

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
IZTAPALAPA.
C. S. H.

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES.

PSICOLOGIA SOCIAL.

070686

TESINA:

REPRESENTACION SOCIAL DE LA ENFERMEDAD
MENTAL.

ELABORADO POR:
PARA VISOSO, AMALIA.
ZARATE MARTINEZ JORGE F.

DICIEMBRE DE 1983.

14/10/87

DESEAMOS AGRADECER LA COLABORACION Y APOYO DE :

MTRO. DAVID GUILLING CASADOS. -DIRECTOR DE ESTA TESINA.

DR. SALVADOR GONZALEZ.- DIRECTOR DE LA CLINICA SAN RAFAEL

DR. ROBERTO ARON BROUNSTEIN.- COLABORADOR DE ESTA INVESTIGACION.

DR. PEDRO ALVAREZ COLIN. Y MIRA. MARTHA ELVA LOPEZ.
LECTORES DE ESTA TESINA.

	PAGS.
INTRODUCCION.....	1
1.PSICOLOGIA SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL.....	4
2.CONCEPCIONES DE LOCURA A LO LARGO DE LA HISTORIA.....	9
2.1 EDAD MEDIA.....	10
2.2 RENACIMIENTO.....	12
2.3 EPOCA CLASICA.....	15
2.4 SIGLO XIX Y XX.....	21
3.REPRESENTACION SOCIAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL.....	31
3.1 DEL PENSAMIENTO SOCIAL AL PENSAMIENTO INDIVIDUAL..	32
3.2 ELEMENTOS QUE CONDICIONAN LA FORMACION DE LA REPRESENTACION SOCIAL.....	34
3.3 CONTENIDO DE LA REPRESENTACION SOCIAL.....	35
4.INVESTIGACION.....	36
TABLAS ~PEM.....	39
GRAFICAS ~PEM.....	41
TABLAS PEM.....	47
GRAFICAS PEM.....	48
4.1 ANALISIS DE DATOS Y CONCLUSIONES.....	57

	PAGS.
5. CITAS BIBLIGRAFICAS.....	66
6. BIBLIGRAFIA.....	68
7. ANEXO	
PROGRAMA DE DESARROLLO COMUNITARIO EN SALUD MENTAL.	71

INTRODUCCION.

Es menester iniciar el presente trabajo explicando su origen y razón de ser y para ello hemos de citar la pregunta que cotidianamente, a lo largo de nuestra investigación nos vimos enfrentados: ¿Qué tiene que hacer un Psicólogo Social en un hospital psiquiátrico (sino es ser paciente)? ¿Qué no es esto una flagrante invasión del campo de la psicología clínica?

A raíz de estas preguntas iniciamos nuestro recorrido o mejor dicho, nuestro rodeo. Un rodeo que como objetivo tiene encontrar la función del psicólogo social en el campo de la Enfermedad Mental, la delimitación de aquello que el psicólogo social debe o no hacer respecto a la enfermedad mental. Probablemente lo más valioso del presente trabajo es el haber encontrado que la inserción Técnico-Práctico de la psicología social en este campo es totalmente válida y más aún necesaria. Que el campo de la Enfermedad Mental está tan complejamente constituido que algunos de sus núcleos no han sido investigados.

En un hospital psiquiátrico existen múltiples grupos que interactúan; grupos que de un modo u otro intervienen en el estado actual de la Enfermedad Mental y a través de los cuales se puede coadyuvar al trabajo de prevención y curación de la enfermedad mental. Es en este punto que la psicología social tiene su inserción aquí donde el psicólogo clínico no puede o no quiere llegar y donde la psiquiatría no está interesada en buscar (al menos no siempre) que el--

psicólogo social debe de abrir un campo, que por cierto es - es suficientemente vasto como para producir un cambio en la óptica de la psicología social. No basta ya con realizar experimentos en situaciones controladas y con grupos artificialmente constituidos, con grupos carentes de una problemática propia y que filantrópicamente se prestan como sujetos de experimento. Es tiempo de buscar una aplicación práctica de la Psicología Social, momento este en que la crítica al interior de la teoría y la subsecue^vnte depuración de conceptos, han de darse pues sólo en la medida en que una práctica determinada responda a las demandas sociales, es que se enfrenta a obstáculos en la consecución de conocimientos (obstáculos epistemológicos) que resulta imposible saber a menos que se realice un cambio en la problemática, una reubicación del objeto de estudio y una transición de lo conceptual descriptivo a lo conceptual explicativo.

De cualquier modo, el primer paso a dar para alcanzar ese momento es la recopilación de datos, la ubicación de parámetros estadísticos que nos permitan posteriormente llegar a la interpretación, y en último ^{mo}mento a la explicación.

Por este motivo el presente trabajo se propone establecer ciertos parámetros sobre la representación social de la enfermedad mental, que sabemos serán útiles para futura elaboración de instrumentos para la investigación en psicología social, como serían cuestionarios ^y de actitudes, encuestas y aún entrevistas, que al tener parámetros como los que-

recopilación de datos

aquí se presentan podran ser diseñados con más apego a la realidad.

Para los fines de nuestra investigación se escogieron dos grupos, uno constituido por padres de Enfermos Mentales internados en la Clínica San Rafael y otro por padres de familia sin esta característica.

Por último este estudio de carácter exploratorio nos llevará en primer lugar al diseño propiamente dicho de una investigación sobre la "representación social de la Enfermedad Mental" y en seguida a afinar los métodos e instrumentos más útiles para tal efecto.

MARCO TEORICO .

1- PSICOLOGIA SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL.

"Probablemente el área de la psicología que más está llamada a contribuir al desarrollo de los países latinoamericanos es la Psicología Social. La función creadora y directriz del psicólogo social no sólo se basa en aquellos factores directamente relacionados con el cambio de actitudes, sino que además debe centrarse en la solución de problemas que afrontan las sociedades modernas. El psicólogo social debe ser parte esencial de la solución de problemas tales como la farmacodependencia, la criminalidad, los conflictos sociales, la discriminación racial y sexual, así como de cualquier otro problema social que exista en el momento o que se presente en el futuro. Cualquier programa de cambio o de desarrollo que los países latinoamericanos se propongan emprender deberá basarse en los conocimientos técnicos que el psicólogo social puede proveer. Así por ejemplo todo programa gubernamental dirigido a la solución o cambio de factores como la industrialización, la modernización, la población, el urbanismo así como los cambios específicos en las áreas de educación, legislación, salubridad, etc., deberán contar con la participación del psicólogo social....(1)

El epígrafe precedente da cuenta de la multiplicidad de campos de acción a los que la psicología social debiera actuar y de lo imprescindible que resultan sus conocimientos técnicos y teóricos, que a diferencia de los específicos en cada campo, reconocen en cada problema específico sólo elementos del todo social.

Uno de estos campos es el de la salud mental, en don

(1) MARIN, Gerardo. La psicología social en latinoamérica México, 1974 Ed. Trillas.

de existe ya un antiguo debate entre las posturas dinámicas de la psicología clínica y la línea organizista dominante de la psiquiatría .Sin embargo,el enfoque social ha quedado de lado en este campo ,limitando simultaneamente los alcances terapéuticos y preventivos de las disciplinas abocadas al problema.Es este el punto en el que el psicólogo social puede incidir en el campo de la salud mental,sentando base para un trabajo fructífero y de gran alcance.

Se reconoce la necesidad de un trabajo multidisciplinario que permita dar a este problema enfoques diversos según el nivel que se pretenda trabajar.

Euclides Sánchez nos dice al respecto que en este campo existen esencialmente tres enfoques,el médico ,el psicológico y el social y agrega:

"En conclusión la existencia de las tres orientaciones demuestra la necesidad de estudios multidisciplinarios de la salud mental, en los cuales una psicología social de la salud aportaría valiosos datos sobre las variables sociales que afectan la salud mental"...(2)

Todo lo anteriormente dicho nos da una idea de las posibilidades ,aún no explotadas que el psicólogo social -- tiene en el campo de la salud mental .Sin embargo,es conveniente mencionar nuestra experiencia personal que aunada a dos entrevistas realizadas en la Clínica San Rafael ,se constituyen en ejemplo de primera mano de estas posibilidades.

Frente a la necesidad de realizar una investigación y atraídos por la idea de acercarnos al campo de la salud -

mental iniciamos una búsqueda de una institución que nos permitiera trabajar con sus pacientes y con los padres de éstos. Tras algunos fracasos en instituciones estatales llegamos a la Clínica San Rafael, donde no sólo nos brindaron la oportunidad de investigar, sino que elogiaron nuestro trabajo con padres de familia de pacientes y lo calificaron de "novedoso" y útil para la obtención de datos que ayudaran en el tratamiento de los pacientes. A pesar de que la institución cuenta entre su personal con terapeutas familiares, éstos están tan centrados en su labor terapéutica.

