por ansiedad8. Trastornos somatoformes9. Trastornos disociativos10. Trastornos sexuales11. Trastornos del sueño12. Trastornos facticios13. Trastornos adaptativos14. Factores psicológicos que afectan el estado físico	<ol style="list-style-type: none">1.- Trastornos normalmente diagnosticados por primera vez en la infancia, la niñez y la adolescencia2.- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos3.- Trastornos mentales debidos a una alteración médica general, no clasificados en otros apartados4.- Trastornos relacionados con sustancias5.- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos6.- Trastornos del estado de ánimo7.- Trastornos de ansiedad8.- Trastornos somatoformes9.- Trastornos facticios10.- Trastornos disociativos11.- Trastornos sexuales y de identidad de género12.- Trastornos alimentarios13.- Trastornos del sueño14.- Trastornos del control de los impulsos, no clasificados en otros apartados.15.- Trastornos adaptativos16.- Trastornos de la personalidad17.- Otras alteraciones que pueden ser foco de atención
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Para el caso de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), las principales categorías diagnósticas son:

CIE-9

CIE-10

<p>1.- Psicosis orgánicas</p> <p>2.- Trastornos neuróticos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (en este apartado se consideran todas las alteraciones mentales desde trastornos del carácter, neurosis, alcoholismo, farmacodependencia, desviaciones sexuales, trastornos psicósomáticos, hasta los trastornos del desarrollo)</p> <p>3.- Retraso mental</p>	<p>1. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos</p> <p>2. Trastornos mentales y del comportamiento</p> <p>3. Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes</p> <p>4. Trastornos del humor (afectivos)</p> <p>5. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomoros</p> <p>6. Trastornos del comportamiento, asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.</p> <p>7. Trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto</p> <p>8. Retraso mental</p> <p>9. Trastorno del desarrollo psicológico</p> <p>10. Trastorno del comportamiento y de las emociones, de comienzo habitual en la infancia y adolescencia</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

II. MÉTODO

"Es de toda excelencia la verdad, que si con ella se alaban cosas mínimas, éstas se tornan nobles y su verdad es en sí de toda excelencia que aun cuando se extienda sobre las humildes y bajas materias, excede sin comparación a las incertidumbres y mentiras extendidas sobre magnos altísimos discursos."

Leonardo Da Vinci.

El presente trabajo es una investigación cualitativa, de orientación socioconstruccionista, en la que se utilizó análisis de contenido cualitativo-interpretativo.

El marco teórico de la investigación, como ya ha sido mencionado, sustenta que la realidad social se va construyendo a través de las relaciones que se establecen con el mundo que nos rodea, lo cual está mediado por el lenguaje. Por tanto, la realidad social es la construcción de los diversos discursos (cotidianos, no cotidianos, científicos e institucionales) que se dicen sobre ella. Estos discursos son los conocimientos sociales que hacen a las culturas, siendo unos de sus principales procesos de construcción, la comunicación y el lenguaje cotidiano, como lo menciona Ibáñez (1989):

"En definitiva, el conocimiento científico tiene en común con el conocimiento sin otras adjetivaciones el hecho de nacer en el seno de la interacción social y de construirse en el espacio de la intersubjetividad con base en las convenciones lingüísticas, a los presupuestos compartidos y a los diversos procedimientos para establecer un consenso que sólo es posible gracias a la existencia de un mundo de significados comunes" (p. 231).

Por tanto, para recabar la información, la investigación requirió de procedimientos en los que se pudiera obtener la mayor riqueza posible respecto a lo que los pacientes conocen sobre la salud y la enfermedad mental, con el fin de reconstruir e interpretar sus discursos del proceso salud-enfermedad mental; ya que como lo define Fernández-Christlieb (1994), los comportamientos son conocimientos que se construyen comunicativamente:

"Para comprender la realidad psicosocial debe considerarse a la sociedad como una gigantesca conversación, donde intervienen todos los elementos disponibles de la manera más inopinada" (Fernández-Christlieb, 1988 p. 52).

Debido a este enfoque dentro de la investigación se necesitó del análisis cualitativo e interpretativo, en virtud del interés de buscar los significados en la vida social y su elucidación. La descripción narrativa resultó ser una de las técnicas básicas para tener acceso a los mundos de vida y a los discursos cotidianos (Erickson, 1989):

"El interés del contenido interpretativo lleva al investigador a buscar métodos que resulten apropiados para el estudio de ese contenido" (Erickson, 1989, p. 196).

Además, para poder comprender los fenómenos sociales el investigador requiere descubrir la "definición de la situación" del actor, es decir, su percepción e interpretación de la realidad y la forma en que éstas se relacionan con su comportamiento; en el entendido de que la percepción de la realidad del actor gira sobre su interpretación actual de las interacciones sociales en que él y otros participan, lo que a su vez se apoya en el uso de los símbolos en general y del lenguaje en particular (Schwartz y Jacobs, 1984).

Este acceso al mundo de vida de otras personas implica investigar las actividades diarias, los motivos y significados, las acciones y reacciones del actor individual en el contexto de su vida diaria que, para este caso de los pacientes psiquiátricos hospitalizados, se enfoca a su vida en la institución psiquiátrica. Para esta aproximación a los mundos de vida, los métodos cualitativos que utilizan el lenguaje natural resultan ser mejores para lograrlo en breve tiempo (Schwartz y Jacobs, 1984).

2.1- Conceptualización de la temática de investigación

Los conocimientos cotidianos han sido menospreciados dado el predominio de los conocimientos técnicos y científicos, a pesar de que éstos son retomados y tecnologizados de los conocimientos cotidianos. Por otra parte, es importante conocer los conocimientos legos o colectivos cotidianos, ya que a través de la función pragmática del lenguaje se crean comportamientos. La difusión y divulgación de los conocimientos científicos, como lo hace la psicología (Harré et al., 1989; Harré, 1989), podría estar coadyuvando a la discriminación y a la estigmatización de los pacientes psiquiátricos y, en general, a no aprovechar todo lo que esta disciplina podría aportar, pues como lo menciona Gergen (1996), el afán de querer dar mejores condiciones de vida a las personas ha creado más bien mayor confusión y desfortuna.

Asimismo, a partir de la comprensión de los conocimientos colectivos cotidianos se están construyendo lo que se conoce como teorías legas de la salud y de la enfermedad (Fernández-Ríos, 1994; Furnham, 1994). Estas teorizaciones, como ya se había dicho en otra sección, han permitido guiar, de una manera más cercana a las necesidades de la población, los programas preventivos y de intervención comunitaria. Con el enfoque socioconstruccionista se puede generar una mayor participación comunitaria al considerar la intervención como un intercambio de conocimientos científicos, especializados y cotidianos, partiendo de que todos (profesionistas y ciudadanos) tienen conocimientos que aportar, construir y deconstruir.

Por tanto, la investigación sobre la construcción de los conocimientos colectivos de la salud-enfermedad mental, específicamente los que van construyendo los pacientes hospitalizados en una institución psiquiátrica, es un área que debe ser trabajada para comprender mejor la situación de paciente psiquiátrico hospitalizado y, conjuntamente con ellos, ir construyendo

conocimientos que permitan ofrecerles más oportunidades de recuperación. Estos conocimientos colectivos también pueden ser considerados en programas preventivos y de rehabilitación.

Con este enfoque socioconstruccionista se están generando investigaciones cuyos objetivos no serían únicamente los de obtener datos, sino el de propiciar cambios (más allá de los que suscita el propio proceso investigativo) orientados a la solución de problemáticas sociales, es decir, desarrollar líneas de investigación-acción. Con estas tendencias se podrían incrementar las investigaciones sin descuidar las intervenciones preventivas, educativas, terapéuticas y rehabilitatorias, pues serían un mismo proceso: intervención-investigación. El presente trabajo es un intento por lograr todas estas propuestas que se han señalado.

2.2- Población

En total se entrevistaron 39 pacientes¹⁴ psiquiátricos hospitalizados en un nosocomio público, 19 hombres y 20 mujeres, que fueron seleccionados por criterio (Strauss y Corbin, 1991). Este criterio incluyó, por un lado, que los pacientes quisieran participar y, por el otro, que su estado físico y emocional les permitiera poder llevar a cabo las entrevistas, por lo que quedaron fuera, principalmente, los casos con diagnóstico de retraso mental severo, síndrome orgánico cerebral crónico y psicosis en fase aguda.

La muestra de los pacientes quedó conformada con las siguientes características: 51 % son mujeres y 49 % son hombres, sus edades oscilan entre los 19 y los 60 años, el mayor

14

En total se habían seleccionado 40 pacientes, sin embargo uno de los pacientes masculinos se escapó del hospital y no fue posible continuar con su entrevista. No se pudo reemplazar porque no había otro paciente en condiciones de participar en la investigación dentro de las secciones autorizadas para llevarla a cabo. Se hubiera requerido todo un proceso administrativo para ampliar el tiempo de la investigación o para pasar a otro piso; por cuestiones prácticas se dejó así la muestra.

porcentaje lo tienen los pacientes de 30 a 39 años (49 %), siguiéndoles los de 20 a 29 años (23 %). Respecto a la escolaridad, 25 % de los pacientes son alfabetos, 14 % tienen la primaria completa, 19 % tienen la secundaria, 16 % tienen preparatoria o carrera técnica, 18% tienen profesión, y solamente un 8 % son analfabetos. Cuentan con empleo 62 %. De estos pacientes, 45 % son de reingreso y 55 % son de primera vez.

2.3- Procedimiento

La técnica empleada fue una guía de preguntas/tema abiertas (ver anexo 1), que se desarrolló a manera de entrevista semiestructurada (Sierra, 1998) con una duración promedio de 45 minutos. La mayoría de los pacientes permitieron que se les grabara.

La entrevista se llevó a cabo individualmente y fue confidencial. Asimismo, se hicieron los registros pertinentes para la elaboración del diario de campo.

Las preguntas semi-estructuradas de la guía fueron desarrolladas como temas (ver anexo 1). Cada una de estas preguntas-tema son categorías globales, pre-establecidas, y comprenden las siguientes áreas temáticas: definiciones de salud y de enfermedad, causas que originan la enfermedad, diferencias entre enfermedad y locura, tratamientos, motivos de hospitalización, trato hospitalario, trato social, y se agregó una última pregunta de comentarios generales, para todos aquellos comentarios e intervenciones libres que no fueron contempladas de inicio.

Estas categorías lingüísticas son, por tanto, categorías culturales, ya que se considera que representan nociones generales sobre los conocimientos de la salud y la enfermedad que cualquier persona va construyendo a lo largo de su vida y que se utilizan en el lenguaje

cotidiano. El significado y sentido de estas categorías generan modos de comportamiento y estilos de vida.

2.4- Análisis de la información

El análisis de la información se realizó a través de un Análisis de Contenido interpretativo y cuali-cuantitativo (López-Aranguren, 1986; Ruíz e Ispizúa 1989). Para esto último se empleó el programa de cómputo Tally versión 3.0 (Duke University Press, 1991; Gotto y Trotter, 1993), que analiza los temas y el contenido del texto y ayuda a ordenar y a manipular los datos electrónicamente, para obtener frecuencias, porcentajes y matrices de ocurrencias.

El contenido mismo de las entrevistas, las preguntas-tema de la entrevista semi-estructurada como categorías globales y pre-establecidas, sirvieron de guía para la construcción de las otras categorías y códigos (mnemónicos) que se utilizaron posteriormente para la codificación del texto.

III.- RESULTADOS

"Si dudo, esta duda no se refiere tanto a los hechos mismos como a la exagerada creencia que se tiene en ellos".

T. Fontane.

Los resultados de la presente investigación fueron obtenidos a través de un análisis de contenido cuanti-cualitativo e interpretativo, por lo que las categorías lingüísticas (categorías globales y subcategorías: códigos o mnemónicos), además de ser analizadas de acuerdo a sus frecuencias y porcentajes, fueron interpretadas en su contexto, es decir, considerando el sentido de la frase en que fueron dichas.

En primera instancia, como ya se señaló en la sección de procedimientos, se partió de cada una de las nueve preguntas-tema de la entrevista que, como categorías globales, representan las distintas nociones sobre los conocimientos que los pacientes van construyendo sobre la salud-enfermedad mental.

Por tanto, para cada pregunta-tema se realizó un análisis, y a cada una se le construyó un grupo de subcategorías o códigos (mnemónicos), que fue el mismo para mujeres y para hombres (ver tablas 1 y 1.1 a 9.2 en el anexo 2¹⁵), para poder codificar el texto y llevar a cabo el análisis de contenido. Dado que la respuesta específica del paciente se daba tanto ante la pregunta-tema particular a esa categoría, como ante otras de las preguntas-tema, se decidió analizar cada categoría global y su conjunto de códigos o mnemónicos a lo largo de toda la entrevista, y no solamente por la pregunta respectiva. Por tanto, diversos códigos se repiten varias veces por paciente. Por otro lado, no se analizó la frecuencia de los códigos con base

15

Todas las tablas se ubican en el anexo 2 de la página C a la X, y su numeración corresponde al número de la pregunta guía, por tanto, en lo sucesivo solamente se mencionará el número de tabla.

al número de pacientes, sino a la frecuencia con que en general es utilizada la categoría o mnemónico (ver tablas 1 y 1.1 a 9.2).

Todos los análisis se realizaron grupalmente y por sexo, es decir, por las respuestas emitidas por el total de pacientes de sexo femenino y, por otra parte, por el total de respuestas de los pacientes masculinos, pero se utilizó el mismo grupo de mnemónicos para los dos sexos (como se señaló anteriormente)¹⁶.

Para un manejo práctico de los resultados éstos se presentan por cada pregunta-tema (categoría global), mismos que comprenden la frecuencia y porcentaje de los códigos que permiten el análisis del tema y de su contenido, que se ejemplifica con las respuestas o frases textuales más representativas de los códigos o mnemónicos con mayor frecuencia.

Es importante comentar que al consultar los expedientes en el inicio de la investigación, aproximadamente unos 10 pacientes de los 39 que participaron tenían en su expediente un diagnóstico de retraso mental, de moderado a severo, por lo cual se habían descartado.

Sin embargo, algunos de estos pacientes se acercaron por sí solos porque querían participar en la investigación y al entrevistarlos se observó que no coincidía su comportamiento (dadas sus respuestas y su desempeño en la entrevista) con los diagnósticos de retraso mental moderado o severo, como aparecía en el expediente, y que más bien su estado obedecía a los efectos iniciales del medicamento (periodo de "impregnación") o era debido a que algunos tenían poco tiempo de haber recibido terapia electroconvulsiva.

16

Ya que, además de que el programa no admite trabajar con más de 20 casos a la vez, resulta básico analizar los casos, de acuerdo al género.

Dadas las circunstancias, para continuar eligiendo pacientes se decidió abordarlos directamente, y con la misma entrevista se analizaba si podían seguir siendo entrevistados o ésta se interrumpía; posteriormente se obtenía la información adicional de los expedientes.

3.1- DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD MENTAL

Esta pregunta se realizó con el objetivo de conocer cómo definen los pacientes la enfermedad mental. En las diversas definiciones que se dieron se observó que éstas contemplaban una variedad de aspectos, como son: la ubicación del mal, las causas que lo originan, la descripción del tipo de comportamiento o simplemente la ausencia de salud. En las definiciones obtenidas, se utilizó desde un lenguaje muy técnico-científico, hasta el más "popular", y éstas eran concretas y específicas, coloquiales o metafóricas, con alusión a diversos aspectos de la vida cotidiana, como son el ambiente, las religiones, el conocimiento y las relaciones interpersonales.

Para construir los códigos o mnemónicos para analizar el contenido de las entrevistas (tanto para mujeres como para hombres) se clasificó a las definiciones en tres grandes categorías, que no son excluyentes unas de otras; además, se utilizó una cuarta clasificación de acuerdo a la forma en que fueron dadas dichas definiciones, al tipo de lenguaje utilizado y a los aspectos de la vida cotidiana que son parte de la enfermedad (ver tabla 1)¹⁷. Estas clasificaciones son: por la ubicación de la enfermedad, por las causas que la provocan, por el tipo de comportamiento que describen y por el tipo de definición.

17

Con el fin de hacer más comprensible el análisis, para esta pregunta en especial se construyó una tabla adicional de mnemónicos de acuerdo a esta clasificación. Aparte, se presentan las frecuencias y porcentajes por sexo en las tablas 1.1 y 1.2.

La clasificación de las definiciones de acuerdo a la ubicación de la enfermedad se dividieron en 1) físicas, es decir, en las que la ubicación se haya en alguna parte del cuerpo, como los nervios¹⁸, el cerebro, la cabeza; 2) como procesos psicológicos, que se ubican en la mente y en los sentimientos, que no son tangibles como la falta de raciocinio, el estado de ánimo, el valerse por sí mismo; y 3) como problemas sociales y morales en los que se consideran los comportamientos de los demás como parámetros, así como las normas y las consecuencias éticas del comportamiento.

La clasificación de las definiciones por las causas que originan las enfermedad contemplan aspectos como el uso de drogas y alcohol, golpes, problemas psicológicos, causas hereditarias, problemas familiares. La clasificación por el tipo de comportamiento que describen hace alusión a comportamientos antisociales, alteraciones mentales y/o comportamientos irracionales de falta de autocontrol.

La cuarta clasificación, que considera el tipo de definiciones, se dividió en definiciones científicas, populares, románticas y metafóricas; y de acuerdo a qué aspectos aluden, en médico-biológicas, médico-psicológicas, factores ambientales, mágico-religiosas o simplemente a la ausencia de salud.

Con base en estas cuatro clasificaciones se construyeron 24 códigos o mnemónicos para codificar las entrevistas y procesar la información con el programa de cómputo Tally (ver.3.0). Estos mnemónicos quedaron distribuidos de la siguiente manera: 3 respecto a la ubicación de la enfermedad, 7 de acuerdo a las causas que originan la enfermedad, 3 por el tipo de comportamiento descrito y 11 por el tipo de definición (ver tablas 1, 1.1 y 1.2).

18

En esta clasificación se incluyen "los nervios", debido a que los pacientes les dan un sentido más físico, de una parte del cuerpo, no como un proceso o una alteración mental.

Al hacer una comparación entre el grupo de respuestas dadas por los hombres y por las mujeres (ver tablas 1, 1.1 y 1.2), se observa que tanto los hombres como las mujeres se apoyan más en la ubicación de la enfermedad para dar sus definiciones 19 casos (26.43%) y 22 casos (28.95%) respectivamente. Sin embargo, las mujeres se basan más en la descripción de los comportamientos 11 (15.07%) que los hombres 10 (13.15%). Lo contrario a esto último ocurre para definir la enfermedad con base en las causa que la provocan 9 (12.33%) en el caso de las mujeres, y 12 (15.79%) en los hombres.

Las definiciones basadas en la ubicación de la enfermedad, en ambos casos, se centran más en una ubicación corporal, más física, 12 casos femeninos (15.79%) y 12 casos masculinos (15.79%). Las mujeres no ubican la enfermedad mental como un problema moral.

En las definiciones basadas en causas que provocan la enfermedad, las atribuciones son totalmente diferentes, para las mujeres predominan las causas psicológicas como conflictos interpersonales y emocionales 5 casos (6.85%). Para los hombres predominan las causas por uso de drogas y alcohol 5 (6.58%) , así como por lesiones físicas, 4 casos (5.26%). En ambos casos no se utilizan las causas por problemas de nacimiento o las causas mágico-religiosas para definir la enfermedad, aunque posteriormente se verá que sí utilizan estas causas para definir el origen.

Los comportamientos que se utilizan para definir la enfermedad, también son utilizados de manera diferente, las mujeres remarcan más los comportamientos irracionales 8 casos (10.96%), mientras que los hombres se basan tanto en los comportamientos irracionales 4 casos (5.26%), como en los comportamientos antisociales, 4 casos (5.26%).

Respecto a las definiciones dadas, tanto en hombres como en mujeres la mayoría son de carácter “popular” 17 (23.29%) en el caso de las mujeres, y 12 (15.79 %) en los hombres,

siguiéndoles las definiciones científicas 4 (5.48 %) en el caso de las mujeres y 6 (7.89%) en el caso de los hombres; posteriormente, se dan las definiciones médico-psicológicas, que para las mujeres es de 3 (4.11%) y para los hombres 5 (6.58%). Sin embargo, las mujeres se basan más en definiciones sociales en las que predominan los conflictos interpersonales 4 (5.48%) y utilizan más las metáforas 3 (4.11%). Los hombres se basan más en definiciones relacionadas con el medio ambiente 3 (3.95%) y utilizan más las definiciones de carácter romántico y benévolo 3 (3.95%). Es importante señalar que en ambos casos no utilizaron la problemática económica para definir la enfermedad, sin embargo, como se observará posteriormente, sí la retoman como causa.

En particular, los resultados obtenidos para las pacientes son los que a continuación se mencionan:

De los 24 mnemónicos originales, solamente 22 se analizaron (ya que algunos de ellos son solamente utilizados por los hombres), en total se encontró una frecuencia de 73 casos, lo cual representa que algunos mnemónicos se repitieron en cada entrevista (ver tablas 1 y 1.1).

En términos generales, la mayoría de las pacientes, 19 (26.03 %), utiliza como parte de su definición la ubicación de la enfermedad en alguna parte del cuerpo, sea un lugar específico o como un proceso mental. Como segundo factor para dar sus definiciones, las pacientes utilizan la descripción de los comportamientos, 11 casos (15.07 %). Respecto a la utilización de las causas que originan la enfermedad, fueron 9 casos (12.33 %). El análisis de cada una de estas categorías se dará en seguida, así como el del tipo de definición, ya que éste último es mejor desglosarlo.

De las definiciones de enfermedad mental dadas de acuerdo a la ubicación de la enfermedad, el mayor número de éstas, 12 casos (16.44%), son ubicadas en alguna parte del cuerpo como el cerebro o los nervios. Como ejemplo de esto, una definición textual representativa sería:

“...dolores de cabeza, ataques, infección de los nervios”.

Para el caso de la ubicación de la enfermedad en la mente (como un proceso) se obtuvieron 7 casos que representan el (9.59%), se ejemplifica:

“...por eso su mente de tanto trabajar y trabajar, estalla, explota, enferma mentalmente.”

Las definiciones basadas en las causas obtuvieron un mayor porcentaje 5 casos (6.85%) en las causas relacionadas a conflictos interpersonales y emocionales:

“...tienen muchas decepciones, muchos fracasos en sus vidas, muchas amarguras, muchas penas...”

Las demás, 4 casos (5.48 %) se distribuyeron en 1 (1.37%) para cada una de las otras causas.

Las definiciones dadas por el tipo de comportamiento se concentran en comportamientos irracionales, en los que no hay control de las emociones ni de los actos, 8 casos que representan el (10.96%):

“Deficiencia en la capacidad de razonamiento. Es carecer de facultades mentales y que se está en un tratamiento psiquiátrico.”

De acuerdo al tipo de definición 17 (23.29%) son definiciones populares como estar mal de los nervios, de la cabeza:

“Es estar mal del cerebro. Es estar loca, no coordinar”.

Son definiciones científicas, 4 (5.48%), las que utilizan nombres psiquiátricos o nociones técnicas:

“El tipo de comportamiento que se presenta en menor escala en una cierta sociedad.”

En las definiciones sociales imperan los problemas de relaciones interpersonales, 4 casos (5.48%):

“...o sea la enfermedad mental viene siendo un desacuerdo consigo mismo y con los demás, los demás que piensan de ella que está loca, es la enferma mental.”

En las definiciones que remarcan más las alteraciones psicológicas (alteraciones emocionales, mentales), 3 (4.11%):

“...o sea que no se entiende a sí misma y se trastorna por cosas emocionales.”

Por último, son también 3 casos (4.11%) para las definiciones metafóricas:

“Como dice mi papá me cambiaron los transistores.”

Las demás definiciones, 3 (4.11 %), hacen alusión a aspectos médicos-biológicos, mágico-religiosos y a la enfermedad como oposición a la salud, 1 caso (1.37%) por cada una.

Para el caso de los pacientes, los resultados obtenidos de acuerdo al análisis de frecuencias de mnemónicos son los siguientes (ver tabla 1.2 hombres):

De los 24 mnemónicos construidos se utilizaron solamente 22, en total se encontraron 76 mnemónicos, lo cual demuestra, como en el caso de las mujeres, que algunos de éstos fueron utilizados con mayor frecuencia de acuerdo a las respuestas de los pacientes (ver tablas 1 y 1.2).

En general, en 22 casos (28.95 %) utilizan la ubicación de la enfermedad para dar sus definiciones, 12 (15.79%) se basan en las causas de la enfermedad para definirla, y 10 (13.15%) describen el tipo de comportamiento como definición (ver tabla 1.2). Respecto al tipo de definición, el análisis se da más adelante, ya que amerita ser desglosado.

Para la ubicación de la enfermedad en el cuerpo, 12 casos (15.79%) la utilizan, y se dan frases textuales como por ejemplo:

“Un desequilibrio bioquímico de las enzimas cerebrales.”

9 casos (11.84%) la ubican en la mente:

“...se nos viene la enfermedad de la locura, a veces no sabemos lo que sentimos o cómo se siente uno, el paciente cómo está sobre sus vivencias, que ha estado enfermo de la mente o mentalidad.”

Solamente 1 caso (1.32%) se ubica como problema moral y social:

“...Y por otro lado, el tipo de problemas morales de mi vida.”

De acuerdo a las definiciones basadas en las causas de la enfermedad, la mayor frecuencia, 5 (6.58%), es obtenida por aquéllas que la atribuyen a ingestión de drogas y alcohol, y se representan con la siguiente frase:

"...digo por la enfermedad de la marihuana y del cemento, las pastillas y por el alcohol."

Le siguen 4 casos (5.26%) para cada una de las siguientes causas: aspectos físicos como golpes y lesiones y la mala alimentación, ejemplo:

"...los han golpeado, otros han tenido un accidente."

Las atribuciones a causas psicológicas, como problemas o conflictos interpersonales y emocionales, fue de 3 casos que representan (3.95%):

"...la gente se siente deprimida".

Las definiciones dadas por el tipo de comportamiento aluden, principalmente, por un lado al comportamiento antisocial con problemas legales, 4 casos (5.26%), como puede verse en frases así:

"...pues puros problemas luego a veces me han agarrado los agentes, me han golpeado, he tenido problemas con vecinos por el vicio, a nadie le gustan que se suban a la azotea a fumar marihuana".

Por otra parte, estas definiciones por el tipo de comportamiento, también se refieren al comportamiento irracional 4 casos (5.26%), ejemplo:

"...no sabe lo que habla uno".

En menor proporción se mencionan las definiciones por alteraciones mentales, 2 (2.63%), ejemplo:

“...que no duerme bien, no este le dan nervio, alucina cosas”.

Las definiciones, aportadas como tales, son en mayor frecuencia para las definiciones populares, 12 (15.79%), y la mayoría son como la siguiente:

“Estar malo de la cabeza, trastornado”.

Les siguen las definiciones científicas, 6 (7.89%), de este tipo:

“Es un estado en el cual el individuo queda fuera de la realidad, de un contexto social en el cual sus conductas no van de acuerdo a las normas establecidas de la sociedad.”

