



UNIVERSIDAD LATINA, CAMPUS SUR.

3344-25

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**“PERSPECTIVA SOCIAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y SU CRONICIDAD
DESDE LA PERSPECTIVA DE CUATRO DIFERENTES ACTORES”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

IVETH NAYELY ÁLVAREZ WIRTH

TUTORA: LIC. MAGALI MARTÍNEZ PÉREZ

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

Capítulo 1. **Historia de la locura**

- 1.1 Concepciones sobre la etiología de los padecimientos mentales
- 1.2 Tratamientos sobre los padecimientos mentales
- 1.3 Lugares en los que se ha puesto al loco
- 1.4 Sobre lo normal y lo anormal y otros sistemas de valoraciones

Capítulo 2. **La locura y el sistema de salud mental en México**

- 2.1 Antes de 1910
- 2.2 El Manicomio
- 2.3 Los Hospitales Psiquiátricos
- 2.4 Sistema de Salud Mental en México
 - 2.4.1 La enfermedad mental desde la legislación

Capítulo 3. **Cronicidad de las Enfermedades Mentales**

- 3.1 Acercamiento a una atención primaria en salud mental
- 3.2 Rechazo a una atención especializada

Capítulo 4. **Representaciones sociales**

- 4.1 Estigma
- 4.2 Agentes del estigma
 - 4.2.1 Medios masivos de comunicación
 - 4.2.2 Instituciones públicas de salud
- 4.3 Conductas de enfermedad

Capítulo 5. **Planteamiento del Problema**

5.1 Justificación

5.2 Método

5.3 Perspectiva de Investigación

Capítulo 6. **Resultados**

Capítulo 7. **Conclusiones**

REFERENCIAS

APÉNDICE 1

INTRODUCCIÓN

Durante siglos las enfermedades mentales han sido difíciles de comprender, situación que ha colocado al paciente en un lugar sometido a crítica y reticencia por parte de personas cercanas y de la sociedad en general. La incompreensión que alcanzan a generar el conjunto de síntomas que se presentan en un trastorno de éste tipo, han dificultado su estudio. Durante muchos años ni siquiera se les dio un trato de enfermedad en toda la extensión de la palabra, y se llegó a evadir la enfermedad y a los enfermos mismos, de tal manera que a las personas se les aislaba de las ciudades y se les relacionaba con vicios de cualquier tipo; durante mucho tiempo también se creyó que estos padecimientos eran resultado de algún castigo de tipo mágico-religioso.

Inclusive, el ámbito científico ha contribuido también al sustento teórico y al alimento de ideas que ponen de manifiesto que dichas enfermedades son absoluta creación de un grupo específico de personas, creación dirigida a la negativa de aceptar conductas o comportamientos 'diferentes', socialmente hablando, como si se tratara de un rechazo hacia conductas moralmente incorrectas. Es el caso del movimiento llamado Antipsiquiatría, conformado por autores como D. Cooper, Foucault y Laing, entre otros. Es importante mostrar las consecuencias sociales a las que insta todo el esquema argumentativo de ideas con dicha connotación.

Hoy día, con todo y que los estudios psiquiátricos se encuentran más avanzados y nuestro país ya cuenta con instituciones de salud pública especializadas en

psiquiatría, nos seguimos viendo rodeados de bastos elementos que son señales claras de la existencia de la ya mencionada evasión a éstas enfermedades, de la negación para asumirlas y el rechazo social y moral que recae en los pacientes. Todo esto reflejando un tipo de sociedad que camina, educacional e institucionalmente hablando, a la invisibilización tanto de las personas que las padecen, como de la enfermedad misma.

Queda claro, históricamente, que mientras sigamos viviendo dentro de una sociedad que insista a no ver ésta situación como un problema real y latente, las opciones estarán acotadas o serán inservibles e inviables, y la calidad de vida de los pacientes seguirá viéndose mermada por una atención que no es ni oportuna ni adecuada.

En el año de 1994 se detectó la prevalencia de trastornos mentales entre el 15 y el 18% de la población general mexicana. (Sandoval, 2005)

De acuerdo con las estadísticas de mortalidad del INEGI, entre los años 2002 y 2011, se han registrado en México 43,700 defunciones por trastornos mentales y del comportamiento.

Vemos pues que, en la actualidad, así como en tiempos pasados, se cuenta con cifras significativas de personas que padecen alguna enfermedad mental en nuestro país. Situación misma que pone de manifiesto una considerable necesidad de intervención en la mejora del trato científico, médico, humano y social que se le da a las personas que padecen cualquier enfermedad de este tipo y que, como primera instancia requiere de la identificación y detalle de los elementos sociales que dan pauta

a un tipo de idea y concepción sobre el tema y que causan en su conjunto, escasa o equívoca información sobre el trato y tratamiento de la enfermedad, instando al deterioro de la enfermedad y de la posición social y moral tanto del paciente como de sus familiares, ante la sociedad en general.

El papel de las enfermedades mentales ha recaído desde siempre en el ámbito moral, tal como lo describe la influencia de los ‘alienistas’ (profesionistas médicos psiquiatras del siglo XIX), los cuales conforme fueron adquiriendo control en los “manicomios”, fueron adoptando a la moralidad victoriana como base para la salud mental. (Butcher, 2007)

Para el siglo XX las personas siguen teniendo una actitud de miedo hacia las personas con enfermedades psiquiátricas, y la educación acerca del tema hacia el público sigue siendo escasa.

En España se realizó la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, en la cual se formulan las actividades que deben ser dirigidas a la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la atención de las enfermedades crónicas. Comenta: “En lo que respecta al papel de la Psicología y de los psicólogos en la atención de éste tipo de pacientes, queda un tanto desdibujado del texto.” Recalca el tratamiento esporádico que se le otorga a los aspectos psicológicos en relación a programas de promoción de la salud, del establecimiento de hábitos de vida saludables, de la atención psicológica a personas cuidadoras y de la atención a enfermos mentales crónicos. Asimismo menciona que dentro de las sociedades que formaron parte del comité técnico de elaboración de dicha estrategia, no aparece

ninguna sociedad psicológica dentro de las siete consultadas, así como tampoco ningún psicólogo de entre todos los profesionales expertos. (Crespo, 2012)

Es preciso decir que México, no siendo la excepción de entre muchos otros países, ha sufrido desde siempre la incompreensión sobre la naturaleza de las enfermedades mentales; la adquisición y desarrollo de manera favorable de una cultura de la enfermedad mental o bien, de la salud mental, se ha llevado a cabo de manera muy lenta y deficiente. La ciencia en general ha tenido que sufrir una serie de modificaciones para poder otorgarle a este tipo de padecimientos, en primera instancia una explicación y, en segunda instancia, una posible cura. En el desarrollo de este trabajo lo que compete son todos aquellos elementos existentes dentro de nuestra sociedad que condensan la problemática en la que se ven inmersos todos aquellos individuos que padecen la enfermedad o los que conviven directamente con estos pacientes, es decir, sus familiares; y que, por ser padecimientos sobre los que recae un criterio discriminatorio, los elementos que perjudiquen su divulgación y aceptación social, nos afectan a todos en general.

En esta investigación se buscó identificar los elementos que se encuentran en nuestro país, que participan directamente en una situación social de desconocimiento de las enfermedades mentales o percepciones equívocas, recayendo en la ausencia de tratamiento o bien, el manejo de tratamientos inadecuados, la falta de prevención y la concepción misma sobre estos padecimientos en relación a sus causas y desarrollo. La identificación de elementos perjudiciales para un desarrollo social, cultural, educacional e institucional en torno a este tema, con los que convivimos diariamente y que permean gran parte de nuestra percepción con respecto a dichos padecimientos, podrá contribuir

a la concientización de ésta situación y la demanda de mejores condiciones sociales en torno a la salud mental y a la atención profesional para la prevención y el tratamiento de la enfermedad, según sea el caso.

Revisadas ya algunas de las cifras con las que se cuenta sobre la población que se ve afectada por diferentes enfermedades mentales, se vislumbra la importancia en el tema, su carácter prioritario y de urgencia. En relación a la cantidad de personas dentro de una población que llegan a padecer estas enfermedades, en proporción, debiera de reflejarse directamente en la existencia de hospitales donde puedan ser atendidas: El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (en México, una de las organizaciones gubernamentales más importantes en la asistencia a la salud y la seguridad social), por ejemplo, no cuenta con un hospital especializado en psiquiatría.

Las enfermedades mentales, como cualquier otra enfermedad, requieren de una atención adecuada, especializada, responsable y, sobre todo, oportuna.

Lo que atañe a los elementos que proporcionan mayores condiciones para que los padecimientos psiquiátricos se puedan desarrollar y la enfermedad pueda adquirir una situación crónica, es de gran relevancia para poder lograr un mayor conocimiento sobre éstos y, como consecuencia, una mayor y mejor atención y prevención.

Somos, en general, una sociedad en la que no se fomenta la salud mental como parte del bienestar del individuo a lo largo de su vida. En nuestra educación básica no se incluye el fomento de una cultura en favor de la asistencia psicológica como parte fundamental de la salud general, y mucho menos la concientización de las

repercusiones en las que puede desenlazar la ausencia de esta salud mental.

Asimismo, con todo el desconocimiento en torno a la importancia de esta área de la salud en el individuo, se crea como consecuencia, la ausencia de cuidados básicos del individuo en sí mismo y del individuo para con los demás. Las “lagunas” de esta situación de salud, no sólo se encuentran en relación a la educación, también a la escasez de políticas públicas que difundan y promuevan la atención psicológica como primera instancia para el logro de una salud mental.

Se requiere para poder prevenir de manera más eficiente los padecimientos psiquiátricos, volver clara su existencia, despojar de la invisibilidad social a los que sufren estas enfermedades y, sobre todo, la aceptación de las enfermedades psiquiátricas como lo que son: enfermedades y un problema de salud pública. Lo anterior para que, en lo subsecuente, podamos tener un avance social (con todo lo que eso implica: educación, ética, instituciones, etc.) que beneficie a todos los que formamos parte de esta problemática, directa o indirectamente.

A causa del desconocimiento con el que cuenta la sociedad en general en relación a este tipo de padecimientos y su paralela incompreensión, la asistencia profesional se puede ver retrasada. Las personas mismas que tienen el padecimiento y/o los familiares de estos, no saben a dónde o a quién acudir, es por esto que el tratamiento adecuado llega tarde o inclusive puede no llegar.

A lo largo de la historia de la enfermedad mental, los estudiosos de ésta y la sociedad misma se han topado con problemáticas de diferente índole que han hecho de estos padecimientos no sólo un asunto de salud, sino también un asunto moral.

Una vez revisados los datos estadísticos y las diferentes perspectivas y áreas de estudio que han abordado el tema en cuestión, se diseñó como instrumento de investigación, entrevistas semiestructuradas que permitieran abordar las enfermedades mentales desde su propia definición, su diagnóstico y tratamiento, los tipos de padecimientos existentes y sus causas, pero en general lo que más importaba de dichas entrevistas es el entendimiento de cómo se viven las enfermedades mentales desde cualquiera que sea la posición de cada individuo con respecto a ellas y cómo éste entendimiento afecta directamente la manera de atenderlas y convivir con ellas.

Para la aplicación de las entrevistas se eligieron cuatro participantes con diferente posición y contexto con respecto a las enfermedades mentales: 1) En primera instancia se contó con la participación de una mujer joven con un diagnóstico psiquiátrico emitido por una instancia de salud pública; 2) Participó como familiar directo, la madre de la paciente diagnosticada; 3) Colaboró un profesionalista de la salud mental y; 4) Un hombre adulto el cual, de primera instancia no refería ningún contacto con algún padecimiento mental, ni directo ni indirecto.

Cabe destacar que, derivado de la hipótesis de que toda la problemática que atañe a este trabajo de investigación, se encuentra directamente relacionada con la manera en que las personas que pertenecen a una sociedad, en conjunto crean los significados que le darán a las cosas que los rodean y a los fenómenos en los que se encuentran envueltos, derivado de sus percepciones. Todo el análisis referente a los constructos sociales que rodean a las enfermedades mentales, se abordará a través de la teoría de las representaciones sociales, misma que nos permitirá entender todo este fenómeno y explicarnos de manera más clara cómo es que hemos llegado a construir

nuestras creencias, valores y opiniones al respecto de la enfermedad pero sobre todo del enfermo mismo.

CAPÍTULO I

HISTORIA DE LA LOCURA

*...”loco”, aquello incomprendible, extraño,
alejado de la realidad común interhumana.*

Scharfetter.

En torno a la locura giran una serie de aspectos que nos han hecho, y siguen haciendo, pensarla de diferentes formas, verla desde diferentes ángulos. Las concepciones temporales, ideológicas y culturales han sido la base estructural no sólo en la definición del concepto mismo, sino también de sus categorizaciones, valoraciones y diversos tratamientos para hacerle frente a la situación que genera la locura y al sujeto mismo al que consideramos ‘loco’. Por lo tanto, éste primer capítulo tiene el propósito de hacer un breve recorrido histórico sobre la locura, las formas en las que ha sido atendida y los espacios en los que se ha colocado.

1.1. Concepciones sobre la etiología de los padecimientos mentales

Las enfermedades mentales desde tiempos antiguos han ocasionado gran confusión y una necesidad explicativa, tanto para aquellos que intentan mantener la

convivencia y los vínculos afectivos con las personas que las padecen, como para aquellos que intentan comprenderlas e implementar alguna forma de cura desde un marco científico.

Se tiene registro de padecimientos mentales en distintas épocas, lugares y culturas. Dichos padecimientos han sido nombrados, diagnosticados y manejados a través del tiempo según la percepción del mundo que tiene cada sociedad. Es decir, los padecimientos mentales han sido valorados y, por ende, atendidos conforme al sistema de creencias y el sistema de valores de las sociedades, en las cuales se incluye a los expertos y/o científicos. La etiología más comúnmente referida de los padecimientos mentales estuvo arraigada en causas sobrenaturales, maleficios o encantamientos. (Butcher, 2007)

Al respecto, en la Edad de Piedra se atendían ciertos tipos de trastornos mentales por brujos, quienes mediante la trepanación buscaban su cura señalando que ésta operación permitía que el espíritu diabólico se escapara del individuo. En la cultura egipcia, como entre otras, las enfermedades mentales eran atribuidas a la posesión de los individuos por dioses o demonios. Los hebreos creían que era un castigo divino, una retirada de la protección divina. Así pues, el tratamiento para una situación de esta naturaleza fue el exorcismo, el cual expulsaba al diablo del interior de la persona. En su mayoría, las técnicas acuñadas en la antigüedad se acompañaban de oraciones, creencias mágicas y encantamientos. (Butcher, 2007)

En los tiempos de la época de oro de Grecia se tuvo un gran progreso en el entendimiento de las enfermedades mentales. Hipócrates (460-377 a.C.), considerado

el padre de la medicina moderna, insistió en que las enfermedades mentales tenían causas naturales y era en el cerebro en donde se originaban las patologías, mismas que podían ser tratadas. Hipócrates clasificó tres tipos de trastornos mentales: Manía, melancolía y frenitis.

En la historia también hubo concepciones filosóficas sobre las enfermedades mentales, tales como la propuesta por Platón (429- 347 a.C.), filósofo griego, quien compartía la creencia de que los trastornos mentales eran causados en parte por divinidades. Consideraba que los aspectos psicológicos de las personas reflejaban su estado interno y sus apetitos naturales, y que el tratamiento debía de ser por medio de cuidados hospitalarios para individuos que mostraran pensamientos contrarios al orden social, estos cuidados facilitarían la salud del alma. Por otro lado, en su escrito Las Leyes, menciona que un individuo loco debería estar en su casa vigilado por sus familiares y no debería verse en la ciudad.

Tras el resurgimiento de la investigación científica en Europa, la concepción sobre la enfermedad mental, así como los métodos de tratamiento que se aplicaban, fueron evolucionando. Durante el siglo XVI personajes como Paracelso y Tere de Ávila contribuyeron a la comprensión de la enfermedad mental como una enfermedad física, sustentando la idea de que la mente estaba también sujeta a enfermedad. El médico alemán Johann Weyer comienza a proponer que las personas que en la antigüedad eran condenadas por brujas, realmente padecían una enfermedad mental.

Para este siglo se comienzan a buscar maneras de sacar de la sociedad a los enfermos mentales, creando asilos o manicomios en los cuales pudieran tener un

cuidado de los individuos que no se podían cuidar a sí mismos. Lamentablemente esos lugares no se caracterizaron por otorgar a los enfermos un cuidado humanitario, eran lugares sucios en los cuales se ofrecía un gran maltrato. Las estancias en estos lugares eran tan duraderas que algunos internos ya no volvían a salir, residían ahí hasta su muerte.

Más allá de ser atendido o protegido, “el loco” era visto como alguien de quien las personas tenían que cuidarse. Aristóteles (384-322 a. C.), también filósofo griego, en un momento consideró que los trastornos mentales estaban relacionados con la frustración y el conflicto. En general, creía que dichos trastornos se derivaban de alteraciones en la bilis.

Los fenómenos que se consideraban causas de las enfermedades mentales, pasó por múltiples ideas y categorizaciones. Es el caso de Galeno (130-200 d. C), que dividió las causas de los trastornos psicológicos en físicos y mentales: Golpes en la cabeza, alcoholismo, cambios menstruales, problemas amorosos y económicos, entre otros.

La Edad Media, en Europa, no pudo escapar de la aplicación de técnicas para tratar los padecimientos mentales basadas en supersticiones. Los encargados del tratamiento, en su mayoría, fueron los sacerdotes a través de convertir los monasterios en refugios para los pacientes; sus tratamientos se movían en el plano religioso a través de oraciones, bendiciones y exorcismos. Para este momento los exorcismos que se realizaban aún eran una actividad moderada. Asimismo, dicha época se caracterizó por casos de trastornos en la conducta de manera colectiva, en los cuales las personas

realizaban danzas maníacas, presentando delirios y convulsiones. A dicho fenómeno se le denominó tarantismo.