Ahora bien, el centro de salud mental comunitario ofrece un espacio específico para realizar nuestra labor como psicólogos sociales trabajando tanto en las instalaciones del centro con grupos de padres de familia, farmacodependientes y pacientes en general, como fuera de ella coordinando los programas de desarrollo comunitario, que desgraciadamente hasta la fecha han caracido de un enfoque social y son más bien medio de extensión de la labor psicofarmacológica del psiquiatra.

La primera entrevista realizada nos la concedió el Psic. Miguel Angel Padilla Leyva, Jefe del departamento de Psicología de la Clínica San Rafael:

-¿Cuáles serían en tu opinión los principales problemas de que se le diera una óptica social al problema de la Enfermedad Mental?

Psic.-El trabajo social tiene que ubicarse en un sujeto ideológico y a la vez en la institución. Este sujeto --

ideológico entra donde puede y casi nunca es compatible con su ideología .Tiene que hacer algo que ya está dado por una institución.Hay ex^cepciones pero sí hay una política a la que hay que acoplarse .

Sí se dice que la salud es un problema social ,hay que solucionar primero lo social ,para despues abordar cualquier problema .Surge así el enfrentamiento entre el sujeto ideológico y la institución .

Además,nos enfrentamos a la falta de politización en México .

-¿Ahora ,qué implicaciones y posibilidades tiene la Psicología social en este campo ?

Psic.-Bueno,la Psicología Social tiene como objeto de estudio la sociedad,su transformación,su politización y que tambien son campo del sociologo,antropologo social,y del psiquiátra comunitario.

El problema radica en que los programas de salud no tienen la infraestructura necesaria para cubrir los problemas de salud.Por otra parte la gente no participa y peor -- aún no sabe quein es el Psicólogo y que hace .

Así,aunque el psicólogo está incluido dentro del -- programa de salud dende hay otros profesionistas ,sí te pasas de lo programado hay problemas legales siendo nuevamente un problema ideológico.

Ahora ,desde otro punto de vista el psicólogo social ve primero al ser social y despues al individuo .En ésta me-

dida el psicólogo social es el único que tendría los elementos, los psicólogos clínicos con tendencias psicoanalíticas no tenemos a que ir, vamos a papalotear o por que la institución nos manda. En ocasiones se plenea y se va a la comunidad pero no se hacen nada, por que no sabemos que hacer.

Si vamos a razonar como individuos no podremos lograr nada, pero sí, si vamos pensando en el ser social, y sólo el Psicólogo Social esta capacitado para ser el organizador del programa ya que ni el Psiquiatra lo enfocaría así

Ahora la segunda entrevista que se realizó fué con el Dr. Roberto Arón B., residente del Centro de Salud Mental Comunitaria San Rafael:

-¿Cuál es para tí la función del psicólogo social en un centro como éste?

DR.-Partiendo de la concepción del ente biopsicosocial y dado que estos factores se encuentran íntimamente relacionados, la psicología social presenta dos funciones principales en un Centro de Salud Mental:

1) En el tratamiento de la enfermedad mental, concibiéndola como producto de la relación entre el ser humano y el medio que lo rodea.

2) En la prevención de algunos estados consecuentes a la marginación social (vgr. Alcohólicismo, farmacodependencia, etc.).

2- CONCEPCIONES DE LOCURA A LO LARGO DE LA HISTORIA.

Toda enfermedad surge como resultado de un conflicto tanto físico como social y cultural. Esto es ya que todo individuo forma parte de una comunidad; por lo tanto para iniciar un tratamiento con el enfermo es necesario analizar tanto su aspecto biológico como el sociocultural. A este respecto Mario Timio (1976) en su libro "Clases sociales y enfermedad" nos dice que, al darle mayor importancia a cualquiera de los tres aspectos mencionados anteriormente nos impediría tener un verdadero diagnóstico del enfermo y por lo tanto lograr una verdadera curación. Todos sabemos que el Psicólogo durante su tratamiento llega a considerar el aspecto biológico de sus pacientes como una mínima parte dentro de su diagnóstico y tratamiento, dándole mayor importancia al aspecto social y cultural, entonces ¿El tratamiento psicológico no logra una verdadera curación en sus pacientes?

Ahora que si nos enfocamos a las enfermedades físicas y enfermedades psíquicas, vemos que la consideración de M. Timio entraría dentro de las enfermedades físicas, de esta forma concordamos con su punto de vista; pero en lo referente a las enfermedades psíquicas estaríamos en desacuerdo ya que consideramos que se debe de dar un mayor peso al medio social y cultural en el cual se ha desarrollado y del cual es producto el individuo y cuyas transformaciones le exigen una rapi

castigo de Dios, y los cuales ya a finales de esta época desaparecen por completo, pero toda la mistificación que los rodeaba permaneció fuertemente arraigada a la sociedad: "[. . .] Durante siglos estas extenciones pertenecieron a lo inhumano" . . . (1)

A estas tierras rápidamente se les dió una nueva utilidad ahora los considerados como incurables y "locos" -- eran los aislados de la sociedad, siendo rodeados del misticismo de que habían sido objetos los leprosos .

Parecería que su existencia era importante para el grupo social en el que vivían, que existía la necesidad de temerles y rodearlos de creencias religiosas y mágicas para que así los pudieran expulsar de su núcleo, sin que con esto se buscara su cura o desaparición total.

Posteriormente , durante el siglo XV esta conceptualización se ve modificada ligeramente , por una parte se les continuaba viendo como manifestaciones de la furia de Dios, sin embargo se creía que no por esto Dios los había "corrido" de su seno; mientras que por otro lado, se continuaba expulsándolos pero ahora se pensaba que : "[. . .] La exclusión es una forma distinta de comunión [.] exclusión social pero reintegración espiritual" . . . (2)

Empero, su exclusión no implicaba reclusión, sino que eran expulsados definitivamente de su ciudad y tenían que vivir una vida errante siendo nuevamente expulsados de todas las ciudades a las que llegaban, en ocasiones se les confiaban a un grupo de mercaderes o peregrinos que se encargaban de alejarlo de su ciudad. Pero se vió que ésta no era -

la forma adecuada de solucionar el problema ya que el índice de "locos" e incurables continuaba en ascenso notablemente por lo cual cada ciudad se propuso hacerse cargo de sus ciudadanos que padecieran estos males, expulsándose únicamente a los extranjeros que llegaran a sus ciudades, pero esto no significó que también se mejorara su tratamiento ya que se optó por arrojarlos a las prisiones sin que hubiera preocupación por su restablecimiento.

Foucault (1964) nos dice que el expulsar a los considerados como "locos" no sólo tenía una utilidad social sino que es una especie de rito ya que en ocasiones eran golpeados y correteados hasta salir de la ciudad.

Va para fines de la Edad Media la locura no era vista como un castigo o defecto, ahora su concepción se empieza a enfocar hacia lo filosófico "(...)una especie de sinrazón - de la cual nadie es culpable(...)"... (3) y en la cual el hombre es reducido a "nada" viéndose en la locura a la muerte. Es enfocada a la literatura y filosofía como la locura empieza a abandonar sus mistificaciones mágico-religiosas - enfocándose más hacia la sátira moral

A lo largo de esta época el "loco" era considerado como poseído de ahí que fuera considerado como algo sagrado.

2.2 RENACIMIENTO.

Con el fin de la Edad Media y la entrada del renaci

miento, la concepción de locura tuvo un notable cambio.

La "locura" no es otra cosa más que la nimalidad del hombre, se pensaba que esto contenía una sabiduría simbólica que provocaba la Tentación de los demás. En esta época la locura esta compuesta de lo imposible, de lo inhumano, de lo que atenta contra la naturaleza; siendo precisamente por ésto como adquiere su poder; el cual se interpretó como la inversión del hombre y del animal. El hombre ya no atacara al animal, ahora era el animal quien lo perseguía.

Como se puede observar en esta época la influencia de la literatura y filosofía es notable; y su entendimiento sobre la locura se basaba en la metáfora de concevir al "loco" como el animal que todo hombre lleva dentro y el cual no ha sido dominado por los valores y las normas de la sociedad y toda la robia, furor y "monstruosidad" que tenía el loco demostraban lo que en realidad era el hombre.

Como resultado de esta nueva conceptualización, ahora lejos de aterrorizar, la locura es considerada como enigmática ya que era la que conocía todo lo difícil y esotérico del ser humano. Por lo tanto se pensaba que la locura -- era Saber, era el saber prohibido "[.] sin duda predice a la vez al, reino de Satán y el fin del mundo [.]" ... (4) Aquí no se trataba del castigo de Dios como en la Edad Media ni de la manifestación del diablo; sino que era la propia naturaleza del hombre.