De las definiciones médico psiquiátricas se dan 5 (6.58%):

“Pues hay pacientes neuróticos, hay pacientes psicóticos, hay alcohólicos...”

Es interesante señalar que se dan 3 casos (3.95%) de definiciones en las que la enfermedad es vista más románticamente, como benévola, de sabiduría:

“Tener un poco más de conocimientos en la vida misma, que se lleva viviendo a través de los años y las experiencias que uno siente y uno tiene.”

También son 3 casos (3.95 %) para las definiciones basadas en problemas ocasionados por el ritmo de vida de las grandes ciudades (estrés, contaminación, etc.):

“... una enfermedad de ciudad porque en México todos los trabajos son rápidos, todo se vive muy rápidamente, a veces nadie comprende a nadie, en la calle nadie saluda a nadie. Se vive muy activamente...”

Las demás definiciones, en conjunto 3 (3.95 %) se basan en problemas de relaciones interpersonales y en aspectos médico-biológicos. No hubo definición de enfermedad como oposición a la salud.

Comentarios:

De acuerdo al sentido con que se hizo la pregunta sobre los conocimientos de las definiciones de enfermedad mental, todos los pacientes, de una u otra manera, han construido una definición. Así que, por lo general, cuando dan una definición de enfermedad mental y, sobre todo, cuando la adjudican a su padecimiento, es que están aceptando su problemática como una enfermedad.

La mayor tendencia en ambos sexos está en definir la enfermedad mental a partir de su ubicación, en mayor porcentaje se da una ubicación corporal y en menor porcentaje una ubicación mental. Todos dan una definición de uso popular, lo cual denota lo cotidiano del conocimiento sobre la enfermedad mental y la locura. Las diversas definiciones son muy parecidas o de uso común como el mal de los nervios, de la cabeza, de la locura, y son consideradas como enfermedad.

Las definiciones de carácter científico son las que menos se dan, y aun en menor frecuencia para el caso de las mujeres. Sin embargo, es interesante señalar que esto está en relación no solamente al género, al estatus, la escolaridad, la ocupación, y al acceso que puedan tener a otras fuentes de conocimiento, como el científico; sino que también obedecen a la experiencia que han ido adquiriendo a lo largo de sus diversas hospitalizaciones y tratamientos. Se observa cómo son los pacientes que han estado hospitalizados en ocasiones anteriores, los que poseen mayor información, y más especializada, sobre la enfermedad

mental. El hecho de que den definiciones científicas no excluye que también den otro tipo de definiciones populares, metafóricas y/o románticas.

Se observan las diferencias de los conocimientos colectivos desde la perspectiva del género, ya que éstos están contruidos de acuerdo a las actividades propias del rol de género, de las reglas sociales y del contexto cultural. La tendencia hacia un conocimiento científico es mayor en los hombres, ya que por sus mismos roles pueden tener más acceso a los conocimientos científicos, a la educación escolarizada y a desempeñar una ocupación remunerada económicamente, sobre todo en niveles socioeconómicos bajos.

3.2- CAUSAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL

El motivo de que se les pidiera a los pacientes que desarrollaran esta temática fue conocer a qué atribuyen la enfermedad mental, qué causas conocen, cuál consideran que es el origen de su problema.

Para comenzar con la construcción de mnemónicos se procedió con una clasificación general que se tenía pre-establecida, y que se hizo con base a las respuestas de algunos los pacientes, para ver si la mayoría de ellos distinguían el origen de la enfermedad en términos orgánicos, como algo físico y ubicable, como algo psicológico, causado en la mente, en el comportamiento, o bien, como algo social, causado por las condiciones socioeconómicas y políticas. Los mnemónicos¹⁹ son los 1, 2 y 3 (ver tablas 2.1 y 2.2)

19

Para una descripción más detallada, en este análisis se consideró necesario construir una tabla específica en la que se dan las clasificaciones de causas, y las frecuencias y porcentajes para cada sexo. Asimismo, es la única tabla que requirió que se numeraran los mnemónicos.

Esta clasificación no proporcionó por sí sola mayor información, ya que la mayoría de los pacientes describen en general las causas pero, salvo en casos muy excepcionales, no marcan las diferencias respecto al origen de éstas (ver tablas 2.1 y 2.2). Por ello, los demás mnemónicos se construyeron con base en la diversidad de las respuestas de los pacientes y de la combinación que de éstas hacen. Después se procedió a hacer un listado general de mnemónicos para conocer más específicamente a qué atribuyen su mal y el de otros enfermos. Con este listado resulta más enriquecedor el análisis, pues se conocen con más exactitud las causas, ya que en algunos casos los pacientes hablan de causas muy particulares que no son frecuentes para los demás pacientes, pero que resultan interesantes.

Por otro lado, es importante conocer a qué temáticas de las problemáticas actuales (problemas ambientales, crisis políticas y socioeconómicas, deshumanización, estrés, etc.) hacen alusión, pues ello permite ver qué tanto conocimiento hay de esto. El considerar la diversidad de causas permite conocer también los sentidos que le dan a la enfermedad mental (ver tablas 2.1 y 2.2).

Posteriormente, sobre ese mismo listado, se volvieron a hacer cinco clasificaciones globales en las que se agrupan los mnemónicos y se suman sus frecuencias y porcentajes, de acuerdo a si las causas son orgánicas, psíquicas, sociales-económicas, ambientales o mágico-religiosas (ver tablas 2.1 y 2.2). Por último, dentro de la clasificación de causas psíquicas se hizo otra subclasificación en la que se considera si los pacientes atribuyen las causas a problemas internos o externos, y si son o no autosuficientes, ya que en algunos casos estos factores fueron tomados en cuenta por los pacientes al definir las causas de la enfermedad (ver tablas 2.1 y 2.2).

En este análisis de las frecuencias de mnemónicos, dada la diversidad de causas de enfermedad que dan los pacientes y, por ende, dada la diversidad de mnemónicos, resultó

interesante hacer una descripción más detallada de cómo se comportaron los mnemónicos, no solamente por sus frecuencias y porcentajes, sino la manera en que fueron utilizados para la codificación del texto, tanto como categorías pre-establecidas como categorías construidas con base en la diversidad de las respuestas de los pacientes.

En total, tanto para mujeres como para hombres se obtuvo un listado de 40 mnemónicos (ver tablas 2.1 y 2.2), de los cuales 19 son causas psicológicas, como alteraciones en el pensamiento, problemas, estrés, maltrato, abuso sexual, nervios²⁰, problemas familiares y en otras relaciones, intento de suicidio, trastornos del carácter o de la personalidad, shock nervioso y sorpresas, corajes y enojos, depresión y tristeza, problemas de amor y engaños, problemas en la infancia, abuso o maltrato de los padres, pérdida de autosuficiencia, los problemas se los ocasionan ellas mismas, los problemas se los causan otras personas, no se ayudan a sí mismas, y porque no quieren hacer nada, son los mnemónicos 2, y del 2.1 al 2.19).

Dentro de la clasificación de los mnemónicos psicológicos se consideraron cinco subclasificaciones en particular (como ya se había mencionado en un párrafo anterior), 2 mnemónicos analizan cómo el paciente ubica su problemática (causada por los demás o por sí mismo), son los número 2.15 y 2.16 respectivamente, y son 3 mnemónicos los que describen la autosuficiencia del paciente (hay pérdida de la autosuficiencia, no se ayuda a sí mismo, o no quiere hacer nada), son los mnemónicos 2.14, 2.18 y 2.19.

Como causas orgánicas son 12 mnemónicos, como por ejemplo en dónde se ubica una lesión específica, ataques epilépticos, golpes o accidentes, exceso de trabajo, uso de drogas,

20

En este caso, los nervios son considerados como causa psicológica, dado que los pacientes le dan un sentido de proceso (nerviosismo), a diferencia de como lo dan en las definiciones, que en ese contexto le dan un sentido de ubicación espacial en el cuerpo.

ingestión de alcohol, problemas de nacimiento, hereditarios, no comer bien, exceso de ejercicio, falta de descanso, excesos sexuales. A esta clasificación pertenecen los mnemónicos 1 y del 1.1 al 1.11.

Son 5 mnemónicos de causas sociales, económicas y/o políticas, en los que se contemplan aspectos como las crisis socioeconómicas y políticas, el medio-ambiente de convivencia, prostitución y vagabundeo, comportamiento agresivo y conflictos con la ley, problemas económicos y laborales. Son los mnemónicos 3 y del 3.1 al 3.6.

De causas mágico-religiosas son 3 mnemónicos, como el susto, la atribución a cuestiones religiosas, por brujería y/o herbolaria, son los 5.1, 5.2 y 5.3.

Por último, 1 mnemónico es sobre causas atribuidas al medio-ambiente y a aspectos ecológicos (el ritmo de las grandes ciudades, contaminación, estrés, aislamiento de las urbes), y es el 4.

Como puede observarse, al comparar los resultados de las mujeres y de los hombres (ver tablas 2.1 y 2.2), es interesante ver cómo en ninguno de los dos casos se da una ubicación específica de las causas (que sea significativa), y que los hombres no utilizan la categoría de causas socioeconómicas y políticas. Sin embargo, en la clasificación posterior (agrupamiento de mnemónicos y suma de frecuencias y porcentajes) sí es evidente la diferencia. Con las mujeres se utilizan más mnemónicos de causas psicológicas, 18, que con los hombres, 9; las frecuencias y porcentajes para las mujeres fue 61 (57.51 %), y para los hombres 31 (33.36 %).

Respecto a las causas psicológicas que son más mencionadas no hay mucha diferencia; para las mujeres las principales son las emocionales, 13 (112.26 %), las atribuidas a problemas

en general, 12 (11.32 %) y las causas por problemas interpersonales y familiares, 8 (7.55%). Para los hombres las causas psicológicas más comunes son los nervios, 7 (7.53 %), causas emocionales como depresión y tristeza, 6 (6.45 %) y los problemas familiares y en las relaciones interpersonales, 5 (5.38%).

Tanto para mujeres como para hombres la frecuencia es de 2 (1.89 %) y 3 (3.23 %) respectivamente, cuando consideran que las causas de los problemas está en ellas y ellos mismos. Las mujeres sí consideran como una causa de enfermedad el no ayudarse a sí mismas, 2 (1.89 %), y los hombres no la consideran. Para ambos casos se obtuvo una frecuencia de 1, que para las mujeres representa el (0.94%) y para los hombres el (1.08 %). Respecto a que las (os) pacientes no quieren hacer nada porque todo se los da el hospital, fue la misma frecuencia para ambos 1 (94 %) mujeres y 1 (1.08 %) hombres.

En las causas orgánicas ocurre al revés, con las pacientes se utilizaron 8 mnemónicos y con los pacientes 11, 19 casos (17.92 %) y 52 casos (55.93 %), respectivamente. Con relación a las causas orgánicas más nombradas sí hay diferencia notoria, en el caso de las mujeres son uso de drogas, 4 (3.77%), factores hereditarios, 3 (2.83%), golpes y accidentes, 3 (2.83%); siendo que para los hombres son la ingestión de bebidas alcohólicas, 17 (18.28%), uso de drogas, 12 (12.90 %) y por no comer bien, 5 (5.38 %).

En las causas sociales, para las mujeres se utilizaron los 5 mnemónicos y para los hombres, solamente 2; son las mujeres las que tienen mayor frecuencia, 19 (17.92 %), que los hombres, 5 (5.38 %). Aquí sí hay variación respecto a qué tipo de causas son las más utilizadas por uno y otro sexo, para las mujeres son los problemas económicos y laborales, 7 (6.60%), las crisis socio-económicas y políticas, 5 (4.72 %), y el medio ambiente en que se desarrolla y convive, 4 (3.77%). Para los hombres las causas sociales más utilizadas son los comportamientos agresivos y problemas con la ley, 4 (4.30 %), y problemas económicos y laborales, 1 (1.08%).

Las causas ambientales solamente cuentan con 1 mnemónico y fue el que se utilizó, sin embargo, las mujeres obtuvieron menor frecuencia, 2 (1.89 %), que los hombres, 3 (3.23 %). En último lugar están las causas mágico-religiosas, en las que se utilizaron solamente 2 mnemónicos para cada uno de los sexos; las frecuencias que se obtuvieron fueron, 3 (2.83%) para las mujeres y 2 (2.16 %) para los hombres. En el caso de las mujeres la causas mágico-religiosa más nombrada son cuestiones religiosas, en 2 casos (1.89%) y brujería I (.94 %), para los hombres son el susto y la brujería con 1 caso (1.08 %) para cada aspecto, lo que denota que sí hay cierta variación.

En general, las mujeres dan mayor peso a las causas emocionales, 13 (112.26 %), y a las causas atribuidas a problemas, 12 (11.32 %), en cambio los hombres se lo dan a las causas atribuidas a la ingestión de alcohol, 17 (18.28 %), y a la utilización de drogas, 12 (12.90 %). Las causas por problemas interpersonales y familiares, 8 (7.55%), y por problemas económicos y laborales, 7 (6.60%), solamente las atribuyen las mujeres, ya que para los hombres habría mayor causalidad de enfermedad por nervios, 7 (7.53%), y por causas emocionales, 6 (6.45 %). Para las pacientes las causas en que se atribuye a los nervios es de 5 (4.72 %), y en ese misma frecuencia se hallan las causas ubicadas específicamente como problemas psicológicos, y las ubicadas como problemas en general; siendo que para los hombres quedarían las causas por no comer bien con 5 casos (5.38 %) y por problemas familiares, 5 (5.38%).

Asimismo, es importante señalar que en ambos casos (mujeres y hombres) no se utilizó la causa de "pérdida de la autosuficiencia". Otras diferencias se dan en aquellas causas en las que no se dieron frecuencias, por ejemplo las mujeres no utilizan causas como no comer bien, exceso de ejercicio, falta de descanso y distracción, problemas sexuales y excesos sexuales, y por susto.

Los hombres sí utilizan esas causas, pero no las siguientes: las relacionadas al medio socioeconómico y político, el medio ambiente de desarrollo y convivencia social, suicidio o intento, problemas de nacimiento, trastornos del carácter o de la personalidad, abusos sexuales, problemas de amor y engaños, problemas en la infancia, abuso o maltrato de los padres, estrés, prostitución y vagabundeo, causas religiosas, que los problemas sean ocasionados por los demás y porque no se ayuda a sí mismo.

El análisis para el caso de las pacientes, indica lo siguiente:

De los 40 mnemónicos, se analizaron 34 (ya que las respuestas de las pacientes solamente se podían clasificar en esos 34 mnemónicos, y no en los restantes), se encontraron 106 mnemónicos (ver tabla 2.1), de los cuales 18 son de los clasificados como causas psicológicas, 8 como causas orgánicas, 5 como causas sociales, 2 son causas mágico-religiosas, y 1 es causa ambiental.

En total, son 12 casos (11.32 %) que dieron causalidades específicas clasificadas como orgánicas, psíquicas y/o socioeconómicas.

Respecto a la ubicación de las causas específicamente como un problema psíquico, de la mente, del pensamiento, son 5 casos (4.72 %). Se representa en frase como:

“...problemas psicológicos que tuvo en su niñez...”

Solamente 2 respuestas (1.89 %) hacen alusión específica a algo físico orgánico, como ejemplo de ello está la siguiente frase:

“Pueden ser orgánica, hay pequeñas lesiones que llegan o no a manifestarse”.

Como ubicación de las causas en términos socio-económicos y políticos son 5 casos (4.72%), por ejemplo:

“...quizá el medio en que vivimos...la situación por la que atraviesa el país, los países en general, México no es el único país que tiene enfermos mentales, luego entonces es la situación por la que atraviesa el mundo.”

Sin embargo, si este análisis se efectúa agrupando y sumando los mnemónicos bajo las clasificaciones más específicas, se encuentra que para los 18 mnemónicos clasificados como causas psicológicas se da una frecuencia de 61 (57.51 %). Las causas a las que aluden más las mujeres son las emocionales, como la tristeza y la depresión, 13 (112.26 %), y las atribuidas a problemas en general, 12 (11.32 %), les siguen las causas por problemas interpersonales y familiares, 8 (7.55 %).

De estas causas psicológicas, en 2 casos (1.89 %) se considera que los problemas son ocasionados por la propia persona y en 1 (0.94 %) que son ocasionados por las personas que les rodean; 2 casos (1.89 %) son porque la persona no se ayuda a sí misma, y en 1 (0.94%) se tiene como causa la comodidad del hospital. Los diversos tipos de clasificaciones psicológicas y sus subclasificaciones pueden ejemplificarse en frases como:

“...aquella que una misma se sufraga y piensa que todos están hablando de ella o están pensando mal de ella, ya es una cuestión mental...se la ocasiona uno mismo tratándose de pensar que estoy enferma.”

“...porque quieren estar aquí porque no hacen nada, por que tienen alimento en sí.”

“...es que tienen muchas decepciones, muchos fracasos en, sus vidas, muchas amarguras, muchas penas...”

Siguiendo la clasificación de acuerdo a las causas orgánicas en las que se agruparon 8 mnemónicos, el número de casos fue de 19 (17.92 %). Las causas orgánicas más mencionadas son el uso de drogas 4 (3.77%), factores hereditarios 3 (2.83%), golpes y accidentes 3 (2.83%), y se dan frases como:

“...lesión cerebral, por golpes, traumatismos...”

Para las causas clasificadas como sociales, son 5 mnemónicos, y la frecuencia y el porcentaje es 19 (17.92 %). Las causas a las que hacen mayor referencia son: problemas económicos y laborales, 7 (6.60%), las crisis socio-económicas y políticas 5 (4.72 %), y el medio ambiente en que se desarrolla y convive 4 (3.77%), ejemplo:

“... a la crisis social, la situación actual, la crisis política, económica y moral...”

Siguen las causas mágico-religiosas con 2 mnemónicos, 3 (2.83 %), se atribuye la enfermedad a cuestiones religiosas en 2 casos (1.89%) y a brujería en 1 (.94 %), por ejemplo en frases como:

“La falta de amor a Dios.”

Por último, están las causas ambientales con 1 mnemónico y 2 (1.89 %), se puede ejemplificar con frases como:

“...por el medio ambiente: pues el estrés, las carreras, el smog”.

Por tanto, la frecuencia más sobresaliente son las causas emocionales, 13 (112.26 %), y las causas atribuidas a problemas en general, 12 (11.32 %), les siguen las causas por problemas

interpersonales y familiares, 8 (7.55 %), y las causas por problemas económicos y laborales, 7 (6.60 %). En menor porcentaje están las causas en que se atribuye a los nervios, 5 (4.72 %), las ubicadas específicamente como problemas psicológicos, y las ubicadas como problemas económicos, que para estas dos últimas causas son también 5 casos (4.72 %). Las demás causas se distribuyen en frecuencias que van de 1 a 4 casos y contemplan causas más específicas como violación, ataques epilépticos, suicidio, problemas de nacimiento y hereditarios; ejemplos:

“...fueron violadas en campo descubierto, otras fueron maltratadas, martirizadas por los hombres.”

“...problemas económicos.”

“Es un problema orgánico, epilepsia de pequeño mal se llama.”

Para los casos masculinos, de los 40 mnemónicos se analizaron 25 (debido a que solamente en esos atribuyen las causas de la enfermedad), en total se encontraron 93 mnemónicos (ver tabla 2.2), estos se distribuyen de la siguiente manera: 11 mnemónicos para las causas orgánicas y físicas, 9 mnemónicos para las causas psicológicas, 2 para las causas sociales, 2 para las mágicas religiosas, y 1 mnemónico para las causas ambientales.

De acuerdo a las primeras tres grandes clasificaciones, en las que se ubican las causas específicamente como aspectos orgánicos, fueron solamente 2 casos (2.15 %), como frase representativa se tiene:

“...están los factores físicos como son las drogas, el alcohol, el tabaquismo, el desvelo, el exceso de ejercicio y la mala alimentación.”

“...desgaste físico, totalmente una alguna deshidratación cerebral.”

La ubicación de las causas como algo psíquico fue también de 2 casos (2.15 %), ejemplo:

“...situaciones familiares, situaciones conflictivas en el hogar, en el trabajo, en otro tipo de medios que es donde el individuo se desarrolla.”

En la ubicación específica de las causas como algo socioeconómico y político no hubieron casos.

De acuerdo a las clasificaciones que se hicieron posteriormente, y en las que se reagrupan los mnemónicos y se suman sus frecuencias y porcentajes, se obtuvo lo siguiente (ver tabla 2.2):

Para las causas orgánicas en las que se obtuvieron 11 mnemónicos la frecuencia fue de 52 (55.93%). Las causas más nombradas son la ingestión de bebidas alcohólicas, 17 (18.28%), el uso de drogas, 12 (12.90 %), y por no comer bien 5 (5.38 %), se dan frases como la que sigue:

“...la marihuana y del cemento las pastillas y por el alcohol, también yo digo que provoca mal al cerebro.”

En las causas psicológicas, con 9 mnemónicos, se obtuvieron 31 casos (33.86 %). Las causas más comunes son los nervios, 7 (7.53 %), las causas emocionales como depresión y tristeza, 6 (6.45 %), los problemas familiares, 5 (5.38 %) y las relaciones interpersonales con 5 (5.38%); los problemas son ocasionados por la misma persona tuvo 3 casos (3.23 %) y porque no quieren hacer nada fue de 1 (1.08 %). Estas causas psicológicas se ejemplifican en frases como:

“...por el tipo de problemas que se dan con las demás personas, con la familia, con los compañeros de trabajo.”

“...porque uno mismo es el causante de sus problemas.”

Siguen las causas sociales, en las que se encontraron 2 mnemónicos, 5 (5.38%). Fueron mayormente mencionadas las causas por comportamientos agresivos y problemas con la ley, 4 (4.30%), y problemas económicos y laborales, 1 (1.08 %), se ejemplifica con frases como:

“...o tener una casa propia, el pagar renta, o sea tener una familia y no tener en donde vivir, o sea, este totalmente propia pues...”

En las causas ambientales, con 1 mnemónico, se encontraron 3 casos (3.23 %):

“... muchos problemas por tanto tráfico, smog...”

Por último, las causas mágico-religiosas, con 2 mnemónicos, proporcionó 2 (2.16%). Las causas más frecuentes son el susto y la brujería con 1 caso (1.08 %), respectivamente.

“...pues algún susto.”

En general, la mayor frecuencia la obtuvieron las causas atribuidas a la ingestión de alcohol, 17 (18.28%), le siguen las causas por la utilización de drogas, 12 (12.90 %); posteriormente vendrían quedando las causas por nervios, 7 (7.53 %), las causas emocionales, 6 (6.45 %), las causas por no comer bien, 5 (5.38 %), y por problemas familiares, 5 (5.38%). Las demás causas se distribuyen de 1 a 4 frecuencias, como ejemplos de estas causas, se dan frases como:

“...tomar o drogarse.”

“...del mal de los nervios...”

“...exceso de vida conyugal.”

Comentarios:

Todos los pacientes tienen sus respectivos conocimientos sobre las causas de la enfermedad mental y de su problemática en particular. Se observa que la mayoría de ellos comienzan por dar las causas de su padecimiento y, posteriormente, las amplían al padecimiento de los otros pacientes, o las dan en términos generales. La mayoría de estas atribuciones son compartidas y evidencian los comportamientos específicos de acuerdo a los roles y al género, reflejando las cargas culturales.

Con relación a las clasificaciones generales que por sí mismos hicieran los pacientes respecto a las causas de su enfermedad, si son de naturaleza orgánica o física, psicológica y/o socioeconómica, y en las que se obtuvieron muy pocos casos, se puede considerar que éstas son clasificaciones meramente técnicas y que las personas legas no diferencian las causas de esta manera.

Se observa que los hombres atribuyen más las causas de la enfermedad mental a aspectos orgánicos (desde uso de drogas y alcohol, a excesos de trabajo, ejercicio y sexo, así como a la mala alimentación) y no dan tanto peso a aspectos psicológicos y emocionales, como es el caso de las pacientes. Para las mujeres no tiene tanto peso la alimentación, “ni es tan importante y necesaria como para el hombre”, como lo denotan las prácticas culturales. Las mujeres no hablan de la sexualidad más que en términos de prostitución, a diferencia de los hombres que lo manejan como excesos, lo cual es otro aspecto cultural en cuanto a los estilos de comportamiento de acuerdo al género; todavía sigue siendo mayor la represión sexual en la mujer que en el hombre.

También se observa que las mujeres utilizan las causas socio-económicas y políticas, y los hombres no. Las pacientes describen que, como mujeres, tienden a tener mayor problemática para ser autosuficientes económicamente. Esta situación problemática está dada por las mismas condiciones sociales, la discriminación sexual que aun se sigue dando y por los diversos roles que desempeñan (amas de casa, madres, trabajadoras, esposas, entre otros.). En el caso de los hombres, describen que sus problemas económicos los canalizan a través del alcohol y las drogas, por tanto ponen en primer lugar estas últimas causas y no las socioeconómicas y políticas. Aunque los hombres también hacen alusión a causas económicas como generadoras de enfermedad.

El que los hombres le den mayor peso a las causas orgánicas, y en particular al alcohol y a las drogas, también puede entenderse a que ellos le dan atribución de causa inmediata. A lo largo de las entrevistas se puede ver que van desglosando otras causas y que ingieren alcohol y/o drogas por problemas de diversa índole, en los que predominan las causas psicológicas, por lo que la diferencia está en el significado y el sentido que le dan a su problemática.

Los pacientes, hombres y mujeres, que llegan a hablar más de causas orgánicas o físicas en términos técnicos son aquéllos que tienen algún daño cerebral, como es el caso de la epilepsia, o por el uso de drogas y alcohol, y también porque han tenido otras hospitalizaciones.

Estos resultados manifiestan cómo a través del lenguaje cotidiano se reflejan los comportamientos diarios, que están impregnados por modos culturales y cómo estos comportamientos son guiados por el lenguaje. Se evidencian diversas pautas culturales que se observan en la vida cotidiana como los patrones de alimentación, estilos de vida, roles, actividades deportivas y recreativas, sexuales, tendencias afectivas o racionales.

Otro aspecto que se debe resaltar es que, en algunos casos, al momento de hacer las entrevistas los pacientes manifestaban un cuadro de delirios y alucinaciones leves y estaban bajo los efectos del medicamento, lo cual no alteró la comunicación.

3.3- DIFERENCIAS ENTRE ENFERMEDAD MENTAL Y LOCURA

Esta pregunta temática se hizo con la finalidad de conocer si para los pacientes hay diferencia entre enfermedad mental y locura y, si la hay, cuál es la diferencia, ya que en el lenguaje cotidiano por lo general locura y enfermedad mental son lo mismo. Sin embargo, el término locura se utiliza de diversas maneras, como muestra de cariño, peyorativamente, de estigma, de sabiduría y en sentido amoroso (por citar algunas connotaciones).

Es a partir, sobre todo, de la tecnologización del discurso psiquiátrico y de los movimientos de la antipsiquiatría que la palabra locura se considera estigmatizante y peyorativa, no obstante sigue vigente en nuestro lenguaje cotidiano y tiene diferentes significados y sentidos; de ahí el interés de saber cuáles son las perspectivas de los pacientes.