Desde el siglo VIII y hasta el XII, la cultura árabe consideraba al “loco” como aquella persona que Dios amaba y elegía para conocer y decir la verdad. A partir de esta creencia a toda aquella persona que perdía la razón se le otorgaba una connotación positiva y las demás personas le brindaban un trato amable y respetuoso (González, 2009).

“...el siglo XVIII restituyó al enfermo mental su naturaleza humana, pero el siglo XIX lo privó de los derechos y del ejercicio de los derechos derivados de esta naturaleza.” (Foucault, 1984, p. 93). Antes de haber llegado el siglo XVIII se llevan a cabo prácticas inhumanas con respecto al cuidado social que se le daba a los entonces denominados ‘alienados’, hecho que se modifica a partir de la concepción ya no de ‘alienado’, sino de enfermo: un ser humano que padece una enfermedad mental. De esta manera, y tras las condiciones que se le otorgan a un sujeto a través de una concepción de ‘enfermo mental’, pierde en consecuencia la voluntad y su libertad, mismas que le son conferidas a sus familiares. A este procedimiento legal se le denomina Interdicción, el cual se encuentra vigente en nuestros días y en nuestro país. La capacidad jurídica del sujeto se le es transferido a quien quede a su cargo o cuidado.

1.2 Tratamientos sobre los padecimientos mentales

Los métodos de tratamiento solían ser muy agresivos, estos eran a base de drogas, baños de agua fría, quemaduras y descargas eléctricas, entre otras. La

característica de avance que los pacientes debían de mostrar era la elección o la preferencia por la razón y no por la locura. La estancia de por vida en los asilos también fue utilizada para poder tener, a través de los internos, fuerza de trabajo de todo tipo de tareas que las demás personas no querían realizar.

El trabajo realizado con los pacientes mentales por parte de Pinel y William Tuke, más o menos en los mismos años se caracterizó por ofrecer un trato amable y otorgar ambientes agradables en las estancias. Se buscó que la sociedad pudiera percibir de manera diferente a las personas con trastornos mentales y modificaran su actitud hacia ellas.

1. 3 Lugares en los que se ha puesto al loco

Foucault (1984) también hace referencia a que estos propios métodos para conocer la verdad hacen de ella una producción, una suerte de realidad provocada tras su observación en momentos o condiciones favorables, y no un descubrimiento en sí mismo. Éste hecho llevado al campo médico y al hospital, específicamente, lo convertía en un lugar que permitía producir la enfermedad.

Cuando se ha partido de que la enfermedad mental es un hecho que se presenta a partir de la anormalidad o de la desviación, la cultura misma se dedica a extirpar a los enfermos de la vida social, provocando que en el momento mismo en el que se diagnostica la enfermedad, se le excluya. (Foucault, 1984) El primer hospital del que se tiene registro fue fundado en Bagdad en el año 792 d. C., los hospitales fundados en

ésta época buscaban ofrecer un trato humanitario a los enfermos mentales que ingresaban.

Para el siglo XVIII europeo, los asilos debían de encontrarse fuera de las ciudades para evitar contagios a los demás individuos. Se diseñó además una técnica arquitectónica parecida a la de las cárceles y se considera a la vigilancia como un elemento fundamental para estos lugares. Tras dichas especificaciones, los internos tenían ya pocas posibilidades de salir. Es importante decir que dicho encierro va a favorecer más adelante la consolidación de la psiquiatría como ciencia.

Todas las consideraciones en donde el “loco” perdía su condición humana y resultaba peligroso y amenazante, o bien, que sufría este padecimiento por alguna irresponsabilidad, se convirtieron en los argumentos para su exclusión o reclusión, justificando el funcionamiento de los establecimientos que se dedicaban a ello.

(González, 2009)

“...restituye a la enfermedad mental su sentido humano, pero aleja al enfermo mental del mundo de los hombres.” (Foucault, 1984, p. 90). El autor se refiere a la concepción y prácticas que se adoptan en el Renacimiento, basadas en el cristianismo, con respecto a la posesión, describiendo un primer momento de la historia, el siglo XVII en el que, a través de ésta posesión demoníaca el hombre perdía su condición humana; y un segundo momento, en el siglo XVIII en el que se replantea ésta idea y deja a la enfermedad como un hecho que priva de sus facultades más altas al hombre (entre ellas: la libertad). Idea que fomenta también la exclusión social, el enfermo mental es situado en un plano fuera de los demás hombres.

Por ejemplo, Espinosa explica las lamentables condiciones de los asilos:

...parece que su construcción se ha debido más a la preocupación por el sentimiento de compasión que inspiran estos infortunados. Así, estos asilos, parecen indicar, por su aspecto, menos el fin de curar la locura que el de esconder los locos a todos los ojos y resguardar a la sociedad de los eventos de su propio delirio (Ferrus como se citó en Espinosa, 1986, p. 34).

...el aislamiento hace cesar todo peligro y en tanto que el alienado está en el asilo está en calma, mientras que si sale puede ser peligroso (Dagonet citado por Espinosa, 1986, p. 39).

...se exige el tratamiento de los alienados en nombre de la ciencia y de la humanidad; su pronto internamiento, en nombre de la seguridad pública (Semelaigne citado por Espinosa, 1986, p. 39).

Hay que decir que, en varias épocas de la historia no fue raro que se permitiera recluir o desterrar a los enfermos mentales, decisión que estaba apoyada por las leyes para el salvaguardo de las familias o de la sociedad en general de algún daño que pudiera ocasionar el enfermo:

“...si la libertad debe cesar desde el instante en que la libertad moral no existe —es el argumento jurídico para condenar a los delincuentes— es cierto que, con el aislamiento —del loco—, no se

destruye ninguna libertad, porque no existe” (Voisin, como se citó en Espinosa, 1986, p.).

Hay que decir que el cristianismo contribuyó a través de Justiniano (483-565 d. C.), emperador del imperio romano, a aceptar a algunos enfermos mentales en centros para pobres o enfermos, dando inicio a una asistencia institucionalizada de la locura.

Inclusive la iglesia comenzó a dudar de sus prácticas con respecto a las personas enfermas, y con el transcurrir del tiempo esta evolución de pensamiento logró terminar con ideas supersticiosas en torno a las enfermedades mentales.

Llegado el siglo XX, aunque en los hospitales mentales se seguían alojando a pacientes con trastornos mentales graves y las estancias aún eran muy prolongadas, hubo una reconfiguración en torno a la problemática y, a través de la preocupación por un trato humanitario, se buscó apoyar la investigación y la formación de profesionales especialistas en el tema, se impulsó la asistencia en la comunidad y se creó el Instituto Nacional de Salud Mental. En 1963 se aprobó la Ley de Servicios de Salud para el apoyo al desarrollo de clínicas psiquiátricas externas, consultas externas en hospitales generales y programas de rehabilitación.

Eventos escalofriantes siguen ocurriendo, como es el caso de Alemania y la ideología nazi, a partir de 1933 con el Decreto sobre protección de enfermedades hereditarias, se obliga a los médicos psiquiatras a esterilizar a todos aquellos pacientes que portaran y pudieran transmitir una enfermedad incurable. Posterior a este evento, la radicalidad le pone fin a este conflicto y da muerte a unos 70,000 enfermos mentales en cámaras de gas.

La historia de la enfermedad mental no fue lineal en ninguna época, se pudieron presenciar eventos afortunados y desafortunados en un mismo tiempo y país, pero en su conjunto, al final se pudo observar como resultado de todos los eventos y de todas las confrontaciones sucedidas, una evolución en el pensamiento social y científico, aunque aún en la actualidad quedan muchas cosas por hacer en esta suerte de humanidad con respecto a la población enferma.

Los lugares en los que se ha puesto al loco o al enfermo mental, ha sido relevante en tanto un modo de exclusión social, una manera de invisibilizar a las personas que se han considerado locas, o bien, en tanto formas de tratamiento que se han buscado para poder llevar a cabo actividades para con los enfermos que realicen o encaminen a algún tipo de cura o mejoría en la enfermedad y en la manera en la que el enfermo afecta a su comunidad o ambiente en general.

“Muchas instituciones totales parecen funcionar la mayor parte del tiempo sin otro propósito que servir como depósitos de internos, pese a que generalmente se presenten ante el público, según indicamos antes, con el carácter de organizaciones racionales diseñadas de cabo a rabo y a conciencia como máquinas efectivas...” (Goffman, 2004, p. 82)

Anteriormente ya he hablado de los diversos lugares de los que el hombre y las sociedades se han servido para colocar a los enfermos, dependiendo siempre de la concepción ideológica que tengan sobre el padecimiento (alienación, locura, enfermedad, etc.); pero hay que decir que estos lugares y sus condiciones no son las únicas características importantes al hablar o describir a la reclusión que se ha llevado

a cabo. El ambiente que se genera en torno a los hospitales psiquiátricos, dentro y fuera de él, afecta al sujeto de muchas maneras, todo lo que le conforma, y lo que lo rodea, incluyendo también a las personas encargadas de su cuidado, mismas que son pieza fundamental para el tipo de experiencia que el sujeto enfermo vive al encontrarse inmerso en esta situación. Hay que decir que los recursos humanos son fundamentales para el funcionamiento de lugares de este tipo.

Goffman habló de estos lugares y los denominó “*instituciones totales*”, describiéndolos como lugares que se oponen a que el sujeto interactúe con el exterior o tenga un contacto muy limitado, valiéndose de ciertos mecanismos que encierran entre muros a los sujetos, haciendo que tengan que convivir con otros internos y con aquellas personas que están a cargo de su cuidado. Específicamente, los hospitales psiquiátricos los agrupa en una categoría en la que las personas que se encuentran internadas, son personas incapaces de cuidarse a sí mismas, y representan un peligro para la sociedad (2004).

Los hospitales psiquiátricos y el encierro que conllevan, extirpan la libertad que el sujeto tiene en condiciones normales de llevar a cabo actividades de la vida cotidiana sin una autoridad vigilante que se las programe, le censure y le lleve un registro de ellas, sufriendo así una desfiguración de que habitualmente era su persona, del aspecto que mostraba a los demás. El interno se encuentra expuesto a que las personas que lo visiten o los demás internos lo vean en condiciones que lo humillen. (Goffman, 2004).

Dentro de estas instituciones se forman dos grupos: el de los internos y el del personal que atiende, grupos que se mueven e interactúan basándose en estereotipos

hostiles ya formados sobre el otro grupo. El interno frente al personal, tiende a sentirse inferior. Las actividades que lleva a cabo este personal a cargo del tratamiento, ya sea médico (como alguna cirugía o electroshock) o para el cumplimiento de alguna norma que el interno deba cumplir (amenazas o aplicación de castigos) de los internos, no les sugiere a estos un ambiente que vaya a garantizar su integridad física. Así el personal que se encuentra a cargo se topa con la gran dificultad que es trabajar exclusivamente con seres humanos, lo que implica necesariamente marcas de su quehacer y la exigencia de mantener un dominio de sus propias emociones (Goffman, 2004).

La afección que provocan estos lugares también tienen su origen en todas aquellas disposiciones sociales con las que cuenta el interno antes de su ingreso sobre la institución en la que se encuentra y la concepción de sí mismo ahora como un interno más, representando para él una suerte de humillación y degradación; el interno tiene que sobrellevar el hecho de que, a su ingreso, se le clasifique de una manera específica, la cual le otorgará su nuevo estatus: el estatus de su nueva condición. (Goffman, 2004)

La nueva condición, acompañada del estigma que adquiere el interno tras haber ingresado a una institución psiquiátrica, le es permanente después de salir de ella, provocando que el ex-interno quiera ocultar a toda costa su pasado, inclusive llevando consigo ciertas limitaciones que le fueron asignadas en el momento de su salida. Esta condición del interno, al ser devuelto a la sociedad, lo desmoraliza; por esta razón en muchas ocasiones el ex-interno contempla la posibilidad de volver al hospital, como una manera de no afrontar la vida civil. (Goffman, 2004).

1.4. Sobre lo normal, lo anormal y otros sistemas de valoración

Si bien es cierto que una discusión ontológica en torno a las enfermedades mentales es de gran importancia y, en la actualidad no es un tema resuelto, no me adentraré en la problemática. Para fines de la presente investigación diré que el entendimiento de la naturaleza de las enfermedades mentales resulta complejo, ya que muchos de los síntomas de éstas se hallan anclados a la conducta de los individuos; siendo la conducta un elemento permeado absolutamente de un significado moral.

“... la sociedad siempre fija los límites, dentro de los cuales aceptará, o al menos tolerará, la conducta desviada, de modo que los valores culturales no tienen como única función la de fomentar o controlar las experiencias o actos de las personas que componen una comunidad, sino también la de producir los criterios por lo que todo comportamiento es juzgado y diferenciado de otra manera de proceder, decidiendo, en consecuencia, sobre el destino de la persona calificada como ‘diferente’.” (Rosen, como se citó en Espinosa, 1986, p. 18).

Así, la enfermedad mental se ha asociado fuertemente a conductas *anormales* o (como las perciben algunos autores), conductas que van en contra de las normas que se conciben como socialmente correctas. “Cada cultura se hace una imagen de la enfermedad, cuyo perfil se dibuja gracias al conjunto de las virtualidades antropológicas que ella desprecia o reprime” (Foucault, 1984, p. 85). De tal manera que, dependiendo de la cultura, habrá conductas que serán aceptadas como parte de las costumbres generales y otras como desviadas de las normas sociales.

En el campo específico de la salud y la enfermedad mental, los conceptos de normalidad y anormalidad han jugado un papel importante en la determinación de lo sano y lo no sano; de tal manera que el grado de salud o enfermedad mental de una persona no está asociado solamente al reporte y observación de su bienestar individual, sino también a la forma en la que otros (e.g., familiares, personal médico) entendemos el comportamiento de la persona. De esta manera, la observación de las personas que han sido consideradas “enfermas” o que han presentado conductas fuera de lo común (por ejemplo, me refiero a lo que en su momento se consideró un embrujo), fueron descritas a partir de una serie de categorías y criterios que se construyeron para el entendimiento y el tratamiento de estos individuos.

Hoy día muchos países, incluido México, nos regimos por consensos que se van formulando y transformando con el paso del tiempo para tener una base denominada ‘científica’ para el diagnóstico de las diferentes “enfermedades mentales”.

Por ejemplo, el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales) es, en nuestro tiempo, el principal referente para definir los trastornos mentales. Este Manual es elaborado por la Asociación de Psicología Americana y se encuentra en constante cambio. En la actualidad se puede encontrar la última edición, que es el DSM-V, y en la cual el concepto de enfermedad mental sale de la dualidad de normal-anormal y pasa a definirse de manera científica y como un concepto concreto e independiente, a saber:

A mental disorder is a syndrome characterized by clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotion regulation, or behavior that

reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning. Mental disorders are usually associated with significant distress in social, occupational, or other important activities. An expectable or culturally approved response to a common stressor or loss, such as the death of a loved one, is not a mental disorder. Socially deviant behavior (e.g., political, religious, or sexual) and conflicts that are primarily between the individual and society are not mental disorders unless the deviance or conflict results from a dysfunction in the individual, as described above (American Psychiatric Association, 2013, p. 20).

Asimismo, se cuenta con la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10). Es desarrollado por Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) para acompañar la clasificación de diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud y mantener un registro de las causas de muerte desde 1893. Es un sistema de codificación de procedimientos que se les realiza a pacientes hospitalizados. La 10ª actualización, que fue la última, se publicó en el año de 1992.

Aunado a lo anterior, han surgido asociaciones como la American Psychological Association (APA), que es una organización científica y profesional fundada en 1892 en E.U., dedicada a la representación de la psicología, teniendo en la actualidad más de 122,500 miembros entre investigadores, clínicos, consultores y estudiantes. Entre otras cosas, esta organización tiene como objetivo la mejora en los métodos y condiciones de investigación en la materia que le compete.

El objetivo principal de contar con una clasificación clara y criterios de valoración para generar diagnósticos, ha sido reconocer con mayor facilidad un cuadro de enfermedad, y que éste no pueda prestarse a juicios discriminatorios.

Al respecto de este planteamiento, Michel Foucault (1984) consideró la necesidad de cuestionar si en el campo de la psique se puede hablar de enfermedad, una enfermedad tal cual como entendemos cualquier otra enfermedad física u orgánica: ¿desde dónde parte esta noción de enfermedad?, ¿cuál es la sintomatología, qué signos la delatan y hasta qué curso lleva durante su evolución? El terreno de la enfermedad mental parece tener un fundamento puramente psicológico, rompiendo con la idea de la unidad humana y el paralelismo psicofisiológico y sugiriendo, a su vez, que para su estudio y valoración se parta de métodos conceptuales diferentes a los que se utilizan para la formulación de la sintomatología y la nosografía de las enfermedades orgánicas.

Es posible hablar de enfermedad y anormalidad conjuntamente: La enfermedad se sitúa en el plano de una reacción normal de la adaptación humana, generando entonces reacciones anormales, sin valores positivos o negativos sobre cualquiera de estos conceptos. (Foucault, 1984)

Tras existir grandes argumentos en torno a este tema, partiré de la idea de que las enfermedades mentales existen como cualquier otra enfermedad física, las cuales se originarán a partir de condiciones o situaciones del sujeto no sólo orgánicas, sino también psicológicas, sociales y culturales.