Como todos sabemos en esta época histórica hubo un-


gran auge de todas las ciencias, las cuales se desarrollaban de un momento a otro; todo ésto también fué produciendo cambios en la conceptualización de la locura y que fué nuevamente vista como un "castigo", pero ya no como un castigo de Dios, sino como el castigo del Saber o sea el ser Ignorante, ésto era por que se le consideraba como el resultado de una ciencia inútil y desordenada que se basaba en las discusiones y no en las experiencias. Ya no ~~era~~ la representación de las fuerzas misteriosas del mundo, sino que era la manifestación de las debilidades, de los sueños y de las ilusiones del hombre, ya no tenía que ver con la naturaleza y el mundo ahora era la verdad del hombre, el como se percibía el mismo enfocándose más hacia lo humano dejándose de lado todo lo mágico y religioso que la había rodeado.

Es tomando en cuenta lo anterior como vemos que se abrió una relación entre locura y razón, en donde se pensaba que toda locura tenía su razón que la juzgaba y toda razón tenía su propia locura que le facilitaba llegar a su verdad.

Sin embargo, la influencia de la religión apareció rápidamente; aunque no tan exclusivamente como años atrás:

"En relación con la Sabiduría, la razón del hombre no era más que locura; en relación con la endeble sabiduría de los hombres, la Razón de Dios es arrebatada por el movimiento esencial de la Locura [...], nunca hay locura más que por referencia a una razón, [...]"... (5)

La locura ya no existía como propia estaba condicionada a la razón, y la razón a la locura.

Como se puede observar en todo el ciclo XVI y XVII- la conceptualización de la locura estuvo confusa, permaneciendo desconocida ya que se buscó esclaracer su conocimiento alejandolo de lo místico, y se cayo en el arte y filosofía = de la locura. 

En relación con ésto, en el siglo XVIII se mencionaron cuatro tipos de locura:

a) Locura por Identificación Novelesca-Aquí la locura juzgaba los valores y representaba la imaginación humana.

b) Locura de Vana Presunción-El "loco" se identificaba consigo mismo y adquiría todos los poderes y virtudes que deseara.

c) Locura de Justo Castigo-La locura castigaba a través de sus trastornos al sujeto que la sufría.

d) Pasión Desesperada-La locura era vista como el resultado de un fracaso o decepción amorosa, donde era el castigo que conducía a la muerte.

2.3 EPQCA CLASICA.

Toda la fuerza que había adquirido durante el Renacimiento el fenómeno de la Locura, con la influencia de Descartes durante el clasicismo queda nuevamente opacada.

Descartes ubicó a la locura en el mismo plano del -

del sueño y con ésto la redujo a otra forma de error. Sin embargo afirmó que en el sueño existía la posibilidad de dudar sobre una verdad, mientras que en la locura ésto no era posible, firma que ningún sujeto puede suponer o pensar que está loco ya que considera a la locura como "... es condición de imposibilidad del pensamiento.....(6)

Logra separar a la locura de la razón con quien fuertemente se le había tratado de unir durante el Renacimiento. Ahora se la ubicaba como un error, como el riesgo que se corre con la ilusión. Se separó de la razón, que implicaba - que el sujeto conservara sus derechos a la verdad y los cuales no se encontraban en el "loco".

Ya en el siglo XIX los locos se encontraban reclusos en internados, en donde eran abandonados por los psiquiatras, no sin que éstos se la pasaran vanagloriándose de haberlos liberados de los destierros y de las prisiones en -- que anteriormente eran encerrados. Fué de esta forma como en 1656 se formó el primer hospital psiquiátrico en París, conocido como Hospital General, que abarcaba todos los establecimientos ya existentes. La función de este hospital era la de acoger y alimentar a los locos que llegaran por sí mismos o enviados por la realeza o justicia, no siendo un establecimiento médico sino una estructura jurídica que se ubicaba - entre la justicia y la policía; convirtiéndose en el tercer aparato represivo del estado representado por el rey.

Este primer hospital fué seguido por el decreto del rey de Francia en el cual se proclamaba la ley de establecer un Hospital General en cada una de las ciudades. Todo este movimiento es apoyado por la iglesia que distribiyo los bienes de sus fundaciones en sus hospitales cuyas funciones se tornaron análogas a los Hospitales Generales. En todos estos hospicios se encontraban los pobres que eran sostenidos por sus familiares o el rey, sin embargo, existían celdas de detención y alas de encierro.

Howard, se encargó de recorrer todos estos hospicios detectando que ellos se encerraba tanto a vagabundos y jóvenes que perturbaban la tranquilidad de sus familias, como a los insensatos, nombre que recibían los antiguos locos.

La finalidad del confinamiento es la de lograr una nueva sensibilidad hacia la miseria, frente a los problemas económicos que causaban el desempleo, y la ociosidad, y más importante que esto, el crear una nueva "obligación moral" de los ciudadanos que bien podrían confundirse en una ley civil contra vagabundos, delincuentes y locos.

Con la iglesia sintió que perdía su poder de caridad y argumento que : "...Parecen quitar al gesto individual su mérito particular, y a la misera su dignidad eminete.....(7)

Sin embargo, el estado lo siguió considerando como su deber hasta que años despues la iglesia lo aprobó.

En esta época se mencionaba mucho el "gran encierro" con lo cual se modificaba la concepción religiosa y ya no

se les veía como castigo de Dios, pero no por esto se aceptó desprender a la religión de este fenómeno social, sino que - en 1693 se dividió a los pobres en buenos y malos, o sea los de Jesucristo y los de Satanás. Se decía que los primeros es taban contentos con su condición y agradecían todo lo que - las autoridades les daba en nombre de Dios. Mientras que los del demonio deberían ser privados de su libertad que estaba a beneficio de Satanás, éstos maldecían al estado y a las - instituciones que los socorrían.

Con toda esta concepción vemos el papel que jugaba la Iglesia y comprobamos una vez más su función como aparato ideológico a función de los intereses del Estado, ahora que si consideramos todos los antecedentes culturales sobre éste fenómeno, y la importancia que ha tenido y tendrá el -- factor religión en la sociedad, podremos comprender que aún - los locos, y pobres están teniendo una función dentro de su- sociedad, que es la de no acatar las (normas) ya sea religio-- sas como estatales, es el que (perturba el orden social), él - que debe ser condenado y confinado.

Este confinamiento no tenía por finalidad la cura-- ción, sino que se les utilizaba como mano de obra barata y - el mismo tiempo se les quitaba de la sociedad encubriendo - el alto índice de desempleo.

Es de esta forma como la locura perdió su libertad y el inicio de esclarecerla que había adquirido durante el Re nacimiento. Ahora se les ligaba a la moral y se les castiga ba como sujetos morales.

Con este confinamiento, con sus prácticas y reglas se había construido que estaba unido, era coherente y que tenía su propia función. Esto imperceptiblemente condujo a esos pobres, ladrones y vagabundos hacia la locura.

Ya en el siglo XVIII esta población recluida es aumentada por aquellos que padecían enfermedades venereas, sin embargo, sólo se recluía a aquellos que la habían adquirido fuera del matrimonio. Para esto sí existía una terapia en la cual se combinaba lo médico con lo moral siendo considerada como "impureza", más que como enfermedad. Esta terapia duraba 15 días al término de los cuales se consideraba que se había reunido a Dios, quedando curados y dados de alta. Todo este tratamiento fué ya durante el siglo XIX desplazado y levemente modificado, hacia la locura.

En esta época la sexualidad es puesta sobre la línea divisoria de la sinrazón, y en donde la homosexualidad es unida a la locura, es parte de la sinrazón, es lógico decir que la prostitución se une a las anteriores. Con esto el internamiento está funcionando como controlador de la estructura familiar siendo ella la que exige y obtiene el internamiento. Es hasta fines de este siglo cuando la gente y el poder monárquico trataron de romper su solidaridad con las exigencias familiares.

En esta época los suicidios aumentaron en índice, por lo cual es con quienes han tratado de suicidarse con quienes se aplicaron por primera vez los "aparatos de coac-

ción " que se usaron como terapéuticos , y fueron: la jaula - de mimbre o el armario.

A esta población se le unió la de libertinos y alquimistas los cuales se encontraban dentro de la sinrazón. Pero es en esta época se adquirió un aspecto de un aspecto de fenómeno humano y se consideraba que este hombre era tomado del mundo social con lo cual la locura era bruscamente investida dentro del mundo social. Sin embargo, se le desconocía como enfermedad, sólo se le veía como un desorden.