Para esta categoría temática se construyeron 32 mnemónicos (ver tablas 3.1 y 3.2) con base en la diversidad de respuestas de los pacientes. Estos mnemónicos abarcan diferentes aspectos como si hay o no diferencia entre locura y enfermedad, si la locura existe o no, si a pesar de señalar la diferencia (ante la pregunta directa) el paciente utiliza posteriormente, los términos locura y enfermedad mental como sinónimos; definiciones, diferencias, causas, tratamientos, curación y temporalidad de la locura, grado de alteración del comportamiento y grado de peligrosidad. En el caso de las causas de la locura se tomaron en cuenta, sobre todo, las primeras que señalaron, ya que no se trató de profundizar en esa temática, además que se repetían con las causas de enfermedad.

Al hacer la comparación entre mujeres y hombres (ver tablas 3.1 y 3.2), se obtuvo que en ambos casos sí hay diferenciación entre enfermedad mental y locura, 13 (22.03 %) y 10 (22.22%) respectivamente. En el caso de los hombres es menor la frecuencia de no establecer distinción entre locura y enfermedad, 4 (8.89 %), que con las mujeres 7 (11.86 %). Respecto a las definiciones de locura, solamente los hombres las dan con carácter romántico, 4 (8.89 %), y metafóricas, 1 (2.22 %), como en las definiciones de enfermedad mental; en el caso de las pacientes no se dan esas definiciones y más bien apelan al tipo de alteración del comportamiento, 8 (13.56 %), que es atribuido a la pérdida total de la razón y del pensamiento.

La principal causa de locura para las mujeres son los problemas emocionales, 5 (8.47%), y para los hombres también, 3 (6.67 %), así como las drogas y el alcohol, 2 (4.44 %). Para ambos sexos, el amor y los desengaños como causas de locura tienen una frecuencia de 1 (2.22 %), las frecuencias son las mismas para el caso de que la locura no se cura, 2 (4.44 %), y la enfermedad mental sí se cura, 3 (6.67%). También es la misma frecuencia para los dos sexos, 5 (8.47 %), el considerar que la alteración del comportamiento es más grave en la locura. Las mujeres consideran a la locura peligrosa 2 (3.39 %), y los hombres no.

Al igual que con las causas de la enfermedad mental, en el caso de la locura las mujeres mencionan en menor medida las causas orgánicas o físicas como golpes o accidentes, 1 (1.69 %), y no utilizan los mnemónicos de que la locura se hereda y de que la provocan las drogas y el alcohol, lo que con los hombres sí sucede, 1 (2.22 %) y 2 (4.44 %), respectivamente para cada causa. Solamente con 1 caso (2.22 %) las mujeres utilizan aspectos mágico-religiosos como causa de la locura. Otro elemento interesante con relación a la diferencias entre las pacientes y los pacientes es que las mujeres relacionan la locura con la sexualidad y con los comportamientos agresivos, 2 (4.44 %) para cada caso, y con el suicidio 1 (2.22%), los hombres no.

En el análisis de las pacientes femeninas se encontraron 59 mnemónicos, y solamente se utilizaron 19 de los 32 construidos originalmente (ver tabla 3.1), la mayor frecuencia fue la diferencia entre enfermedad mental y locura 13 (22.03 %), en frases como:

“... locura es una cosa, enfermedad de nervios es otra cosa.”

En 7 casos (11.86 %) no hay diferencia, ejemplo:

“Sí es lo mismo, porque la locura es una enfermedad mental.”

No hubo respuesta en 2 casos (3.39 %). Solamente en 1 caso (1.69 %) se consideró a la locura inexistente y como un término ambiguo, con la misma frecuencia se da un caso en el que se anula la diferencia posteriormente, ejemplo:

“Yo pienso que existe la enfermedad mental, pero no pienso que exista la locura, pues hasta un retrasado mental tiene pensamientos.”

Las pacientes no dan definiciones específicas de locura, más bien establecen las diferencias con base en el origen, las causas, el tipo de comportamiento y a la forma del tratamiento que se requiere, ello se distribuye de la siguiente manera: la mayor diferencia, 8 (13.56 %), es atribuida a la pérdida total de la razón y del pensamiento, 5 (8.47 %) considera que la alteración del comportamiento es más grave, peligrosa 2 (3.39 %), y no se cura 2 (3.39 %); en cambio, la enfermedad sí se cura 3 (5.08 %). Se puede ver en frases como:

“La locura es ya la pérdida de la razón total, en cambio la enfermedad mental puede tener una recuperación...”

La locura es relacionada al comportamiento agresivo y, por otra parte, al sexo, con una frecuencia de 2 (3.39 %) para cada una, y en 1 caso (1.69 %) al suicidio o intento. Ejemplo:

“Yo no estoy loca, yo actúo bien, cómo me voy a desnudar delante, si locos eso de locura es más o menos desnudarse y estar en un lugar que no esté de acuerdo, salir así desnudo a la calle pues eso sí es locura.”

Con 5 casos (8.47 %) se considera que la locura es debida a problemas emocionales, y con frecuencia de 1 caso (1.69 %) se dan otras causas como son por golpes o accidentes, por aspectos mágico-religiosos, el amor y el desengaño, y la locura es provocada. Ejemplos de frases textuales:

“El origen de la locura son traumas desde niñas, desde que lo vivió la niña, de cómo nació, quiénes fueron sus abuelos, quién es su papá y a qué se dedica, quién es su mamá y a qué se dedica, los mismos, a mí, mi padre me traumó.”

Para el caso de los hombres, de los 32 mnemónicos creados, se utilizaron 18, en total se hallaron 45 (ver tabla 3.2). Respecto a la diferenciación entre enfermedad mental y locura se obtuvieron 10 casos (22.22 %) que sí la establecen. Se ejemplifica con frases como:

“No es lo mismo porque mental es una cosa y loco otra. Loco es aquel individuo que ya no tiene conocimientos de su persona, que ya no sabe lo que hace.”

Fueron 4 casos (8.89 %) que se reportan sin diferencia entre locura y enfermedad, 3 casos (6.67 %) en los que no hubo respuesta. Ejemplo del primer caso:

“Sí son lo mismo porque a uno lo catalogan como loco, cuando sale uno del hospital que saben que uno está enfermo, dicen este cuate está loco, está delirando...”

No hubo respuestas en la que se da la diferenciación y después la anulan; solamente se da 1 (2.22 %) en que la locura no existe y es considerada un término ambiguo:

“...locura es un término ambiguo, un término cargado de supersticiones, es todo.”

Respecto a las definiciones se dan 4 casos (8.89 %) para las de carácter romántico, 1 (2.22%) para las metafóricas, y 1 (2.22%) para la definición como oposición a la salud. Ejemplos:

“...entonces aparte de estar loco, si de sabios, poetas y locos, todos tenemos un poco.”

Con 3 casos (6.67 %), la locura es vista como alteraciones más graves del comportamiento, y con la misma frecuencia, se considera como pérdida total de la razón, la frase representativa que se tiene es la siguiente:

“Pérdida de la razón completa, gente que no entiende nada de nada y reacciona como un loco sin pensar en lo que hace.”

En términos de las causas, se dan 3 casos (6.67 %) para los problemas emocionales, 2 (4.44%) por drogas y alcohol, 1 (2.22 %) por amor y desengaño, y 1 (2.22 %) porque la enfermedad se hereda. Ejemplo:

“No es lo mismo, son diferentes. Enfermedad mental cuando es hereditaria y locura cuando es producida por drogas o por otras cosas.”

La locura no se cura tiene una frecuencia de 2 casos (4.44 %), sin embargo, la enfermedad sí se cura 3 (6.67 %). Con relación al tratamiento es el mismo para la locura y la enfermedad, se reporta 1 caso (2.22 %). La locura es momentánea se da con 1 (2.22 %). Ejemplo:

“...porque un enfermo mental tiene remedio y un loco ya no. En apariencia es lo mismo y las enfermedades mentales son el principio de la locura...”

Comentarios:

Los hombres y las mujeres, en su mayoría, sí consideran que hay diferencias entre enfermedad y locura, las diferencias las establecen en términos de definiciones, causas y tratamientos. Las definiciones son más bien de carácter “popular”, en las que se utilizan causas psicológicas, descripción de comportamientos, analogías con otros procesos de la vida cotidiana o analogías de sabiduría y de hombres célebres. A la locura se le sigue dando cierto aire de misticismo y de romanticismo como en la antigüedad.

Los pacientes, hombres y mujeres, definen la locura como parte de la enfermedad y la perciben más como alteraciones de racionalidad y juicio, la diferencia es de grados: es más grave que la enfermedad y los comportamientos son más exacerbados, y es más difícil de curar o no se cura. En principio, los pacientes marcan la diferencia entre enfermedad mental y locura (por la misma pregunta que se les hace), puntualizando que no están locos; sin embargo, conforme avanza la entrevista la mayoría de los pacientes se asumen con las definiciones, los comportamientos y las causas que atribuyen a la locura y algunos hasta se nombran como locos; lo cual también se observa en algunos casos ante la pregunta que se refiere a los motivos de hospitalización. En particular, las mujeres asocian la locura al libertinaje y los hombres a la sabiduría y al amor.

3.4- MOTIVOS DE HOSPITALIZACIÓN

Esta pregunta se hizo con la finalidad de conocer cómo los pacientes ubican su situación de estar hospitalizados, si se asumen como enfermos, qué conocen sobre su problemática, de la de otros pacientes y, en general, sobre los trastornos mentales.

Este tema resulta interesante porque uno de los criterios que se utilizan para diagnosticar y emitir un juicio sobre la situación actual del paciente y sobre su pronóstico es la “conciencia de enfermedad”, es decir, entre más admita la persona que está enferma es mejor su “salud mental”.

Sin embargo, este es un punto muy cuestionable dado que muchos pacientes no ubican su problemática como enfermedad, o como se define de acuerdo a la psicopatología, por lo que el grado de “salud mental” o de “enfermedad mental” podría no ser solamente una problemática de “conciencia de enfermedad” o de “principio de realidad”, sino también un problema de significados y sentidos, de lenguaje y comunicación, todo depende de la perspectiva con que se aborda el caso; al respecto, se cita una frase de una de las pacientes, y que resulta muy significativa:

“...los médicos me dicen que no estoy en la razón, que lo que yo estoy pensando no es la realidad, pues entonces a fuerza de medicina y de inyecciones me hacen volver a pensar lo que ellos quieren que piensen, no lo que yo pienso.”

Para esta pregunta se construyeron 28 mnemónicos y dada la variedad de respuestas que daban los pacientes se consideraron los siguientes aspectos: si asume o no su problemática, cómo la asume, causas de su hospitalización, otros motivos de hospitalización (que profundizan en la problemática de algunos pacientes que no respondieron en causas de hospitalización), diferencia con otros pacientes, y si ha tenido otras hospitalizaciones (ver tablas 4.1 y 4.2).

Como puede observarse (ver tablas 4.1 y 4.2) ante esta pregunta del motivo de hospitalización, tanto para mujeres como para hombres la mayor frecuencia fue de 17 (19.32%) y 11 (14.29%) respectivamente, y se refiere a causas emocionales o afectivas; sin embargo, fue mayor en las mujeres; le siguen las frecuencia de 14 (15.91%) para las mujeres

y 11 (14.29 %) para los hombres, de asumirse que están enfermos, lo cual permite observar que hay mayor aceptación de las mujeres a considerarse como enfermas. Los hombres aceptan más el considerar que tienen problemas, 8 (10.39%), comparado con las mujeres, 4 (15.91 %), por lo cual, el no aceptar problemática alguna es mayor en las mujeres, 8 (9.09%), que en los hombres, 5 (6.49 %). Para los hombres, la siguiente causa de hospitalización es, 7 (9.09 %), por alcoholismo, causa que para las mujeres no se da.

Respecto a la no diferenciación con otros pacientes hay mayor frecuencia en las mujeres, 9 (10.23%), que en los hombres, 6 (7.79 %), en cambio, si hay diferencia con otros pacientes, para los hombres es la mayor, 7 (9.09 %), y para las mujeres es 8 (9.09%). Los motivos de hospitalización de otros pacientes, como son el mal comportamiento, drogas y/o alcohol y problemas judiciales, son de mayor frecuencia para los hombres, que haciendo una sumatoria de los 3 mnemónicos se obtienen 4 casos (5.20 %). Para las mujeres estos motivos son los problemas judiciales y por enfermedad con 2 casos (2.27 %). Son más los casos femeninos en que se habla de otras hospitalizaciones, 7 (7.95%), que de los hombres, 4 (5.19%).

Al analizar las frecuencias y porcentajes de las pacientes femeninas se obtuvieron 88 mnemónicos, y de los 28 construidos solamente se procesaron 17 (ver tabla 4.1).

Con relación a la aceptación o no de su problemática y de cómo la asumen las pacientes, la mayor frecuencia se obtuvo con 14 casos (15.91 %) para la aceptación de que está enferma, 5 casos (4.55%) sólo aceptan que tiene problemas, 4 (4.55 %) se considera loca, y 8 (9.09 %) no acepta problemática alguna. Ejemplo de frases representativas:

“Cuando uno está enfermo de la cabeza debe uno estar aquí con los doctores.”

“Por ejemplo, yo no estoy enferma de la cabeza ni de nada, ni sé porque me trajeron.”

Los motivos de hospitalización en términos de las causas obtuvieron la mayor frecuencia 17 (19.32%), en causas emocionales o afectivas, y dado que las pacientes particularizan los problemas de amor, éstas se consideraron aparte (aunque también son emocionales), y se obtuvo una frecuencia de 3 (3.41%); solamente se dieron 2 casos (2.27 %) por problemas económicos, y 1 (1.14 %) por brujería. Como frase más representativa se tiene:

“...por lo mismo que yo, que deben haber sufrido alguna emoción muy fuerte o algunos problemas muy fuertes, y eso fue lo que ocasionó su enfermedad mental.”

Respecto a otros motivos de hospitalización la frecuencia es de 1 (1.14 %) para cada uno de los siguientes casos: por mal comportamiento, por problemas judiciales y por enfermedad. Ejemplo:

“...me trajeron agentes de la judicial, de la 9ª del Torito.”

Las pacientes que consideran que la enfermedad es por falta de autosuficiencia son 4 casos (4.55 %) y que la enfermedad o los problemas son causados por ella misma, 2 (2.27 %).

Ejemplo:

“...que no puede valerse por sí misma, como yo que necesita de muchos cuidados psiquiátricos...”

La frecuencia respecto a la diferenciación de otros pacientes es de 8 (9.09 %), y no hay diferencia es de 9 (10.23 %). Ejemplos:

“Pues es que como que yo me doy cuenta que sí hay pacientes que están realmente mal y te da susto.”

“Pues que tienen sus problemas mentales al igual que yo tengo el mío.”

Hay referencia a otras hospitalizaciones en 7 casos (7.95 %). Ejemplo:

"...Si, en el Dr. Lavista y en el Floresta."

Es interesante observar cómo en este análisis no se mencionan como motivos principales de hospitalización los aspectos socioeconómicos y políticos; sí los nombran las pacientes pero no como causa principal, por lo que no se consideró la frecuencia y el porcentaje. Sin embargo, estos aspectos sociopolíticos sí se consideran como causas de enfermedad mental en la pregunta que se refiere a causas (Nº 2), y el no mencionarlos como motivo principal de hospitalización puede ser debido a la diferencia que establecen las pacientes entre el motivo de su estancia en el hospital y las causas generadoras de su problemática o enfermedad. En las causas de hospitalización predominan las emocionales o afectivas, 17 (19.32 %), y no por nervios o problemas mentales (aspectos más racionales), que es uno de los mnemónicos que no se utiliza.

Respecto a los hombres, se utilizaron 18 mnemónicos de los 28 originales. En total se obtuvieron 77 mnemónicos (ver tabla 4.2). El mayor porcentaje del análisis se obtuvo con 11 casos (14.29 %), en los que los pacientes asumen que están enfermos, 8 casos (10.39 %) sólo consideran que tienen problemas, y 5 (6.49%) no aceptan su problemática. Como frases representativa se tienen:

"Yo estoy aquí porque estoy enfermo de los nervios, me sentía desesperado, angustiado, me daban ganas de echarme a correr, me ponía muy agresivo, quería golpear a las personas."

"...es una injusticia. Me dejaron con engaños, a fuerza, me trajeron con policías."

Con relación a las causas de la hospitalización, 11 casos (14.29 %) son emocionales o afectivas, 7 (9.09%) son por ingerir bebidas alcohólicas, 4 (5.19 %) por uso de drogas; con

2 casos (2.60 %) para cada situación, están los accidentes y los golpes, y los problemas económicos; por último con una frecuencia de 1 (1.30%) están el estrés, el tráfico y la contaminación y, por otra parte, por brujería. Ejemplo de frases:

“Son diferentes factores, mismos del medio ambiente, factores como situaciones familiares, situaciones conflictivas en el hogar, en el trabajo, en otro tipo de medios que es donde el individuo se desarrolla, en este caso sería yo, es todo.”

“...si eso ya fumando marihuana como que se altera uno o sea se cruza uno con el alcohol y la marihuana, luego se vuelve uno bien locote, y todo eso anda uno loco, menos el solo y todo eso (sic), eso, es lo que provoca la marihuana.”

Otros motivos de hospitalización son el mal comportamiento, 2 casos (2.60 %); por drogas y alcohol, y problemas judiciales, 1 caso (1.30 %) para cada situación, ejemplo:

“...yo por lo que vine fue por intoxicación de alcohol, por haber golpeado a dos señoras, una de edad y a su hija. En lugar de traerme la policía a la Procu me trajo aquí, a este hospital.”

Hay diferencian con otros pacientes en 7 casos (9.09 %), y no la hay en 6 casos (7.79%). Ejemplos:

“Unos están enfermos de la mente, otros están enfermos de su cuerpo, es muy distinto el problema en cada caso, ya que cada quien tiene sus propios problemas, cada paciente está enfermo de diferente forma.”

“Todos somos como hermanos porque tenemos la misma enfermedad...”

En 2 casos (2.60 %) se considera a la enfermedad como algo pasajero, en 2 (2.60 %) se habla de que la enfermedad es provocada por el mismo. Ejemplo representativo:

“...porque uno mismo es el causante de sus problemas, ¿ no ?, porque conoce uno lo que le hace daño.”

Se habla de otras hospitalizaciones en 4 casos (5.19 %). Ejemplo:

“...ya tengo tres veces que he estado hospitalizado doctorcita.”

Comentarios:

La mayoría de los pacientes, femeninos y masculinos, asumen que están enfermos o que tienen problemas y conocen las causas de su padecimiento o por las que están hospitalizados, así como las de los demás pacientes; su enfermedad es como cualquier otra y algunos de los pacientes se diferencian de otros (sobre todo de los más agresivos y de los más enfermos); otros consideran que padecen lo mismo o que las causas de su hospitalización son las mismas.

Lo que se observó a lo largo del análisis de las entrevistas es que todos se dan cuenta de que tienen algún problema, enfermedad o que se portaron mal, y que tienen que recibir tratamiento, lo cual podría comprenderse como “conciencia de enfermedad”, esto no coincidiría con algunos de los diagnósticos y observaciones de los expedientes clínicos. La problemática, enfermedad o mal comportamiento es definida por los pacientes con sus propias palabras y le dan sus propios significados y sentidos, pero no en términos técnicos o bajo la perspectiva particular del médico tratante.

Aunque se dieron casos de no aceptación de problemática alguna, al hacerles a los pacientes la pregunta de los motivos o causas de su hospitalización, y ésta tuvo mayor frecuencia en las mujeres, estas respuestas se modifican en otras partes de la entrevista, al hablar de los motivos de hospitalización de otros pacientes, o de las causas de la enfermedad; y, por tanto, sí reconocen tener ciertos problemas, haberse comportado mal o que hay “ciertas enfermedades”.

Resulta importante resaltar que la mujer asume más tener una enfermedad que tener problemas en general, lo cual puede comprenderse en términos de que ella tiene mayor acercamiento a las instituciones de salud (por su papel en la procreación y como mujer) y, por tanto, a las nociones de enfermedad.

Para ambos sexos la mayor causa de hospitalización es por problemas afectivos o emocionales, sin embargo, las mujeres presentan mayor frecuencia. Los hombres (como se ha visto en otras preguntas temáticas), por sus mismos roles y estereotipos sociales (trabajo, relaciones interpersonales, el considerarse más racionales que afectivos, mayor tolerancia social para manifestar la agresión y los comportamientos antisociales, menor represión sexual, entre otros aspectos), tienen como causas principales el alcohol y las drogas (aunque en el fondo esta problemática pueda obedecer también a causas afectivas y emocionales). No obstante, a diferencia de las causas de enfermedad mental, en este caso para los hombres las causas de hospitalización por problemas afectivos o emocionales son mayores.

3.5- TRATAMIENTOS PARA LA ENFERMEDAD MENTAL

Se les pidió a los pacientes que desarrollaran esta pregunta temática para investigar los conocimientos que tienen sobre las instituciones psiquiátricas, el ambiente hospitalario, los diversos tratamientos, los tipos de tratamientos y los que el hospital les está dando, asimismo, para saber cómo conceptualizan la enfermedad mental en términos de si tiene o no curación.

Para el análisis de esta temática se construyeron 25 mnemónicos (ver tablas 5.1 y 5.2) de acuerdo con lo que los pacientes respondieron; estos mnemónicos contemplan los siguientes aspectos: tratamiento de hospitalización y cuidados médicos, tipo de tratamiento: médico-psiquiátrico (hospitalización, medicamentos, terapia electroconvulsiva), psicoterapéuticos (psicoterapia, psicoanálisis), terapias recreativas u ocupacionales, deportes y pláticas,

tratamientos caseros (buena alimentación y ejercicio); trato humano como parte del tratamiento (comprensión, afecto, pláticas, cariño), ambiente del hospital (como de otro hospital no psiquiátrico, de cooperación, de cárcel, agresivo), preparación del personal médico y para-médico (hay atraso, no están preparados, no atienden bien sus obligaciones), si el hospital genera dependencia institucional o autosuficiencia, si la enfermedad se cura o no. Con el fin de enriquecer el análisis, también en esta pregunta se consideran otras hospitalizaciones que hayan tenido los pacientes, pues la misma temática hacía que este aspecto surgiera, pues los pacientes tendían a comparar (ver tablas 5.1 y 5.2).

Si se comparan los porcentajes de mujeres y de hombres (ver tablas 5.1 y 5.2) se observa que los resultados en este punto terapéutico son muy parecidos, en ambos casos se obtuvieron las mayores frecuencias, 12 (16.00 %) mujeres y 12 (16.67 %) hombres, respecto al tipo de tratamiento médico-psiquiátrico (inyecciones, pastillas, electroshocks); posteriormente aparecieron las diferencias: como segunda frecuencia alta, 8 casos (10.67 %) para las mujeres, es que como parte de la terapia se deben incluir el cariño, la comprensión y la conversación; que para los hombres es menor, 4 casos (5.56%). Para los hombres la segunda frecuencia alta, 10 (13.89 %), es que se requiere de hospitalización y atención médica, que para las mujeres es de 7 (9.33 %).

En ambos sexos son mínimas las frecuencias sobre psicoanálisis y psicoterapia, 4 casos (5.56%) para los hombres, y 3 (4.00 %) para las mujeres; para las mujeres resulta más importante la terapia ocupacional, los deportes y las pláticas 86 (8.00 %), que para los hombres, 3 (4.17 %); ambos apelan a los tratamientos tradicionales o caseros (herbolaria, baños, masajes): hombres 3 (4.17 %), y mujeres 2 (2.67%).

Los pacientes responden con mayores frecuencias que sí hay curación, 7 casos (9.72%), que las pacientes, 5 (6.67 %). Respecto a seguir las indicaciones médicas para la curación, la frecuencia mayor la obtienen las mujeres, 6 (8.00 %), los hombres 4 (5.56 %).

Las mujeres viven más el ambiente agresivo, 4 casos (5.33 %), que los hombres, 2 (2.78%); sin embargo, los hombres lo viven más de cárcel y encierro, 3 (4.17 %), que las mujeres, 1 (1.33 %). Los hombres sienten el ambiente de cooperación y amabilidad, 2 (2.78 %), situación que no se da en las mujeres. Ninguno de los dos casos compara el ambiente del hospital con el de cualquier otro hospital no psiquiátrico, para los hombres quedan fuera tratamientos homeopáticos, con brujería y herbolaria, además de que la enfermedad no tenga curación.

El análisis de las pacientes indica: que de los 25 mnemónicos construidos, se procesaron 23 y en total se obtuvieron 75 (ver tabla 5.1).

La mayor frecuencia, 12 casos (16.00 %), se obtuvo respecto a los tratamientos médico-psiquiátricos (inyecciones, pastillas, electroshocks); con 8 casos (10.67 %) se ubica que como parte del tratamiento debe haber comprensión, cariño y se debe de hablar de los problemas. Con una frecuencia de 7 casos (9.33 %) se habla de que las pacientes requieren hospitalización y atención médica como parte del tratamiento, le sigue con 6 (8.00 %) la terapia ocupacional, los deportes y las pláticas. El psicoanálisis y/o la psicoterapia obtuvieron 3 casos (4.00 %). Respecto a otros tratamientos (herbolaria, masajes y baños, medicina homeopática, barridas y pociones, buena alimentación y ejercicio), se obtuvieron, en total 5 (6.67 %). Como frases más representativas de las principales frecuencias se tienen:

“Con los sedantes que ustedes nos dan. Todas las medicinas que el médico crea convenientes, me ayudan”.

“A la enferma de los nervios, dándole mucho cariño, protección, ternura y un poco de compasión, lástima, a ese ser que sufre tanto y es tan desgraciado.”

“Cuando uno está enfermo de la cabeza debe uno estar aquí con los doctores, al pendiente de uno, ellos de uno, para que nos estén vigilando y tratar de curarla a uno de lo que está enferma.”

“Eso que nos gusta mucho a los enfermos, la terapia, y que si tienen música porque sí les gusta mucho, he visto que sí les gusta mucho, es un estimulante.”

Con la misma frecuencia 2 casos (2.67 %), hay desacuerdo con la terapia electroconvulsiva y con las pastillas e inyecciones. Ejemplo:

“Pues yo pienso que en México y en muchas partes donde se usan los electroshocks, no se deberían de usar, pues yo vi en un paciente que murió de eso.”

Se habla de que la enfermedad mental sí tiene curación con 5 casos (6.67 %), y no tiene curación, solamente control, 1 (1.33 %). Ejemplo:

“Cada enfermo recibe el tratamiento que requiere, a veces utilizan camisas de fuerza. La enfermedad mental no se cura, se controla. Si se atiende a tiempo posiblemente se puedan curar.”

Los pacientes señalan que para que haya curación se debe hacer lo que los doctores dicen, 6 (8.00%), ayudarse una misma, 1 (1.33 %) y, con la misma frecuencia, colaborando con las actividades de limpieza del hospital. Ejemplo:

“...con obedecer las instrucciones que nos dan en el hospital es más que suficiente”.