CAPÍTULO II

LA LOCURA Y EL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN MÉXICO

2.1 Antes de 1910

En México, no siendo la excepción de entre otros países y culturas, en épocas prehispánicas se cargó a las enfermedades mentales de una explicación mítica, siempre haciendo uso de valores culturales y religiosos, mismos que dependan de la población. Se utilizaron clasificaciones tales como *tlahuililocayotl* (locura furiosa), *xolopiytl* (locura tranquila) y *volloquimil* (retraso mental). Estas culturas utilizaban tratamientos a base de raíces y hojas para tratar estas enfermedades.

La Asociación Médicos Descalzos, dedicada a investigar, validar y sistematizar prácticas y conocimientos tradicionales de salud de la cultura maya, ha tenido el proyecto de comprender el aporte de estos en torno a la salud mental. En un artículo publicado en 2005 describen los servicios de salud que el sistema médico maya brinda en atención a las enfermedades mentales en el municipio de Chinique, Guatemala (país que se conforma de una población con más del 60% de población indígena en la actualidad). Mencionan, entre otras cosas, que la comprensión de estas enfermedades se encontraba y encuentra a través del calendario maya, desprendiéndose de ahí técnicas y procedimientos para la resolución de estos problemas de salud. “Este concepto de enfermedad no vuelve a los individuos portadores de un mal, los vuelve

espejo de otra realidad que exige un cambio”, haciendo mención de la intervención de sus propios valores culturales y de la enfermedad mental como la amenaza de estos, por parte del individuo enfermo (Chávez, Pol y Villaseñor, 2005).

En 1566 se funda el primer hospital en América, dedicado a albergar a personas con padecimientos mentales, el cual fue llamado San Hipólito, fundado en la Ciudad de México por el Fray Bernardino Álvarez Herrera. Antes de la apertura de este hospital en nuestro país los enfermos mentales deambulaban por las calles o eran llevados a las cárceles.

2.2 El Manicomio

En 1910, época presidencial de Porfirio Díaz se inaugura el Manicomio General de México La Castañeda. Un manicomio para esta época, representaba un país moderno. Estaba formado por 23 pabellones, los cuales eran utilizados en base a las clasificaciones de los padecimientos mentales que hasta entonces se manejaban, ejemplo de esto eran el área de los *idiotas* o de los *acelerados*, por mencionar algunas. Como era de esperarse, con el paso del tiempo se presentó un fenómeno que había sido ya el común denominador de lugares similares a La Castañeda: la sobrepoblación, llegando a albergar hasta 3,000 pacientes. Cabe señalar que el mal funcionamiento del manicomio no fue exclusivo de México, para estos años esta situación se presentaba en hospitales de otros países, en general, por la falta de conocimiento sobre el tema.

El descuido de La Castañeda la llevó a ser más que una institución médica, un asilo, un lugar de refugio para los más pobres, los mendigos o incluso llegó a funcionar

como cárcel. En este lugar se recluía a las personas en contra de su voluntad y llegó a ser considerado socialmente un lugar de horror, sus residentes representaban algo escalofriante para el resto de las personas. El personal que trabajaba dentro de las instalaciones, en cantidad era deficiente, y no tenía una preparación profesional para dar una atención adecuada. Dentro de testimonios se ha encontrado que era un lugar sucio y que los internos eran sometidos a maltratos y torturas a favor de un supuesto tratamiento. Los tratamientos que llegaron a usarse fueron la paludoterapia, la electropirexia, choques de insulina y metrezol, así como el método de electrochoque; la hipnosis en algunas personas también llegó a complementar el tratamiento.

La Castañeda no sólo se topó con problemáticas sociales o gubernamentales, sino también científicas. Fue en el año de 1897 que se tiene el registro de la primera cátedra de psiquiatría en México, la cual se llevó a cabo en la Facultad de Medicina por el doctor José Peón Contreras; aunque para éste momento y durante los años del manicomio, la psiquiatría no era una profesión universitaria y tampoco una rama de la medicina, los psiquiatras que habían hasta el momento se formaban dentro del manicomio. Quienes en un principio fungían como psiquiatras eran los filósofos, esto tras la idea de que las enfermedades mentales eran padecimientos del alma. De esta manera es que el Manicomio General se fue convirtiendo en la cuna de la psiquiatría en México.

El Manicomio General de México La Castañeda es cerrado y demolido en el año de 1968 por el presidente Gustavo Díaz Ordaz, obedeciendo al proyecto “Operación Castañeda”.

2.3 Los Hospitales Psiquiátricos

El actual Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, ubicado en el sur de la Ciudad de México, es parte del resultado del proyecto antes mencionado “Operación Castañeda”, impulsado por Díaz Ordaz. El nuevo hospital fue inaugurado el 9 de mayo de 1967, con el objetivo de atender a población adulta con trastornos mentales agudos, volviéndose un centro de preparación médica en la materia.

En 1979, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, actualmente denominado Instituto Nacional de psiquiatría “Ramón de la Fuente” (INP), fue creado. Desde un principio tuvo como objetivos la investigación científica en campos clínicos, epistemológicos y sociales, y la formación de recursos humanos especializados en salud mental.

En el transcurrir del tiempo también se fueron creando granjas, asilos y hospitales que fueron dando lugar a la incorporación del paciente psiquiátrico a una atención médica especializada, con recursos humanos más preparados. Asimismo, se fue contando con la colaboración de las personas dedicadas al área para la revisión de actividades en favor de los derechos humanos. En 1993 se realiza el Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para la reflexión de estos temas aplicados en las instituciones hospitalarias y unidades dedicadas a la salud mental. En este mismo año la Organización Sanitaria Panamericana (OPS) se sumó al establecimiento del Día de la Salud Mental (10 de octubre), con el fin de realizar actividades que fueran destacando la importancia de este tema.

Con el fin de seguir evolucionando en el buen manejo de la asistencia médica en los padecimientos mentales, la OPS apoyó la presencia de México en el Primer Foro

Internacional sobre formulación de Políticas de Salud Mental y Desarrollo de Servicios, el cual buscaba la unificación de políticas públicas en materia de salud mental y el realzamiento de la importancia de un programa de salud mental y el respeto a los derecho humanos.

2.4 Sistema de Salud Mental en México

En México, mueren en promedio al año 4,370 personas por trastornos mentales y del comportamiento y, se estima que alrededor del 25% de la población nacional enfrentará en algún momento de su vida alguna enfermedad mental (Fuentes, 2013). “Una de cada cuatro personas en México ha presentado al menos un trastorno mental y una de cada tres personas habrá tenido una enfermedad mental al momento de cumplir 65 años...” publicó CNN México en 2013 en referencia a un estudio realizado por María Elena Medina Mora, directora del Instituto Nacional de Psiquiatría “Juan Ramón de la Fuente”, en el año de 2007.

Pese a los indicadores que evidencian la urgencia de atender este tipo de padecimientos, el gobierno mexicano destina a la salud mental únicamente el 2% del total del presupuesto asignado a la salud (OPS/OMS, 2011). De ahí que en nuestro país la salud mental sea la mayor demanda de salud insatisfecha en México (OPS/OMS, 2011) o, como bien señala Fuentes (2013), una agenda invisible.

“Del total de presupuesto asignado a la salud, solamente el 2% es orientado a la salud mental; de este monto se destina el 80% a la operación de los

hospitales psiquiátricos; dadas estas condiciones, las acciones enfocadas al trabajo comunitario se ven reducidas” (OPS/OMS; 2011, p. 6)

En países de ingresos medio-altos el porcentaje total de presupuesto asignado a los servicios de salud mental es aproximadamente del 3.5%.

Servicios

En el Sistema Nacional de Salud se manejan tres niveles de atención: El Primer Nivel ofrece servicios de salud básicos, medidas preventivas de salud pública y detección de enfermedades que son frecuentes o que se manifiestan en amplios grupos humanos, desde este nivel se remite al segundo y tercer nivel; el Segundo Nivel ofrece procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, internación, al tratamiento quirúrgico o clínico específico; el Tercer Nivel ofrece atención a enfermedades más complejas, de menor frecuencia y alto riesgo.

En México el mayor servicio que se brinda a la población por parte del sistema de salud mental es encontrado en el Tercer Nivel, ofreciendo un servicio deficiente en el Primer Nivel de Atención.

En México se cuenta con 544 establecimientos ambulatorios de salud mental, 3 establecimientos de tratamiento diurno, 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales, 8 establecimientos residenciales comunitarios, 46 hospitales psiquiátricos (13 pertenecientes al sector privado y 63% integrados con establecimientos ambulatorios) y se encuentran disponibles 1096 camas para reclusos que padecen trastornos mentales (pese a que en las prisiones no se brinda un servicio

de salud mental). En cuanto al número total de camas que se encuentran en el total de establecimientos, el 57% de estas se encuentran en los hospitales psiquiátricos. En algunas áreas rurales se encuentran establecimientos informales que se dedican a ofrecer residencias nocturnas para las personas enfermas mentales.

Los estados de Nayarit, Colima, Guerrero, Morelos, Zacatecas y Tlaxcala, no cuentan con hospitales psiquiátricos. Solamente Sinaloa, Nuevo León, Veracruz, Yucatán, el Estado de México y la Ciudad de México cuentan con, por lo menos, una unidad de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales. (Plascencia, 2013)

A los dispositivos de salud mental se les dota de una cantidad de medicamento que se considera es esencial para el manejo de las enfermedades psiquiátricas para la realización de una distribución equitativa en todos los Estados de la república.

Todos los servicios ofrecidos en materia de salud mental deberán acatarse a la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, elaborada en el año de 1994 con el objetivo de igualar la atención ofrecida en hospitales psiquiátricos, incluyendo todo lo que concierne a los derechos humanos.

Accesibilidad

Aquella población que no tiene como prestación un servicio de salud y, por lo tanto, no goza del beneficio del otorgamiento de medicación, le representa un gasto diario del 19% del salario mínimo en México. El Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), servicio al que se puede tener acceso gratuito a partir del año 2003,

sólo contempla la atención psiquiátrica en el primer nivel y en una hospitalización breve, y los tratamientos que ofrece son para trastornos afectivos, de ansiedad y psicóticos.

El acceso a atención y tratamiento de las enfermedades mentales se dificulta en áreas rurales y las poblaciones que son minorías. Los servicios de salud, en su mayoría, se encuentran ubicados en las ciudades ms grandes del país. La desigualdad se ve reflejada en el acceso a este tipo de servicios gracias a distancias geográficas, económicas y culturales.

El costo de los servicios de salud representa un factor importante para el grado de acceso que se puede tener a estos. El hecho de que la atención en salud mental descansa principalmente en hospitales psiquiátricos, hace que los costos sean mucho más elevados.

En cuanto a la educación, se encontró que pocas escuelas cuentan con servicios de promoción y prevención en salud mental.

Especialistas

En instituciones de salud, así como en todas las instituciones, la cantidad de recursos humanos y la distribución del mismo, en cuanto al porcentaje de plazas que se le otorgan a cada profesión, son relevantes para el estudio y comprensión del funcionamiento de estas instituciones.

El último Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México, reporta la carencia de personal y la inequidad que sufren los dispositivos de salud mental en relación a la distribución de sus recursos humanos.

En la estadística que se realizó en el Informe sobre la Actualización en Salud Mental para los trabajadores que se dedican a la Atención Primaria, contemplan tres grupos: Médicos APS, Enfermeros APS y Otros APS. Los psicólogos no forman parte de un ningún grupo.

2.4.1 La enfermedad desde la legislación

La situación de marginación ejercida al enfermo mental por parte de todo el sistema social e institucional, dio los argumentos necesarios para un cambio en la legislación en torno a la situación jurídica del enfermo.

“el enfermo mental es, en primer lugar, un ciudadano, en segundo lugar un ciudadano enfermo, y en tercer lugar un ciudadano afectado por un tipo de enfermedad peculiar” (Bercovitz, citado por González, 2009, p. 176)

Hay que decir que si bien, la legislación ha ido cambiando con el paso del tiempo, una cosa es lo que dicte la ley, y otra, el cumplimiento de ésta.

Onésimo González, refiriéndose a la Ley 13/82 de Integración Social de los Minusválidos, desarrollada en la Constitución de España (país que no cuenta con una legislación exclusiva para enfermos mentales en tanto la creencia de que su misma existencia supondría la institucionalización de la diferencia, un acto discriminatorio y

una fuente de estigma), menciona en el último objetivo de esta ley: “llegar a un punto en el que no hagan falta leyes especiales porque las personas afectadas estén integradas en un plano de igualdad absoluta en la legislación general aplicable a todos los españoles” (2009, p. 178)

Éste autor menciona, basándose en publicaciones de la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, que pese a que exista un marco legal avanzado en relación a la no discriminación y a la desestigmatización del sujeto enfermo, la sociedad presenta grandes resistencias y reticencias para el cumplimiento de éste: Resistencias por parte de los mismos sujetos psiquiatrizados (quienes al adquirir la condición de enfermos mentales pueden tomar ventaja de la exención de responsabilidades sociales), los familiares (atrapando en un vínculo excluyente al enfermo e impidiendo el acceso a la ciudadanía), los profesionales sanitarios (en torno a desinstitucionalizaciones y políticas de integración sanitaria y social, en defensa de instituciones específicas), el aparato judicial (bajo la consideración de la locura como algo amenazante y a los sujetos como quienes son incapaces de aplicar la legalidad vigente) y las administraciones sanitarias (ignorando normas legales en torno a la rehabilitación y la reinserción del enfermo). (2009)

CAPÍTULO III

CRONICIDAD DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

*“...el día en que el enfermo no sufra más el sino de alienación,
será más posible encarar la dialéctica de la enfermedad
en una personalidad que sigue siendo humana.”*

(M. Foucault)

La Real Academia Española (2014) define:

Cura: “1. tr. Aplicar con éxito a un paciente los remedios correspondientes a la remisión de una lesión o dolencia. U. t. c. Prnl...”

Crónico: “1. adj. Dicho de una enfermedad: ‘larga’...”

La enfermedad mental ha pasado por diversos momentos en cuanto a su naturaleza misma y su tratamiento, tal como lo pudimos estudiar anteriormente. El cuestionamiento sobre la cura y el proceso que el individuo y su enfermedad deben de pasar para esto, también han evolucionado con el paso del tiempo.

La concepción que se tiene sobre las enfermedades mentales ha influido directamente en los tratamientos y el trato e interés a nivel médico y social. El Talmud, por ejemplo, libro que recopila tradiciones orales judías, hace mención de la creencia que se tenía de que no existe medicina para el demente, volviendo así a la enfermedad mental un padecimiento incurable.

Con el paso de los siglos y con la nueva formulación de que el enfermo mental era una víctima sin posibilidades de recuperación, la enfermedad mental se vuelve necesariamente crónica. Los pacientes viven con su enfermedad hasta el momento de morir, siendo individuos imposibilitados corporalmente e incapacitados, necesitando de refugios y no de tratamientos. Paracelso, personaje que, como ya se mencionó anteriormente, fue un gran contribuyente a la comprensión de estas enfermedades, las describe como un 'estado permanente', concepto que hasta finales del siglo XVIII es generalmente admitido y se vuelve el punto de partida para los métodos de atención a individuos enfermos. El único interés en torno a la enfermedad mental, durante mucho tiempo fue su clasificación; una vez clasificado el padecimiento del individuo, éste quedaba en el olvido. (2013)

La reclusión y la idea de incurabilidad se dieron la mano: "antes de encerrar a los locos, sacándoles de la sociedad, se tiene el deber de asegurarse si su enfermedad ha sido considerada o no *como incurable* , de modo que sólo se les interne cuando se han agotado todos los medios posibles para garantizar a todos los ciudadanos su libertad." (Tenon, citado por Espinosa, 1986.)

En el vaivén entre la incurabilidad y la cronicidad, se rompen las líneas diferenciadoras, significando lo mismo, representando para el enfermo mental una condena hacia el internamiento y el hecho de que su situación no puede ni va a poder ser de otra manera: Un destino del que no se escapa, una situación irreversible; para la familia del sujeto, una sensación de pérdida para siempre. Misma idea que lleva como consecuencia la formulación de tratamientos que no buscan el cese de la enfermedad, sino el control o vigilancia de ésta.

Iniciada la ciencia psiquiátrica, en lo que coincidirá la mayoría será en que el pronóstico de la enfermedad mental es negativo.

Las enfermedades mentales se han caracterizado por su inadecuado o escaso tratamiento; estos padecimientos han sufrido una falta de entendimiento que han llevado al límite a las personas enfermas.

En relación a una enfermedad crónica, ha resultado una ecuación lógica pensar que se extienden a un tiempo considerable, que son permanentes o bien, que no tienen un límite definido, algo parecido al destino. Asimismo, produce la idea de que la enfermedad parte de un órgano específico, para posteriormente pasar a afectar otras esferas de la vida del individuo.

La enfermedad crónica se caracteriza por una larga duración y repetidas exacerbaciones. Frecuentemente está presente mucho antes de evidenciarse y a menudo es irreversible. Por otra parte, el curso usual es el deterioro progresivo, aunque a menudo lento. Para la mayoría de las enfermedades crónicas no hay curación;

afortunadamente, a menudo existen recursos paliativos útiles. Las enfermedades crónicas dan origen a incapacidades, pérdida de eficiencia laboral, necesidad de cuidado médico, y tal vez lo más importante, a una disminución en la calidad y plenitud de la vida.”
(Lavietes, citado por Lolás; 1988:pág. 20)

3.1 Acercamiento a una atención primaria en salud mental

Somos una sociedad en la que no se fomenta la salud mental como parte del bienestar del individuo a lo largo de su vida. Con todo el desconocimiento en torno a la importancia de esta área de la salud en el individuo, hay una ausencia de cuidados básicos del individuo en sí mismo y del individuo para con los demás. Las “lagunas” de esta situación de salud, no sólo se encuentran en relación a la educación, también a la escasez de políticas públicas que difundan y promuevan la atención psicológica como primera instancia para el logro de una salud mental. Estos elementos y los antes señalados facilitan no sólo la aparición y el desarrollo de los padecimientos mentales en una sociedad, sino también favorecen que la enfermedad adquiera un carácter crónico.