Existían hospitales tales como el Hotel-Dieu en los cuales se internaba a todos aquellos que tuvieran posibilidad de curarse dándoseles remedios tales como: Sangría, purgas, vejitorios y baños. En el resto de los hospitales la asistencia médica estuvo destinada para aquellos que caían enfermos comprobándose una vez más que a la locura no se le consideraba enfermedad. No existía una curación, sino que su internamiento se daba por terminado cuando se mostraban arrepenidos. Sin embargo, es en esta época cuando la sensibilidad médica empieza a surgir ya que era sólo él quien podía introducir a alguien en el mundo de la locura, sólo el podía distinguirlo. Pero era la Iglesia la que tenía un mayor poder para juzgar a la locura, incluso mayor que el del Estado la familia y la vecindad también interferían para el internamiento de un sujeto, dándose ocasiones en que un sujeto no se internaba por deseos de la familia sino por la influencia de la vecindad y parientes lejanos. Y es así como sobre una base jurídica la ciencia médica empezó a formar una me-

dicina de las enfermedades mentales, pero sólo era vista como una unidad mítica del sujeto considerado como jurídicamente incapacitado, y del hombre que era perturbador del grupo al cual se pertenecía. Convirtiéndose como condición previa el análisis de su capacidad como persona jurídica. Y es precisamente en este momento cuando Pinel y un grupo de psiquiátras pretendieron ver, por primera vez, al loco como ser humano.

2.4 S GLO XIX Y XX.

Fué ya durante esta época cuando la familia empieza a tener un papel importante dentro de la locura, convirtiéndolo así en un problema Psicológico.

"...Y, al convertirse así en forma principal de la sensibilidad hacia la sinrazón, la familia podía constituir un diel lugar de los conflictos de donde nacen las diversas formas de la locura"...(8)

Así la psicopatología se sitúa en relación a un hombre normal existente anteriormente a la enfermedad mental.

Ese hombre normal no era natural sino que era producto de una creación de la sociedad, el loco estaba así por la cultura que lo había situado entre el decreto social del internamiento y el conocimiento jurídico que juzga la capacidad de los sujetos de derecho.

Se hicieron distinciones entre la forma de alienación :

-La limitación de la subjetividad.

ellas conserva su autonomía. Y es de esta forma como realmente se puede llegar a su conocimiento.

Durante los dos últimos siglos se ha supuesto que es en la conciencia analítica donde realmente se puede llegar a conocer a la locura viendo a las otras tres formas de conciencia como aproximaciones poco fructuosas.

Este continuo desconocimiento de la locura tiene su finalidad, que es la de reconocer a un loco sin bases que sustenten ese calificativo que conyeva al rechazo y aislamiento del sujeto.

Boissier de Sauvages nos dice que:

"no es necesario conocer la alucinación o el delirio que le aflige, que haga silogismos falsos; puede uno percibir fácilmente su error y alucinación por la discordancia que hay entre sus acciones y la conducta de los otros hombres"...(10)

Para poder conocer una enfermedad debemos de comenzar por tomar en cuenta las manifestaciones que de esta tenemos, que correspondería dentro de la medicina al método sintomático. En lo referente a la filosofía que es el conocimiento de las causas y de los principios, debe de basarse en lo histórico o sea en el conocimiento de los hechos ya que es a través de éstos como veremos más de cerca y en detalle a la enfermedad.

Y es de esta forma como desde Plater (1609) hasta Weickhard (1790) las diferentes clasificaciones que se han hecho sobre las manifestaciones de la locura:

PLATER en "Praxeor Tractatus" se refiere a las lesiones de los sentidos internos y externos. Los cuales pueden

Se refería a las regiones de irresponsabilidad del individuo el sujeto quedaba desposeído de su libertad por su locura natural y la intervención jurídica que lo hacía caer bajo el poder del curador.

-La toma de conciencia: El loco era reconocido como extranjero en su país, como el Excluido. Aquí se le asignaba una culpabilidad moral. Esta forma de alienación parecía ser una condenación ética.

De la confusión que surgió de esta forma de alienación, surgió un extraño concepto, el de la alienación psicológica que se pensaba fundamentado en la psicopatología.

En este siglo XIX es cuando el racionalismo concebía a la locura en el plano de la razón, pero ya no en base a su perturbación, sino en base a que la vida moral estaba falseada o sea, en que la voluntad era mala. Se consideraba que era en base a la moral (su calidad) donde se encontraba el secreto de la locura.

El internamiento de este hombre no tenía por base ver si la razón había sido afectada, se debía a la reflexión de la voluntad. Esto no se encontraba de manera evidente, pero se denunciaba a través del tipo de internamiento, en donde a la locura se le relacionaba con el mal, ahora dado en su voluntad.

Y es sólo esta conciencia "moral" la que permite, por primera vez, la indignación hacia el trato inhumano de que los locos habían sido objeto siglos atrás; sin que por

ésto pensemos que la locura era finalmente vista como enfermedad y como un acontecimiento humano. Dentro de su confinamiento tenían reservado un lugar en particular, el del Escándalo, su internamiento era justificado como el medio por el cual se evitaba el escándalo pero sin embargo, con ésto se delataba la vergüenza que provocaba y la cual era organizada por el internamiento.

La Iglesia también modificó su conceptualización de la locura, en donde el respetar a la locura era reconocer la verdad humana, era el límite esencial del humano.

"...El siguió una ruta de Pasión, que es también la ruta de las pasiones, de la sabiduría olvidada y de la locura. Y por ser una de las formas de la pasión, la locura se ha de convertir en objeto de respeto y compasión para las personas que la sufren"...(9)

Era un hecho de la naturaleza, la región del hombre donde nace el escándalo, "la locura" que era la forma en que se lograba la abolición del hombre.

La psiquiatría positivista del siglo XIX y XX, si bien han dejado de lado las prácticas del siglo XVIII, han conservado la unión de la locura y de la sinrazón que ahora han sido desplazadas hacia la objetividad psicológica de la locura.

Sin embargo, y pese a los esfuerzos para hablar de la locura como enfermedad mental, con la cual se implicaba una objetividad alejada de los valores patéticos y confusos de la patología y de la filantropía ; se continúa con el antiguo debate, pero bajo diferentes formas, en lo que respecta a los tipos de conciencia:

a)Conciencia Crítica de la locura-Esta conciencia - se apoya sobre los valores y más claramente sobre los valores de la razón.Esta forma de conciencia no define a la enfermedad mental,la denuncia.

b)Conciencia Práctica de la Locura-Se considera es- una realidad concreta ya que se da dentro de un grupo porta- dor de la razón,y se rege por las normas que sus integran- tes impongan.Son ellos quienes pueden designar a los que se encuentran fuera de él,atribuyendoseles la capacidad de es- coger esa otra vía y de esta forma se les justifica.

Esta forma de conciencia es una reacción de defensa contra este fenómeno,y con lo cual se estan reactivando las antiguas obsesiones de horror.Se encuentra mezclada con ci- erta concepción política,jurídica y ecenómica del individuo en la sociedad.

c)Conciencia Enunciadora de la Locura-Se refiere a- la existencia sustantiva;a la existencia de alguien que es- tá loco,locura que es vista como carente de toda calidad y- de todo juicio.

d)Conciencia Analítica de la Locura-Esta conciencia está alejada de los peligros,del retroceso en el objeto del conocimiento.Se refiere a la totalidad de sus fenómenos,si- endo esta conciencia la única que funda la posibilidad de - conocer de forma objetiva a la locura.

Todas estas formas de conciencia se apoyan subrepti- camente las unas en las otras,y sin embargo,cada una de --

estar dañados conjuntamente o por separado. Dentro de este libro las enfermedades se definiran tanto por sus causas, como por su contexto patológico y sus sintomas anexos. Define cuatro enfermedades:

- Mentis Imbecillitas.
- Mentis consternatio.
- Mentis Alienatio.
- Mentis defatigotia.

Jonston en "Idea universal de la medicina" (1644) - refirió que las enfermedades cerebrales forman parte de las orgánicas. Más que hablar de enfermedades se refiere a perturbaciones:

- Del sentido externo.
- Del sentido común.
- De la imaginación.
- De la razón.
- Del sentido interno.
- De las excreciones.

BOISSIER de Sauvages en "Nosología metodológica" - (1763) las dividió por clases.

- | | |
|----------------|--|
| IV Vicios. | VI Debilidades. |
| II Fiebres | VII Dolores. |
| III Flegmasías | VIII Locura (alucinaciones, morosidades, delirios y locuras anormales) |
| IV Espasmos | |
| V Ahogos | |

LINNEO en su libro "Genera Morburon" (1763) se refirió a las enfermedades mentales agrupandolas en tres tipos:

- Ideales.
- Imaginativas.
- Patéticas.

Por último WEVKHARD en 1790 dentro de su obra: "Der philosophische arzt" se refirió a dos tipos fundamentales de enfermedad:

- Enfermedad del espíritu.
- Enfermedad del sentimiento.

Ya durante el siglo XIX se habla de dos grandes especies: Manía, paranoia, o demencia precoz.