Con 1 caso (1.33 %) se mencionan tanto la falta de conocimientos sobre la enfermedad mental, como la falta de preparación profesional. Ejemplo:

“Aquí en México pienso yo que son los gobiernos porque no atienden en forma total a sus pacientes, o sea pa’ psiquiatría está en pañales, para mí, a pesar de lo que me dice el doctor, que ya la ciencia ha adelantado, que hay nuevos conocimientos, que todo lo que se ha hecho, nuevos descubrimientos, no creo para mí porque a mí ya me han tratado varios psiquiatras y ninguno ha dado con el clavo.”

Respecto al ambiente del hospital, 4 casos (5.33 %) lo sienten agresivo, y 1 (1.33 %) como de cárcel y encierro, 2 casos (2.67 %) consideran que deben de separarse los pacientes según su enfermedad. Ejemplo:

“Pues sí siento el ambiente agresivo por ver a seres humanos que están enfermos, y realmente aquí no es una hospitalización, sino una reclusión, estar reclusos te tienen aislado de la sociedad”.

Con relación a otras hospitalizaciones se indican 7 casos (9.33 %) mismo puntaje que el obtenido en la pregunta anterior. Ejemplo:

“La 1° vez que ingresé aquí sí me amarraron, venía agresiva...”

De acuerdo al informe de los hombres, de los 25 mnemónicos se analizaron 21, en total se encontraron 72 (ver tabla 5.2).

La mayor frecuencia, 12 casos (16.67 %), se obtuvo con relación a los tratamientos médico-psiquiátricos (inyecciones, pastillas y electroshocks), le sigue en frecuencia que el tratamiento debe de ser la hospitalización y la atención médica, 10 (13.89 %). Los tipos de tratamientos se distribuyen así: 4 (5.56 %) psicoanálisis o psicoterapia y, con la misma frecuencia, debe haber trato humano (comprensión, cariño y plática); 3 casos (4.17 %) tanto para terapia ocupacional y deportes, como para tratamientos tradicionales (herbolaria, baños, masajes); y 2 (2.78 %) actividades de la vida diaria (buena alimentación y ejercicio). Ejemplos de las frases más representativas y de mayor frecuencia:

“...más que nada en principio, está la medicina, que es lo que, o sea acepto yo principalmente como un factor para que un paciente salga adelante de sus problemas.”

“Pues tenerlo aquí, meterlo aquí en el hospital psiquiátrico para que se cure”.

“...excluyendo drogas y todo eso, sería por medio de pláticas, de orientación, de canalización de los estados depresivos o agresivos hacia actividades que le conduzcan a uno a recuperar otra vuelta esa normalidad.”

Hay desacuerdo con las inyecciones y pastillas y, por otro lado, con la terapia electroconvulsiva, con 1 (1.39 %) para cada caso. Ejemplo:

“Yo definitivamente no estoy de acuerdo en el tratamiento de drogas, la psiquiatría como psiquiatría no la acepto.”

En tercer lugar, dada su frecuencia, se tienen 7 casos (9.72 %) en los que se considera que la enfermedad sí tiene curación, solamente 1 (1.39 %) no contestó. Ejemplo:

“El hospital me va a curar totalmente. Cuando salga de aquí voy a salir sano totalmente.”

Consideran que para que se dé la curación hay que hacer lo que los doctores digan, 4 (5.56%), ayudándose uno mismo, 2 (2.78 %) y colaborando con las actividades de limpieza del hospital, 1 (1.39%). Ejemplo:

“Es muy difícil es criterio de los doctores y de las enfermeras.”

La ciencia no tiene suficientes conocimientos de la enfermedad mental se informa con 2 casos (2.78%), no hay preparación adecuada por parte del personal médico y paramédico, 1 caso (1.39 %). Ejemplo:

“Pues está muy atrasado esto, por ejemplo, los electrochoques no sirven para nada, se está comprobado, a mí me dieron 17 y en lugar de ayudarme a recuperarme, me ayudaron a olvidar muchas cosas.”

Respecto al ambiente del hospital, éste se vive como de cárcel y encierro en 3 casos (4.17%), con ambiente agresivo, 2 (2.78 %); ambiente de cooperación y amabilidad, 2 (2.78 %), y consideran que debe de haber separación de pacientes de acuerdo a su enfermedad, 1 (1.39%). Ejemplo:

“Este hospital, para mí, como no me siento mal, es como una cárcel.”

Sobre otras hospitalizaciones se mencionan 6 casos (8.33 %), dato que difiere de la pregunta anterior, lo que puede deberse a que la temática de esta pregunta facilitaba más hablar de reingresos. Ejemplo:

“Me los dieron en la Castañeda, o sea el antiguo manicomio.”

Comentarios:

Los pacientes consideran la institución psiquiátrica como cualquier otra institución de salud, en general conocen poco de hospitales y tratamientos psiquiátricos y la experiencia que están teniendo como pacientes hospitalizados no la sienten diferente, discriminatoria o estigmatizante; no obstante, esta percepción va cambiando conforme los pacientes han tenido otras hospitalizaciones en psiquiátricos y sus conocimientos se van especializando por su misma situación. En el caso de otras hospitalizaciones, los pacientes sí marcan la diferencia entre lo que es la institución psiquiátrica y lo que son otras instituciones médicas, y consideran la discriminación y el estigma. Respecto al ambiente hospitalario, la tendencia es

a describirlo de encierro y agresión, lo que puede estar dado por la misma orientación terapéutica que tiene el hospital, de aislamiento y custodia.

En cuanto a los tratamientos, la mayoría de los pacientes (hombres y mujeres) conocen más los de tipo médico-psiquiátricos (pastillas, inyecciones, electroshocks), dada la orientación del hospital, y en general los del enfoque médico-biológico de la medicina alópata; sin embargo, para las mujeres se dan en segundo lugar los requerimientos de comprensión, cariño y conversación como parte del proceso de tratamiento y, en menor frecuencia, la terapia ocupacional y los deportes (que éstos, más bien, los viven los pacientes como distracción más que como parte del tratamiento). Ante la enfermedad los pacientes sí requieren de hospitalización y tratamiento médico, sobre todo para los hombres, no obstante, todavía en algunos casos se apelan a tratamientos tradicionales y caseros.

En el caso de los hombres, ante la enfermedad primero está la hospitalización y la atención médica, pues reconocen más las causas orgánicas que las psicológica, lo contrario sucede en la mujer, quien primero habla sobre el trato humano como parte de su tratamiento (comprensión, cariño, la importancia de hablar de su problemática), y en segundo plano (pese a que ellas están más allegadas a las instituciones de salud) de la hospitalización y de los cuidados médicos, lo cual también habla de que aún se desconocen muchas técnicas psicoterapéuticas y el papel de la psicología.

En la mayoría de los casos se habla de que la enfermedad mental sí tiene curación y los pacientes ven la enfermedad mental como cualquier otra enfermedad en la que con medicinas se van a curar. En general, se da una actitud pasiva-dependiente (característica de la terapéutica alópata) de esperar todo del hospital y de la autoridad médica.

3.6- TRATO INSTITUCIONAL

Esta pregunta se hizo con el fin de conocer cómo consideran los pacientes el trato que les da la institución, si están de acuerdo con lo que les ofrece el hospital y qué es lo que más les agrada y les desagrada del hospital.

Dado que es una temática en la que se dan diversidad de respuestas, y que resulta interesante conocerlas específicamente, se construyeron 28 mnemónicos para esta categoría. Se contemplan diversos aspectos de agrado y desagrado respecto al hospital en general, la alimentación, la limpieza, el trato del personal médico y paramédico, los tratamientos, el ambiente y su situación de encierro. Por el mismo tipo de respuestas que se dieron se consideró importante volver a analizar cómo perciben los pacientes el ambiente hospitalario (ver tablas 6.1 y 6.2).

Al hacer la comparación entre géneros (ver tablas 6.1 y 6.2) lo más sobresaliente es que, al parecer, los hombres, 9 casos (15.52%), están más conformes que las mujeres, 3 casos (4.92 %), respecto a que todo les agrada y no tienen problema alguno; lo contrario, todo les desagrada y lo ven mal, es mayor en las mujeres, 4 casos (6.56 %), que en los hombres, 2 casos (3.45 %).

Los hombres sienten más agrado por el tratamiento psiquiátrico, 8 casos (13.79 %), que las mujeres, 5 (8.20%); sin embargo, también la frecuencia es mayor para ellos, 5 (8.62 %), que para las mujeres, 2 (3.28 %), en el caso de desagrado del tratamiento psiquiátrico; lo que podría ser más bien desconocimiento o indiferencia en el caso de las mujeres, ya que éstas dan mayor peso al agrado por el trato personal, 6 (9.84 %), y con la misma frecuencia, al desagrado de la limpieza. Para los hombres, la frecuencia de agrado por el trato personal es de 3 casos (5.17 %), y por el desagrado de las condiciones de limpieza es de 2 (3.45 %).

Con relación a los totales de agrados, 25 casos (43.10 %) son para los hombres y 23 (37.72%) para las mujeres; y desagradados, 25 (43.10 %) son para los hombres y 21 (34.44 %) para las mujeres; las diferencias son mínimas, en ambos casos se compensan los agrados y los desagradados.

Respecto al ambiente institucional las mujeres lo sienten más agresivo, 6 (9.84 %), que los hombres, 3 (5.17 %); solamente los hombres, 2 (3.45 %), lo sienten de cooperación y amabilidad. Con relación al análisis de la pregunta anterior, en el caso de los hombres, el ambiente como cárcel y encierro 1 caso (1.72 %) disminuyó, y el ambiente agresivo 3 (5.17%) aumentó con 1 caso.

En el caso de los hombres no se utilizaron los mnemónicos sobre agrado de la terapia ocupacional, que tienen que hacer la limpieza como parte de sus actividades de pacientes y el desagrado por el edificio, actividades que están más en función del rol femenino; los hombres más bien bajan a deportes. Es interesante que en ninguno de los dos casos se haya hecho referencia al trato con el personal paramédico (y aunque no se utilizó el mnemónico de agrado del trato con el personal, es importante dejarlo, ya que está señalando algo que debería explorarse más, pues el desagrado sí se manifestó). Respecto a otros mnemónicos, como el que no se cumplen las expectativas y la comparación con otros hospitales no psiquiátricos, más bien es por el desconocimiento de los pacientes sobre su tratamiento, y, también porque no todos han tenido otras experiencias en hospitales generales.

Con relación al análisis de la mujeres se procesaron 20 de los 28 mnemónicos construidos y se encontró un total de 61 (ver tabla 6.1). La mayor frecuencia, 6 casos (9.84 %), se obtuvo para cada uno de los siguientes casos: agrado de la terapia ocupacional, agrado del trato personal y desagrado de la limpieza. Como ejemplo de algunas de estas situaciones se tienen las siguientes frases:

“Me gusta bajar al jardín y a terapia.”

“Todo es por las buenas nunca por las malas, me han tratado muy bien.”

“...entonces no hay ninguna asepsia aquí, ninguna higiene.”

Respecto al ambiente hospitalario, también con 6 casos (9.84 %) lo sienten agresivo, y 1 (1.64 %) lo sienten de encierro y de cárcel. Solamente se dan 2 casos (3.28 %) que informan tener que hacer la limpieza del piso como parte de sus actividades de pacientes. Ejemplo:

“...me enoja que las cosas se las roban, todo te lo quitan.”

Como segunda categoría de importancia se tiene, 5 (8.20 %), se trata del agrado por el tratamiento médico-psiquiátrico, le siguen 4 casos (6.56 %) en los que no hay agrado de nada, todo lo ven mal; solamente son 3 casos (4.92 %) en los que todo les agrada. Ejemplo de frase:

“Por medio de los procedimientos y métodos más modernos nos hacen sentir y vivir como personas normales, no hay discriminación.”

“Pues en realidad nada me ha agradado porque me desagrada la comida.”

“Que está muy bien funcionado, tiene bastante área para jugar fútbol, talleres...”

Respecto a otros desagradados que se encontraron, con 3 casos (4.92 %) para cada uno son: desagradado de la alimentación, desagradado por la revoltura de pacientes, desagradado por el encierro y desagradado por la construcción del edificio. El resto de los desagradados se sumaron y en total se obtuvo una frecuencia de 8 casos (13.12 %), y son por el tratamiento

psiquiátrico, por el trato del personal paramédico, por la alimentación, por no tener utensilios para comer, por el trato personal o por no poderse ir. Los agrados restantes suman en total 3 casos (4.92 %), y son por la alimentación y por la limpieza. Ejemplos de frases:

“En el hospital debería haber jardines, y un baño, y baños de hombres y baños de mujeres.”

“Aquí estoy con el pendiente de que me den TEC'S o que no vienen por mí, no salgo, es otro estado el que tengo aquí.”

“La alimentación es agradable.”

Como puede observarse, aunque son más los agrados, 23 (37.72 %), que los desagradados, 21 (34.44%), la diferencia es mínima, así que el hospital tendría que considerar algunos cambios y, en particular, el de la limpieza. Por otra parte, se repite (como en el caso de la pregunta anterior) el sentir el ambiente del hospital agresivo, 6 (9.84 %).

Para el caso de los hombres se trabajaron 20 de los 28 mnemónicos y se encontró un total de 58 (ver tabla 6.2). La mayor frecuencia, 9 casos (15.52 %), se obtuvo en que todo les es agradable, no tienen ningún problema. Son 2 casos (3.45 %) en que todo les desagrada, todo lo ven mal. Ejemplo de alguna de estas frases:

“...todo esta en orden en el sanatorio psiquiátrico, y que son muy responsables los doctores, así como las enfermeras, son muy responsables las cocineras...”

“Y uno se sigue sintiendo mal en lugar de sentirse bien...”

En términos de las categorías más sobresalientes siguen, con 8 casos (13.79 %), el agrado por el tratamiento psiquiátrico; con 5 casos (8.62 %), desagrado por el tratamiento psiquiátrico; y desagrado porque no los dejan salir se dan 4 casos (6.90%).

“Ahora estado con el tratamiento más conforme porque me siento tranquilo, pues un poco feliz...”

“Que los doctores nos hagan más caso, sólo nos dicen tomen la medicina y nos perjudican a nosotros mismos...”

“Nada, cuando no me dejan salir a terapia.”

Son varios los casos que se distribuyen con 3 (5.17 %): agrado de la limpieza, agrado del trato personal, desagrado por no tener utensilios para comer, desagrado por el encierro.

“El buen trato que se le da al paciente, los baños, las recámaras ya que puede uno descansar a toda hora.”

“Que cada paciente trajera su cuchara y su tasa para que no nos las estén quitando a cada rato, y evitar infecciones, de la boca o del intestino.”

Respecto al ambiente del hospital son 3 casos (5.17 %) que lo sienten agresivo, con 2 (3.45%) se habla de cooperación y amabilidad y 1 (1.72 %) de encierro y cárcel. Ejemplo:

“Yo sí tengo ese temor porque se ocasionan conflictos por x, por un cigarro, por el radio...”

“Trabajan todo con armonía desde las curaciones hasta la limpieza. No la he visto en otras partes.”

Otros agrados que se dan en menor frecuencia, 2 (3.45 %) por los alimentos. Solamente 1 caso (1.72%) habla sobre que sí se cumplen sus expectativas.

“...nos dan de comer.”

Los desagradados en los que han sido sumadas sus frecuencias y porcentajes son en total 8 casos (13.79%), son el trato del personal, alimentos, limpieza, trato personal y revoltura de pacientes. Ejemplo:

“...porque los baños son una asquerosidad, no son para hacerle una buena limpieza al baño, con lo que es el pinol, lo esencial, y a veces la comida la dan fría, no dan cucharas.”

En total se dan 25 casos (43.10 %) de agrado y 25 (43.10 %) de desagrado, que al igual que con las mujeres son aspectos a considerarse para mejorar el trato y el ambiente institucional.

Comentarios:

En términos generales, la mayoría de los pacientes aceptan lo que el hospital les ofrece, sus tratamientos, el ambiente hospitalario y el trato del personal médico y para-médico, pues en su mayoría no conocen otros hospitales psiquiátricos, ni tratamientos. Sin embargo, los pacientes que han tenido otras hospitalizaciones sí tienen parámetros para comparar y, en algunos casos, son los que muestran mayores desacuerdos en el trato, el ambiente y los tratamientos médicos.

Respecto a la diversidad de las opiniones de los agrados y desagradados, sobre todo de tratamientos y trato personal, así como de limpieza, comida y actividades de aseo, es importante señalar que los pacientes son de distintos pisos del hospital, en los que se dan diferencias de organización y de atención. Otro aspecto que es importante considerar es que la mayoría de los pacientes son de estrato socioeconómico bajo y comúnmente reciben atención médica de la Secretaría de Salud (tal vez, para algunos sus condiciones de vida mejoran temporalmente en el hospital y, para otros, empeoran).

Algo que se observa es que los pacientes se muestran demasiado agradecidos con la institución a pesar de tener algunos desacuerdos, lo cual se considera que puede ser debido a que quieren quedar bien, demostrar que ya están bien (reconociendo lo que el hospital hace por ellos) para que les den de alta.

Otro aspecto interesante es que los pacientes consideran el hospital como una institución de beneficencia, por lo que se sienten comprometidos a colaborar en las actividades de limpieza y de cuidado de otros pacientes; no consideran para nada que el hospital es de asistencia pública y que es producto de las contribuciones sociales, que tiene obligación de atenderlos.

Lo anterior se da sobre todo en el caso de las mujeres, que por un lado puede ser debido al desconocimiento de lo que es la Secretaría de Salud, y por el otro, a los mismos patrones culturales, por lo que se sienten obligadas a responder, a no estar sin trabajar, a no dejarse atender, a ayudar; lo que es asumido no nada más por parte de las enfermas, sino también por parte de las enfermeras y de las personas del aseo, quienes las instan a que participen en estas actividades.

3.7- TRATO SOCIAL POSHOSPITALIZACIÓN

Esta pregunta estuvo enfocada a conocer si los pacientes consideran que el hecho de haber estado hospitalizados en una institución psiquiátrica los estigmatiza y cómo se ubican ante la sociedad; asimismo, investigar cuál creen que es el trato social que van a recibir al salir del hospital, cómo van a salir del hospital y qué piensan hacer al salir del hospital.

Para esta categoría se construyeron 20 mnemónicos (ver tablas 7.1 y 7.2) que contemplan si los pacientes consideran o no la estigmatización, buen trato o mal trato en general, familiar, de amistades, vecinal y laboral; las condiciones en las que van a salir, como por ejemplo

curados, mejor, se reincorporan a sus actividades, salen a trabajar, van a tener problemas laborales, se van a portar bien, no saben cómo va a ser al salir o no le representa ningún problema.

Tanto para mujeres como para hombres (ver tablas 7.1 y 7.2) la mayor frecuencia, 13 casos (41.94%) y 7 casos (18.42 %) respectivamente, es que al salir van a recibir un buen trato en general, y van a recibir buen trato familiar, 3 (9.68 %) y 5 (13.16 %). Ambos sexos salen a trabajar, pero la frecuencia es mayor en hombres, 5 (13.16 %), que en mujeres, 3 (9.68 %). Hay diferencia en cuanto que los hombres, 5 (13.16 %), salen curados, 4 (10.53 %) no saben cómo los van a tratar, y no les representa ningún problema; que en el caso de las mujeres no hablan de ello (no se utilizan esos 2 mnemónico). Asimismo para los dos géneros sí hay estigmatización, con 2 casos (6.45%) para las mujeres y 2 (5.26 %) para los hombres. La no estigmatización fue de 2 casos (6.45 %) para las mujeres y 1 (2.63 %) para los hombres. En ninguno de los dos grupos se utilizaron los mnemónicos de buen trato vecinal y comunitario, y el de buen trato laboral.

Para las pacientes no se utilizaron 9 de los 20 mnemónicos, así que solamente se analizaron 11, de los cuales se obtuvieron 31 mnemónicos de trato poshospitalario y éstos quedaron distribuidos de la siguiente manera (ver tabla 7.1):

El porcentaje mayor, 13 casos (41.94 %), se obtuvo respecto a que las pacientes al salir van a tener un buen trato en general, luego continúan las frecuencias de 3 (9.68 %) para los siguientes casos: van a tener un mal trato familiar, y van a salir a trabajar. Ejemplo de algunas de estas frases son:

“Me van a aceptar y me van a atender mejor y a entender más. Me van a tratar normal.”

“...pues mis hermanos ya no me quieren, me corrieron de la casa y yo creo que no me van a recibir bien, pero mis compañeros de trabajo me han visitado todo este tiempo...”

Con relación a la estigmatización son 2 casos (6.45 %), tanto por que sí van a quedar estigmatizadas, como porque no les provoca ningún estigma. Ejemplo:

“...tienen muy mala fama este hospital así, bueno de locos.”

“No me ha afectado, yo puedo seguir trabajando, en donde sea me dan trabajo, al contrario se me han abierto más las puertas para trabajar.”

Con esta misma frecuencia 2 (6.45 %) se obtuvieron estos casos: van a tener buen trato de los amigos y, por otro lado, van a tener problema laborales. Ejemplos:

“Me imagino que me van a recibir con los brazos abiertos, porque están que se mueren por verme, cuando menos mis amigos, mi familia quién sabe.”

“En el trabajo problema, sí porque en la Universidad hay un estatuto en el que sí se presenta enfermedad mental lo cortan a uno del trabajo, así que laboralmente sí. Ya me avisaron que en octubre termina mi contrato”.

El resto de las frecuencias se distribuyen con 1 (3.23 %) en: buen trato familiar, mal trato en general, y sale como estaba antes de la hospitalización.

Para el caso de los hombres se utilizaron 16 de los 20 mnemónicos, en total se obtuvieron 38, distribuidos de la siguiente manera (ver tabla 7.2 hombres):

La mayor frecuencia, 7 casos (18.42 %) se obtuvo respecto a que los pacientes en general van a recibir buen trato. Ejemplo:

“Me van a recibir bien, voy a estar sano y bueno, para estar allá en mi pueblo.”

Con 5 casos (13.16 %) se presentan las siguientes categorías: van a recibir buen trato familiar, salen curados, y salen a trabajar. Ejemplos:

“Muy bien, me van a recibir muy bien mis familiares porque me he regenerado de esta enfermedad mental”.

“Tener otro trabajo para así llevar una vida más económica y feliz a través del tiempo.”

Son 4 casos (10.53 %) que no saben cómo los van a recibir, y no representa ningún problema.

Ejemplo:

“Pues yo digo, yo quien sabe como reaccionarán ellos al verme.”

Solamente se dan 2 casos (5.26 %) en que se considera que sí va a haber estigma, y 1 (2.63%) que no considera el estigma o señalamiento. Ejemplo:

“Sí porque me tratan de loco, de persona que no estoy cuerda, de persona que no hilo mis ideas, me tratan de que estás medio loquito pero ahí la llevas, y cositas así. Y siento el rechazo de la gente.”

El resto de las frecuencias son de 1 caso (2.63 %) y se distribuyen así: mal trato en general, mal trato de la familia, de los amigos, de los vecinos, y en el trabajo, sale mejorado, sale para reintegrarse a sus actividades, va a tener problema laborales, se va a portar bien.

Comentarios:

Es interesante ver que los pacientes consideran que al salir del hospital van a recibir buen trato en general, lo que indica que no contemplan que haya rechazo o que queden señalados. La baja frecuencia de sí estigmatización y no estigmatización hace reflexionar sobre que sea

más “prejuicio profesional”, y producto de las mismas clasificaciones nosológicas, el que haya discriminación hacia los pacientes psiquiátricos. La mayoría de los pacientes viven la enfermedad mental como cualquier otra enfermedad o como problemas de la vida (de acuerdo al análisis que se efectuó con la pregunta 1), y respecto a esta temática (7), consideran que van a salir curados y en condiciones de reincorporarse a su vida diaria, viven la hospitalización como cualquier otro tratamiento.

La mayoría de los pacientes, mujeres y hombres, que consideran más el rechazo social es porque han tenido comportamientos agresivos y porque tienen problemas judiciales, pero no consideran que el rechazo se dé por haber estado hospitalizados en psiquiátrico o por ser pacientes psiquiátricos, sino por su comportamiento.

El hablar de curación es más evidente para los hombres, pues son quienes la señalan; también en su caso, no saben como los van a recibir, pero no les genera mayor conflicto, ya que ellos ven la enfermedad mental como cualquier otra enfermedad, en términos más orgánicos, como lo es para las causas que la provocan (de acuerdo a los análisis de las preguntas anteriores).

Otro aspecto que es interesante recalcar es que los pacientes que hablan de problemas laborales y de sentirse estigmatizados por haber estado hospitalizados en un psiquiátrico son profesores normalistas, profesores universitarios o trabajan en una universidad o escuela y, en general, su nivel de conocimientos es más elevado que el de otros pacientes que son campesinos, costureras, amas de casa o que no tienen una ocupación remunerada.

3.8- DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL

Se les solicitó a los pacientes que desarrollaran esta temática para conocer cómo definen la salud mental y qué diferencias establecen respecto a la enfermedad mental; asimismo,

indagar si en la forma de definir la salud se daban ciertas tendencias (como en el caso de la enfermedad y sus causas) hacia lo científico, lo orgánico o físico, lo psicológico, lo social y lo ambiental.

Para esta pregunta-tema se construyeron 16 mnemónicos con los cuales se consideran los siguientes aspectos: no respondió, la salud como lo opuesto a la enfermedad, no diferencian la salud de la enfermedad, la salud sólo la determinan los médicos, definiciones científicas, la salud como curación o control de la enfermedad, definiciones biopsicosociales, definiciones de mente y cuerpo, de salud física, salud equivalente a normalidad, salud es estar como antes de que enfermaran, salud como comportamientos promedios, salud como satisfacciones económicas y laborales, definiciones con procesos psicológicos, con aspectos medioambientales, y salud es no tener preocupaciones ni problemas (ver tablas 8.1 y 8.2).

En término generales, y a pesar de las limitaciones que representa en el análisis el hecho de que se hayan obtenido 9 casos masculinos (27.27 %) que o no respondieron o no se les hizo la pregunta (lo cual debe considerarse más bien una falla técnica, antes de darle otro sentido), se observan datos interesantes (ver tablas 8.1 y 8.2); además de que hay que considerar que, con todo y la abstención, son 33 los mnemónicos. Para las mujeres son 36 mnemónicos y solamente se presenta 1 caso (2.78%) que no respondió.

Para las mujeres la mayor frecuencia es 11 casos (30.56 %), se obtiene con definiciones psicológicas (pensar, razonar bien, conocer lo que uno hace, controlarse y ser autosuficiente), le sigue la categoría en la que consideran la salud mental como el no tener preocupaciones ni problemas con 8 casos (22.22 %); sin embargo para los hombres la frecuencia que se da para estas mismas respuestas es de 4 (12.12 %) y 3 (9.09 %), respectivamente, se encuentra la misma frecuencia de 4 casos (12.12 %) para definiciones de salud como lo opuesto a la enfermedad, y como el equilibrio cuerpo y mente.