3.2 Rechazo a una atención especializada

El paciente diagnosticado psiquiátricamente posee la autonomía de decidir libremente acerca de recibir un tratamiento, salvo que exista una sentencia de incapacitación, algún diagnóstico que inhabilite la aplicación de esta libertad en la toma de decisiones. (Guerra, 2010)

CAPÍTULO IV

REPRESENTACIONES SOCIALES

“El loco no existe. Nadie lo menciona y cualquier indiscreción se contesta con un gesto mudo de resignación, como si se nombrara al criminal o a la puta de la familia.”
(Lera, citado por Torres, 2012, p. 105)

La manera en la que los sujetos comprenden e interpretan la realidad de formas diversas, actuando de manera diferente ante una situación idéntica

“...la conducta de profesionales, pacientes y familiares a partir de representaciones biomédicas o psicosociales está incidiendo en los objetivos de las instituciones y en el comportamiento de los agentes sociales y profesionales. Como consecuencia de ellos y lo que es más importante, las representaciones sociales afectan, de hecho, al curso y evolución de la enfermedad mental.” (Bueno y Mestre, 2005, p. 136)

Las representaciones sociales participan en la construcción social de nuestra realidad, condensan las relaciones sociales y los prejuicios de los individuos

pertenecientes a un grupo, son imágenes que condensan significados que nos permiten interpretar y clasificar situaciones o fenómenos, convirtiéndose en una forma de conocimiento social, conocimiento socialmente elaborado y compartido. A estas representaciones se les comprende como una realidad concreta de nuestra vida, en donde se intersecta lo psicológico con lo social. (Jodelet, 1986)

Jodelet hace énfasis en que 'representar', será un acto de pensamiento mediante el cual un sujeto se relaciona con un objeto, formulando un representante o una reproducción mental, es decir, un símbolo o un signo, conllevando un carácter significante. Una primera forma de representación es la elaboración de la concepción de una tarea, para la cual su estructura funcional no se funda en la realidad, incidiendo en el comportamiento social y la organización del grupo. "La representación hace que a toda figura corresponda un sentido y a todo sentido corresponda una figura." (Moscovici, citado por Jodelet, 1986, p. 476) Toda representación social es una representación de algo o de alguien, sin ser duplicado de lo real ni de lo ideal y pudiendo restituir de modo simbólico algo ausente y sustituir algo presente. (1986)

Un conocimiento erudito se puede inyectar en el lenguaje cotidiano y éste convertirse en una categoría de sentido común, permitiendo al individuo saber cómo conducirse ante él e incluso asignarle un lugar en la sociedad; las representaciones adquirirán autonomía. (Jodelet, 1986)

Específicamente el sujeto es quien construye su representación a través de una actividad cognitiva, conllevando siempre categorías tomadas de un fondo común de cultura, a través de una dimensión contextual (situación de una interacción social) y de

pertenencia (integrando ideas, valores y modelos provenientes de un grupo de pertenencia). Finalmente logrando que esa representación exprese el sentido que le da el sujeto a su experiencia en el mundo social. (Jodelet, 1986)

Refiriéndose a Moscovici, Jodelet describe dos procesos explicativos que muestran la interdependencia entre una actividad psicológica y sus condiciones sociales de ejercicio, describiendo cómo es que el conocimiento se transforma en representación (objetivización) y cómo esta representación se transforma en lo social, a lo que le denota anclaje. (1986)

El proceso de 'objetivización' se refiere a una operación formadora de una imagen, en la cual un cúmulo de significados se condensan, convirtiéndolos en un atributo visible. Este proceso implica varias fases, Jodelet describe las fases de Moscovici de la siguiente manera:

1. En primera instancia se da una selección y descontextualización de la información en función de criterios culturales y normativos, seleccionando sólo aquellos elementos que concuerden con el sistema de valoraciones que se tenga; el público se apropia de ellos y, al proyectarlos como hechos de su propio universo, los domina.
2. Se forma un "núcleo figurativo" en el que las nociones clave se constituyen en un conjunto gráfico y coherente que permite su comprensión en forma individual y en sus relaciones.

3. Se da un proceso de naturalización en el que se coordinan y concretan los elementos de pensamiento, el modelo figurativo adquiere un status de evidencia, convirtiéndose en una realidad de sentido común. (Jodelet, 1986)

“La estabilidad del núcleo figurativo, la materialización y la especialización de sus elementos les confieren el estatus de marco e instrumento para orientar las percepciones y los juicios en una realidad construida de forma social.” (Jodelet, 1986, p. 486)

El “anclaje”, Jodelet lo describe como un proceso de “enraizamiento social de la representación y de su objeto”. Este proceso lleva a cabo una integración cognitiva del objeto representado dentro de un pensamiento preexistente, es la inserción orgánica dentro de un pensamiento constituido. La representación mantiene tres funciones básicas: la integración de la novedad, la interpretación de la realidad y la orientación de las conductas y las relaciones sociales. Este proceso implica varias modalidades.

Jodelet describe las modalidades de Moscovici de la siguiente manera:

1. El anclaje como asignación de sentido: Se confiere el significado al objeto representado a través de la jerarquía de valores de la sociedad, de los lazos con una cultura o una sociedad determinada; haciendo una red de significados para ser evaluados como hecho social, asegurando la interdependencia de los elementos de una representación y constituyendo una indicación para tratar las relaciones existentes entre los contenidos de un campo de representación.

2. El anclaje como instrumentación del saber: Los elementos de la representación no sólo expresan relaciones sociales, también contribuyen a construirlas.
3. Anclaje y objetivización: La relación entre la cristalización de una representación en torno a un núcleo figurativo y un sistema de interpretación de la realidad y de orientación de los comportamientos. Las representaciones muestran la relación entre el sistema de interpretación y las conductas que éstas guían.
4. El anclaje como enraizamiento en el sistema de pensamiento: Manuel Torres Cubeiro escribe un artículo en el que se aborda la enfermedad mental a través de una teoría muy similar a la de las representaciones sociales: Imaginario social, de J. Pintos. Dicha teoría propone que “El imaginario es así un producto social para gestionar el desorden en contextos de alta complejidad: como las gafas de un miope corrigen el ‘defecto’ del ojo permitiendo ver, la sociedad nos dota de imaginarios sociales para simplificar la sociedad”. (Torres, 2012 parafraseando a Pintos, 1995)

4.1 **Estigma**

Existe una serie de creencias que dificultan la atención adecuada, especializada, responsable y, sobre todo, oportuna de este tipo de enfermedades. Evidencia de ello es que, las personas con algún padecimiento mental antes de acudir a servicios de medicina general o servicios especializados (como podrían ser los servicios

psicológicos), primero piden ayuda a familiares o amigos (54%), a sacerdotes y ministros (10%) o se automedican (15%) (Medina, et. al., 2003).

En lo que tiene que ver con las enfermedades mentales y los diagnósticos emitidos desde instituciones o servicios de psiquiatría, se crea un fenómeno que marca al individuo al cual se le diagnostica. La etiqueta que se les coloca a las personas, las vuelve diferentes, y no en términos positivos, sino todo lo contrario. Esta marca es llamada *estigma* (este término no es exclusivo de lo correspondiente a los enfermos mentales) y lleva consigo la exclusión del individuo y una serie de restricciones o negaciones por parte de la sociedad en la que se encuentre inmerso. (González, 2009).

El estigma sobre el enfermo mental, ha llevado consigo la adopción del término “loco” para denominar o referirse a las personas que padecen este tipo de enfermedad. A partir de ahí el individuo pierde su identidad para convertirse solamente en un loco.

“El enfermo mental tiene que ser sometido a una serie de enfrentamientos y preguntas que no sabe ni comprende, enfrentarse a un profesional que muchas veces no lo ve como un ser humano, y a una sociedad que lo rechaza y lo coloca como instrumento de burla...” (Sanin, 1977, p. 337)

En 1985, investigaciones de Ayestarán señalaban que en torno a la enfermedad mental, las personas (desde los pacientes y los familiares de estos, hasta los profesionales en la materia) la definían desde una categorización negativa, con adjetivos como “chiflado”, “loco” y “enfermo mental” y giraban en torno a un sujeto pasivo, peligroso y dependiente (Bueno y Mestre, 2005).

El tipo de representación que se genera en torno a la enfermedad mental, independientemente de lo que sea ésta en realidad, impulsa las diferentes conductas sociales que podrán redefinir el curso y terapia de las propias enfermedades. Cabruja, en un estudio que realiza en torno a la representación de la locura, en el año de 1988 menciona las siguientes: irresponsable, irracional, diferente, impredecible, amenazante, peligroso, con sensibilidad frágil y especial para el afrontamiento de los problemas y una causa de humillación a sus familiares; categorizaciones que suponen la persistencia en la exclusión de los enfermos de los grupos sociales. A través de una evaluación negativa y un estigma sobre del enfermo y su enfermedad, se explica el comportamiento social (Bueno y Mestre, 2005).

Lera escribió un libro en 1972, en el que describía factores que contribuyen a la degradación de la “dolencia mental” en España, mencionando la dependencia asistencial del loco con la beneficencia, la marginación de la dolencia a la práctica privada por la falta de cobertura del servicio médico público, la insolidaridad de las familias de los locos al ser éstos encerrados, la conversión de la dolencia mental en un gueto de degeneración y hacinamiento a través del manicomio y la preocupación mayoritaria de los hospitales por su propio mantenimiento y no por su funcionamiento médico sanitario. Éste autor mantiene la idea de una invisibilidad social del loco. (Torres, 2012)

En relación a la imagen de la enfermedad mental, un examen exploratorio demostró que los temas más relevantes en artículos, en relación a ésta son: la agresión y sus aspectos judiciales; en relación a las causas por las que se originan: la agresión producida por el enfermo y la divulgación científica; en relación a las enfermedades con

mayor presencia: la esquizofrenia, depresión, trastornos de personalidad o psicopatías, Alzheimer y trastornos de ansiedad; en relación a su diagnóstico y curso son determinadas como: grave, crónica e incurable. Menciona el autor que en cuestión de su objetivación, las enfermedades ya no se objetivan como locura en un 4% y como enfermedad en un 26%. (Bueno, 2005)

La imagen del enfermo mental, por medio del discurso mediático se ha tornado hacia la relación directa entre el enfermo y la agresión, de tal suerte que pareciera que los actos de agresión, que pueden originarse debido a causas y contextos sociales diferentes, son un fenómeno indiferenciado y vinculado a las enfermedades mentales y las dolencias que estas generan. (Bueno, 2005)

Torres Cubeiro (2012) menciona que, en relación a los imaginarios sociales, los comportamientos humanos bizarros, extraños o fuera de lugar, se han encasillado en un mismo concepto: la locura. Específicamente refiriéndose a la Dolencia Mental, describe cuatro imaginarios sociales: La dolencia mental como dolencia o enfermedad biológica, fomentando la idea de que una dolencia se adquiere, el curso de su desarrollo es predecible y los médicos podrán detectarla a través de síntomas, atajarla y atacar sus efectos. Estos elementos le aportan a la vivencia cierta estabilidad, continuidad predecible y coherencia, una visión global sobre el caos, la incoherencia y la crítica:

1. La dolencia mental como problema psicológico, aunque suele ser menos rígida que una visión psiquiátrica, puede ser percibida como una dolencia cognitiva o del comportamiento, causando estrés y desadaptación al entorno del

individuo por ser producto de visiones idiosincráticas del mundo ya consolidadas o aprendidas que han dado coherencia al comportamiento mismo.

2. La dolencia mental generada por causas sociales, en razón de la inexistencia de una enfermedad, sólo siendo la creación de una categoría diagnóstica que no es posible solucionar a través de una terapia médica, una droga para el cuerpo o un test psicológico.

3. La dolencia mental como conflicto emotivo por el trance edípico, percepción construida desde el psicoanálisis y que se ha formado solamente como una creencia, la cual ha conseguido aceptación por permitir la coordinación de los diferentes sistemas sociales diferenciados en nuestra sociedad contemporánea; pero a la vez, ha sido rechazada y criticada por la carencia de pruebas objetivas, tanto de verdad de la teoría como de la eficacia del tratamiento.

4.2 **Agentes del estigma**

4.2.1 **Medios masivos de comunicación**

“La prensa, la televisión, el cine e internet construyen para nosotros la realidad.” (Torres, 2012, p. 106) Estos medios, a través de su funcionamiento poseen el poder para estructurar una forma de ser, de pensar y de comprender la realidad, incidiendo en las opiniones y preferencias de la sociedad. La población, estando en constante

contacto con la información que estos medios transmiten, se encuentra en constante influencia de fórmulas estereotipadas que no crean un conocimiento profundo o sustentado (Montoya, 2010)

Según un artículo español publicado en 2005 por José Bueno y Francisco Mestre, sobre la manera en la que incide la prensa en la formación de las representaciones sociales en torno a la enfermedad mental, los medios de comunicación tienen gran participación en el conocimiento común, social y cultural, en el que se interrelacionan el individuo, la familia y las instituciones, orientando las actitudes, opiniones y conductas de los sujetos. Estos medios, en sus publicaciones pueden determinar la importancia y el orden de los temas que se comunican, proporcionando categorías por las cuales interpretar el hecho social publicado.

El tipo de información que recibe el individuo se encuentra determinado por el contexto social que éste tenga, en tanto el marco de sus relaciones sociales y la capacidad de acceso tecnológico que posea, generando una accesibilidad y desigualdad, determinando diferentes representaciones sobre un mismo hecho de la realidad. (Bueno y Mestre, 2005)

Hoy día son los medios masivos de comunicación los que se encargan de propagar los paradigmas científicos, predominando un tipo de conocimiento, en el que estos paradigmas y el saber popular se mezclan con creencias y hábitos ya establecidos, dándole forma a la representación que se tiene sobre la enfermedad mental. Es de esta manera que se construye una representación a partir de la hibridación de creencias científicas, religiosas e ideológicas y con ella, una necesidad

de analizar sus consecuencias psicosociales y la transformación de la realidad que con esta se genera (Bueno y Mestre, 2005).

Es importante mencionar que el posicionamiento ideológico editorial es lo que determinará el desarrollo, tratamiento, presentación y contenido de sus publicaciones con respecto a un tema en específico. (Bueno y Mestre, 2005) Los medios masivos de comunicación tienen la capacidad no sólo de influenciar un pensamiento de manera negativa, se cuenta con varios ejemplos que denotan que dentro del poder que tienen estos medios y de los mejores usos que tienen, está el poder de la denuncia. Denuncia que puede desencadenar alguna acción reparadora. Elisabeth Jane, en 1887, escribiendo un reportaje en el periódico New York World sobre el Asilo para Alienados de la Isla Blackwell y su estancia en el asilo de manera voluntaria, haciéndose pasar por una “insana”, logra hacer un escándalo de las condiciones en las que se encontraba esta institución, creando como consecuencia que, a partir de este hecho, el Estado de New York destinara mayor presupuesto a la construcción y mejoramiento de instituciones psiquiátricas. Pese a esto, es notorio y una situación de explicación desconocida, el hecho de que las denuncias, tras la acción reparadora, después del transcurrir del tiempo, se vuelve necesario hacerlas otra vez, teniendo un éxito comunicativo nuevamente pero no constituyendo una solución de manera permanente (Torres, 2012).

Dentro de los medios de comunicación y sus aplicaciones se encuentra el entretenimiento, siendo éste también una manera en la que se trasmite información sobre la realidad. Torres hace un análisis sobre el cine y la televisión y los contenidos de estos frente a la dolencia mental. Menciona la aparición de la dolencia como una

rebelión soñada en contra de lo establecido; la alimentación de una imagen sobre el loco violento y terrorífico, que por ende se encuentra en encierro, justificándose cualquier acción violenta hacia él; y la idea de la superación y el esfuerzo individual para vencer el sufrimiento. (2012)

4.2.2 Instituciones públicas de salud

La petición expresa por parte de los profesionales sanitarios de la creación de servicios y normas específicas en defensa del enfermo mental, puede ser el comienzo de la distinción y la separación que fomenta la marginación y el estigma, ya que estos se basan en lo que resulta ser una etiqueta diagnóstica (González, 2009).

4.3 Conductas de enfermedad

La información socialmente disponible a la que las personas pueden tener acceso sobre las enfermedades mentales (información sobre la sintomatología del trastorno, su gravedad, la materialidad de la afección, la percepción de la dolencia por el grupo social, así como la interpretación sobre la base de las experiencias previas, expectativas, actitudes y opiniones del sujeto y de sus grupos de referencia), junto con la percepción de la autoestima, el apoyo y la participación social, son relevantes para las reacciones que puedan adoptarse cuando se cree de la existencia de una sintomatología determinada. En conjunto, estos elementos serán la protección ante la aparición y curso de los trastornos mentales, y dibujarán escenarios específicos en relación con la búsqueda de ayuda terapéutica, la aceptación o no del tratamiento y la adhesión a este, y representarán la posibilidad de que el entorno social se transforme

en un factor de estrés o bien, en una fuente de integración social. (Bueno y Mestre, 1995)

La presencia de una categorización social negativa y excluyente del enfermo mental impacta en la vulnerabilidad ante las relaciones sociales, se minimiza la posibilidad de apoyo y participación social y puede disminuir los recursos propios del enfermo en términos de autoestima, conduciéndolo al rechazo de ser considerado enfermo mental y dificultando la detección temprana y la adhesión a un tratamiento al minimizar la conciencia de la enfermedad. (Bueno, 2005)

CAPÍTULO V

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

5.1 Justificación

Es preciso decir que en México, entre muchos otros países, ha habido desde siempre una incompreensión sobre las enfermedades mentales; la adquisición y desarrollo de manera favorable de una cultura de la enfermedad mental, o bien de la salud mental, se ha llevado a cabo de manera muy lenta y deficiente. La ciencia, en general, ha tenido que sufrir una serie de modificaciones para poder otorgarle a este tipo de padecimientos, en primera instancia, una explicación y, en segunda instancia, una posible cura.