Actualmente dominan dos tipos de clasificaciones: la psicoanalítica y la psiquiátrica.

La Psicoanalítica-Se basa en dos estructuras fundamentales: Neurótica y psicótica.

Mientras que la Psiquiátrica se basa en lo que conocemos como D.S.M.III que habla de : depresiones, angustias, fobias, manifestaciones orgánicas, reacciones obsesivas, alteraciones sexuales, alteraciones de la conciencia, alteraciones de la inteligencia, alteraciones de la memoria, estados paranoides y esquizofrenia.

Es conveniente aclarar que estas clasificaciones no sólo se refieren a la Enfermedad Mental, sino que también abarcan estructura que no requieren de un internamiento.

El que actualmente contemos con clasificaciones tan completas no ha significado que se ha llegado a un verdadero conocimiento de la Enfermedad Mental, ni que sus tratamientos

sean del todo satisfactorios.

"... La psiquiatría moderna ha convertido la sinrazón en enfermedad mental. Ha liberado a los locos de sus celdas, ha clasificado las afecciones de psicosis y neurósis, ha determinado por qué un enfermo dado sufre ciertos trastornos dados y no otros diferentes; pero sigue sin poder decir por qué está loco. Existen ciertas teorías de inspiración psicoanalítica y fenomenológica que consideran la alienación como un trastorno de la comunicación, como una perturbación del lazo interhumano y la locura como una uída de la realidad en favor de un modo de existencia imaginario". ..(11)

A este respecto encontramos que Thomas Szasz en su libro de "Razón locura y sociedad" nos dice que los llamados "pacientes mentales", no tienen enfermedades médicas y corporales, sino que son enfermedades de tipo funcional y que por lo tanto no podemos considerarlas como verdaderas enfermedades ya que ninguna enfermedad puede afectar a la mente.

Maud Mannoni (1970) nos dice que la Enfermedad Mental se refiere a criterios de adaptación social en donde para evitar que el orden sea perturbado se internará al "enfermo" en el Hospital Psiquiátrico que es el nombre con el cual conocemos actualmente al antiguo asilo, y en donde curarse significa reincorporarse al grupo de los "bienpensantes", y en donde si bien la sociedad no ha creado su enfermedad mental, sí se encarga de conservarlo aislado en el Hospital -- Psiquiátrico.

Freud dió también una explicación sobre este fenómeno, el se refería a la distancia que hay entre la realidad y el placer, ésta hace que el destino del hombre esté ligado a cierta desgracia del ser, la cual puede ser radicalmente negada para posteriormente ser expresada en la rebelión del loco y en su delirio. Al negarse a verse como hombre dentro del mundo que rechaza, esta golpeándose y excluyéndose a sí mismo.

Lacan en 1950 nos dice que la estructura de la locura se encuentra en la naturaleza del hombre, entre la discordancia del yo y del ser que exige del hombre su elección de Ser hombre.

Por otro lado la concepción religiosa ha permanecido influyendo en este fenómeno de la sociedad, sin embargo - ahora ya no es la única proveedora de los valores morales, - también el médico trata de promoverla. Y es así como podemos ver que la concepción de Enfermedad Mental ha persistido como mito religioso, donde se habla de sano de "espíritu", y - en donde ahora médico y religión buscan la expulsión de este enfermo del mundo "razonable".

"...Si uno va a la Iglesia y habla con Dios, a eso se le llama rezar. Si sale - uno de la iglesia y le dice al policía de la esquina que Dios ha hablado con uno, eso es esquizofrénia!..(12)

En lo referente a la curación, tenemos que aquellos que curan tienden a hacerlo en base a criterios normativos.

"Los "cuidados" (la socioterapia, la laborterapia, las reuniones de clubes, etc)

se inscriben en un contexto hospitalario que se aproxima al de las "prisiones"...(13)

La diferencia que podemos encontrar entre el psiquiatra actual y el del siglo XIX es que, ahora el médico se siente incomodo ante el papel de guardián que desempeña en la sociedad.

Sin embargo, ahora tenemos Hospitales Psiquiátricos donde existe personal calificado para atender, no sólo resguardar de la familia y sociedad, al Enfermo Mental, tampoco para alimentarlo; sino que ahora se busca una curación pero, ¿Realmente conocemos actualmente lo que es la Enfermedad Mental? ¿Hemos modificado lo suficiente nuestras concepciones y tratamientos de la Enfermedad Mental como para poder hablar de su curación?

Pensamos que, aunque el desarrollo en el conocimiento de este fenómeno no ha sido el necesario como para detener nuestras investigaciones y estudios al respecto; así como el hecho de que se prepare personal calificado para su atención, y las modificaciones en la forma de vida que la sociedad le ha dado; nos pueden permitir la posibilidad de que algún día llegemos a conocer qué es la Enfermedad Mental, cuál es su tratamiento adecuado. Sin que por lo anterior consideremos posible su desaparición de la sociedad en general.

3-REPRESENTACION SOCIAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL

070686

El hecho de que todo fenómeno sea reelaborado e inserto, según los intereses del modo de producción, en la ideología; es lo que se denomina reproducción de las instancias ideológicas que junto con las instancias de "producción y - distribución de bienes materiales" y las "jurídico-políticas" garantizan, al reproducirse la subsistencia del modo de producción

La reproducción de estas instancias es lo que Althusser (1) llama aparatos ideológicos del estado y que normatizan al sujeto, haciéndolo apto para ocupar el lugar que le está predeterminado por el modo de producción.

Ahora bien ¿qué sucede con aquel sujeto que por alguna razón escapa de la acción de alguno de los aparatos ideológicos del estado?

Pues bien, en primer lugar, al quedar este sujeto al margen de alguna de las normas sociales de que depende el sistema la instancia jurídico política se encarga, a través de las leyes, de marcarlo como enemigo de la sociedad, para en un segundo momento intervenga el aparato represivo del Estado que se encargara de segragar socialmente a este sujeto, para salvaguardar los intereses de la clase dominante. Hasta aquí el análisis parece más o menos obvio, pero existe un segundo momento en el que sujeto es cosificado, es decir transformado en objeto de conocimiento que por cierto justi

fica, la segregación social ,pero más importante aún. retroalimenta la instancia ideológica, demarcando los parámetros de normalidad y anormalidad, de lo bueno y de lo malo es decir creando los lineamientos bajo los cuales será visto ese "objeto" .

Es entendible entonces que la concepción colectiva de un "objeto" sea muy semejante y que los matices que este toma estan ampliamente definidos. En lo que respecta al enfermo mental la cosa no es diferente y como en los demás casos la representación social que de él existe esté determinada en buena parte por lo social.

3.1 DEL PENSAMIENTO SOCIAL AL PENSAMIENTO INDIVIDUAL.

Si bien los contenidos internos de un sujeto estan socialmente determinados. Es necesario recordar que los procesos histórico-sociales son procesos carentes de sujeto ya que la serie de sobredeterminaciones ideológicas sólo lo inscriben en lugares comunes para los cuales han sido "diseñados".

Dicho de otra manera, el sujeto es portador de un discurso que constituye la materialidad histórico-social y es en él. en quien las representaciones se manifiestan, es decir se constituye en pantalla sobre la cual el devenir histórico social se proyecta, y sólo así existe.

"La representación, tal y como la conocemos es el producto, el proceso de una actividad de construcción mental de lo real por un aparato psíquico humano. Esta construcción de lo real se efectúa a partir de las informaciones que el sujeto recibe a medio de los sentidos de aque

llos que ha recibido a lo largo de su historia y que permanecen en su memoria, y de aquellos que le llegan a partir de las relaciones que mantiene con los demás, individuos o grupos. Las informaciones son categorizadas en un sistema cognitivo, global y coherente en grados variables, que le permite hacer del mundo o de un aspecto del mundo una organización que puede comprender, actuar sobre ella, adaptarse o huir de ella (...) Esta actividad de reconstrucción mental de lo real, (...) se efectúa según las modalidades psicológico y socialmente determinadas e interdependientes."...(2)

pero la representación, no es el objeto mismo, dista mucho de serlo, sus características no son ni por mucho las mismas del objeto al que representa. Ello se debe a que existe un proceso de construcción de dicha representación en el cual el sujeto interviene como censor, que enmascara, resalta o modifica ciertos elementos de la realidad a través de su representación, producto de su propia actividad.

Esta realización de lo real (reconstrucción imperfecte del objeto) se constituye en el rector de la acción del sujeto en torno a aquel objeto que ha sido representado.

Ahora bien, ha sido demostrado (3) que los procesos perceptuales se orientan por el sistema de valores del grupo al que pertenece el sujeto. De ahí que no resulte difícil comprender que los miembros de un grupo tiendan a unificar sus representaciones y con ello a adoptar modos comunes de actuar y ver sobre el mundo.