En los hombres no se consideraron los siguientes mnemónicos: no diferenciar entre salud y enfermedad mental, definiciones psicosociales, el tener salud física, el estar como antes de ingresar y el tener satisfacciones económicas y laborales, los cuales sí los consideraron las mujeres. Los mnemónicos que no contemplaron las mujeres fueron: que la salud sólo la determinan los médicos y que la salud es tener armonía con el medio en que se desenvuelve.

En el análisis de las mujeres se utilizaron 14 mnemónicos de los 16 construidos, el total es de 36. La mayor frecuencia para esta pregunta se obtuvo con 11 casos (30.56%) en la que las pacientes definen la salud mental haciendo alusión a procesos psicológicos (más racionales) como pensar, razonar bien, conocer lo que uno hace, controlarse, y ser autosuficiente (ver tabla 8.1). Ejemplo de este tipo de definiciones:

“Es tener una mente con criterio definido, pase lo que pase, usted aprenda a defender sus propias ideas, si no cree usted que se las diga otra persona, usted debe documentarse con libros, revistas.”

Siguen 8 casos (22.22 %) respecto a que consideran la salud mental, también en términos psicológicos, pero en el sentido de no tener preocupaciones, ni problemas. Ejemplo:

“...es no tener malos pensamientos, y tratar de evitar toda cosa fea que se venga.”

Con 4 casos (11.11 %) definen la salud mental como el estar normal, portarse bien, estar equilibrada. Solamente hay 2 casos (5.56 %) para cada una de las siguientes situaciones: la salud mental es vista como el equilibrio entre la mente y el cuerpo, y la salud mental es estar como antes de que enfermaran. Ejemplos más representativos de estas frecuencias:

“...como a una persona sana, como a cualquier gente.”

“Tener el cuerpo y la mente sana.”

El resto de las definiciones tienen una frecuencia cada una de 1 caso (2.78 %), en total se dan 9 casos (25.00 %), y contemplan aspectos como: no respondió, la salud mental como opuesto a la enfermedad, no da diferencia entre salud y enfermedad mental, definición científica, la salud como curación y control, definición biopsicosocial, tener salud física, comportarse como los demás, la salud como tener satisfacciones económicas y laborales. Se dan las siguientes frases que representan algunos de estos casos:

“La salud mental se puede atender muy a tiempo.”

“Salud mental es el estado de bienestar físico, bioxico (sic), social y económico.”

Respecto a los hombres se procesaron 11 de los 16 mnemónicos construidos, se obtuvieron 33 en total, que se distribuyen de la siguiente forma (ver tabla 8.2):

El mayor porcentaje de pacientes, 9 casos (27.27 %) no respondió a la pregunta o no se le hizo, de los que sí respondieron, 4 (12.12 %) define la salud mental como lo apuesto a la enfermedad, 4 (12.12%) como el equilibrio cuerpo y mente, 4 (12.12 %) como procesos psicológicos (pensar, razonar bien, conocer lo que uno hace, controlarse y ser autosuficiente). Se ejemplifica con las siguientes frases:

“No estar loco como andar nervioso. Sanos como yo, no estoy nervioso.”

“...una balanza que está manteniendo lo físico y lo mental.”

“Estar sano, una cosa muy especial, muy anhelado, muchas cosas buenas, no me he portado como a veces me porto, todo descontrolado de la mente.”

Siguen 3 casos (9.09 %) que consideran la salud mental como no tener preocupaciones ni problemas, con 2 (6.06 %) para cada caso se dan las siguientes definiciones: la salud solamente la determinan los médicos, y la salud mental como normalidad y portarse bien; las otras tres definiciones restantes, tienen una frecuencia de 1 caso (3.03 %) cada una y son: definición científica, el comportarse como los demás y estar en armonía con el medio en que se desenvuelve. Ejemplos:

“Es estar completamente sano de la mente, no tener ningún problema mentalmente, estar completamente despejado.”

“No sé nada porque yo no soy doctor.”

“Equilibrio emocional e capacidad de frustración...”

Comentarios:

Tomando en cuenta los casos de abstención masculina, de cualquier forma se observa que en cuanto a las definiciones de salud sí hay diferencias, las mujeres siguen considerando más los aspectos psicológicos (cognitivos y emocionales) que los hombres; los hombres consideran en menor frecuencia los aspectos psicológicos y emocionales, así como el equilibrio entre lo corporal y lo psicológico, pero les dan el mismo peso.

Los hombres toman mínimamente en cuenta los aspectos del medio en que se desenvuelven y no consideran los aspectos socio-económicos, siendo estos últimos mencionados por las mujeres. También los hombres le dan más peso al criterio médico para definir la salud, pues tienden a ver más la salud y la enfermedad mental en términos orgánicos y de causas físicas. Para hombres y mujeres el considerar la salud en términos de los comportamientos de otras personas, de la adaptación y la normalidad, como parámetros sociales, se da poco.

En términos generales, se puede observar que tanto en mujeres como en hombres hay menor conocimiento respecto a la salud y mayor respecto a la enfermedad (como se informa en el análisis de la pregunta 1 y la 2); se dan muy pocas definiciones específicas de salud y con carácter científico, y no se apelan a las causas que la originan. La tendencia de los pacientes es considerar la salud como recuperación de la enfermedad o ausencia de la misma, pero no como un proceso por sí mismo; se observa cierta tendencia a asociar más la salud con procesos psicológicos racionales y la enfermedad con procesos emocionales.

3.9- COMENTARIOS GENERALES

Esta pregunta se hizo con el fin de dar libertad a los pacientes para que comentaran y agregaran todo aquello que se les ocurriera o que quisieran resaltar, también por si hablaban sobre aspectos que no se incluyeron en las otras temáticas.

Dadas las respuestas de los pacientes, se construyeron 12 mnemónicos que consideran diversas cuestiones como son: sin comentarios, el deseo de salir, agradecimientos al hospital, cómo consideraron la investigación, su experiencia de hospitalización, salir curado, salir para ayudarse porque el hospital ya no les puede ayudar más, mejoras al hospital y comentarios particulares (quiere trabajar en el hospital, casarse con un doctor, no estigmatizar a los pacientes, otros) (ver tablas 9.1 y 9.2).

En términos generales (ver tablas 9.1 y 9.2), aunque los hombres tienen mayor frecuencia en sin comentarios, 8 casos (32.00 %), que las mujeres, 5 casos (23.81 %), por el total de mnemónicos, 25, ellos hacen más comentarios que las mujeres, con las que se obtuvieron 21. Los aspectos más sobresalientes son que las mujeres ya quieren salir, 5 (23.81 %), y los hombres van a salir curados, 5 (20.00 %), y las mujeres van a salir curadas, 3 (14.29 %).

Otro aspecto interesante es respecto a la investigación, las mujeres, 2 casos (9.52%), comentaron que esperan que la investigación sirva de algo y 1 caso masculino (4.00%) considera la investigación como parte del tratamiento. En el caso de las mujeres no se encuentran agradecimientos al hospital, ni propuestas de mejoría para el hospital; en el caso del los hombres, no se refieren a salir para ayudarse porque el hospital no les puede dar más.

Para el caso de las pacientes, de los 12 mnemónicos construidos, se analizaron 8. En total se encontraron 21 mnemónicos de diversos comentarios que se distribuyen de la siguiente manera (ver tabla 9.1):

La mayor frecuencia, 5 (23.81 %), se obtuvo con sin comentarios, y que ya quieren salir; para cada caso. Ejemplos:

“Ninguno, ya hablé mucho.”

“Ya quiero salir de aquí, es que los niños están tristes, no puedo abandonar a la niña.”

Para cada una de las siguientes categorías: que van a salir curadas y comentarios particulares, se obtuvieron 3 casos (14.29 %). Ejemplos:

“Me quiero curar pronto para salir de aquí.”

“Ay, que quiero casarme con un doctor.”

La distribución en frecuencias menores de 2 casos (9.52 %) se da para comentarios en los que consideran la investigación como parte del tratamiento, y 1 caso (4.76 %) que la investigación sirva para algo. Ejemplos:

“Ojalá todas estas preguntas sirvan para algo. Deberían de hacérselas más seguido. Es todo.”

También se dieron las siguientes categorías con 1 (4.76 %) para cada caso: el hablar sobre la experiencia positiva en el hospital, la experiencia de hospitalización como negativa, y que debe de salir para ayudarse porque el hospital no puede hacer nada más por ella. Ejemplos más representativos de frases:

“Es una experiencia bastante fuerte y no es hospitalización sino reclusión. No te puedes adaptar al ambiente del hospital.”

Para los hombres se utilizaron 10 de los 12 mnemónicos contruidos, en total se encontraron 25, y éstos se distribuyen así (ver tabla 9.2):

La mayor frecuencia, 8 caso (32.00 %), es sin comentarios, 5 (20.00 %) que van a salir curados. Ejemplos:

“No se me ocurre nada.”

“Recomendar de que sí vengán a curarse, que no escondan sus problemas que después puede ya no haber remedio.”

Le siguen 3 casos de 2 (8.00 %) cada uno, que comentan sobre el agradecimiento al hospital, la experiencia hospitalaria como positiva, mejoras al hospital y comentarios particulares. Ejemplos:

“Pues únicamente agradecerle el hecho de haberme auxiliado en el momento difícil de que me agarró, y creo que el hospital hay que entenderlo así, es un psiquiátrico y hay pacientes que llegan con los problemas y líos más fuertes o menos.”

“No convertir eso en una torre de marfil donde solamente el psiquiatra conoce el pues efecto que tiene un adoperidol (sic) o cosas así.”

Con 1 caso (4.00 %) para cada categoría, se dan los comentarios como el exceso de agradecimiento al hospital, el considerar la investigación como parte del tratamiento y la experiencia negativa de la hospitalización. Se ejemplifican con frases como:

“Yo digo que, o sea, que para ver como estoy de mal, no yo digo a mí por ejemplo, pues yo digo que me den de alta y ya porque yo ya estoy bien ya, respondí todas las preguntas y todo, o sea, ya me siento bien para salir a trabajar yo digo que para eso es no.”

Respecto a los comentarios se considera que no hay mucho que decir, pues se diversifican mucho y algunos son repeticiones de otras preguntas. Lo que más se observa es que los pacientes ya quieren salir; en el caso de las mujeres la salida está más en función de los hijos y diversos quehaceres, en el de los hombres, lo que más esperan es salir curados.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Un guardia de un hospital psiquiátrico: ¡Ey! a dónde van. Somos unos bastones de dulce. ¡Que va!, ustedes son dementes. Sí, y él es de chequelete.

Chiste popular.

A partir del marco teórico de la presente investigación y, no obstante que esta sea la sección de discusión y conclusiones, el hablar de éstas últimas es relativo, pues, por un lado, se parte de que la construcción de conocimientos es un proceso no un producto acabado. Por otro lado, el mismo proceso de la investigación ha generado cambios, tanto en los conocimientos que los pacientes han construido sobre la salud y la enfermedad mental, como en los conocimientos de la investigadora.

Por consiguiente sería mejor hablar de un proceso concluyente que permite pasar a la parte final de la presente investigación, más no a la única ni a la última palabra, ya que se van dando transformaciones, se van construyendo otros conocimientos, y entre más interlocutores se van teniendo, se va ampliando y enriqueciendo más el conocimiento, y de no poner un punto final, este sería un trabajo sin fin.

De esta manera, se requiere construir un punto de corte para que la tesis pueda concluirse. Para comenzar, es importante mencionar que este trabajo no tiene la intención de presentar argumentos demostrativos, sino compartir con otros interesados una forma de construir conocimientos bajo una perspectiva teórica. Asimismo, debe considerarse que la tesis es el punto de vista de quien analiza este proceso de construcción teórica sobre los conocimientos colectivos de la salud-enfermedad mental, bajo las características particulares del momento, y de la situación en que se llevó a cabo la investigación.

De ninguna manera se pretenden generalizar los resultados sobre los conocimientos colectivos de la salud-enfermedad mental. De lo que se trata es de describir e interpretar estos conocimientos, y comprender la importancia del proceso mediador del lenguaje en su construcción, así como en la de los discursos, en la de los mundos de vida y, por ende, en la de los comportamientos.

Efectivamente, como parte del proceso de la investigación se han seleccionado diversos argumentos teóricos y metodológicos para construir el marco teórico. Pero esto no quiere decir que sean los únicos y los válidos, sino simplemente, una versión más de cómo se construyen los conocimientos generados para este caso desde la perspectiva socioconstruccionista.

Asimismo, es importante mencionar que dado el objetivo de la presente investigación, que se enfocó al análisis de los conocimientos colectivos cotidianos de la salud-enfermedad mental que los pacientes psiquiátricos hospitalizados van construyendo, ya no se abordó una segunda fase de investigación, que suele hacerse con algunos métodos cualitativo-interpretativos y que es muy enriquecedora. Esta fase hubiese consistido en presentar los resultados de la investigación a los pacientes estudiados o, en su defecto, a otros pacientes psiquiátricos hospitalizados para someterla a discusión con ellos; de esta manera se hubieran podido obtener aportaciones adicionales con la perspectiva de ellos.

A partir de la descripción e interpretación de los conocimientos de los pacientes, se considera que la salud-enfermedad mental es un conocimiento colectivo cotidiano, que forma parte de los conocimientos sociales y que sigue los mismos procesos de generación. Por tanto, la salud-enfermedad mental también es un proceso que se construye y al que se le asigna un lugar en la sociedad.

Las aportaciones teóricas que han sido retomadas en el marco teórico del trabajo, que son la perspectiva socioconstruccionista (Harré, 1979, 1985, 1989; Gergen 1985, 1989, 1991; Ibáñez, 1989, 1990, 1993), los postulados teóricos sobre el conocimiento social (Billig, 1987, cit. Fernández-Christlieb, 1994; Fernández-Christlieb, 1994), y de la sociología del conocimiento (Maffesoli, 1993), convergen en el carácter socioconstruccionista de los conocimientos societales, y de la función pragmática del lenguaje (Habermas, 1985).

Por tanto, estas aportaciones permiten comprender que es a través del diálogo y del acuerdo que se llega a formar un conjunto de conocimientos que queda como establecido y, que a su vez, construye a sus interlocutores.

Este proceso de diálogo, negociación y consenso es lo que le da el carácter de discursivo al conocimiento. El diálogo y la discusión son las formas retóricas "naturales" de la sociedad que se dan como conversaciones cotidianas, intercambios culturales, discusiones académicas y científicas (Gergen, 1991; Ibáñez, 1993; Fernández-Christlieb, 1994).

Las realidades sociales son, por consiguiente, los conocimientos contruidos comunicativamente y acordados socialmente que permiten la comprensión de los diversos fenómenos y su transformación. Los conocimientos colectivos cotidianos, como parte de los conocimientos societales, también forman parte en la construcción de las diversas realidades sociales y, del mismo modo, constituyen categorías culturales del lenguaje.

Abordar desde la perspectiva de los conocimientos societales el proceso salud-enfermedad mental permite darle otro giro a su comprensión, el de su construcción a través del lenguaje y la comunicación. Por tanto, se asume que la salud-enfermedad mental es un proceso que también se construye comunicativamente y se establece como conocimientos y prácticas sociales.

La salud y la enfermedad mental es uno más de los discursos sociales y está conformado por diversos conocimientos como la ciencia, la religión, la experiencia, las creencias, los mitos, las tradiciones y el sentido común. Como discurso que es, trata de lo que se dice respecto de la salud y la enfermedad mental, de la normalidad y de la anormalidad, de los comportamientos desviados. De esta manera, diciendo, establece las pautas de acción y las normas de comportamiento que generan significados y sentidos en la construcciones de las realidades sociales; de acuerdo con las características socioculturales y con el momento histórico.

La salud-enfermedad mental enfocada a su manifestación individual, puede verse como el proceso en el que se dan variaciones y diversidades en la participación para la construcción de significados sociales, así como para la transformación de las realidades sociales (Ayestarán y Martínez, 1992). Bajo esta perspectiva socioconstruccionista, los parámetros para comprender el proceso salud-enfermedad mental, así como los diversos modelos de intervención, deben considerar los significados y sentidos que las personas legas construyen. De ahí que el estudio de los conocimientos colectivos cotidianos de la salud y de la enfermedad mental, sea relevante (cfr. Fernández-Ríos, 1994; Furnham, 1994).

Antes de pasar de lleno a las interpretaciones, es importante considerar que en algunos casos, al momento de hacer las entrevistas, los pacientes manifestaban un cuadro leve de delirios y alucinaciones y estaban bajo los efectos del medicamento; lo cual, como ya se había dicho, no alteró el proceso comunicativo. De cualquier manera, a través del lenguaje se manifestaron los estilos de comportamiento, los significados y sentidos que el paciente utiliza para expresarse. Este aspecto referente a la comunicación resulta de suma importancia para el manejo terapéutico del paciente, más aún cuando se utilizan enfoques narrativos cuya herramienta primordial es el discurso del paciente bajo sus propios significados y sentidos, con el fin de crear otros significados y nuevos sentidos.

Bajo este panorama, y retomando el objetivo de la presente investigación que, como ya se indicó, fue **conocer los conocimientos colectivos cotidianos de la salud y la enfermedad mental que los pacientes psiquiátricos hospitalizados van construyendo**, a continuación se presentan las siguientes interpretaciones:

En términos generales, los pacientes tienen todo un discurso sobre la salud y la enfermedad mental que está construido con diversos conocimientos que versan sobre creencias, tradiciones, conocimientos cotidianos, práctica, experiencia, sentido común y conocimientos técnicos, sobre la salud y la enfermedad mental. Este discurso se va construyendo a través de los diversos procesos de comunicación en los que está inmerso el paciente, y en los que el lenguaje juega un papel determinante.

Estos conocimientos están constituidos con un lenguaje que va de lo cotidiano hasta lo técnico-científico, así como con definiciones precisas, coloquiales o metafóricas que aluden a diversos aspectos de la vida cotidiana como son el ambiente, las religiones, las tradiciones, las crisis socioeconómicas y políticas, las relaciones interpersonales, o simplemente la ausencia de salud. También los conocimientos hacen referencia a aspectos de la vida institucional, como lo son las orientaciones profesionales que se dan: médico-biológicas, médico-psicológicas; las causas de la problemática, los tratamientos y el ambiente hospitalario. Asimismo, estos conocimientos van de lo más cotidiano a lo más especializado, dependiendo de la experiencia psiquiátrica, como lo son otros tratamientos y otras hospitalizaciones que han tenido los pacientes.

Esta interpretación de los conocimientos de los pacientes sobre la salud-enfermedad mental permite saber, por una lado, cómo a través de los conocimientos colectivos (que aunque no sean obtenidos en el ámbito académico y “puedan estar equivocados” desde una perspectiva científica) les generan sentido a los pacientes para comprender su problemática, la de los

demás pacientes, su hospitalización, los tratamientos y, en general, su devenir cotidiano. Por otro lado, esta interpretación también posibilita conocer cómo estos conocimientos colectivos se van especializando por las vivencias y la práctica misma, que en este caso es el desempeño del rol de pacientes psiquiátricos hospitalizados (Scheff, 1970; Goffman, 1981; Dudet, 1986; Dudet y Valencia, 1992).

A su vez, el estudio de los conocimientos colectivos cotidianos de la salud-enfermedad mental hace factible conocer cómo estos conocimientos guían la construcción de los comportamientos de los pacientes que les pueden permitir o no salir adelante de su problemática, así como enfrentar su realidad cotidiana que, como algunos de los pacientes lo argumentan, no está dada solamente por ellos, sino que está mediada por los que están a su alrededor.

Algo que resulta importante remarcar son las diferencias de género en la construcción de los conocimientos colectivos cotidianos, ya que los conocimientos están contruidos de acuerdo con las actividades propias del rol de género y de otros roles sociales, de las reglas sociales y del contexto cultural. El mismo género se construye y es constructor a través del lenguaje, que también construye esos patrones culturales de comportamiento y los diversos roles que desempeñan las personas, lo que se manifiesta en sus diversos conocimientos y discursos.

Estas diferencias de género son muy evidentes cuando, por ejemplo, las mujeres asocian más a la enfermedad mental y a la locura el "libertinaje", y los hombres, al contrario, la incapacidad de poder tener relaciones sexuales está en relación con la enfermedad mental; o bien, cuando las mujeres atribuyen más su padecimiento a problemas sentimentales, y los hombres al abuso de alcohol y drogas. Dadas estas divergencias de entre los sexos, sería importante realizar investigaciones sobre los conocimientos de la salud-enfermedad mental desde el punto de vista del género.

Pasando a un análisis más detallado de los contenidos de las narraciones, se interpreta que el discurso global de los pacientes sobre la salud y la enfermedad mental está construido con sus diversos conocimientos que se basan en definiciones, causas, descripción de comportamientos, analogías y metáforas, otros conceptos como el de locura, comparaciones, tratamientos institucionales, trato personal, trato social, sugerencias y quejas.

Las definiciones están construidas principalmente con base en tres aspectos: por la ubicación que le dan a la enfermedad, principalmente, físicas, y en menor proporción, como proceso mental; por las causas que la provocan: el uso de drogas y alcohol, golpes, problemas psicológicos, causas hereditarias, problemas familiares, brujería, contaminación y estrés; y por la descripción del tipo de comportamiento que presentan las personas enfermas: comportamientos antisociales, alteraciones mentales y/o comportamientos irracionales de falta de autocontrol.

La mayoría de los pacientes, dan definiciones populares, lo cual denota lo cotidiano del conocimiento sobre la locura y la enfermedad mental, y como esta categoría cultural se encuentra en el lenguaje cotidiano. Estas definiciones son muy parecidas, de uso común y son consideradas como enfermedad (el mal de los nervios, de la cabeza, de la locura). Dentro de estas definiciones se dan las metafóricas o analógicas, en las que utilizan otras definiciones o procesos de la vida cotidiana (como lo señala Sontag, 1996); definiciones más de carácter romántico y místico, en las cuales la enfermedad es vista como sabiduría y experiencia (como también lo hacen ver Foucault, 1981; Cabruja, 1980, Sontag, 1996), o como un estado del amor (e. q: "perder la cabeza por estar enamorado"). En menor proporción se dan las definiciones de carácter científico, pues éstas más bien obedecen a la experiencia de los pacientes, entre otros factores.

Como parte de las definiciones de las causas de la enfermedad mental, ya en específico, se observa que a pesar de que algunas de las causas a que aluden los pacientes son muy particulares a su propia problemática, la mayoría de estas atribuciones son compartidas y evidencian los comportamientos específicos de acuerdo con los roles y al género. Es importante señalar, que además de las causas que se clasifican como físicas y mentales, se aluden también a causas que se clasifican como sociales, económicas, políticas y ambientales, lo que pone de manifiesto la problemática social en la que las personas están inmersas (cfr. Herzlich, 1986a; Watzlawick, 1995; Sontag, 1996).

Lo anterior permite comprender que los problemas de las grandes ciudades también se estén considerando como detonantes de enfermedad mental y de problemáticas emocionales y que los padecimientos ya no estén siendo solamente enfocados (tanto por los conocimientos científicos como por los legos) desde una perspectiva intrapsíquica, sino también desde un punto de vista de las relaciones y de la comunicación social, en el que se consideran aspectos socioeconómicos, políticos y ecológicos, lo cual es reportado en los trabajos de Herzlich (1970, 1973, 1975, 1986 y 1986a) y de Furnham (1994), que aunque tratan sobre la salud-enfermedad en general, también tocan algunos puntos concernientes a la salud-enfermedad mental, así como en los trabajos de Fernández-Ríos (1994) y Sontag (1996).

La perspectiva que se menciona en el párrafo precedente pone de manifiesto que los problemas de salud están cambiando y que, por lo tanto, también debe haber cambios en la forma de comprenderlos y abordarlos, como lo hacen ver Szasz (1974), Herzlich (1986, 1986a), O'Hara y Truett (1991), Gergen (1992, 1996), Watzlawick (1995), por mencionar algunos autores.

Por tanto, se puede interpretar cómo, a través de las definiciones y de la atribución de las causas de enfermedad mental, se manifiesta la diversidad del género, de los roles, de los

conocimientos, de las creencias, de los estilos de vida, y del estatus (como también lo señalan Herzlich, 1986a; Sontag, 1996). Estos procesos se van construyendo por las pautas culturales como lo son las reglas institucionales, el desempeño de roles, las actividades recreativas, la vida cotidiana, la participación política, por mencionar algunas. Es a través del lenguaje que se manifiestan estos procesos y, por lo mismo, el lenguaje es construido y constructor de estilos de comportamiento; es por eso que se consideran a la salud y a la enfermedad mental como categorías lingüísticas o categorías culturales.

Continuando con las definiciones de causas, la mayoría de los pacientes no diferencian, ni clasifican estas causas en físicas u orgánicas, psicológicas y/o socioeconómicas, como lo hacen los parámetros científicos, por lo que se puede considerar que éstas son clasificaciones más de carácter técnico, puesto que las personas legas no diferencian las causas de esta manera. Aunque históricamente ha habido esta división entre la mente y el cuerpo, lo psíquico y lo somático, lo orgánico y lo psicológico, y esto se ve reflejado en el lenguaje cotidiano, no es tan utilizado cotidianamente para definir las causas de enfermedad mental. No obstante, para definir en términos generales la enfermedad mental, sí se da cierta tendencia a la diferenciación mente y cuerpo, psicológico-corporal o emocional-físico.

Sin embargo, para los pacientes la enfermedad mental es como cualquier enfermedad que se cura con tratamientos médicos y medicinas, no hacen diferencias respecto de otras enfermedades. Conforme los pacientes han tenido otras hospitalizaciones y tratos con especialistas, entonces sí van marcando más la diferencia de enfermedad mental, dan definiciones y causas más precisas, de carácter científico, sobre todo con tendencia médico-psiquiátrica y psicológica. Lo anterior también sucede con los tratamientos, a mayor experiencia sus conocimientos se dirigen más hacia lo psicológico y psicoterapéutico, sin soslayar los tratamientos farmacológicos (salvo excepciones).

Los pacientes que no han tenido otras experiencias consideran más la enfermedad, sus causas y tratamientos como los de cualquier otro padecimiento; lo orgánico lo remarcan solamente en los tratamientos. Los pacientes que hablan más de causas orgánicas o físicas son aquéllos, en términos generales, que tienen algún daño cerebral como es el caso de la epilepsia, o por el uso de drogas y alcohol, pero también han tenido otras hospitalizaciones. La construcción de los conocimientos de los pacientes está más orientada a su experiencia, a lo orgánico, porque es lo que médicamente les han explicado de su enfermedad y es lo que, en general, predomina en los modelos médicos.

Respecto a la salud mental, en términos generales se puede observar que hay menor conocimiento y que éste es mayor para el caso de la enfermedad. Se dan muy pocas definiciones específicas de salud, con carácter científico y no se apelan a las causas que la originan. Hay tendencia a considerar la salud como recuperación de la enfermedad o ausencia de la misma, pero no como un proceso, por sí mismo, que obedezca a grados. También se observa cierta tendencia a asociar más la salud con procesos psicológicos racionales, y la enfermedad con procesos emocionales.