Pese a los indicadores que evidencian la urgencia de atender este tipo de padecimientos, el gobierno mexicano destina a la salud mental únicamente el 2% del total del presupuesto asignado a la salud (OPS/OMS, 2011). De ahí que en nuestro país la salud mental sea la mayor demanda de salud insatisfecha en México (OPS/OMS, 2011) o, como bien señala Fuentes (2013), una agenda invisible. Pero no sólo eso, se sabe además que existen una serie de creencias que dificultan la atención adecuada, especializada, responsable y, sobre todo, oportuna de este tipo de enfermedades. Evidencia de ello es que, las personas con algún padecimiento mental antes de acudir a servicios de medicina general o servicios especializados (como podrían ser los

servicios psicológicos), primero piden ayuda a familiares o amigos (54%), a sacerdotes y ministros (10%) o se automedican (15%) (Medina et al., 2003). Aunado a lo anterior, se sabe que las personas que han estado expuestas de manera prolongada a ambientes familiares caóticos o problemáticos, entornos no saludables, poco apoyo social y poco afecto, pobreza y exclusión social, tienen mayor probabilidad de presentar problemas de salud mental (OPS/OMS, 2011).

Por otra parte es importante señalar que, en general, formamos parte de una sociedad en la que no se fomenta la salud mental como parte del bienestar del individuo a lo largo de su vida. Con todo el desconocimiento en torno a la importancia de esta área de la salud en el individuo, hay una ausencia de cuidados básicos del individuo en sí mismo y del individuo para con los demás. Las “lagunas” de esta situación de salud, no sólo se encuentran en relación a la educación, también a la escasez de políticas públicas que difundan y promuevan la atención psicológica como primera instancia para el logro de una salud mental. Estos elementos y los antes señalados facilitan no sólo la aparición y el desarrollo de los padecimientos mentales en una sociedad, sino también favorecen que la enfermedad adquiera un carácter crónico.

De ahí la relevancia de poder prevenir de manera más eficiente los padecimientos mentales, volver clara su existencia, despojar de la invisibilidad social a los que sufren estas enfermedades y, sobre todo, la aceptación de las enfermedades psiquiátricas como lo que son: enfermedades y un problema de salud pública. Lo anterior para que, en lo subsecuente, podamos tener un avance social (con todo lo que eso implica: educación, ética, instituciones, etc.) que beneficie a todos los que formamos parte de esta problemática, directa o indirectamente.

Por lo tanto, la presente investigación busca identificar todos aquellos elementos existentes dentro de nuestra sociedad que cronifican la problemática en la que se ven inmersos los individuos que padecen la enfermedad mental y los que conviven directamente con estos pacientes, es decir, sus familiares. Esto con el propósito de contribuir a la concientización de los aspectos sociales que favorecen la aparición de las enfermedades mentales, así como de los elementos discriminatorios que perjudican su divulgación y aceptación social. Además de concientizar sobre la importancia de mejorar las condiciones en torno a la atención profesional para la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales en México.

Esta investigación tiene como propósito dejar un antecedente de cómo es que elementos que se encuentran en nuestro cotidiano y que pueden pasar desapercibidos, participan de manera importante en el tratamiento individual, social e institucional de un grupo de padecimientos, en este caso de índole mental. Además de lograr un entendimiento sobre cómo el comportamiento de los individuos y su toma de decisiones en situaciones de ésta índole se ven direccionadas por todo un esquema social en torno a la problemática ya expuesta.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la percepción social que tienen las personas con algún padecimiento mental, sus familiares, el personal de salud y el público en general sobre las enfermedades mentales y su cronicidad?

Objetivo General:

Identificar los aspectos psicosociales que favorecen que las enfermedades mentales se vuelvan crónicas, desde la perspectiva de los enfermos mentales y sus familiares más cercanos, así como desde el personal de salud y el público en general.

Objetivos Específicos:

- Identificar cuál es la percepción social sobre la enfermedad mental.
- Identificar cuál es la percepción social sobre la cronicidad de las enfermedades mentales.
- Comparar las percepciones sociales de los diferentes actores: paciente, familiar, personal de salud y público en general.

5.2 Método

La técnica de recolección de datos que se utilizó para la presente investigación fue la Entrevista cualitativa semiestructurada, misma que se define como “una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)” (Sampieri, 2010), y que a través de preguntas y respuestas funciona para la obtención de información y la construcción conjunta de significados respecto a un tema, además de que, gracias a su flexibilidad, apertura y la libertad de intervenir con preguntas adicionales, permite precisar conceptos y ahondar más sobre personas, comunidades, contextos o situaciones.

Se utilizó este método de recolección dada la búsqueda de conceptos, percepciones, creencias, experiencias y procesos que pudieran manifestar los participantes en torno al tema que nos compete y se pudieran resaltar los significados que cada uno de ellos expresaran de acuerdo al lugar que les competía socialmente. (Sampieri, 2010) Además de que las entrevistas tienen la particularidad de permitir el acceso a los escenarios privados de las personas e introducirse a sus experiencias.

El guión de la entrevista se formuló de manera genérica en torno a las categorías desarrolladas en el marco teórico, como son las creencias, conocimientos, estereotipos y emociones, sentimientos y prejuicios en torno a las enfermedades mentales. Se eligió a cuatro tipos de participantes: Una persona con un diagnóstico psiquiátrico emitido por una institución de salud pública, un familiar directo de la persona diagnosticada, un profesional de la salud mental y una persona que, al menos de manera explícita, no tiene contacto cercano con el tema a tratar en su vida personal. Es importante destacar que, de acuerdo a cada participante y su situación con respecto a las enfermedades mentales, el guión de entrevista se adecuó; esto en primera instancia y con ayuda de la descripción demográfica que se le requirió a los participantes al principio de cada entrevista. Lo anterior, tomando en cuenta las relaciones y vinculaciones sociales que establecen, el contexto y territorio, y los papeles o roles que los articulan y definen de manera social, sirviendo para la organización de los contextos mediante los cuales pudieran haber adquirido los significados de situaciones específicas.

Como muestra, únicamente se tomó a una persona por cada contexto y situación social en torno a las enfermedades mentales (definidos en el párrafo anterior) y se partió de que pudieran ser una muestra de lo que piensa o realiza un gran número de

personas en una situación similar. Asimismo, se buscó establecer las relaciones que se pueden generar entre cada uno de los participantes y la influencia que puede tener uno sobre otro en la resolución de problemas y el establecimiento de significados. A cada uno de los participantes se les entrevistó de manera individual y el cuestionario abarcó preguntas de opinión, expresión de sentimientos, conocimientos y antecedentes.

Los participantes fueron elegidos de acuerdo a la cercanía y facilidad de contacto que se tenía con ellos de manera previa. A cada uno de ellos se les explicó que la investigación se derivaba de un proceso de titulación, se les brindó una plática básica del tema a tratar y su propósito. Se les invitó a participar y se les explicó que dicha información sería publicada en un trabajo de tesis y que se mantendría el anonimato correspondiente.

Las entrevistas fueron realizadas en donde los participantes indicaron que era más factible para ellos y la duración dependió de su desenvolvimiento y de la cantidad de información relatada de acuerdo a su experiencia, así como de la voluntad y capacidad de cada individuo para hablar sobre sus vivencias y expresar sus emociones. Antes de comenzar, a cada uno de ellos se le solicitó permiso para ser grabado durante toda la entrevista. (Apéndice 1)

Posteriormente las entrevistas fueron transcritas y, para su análisis, la información de cada uno de ellos fue dividida entre las categorías que pudieran responder a los objetivos de la investigación: percepción social de la enfermedad mental y la cronicidad de las enfermedades mentales. Teniendo dos ejes centrales de análisis comparativo, por un lado, las categorías que representaron las características

demográficas de cada participante y, por otro lado, las categorías teóricas a explorar. Durante el análisis se fueron identificando conceptos y frecuencias entre cada uno de los grupos que pudieran representar cada cruce entre los dos ejes.

5.3 Perspectiva de investigación:

En esta investigación se asumió una perspectiva teórica y concepción de conocimiento constructivista (c.f., Creswell, 2014), ya que tiene como directriz la comprensión de un fenómeno a profundidad: la cronicidad de las enfermedades mentales; esto a través de la perspectiva y significados de los actores involucrados: los enfermos mentales y sus familiares más cercanos. Por lo amplios que pueden llegar a ser los aspectos psicosociales que favorecen la cronicidad de las enfermedades mentales, se buscó trabajar con cuestionamientos amplios y generales que permitan que los participantes expresen sus ideas abiertamente en torno a los aspectos que desde su propia construcción impiden la prevención y atención oportuna de las enfermedades mentales, así como en torno a los aspectos que favorecen la invisibilidad social de los enfermos mentales y su estigmatización.

Dado lo anterior, el enfoque al que se suscribe el presente trabajo es de corte cualitativo bajo el estudio de caso (c.f., Creswell, 2014), ya que la pretensión fue realizar una investigación a profundidad sobre la cronicidad de las enfermedades mentales a través de un participante que fuera paciente psiquiátrico y un familiar cercano. Se buscó estudiar los antecedentes y la situación actual sólo de un grupo de individuos; esta investigación no pretende hacer generalizaciones. Se busca la

realización de una investigación profunda pero para que sirva de constancia de dicha situación y que los hallazgos permitan planear alguna investigación más amplia posteriormente.

CAPÍTULO V1

RESULTADOS

Tras la aplicación de los instrumentos de entrevista, mismos que serán utilizados para ahondar en el análisis del tema de este trabajo, se pudieron observar cuatro diferentes puntos de vista: El primero, viene de una mujer de 25 años con un diagnóstico psiquiátrico formal de Esquizofrenia paranoide misma que, para fines de este análisis, llamaré 'Paciente'; la madre de la paciente, misma que llamaré 'Familiar primaria'; un profesional de la salud mental, psicólogo de formación, al cual me referiré como 'Profesional'; y por último, un hombre de 41 años, que al día en el que se realizó la entrevista, no ha tenido ningún vínculo con alguna persona cercana, que tuviese algún diagnóstico psiquiátrico formal, al que llamaré 'Externo'.

- **Tiempo transcurrido para el diagnóstico y quién lo emite**

La Paciente refiere que el diagnóstico formal se lo dio un 'doctor de psiquiatría', en el Hospital General Venados.

Sobre la emisión de un diagnóstico psiquiátrico hay una idea no muy clara por parte de la persona Externa, esto en relación a quién lo emite y cómo; mencionando a un psicólogo y 'pruebas', otorgando la característica que es un especialista quién

deberá dar el diagnóstico formal. Denota que el diagnóstico vendrá acompañado de un tratamiento, específicamente habrá una 'receta' de medicamentos.

Los diagnósticos que obtiene la Paciente a la que se entrevistó, se da por parte de un médico general, un psicólogo y un psiquiatra, siendo éste último el que otorga el diagnóstico 'real' y, por tanto, el que determina tratamiento que deberá llevar.

El Profesional afirma que la mayoría de las personas buscan apoyo con un psicólogo, habiendo una resistencia a la atención y a una institución especializada o a un psiquiatra. Esto tal vez, permeado por el estigma del profesional de la salud mental, de la atención que se les dará y del significado que tendrá ser un paciente psiquiátrico. En el imaginario de las personas, seguro existe una diferenciación sobre los tipos de profesionales que atienden las enfermedades mentales, una definición de cada uno, y una carga positiva o negativa, misma que dependerá de cuál sea esta.

- **Importancia del diagnóstico**

El Externo menciona que el acercamiento que debe de haber en caso de presentar síntomas de una enfermedad mental, es el 'médico familiar', esto con el objetivo de ser canalizado con un especialista y poder obtener un diagnóstico. Parece que el camino recorrido tiene como meta final la obtención de un dictamen que nos clarifique la situación presentada y, a través de ser catalogados de alguna manera, poder reaccionar a partir de esa clasificación. Existe una necesidad de

clasificar y una sensación hasta de tranquilidad derivada de darle significado y rumbo al tipo de persona que somos. El Externo dice: 'El médico te va a decir qué padeces y qué tomes'.

- **Proceso para recibir la atención adecuada**

En relación a la vivencia de tener una enfermedad mental, la Paciente refiere que la aceptación de la misma es difícil y expresa su creencia en que otras personas que no hayan contado o no cuenten con un diagnóstico formal y una atención a una enfermedad, pueden relacionarse con esta falta de aceptación. Observo que, la percepción de ser una persona enferma, para ella representa algo negativo. Parece que la aceptación que vivió ella, fue motivada por una situación o una afectación que la llevó al límite de un malestar, que indiscutiblemente tenía que atenderse, por no poderlo controlar ella sola, por necesitar pedir ayuda de alguien más y la sensación de vulnerabilidad. En general, la referencia inmediata de la enfermedad mental es que es un problema.

El Profesional asegura que la mayoría de las personas nunca reciben un diagnóstico, dice que 'es raro' que las personas que presentan signos y síntomas de algún padecimiento mental busque apoyo, y que los que reciben este apoyo es porque 'sienten que ya tocaron fondo'. Asimismo menciona que las personas que buscan apoyo, lo buscan para recibir atención para problemas que presentan desde hace años o bien, que la búsqueda de apoyo no es voluntaria. Parece que la importancia que tiene el diagnóstico, es que éste es el parteaguas para recibir atención y tratamiento, y quizás esa 'rareza' de que las personas busquen apoyo, es

derivada de la dificultad de aceptar la enfermedad, tal como lo menciona La Paciente. Lo anterior, puede ser una de las razones por las que no se atienden estos padecimientos a tiempo, al igual que el desconocimiento sobre los signos y síntomas que presentan, que evita su reconocimiento oportuno.

En tanto la ayuda y atención que el Profesional asegura que debe de recibir una persona con alguna enfermedad mental, menciona que las personas no la aceptan por más consideración y por más sensible que se pueda ser hacia sus padecimientos. Hace mención de la existencia de negligencia o desidia por parte del enfermo, puede hacer que parezca que se trate de una cuestión voluntaria y una actitud negativa de respuesta.

- **Tipos y causas de la enfermedad mental**

Referente a las causas con las que se relacionan las enfermedades mentales, los entrevistados mencionan varias y diferentes.

La Paciente expresa la creencia de que éstas pueden ser originadas por herencia; el Externo indica que es por la edad, un golpe o tal vez por nacimiento. Coinciden en que una causa de la enfermedad puede ser 'algún suceso extraordinario en la vida de la persona' o 'algún trauma o impresión que la desencadena'. Es muy característico que el Externo cree que estos padecimientos se pueden generar a partir de tener alguna 'pérdida' y que la Familiar Primaria, comience y relacione su relato sobre la enfermedad de su hija con la muerte del abuelo de la Paciente, como indicador del inicio de la enfermedad.

El Externo menciona que 'no tiene el concepto' de qué es una enfermedad mental, agregando que, cuando no estás involucrado con esta situación, lo desconoces. Además de que, de hecho, nadie se involucra, sin importar la enfermedad de que se trate. Para él, la atención a los enfermos se reduce a la atención que le dé su familia, quienes procurarán y protegerán al enfermo; los demás lo podrán llegar a 'despreciar'.

La Paciente cree que las enfermedades deberían de atenderse 'con cuidado y con la atención que deben', que a la persona enferma se le debe comprensión y apoyo. Quizás esta expresión es motivada por alguna carencia que ella misma haya percibido en la atención que se le ha brindado; asimismo, menciona que una persona enferma es como cualquier otra persona (expresión que quizás se origina del discurso médico ante este tipo de situaciones). Ella expresa que la mente debe tener importancia.

De igual manera, los entrevistados comparten la idea de que todos podemos ser afectados en algún momento por una enfermedad mental, independientemente de nuestras características específicas de edad.

El Externo asegura que el Alzheimer no tiene cura, que sólo deberá 'tomar algo que lo controle porque ya no tienes remedio'. La diferenciación de las enfermedades mentales es importante en tanto si son curables o no, si el enfermo puede llevar una vida 'normal' o no, si puede convivir con las personas o es un peligro para los que lo rodean. Menciona que no todos los enfermos pueden ser tratados de la misma manera; que hay enfermos que llegan a desesperar o a irritar a

la gente por su comportamiento, obteniendo un rechazo y, siendo esta la razón por la que no se quiere estar cerca de ellos y tienen que estar encerrados 'porque pueden llegar a causar daños graves a las personas cercanas'; habiendo otros enfermos que te pueden llegar a causar ternura o conmuevan (dependiendo de la enfermedad), como los viejitos, a los que se les tiene más cuidado, más atenciones y para los que hay que estar más al pendiente, a diferencia de alguien que tenga algo 'más grave'. Denotando una vez más la diferenciación y la catalogación de grados de enfermedad.

El Profesional nos otorga mucha información al respecto: Menciona que los trastornos más comunes son los del estado de ánimo y que, en general, la enfermedad mental es una conjugación de diferentes factores o variables, pudiendo ser por medio del sistema nervioso central, cuestiones embriológicas, algún subdesarrollo de determinada región cerebral o por una acción anormal de neurotransmisores; asimismo, menciona como causas posibles el estilo de vida, el acceso restringido a los niveles superiores de educación, el desempleo conflictos familiares o de pareja, la delincuencia y el narcotráfico. Las enfermedades mentales parecen ser producidas por un conjunto de factores que oscilan entre lo físico y lo psicosocial, 'no es fácil lidiar con todo esto al mismo tiempo', agregó el Profesional.