Por otro lado es preciso recordar que las representaciones adquieren su materialidad a través del discurso y es sólo en éste en el que la representación se manifiesta, por lo tanto para estudiarla es preciso el análisis de los

conceptos, frases y palabras comunes en cada grupo.

En base a lo anterior podemos decir que la representación es el vínculo a través del cual el sujeto se enlaza a la realidad y al resto del grupo al que pertenece.

En síntesis la representación social es un medio de apropiación del "objeto" que está doblemente determinado - por una estructura psíquica y por la estructura social.

3.2 ELEMENTOS QUE CONDICIONAN LA FORMACION DE LA REPRESENTACION SOCIAL.

➔ Según Moscovici existen tres factores que determinan el surgimiento de la representación social.

El primero de ellos es la inconsistencia de la información que recibe el sujeto, y que se puede precisar o unificar arbitrariamente merced a la carencia de un fundamento sólido para el conocimiento.

La segunda depende de lo central que resulte tal o cual objeto para un grupo o individuo determinado (esto en base a la cultura a la que pertenezca).

Y por último el condicionamiento social que obliga a los sujetos a actuar, opinar y comunicar, en un tiempo menor al que cualquier comprobación requiere, imponiendo así a la inferencia como vía principal de conocimiento del objeto en cuestión.

Así, de la interacción de las tres condiciones dependerá la naturaleza y estructuración de la representación así como las diferencias entre grupos y aún entre individuos

en la forma de representación de un objeto particular.

→ 3.3 CONTENIDO DE LA REPRESENTACION SOCIAL.

La representación social es susceptible de un análisis dimensional en base a : la actitud, la información y el campo de la representación ; semejante análisis, según palabras del propio Claudine Herzlich:

"...Hace posible un estudio comparativo de los grupos según la diversidad o la unidad del contenido y de la estructuración de la representación"...(4)

La dimensión de actitud, implica la orientación general, positiva o negativa , frente al objeto de la representación. La segunda de las dimensiones la información se refiere a la mayor o menor cantidad de conocimientos respecto al objeto social. Sin embargo, el factor cualitativo también juega un papel importante dentro de la representación.

Por último, el factor es el de campo de representación que está determinado por la categorización jerárquica de un modelo social determinado y el lugar, que en una cultura particular tiene el objeto de la representación.

Concluimos que en base a todos los puntos ya citados respecto a la representación social, la "enfermedad Mental" es objeto de representaciones y estas determinan las actitudes que respecto al enfermo mental se tomen, por lo tanto esta conceptualización teórica es perfectamente útil en el estudio de una de las problemáticas que se agrupan en torno a la enfermedad.

INVESTIGACION.

INVESTIGACION.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las diferencias en la "representación social de la enfermedad mental" entre un grupo de padres de enfermos mentales y padres de familia sin esta característica?

¿Cuáles son las categorías e indicadores a través de los cuales la representación social de la enfermedad mental es verbalizada?

VARIABLES.

- Variable Independiente: Ser padre de un sujeto enfermo mental.

- Variable Independiente: Ser padre de familia y no tener ningún hijo enfermo mental.

DEFINICIONES:

Enfermedad Mental-Desorden de tipo psicológico cuyas manifestaciones alejan al sujeto de su contexto y realidad social inhabilitándolo para la producción.

Representación Social de la enfermedad mental: Abstracción más o menos deformada sobre lo "real" de la enfermedad mental que constituye un modo de apropiación de fenómeno y que determina las actitudes de la población hacia los problemas de carácter psicológico.

OPERACIONALIZACION.

Variable dependiente: a través de la contestación a la pregunta de ¿Cómo definiría a la enfermedad mental?

HIPOTESIS:

En tanto que es un estudio de carácter exploratorio, se carece de la información mínima necesaria para el planteamiento de la hipótesis.

METODOLOGIA.

Los sujetos del grupo de padres de enfermos mentales fueron proporcionados por la institución, por lo tanto no se puede realizar una selección aleatoria.

El segundo grupo, el de padres de familia sin hijos enfermos mentales fué elegido al azar

INSTUMENTO.

En la medida que la materialidad de la representación social es el discurso, se ha optado por emplear como instrumento la entrevista abierta que nos resultó el modo más directo de detectar lo que pretendemos.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

Esta investigación se ajustó a un diseño bimusual. Se trata de un estudio de campo a nivel exploratorio de tipo Ex-post-facto. Ya que la variable Independiente estaba dada de antemano.

	K
PEM	12
~PEM	12

Donde: K=número de sujetos.

PEM=padres de enfermos mentales.

~PEM==padres sin hijos enfermos mentales.

Las limitaciones que impone la investigación al interior de cualquier institución psiquiátrica, dificultan el control de las variables, sin embargo se mantuvieron constantes:

- El nivel socio-económico entre ambos grupos.
- Se empleo como instrumento la entrevista abierta.
- El tipo de análisis fué lo más homogéneo posible

PADRES SIN HIJOS ENFERMOS MENTALES

DEFINICIONES	CAUSAL						DESCRIPTIVA			ACTITUDINAL		COMPARA			
	F	S	O	V	H	Ps	Sx	D	C	E	Am	Fav	Desf	A	Sem
	1 Una gente que no sabe lo que hace.										X				
2 Es algo que tiene una deficiencia con el funcionamiento del cerebro, con varios -															
3 orígenes.			X												
4 Como toda enfermedad es un desequilibrio que se manifiesta, entre la persona, su -															
5 organismo y el medio ambiente.	X	X													X
6 Una relación desequilibrada con el medio										X					
7 Pérdida del equilibrio emocional, pérdida de la armonía de pensamientos. Falta de															
8 confianza en sí mismo.										X					
9 Puede ser una consecuencia de una enfermedad física que no se puede identificar															
10 Psicológicamente como forma de atraer la atención de la familia o medio, ya que se															
11 siente marginado.			X							X					
12 Una especie de complejos o tener ausentismo de algo.										X					
13 El no estar capacitado para comprender -															
14 nuestro diario vivir.										X					
15 Una enfermedad del cerebro. Cambio de personalidad.			X							X					
16 Se dá desde que está formandose la persona.				X											
17 Puede ser psicológico, adquirida, hereditaria o por traumatismo.			X	X	X	X									
18 Por problemas, por enfermedad, los problemas lo provocan.			X	X											
19 Desequilibrios leves o fuertes. Que no se tenga la fuerza del cerebro.								X		X					
20 De una persona que no coordina bien sus ideas. No se dá cuenta de la realidad. No ve las cosas diferentes y la gente se dá											X	X			
21 cuenta de que anda mal.															
22 Cuando el sistema nervioso se ve quebrantado. Se altera la conducta			X							X					

INTERNADOS EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO.

TIVA	DE ENUNCIACION									
	Personal	Impersonal								
	X									1
										2
										3
				X						4
										5
				X						6
				X						7
										8
										9
	X									10
										11
										12
										13
										14
	X									15
				X						16
										17
				X						18
										19
				X						20
										21
				X						22
										23
	X									24
										25
				X						26
										27
				X						28
										29
				X						30
										31
										32
										33
	X									34
										35
				X						

PAIRES SIN HIJOS ENFERMOS MENTALES INTERNADOS

DEFINICIONES.	CAUSAL								DESCRIPTIVA			ACTITUDINAL		COMPARATIVA	
	F	S	O	V	H	Ps	Sx	O	C	E	Am	Fav.	Desf.	A	Sem.
16 Toda aquella alteración del pensamiento y emociones. Se dá una conducta anormal.										X	X				
17 Desajuste emocional. Desajuste familiar o por problemas de desajuste emocional o de personalidad.	X			X											
18 Es la persona que sufre efectos psicológicos que le hacen cambiar su conducta que está establecida por una sociedad determinada.											X				
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															
32															
33															
34															
35															