Este “desconocimiento” de la salud mental debe de ser considerado, pues se tiene que poner más énfasis en la salud que en la enfermedad, tal y como lo señalan algunos programas de “Salud positiva” de la OMS (Fernández-Ríos, 1994). El mismo autor, así como Furnham (1994), también contemplan este aspecto de dar mayor peso a la salud en la construcción de las teorías legas.

Siguiendo con lo que los mismos pacientes narran sobre la salud, es el criterio médico el que debe definirla, pues tienden a ver más la salud en términos orgánicos y de causas físicas. Se toman mínimamente en cuenta los comportamientos de otras personas, la adaptación y la normalidad como parámetros sociales para considerar la salud.

Estos conocimientos que mencionan los pacientes sobre la salud son parte de los conocimientos de los sistemas educativos y de los modelos de atención médica, cuya práctica se da en los programas asistenciales. A través de estos programas se enseña más de la enfermedad y de la curación que de la salud y su mantenimiento, siendo poco lo que se dice y hace sobre la prevención de la enfermedad y la rehabilitación. Otro de los factores que constituyen estos conocimientos institucionales, es que se erigen sobre bases médico-biológicas y médico-psiquiátricas, más que psicosociales, económicas, políticas y ecológicas; por lo que la salud y la enfermedad son vistos como estadios opuestos y no como un proceso (cfr. Fernández-Ríos, 1994; Gergen 1996).

Además, estos conocimientos se fundamentan en que el ser humano debe de ser racional y, por tanto, inteligente, civilizado y moderno. Lo contrario sucede para el ser humano emocional, que es débil, ignorante e incivilizado. Estos conocimientos son los que más se aplican, se difunden y divulgan, generando significados y sentidos para comprender la realidad, construir estilos de vida en los que la salud es poco reconocida y valuada. Por otra parte, se debe considerar que, históricamente, primero se tuvo conciencia de enfermedad antes que de la salud (cfr. Canguilhem, 1982), y al parecer se sigue en esta línea.

De acuerdo a lo anterior, se comprende el predominio de los conocimientos sobre los tratamientos médico-psiquiátricos, como los fármacos, los electrochoques y los análisis clínicos, dada la orientación del hospital de custodia y tratamiento y, en general, del enfoque médico-biológico de la medicina alópata. Al parecer, en el hospital no se dan terapias psicológicas o psicoterapias, y las terapias ocupacionales son muy pocas, por ello es que para los pacientes, ante la enfermedad, se requiere de hospitalización y tratamiento médico. Aunque, como parte del tratamiento, los pacientes consideran que deben darse la comprensión, el cariño y el poder hablar de los problemas. No obstante el predominio de estos conocimientos, también se apela a tratamientos tradicionales y caseros.

Por otra parte se observa la dependencia psicosocial de los pacientes hacia la institución, que es producto de la hospitalización y que suele presentarse en las terapéuticas enfocadas exclusivamente al tratamiento médico “curativo”. Este enfoque causa que se fomente muy poco la autosuficiencia y el ayudarse a sí mismos; así como el que el paciente conozca su problemática, sus tratamientos, su condición de paciente, con el fin de que se involucre y colabore más en su tratamiento y recuperación, durante y posteriormente a la hospitalización (Dudet, 1986).

En general, se puede observar que aún se desconocen muchas técnicas psicoterapéuticas y el papel de la Psicología, y menos aun se conocen intervenciones de prevención y de rehabilitación, como parte de los conocimientos colectivos. Sin embargo, también se evidencia la necesidad de tratamientos psicológicos, ya que los pacientes manifiestan, a través de sus definiciones de tratamientos, sus necesidades psicológicas como los son los requerimientos de hablar, de comprensión, de apelación a su sentido común, a su experiencia, a sus conocimientos, a su cultura y tradiciones, a sus problemáticas o a sus comportamientos.

Al manejar otros conceptos como el de locura, sí se establecen diferencias respecto a la enfermedad mental y la consideran como parte de ésta, e inclusive en algunos casos los pacientes se asumen como locos. La diferencia radica en grados, la locura es más grave que la enfermedad y los comportamientos son más exacerbados y es más difícil de curar o no se cura; se define más con aspectos de racionalidad y de juicio (como lo informa Cabruja, 1980).

No obstante, si se comparan las definiciones de locura con las temáticas de definiciones y causas de enfermedad mental, es interesante hacer notar que los aspectos psicológicos y emocionales también dominan en la primera. A la locura todavía se le sigue dando cierto aire de misticismo, de romanticismo y de peligrosidad, como en la antigüedad (que también lo

señalan Foucault, 1981 y Cabruja, 1980). En términos generales, predomina la utilización del concepto de enfermedad mental, en menor medida el de locura y, se hace muy poca alusión a otros conceptos como demencia o alienación.

Todos los pacientes se dan cuenta de que tienen algún problema, enfermedad o, que “se portaron mal” y que tienen que recibir tratamiento. En general, ellos consideran sus motivos de hospitalización por problemas afectivos o emocionales, lo cual podría comprenderse como “conciencia de enfermedad”, y que no coincidiría con algunos de los diagnósticos y observaciones de los expedientes clínicos. El que la problemática, enfermedad o “mal comportamiento”, la definan los pacientes con sus palabras, dándole sus propios significados y sentidos, y no en términos técnicos, psiquiátricos o bajo la perspectiva particular del médico tratante, es lo que podría estar creando que no coincidan los diagnósticos médicos con lo que los pacientes narran; es decir, se trata de un problema de significados y sentidos respecto al uso del concepto “conciencia de enfermedad”.

Este punto “de la conciencia de enfermedad” y del diagnóstico resulta ser muy interesante para ser desarrollado como otra investigación, pues también está manifestando la pluralidad de significados y valores que se generan en la práctica profesional, en la generación de conocimientos científicos, y en la problemática que siempre ha tenido el intento de homogeneizar los criterios para el diagnóstico y las clasificaciones de los comportamientos en entidades nosológicas (cfr. Rosenban, 1988).

Respecto al ambiente del hospital, además de la agresión (que depende de los diversos padecimientos de los pacientes), los pacientes se sienten encerrados, lo que también está dado por la orientación de custodia y aislamiento del hospital. En este rubro cabe agregar una de las principales experiencias que se tuvo durante la realización de la investigación, pues permite comprender mejor esta situación del ambiente hospitalario:

Para empezar, tanto en las salas de hombres como de mujeres se dio la situación de que un paciente se ofreciera a “cuidarme” para que “otros pacientes no me hicieran nada” y “para ayudarme”, así se dio “mi ángel guardián todo el tiempo”; ello fue más frecuente en la salas de hombres. Esta experiencia se ha vivido en otros hospitales psiquiátricos y es común que se de en diversas instituciones de custodia (Scheff, 1970; Goffman, 1981).

Otro aspecto importante de narrar fue que en una de las salas de mujeres, de entrada, hubo agresión verbal; posteriormente, cuando las pacientes agresoras se incorporaron a la investigación, éstas pidieron disculpas y convidaron su cena, tornándose “mis protectoras”.

En general, se observa que hay mayor agresión en el ambiente cotidiano de la sala de mujeres, continuamente hay pleitos, insultos, y hasta golpes. En las salas de hombres el ambiente diario es de mayor cooperación y amabilidad, pero cuando hay pleitos e insultos, éstos son más violentos y se dan los golpes.

Dado que los mismos pacientes reconocen el ambiente agresivo se ofrecen a brindar protección. Consideran que este ambiente es propiciado por el mismo encierro, por las problemáticas, por el efecto de los tratamientos, por el aislamiento, por la inactividad, por la falta de entretenimientos, por el mismo trato del personal y las condiciones hospitalarias. Los pacientes se ofrecen como “protectores” porque de cierta forma buscan atención, compañía y con quién poder hablar. Aunado a lo anterior está el hecho de usar bata blanca como personal paramédico (obligadamente), lo que asocian con autoridad médica, de la cual se quejan tener escasa atención, y a la menor oportunidad quieren conversar y tratar sus casos, preguntar de sus medicamentos, su salida, su situación en general.

Con relación al trato social poshospitalario y cómo se ubican socialmente los pacientes, es interesante ver que en términos generales consideran que al salir del hospital van a recibir

buen trato en general, lo que indica que no contemplan que haya rechazo o que queden señalados. La mayoría de los pacientes (como ya se mencionó), viven la enfermedad mental como cualquier otra enfermedad o como problemas de la vida, consideran que van a salir curados y en condiciones de reincorporarse a su vida diaria; la hospitalización la viven como cualquier otro tratamiento.

Al respecto, también resulta interesante mencionar que los pacientes que hablan de problemas laborales y de sentirse estigmatizados por haber estado hospitalizados en psiquiátrico, son profesores normalistas, profesores universitarios o trabajan en una universidad o escuela, y en su mayoría han tenido otras hospitalizaciones. En general el nivel de conocimientos de estos pacientes es más elevado que el de los otros pacientes que son campesinos, costureras, amas de casa, o que no tienen una ocupación remunerada. La ocupación de los pacientes, su escolaridad, sus estilos de vida, así como su nivel de conocimientos, se obtuvieron a través del mismo contenido de las entrevistas; también se tomó en cuenta el vocabulario que utilizan, la manera de expresarse y el tipo de definiciones (como parte del análisis de contenido-interpretativo).

Las condiciones de estigma y de problemas laborales se observa en menor medida en los pacientes que tienen condiciones de vida más sencillas, que su medio socioeconómico y cultural es menor. Ellos no piensan siquiera en el rechazo al salir del hospital, consideran que se van a reincorporar a su vida, a su trabajo, o que van a encontrar otro trabajo. La excepción a lo anterior se encuentra en los pacientes que han tenido un comportamiento agresivo hacia otras personas, que tienen problemas judiciales por lo mismo y por uso de drogas y alcohol.

Por tanto, se podría pensar que entre mayor es el conocimiento en general, y de la enfermedad mental en particular; mayor es el rechazo hacia el enfermo mental por parte de la sociedad, lo que tendría que ver con el mayor acceso a los conocimientos científico-

técnicos, así como con el predominio de paradigmas. Por tanto, la divulgación de los conocimientos científicos (cfr. Harré et al., 1989; Gergen, 1996; Fernández-Christlieb, 1991), en lugar de generar en las personas legas una mayor comprensión de la enfermedad mental, pueden estar coadyuvando a su incomprensión, temores, estigmas y, en general, a estar construyendo estilos de comportamiento de rechazo hacia los pacientes mentales. Al no contar la colectividad con interpretaciones cotidianas alternativas para darle otros significados y sentidos a la salud y la enfermedad mental, los sujetos se encuentran encerrados en un único discurso (cfr. Fernández-Christlieb, 1991).

Entonces, esta divulgación de conocimientos no solamente repercute en los pacientes en términos de la segregación que padecen, sino en rechazarse a sí mismos y en la forma en que van construyendo su rol de pacientes y sus mundos de vida, ya que ellos también tienen acceso a ese predominio de conocimientos que se divulgan y que se reconstruyen en el lenguaje cotidiano (cfr. Fernández-Ríos, 1994). Ante esta información obtenida respecto a la divulgación de los conocimientos científicos de la salud-enfermedad mental, sería importante llevar a cabo investigaciones que se enfocaran exclusivamente a ello y a las prácticas de educación para la salud.

Así como constantemente se pueden apreciar las divergencias dadas por el género, algo que resulta también relevante son las diferencias en la construcción de los conocimientos en la medida en que los pacientes van teniendo mayores experiencias institucionales, siendo mayor su práctica como "enfermos mentales". Conforme los pacientes van teniendo más experiencia a través de las hospitalizaciones, diversos tratamientos, con los demás pacientes, así como con otras vivencias (literatura, cine, textos científicos, por mencionar algunas) se van especializando y van incorporándose cada vez más a su rol de enfermos. Esta práctica o experiencia la van adquiriendo los pacientes, tanto en instituciones de salud, como en su vida

cotidiana y en otras áreas de su vida (recreativas, laboral, familiar, social, económica, privada e íntima).

A partir de dicha experiencia los pacientes van construyendo sus conocimientos sobre sí mismos, sobre los demás, sobre la salud-enfermedad mental (definiciones, causas, tratamientos, profesiones, estigmas, roles); su conocimiento se va especializando y de, esta manera, van construyendo su condición de pacientes, su rol de pacientes psiquiátricos. Todos estos conocimientos son los que se traducen en discurso y comportamientos cotidianos para los pacientes y para el resto de la sociedad.

Sin embargo, el hecho de que los pacientes vayan construyendo conocimientos cada vez más especializados tiene sus ventajas y desventajas (como ya se comenzó a describir más arriba), ya que lo importante no es nada más que los pacientes repitan las palabras técnicas, su diagnóstico, el nombre de los medicamentos, las técnicas terapéuticas o el tipo de estudios que les hacen, sino lo que comprenden (lo que les significa y los sentidos que les generan). Los conocimientos tienen su carga ideológica que obedece a intereses particulares; los conocimientos científicos no escapan de ello. Los conocimientos científicos de la enfermedad mental, como es el caso de la psicopatología y de algunos enfoques terapéuticos, denominan, clasifican, y marcan los parámetros entre normalidad-anormalidad, entre salud-enfermedad, propiciando la diferenciación de comportamientos y su etiquetamiento (cfr. Szasz, 1974, 1981; Guinsberg, 1976; Bastide, 1979; Menéndez, 1979; Marcos, 1982).

Así como estos conocimientos les pueden ayudar a los pacientes a comprender mejor su situación, también los pueden compenetrar en los mismos estigmas y discriminaciones que propician, y que los lleva a desempeñar cabalmente su rol de enfermo mental, a segregarse de la sociedad y a que ésta los aisle (Scheff, 1970; Goffman, 1981).

Lo anterior, pone de manifiesto que el rechazo y, por ende, la estigmatización hacia el paciente, no nada más tiene que ver con su comportamiento, sino que depende del medio socioeconómico y cultural al que pertenece y en el que se desenvuelve (Bastide, 1979; Menéndez, 1979); lo cual también va a determinar, entre otras cosas, las posibilidades de acceso a diferentes fuentes de conocimientos (cfr. Cabruja, 1988; López et al., 1995). En resumen, lo anterior evidencia las cargas ideológicas que tienen todos los conocimientos sociales (científicos, legos, profanos, del sentido común, religiosos y tradicionales), porque son construcciones humanas y no pueden escapar de ello, porque las ideologías forman parte de esos procesos.

Aunque la construcción de los conocimientos científicos se da desde diversas perspectivas teóricas, ninguna de ellas queda fuera de las cargas ideológicas y culturales, ni de intereses particulares. La diferencia en las teorías, modelos o teorizaciones, estaría dada en cuanto a su sometimiento a la crítica, a la deconstrucción, y en la conciencia que estén generando respecto a los intereses que median su construcción. Esta diferenciación de teorías también estaría dada por la validez social que tuvieran, es decir, que realmente estén dando respuesta a las necesidades sociales de las personas para las cuales se construyen estos conocimientos.

Así que el problema en cuanto a la construcción teórica, no nada más es que no se proceda a su deconstrucción, sino también obedece a la práctica profesional irresponsable que se da en algunos casos. En la mayoría de las ocasiones sólo se subrayan los beneficios de los conocimientos, pero no sus limitaciones ideológicas y los prejuicios sociales que puedan estar ocasionando y, ya sea manifiesta o veladamente, se permiten como generadores de sentidos sociales y constructores de realidades.

Por tanto, como parte del estudio de los diversos conocimientos que se construyen socialmente es importante considerar las fuentes generadoras de conocimientos y de

discursos. Como ya ha sido descrito a lo largo del trabajo, el conocimiento y los discursos colectivos se construyen a través de los conocimientos científicos, especializados, creencias, sentido común, conocimientos populares, mitos, conversaciones cotidianas, arte y práctica, así como por los demás procesos comunicativos que se dan en la vida cotidiana, no cotidiana e institucional.

Dadas estas diversas fuentes generadoras de conocimientos, del acceso que se tenga a ellas y a los diversos medios de construcción de los conocimientos, así como a los procesos con los que se les da sentido y significado a esos conocimientos, es que se construyen los conocimientos sociales y se dan las variaciones en cuanto a los ámbitos de su esparcimiento: colectivo-público e individual-privado. Hay conocimientos que los pacientes comparten, que son del dominio público, de la colectividad, incluyendo a los que no son pacientes; hay otros conocimientos que se remiten a la experiencia particular del paciente, son privados e íntimos, y no son compartidos por otros pacientes, ni por otras personas.

Sin embargo, para el caso de la presente investigación han sido los conocimientos colectivos o populares, los del dominio público, los que han sido el centro de atención. Los conocimientos individuales serían de mayor interés si se tratara de una investigación de carácter más clínico, y se trabajara la información como casos, pues esos conocimientos serían riquísimos para comprender los significados y sentidos que cada paciente le da a su discurso y para otros que pueda construir.

Si hubiera sido el objetivo de la presente investigación y si ésta hubiese tenido el carácter clínico del que se habló, se podría haber presentado la comprensión de estos conocimientos colectivos a los pacientes, con la cual se les hubiera permitido generar otros significados y sentidos a su situación de "enfermos". Lo anterior, representaría todo un proceso terapéutico que se basa en los postulados socioconstruccionistas (cfr. Gergen, 1991a, 1992, 1996;

O'Hara y Truett, 1991; Fernández-Christlieb, 1994; Gergen y Kaye, 1995) pero se saldría de los objetivos de este estudio. Sin embargo, se menciona este otro sentido de la investigación dado que esos procesos terapéuticos son análogos a los que se dan en la vida cotidiana, de donde son retomados para su aplicación terapéutica bajo técnicas específicas (cfr. Gergen, 1992; Fernández-Christlieb, 1994).

Para dar punto final a los objetivos alcanzados en la presente investigación, es importante resaltar que el proceso salud-enfermedad mental es una forma de responder a las condiciones y estilos de vida que se dan en una sociedad. La salud-enfermedad mental es un proceso social que está determinado por los tipos de interacción social y de comunicación que una cultura establece; y a su vez, norma, institucionaliza y legisla los tipos de interacción, estilos de vida, pautas de comportamiento y formas de socialización para los integrantes de esa cultura.

Por lo que la socialización, al igual que otros procesos colectivos como la influencia social, la memoria colectiva, las representaciones sociales, la civilidad, la participación social, la moda (por mencionar algunos), también juega un papel fundamental en la construcción de la salud-enfermedad mental. Las pautas culturales, como los valores y conceptos que se le den a la salud y a la enfermedad mental, son determinantes para la manera en que se le aborde. Tradicionalmente, la salud es vista como una virtud y la enfermedad como un castigo a una transgresión, lo cual tiene sus bases en creencias y prácticas religiosas (cfr. Rosen, 1968; Somolinos, 1976; Foucault, 1981a; Canguilhem, 1982).

De ahí que el conocer y el considerar los conocimientos colectivos cotidianos como formas de sabiduría social sea trascendental para la creación de programas preventivos y para el tratamiento y rehabilitación de los pacientes, como también lo han señalado Herzlich (1986, 1986a) y Jodelet (1986) en sus investigaciones de representaciones sociales, y Furham

(1994), Fernández-Ríos (1994) respecto a las teorías legas. Por otro lado, también se requiere revelar la ideología que conllevan las actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación, pues si se pretende una cultura de la salud, ésta debe ser construida acorde a las necesidades de la población y por las personas que forman esa comunidad. Para que estas actividades de prevención tratamiento y rehabilitación se puedan llevar a cabo se requiere que cada comunidad construya sus programas específicos de salud, ya que cada localidad tiene sus propias teorías profanas y científicas.

Otro aspecto que debe tomarse en cuenta es la forma en que son divulgados los conocimientos científicos (cfr. Harré et al., 1989), tanto a nivel masivo como en los programas educativos, pues también implica responsabilidad, ya que puede generar efectos paradójicos que en lugar de beneficiar a las personas posibilite la construcción de conocimientos que provoquen mayores estigmas y prejuicios, en detrimento de los pacientes psiquiátricos y de sus reintegración social. Esta divulgación de los conocimientos científicos y sus repercusiones puede ejemplificarse con la siguiente narrativa de un paciente:

“Conocer esos términos para quitarles el fanatismo, la superstición que hay en torno a la esquizofrenia, la paranoias, las neurosis y todos los padecimientos mentales o nerviosos, las epilepsias, todo eso porque hay mucho desconocimiento. Las familias tratan de ocultar, tratan de ocultar a un paciente enfermo como si fueran una vergüenza...el hecho de tener las nociones básicas, fundamentales, sobre lo que es un padecimiento nervioso, lo que hablábamos anteriormente, tener un acervo acerca de la psicología y de la psiquiatría, yo creo ayuda al paciente, a los familiares y a la sociedad en general...No convertir eso en una torre de marfil, donde solamente el psiquiatra conoce el pues efecto que tiene un adoperidol o cosas así....Todas las profesiones tienden a manejar lenguajes muy, muy exotéricos²¹ (sic), muy propios, pero considero que, particularmente, la profesión o la especialidad de la psiquiatría exagera un poco ese esoterismo lexicológico.”

21

Se pone la palabra tal cual la pronunció el paciente, y se deja como “exotérico”, ya que de acuerdo al sentido de la frase se refiere a esotérico y no a exotérico (accesible), que vendría a ser todo lo contrario.

Todo este proceso de construcción de conocimientos sobre la salud-enfermedad mental que se ha llevado a cabo mediante el presente trabajo obliga a reflexionar sobre la importancia que tiene el acto de investigar, no solamente como “generador de información”, sino además, como proceso transformador, dados los propios cambios que la investigación por sí misma propicia por la comunicación y la interacción que se da entre las personas participantes.

Ante esta perspectiva resalta la importancia de propiciar más las investigaciones que estén encaminadas a promover cambios para la resolución de problemáticas sociales, ecológicas, educativas, laborales y/o terapéuticas, como son las de orientación investigación-acción, en las que con la aplicación de algunos métodos cualitativos se hace posible dar un giro más humanitario y más en respuesta a las necesidades sociales. Estos enfoques interactivos permitirían una mejor distribución de los saberes sociales, que no solamente fueran los indispensables para sobrevivir y sobrellevar el curso de la vida, sino para tener mejores conocimientos estratégicos, y de esta forma ir transformando esta “cultura de información”, que más bien es una cultura de desinformación por la saturación de los medios masivos de comunicación (cfr. Fernández-Christlieb, 1994). Esta transformación representaría un cambio hacia una “sociedad de comunicación”, es decir, sería pasar del control y la dominación, al autocontrol y la comunicación (cfr. Galindo, 1997).

En una sociedad de comunicación la información se maneja de otras formas, lo que importa son las relaciones y no tanto el contenido, por lo que los acuerdos con los demás sobre lo que compete a todos, así como los diversos saberes que permitan mejores formas de diálogos y decisiones concertadas, serían su punto de partida. Esta perspectiva habla de formas que permiten ir hacia la democracia y del papel que juegan los conocimientos societales y el proceso investigativo; de aquí que la investigación social deba centrarse en un trabajo reflexivo sobre las formas de diálogo y del escuchar de la sociedad (Galindo, 1998).

Para finalizar, es importante subrayar la responsabilidad profesional y civil que se tiene con la construcción y deconstrucción de los conocimientos y de cómo éstos van siendo transmitidos, difundidos y divulgados, tanto en la docencia y en la práctica profesional, como en la vida cotidiana. Puesto que los conocimientos son discursos, palabras que se dicen respecto de algo, son categorías lingüísticas, que por el mismo carácter social del lenguaje, son categorías culturales, pues construyen comportamientos, sentidos y estilos o mundos de vida.

Si no se asume la responsabilidad de analizar, de deconstruir los diversos conocimientos que se van generando y reproduciendo, se seguirá ejerciendo una práctica profesional que no siempre está en función de las necesidades sociales y sí del interés de grupos en el poder. De acuerdo con Ibáñez (1996) lo que el socioconstruccionismo tiene para ofrecer son los elementos para una práctica psicológica de liberación, fuera del alcance de ideologías de dominación, también dice que solamente se hace camino *siendo distintos y practicando nuevas formas de hacer*.

Así que, de momento, no queda más que decir, salvo que este trabajo ha sido una gran experiencia comunicativa, como el proceso de diálogo que es, y ha sido una experiencia muy enriquecedora gracias a los diversos interlocutores que participaron. La investigación ha sido todo un proceso transformador en la forma de comprender las realidades sociales. Como se mencionó en la introducción, el haber retomado uno de tantos discursos societales como lo es la salud-enfermedad mental obedeció, en particular, a dos características; las cuales, después de haber llevado a cabo todo esta construcción de conocimientos, han despertado mayores inquietudes, y siguen poniendo el dedo en el renglón respecto a la importancia de estudiar este proceso.

Estas características respecto a la salud-enfermedad mental y a la locura consisten en que, por un lado, esto que ha sido denominado enfermedad mental o locura, ha sido una construcción social que ha estado presente en el desarrollo de la humanidad (bajo distintas concepciones) y ha generado mucha inquietud, desconcierto, temor o sabiduría. Por otra parte, es un discurso que aun conserva partes ocultas y desconocidas, por lo que tiene mucho que decir, pues dada su pluralidad de significados y sentidos a lo largo de la historia se torna en un discurso muy rico que puede permitir profundizar en la comprensión del devenir histórico y cultural de la humanidad. No obstante, el proceso de construcción y deconstrucción debe ser considerado para los diversos discursos que constituyen las realidades sociales. Por tanto, aun falta mucho por dialogar, muchos caminos y brechas por recorrer, de ahí que solamente se ponga un punto final a este trabajo, sin más conclusión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

“Porque a través de la lectura de tus obras pude comprender mejor mi naturaleza, y con ello, el don de la palabra y de la comunicación”.

Una indígena.

ÁLVARO, J., TORREGROSA, J. y GARRIDO, A. (1992): La salud mental como fenómeno psicosocial. En J. Álvaro, J. Torregrosa, y A. Garrido, (Comps.). Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental (pp. 1-7). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.

ÁLVARO, J., TORREGROSA, J. y GARRIDO, A. (1992): Estructura y salud mental. En J. Álvaro, J. Torregrosa, y A. Garrido, (Comps.). Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental (pp. 9-30). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1988): Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R). (Apéndice E: Revisión Histórica y Secciones de los Trastornos Mentales de la Clasificación Internacional de Enfermedades : ICD-9 e ICD-9-CM). Barcelona: Masson.

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA (1995): Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson.

AYESTARÁN, S. Y MARTÍNEZ, C. (1992): Posición social y salud mental. En J. Álvaro, J. Torregrosa y A. Garrido (Comps.). Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental (pp. 31-48). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.

BASTIDE, R. (1979): Sociología de las Enfermedades Mentales. México: Siglo XXI.

BELLOCH, A., SANDÍN, B. y RAMOS, F. (1995): Manual de Psicopatología. Vol. 1. Madrid: McGrawhill.

CABRUJA, T. (1988): La imagen popular de la locura. En T. Ibáñez (Coord.) Ideologías de la Vida Cotidiana (pp. 183-203). Barcelona: Sendai.

CANGUILHEM, G. (1982): Lo Normal y lo Patológico. México: Siglo XXI.

CASCO, M., NATERA, G. y HERREJÓN, M. (1987): La actitud hacia la enfermedad mental, una revisión de la bibliografía. Salud Mental, 10, 2, 41-51.