También el Profesional expresa su creencia sobre los factores por los cuales se dificulta que las personas reciban una atención adecuada, entre ellos es la competencia y que existe entre los profesionales dedicados a la atención de las enfermedades mentales y la rivalidad entre las disciplinas; menciona que este factor es una barrera en la atención especializada y que 'la psiquiatría tiene casi el

monopolio de la salud mental'. Él cree que para otorgar una mejor atención, las disciplinas deben trabajar en conjunto, produciendo los beneficios que las personas esperan recibir de ellos.

Las enfermedades mentales requieren de un tratamiento multidisciplinario e interdisciplinario, 'un uso combinado de psicoterapia con tratamiento farmacológico', inclusive 'hay padecimientos que se pueden controlar con una buena terapia sin necesidad de recurrir a los fármacos, cosa que no puede suceder al revés'; cuando se establece un tratamiento únicamente farmacológico, éste sólo funcionará como paliativo de la enfermedad y al ser suspendido reaparecerán los signos y síntomas, menciona el Profesional.

- **Naturaleza anormal de la enfermedad mental**

En relación a la negatividad de la que se carga al padecimiento en el discurso de la Paciente y de una cierta percepción de encontrarse frente a una situación anormal, es importante resaltar la característica adoptada en relación a la expresión de que, posterior a su padecimiento, no lleva una vida normal y que el hecho de contar con un tratamiento, le ayudará a mejorar su vida. Ella menciona que la vida que lleva a partir de su enfermedad, tiene un ritmo más lento, teniendo menos amigos, menos actividades y dedicándose más a casa.

Ante una sensación de anormalidad y, derivado de la idea que se tiene sobre las enfermedades mentales (clara o no, verdadera o falsa), las personas pueden llegar a hacer conjeturas sobre los demás o sobre sí mismos; un ejemplo de esto, es

la creencia y el autodiagnóstico que emite el Externo sobre su sensación de tristeza, catalogándola como Depresión.

A partir del diagnóstico, el Externo cree que se obtendrá algún tratamiento y 'calmantes'. Cuando se parte de que el paciente necesita y puede 'calmarse', se puede notar la presencia de una idea de alteración y descontrol que debe desaparecer y que los medicamentos ayudarán a ese fin.

La intención del Profesional, al hablar sobre las causas de las enfermedades mentales, es equiparar la enfermedad mental con padecimientos de 'otros sistemas y aparatos'. En cuanto a las personas denominadas como enfermas y las que no, asegura que la única diferencia entre ambos, es el diagnóstico, ya que todos tenemos problemas y estos son independientes de características específicas como el género o las actividades que realicemos.

- **El contexto y la importancia de la creencia social sobre el enfermo**

Quizás sea importante poner la vista en los demás cuando se tiene una percepción de anormalidad, buscando tal vez un reconocimiento en otros, proporcionando una sensación de alivio y tranquilidad al respecto de nuestra condición. Es el caso de la mención de la Paciente sobre un familiar con un padecimiento mental, expresando 'no soy la única'.

Existe la creencia de que al enfermo mental hay que vigilarlo. El Externo menciona la vigilancia como una actitud automática hacia el paciente.

En referencia a las ideas que denotan las demás personas con las que convive la Paciente, sobre ella y sobre su propio padecimiento, es que su enfermedad como tal, es una exageración, que no existe una enfermedad como tal o bien, que no está tan enferma; lo anterior, recayendo directamente en una crítica hacia el tratamiento y a la ingesta de medicamentos, por creer que no es una enfermedad tal cual. Parece como si las personas externas lo minimizaran o lo vieran como algo no tan importante y sin tantas consecuencias, mostrando una cierta incomprensión hacia las personas con un padecimiento de este tipo y ante el padecimiento mismo.

El Externo expresa que ante un enfermo se debe tener paciencia, que hay que darle ánimos para superar el problema, apoyarlo y tal vez apapacharlo. Quizás, motivado por la idea misma de que dándole ánimos, el paciente obtendrá una cura, cura que depende del mismo paciente. El apapacho, tal vez derivado de la diferenciación de enfermedades y de tipos de enfermos (habiendo algunos que lo requieran, que lo merezcan o que estén en la posibilidad de recibirlo).

La Paciente, a partir de su experiencia afirma que sí encuentra diferencia en el trato de las personas hacia ella: En su contexto, que es la escuela, señala que los profesores son menos exigentes y que, en general, las personas la tratan 'con pincitas' (quizás por una sensación de peligro o de cuidado hacia tu estabilidad emocional), o bien, como si fueran personas diferentes. Menciona haber omitido en la información personal su padecimiento, ante la solicitud de inscripción de una alberca pública, por temor o riesgo al rechazo de la misma.

El Profesional menciona el hecho de que socialmente existe una discriminación y una desvalorización de las personas enfermas; que existe una percepción errónea, donde se piensa que son personas peligrosas o de quien hay que mantenerse al margen, aislándolos y sin relacionarse con ellos. Todo esto, a pesar de que 'son tan humanos como nosotros', menciona. Derivado de lo anterior, resulta importante indagar sobre qué es lo que les quita su condición de humanidad a las personas con afecciones mentales, ¿por qué dejarían de ser humanos o tan humanos como los demás? En su experiencia describe que las personas que conocen su quehacer profesional se muestran curiosas, pero con una curiosidad que describe 'malsana', despertada por el morbo o no por un deseo real de conocer. Cree que las personas sienten miedo hacia los padecimientos mentales y que esta es la razón de la discriminación ejercida hacia los pacientes; que la discriminación los perjudica y evita que se puedan lograr cambios significativos en su estilo de vida.

Parece que el trato hacia las personas con algún diagnóstico psiquiátrico, es derivado de la desinformación o la información errónea con las que contamos todos sobre esos padecimientos. El Profesional menciona no haber recibido información de estas enfermedades hasta después de haber recibido su propia formación como psicólogo y que la poca información a la que tuvo acceso fue por medio del cine, y considera que no es información válida ni confiable, que no es una información científica.

En relación a la discriminación y, en general, en la reacción del entorno hacia los pacientes (amigos, familiares, persona de salud, etc.), se denota que intervienen directamente en la evolución de la enfermedad y en el camino que toma la

cotidianeidad de la persona diagnosticada, en las actividades de carácter público a las que tiene acceso y en la calidad de vida que logra.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

A lo largo de la investigación se vislumbró lo problemático que resulta la propia definición de las enfermedades mentales y de la mal llamada 'locura'. Estos padecimientos y su atención han pasado por diversos momentos a lo largo de la historia, durante cada época han sido nombrados, catalogados y diagnosticados de diferentes y muy diversas maneras. Se denotaron las, muy comunes en la humanidad, explicaciones sobrenaturales y el pensamiento mágico permeando la definición y explicación de lo que no se conoce y/o de lo que se teme.

Aunque en la actualidad contamos con una explicación que pareciera 'nítida' sobre los padecimientos de carácter mental, es evidente que el hueco que queda a discusión es muy amplio y este mismo es parte de la gran problemática con la que se cuenta a nivel social y cultural para su atención y la convivencia tanto con la afección misma, como con las personas diagnosticadas, aun cuando se trate de nuestros familiares, amigos o inclusive de nosotros mismos. Continuamos ocultando de la sociedad a nuestros enfermos y la sociedad misma sigue generando su rechazo, facilitando su invisibilización.

Tenemos como sociedad la gran tarea de ir quitándonos el miedo a lo que de hecho sí conocemos, tenemos muy cerca y lo que forma parte de nuestra propia naturaleza; quitándole la carga moral negativa e ir fundiendo esa polaridad, con el propósito de ir integrando al enfermo a las actividades cotidianas que lleva a cabo una sociedad en conjunto, abrir la puerta a una convivencia social y no permitir que el diagnóstico no sea sinónimo de inferioridad y de una etiqueta, la cual no podamos quitar. El enfermo tiene que luchar contra su enfermedad, contra sí mismo y contra su nuevo estatus. Podríamos tal vez lograr que el mismo enfermo afronte su vida habitual y deje de querer volver al mundo de los demás enfermos nada más por el rechazo social que le generó su nueva condición.

Las instituciones de salud también, como muestran los datos expuestos son partícipes de la carencia de prevención y atención oportuna de estos padecimientos.

Pudimos observar que las personas sí buscan ayuda cuando se ven inmersos en estos padecimientos y esta ayuda la buscan en varios casos, en atención psicológica. La elección de en dónde no buscar ayuda en primera instancia con un médico psiquiatra, es resultado de las ideas equívocas, el miedo a ser etiquetado, el rechazo a latente a las personas diagnosticadas y a que el diagnóstico y la misma solicitud de atención en estas instancias, pueden ver afectada su imagen pública y el propio estilo de vida que llevan hasta ese momento.

Es posible también que las personas que se acercan a cualquier instancia para la atención de algún padecimiento mental, lleven ya bastante tiempo con los síntomas o con la enfermedad misma, lo cual hace que la enfermedad agrave y que el tratamiento

tenga que ser más complejo y más largo, tal vez hasta emerja una especie de incurabilidad, derivado del avance que hasta ese momento tuvo la enfermedad.

Es cierto que persiste la desinformación pero más allá de eso, contamos como sociedad con bastante información errónea. Es posible que todos los elementos psicosociales que se encuentran alrededor de nuestra vida en conjunto, sean los que hacen de las enfermedades mentales, enfermedades crónicas e incurables. No es posible atender una enfermedad mental como si fuera cualquier otro problema de salud, derivado de todo el estigma que se le ha cargado al paciente; el paciente huye de la atención, huyendo del estigma.

Como se mencionó en el Capítulo I, esta investigación no buscó resolver ni conflictuar la naturaleza ontológica de la Enfermedad Mental, sin embargo no descarta su importancia. De acuerdo a la naturaleza misma de la enfermedad, queda abierta la pregunta de si se trata de meros constructos sociales o si bien, son enfermedades orgánicas. La más importante forma de expresión de las enfermedades mentales, es por medio de la conducta y la conducta todo el tiempo se encuentra sujeta a la carga moral; es por ello que estos padecimientos se encuentran inmersos en una discusión inacabable e insufrible: Los valores culturales producen los criterios con los que se juzgan las conductas y se categoriza a una persona como 'diferente', se coloca el parámetro para entender qué es una 'conducta correcta'. Ahora bien, si las enfermedades mentales se denotan de acuerdo a la conducta del enfermo; ¿puede pasar que llegue un momento en que la sociedad cambie y esa conducta que se consideraba incorrecta, después deje de serlo? Y entonces, ¿la enfermedad existió realmente o sólo existe en lugar-tiempo-espacio? ¿La sociedad define y explica a las

enfermedades mentales o las genera y formula a su conveniencia? ¿La enfermedad mental es un constructo social o un castigo social para el inmoral? Y, derivado de estos cuestionamientos, ¿alguien tiene el derecho y/o sería responsable proponer la idea de que un enfermo mental no está enfermo, sino que es una manera de vivir voluntaria, pese a que muy comúnmente el sufrimiento y la afectación parecieran evidentes?

Es necesario seguir clarificando la naturaleza de las enfermedades mentales, seguir abriéndonos a los estudios y sobre todo, hacer información pública y accesible a todos de medidas de prevención y de atención oportuna. Dejar de invisibilizar al enfermo, también permitirá que todos lo hagamos parte de una realidad compartida y, con esto, podremos convivir con nuestras propias afecciones mentales, aceptarlas, atenderlas y darnos una mejor calidad de vida a todos, independientemente de que tengamos o no un diagnóstico.

REFERENCIAS

- Beppino, D., Piazso, M. (1974) *Psiquiatría social*. Argentina: Librería El Ateneo Editorial.
- Butcher, J., Mineka, S., Hooley, J. (2007). *Psicología clínica*. Madrid: Pearson.
- Espinosa, J. (1986) *Cronicidad en Psiquiatría*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Foucault, M. (1984) *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S. A.
- Goffman, E. (2004) *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Madrid: Amorrortu editores.
- Jodelet, D. (1986). *Psicología Social II : Pensamiento y vida social*. Barcelona: Paidós.
- Montoya, B. (2010) *El dominio mediático*. México: Fantasmas.
- Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010) *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill Editorial.
- Scharfetter, C. (1988) *Introducción a la Psicopatología General*. Madrid: Ediciones Morata, S. A.
- Schettini, P. y Cortazzo, I. (2015) *Análisis de datos cualitativos en la investigación social. Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. Argentina: Editorial de la Universidad de la Plata.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1992) *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. España: Editorial Paidós.

- Urbina, M. (2006) La experiencia mexicana en salud pública. México: Fondo de Cultura Económica.
- Vallejo, J. (2011) Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. España: Editorial Elsevier Masson.
- Bueno, A., Mestre J. (2005) "Prensa y representaciones sociales de la enfermedad mental". Psychosocial Intervention. V. 14, Núm. 2, España.
- Campuzano, J.; Hernández, A.; González, M.; Hernández, C. (2014) "Tendencia de la mortalidad por trastornos mentales: un panorama epidemiológico en México (1980-2011)". Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, V. 57, No. 3, México.
- Chávez, 2005; Pol, 2005; Villaseñor, 2005. "Otros conceptos de enfermedad mental". Investigación en Salud V. VII No. 2, México.
- García, S. (2002) "Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental". Instituto Nacional de Salud Pública, V. 44, No. 4, México.
- González, O. (2009) "Enfermedad mental, estigma y legislación". Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, V. XXIX, No. 104, España.
- Guerra, L. (2010) "Negativa a recibir tratamiento: una situación difícil que requiere una valoración multidimensional". Viguera Editores SL V. 2 NO. 1, España.
- Hernández, R. (2014) La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. Cuestiones Pedagógicas, 23, España.
- Kleyens, J.; De la Cruz, L.; Arango, P; Rodríguez, H.; Peñaranda, C.; Pulido, C.; Rincón, M.; Vargas, L.; García, M.; Arenas, L. y Estrada, D. (1989) "Prevención primaria en salud mental". Revista Latinoamericana de Psicología, V. 21 No. 2, Colombia.

Lolas, F. (1988) "Perspectivas biopsicosociales sobre la enfermedad crónica". Salud Mental V. 11 No. 3. Chile.

Sanín, A. (1977) "Salud mental y enfermedad mental". Revista Latinoamericana de Psicología V. 9 No. 2, Colombia.

Tiburcio, M. y Nátera, G. (2003) "Evaluación de un modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas. Un estudio piloto". Salud Mental, V. 26 No. 5, México.

Torres, M. (2012) "Imaginario social de la enfermedad mental". RIPS Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas. V. 11 Núm. 2, España.

American Psychological Association (2015). "Who we are". Recuperado el 11 de mayo de 2015. Enlace: <http://www.apa.org/about/apa/index.aspx>

Real Academia Española. (2001). Diccionario de la Lengua Española (22.a ed.) Sitio web: <http://www.rae.es/rae.html>

Crespo López. (diciembre 18, 2012). El reto de responder a las enfermedades mentales crónicas: la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS. 2014, de Infocop, Sitio web: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4314

Fuentes, M. L. (16 de julio de 2013). Salud mental: Una agenda invisible. Excelsior. Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2013/07/16/909049>

Jennifer Juárez. (octubre 10, 2013). Uno de cada tres mexicanos desarrolla una enfermedad mental. 2014, de CNN México Sitio web: <http://mexico.cnn.com/salud/2013/10/10/las-enfermedades-mentales.mas-comunes-en-mexico>

Medina, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4) 1-16. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242601>

Mora, J. y Flores F. (2018) *Intervención Comunitaria, Género y Salud Mental. Aportaciones desde la Teoría de las Representaciones Sociales*. Artículos UNAM. Recuperado de <http://investigacion.cephcis.unam.mx/generoyrsociales/index.php/intervencion-comunitaria-genero-y-salud-mental-aportaciones-desde-la-teoria-de-las-representaciones-sociales/>

Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe del sistema de salud mental en México utilizando el instrumento de evaluación para sistemas de salud mental de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf

Plascencia, R. (2013) Informe Especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre los Hospitales Psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal y Estados de la República Mexicana. Recuperado de http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/informeEspecial_HospitalesPsiq.pdf

Sandoval, J. (2005) La salud mental en México. Recuperado de

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>

Secretaría de Salud (2014). "Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez".

Recuperado el 08 de mayo de 2015. Disponible en:

[http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE_10_PCS_M_Ref
erencia_2013.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE_10_PCS_M_Ref
erencia_2013.pdf)

APÉNDICE I

TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS

Paciente con diagnóstico psiquiátrico.

❖ Descripción sociodemográfica.

- **¿Cuántos años tienes?**

25 años.

- **Sexo:**

Mujer.

- **¿Cuál es tu escolaridad o nivel máximo de estudios?**

Universidad.

- **¿Cuál es tu ocupación actual?**

Tesista.

❖ Del proceso del diagnóstico.

1. ¿Cuál es tu diagnóstico psiquiátrico?

Esquizofrenia paranoide.

2. ¿Cuánto tiempo llevas con ese diagnóstico?

Más de dos años.

3. ¿Quién y en dónde se te diagnosticó?

En el Hospital General Venados, un doctor de psiquiatría.

4. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que comenzaste a notar que algo te pasaba y hasta que te diagnosticaron? Cuéntame cómo fue ese proceso...

Pues el proceso fue que murió mi abuelita en junio, me parece, julio, y empecé con pérdidas de memoria, de tiempo y ya después empecé a escuchar voces y demás, y fue cuando me llevaron al hospital. Transcurrieron como dos meses.

5. ¿Qué aspectos crees que dificultan que las personas con algún problema de salud mental reciban un tratamiento adecuado? ¿Qué pasó en tu caso?