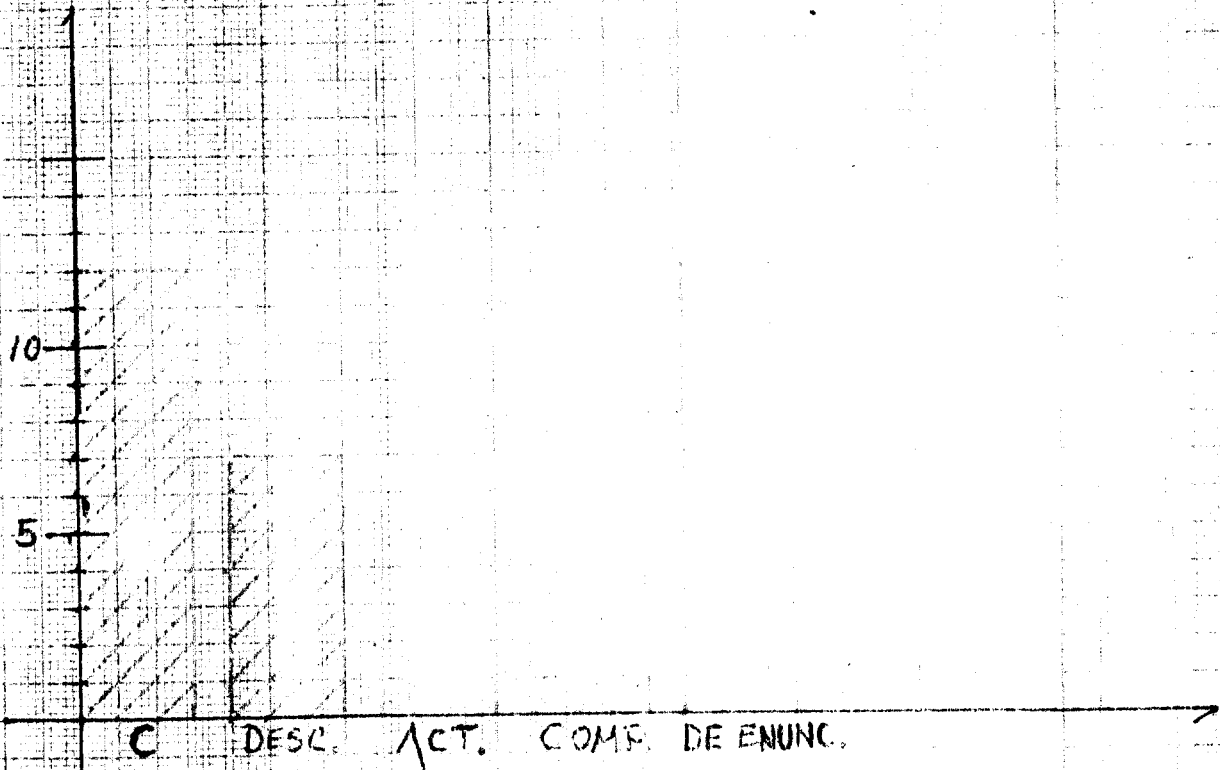
EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO

IVA	⁶ DE	⁷ ENUNCIACION	⁸	⁹	¹⁰	¹¹	¹²
G	Personal	Impersonal					

								1
								2
		X						3
								4
								5
		X						6
								7
								8
								9
	X							10
								11
								12
								13
								14
								15
								16
								17
								18
								19
								20
								21
								22
								23
								24
								25
								26
								27
								28
								29
								30
								31
								32
								33
								34
								35