COLLIER, G., MINTON, H. y REYNOLDS, G. (1996): Escenarios y Tendencias de la Psicología Social. Madrid: Tecnos.

DUDET, C. (1986): El Rol del Paciente Psiquiátrico Hospitalizado: Un estudio psicosocial a partir de la propia experiencia del paciente. Tesis licenciatura, UNAM.

DUDET, C., VALENCIA, M. (1992): El rol del paciente psiquiátrico hospitalizado. Revista de la Asociación Brasileña de Psiquiatría. Asociación Psiquiátrica de la América Latina. 14, 3, 82-92.

DUKE UNIVERSITY PRESS (1991): Tally.

DURKHEIM, E. y MAUSS, M. (1969): De ciertas formas primitivas de clasificación. En M. Mauss (Ed.) Institución y Culto. T. II (pp. 13-73). Barcelona: Barral Editores.

DURKHEIM, E. (1974): Sociologie et Philosophie. France: Presses Universitaires de France.

ENDE, M. (1996): Carpeta de Apuntes. Madrid: Alfabuara.

FARR, R. (1983): "Escuelas europeas de psicología social: investigación de representaciones sociales en Francia". Revista Mexicana de Sociología, 2, 45, 641-658.

FARR, R. (1984): Las representaciones sociales. En S. Moscovici (ED:) Psicología Social. Vol. II (pp. 495-506). México: Paidós.

FERNÁNDEZ-CHRISTLIEB, P. (1988) La intersubjetividad como fundamento de la psicología social. Laboratorio de Psicología Social. Fac. Psicología UNAM. Documento inédito.

FERNÁNDEZ-CHRISTLIEB, P. (1991): La posmodernidad como el fin de la seriedad y su individuo. Investigación Psicológica, 1, 111-130.

FERNÁNDEZ-CHRISTLIEB, P. (1994): La Psicología Colectiva un Fin de Siglo más Tarde. Colombia: Anthropos/ México: Colegio de Michoacán.

FERNÁNDEZ-RÍOS, L. (1994): Manual de Psicología Preventiva. Teoría y práctica. Madrid: Siglo XXI.

FIGUEROA, J. y HERNÁNDEZ, J. (1991): La definición de contexto en psicología: un examen a partir del modelo de texto. Investigación Psicológica, 1, 9-15.

FOUCAULT, M. (1981): Historia de la Locura en la Epoca Clásica. T. I. México: Fondo de Cultura Económica.

FOUCAULT, M. (1981a): Historia de la Locura en la Epoca Clásica. T. II. México: Fondo de Cultura Económica.

FURNHAM, A. (1994): Explaining health and illness: lay beliefs on the nature of health. Personality and individual differences, 17, 4, 455-466.

GADAMER, H.G. (1996): El Estado Oculto de la Salud. España: Gedisa.

GALINDO, L. (1998): Introducción. La lucha de la luz y la sombra. En J. Galindo (Coord.) Técnicas de Investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación (pp. 9-31). México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes- Addison Wesley Longman.

GERGEN, K. (1985): The social constructionist movement in modern psychology. American Psychologist, 40, 3, 266-275.

GERGEN, K. (1989): La psicología posmoderna y la retórica de la realidad. En T. Ibáñez (Ed.) El Conocimiento de la Realidad Social (pp. 157-185). Barcelona: Sendai.

GERGEN, K. (1991): Hacia una psicología posmoderna. Investigación Psicológica. [Tr. Katia Rheault], 1, 97-109.

GERGEN, K. (1991a): The saturated family. Networker, september/october, 1991.

GERGEN, K. (1992): El Yo Saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo. España: Paidós.

GERGEN, K. y KAYE, J. (1995): Más allá de la narración en la negociación del significado terapéutico. En S. McNamne y K. Gergen (Eds.). La Terapia como Construcción Social (pp. 199-218). México: Paidós.

GERGEN, K. (1996): Realidades y Relaciones. Aproximaciones a la construcción social. Barcelona: Paidós.

GOOD, D. (1994): Aproximación a los problema lingüísticos de los esquizofrénicos desde una perspectiva interactiva. En J. Álvaro, J. Torregrosa, y A. Garrido, (Comps.). Influencias

Sociales y Psicológicas en la Salud Mental (pp. 171-192). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.

GOFFMAN, E. (1981): Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu.

GOTTO, G. y TROTTER, R. (1993): Curso en Tally 3.0. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

GRISEZ, J. (1977): Métodos de la Psicología Social. Madrid: Morata.

GUINSBERG, E. (1976): Sociedad, Salud y Enfermedad Mental. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla.

HABERMAS, J. (1985): Conciencia Moral y Acción Comunicativa. Barcelona: Península.

HARRÉ, R. (1979): El Ser Social. Una teoría para la psicología social. Madrid: Alianza Editorial.

HARRÉ, R. (1983): Psychological dimensions. En P. Secord (Ed.). Explaining Human Behavior (pp. 93-113). London: Sage Publications.

HARRÉ, R. (1989): La construcción social de la mente. En T. Ibáñez (Coord.). El Conocimiento de la Realidad Social (pp.39-52). Barcelona: Sendai.

HARRÉ, R., CLARKE, D. y DE CARLO, N. (1989): Motivos y Mecanismos. Introducción a la psicología de la acción. Barcelona: Paidós.

HERZLICH, C. (1970): Médecine, Maladie et Société. Paris: Mouton.

HERZLICH, C. (1973): Santé et Maladie. Analyse d'une représentation Sociale. Paris: Mouton.

HERZLICH, C. (1975): La representación social. En S. Moscovici (Ed.). Introducción a la Psicología Social (pp. 389-415). Barcelona: Planeta.

HERZLICH, C. (1986): La mirada del médico y del enfermo. Salud. Universidad Veracruzana, 1, 2, 37-45

HERZLICH, C. (1986a): Représentations sociales de la santé et de la maladie et leurs dynamique dans le champs social. En W. Doise y A. Palmonari (Comp.). L'etude des Représentations Sociales (pp. 157-170). París: Delachaux & Niestle.

HOFFMAN, L. (1990): "Constructing realities: an art of lensess". Family Process, 29, 1, 1-12.

IBÁÑEZ, T. (Coord.)(1989): El Conocimiento de la Realidad Social. Barcelona: Sendai.

IBÁÑEZ, T. (1990): Aproximaciones a la Psicología Social. Barcelona: Sendai.

IBÁÑEZ, T. (1993): La psicología social y la retórica de la verdad. La Revista de Cultura Psicológica, 2, 1, 58-59.

IBÁÑEZ, T. (1994): La construcción del conocimiento desde una perspectiva socioconstruccionista. Revista Universidad de Guadalajara . La Nueva Psicología Social. Dossier, pp. 21-26

IBÁÑEZ, T. (1996): Construccionismo y psicología. En A. Gordo y J.Linaza (Comp.). Psicologías, Discursos y Poder (PDP) (pp. 325-338). Madrid: Visor.

JASPARS, J. y HEWSTONE, M. (1984): La teoría de la atribución. En S. Moscovici. Psicología Social. Vol. II (pp. 415-438). México: Paidós.

JODELET, D. (1984): La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En S. Mocovici (Ed.) Psicología Social. Vol. II (pp. 469-494). México: Paidós.

JODELET, D. (1986): Fou et folie dans un milieu rural francais: une approche monographique. En W. Doise y A. Palmonari (Comp.). L'Etude des Représentations Sociales (pp. 171-192). París: Delachoux & Niestle.

JOVCHELOVITCH, S. (1995): Social representations in and of the public sphere: Towards a theoretical articulation. Journal for The Theory of Social Behaviour, 25, 1, 81-102.

LAURELL, A. (1982): La salud-enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud. No.2. México: Nueva Imagen.

LÓPEZ-ARANGUREN, E. (1986): El análisis de contenido. En M. García et al. El Análisis de la Realidad Social. Métodos y Técnicas de Investigación (pp. 365-396). Madrid: Alianza Editorial.

LÓPEZ, J.; CARAVEO, J.; MARTÍNEZ, N. y MARTÍNEZ, M. (1995): Percepción de la enfermedad mental en pacientes de consulta médica general. Salud Mental, 18, 2, 25-30.

LYOTARD, J-F. (1993): La Condición Posmoderna. México: REI.

MAFFESOLI, M. (1993): El Conocimiento Ordinario. Compendio de Sociología. México: Fondo de Cultura Económica. 1993.

MARCOS, S. (Ed.) (1982): Dossier México: Alternativas a la Psiquiatría. México: Nueva Sociología.

MENÉNDEZ, E. (1979): Cura y Control Mental. México: Nueva Imagen.

MOSCOVICI, S. (1961): El Psicoanálisis, su Imagen y su Público. Buenos Aires: Huemul.

MOSCOVICI, S. (1970): Preface. En D. Jodelet, J. Viet y Ph. Beshard (Eds.). La Psychologie Sociale: une discipline en mouvement (pp. 30-36). París: Mouton.

MOSCOVICI, S. y HEWSTONE, M. (1984): De la ciencia al sentido común. En S. Moscovici. Psicología Social. Vol. II (pp. 679-710). México: Paidós.

MOSCOVICI, S. (1993): Toward a Social Psychology of Science. Journal for The Theory of Social Behaviour, 23, 4, 343-374.

O'HARA, M. y TRUETT, W. (1991): Welcome to the posmodern world. Networker, september/october.

O.M.S. (1992): CIE-10 Trastorno Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: meditor

PÁEZ, D. y AYESTARÁN, S. (1984): Representaciones sociales de la enfermedad mental y pertenencia a grupos de diferente distancia social ante ella. En S. Ayestarán (Comp.) Psicosociología de la Enfermedad Mental: ideología y representación social de la enfermedad mental (pp. 8-54). Bilbao: Boan.

PÁEZ, D. (Comp.) (1986): Salud Mental y Factores Psicosociales. España: Editorial Fundamentos.

PÁEZ, D. , ADRIÁN, J. y BASABE, N. (1992): Balanza de afectos, dimensiones de la afectividad y emociones: una aproximación sociopsicológica a la salud mental. En J. Álvaro, J. Torregrosa, y A. Garrido, (Comps.). Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental (pp. 193-222). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.

PEIRÓ, J. , GONZÁLEZ-ROMÁ, V. , MELIÁ, J. y ZALBIDEA, M. (1992): Estrés de rol y bienestar en el trabajo. En J. Álvaro, J. Torregrosa, y A. Garrido, (Comps.). Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental (pp. 121-142). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.

PERELMAN, CH. y OLBRECHTS-TYTECA, L. (1989): Tratado de la Argumentación. La nueva retórica. Madrid: Gredos. 1994.

ROSEN, G. (1968): Locura y Sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental. Madrid: Alianza Editorial. 1974.

ROSENBAN, D. (1988): "Acerca de estar sano en un medio enfermo". En P. Watzlawick. La Realidad Inventada (pp. 99-119). España: Gedisa.

RUÍZ, J. e ISPIZÚA, M. (1989): La Descodificación de la Vida Cotidiana. Bilbao: Universidad de Deusto.

SCHEFF, T. (1970): El Rol del Enfermo Mental. Buenos Aires: Amorrortu.

SCHOENEMAN, T., BROOKS, S., GIBSON, C., ROUTBORT, J. y JACOBS, D. (1994): Seeing the Insane in Textbook of Abnormal Psychology: The uses of art in histories of mental illness. Journal for The Theory of Social Behaviour, 24, 2, 111-141.

SCHWARTZ, H. y JACOBS, J (1984): Sociología Cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad. México: Trillas.

SHEDLER, J., MAYMAN, M. y MANIS, M. (1993) The Illusion of Mental Health. American Psychologist, 48, 11, 117-131.

SIERRA, F. (1998): Función y sentido de la entrevista cualitativa. En J. Galindo (Coord.) Técnicas de Investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación (pp. 277-345). México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes- Addison Wesley Longman.

SOMOLINOS, G. (1976): Historia de la Psiquiatría en México. México: SepSetenta.

SONTAG, S. (1996): La Enfermedad y sus Metáforas y el Sida y sus Metáforas. España: Taurus.

SOUTHGATE, D. (1995): Isanity Ascriptions: A formal pragmatic analysis. Journal for The Theory of Social Behaviour, 25, 3, 219-236.

STEFANI, D. (1975): Actitudes hacia la enfermedad mental. Centro Interdisciplinar de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental. Buenos Aires.

STRAUSS, A. y CORBIN, J. (1991): Basics of Qualitative Research. Grounded Theory. Procedures and techniques. USA: SAGE Publications.

URDANIBIA, I. (1994): "Lo narrativo en la posmodernidad". En G. Vattimo et al. En torno a la posmodernidad (pp. 41-75). Colombia: Anthropos.

VATTIMO, G. (1994): "Una sociedad transparente". En G. Vattimo, et al. En torno a la posmodernidad (pp. 9-19). Colombia: Anthropos.

WATZLAWICK, P. (1995): El Sin sentido del Sentido o El Sentido del Sin sentido. Barcelona: Herder.

ZEMELMAN, H. (1987): "Razones para un debate epistemológico". Revista Mexicana de Sociología, 1, 1-12.

SZASZ, T. (1974): "El mito de las enfermedades mentales". En T. Millón. Psicopatología y Personalidad (pp. 76-81). México: Nueva Editorial Interamericana.

SZASZ, T. (1981): La Fabricación de la Locura. Barcelona Kairós.

ANEXO 1: CATEGORÍAS TEMÁTICAS: PREGUNTAS-GUÍA DE LA ENTREVISTA

- 1) Definiciones de enfermedad mental:** 1.-Qué entiende por enfermedad mental?
- 2) Causas de la enfermedad mental:** 2.-Cuáles cree que sean las causas por las que las personas enfermen de la mente?
- 3) Diferencias y semejanzas entre locura y enfermedad mental. Otros conceptos:** 3.-Hay diferencias entre lo que es locura y lo que es enfermedad mental?
- 4) Padecimiento personal/ padecimiento de otros pacientes:** 4.-Cuál es la causa por la que está hospitalizado?
 - 4a.- Qué cree que les sucede a los demás pacientes que están hospitalizados?
- 5) Tratamientos institucionales:** 5.-Cuál cree que sea la mejor forma de tratamiento para que los pacientes se compongan, o para que se curen?
- 6) Trato social poshospitalario:** 6.-Cuándo salga del hospital cómo lo van a recibir sus familiares, sus amigos y sus compañeros de trabajo o sus vecinos?
- 7) Trato hospitalario (agradable/desagradable):** 7.-Cómo lo han tratado en el hospital?
 - 7a.-Qué es lo que más le agrada?
 - 7b.-Qué es lo que más le desagrada?
- 8) Definiciones de salud:** 8.- Qué es la salud mental?
- 9) Comentarios generales:** 9.-Hay algo más que desee comentar, algo de lo que quiera hablar?

ANEXO 2: TABLAS:

TABLAS 1 SON PARA LA PREGUNTA-TEMA: DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD MENTAL.

TABLA 1 MNEMÓNICOS DE DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD MENTAL

TABLA 1.1 MUJERES: PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS.

TABLA 1.2 HOMBRES: PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS.

TABLAS 2 SON PARA LA PREGUNTA-TEMA CAUSAS DE ENFERMEDAD MENTAL.

TABLA 2.1 MUJERES: AGRUPAMIENTO Y PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS.

TABLA 2.2 HOMBRES: AGRUPAMIENTO Y PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS.

TABLAS 3 SON PARA LA PREGUNTA-TEMA: DIFERENCIAS ENTRE ENFERMEDAD MENTAL Y LOCURA.

TABLA 3.1 MUJERES: PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS.

TABLA 3.2 HOMBRES: PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS.

TABLAS 4 SON PARA LA PREGUNTA-TEMA: MOTIVOS DE HOSPITALIZACIÓN.

TABLA 4.1 MUJERES: PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS.

TABLA 4.2 HOMBRES: PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS.

TABLAS 5 SON PARA LA PREGUNTA-TEMA: TRATAMIENTOS PARA LA ENFERMEDAD MENTAL.

TABLA 5.1 MUJERES: PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS.

TABLA 5.2 HOMBRES: PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS.

TABLAS 6 SON PARA LA PREGUNTA-TEMA: TRATO INSTITUCIONAL.

TABLA 6.1 MUJERES: PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS.

TABLA 6.2 HOMBRES: PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS.

TABLAS 7 SON PARA LA PREGUNTA-TEMA: TRATO SOCIAL POSHOSPITALARIO.

TABLA 7.1 MUJERES: PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS.

TABLA 7.2 HOMBRES: PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS.

TABLAS 8 SON PARA LA PREGUNTA-TEMA: DEFINICIÓN DE SALUD.

TABLA 8.1 MUJERES: PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS.

TABLA 8.2 HOMBRES: PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS.

TABLAS 9 SON PARA LA PREGUNTA-TEMA: COMENTARIOS GENERALES.

TABLA 9.1 MUJERES: PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS.

TABLA 9.2 HOMBRES: PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS.

TABLA 1 MNEMÓNICOS DE DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD MENTAL

Mnemónicos	Definición
Clasificación de la enfermedad de acuerdo a su ubicación:	
ubicmen:	ubicación de la enfermedad como un proceso, mental, psicológico.
ubicuerp:	ubicación de la enfermedad en un espacio físico del cuerpo: cerebro, nervios, funciones fisiológicas.
ubicmys:	ubicación moral y/o social de la enfermedad o problemática.
Clasificación de la enfermedad de acuerdo a las causas que la provocan:	
causapsi:	causas psicológicas: problemas interpersonales, emocionales, afectivos.
causafam:	causas familiares: problemas de la infancia, maltrato familiar.
causafis:	causas físicas: golpes, lesiones, mala alimentación, exceso de ejercicio.
causaher:	causas hereditarias.
causanac:	causas de nacimiento: problemas al momento del nacimiento.
causadrg:	causas por la ingestión de drogas y/o alcohol.
causamr:	causas mágico-religiosas: debido a castigos divinos, herbolaria o embrujamiento.
Clasificaciones por la descripción del comportamiento:	
compasoc:	comportamiento antisocial, contra la ley y las costumbres.
compalpe:	comportamientos que describen alteraciones en los procesos mentales, del pensamiento (alucinaciones, delirios) y alteraciones del estado de ánimo.
compirra:	comportamientos irracionales, no hay control de emociones, no hay fuerza de voluntad, no hay coordinación entre pensamiento y comportamiento.
Clasificación por el tipo de definición:	
defcien:	definiciones científicas: nombres psiquiátricos, definiciones precisas que incluyen términos técnicos.
defpop:	definiciones populares, comunes, de sentido común, analogías.
defroman:	definiciones románticas: que aluden a la enfermedad como algo benévolo, de sabiduría.
defmet:	definiciones metafóricas: comparaciones con otros procesos o problemáticas que se dan en las cosas, en la vida cotidiana.
defmebio:	definiciones que aluden a aspectos médico-biológicos: daño cerebral, físico,

- problemas neurofisiológicos, bioquímicos, hereditarios.
- defmepsi: definiciones que hablan más de aspectos emocionales, cognitivos, comportamentales. Se centran en alteraciones psicológicas.
- defamb: definiciones que hacen referencia al medio ambiente, al estrés de las grandes ciudades, al ritmo de vida, a la contaminación, al aislamiento e indiferencia social, al tráfico.
- defmarel: definiciones mágico-religiosas: se basan en castigos divinos, o en la brujería y hervolaria.
- defecon: definiciones que se basan en problemas económicos: de vivienda y de falta de trabajo.
- defsoc: definiciones que aluden a problemáticas sociales: problemas en las relaciones interpersonales, familiares, laborales. Al ambiente social y familiar. Que hay comparación con el comportamiento de los demás.
- oposal: definición dada como oposición a la salud o falta de ésta.

**TABLA 1.1 MUJERES. DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD MENTAL
PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS**

Mnemónicos	Definición		
UBICMEN	ubicación proceso psicológico.	7	9.59%
UBICUERP	ubicación cerebro, nervios, cuerpo.	12	16.44%
UBICMYS	ubicación moral y/o social.	0	0.00%
CAUSAPSI	causas por problemas emocionales.	5	6.85%
CAUSAFAM	problemas de la infancia, maltrato.	1	1.37%
CAUSAFIS	golpes, lesiones, mala alimentación.	1	1.37%
CAUSAHER	causas hereditarias.	1	1.37%
CAUSANAC	problemas de nacimiento.	0	0.00%
CAUSADRG	ingestión de drogas y alcohol.	1	1.37%
CAUSAMR	creencias mágicas y religiosas.	0	0.00%
COMPASOC	comportamiento antisocial.	2	2.74%
COMPALPE	alteraciones mentales.	1	1.37%
COMPIRRA	comportamiento irracional.	8	10.96%
DEFCIEN	nombre o descripción psiquiátrica.	4	5.48%
DEFPOP	definiciones populares.	17	23.29%
DEFROMAN	definiciones benévolas, de sabiduría.	0	0.00%
DEFMET	definiciones metafóricas.	3	4.11%
DEFMEBIO	definiciones de daño físico.	1	1.37%
DEFMEPSI	definiciones psicológicas.	0	0.00%
DEFAMB	definiciones ambientales.	0	0.00%
DEFMAREL	definiciones mágico-religiosas.	1	1.37%
DEFECON	problemas económicos y de vivienda.	0	0.00%
DEFSOC	problemas relaciones interpersonales.	4	5.48%
OPOSAL	oposición a la salud.	1	1.37%
		=====	
Total		73	

**TABLA 1.2 HOMBRES. DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD MENTAL
PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS**

Mnemónico	Definición		
UBICMEN	ubicación proceso psicológico.	9	11.84%
UBICUERP	ubicación cerebro, nervios, cuerpo.	12	15.79%
UBICMYS	ubicación moral y/o social.	1	1.32%
CAUSAPSI	causas por problemas emocionales.	3	3.95%
CAUSAFAM	problemas de la infancia, maltrato.	0	0.00%
CAUSAFIS	golpes, lesiones, mala alimentación.	4	5.26%
CAUSAHER	causa hereditarias.	0	0.00%
CAUSANAC	problemas de nacimiento.	0	0.00%
CAUSADRG	ingestión de drogas y alcohol.	5	6.58%
CAUSAMR	creencias mágicas y religiosas.	0	0.00%
COMPASOC	comportamiento antisocial.	4	5.26%
COMPALPE	alteraciones mentales.	2	2.63%
COMPIRRA	comportamiento irracional.	4	5.26%
DEFCIEN	nombre o descripción psiquiátrica.	6	7.89%
DEFPOP	definiciones populares.	12	15.79%
DEFROMAN	definiciones benévolas, de sabiduría.	3	3.95%
DEFMET	definiciones metafóricas.	0	0.00%
DEFMEBIO	definiciones de daño físico.	1	1.32%
DEFMEPSI	definiciones psicológicas.	5	6.58%
DEFAMB	definiciones ambientales.	3	3.95%
DEFMAREL	definiciones mágico-religiosas.	0	0.00%
DEFECON	problemas económicos y de vivienda.	0	0.00%
DEFSOC	problemas relaciones interpersonales.	2	2.63%
OPOSAL	oposición a la salud.	0	0.00%
		=====	
Total		76	

**TABLA 2.1 MUJERES. CAUSAS DE ENFERMEDAD MENTAL
AGRUPAMIENTO Y PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS.**

Mnemónicos	Definición		
<u>Categorías generales en las que las pacientes por sí mismas hacen la diferencia:</u>			
1)	CAUSAORG	causas físicas, orgánicas, tangibles.	2 1.89%
2)	CAUSAPSI	causas psicológicas, de la mente, pensamiento.	5 4.72%
3)	CAUSASOC	causas relacionadas al medio económico y social.	5 4.72%
			<hr/>
			12 11.33%

Categorías construidas por frecuencias y porcentajes:

Causas orgánicas:

1)	CAUSAORG	algo físico y tangible.	2 1.89%
1.1)	CAUSAAEP	ataques epilépticos.	1 0.94%
1.2)	CAUSAFIS	golpes, accidentes.	3 2.83%
1.3)	CAUSAALM	por no comer bien y lo que se debe.	0 0.00%
1.4)	CAUSAALC	por ingerir bebidas alcohólicas.	2 1.89%
1.5)	CAUSADRG	por uso de drogas.	4 3.77%
1.6)	CAUSAGEN	factores hereditarios.	3 2.83%
1.7)	CAUSANAC	problemas de parto o nacimiento.	1 0.94%
1.8)	CAUSALAB	exceso de trabajo, de estudio.	3 2.83%
1.9)	CAUSAEJE	exceso de ejercicio.	0 0.00%
1.10)	CAUSADES	falta de descanso, distracción.	0 0.00%
1.11)	CAUSASEX	problemas sexuales, excesos o incapacidades.	0 0.00%
			<hr/>
			19 17.92%

Causas psicológicas:

2)	CAUSAPSI	de la mente, de la psique, pensamiento.	5 4.72%
2.1)	CAUSAINM	suicidio o intento de suicidio.	1 0.94%
2.2)	CAUSAEMO	depresión, tristeza, inquietud.	13 12.26%
2.3)	CAUSAVIO	sufrieron abusos sexuales, violación.	1 0.94%
2.4)	CAUSAAMO	problemas de amor, engaños.	3 2.83%
2.5)	CAUSAINF	problemas en la infancia.	2 1.89%
2.6)	CAUSAPAD	abuso o maltrato de los padres.	1 0.94%
2.7)	CAUSASTR	estrés, que lo mencionen con esa palabra.	1 0.94%

2.8) CAUSACAR	por trastornos del carácter.	1	0.94%
2.9) CAUSASHO	shock nervioso, sorpresas.	3	2.83%
2.10) CAUSACOR	corajes, enojos.	1	0.94%
2.11) CAUSANER	nervios.	5	4.72%
2.12) CAUSAPRO	problemas.	12	11.32%
2.13) CAUSAINT	problemas familiares, relaciones interpersonales.	8	7.55%
2.14) NOAUTOSU	hay pérdida de la autosuficiencia.	0	0.00%
2.15) PROBDEMA	los problemas mentales son por los demás.	1	0.94%
2.16) PROBUNO	los problemas son ocasionados por uno.	2	1.89%
2.17) NOAYUASI	porque no se ayuda a sí misma.	2	1.89%
2.18) CUIDAHOS	porque no quieren hacer nada.	1	0.94%
		<hr/>	
		63	57.51%

Causas sociales:

3) CAUSASOC	relacionado al medio económico y social.	5	4.72%
3.1) CAUSAMED	el medio ambiente en que se desarrolla.	4	3.77%
3.2) CAUSAECO	problemas económicos, laborales.	7	6.60%
3.3) CAUSAASO	comportamientos agresivos.	1	0.94%
3.4) CAUSANOM	prostitución, vagabundeo.	2	1.89%
		<hr/>	
		19	17.92%

Causas ambientales:

4) CAUSAAMB	smog, estrés, tráfico, deshumanización.	2	1.89%
-------------	-----------------------------------------	---	-------

Causas mágico-religiosas:

5.1) CAUSASUS	por susto.	0	0.00%
5.2) CAUSAREL	se atribuye a cuestiones religiosas.	2	1.89%
5.3) CAUSABRU	se debe a brujería, herbolaria.	1	0.94%
		<hr/>	
		3	2.83%

Total 106

TABLA 2.2 HOMBRES. CAUSAS DE ENFERMEDAD MENTAL AGRUPAMIENTO Y PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS.