Pues que es difícil aceptar que tienes una enfermedad, que tienes que pedir ayuda.

En mi caso ya no aguanté más la situación, la presión de controlar las voces y demás, ya fue que tuve que pedir ayuda porque ya no podía yo sola.

❖ Creencias, conocimientos, estereotipos

1. **¿Por qué crees que se originan los problemas de salud mental? ¿Cómo crees que deben tratarse las enfermedades mentales?**

Pues yo creo que se originan ya sea por herencia, o por algún suceso extraordinario en tu vida; y deberían de tratarse con cuidado, con la atención que deben. No porque no es una enfermedad física, que lo sientas, debe de tener cierta importancia tu mente.

2. **Antes de tener un diagnóstico psiquiátrico ¿Qué pensabas sobre las personas que tenían un padecimiento mental? Ahora ¿Qué piensas sobre las personas que son diagnosticadas con un padecimiento mental?**

Pues nada, que tenían un problema y que eran enfermos como cualquier otra persona de cualquier otro tipo.

3. **A lo largo de tu vida, ¿has recibido algún tipo de información sobre las enfermedades mentales o sobre la salud mental? ¿Qué información? ¿De quiénes, de qué fuentes o de qué medios?**

No, hasta que empecé yo a tener problemas mentales.

4. **¿Cuál crees que es la percepción que las personas tienen sobre las personas que tienen algún problema de salud mental? Familiares, personal médico, amigos, compañeros de trabajo, público en general.**

Pues piensan, bueno por ejemplo, mis amigos piensan, algunos, que es como una exageración, como que no estoy tan enferma y que no debería de tomar tanto medicamento, que las secuelas secundarias es como que mucho para controlar según un problema, o no se les hace un problema a ellos.

5. ¿Qué piensas sobre ti misma (o) a partir de que fuiste diagnosticada (o)?

Pues que ya con el tratamiento adecuado ya puedo llevar una vida normal, bueno, excepto sus efectos secundarios, son como tener más cuidado con mi control de peso, mis tics que me dan, pero de ahí en general que ya puedo llevar una vida mejor.

❖ Emociones, sentimientos, prejuicio

1. ¿Qué sentimiento te genera el hecho de ser denominada una 'paciente psiquiátrica'?

Pues al principio me causaba conflicto porque decía: como yo en mi familia no hay nadie. Pero ya después dije, bueno, a la mejor nunca se atendieron o no lo aceptaban y ya, y después sí tuve un pariente con otra enfermedad psiquiátrica, pero dije: bueno, no soy la única.

2. ¿Qué crees que sienten las personas por ti cuando se enteran sobre tu diagnóstico?

Este... Pues que no debería de estar en tratamiento, o que no es una enfermedad

tal cual, como que les cuesta mucho trabajo enfocarse en mi enfermedad, lo ven como algo no tan importante, y sin tantas consecuencias.

3. ¿Qué sientes cuando ves o sabes de alguien con algún problema de salud mental?

Pues trato de comprenderlo y apoyarlo en lo que se pueda.

❖ Prácticas y comportamientos.

1. ¿Cómo te tratan o te han tratado las personas cuando tienen conocimiento sobre tu diagnóstico? ¿Encuentras diferencias con el trato que te brindaban anteriormente y el que te dan ahora?

Sí, sí encuentro una diferencia, completamente. Porque, por ejemplo, mis maestros antes me daban, bueno, tenían más exigencias hacia mí y ahora son más pasivos; igual toda la gente como que te trata con pincitas para que, no, no es que te vayas a poner mal, pero es simplemente, como que te tienen más cuidado.

2. En general ¿cómo crees que las personas tratamos a las personas que tienen algún problema de salud mental?

Como personas diferentes, no nos tratan de la misma manera.

3. ¿Alguna vez te han discriminado por tener un diagnóstico psiquiátrico o has tenido que ocultarlo?

Sí, en la hora de pedir servicios a una institución pública, a una alberca, porque por mi enfermedad no me daban el permiso de estar ahí, porque si me fuera a poner mal.

4. En general ¿cómo ha sido tu vida desde que comenzaste a tener problemas de salud?

Pues ha sido un poco más lento el ritmo de vida que llevo, al que llevaba. Tengo menos amigos, salgo menos, hago menos trabajo, me dedico más al hogar y, pues ya.

Mamá de una paciente psiquiátrica.

❖ Descripción sociodemográfica

- **¿Cuál es su edad?**

52 años.

- **Sexo:**

Mujer.

- **¿Cuál es su escolaridad o nivel máximo de estudios?**

Licenciatura.

- **¿Cuál es su ocupación actual?**

Soy empleada.

❖ Del proceso del diagnóstico

1. **¿Cuál es el diagnóstico psiquiátrico que tiene su hija?**

Esquizofrenia paranoide.

2. **¿Cuánto tiempo lleva con ese diagnóstico?**

Son dos años y medio, más o menos.

3. ¿Quién y en dónde se le diagnosticó?

Bueno eso, fue ya en Venados, en el Hospital del Seguro Social de Venados.

Porque inicialmente nada más decían que era depresión. Cuando fuimos ahí al Hospital, al de Villa de Cortés, no recuerdo cómo se llama, ahí estuvo internada, pero ahí le diagnosticaron nada más que era una depresión muy fuerte.

4. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que comenzó a notar que algo le pasaba a su hija y hasta que la diagnosticaron? Cuénteme cómo fue ese proceso, cómo le hicieron, con quién acudieron...

Te voy a platicar. Cuando murió mi papá fue cuando empezó todo eso. De que estuvieron los rosarios fue cuando empezó así como que... pues yo pensé que estaba alterada por la muerte de su abuelito, pues, nada más, y ya hasta ahí, no? Un día así como que quiso como privarse o eso y le dije: te voy a dar una cachetadas- y sí le di, y ya como que reaccionó. Pero después de ahí empezó, eso fue en junio y ya de ahí empezó que un día me hablan, me habla mi sobrina, que le habló el novio y que le dijo que xxx estaba mal y pues ya fuimos por ella y dice que no recuerda cómo llegó a casa del novio y que lo único que decía era que no era cierto que su abuelito se hubiera muerto, que la estaban engañando pero se puso muy muy feo, pues, y manejando y todo eso. Entonces ya de ahí pues fue primero llevarla con un doctor normal, no? Ya la atendió, le dio medicamento, pues le comentamos que había muerto mi papá y ya pasó. Después, pues ya seguía con su medicamento pero ya empezó a tener visiones y estaba mal, pues, seguía mal.

Entonces ya nos dijeron que ahí en CU había un departamento de psicología, psiquiatría, no sé cómo se llame y empezó a ir ahí con una psicóloga, pero igual, o sea, le dieron medicamento, todo eso, pero ella seguía igual, seguía viendo visiones, pues, y que una rata y que luego ya veía gente, ya oía voces y otra vez lo mismo, en septiembre, fue que, justamente como dos días antes de su cumpleaños, tres día antes de su cumpleaños otra vez con el novio que se puso muy mal ahí en su casa, ya nos hizo favor de llevarla a casa de mi cuñada y ya ahí los vimos y ya fuimos al hospital que está en San Fernando, no sé cómo se llame, tampoco no me acuerdo, el Fray Bernardino. Ah porque antes hablé con la psicóloga que la estaba viendo de ahí de la UNAM y le dije cómo se había puesto y que qué hacía y me dijo que no, que la llevara ahí, ya la llevé ahí, ya la vieron pero dijeron que si yo tenía seguro que mejor la llevara ahí al de Villa de Cortés y ya pues como sí, xxx tenía seguro de que era estudiante, pues sí la llevamos ahí y ahí me la detuvieron. Pero ella estaba muy... ella misma dijo que quería internarse porque no se sentía nada bien, de hecho antes igual había atentado un poco, yo no sabía pero se rasguñaba con la aguja, se lastimaba y decía que eso era que había hecho ejercicio, que había hecho cosas y eso. Pero ella sí tenía así como que ideas, bueno ya lo poquito que oí porque, cuando la entrevistaron ahí en el San Bernardino, entonces decía que ella quería hablar pero a solas, nunca quería que escuchara yo que ella quería atentar contra su vida, pero bueno ahora que ya entiendo es de que no es que quieran sino quieren quitarse eso de la cabeza, o sea no es tanto que ellos realmente quieran morir sino que ellos quieren eliminar la alucinación por cómo se sienten. Y pues ya ahí estuvo como, menos de una semana internada, y pues ahí la veía más su papá, yo de repente sí iba y ya lo poco que la pudiera ver, no? y ya después ya nos la

dieron pero que la teníamos que cuidar las 24 horas. El caso es que ya de ahí salió súper súper medicada pero parecía zombi mi pobre chamaca, zombi, zombi de tanto medicamento, pues ahí vigilándola pues no había ningún problema, pero ahí nada más dijeron eso, que era una fuerte depresión, ya le dieron su cita para Venados y ahí empezamos a ir, pero también ahí al de Villa de Cortés tuvimos que regresar varias veces porque un día se tomó muchas pastillas y estaba toda como zombi y ya, yo estaba trabajando y ya su papá me llamó y me dijo que no sabía qué tenía, y pues afortunadamente tenía ya Gustavo aquí trabajando, porque mientras fue el proceso de que se ponía mal y todo, él estuvo trabajando en Toluca, entonces él ya después del diagnóstico se quedó aquí trabajando y ya la veía más.

5. ¿Alguna vez pensó que su hija tendría "esquizofrenia"? ¿Por qué sí o por qué no?

No... Es más yo no... pues sí pensé que era depresión. Desde chica como que tenía mucho odio a su papá y yo no lo entendía, pues. ¿Por qué? Decía, pues es que su papá la quiere mucho, sí es enojón, sí es, ¿cómo te diré?, gruñón, no? a la mejor hubiera querido tener una súper hija o lo que sea pero de que la quiere, la quiere muchísimo, nada más que es explosivo. Es lo que le comentaba a los psiquiatras, a los psicólogos, eso es lo que tiene su papá pero de ahí en fuera, pues no. Y de hecho antes la mandaba yo con psicólogo, mucho antes porque pues ella, o sea se me hacía raro que no quisiera, como que decía que era mucho odio pues, pero no o sea nunca me dijeron nada, nada. Ya fue que cuando compramos aquí, dijimos: vamos a tener más gastos y todo eso- le digo: ya no vas a poder ir al psicólogo, hija. 'No, no importa, mamá' y ya. Y ya te digo, ya después se vino eso,

entonces te digo que nada más era como que depresión, depresión y ya hasta que ahí en Venados fue que me dijo: Señora, ¿cómo la diagnosticaron? Ya le dijimos, no pues nada más me dijeron que era una fuerte depresión y ya fue dijo que ella lo que tenía era esquizofrenia paranoide, pero que no me asustara, que eso era un proceso lento, que su cerebro no estaba haciendo las conexiones como debía, y que con el medicamento. Te digo que sí varias veces tuvimos que regresar ahí a Villa de Cortés porque pues tenían que irle ajustando medicamentos y cambiando y le cambiaron y todo eso. Y fue ese proceso de que entre que la veían y todo eso y poco a poco yo he visto, pues ya son más de dos años y sí he visto mucha, o sea mucha mejoría.

6. ¿Qué aspectos cree que dificultan que las personas con algún problema de salud mental reciban un tratamiento adecuado? ¿Qué pasó en el caso de su hija?

Creo que desconocemos, es desconocimiento. Bueno, yo por lo menos siempre decía que un psicólogo ayuda para cualquier cosa, y yo por eso sí la mandaba con un psicólogo, para tratar de que manejara sus cosas. Pero ya después sí sentía que era como depresión porque, por ejemplo, pues ya tenía más años de que había muerto mi cuñada y entonces, pues yo siento que quedó muy sentida porque a la mejor la trataba mal, porque era gordita y a ella no le gustaba que estuviera gordita. Entonces siento que, yo sentía que había quedado con un sentimiento de culpa cuando ella murió, entonces también por eso yo la enviaba. Pero es que, yo siento que ese tipo de enfermedades no, como cualquier otra, pues, que es un proceso y no sentí que fuera tan tardado. Yo sí, enseguida empecé a buscarle. O sea no, que psiquiatría ahí en la UNAM, ah pues está perfecto, ve ahí- porque bueno también un

particular, pues no podíamos. La hermana de su novio iba allí, entonces él nos comentó que ahí la podían atender porque estaba dentro de la UNAM, o sea, no tardamos, porque vimos que lo que le recetó el general, no, como que no surtió efecto, y entonces fue que se decidió ir ahí y ahí estuvo, pero entre ese que estuvo pues los van valorando, tampoco les van a dar medicamento tan rápido, bueno, yo no creo que puedan llegar a un diagnóstico tan rápido. Porque estamos hablando como del 20 de junio que murió mi papá a septiembre que se le dio la crisis fuerte, a mí no se me hizo mucho tiempo. Y ya de ahí, del hospital, ya salió con sus citas médicas para que la tratara el psiquiatra.

❖ **Creencias, conocimientos, estereotipos.**

1. ¿Por qué cree que se originan los problemas de salud mental? ¿Cómo cree que deben tratarse las enfermedades mentales? "¿Cómo se originan?"

No tengo ni la menor idea. Nos preguntaban a nosotros si había algún esquizofrénico, alguien en casa, y no, que yo sepa o que sepa mi esposo, no tenemos ni la menor idea de por qué le pasó a ella, no. Y hasta ahorita, hasta el momento, hay mucha gente que dice que no 'más le hacen al cuento.

Yo siento que es como cualquier enfermedad, que tiene que tener el contacto con el médico, ir viendo cómo reacciona; que es como un cáncer, si no se para con una quimio, que las radiaciones, que la operación, que... todo eso."

2. Antes de que su hija tuviera un diagnóstico psiquiátrico ¿qué pensaba sobre las personas que sufrían un padecimiento mental? Ahora ¿qué piensa sobre dichas personas?

Pues no había tenido yo así contacto con personas que padecían, de hecho pues nada más ves gente que nace ya con deficiencias mentales o eso y pues los ves y dices: pues ellos no sufren, porque ellos son felices en su mundo, no? O sea no creo que tengan el sufrimiento que tiene la gente que los cuida, que los tiene. Y pues así, yo al menos pensaba que la esquizofrenia nada más era para la gente que estaba en los manicomios y punto, y de algún actor que decían que sufría y que padecía y que se alteraba y eso. Pues no, no pones mucha atención en eso, realmente.

3. A lo largo de su vida, ¿ha recibido algún tipo de información sobre las enfermedades mentales o sobre la salud mental? ¿Qué información? ¿De quiénes, de qué fuentes o de qué medios?

No.

4. ¿Cuál cree que es la percepción que las personas tienen sobre las personas que tienen algún problema de salud mental? Familiares, personal médico, amigos, compañeros de trabajo, público en general.

Te digo que es eso de que piensan que ellas solitas se pueden controlar, una es eso. Dos, que no están enfermos. Y tres, que están en los manicomios. O sea no más, porque no saben realmente qué es lo que pasa.

❖ **Emociones, sentimientos, prejuicio.**

1. ¿Cómo se sintió usted como madre a partir de que su hija comenzó a tener problemas de salud mental? ¿Cómo se siente ahora?

Pues mira, yo no... Yo creo que hubiera sido muy feo que me dijeran que mi hija tenía un cáncer terminal. Para mí tenerla, a la mejor soy egoísta, no? Pero para mí tenerla es lo máximo, como esté, pero la tengo. Pero quizá ella sí, ella tenía mucho planes, muchas cosas que hacer, muchas ilusiones, pero que ahorita no se descartan, ¿verdad? ¿por qué? porque ahí va saliendo... a la mejor se retrasaron, sí; a la mejor va a estar tomando medicación toda su vida, creo que es lo más me preocupa es eso, que va a tomar mucho medicamento y que le puede hacer mal.

2. ¿Qué cree que sienten las personas por usted cuando se enteran del diagnóstico de su hija? ¿Qué cree que sienten las personas por su hija?

Pues mira... Como yo no me relaciono tantísimo, pero por ejemplo con gente de mi trabajo, con los que tengo amistad, que lo saben, pues no, nada más pues te apoyan, porque dicen va a salir adelante, no te preocupes, no va a pasar nada, por ese lado. Pero también hay gente, por ejemplo los familiares, que te empiezan a decir: no, es que no les des eso, es que no le des toda la medicina que le dan, no, es que no. Y no, creo que en vez de aconsejarte bien, te mal aconsejan. A la mejor, será porque así que dijéramos que somos muy sociables, pues no somos y eso es desde siempre. Yo siempre decía que la llevaba a xxx que a la natación, que a cualquier actividad, que a esto para que ella fuera sociable y pues resulta que pues no, y ahora con su enfermedad pues es menos y que pues tiene muy contados amigos, ¿verdad? Pero en la familia no siento, porque se da mucho a querer, eso tiene, que se da mucho a querer, bueno por lo menos con los tíos, los primos, que

son más grandes y todo eso, como que la quieren mucho. A la mejor no de que, por decirlo hay gente que se van a bailar, o que se hacen amistad, y que se van a tomar, pues es que ella tampoco es así. Y en las fiestas, pues sí convive con la gente pero pues más con los chicos, pero tampoco le hacen el feo, tampoco. Las tías, todos la abrazan, se abrazan, y le dicen que la quieren mucho, o sea que siento que está muy aceptada, pues, entre lo poquito que tenemos.

3. ¿Qué siente cuando ve o sabe de alguien con algún problema de salud mental?