Mnemónicos	Definición		
<u>Categorías generales en las que los pacientes por sí mismos hacen la diferencia:</u>			
1)	CAUSAORG	causas físicas, orgánicas y tangibles.	2 2.15%
2)	CAUSAPSI	causas psicológicas, de la mente, del pensamiento.	2 2.15%
3)	CAUSASOC	causas relacionadas al medio económico y social.	0 0.00%

			4 4.30%

Categorías construidas por frecuencias y porcentajes:

Causas orgánicas:

1)	CAUSAORG	causas físicas, orgánicas y tangibles.	2 2.15%
1.1)	CAUSAAEP	ataques epilépticos.	1 1.08%
1.2)	CAUSAFIS	golpes, accidentes.	3 3.23%
1.3)	CAUSAALM	por no comer bien y lo que se debe.	5 5.38%
1.4)	CAUSAALC	por ingerir bebidas alcohólicas.	17 18.28%
1.5)	CAUSADRG	por uso de drogas.	12 12.90%
1.6)	CAUSAGEN	factores hereditarios.	2 2.15%
1.7)	CAUSANAC	problemas de parto o nacimiento.	0 0.0%
1.8)	CAUSALAB	exceso de trabajo, de estudio.	4 4.30%
1.9)	CAUSAEJE	exceso de ejercicio.	1 1.08%
1.10)	CAUSADES	falta de descanso, distracción, agotamiento físico.	4 4.30%
1.11)	CAUSASEX	problemas sexuales, excesos o incapacidades.	1 1.08%

			52 55.93%

Causas psicológicas:

2)	CAUSAPSI	de la mente, de la psique, pensamiento.	2 2.15%
2.1)	CAUSAINM	suicidio o intento de suicidio.	0 0.00%
2.2)	CAUSAEMO	depresión, tristeza, inquietud.	6 6.45%
2.3)	CAUSAVIO	sufrieron abusos sexuales, violación.	0 0.00%
2.4)	CAUSAAMO	problemas de amor, engaños.	0 0.00%
2.5)	CAUSAINF	problemas en la infancia.	0 0.00%
2.6)	CAUSAPAD	abuso o maltrato de los padres.	0 0.00%
2.7)	CAUSASTR	estrés, que lo mencionen con esa palabra.	0 0.00%

2.8) CAUSACAR	por trastornos del carácter o personalidad.	0	0.00%
2.9) CAUSASHO	shock nervioso, sorpresas.	1	1.08%
2.10) CAUSACOR	corajes, enojos.	3	3.23%
2.11) CAUSANER	nervios.	7	7.53%
2.12) CAUSAPRO	problemas.	3	3.23%
2.13) CAUSAINT	problemas familiares, relaciones interpersonales.	5	5.38%
2.14) NOAUTOSU	hay pérdida de la autosuficiencia.	0	0.00%
2.15) PROBDEMA	los problemas mentales son por los demás.	0	0.00%
2.16) PROBUNO	los problemas son ocasionados por uno.	3	3.23%
2.17) NOAYUASI	porque no se ayuda a sí mismo.	0	0.00%
2.18) CUIDAHOS	porque no quieren hacer nada.	1	1.08%
		-----	-----
		31	33.36%

Causas sociales:

3) CAUSASOC	relacionado al medio económico y social.	0	0.00%
3.1) CAUSAMED	el medio ambiente en que se desarrolla.	0	0.00%
3.2) CAUSAECO	problemas económicos, laborales.	1	1.08%
3.3) CAUSAASO	comportamientos agresivos.	4	4.30%
3.4) CAUSANOM	prostitución, vagabundeo.	0	0.00%
		-----	-----
		5	5.38%

Causas ambientales:

4) CAUSAAMB	smog, estrés, tráfico, deshumanización.	3	3.23%
-------------	-----------------------------------------	---	-------

Causas mágico-religiosas:

5.1) CAUSASUS	por susto.	1	1.08%
5.2) CAUSAREL	se atribuye a cuestiones religiosas.	0	0.00%
5.3) CAUSABRU	se debe a brujería, herbolaria.	1	1.08%
		-----	-----
		2	2.16%

Total 93

**TABLA 3.1 MUJERES. DIFERENCIAS ENTRE ENFERMEDAD MENTAL Y
LOCURA PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS**

Mnemónicos	Definición		
NOPREG	no respondió a la pregunta.	2	3.39%
SIDIF	si hay diferencia por definición.	13	22.03%
NODIF	no hay diferencia por definición.	7	11.86%
LOCNOEXI	la locura no existe.	1	1.69%
ANUDIF	se anula diferencia posteriormente.	1	1.69%
OPUESSAL	opuesto a salud.	0	0.00%
COMPGRAV	el comportamiento es más grave.	5	8.47%
PERDRAZ	pérdida total de la razón.	8	13.56%
LORESEX	la locura se relaciona al sexo.	2	3.39%
LOREAGRE	locura relacionada a la agresión.	2	3.39%
LORESUIC	locura relacionada al suicidio.	1	1.69%
DEFROM	definición romántica, de sabiduría.	0	0.00%
DEFMET	definición metafórica.	0	0.00%
LOCPROV	locura provocada, enfermedad no.	1	1.69%
DIFHER	la locura se hereda.	0	0.00%
DIFFIS	la locura es por golpes, accidentes.	1	1.69%
DIFPSI	locura es por problemas emocionales.	5	8.47%
DEFDRGAL	por droga o alcohol.	0	0.00%
DIFASREL	por aspectos mágico-religiosos.	1	1.69%
CAUENHER	la enfermedad se hereda.	0	0.00%
CAUENFIS	la enfermedad es por golpes.	0	0.00%
CAUENPSI	la enfermedad es por problemas.	1	1.69%
LOCSICU	la locura sí se cura.	0	0.00%
LOCNOCU	la locura no se cura.	2	3.39%
ENFSICU	la enfermedad se cura.	3	5.08%
ENFNOCU	la enfermedad no se cura.	0	0.00%
LOCPELI	la locura es peligrosa	2	3.39%
LOCNOPA	la locura no es pasajera.	0	0.00%
LOCMOM	una locura momentánea.	0	0.00%
DIFTRAT	diferente tratamiento.	0	0.00%
MISTRAT	mismo tratamiento.	0	0.00%
LOCAMOR	la causa es el amor, la pareja.	1	1.69%
		=====	
Total		59	

TABLA 3.2 HOMBRES. DIFERENCIAS ENTRE ENFERMEDAD MENTAL Y LOCURA. PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS

Mnemónicos	Definición		
NOPREG	no respondió a la pregunta.	3	6.67%
SIDIF	sí hay diferencia por definición.	10	22.22%
NODIF	no hay diferencia por definición.	4	8.89%
LOCNOEXI	la locura no existe.	1	2.22%
ANUDIF	se anula diferencia posteriormente.	0	0.00%
OPUESSAL	opuesto a salud.	1	2.22%
COMPGRAV	el comportamiento es más grave.	3	6.67%
PERDRAZ	pérdida total de la razón.	3	6.67%
LORESEX	la locura se relaciona al sexo.	0	0.00%
LOREAGRE	locura relacionada a la agresión.	0	0.00%
LORESUIC	locura relacionada al suicidio.	0	0.00%
DEFROM	definición romántica, de sabiduría.	4	8.89%
DEFMET	definición metafórica.	1	2.22%
LOCPROV	locura provocada, enfermedad no.	0	0.00%
DIFHER	la locura se hereda.	1	2.22%
DIFFIS	la locura es por golpes, accidentes.	0	0.00%
DIFPSI	locura es por problemas emocionales.	3	6.67%
DEFDRGAL	por droga o alcohol.	2	4.44%
DIFASREL	por aspectos mágico-religiosos.	0	0.00%
CAUENHER	la enfermedad se hereda.	1	2.22%
CAUENFIS	la enfermedad es por golpes.	0	0.00%
CAUENPSI	la enfermedad es por problemas.	0	0.00%
LOCSICU	la locura sí se cura.	0	0.00%
LOCNOCU	la locura no se cura.	2	4.44%
ENFSICU	la enfermedad se cura.	3	6.67%
ENFNOCU	la enfermedad no se cura.	0	0.00%
LOCPELI	la locura es peligrosa.	0	0.00%
LOCNOPA	la locura no es pasajera.	0	0.00%
LOCMOM	una locura momentánea.	1	2.22%
DIFTRAT	diferente tratamiento.	0	0.00%
MISTRAT	mismo tratamiento.	1	2.22%
LOCAMOR	la causa es el amor, la pareja.	1	2.22%
		Total	45

**TABLA 4.1 MUJERES. MOTIVOS DE HOSPITALIZACIÓN
PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS**

Mnemónicos	Definición		
NOASPROB	no acepta motivos hospitalización.	8	9.09%
ASUENF	asume que está enferma.	14	15.91%
ASULOC	asume que está loca.	4	4.55%
ASUPROB	sólo asume que tiene problemas.	5	5.68%
ALGOPASA	la enfermedad como algo pasajero.	0	0.00%
CAUSAFIS	causa por accidentes, golpes.	0	0.00%
CAUSAPSI	causas emocionales, afectivas.	17	19.32%
CAUSAHER	por herencia.	1	1.14%
CAUSADRG	por drogas.	0	0.00%
CAUSAALC	por alcohol.	0	0.00%
CAUSAECO	por herencias, problemas económicos.	2	2.27%
CAUSASOC	políticos, sociales.	0	0.00%
CAUSAAMB	estrés, tráfico, contaminación.	0	0.00%
CAUSABRU	brujería, herbolaria.	1	1.14%
CAUSAMOR	por problemas de amor.	3	3.41%
PROVSIM	la enfermedad es una misma.	2	2.27%
PROVDEMS	la enfermedad es por culpa de otros.	0	0.00%
AUTOSUF	enfermedad falta de autosuficiencia.	4	4.55%
NOAUTOSU	no justifica la utosuficiencia.	0	0.00%
SEDIFOTR	se diferencia de otros pacientes.	8	9.09%
NODIFOTR	no se diferencia de otros pacientes.	9	10.23%
MOHOPOMA	por mal comportamiento.	1	1.14%
MOHODRAL	por drogas y alcohol.	0	0.00%
MOHOPRJU	por problemas judiciales.	1	1.14%
MOHOENF	por enfermedad.	1	1.14%
MOHOMEN	por nevios, problemas mentales.	0	0.00%
SIOTRHOS	ha tenido otras hospitalizaciones.	7	7.95%
NOOTRHOS	no otras hospitalizaciones.	0	0.00%
		=====	
Total		88	

**TABLA 4.2 HOMBRES. MOTIVOS DE HOSPITALIZACIÓN
PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS**

Mnemónicos	Definición		
NOASPROB	no acepta motivos hospitalización.	5	6.49%
ASUENF	asume que está enfermo.	11	14.29%
ASULOC	asume que está loco.	0	0.00%
ASUPROB	sólo asume que tiene problemas.	8	10.39%
ALGOPASA	la enfermedad como algo pasajero.	2	2.60%
CAUSAFIS	causa por accidentes, golpes.	2	2.60%
CAUSAPSI	causas emocionales, afectivas.	11	14.29%
CAUSAHER	por herencia.	0	0.00%
CAUSADRG	por drogas.	4	5.19%
CAUSAALC	por alcohol.	7	9.09%
CAUSAECO	por herencias, problemas económicos.	2	2.60%
CAUSASOC	políticos, sociales.	0	0.00%
CAUSAAMB	estrés, tráfico, contaminación.	1	1.30%
CAUSABRU	brujería, herbolaria.	1	1.30%
CAUSAMOR	por problemas de amor.	0	0.00%
PROVSIM	enfermedad es uno mismo.	2	2.60%
PROVDEMS	la enfermedad es por culpa de otros.	0	0.00%
AUTOSUF	enfermedad falta de autosuficiencia.	0	0.00%
NOAUTOSU	no justifica la utosuficiencia.	0	0.00%
SEDIFOTR	se diferencia de otros pacientes.	7	9.09%
NODIFOTR	no se diferencia de otros pacientes.	6	7.79%
MOHOPOMA	por mal comportamiento.	2	2.60%
MOHODRAL	por drogas y alcohol.	1	1.30%
MOHOPRJU	por problemas judiciales.	1	1.30%
MOHOENF	por enfermedad.	0	0.00%
MOHOMEN	por nevios, problemas mentales.	0	0.00%
SIOTRHOS	ha tenido otras hospitalizaciones.	4	5.19%
NOOTRHOS	no otras hospitalizaciones.	0	0.00%
		=====	
Total		77	

**TABLA 5.1 MUJERES. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL
PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS**

Mnemónico	Definición		
NOPREG	no respondió a la pregunta.	0	0.00%
SICURA	sí hay curación.	5	6.67%
NOCURA	no hay curación, sólo control.	1	1.33%
MEDPSII	hospitalización, atención médica.	7	9.33%
MEDPQ	inyecciones, pastillas, tec.	12	16.00%
MEDHOMEO	medicina homeopática.	1	1.33%
TRATRADI	herbolaria, masajes, baños.	2	2.67%
BRUJERIA	barridas, posiones mágicas.	1	1.33%
NOTEC	desacuerdo con la tec.	2	2.67%
NOPASTI	no pastillas, ni inyecciones.	2	2.67%
TRATCOTI	alimentación adecuada, ejercicio.	1	1.33%
PSICOLOG	psicoanálisis, psicoterapia.	3	4.00%
DEAPOYO	deportes, t. ocupacionl, pláticas.	6	8.00%
CONAFEC	comprensión, cariño, hablando.	8	10.67%
TRATAUTO	ayudándose una misma.	1	1.33%
DEPENDEN	haciendo lo que los doctores digan.	6	8.00%
COLABHOS	colaborando actividades hospital.	1	1.33%
ATRASO	no hay suficientes conocimientos.	1	1.33%
FALPREP	falta de preparación del personal.	1	1.33%
OTRASHOS	han tenido otras hospitalizaciones.	7	9.33%
AMBCARCL	ambiente de cárcel, encierro.	1	1.33%
AMBAGRES	ambiente agresivo.	4	5.33%
AMBHOSGL	ambiente de cualquier otro hospital.	0	0.00%
AMBCOOP	ambiente de cooperación, amabilidad.	0	0.00%
SEPPACIE	separación de pacientes.	2	2.67%
Total		75	

**TABLA 5.2 HOMBRES. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL
PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS**

Mnemónico	Definición		
NOPREG	no respondió a la pregunta.	1	1.39%
SICURA	si hay curación.	7	9.72%
NOCURA	no hay curación, sólo control.	0	0.00%
MEDPSI1	hospitalización, atención médica.	10	13.89%
MEDPQ	inyecciones, pastillas, tec.	12	16.67%
MEDHOMEO	medicina homeopática.	0	0.00%
TRATRADI	herbolaria, masajes, baños.	3	4.17%
BRUJERIA	barridas, posiones mágicas.	0	0.00%
NOTEC	desacuerdo con la tec.	1	1.39%
NOPASTI	no pastillas, ni inyecciones.	1	1.39%
TRATCOTI	alimentación adecuada, ejercicio.	2	2.78%
PSICOLOG	psicoanálisis, psicoterapia.	4	5.56%
DEAPOYO	deportes, t. ocupacional, pláticas.	3	4.17%
CONAFEC	comprensión, cariño, hablando.	4	5.56%
TRATAUTO	ayudándose uno mismo.	2	2.78%
DEPENDEN	haciendo lo que los doctores digan.	4	5.56%
COLABHOS	colaborando actividades hospital.	1	1.39%
ATRASO	no hay suficientes conocimientos.	2	2.78%
FALPREP	falta de preparación del personal.	1	1.39%
OTRASHOS	han tenido otras hospitalizaciones.	6	8.33%
AMBCARCL	ambiente de cárcel, encierro.	3	4.17%
AMBAGRES	ambiente agresivo.	2	2.78%
AMBHOSGL	ambiente de cualquier otro hospital.	0	0.00%
AMBCOOP	ambiente de cooperación, amabilidad.	2	2.78%
SEPPACIE	separación de pacientes.	1	1.39%
		<hr/> <hr/>	
Total		72	

**TABLA 6.1 MUJERES. TRATO INSTITUCIONAL
PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS**

Mnemónico	Definición		
NOPREG	no respondió a la pregunta.	0	0.00%
AGRADO	les es agradable, sin problemas.	3	4.92%
DESAGRAD	no les agrada nada, todo lo ven mal.	4	6.56%
AGTRAPQ	agrado tratamiento psiquiátrico.	5	8.20%
AGTRAENF	agrado del trato con el personal.	0	0.00%
AGTEROCU	agrado de la terapia ocupacional.	6	9.84%
AGALIMEN	agrado por los alimentos.	2	3.28%
AGLIMPIE	agrado de la limpieza.	1	1.64%
AGTRAPER	agrado por el trato personal.	6	9.84%
DESTRAPQ	desagrado tratamiento psiquiátrico.	2	3.28%
DESTRAEF	desagrado trato personal paramédico.	2	3.28%
DESALIME	desagrado de la alimentación.	3	4.92%
DESNOUTE	desagrado por no tener utensilios.	1	1.64%
DESLIMP	desagrado de la limpieza.	6	9.84%
DESTRAPE	desagrado trato personal.	1	1.64%
DESOTRPA	desagrado comp. otros pacientes.	0	0.00%
DESREVPA	desagrado revoltura de pacientes.	3	4.92%
DESNOTE	desagrado por no bajar a terapia.	1	1.64%
DESENCIE	desagrado por el encierro	3	4.92%
DESEDEFI	desagrado del edificio, construcción.	3	4.92%
AMBENCIE	ambiente de encierro, de cárcel.	1	1.64%
AMBAGRES	ambiente agresivo.	6	9.84%
AMBHOSGE	ambiente de cualquier otro hospital.	0	0.00%
AMBDECOO	ambiente de cooperación.	0	0.00%
SIEXPEC	sí se cumplen sus expectativas.	0	0.00%
NOEXPEC	no se cumplen sus expectativas.	0	0.00%
LIMPIESI	tienen que hacer la limpieza.	2	3.28%
LIMPIENO	la limpieza no es parte.	0	0.00%

=====
Total 61

**TABLA 6.2 HOMBRES. TRATO INSTITUCIONAL
PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS**

Mnemónicos	Definición		
NOPREG	no respondió a la pregunta.	1	1.72%
AGRADO	les es agradable, sin problemas.	9	15.52%
DESAGRAD	no les agrada nada, todo lo ven mal.	2	3.45%
AGTRAPQ	agrado tratamiento psiquiátrico.	8	13.79%
AGTRAENF	agrado del trato con el personal.	0	0.00%
AGTEROCU	agrado de la terapia ocupacional.	0	0.00%
AGALIMEN	agrado por los alimentos.	2	3.45%
AGLIMPIE	agrado de la limpieza.	3	5.17%
AGTRAPER	agrado por el trato personal.	3	5.17%
DESTRAPQ	desagrado tratamiento psiquiátrico.	5	8.62%
DESTRAEF	desagrado trato personal paramédico.	2	3.45%
DESALIME	desagrado de la alimentación.	2	3.45%
DESNOUTE	desagrado por no tener utensilios.	3	5.17%
DESLIMP	desagrado de la limpieza.	2	3.45%
DESTRAPE	desagrado trato personal.	1	1.72%
DESOTRPA	desagrado comp. otros pacientes.	0	0.00%
DESREVP	desagrado revoltura de pacientes.	1	1.72%
DESNOTE	desagrado por no bajar a terapia.	4	6.90%
DESENCIE	desagrado por el encierro.	3	5.17%
DESEDIFI	desagrado del edificio, construcción.	0	0.00%
AMBENCIE	ambiente de encierro, de cárcel.	1	1.72%
AMBAGRES	ambiente agresivo.	3	5.17%
AMBHOSGE	ambiente de cualquier otro hospital.	0	0.00%
AMBDECOO	ambiente de cooperación.	2	3.45%
SIEXPEC	sí se cumplen sus expectativas.	1	1.72%
NOEXPEC	no se cumplen sus expectativas.	0	0.00%
LIMPIESI	tienen que hacer la limpieza.	0	0.00%
LIMPIENO	la limpieza no es parte.	0	0.00%
		=====	
Total		58	

**TABLA 7.1 MUJERES. TRATO SOCIAL POSHOSPITALARIO
PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS**

Mnemónico	Definición		
ESTIGSI	van a quedar estigmatizadas.	2	6.45%
ESTIGNO	no les provoca estigma.	2	6.45%
BUETRAGE	buen trato en general.	13	41.94%
BUETRAFA	buen trato familiar.	1	3.23%
BUETRAMI	buen trato amigos.	2	6.45%
BUETRAVE	buen trato vecinos, comunidad.	0	0.00%
BUETRALA	buen trato laboral.	0	0.00%
MALTRAGE	mal trato general.	1	3.23%
MALTRAFA	mal trato familia.	3	9.68%
MALTRAMI	mal trato amigos.	0	0.00%
MALTRAVE	mal trato vecinos, comunidad.	0	0.00%
MALTRALA	mal trato laboral.	1	3.23%
SALECU	sale curada.	0	0.00%
SALEAN	sale como antes hospitalización.	1	3.23%
SALEMEJ	sale mejorada o más tranquila.	0	0.00%
SALEACT	sale para reintegrarse actividades.	0	0.00%
PROBLAB	problemas laborales hospitalización.	2	6.45%
SALETRAB	sale para trabajar.	3	9.68%
SALECAMB	sale y va a cambiar.	0	0.00%
NOSABE	no sabe, no representa problema.	0	0.00%
		=====	
	Total	31	

**TABLA 7.2 HOMBRES. TRATO SOCIAL POSHOSPITALARIO
PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS**

Mnemónico	Definición		
ESTIGSI	van a quedar estigmatizados.	2	5.26%
ESTIGNO	no les provoca estigma.	1	2.63%
BUETRAGE	buen trato en general.	7	18.42%
BUETRAFA	buen trato familiar.	5	13.16%
BUETRAMI	buen trato amigos.	0	0.00%
BUETRAVE	buen trato vecinos, comunidad.	0	0.00%
BUETRALA	buen trato laboral.	0	0.00%
MALTRAGE	mal trato general.	1	2.63%
MALTRAFA	mal trato familia.	1	2.63%
MALTRAMI	mal trato amigos.	1	2.63%
MALTRAVE	mal trato vecinos, comunidad.	1	2.63%
MALTRALA	mal trato laboral.	1	2.63%
SALECU	sale curado.	5	13.16%
SALEAN	sale como antes hospitalización.	0	0.00%
SALEMEJ	sale mejorado o más tranquilo.	1	2.63%
SALEACT	sale para reintegrarse actividades.	1	2.63%
PROBLAB	problemas laborales hospitalización.	1	2.63%
SALETRAB	sale para trabajar.	5	13.16%
SALECAMB	sale y va a cambiar.	1	2.63%
NOSABE	no sabe, no representa problema.	4	10.53%
		=====	
Total		38	

**TABLA 8.1 MUJERES. DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL
PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS**

Mnemónicos	Definición		
NOPREG	no respondió a la pregunta.	1	2.78%
NOEENF	no estar enfermo.	1	2.78%
NODIFER	no diferencian salud y enfermedad.	1	2.78%
DETERMED	sólo la determinan los médicos.	0	0.00%
DEFSCIEN	definiciones científicas, médicas.	1	2.78%
SALUCURA	salud es curación, control.	1	2.78%
BIOPSISO	definición biopsicosocial.	1	2.78%
FISMEN	equilibrio cuerpo y mente.	2	5.56%
SALUFIS	salud física, comer bien.	1	2.78%
SALUMEN	salud mental, normalidad.	4	11.11%
COMOANE	estar como antes de ingresar.	2	5.56%
DEFSOCIA	comportarse demás, adaptación.	1	2.78%
DEFECO	satisfacción económica, laboral.	1	2.78%
DEFPSI	pensar, razonar bien, conocerse.	11	30.56%
DEFMEDAM	armonía con el medio.	0	0.00%
NOTENPRO	no tener problemas de ingreso.	8	22.22%
		=====	
	Total	36	

**TABLA 8.2 HOMBRES. DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL
PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS**

Mnemónicos	Definición		
NOPREG	no respondió a la pregunta.	9	27.27%
NOEENF	no estar enfermo.	4	12.12%
NODIFER	no diferencian salud y enfermedad.	0	0.00%
DETERMED	sólo la determinan los médicos.	2	6.06%
DEFECIEN	definiciones científica, médicas.	1	3.03%
SALUCURA	salud es curación, control.	2	6.06%
BIOPSISO	definición biopsicosocial.	0	0.00%
FISMEN	equilibrio cuerpo y mente.	4	12.12%
SALUFIS	salud física, comer bien.	0	0.00%
SALUMEN	salud mental, normalidad.	2	6.06%
COMOANE	estar como antes de ingresar.	0	0.00%
DEFSOCIA	comportarse demás, adaptación.	1	3.03%
DEFECO	satisfacción económica, laboral.	0	0.00%
DEFPSI	pensar, razonar bien, conocerse.	4	12.12%
DEFMEDAM	armonía con el medio.	1	3.03%
NOTENPRO	no tener problemas de ingreso.	3	9.09%
		=====	
Total		33	

**TABLA 9.1 MUJERES. COMENTARIOS GENERALES
PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS**

Mnemónicos	Definición		
SINCOMEN	sin comentarios.	5	23.81%
SALIR	ya quieren salir.	5	23.81%
EXCAGRAD	se exceden en el agradecimiento.	0	0.00%
AGRADHOS	agradecimiento al hospital.	0	0.00%
PREGINV	la investigación como tratamiento.	0	0.00%
INVSIRVA	investigación sirva.	2	9.52%
EXPHOSNE	experiencia hospitalización negativa.	1	4.76%
EXPHOSPO	experiencia hospitalización positiva.	1	4.76%
SALIRCUR	salir curada.	3	14.29%
SALIRAUT	salir para ayudarse.	1	4.76%
MEJORHOS	mejorar algo del hospital.	0	0.00%
OTROS	comentarios particulares.	3	14.29%
		<hr/>	
	Total	21	

**TABLA 9.2 HOMBRES. COMENTARIOS GENERALES
PORCENTAJE DE MNEMÓNICOS**

Mnemónicos	Definición		
SINCOMEN	sin comentarios.	8	32.00%
SALIR	ya quieren salir.	1	4.00%
EXCAGRAD	se exceden en el agradecimiento.	1	4.00%
AGRADHOS	agradecimiento al hospital.	2	8.00%
PREGINV	investigación como tratamiento.	1	4.00%
INVSIRVA	investigación sirva.	0	0.00%
EXPHOSNE	experiencia hospitalización negetiva.	1	4.00%
EXPHOSPO	experiencia hospitalización positiva.	2	8.00%
SALIRCUR	salir curado.	5	20.00%
SALIRAUT	salir para ayudarse.	0	0.00%
MEJORHOS	mejorar algo del hospital.	2	8.00%
OTROS	comentarios particulares.	2	8.00%
		<u>25</u>	
	Total	25	