Pues mira, yo siempre he sido bien, ¿cómo te diré? Nunca me he metido con la gente, nunca, de hecho yo siempre he dicho que pobre gente cuando están enfermos, no no 'más con padecimientos así. Pues mi sobrina está prácticamente igual que xxx, no sé su diagnóstico, nada más sé que es bipolar, pero pues igual a ella la quiero muchísimo y qué más quisiera que poder ayudarles a las dos a salir adelante pero no, nunca me he metido con nadie, ni nada, ni puedo opinar, nada más que digo: de los males, el menos.

❖ Prácticas y comportamientos.

1. ¿Cómo siente que las personas la tratan a usted o a tu hija desde que saben de su diagnóstico? ¿Ha visto diferencias en el trato que les brindaban antes a ambas?

Pues no, porque te digo que prácticamente es la familia, nada más es la familia.

Lógico que el novio, pues ese sí, salió corriendo, obvio, o sea ahí sí. Pero pues, luego digo que es por algo, a la mejor va a encontrar a alguien que realmente la valore.

2. En general ¿cómo cree que las personas tratamos a las personas que tienen algún problema de salud mental?

Te digo que en general siento eso, que como no conocen, pues, te digo que lo que siento mucho es eso, que piensa que no 'más se hacen mensas, que no están enfermas y que ellas solitas pueden salir adelante. Eso es lo que siento, lo que más, como que no lo aceptan como una enfermedad, pues.

3. ¿Alguna vez la han discriminado a usted o a su hija por tener un diagnóstico psiquiátrico o ha tenido que ocultarlo?

Pues es como te digo, creo que no lo vamos gritando a los cuatro vientos, de que está enferma. Yo normalmente trato de comentar, por decir, si vamos a hacer algún estudio, que vamos a hacer alguna actividad y te preguntan si parece algo, lo digo con toda normalidad, y pues no, hasta ahorita creo que no. También siento que a la mejor es de que si, bueno yo en mi caso, siento que si lo digo ahí en mi trabajo a la gente que no le caigo bien, pues no se lo voy a decir.

4. En general ¿cómo ha sido su vida desde que su hija comenzó a tener problemas de salud?

Fue muy estresante porque ya nada más te quedas pensando que si va a estar bien,

más al inicio, que si no se hace esto, que si no hace lo otro, tratábamos de dejarla hacer su vida pero ella solita se estaba presionando y es lo que menos tenía que hacer, que si llegaba al lugar, que si no se iba a quedar dormida, que si no se iba a perder, que cómo iba a estar, o sea eso sí fue muy difícil, pues, porque lo que menos queríamos es que ella no tuviera vida pero se estaba estresando y eso no le estaba ayudando en nada. Entonces, pues ya aquí ya, desde que quitó el invernadero pues ya como que un poquito más tranquila, por qué, pues porque ya casi no sale de la casa, a veces va a la escuela, a veces por aquí pero es muy raro, pues ya sé que está aquí y ya no hay problema, sé que sale y pues sí estoy así de que: me llamas cuando llegues, me llamas cuando te vengas, me llamas si ya estás con la persona y ya, con eso ya me siento ya más tranquila, pero sí, como te digo, es estresante.

Profesional de la Salud/enfermedad Mental.

❖ Descripción sociodemográfica.

- **¿Cuántos años tiene?** Tengo 28 años y estoy por cumplir los 29.
- **Sexo:** Hombre.
- **¿Cuál es su escolaridad o nivel máximo de estudios?** Licenciatura en Psicología.
- **¿Cuál es su ocupación actual?** Ejercer de forma independiente la psicología clínica.
- **Antigüedad:** Casi tres años.
- **Específicamente ¿cuáles son sus funciones o qué hace comúnmente en su trabajo?**

Hacer evaluaciones psicológicas para personas en edad escolar, principalmente primaria y secundaria, y hacer intervenciones tanto con niños y adolescentes, como con sus familiares.

- **¿Tiene a algún familiar o amigo diagnosticado con algún padecimiento mental?**

Familiar o amigo como tal no, pero tu servidor estuvo en tratamiento psiquiátrico durante la carrera con un diagnóstico de ansiedad paroxística episódica.

❖ **Del proceso del diagnóstico.**

1. **¿Cuáles son los padecimientos más comunes entre los pacientes que usted recibe?**

Lo más común, son los trastornos del estado de ánimo.

2. **¿Quién se encarga de diagnosticar a un paciente y cómo lo hace o con base en qué?**

La mayoría de las veces son pacientes que ya llegan diagnosticados, ya sea porque se les detectó el problema en algún centro de salud o en una institución de tercer nivel, aunque son los que me tocan con menor frecuencia.

3. **Desde su experiencia, más o menos ¿Cuánto tiempo transcurre desde que una persona comienza a tener malestar y hasta que la diagnostican? Cuénteme ¿Cómo es ese proceso?, ¿Qué hacen las personas?, ¿Con quién acuden?, ¿Cómo llegan con usted?...**

La mayoría de las personas nunca reciben un diagnóstico porque es raro que una persona que presenta signos y síntomas de algún padecimiento mental busque

apoyo. Es decir, la mayoría de las personas que tienen una afección mental, no se dan cuenta de que la tienen o intuyen que tienen algo pero no buscan ayuda. Esto hace que sean muy pocas las personas que reciben apoyo y la mayoría reciben el apoyo porque, como se dice popularmente, sienten que ya tocaron fondo y buscan ayuda para problemas que presentan desde hace años. La mayoría de las veces buscan el apoyo de un psicólogo, si es raro que la persona acuda con un psicólogo, pues es todavía más complicado que busquen apoyo en una institución especializada en salud mental y que busquen, por consiguiente el apoyo de un psiquiatra.

4. ¿Qué aspectos cree que dificultan que las personas con algún problema de salud mental reciban un tratamiento adecuado? ¿Qué es lo que ha podido apreciar en los casos que usted ha tratado?

Habría que separar dos factores que dificultan la recepción de este tratamiento adecuado. El primero es que es muy difícil que la persona, por su propia voluntad, busque o solicite el apoyo. Para las pocas personas que solicitan el apoyo, una segunda barrera, es la competencia insana o malsana que existe entre el personal especializado que otorgan estos servicios. Si nosotros tuviéramos la oportunidad de incursionar en una institución especializada en salud mental como son los hospitales de tercer nivel de la Secretaría de Salud o los centros comunitarios de salud mental, podríamos apreciar que en los distintos profesionales hay mucha competencia, pero competencia en el sentido de rivalidad, donde cada uno piensa que su disciplina es la más importante, la más completa, y piensa que las otras no sirven. Hay una competencia terrible entre psicólogos, psiquiatras y enfermeros, principalmente

entre psiquiatras y psicólogos. No es un secreto que la psiquiatría tiene casi el monopolio de la salud mental aquí en México.

❖ **Creencias, conocimientos, estereotipos.**

1. ¿Por qué se originan los problemas de salud mental? ¿Cómo deben tratarse las enfermedades mentales?

Pues al igual que con padecimientos o enfermedades de otros sistemas y aparatos, es una conjugación de diferentes factores o de distintas variables que están presentes en mayor o en menos medida. La primera, como podemos incluir, se debe a deficiencias en el sistema nervioso central, ya sea por cuestiones embriológicas, es decir, un subdesarrollo de determinada región cerebral o por una acción anormal de neurotransmisores. La segunda pues, por el estilo de vida que la mayoría de nosotros llevamos. Si conjugamos factores como la falta de acceso a los niveles superiores de educación o el acceso restringido que hay en los mismos, la dificultad cada vez mayor de obtener un empleo bien remunerado, los conflictos familiares, los conflictos en las parejas, y otras problemáticas como son la delincuencia, como es el narcotráfico. No es fácil para nadie lidiar con todo esto al mismo tiempo.

A mi parecer, las enfermedades mentales requieren un tratamiento multidisciplinario e interdisciplinario. Está comprobado que la mayoría de los padecimientos requieren el uso combinado de psicoterapia con tratamiento farmacológico. Desde luego hay enfermedades o hay padecimientos que se pueden controlar con una buena terapia

sin necesidad de recurrir a los fármacos, cosa que no puede suceder al revés. A mí me consta que, cuando la persona o el tratamiento de la persona se reduce a los fármacos pero no se recurre a otro tipo de terapias, lo que se hace es paliar el problema o disfrazarlo, pareciera que se controla pero en cuanto se suspende el tratamiento farmacológico reaparecen los signos y síntomas, y eso se debe, por supuesto, a la falta de una buena terapia."

2. ¿Qué piensa sobre las personas que sufren un padecimiento mental?

¿Cómo las definiría?

En primer lugar yo considero que la única diferencia entre ellos y nosotros, es que ellos tienen un diagnóstico, todos, sin excepción, tenemos problemas, y siendo que la mente es la función del cerebro y es aquello a lo que gira en torno a nuestra vida. Todos, independientemente de la edad, del género o de lo que nos dediquemos, tenemos problemas mentales. Entonces, pues en primer lugar no hay que discriminarlos o no hay que hacerlos menos. Hay que entender que son tan humanos como nosotros, que somos iguales. Repito, la única diferencia es que ellos tienen un diagnóstico.

3. ¿Cuál cree que es la percepción que las personas en general tienen sobre un paciente psiquiátrico?

Pues es una percepción errónea, en el sentido de que piensan que es una persona peligrosa o una persona de la que hay que mantenerse al margen.

- 4. A lo largo de su vida, ¿Ha recibido diversas informaciones sobre las enfermedades mentales y sobre la salud mental? ¿Qué información es la más relevante para usted a la hora de realizar su trabajo? ¿De qué fuentes o medios ha obtenido dicha información?**

Desde luego, por mi formación como psicólogo clínico, he conocido una gran variedad de definiciones, una gran variedad de opiniones y de perspectivas en torno a estos temas. Antes, información como tal no, o quizá no una información válida y confiable, una información científica. Lo poco que llegué a conocer, aparentemente sobre padecimientos mentales, fue por el cine, películas como María de mi corazón.

❖ Emociones, sentimientos, prejuicio.

- 1. ¿Qué sentimiento le generan los pacientes psiquiátricos o las personas con algún padecimiento mental?**

Pues es algo que me cuesta trabajo describir porque hay muchas personas que simplemente no se dejan ayudar, por más consideración o por más sensible que pueda ser uno a sus padecimientos, en la mayoría de los casos es mucha su negligencia o su desidia.

- 2. ¿Qué cree que sienten las personas cuando se enteran que trabajas con personas con algún padecimiento mental?**

Pues lo primero que les despierta es una curiosidad malsana, o sea, ellos al enterarse de que realizo este tipo de trabajos pues buscan que yo les platique

alguna anécdota, algún caso, pero lo hacen, no por algún interés o por un deseo de conocimiento, sino simplemente por morbo.

3. En general ¿cuáles cree que son los sentimientos de la gente hacia las personas con alguna enfermedad mental?

Pues sin lugar a dudas miedo y es un miedo que desemboca en la discriminación.

❖ **Prácticas y comportamientos.**

1. ¿Cuál es el trato que usted, desde su campo profesional, le brinda a los pacientes psiquiátricos?

Yo trato de ser lo más empático posible y entender que la discriminación, lejos de ayudarles, los limita, los perjudica y evita que puedan percibir cambios significativos en su estilo de vida.

2. En general ¿Cómo cree que las personas tratamos a las personas que tienen algún problema de salud mental?

Les damos un trato bastante inhumano.

3. En su experiencia ¿Las personas con enfermedades mentales son discriminadas? ¿De qué formas?

Por supuesto, desde la perspectiva que lo veamos. Se les excluye de diferentes grupos sociales, se les discrimina, se les aísla, incluso se les agrede, tanto física

como verbalmente y, lo peor de todo, es que muchas de estas agresiones provienen del personal la salud.

4. En general ¿cómo diría que es el trabajo de los profesionales de la salud en materia de padecimientos mentales? ¿Qué se ha hecho, qué falta por hacer?

Creo que lo primero que habría que hacer es hacer a un lado esa rivalidad y esa competencia malsana, entender que no se trata de demostrar que uno es mejor, o que uno sabe más o que mi disciplina es más completa y mejor que las otras. Se trata de que hagamos a un lado nuestro egoísmo, de que hagamos a un lado la vanidad y de que entendamos que nos necesitamos mutuamente y que solamente trabajando juntos podemos producirles a las personas los beneficios que ellos esperan recibir de nosotros.

Persona sin vínculo con las enfermedades mentales.

❖ **Descripción sociodemográfica.**

- **¿Cuál es su edad?**

41 años.

- **Sexo:**

Hombre.

- **¿Cuál es su escolaridad o nivel máximo de estudios?**

Licenciatura.

- **¿Cuál es su ocupación actual?**

Empleado Federal.

- **¿Tiene a algún familiar o amigo diagnosticado con algún padecimiento mental?**

No.

❖ **Del proceso del diagnóstico.**

- 1. ¿Cuáles son las enfermedades mentales que usted conoce o cree que son más comunes?**

Esquizofrenia... nada más.

- 2. ¿Quién se encarga de diagnosticar a un paciente y cómo lo hace o con base en qué?**

El psicólogo, a través de estudios. Mmm... No sé.

- 3. ¿Qué aspectos cree que dificultan que las personas con algún problema de salud mental reciban un tratamiento adecuado?**

Bueno pues se tiene que basar en el diagnóstico de un especialista para que él determine qué es lo que le tiene que recetar.

❖ Creencias, conocimientos, estereotipos.

- 1. ¿Por qué cree que se originan los problemas de salud mental? ¿Cómo cree que deben tratarse las enfermedades mentales?**

Puede ser por la edad, puede ser por un golpe... No, no sé si también sean de nacimiento, eso sí no lo sé. Ah sí, tal vez algún trauma, alguna impresión que desencadene eso. Y con medicamento y con terapias.

- 2. ¿Qué piensa sobre las personas que sufren un padecimiento mental? ¿Cómo las definiría?**

Enfermos mentales. No, no tengo el concepto. Casi nadie se pone a pensar en esa parte, hasta que lo vives, al final del día es una enfermedad que, cuando no estás involucrada en ello, lo desconoces. Y ya cuando tienes algún familiar cercano, entonces empiezas a investigar, puedes formar un criterio, no? Decir, ah bueno, a él lo tengo que estar vigilando para que no se salga de casa.

3. A lo largo de su vida, ¿Ha recibido información sobre las enfermedades mentales o sobre la salud mental? ¿Qué información? ¿De quiénes, de qué fuentes o de qué medios?

No.

4. Si tuviera la sospecha de poder estar presentando un padecimiento mental, o bien, que alguien cercano a usted la estuviera presentando, ¿A dónde o con quién acudiría?

Bueno yo creo que primero al médico familiar, para que él te diera una opinión y te dijera: no, sabes qué? te voy a canalizar con este especialista. Y así ya sea más certero el diagnóstico.

5. ¿Quién cree que debe acudir con un psicólogo o un psiquiatra?

En algún momento todos, desde los niños, a la adolescencia, la gente mayor, cuando tienes una pérdida, en algún momento de tu vida lo vas a ocupar para cualquier situación.

6. ¿Qué cree que hacen los psicólogos o los psiquiatras?

Te pueden diagnosticar, te pueden dar una terapia de superación, algún tratamiento, calmantes. Y bueno pues, ya más adelante, no sé, un diagnóstico, te diga qué enfermedad padeces. No sé si el Alzheimer sea un padecimiento mental. Y bueno, ya en este sentido, el médico te va a decir, tú tienes esto, y como, por ejemplo, esa patología del alzheimer pues no tiene cura, ellos te van a decir, pues tómate esto, o bueno, te lo voy a controlar porque pues ya no tienes remedio.

❖ **Emociones, sentimientos, prejuicio.**

1. ¿Qué sentimiento le generan los pacientes psiquiátricos o las personas con algún padecimiento mental?

Algunos te llegan a desesperar, otros llegar a irritar a la gente por su comportamiento. Hay quien pues los llega a despreciar y no quieren estar cerca de estar personas. Y hay otros que te causan ternura y te conmueven, depende la enfermedad.

2. En general ¿Cuáles cree que son los sentimientos de la gente hacia las personas con alguna enfermedad mental?

Es que depende de la enfermedad, no pueden ser todos tratados de igual manera. Por ejemplo, alguien que sí ya no puede convivir con la gente, pues lo tienen que encerrar porque puede llegar a causar un daño grave a las personas que están cerca de él; esas personas obviamente lo van a rechazar y van a preferir tenerlo encerrado. Que a otra persona como un viejito que tenga el alzheimer, pues más

cuidados, y así, más atenciones, van a estar más al pendiente que alguien con algo más fuerte. Entonces como que no puedes generalizar un sentimiento a cierta persona, son diferentes enfermedades.

3. Si tuviera algún padecimiento mental, ¿qué cree que sentirían las personas por usted?

Tu familia te va a proteger, a cuidar, a procurar. Y los demás pues no, no les puedes importar mucho, simplemente a la mejor, saben de tu problema pero pues hasta ahí, nadie se involucra más con la gente; ya sea así de enfermos de cabeza o cualquier cosa, no pueden hacer nada. Lo únicos que, el sentimiento más grande ese es el de tu familia.

❖ **Prácticas y comportamientos.**

1. Si estuviera cerca de alguna persona con un padecimiento mental ¿Qué haría?

Conocer sobre él, y es ese sentido pues tratarlo. Tratar de que se sienta mejor, crearle alguna seguridad. Igual si lo puedes ayudar, acompañarlo con su médico. Darle ánimos para superar el problema.

2. ¿Ha acudido con un profesional de la salud mental? ¿Cuándo? ¿Con quién? ¿Por qué?

Sí, hace dos años. Con un psiquiatra. Por depresión, la depresión es fuerte, te da

sueño, se te va el hambre, tristeza, miedos.

3. ¿Qué trato cree que deben tener todas las personas para con los pacientes psiquiátricos?

Pues yo creo que paciencia, como todas las enfermedades, apoyo, solidaridad.

Apapacharlos, tal vez.