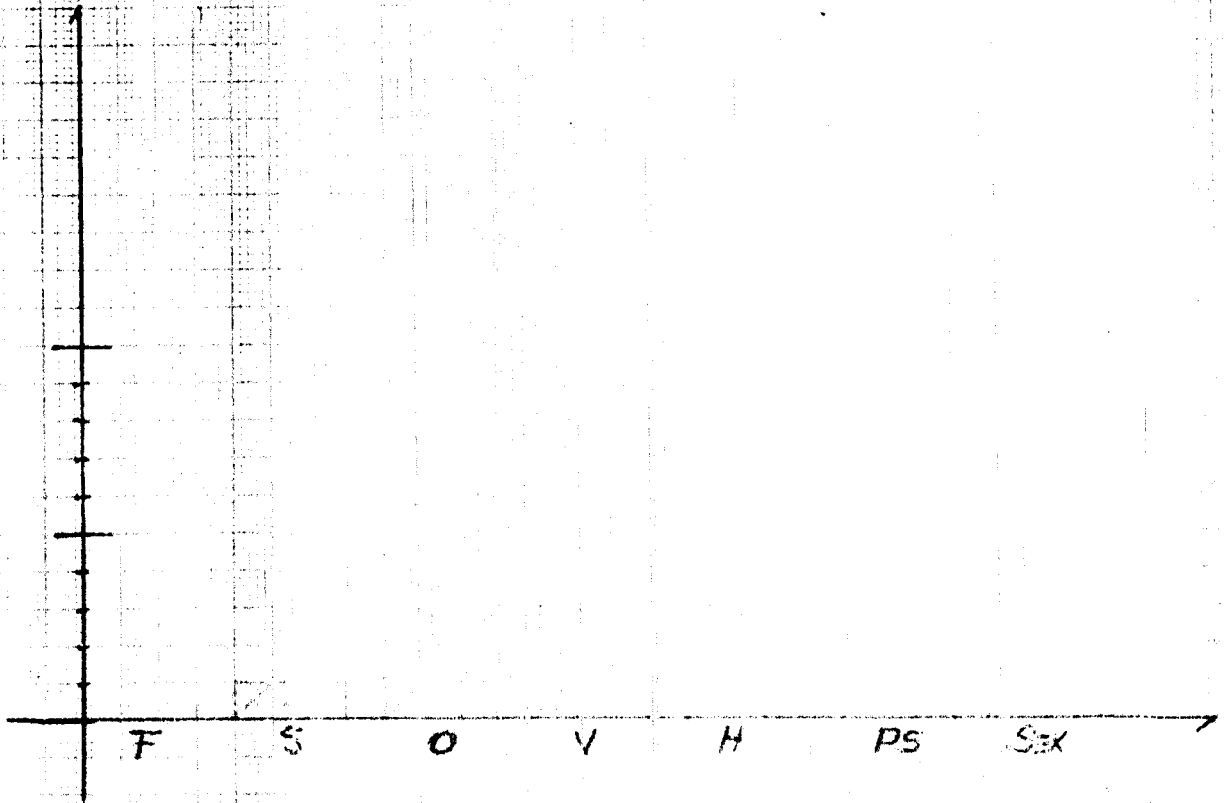
CATEGORIAS

070686



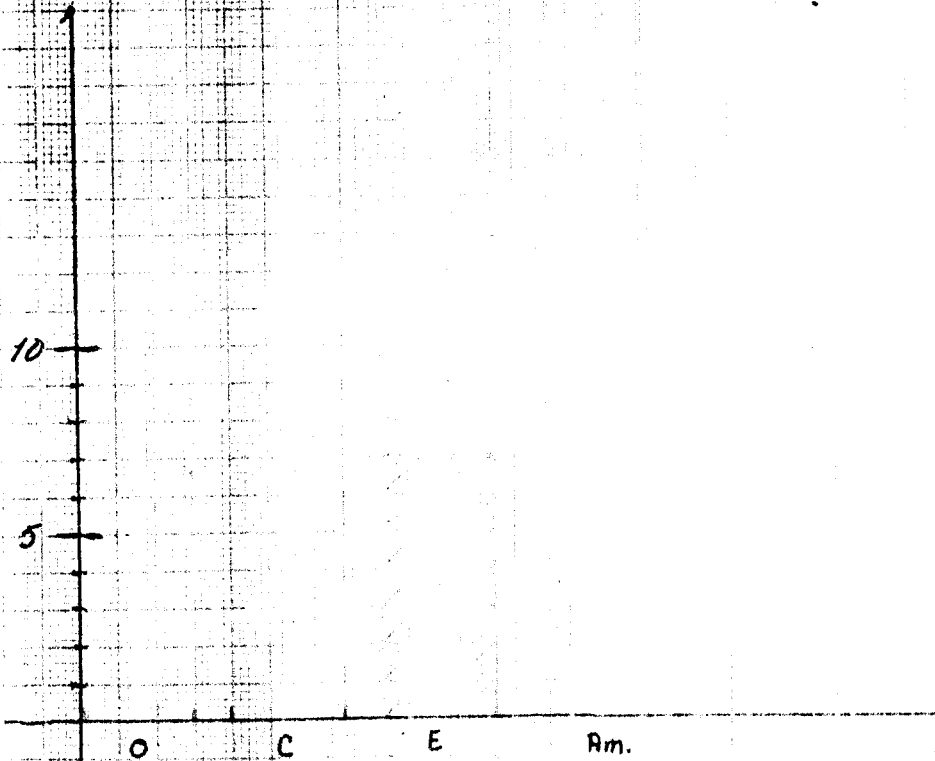
C = CASUAL
 DESC = DESCRIPTIVA
 COMP = COMPARATIVA
 DE ENUNC = DE ENUNCIACION

CAUSAL



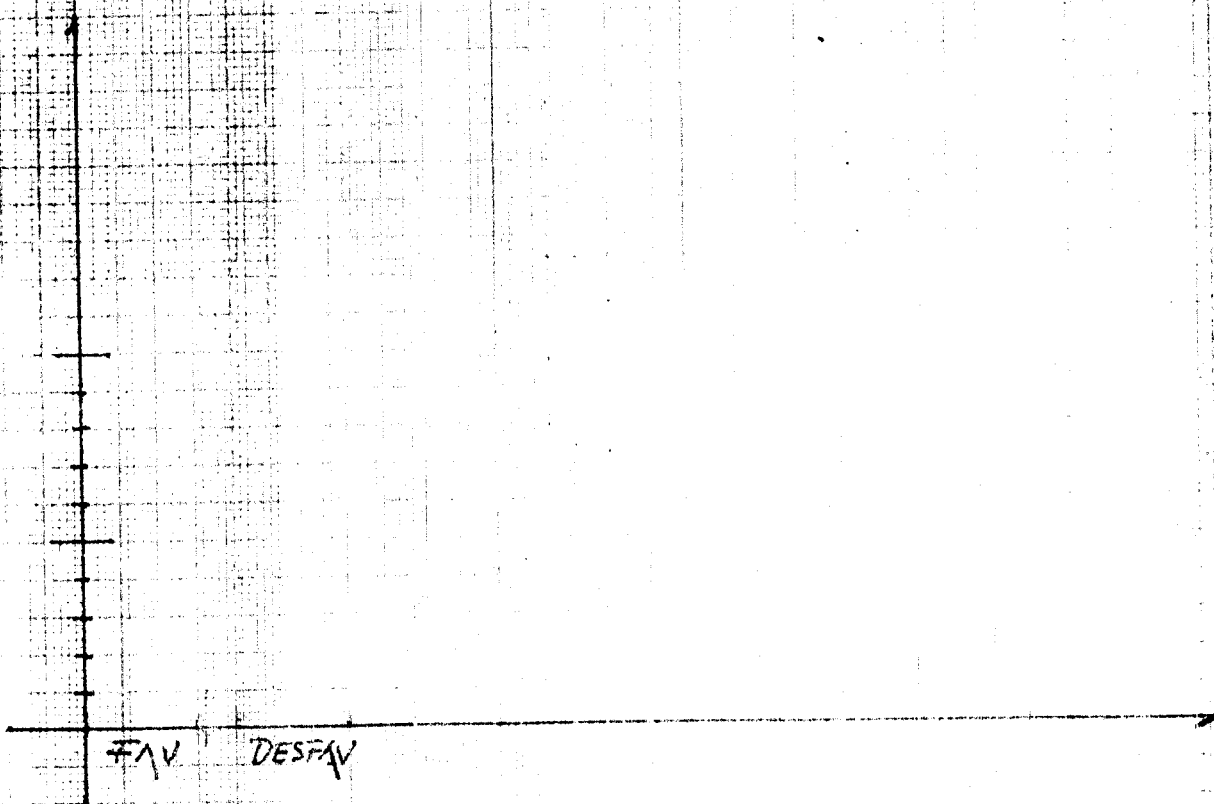
- F = FAMILIAR
- S = SOCIAL
- O = ORGANICA
- V = VIVENCIAL
- H = HEREDITARIA
- PS = PSICOLOGICA
- SEX = SEXUAL

DESCRIPTIVA



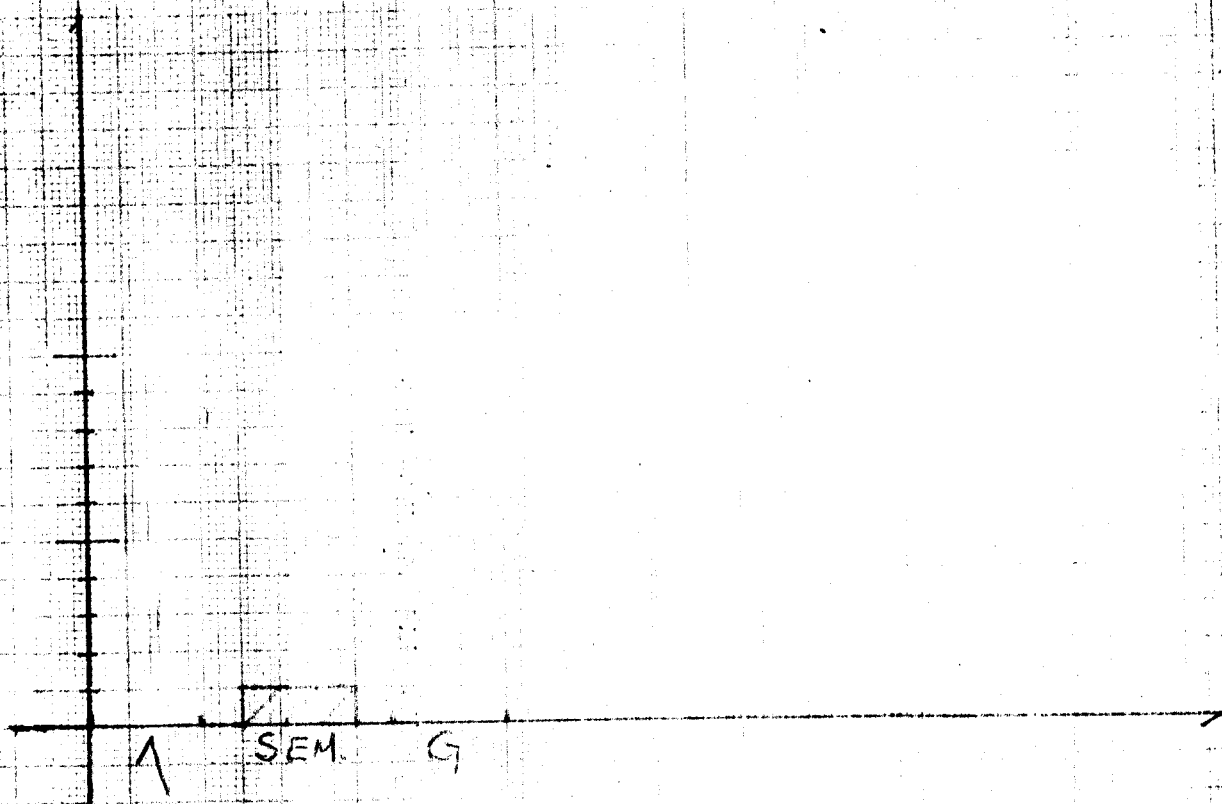
O = ORGANICA
C = CONDUCTIVA
E = ESTRUCTURAL
AM = AMBIGUA

ACTITUDINAL



FAV = FAVORABLE
DESFAY = DESFAVORABLE

COMPARATIVA



A = ANALOGIA
SEM = SEMEJANZA
G = GENERALIZACION

~ PEM

DEFINICION

PERS. IMPER

PER = PERSONAL
IMPER = IMPERSONAL

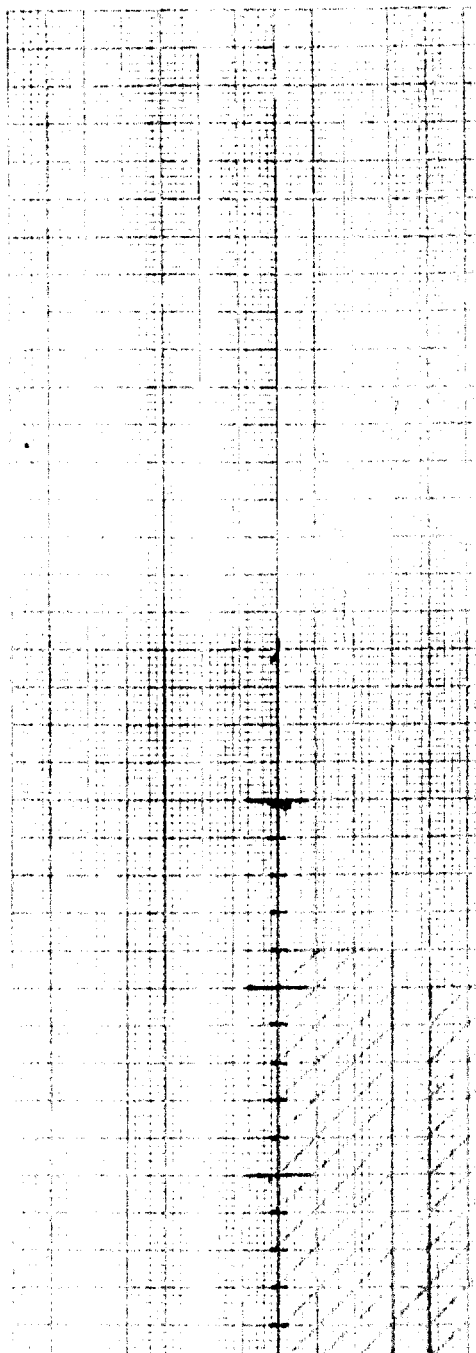
PADRES CON HIJOS ENFERMOS MENTAL

DEFINICIONES	CAUSAL						DESCRIPTIVO			ACTITUDINAL		COMPAR			
	F	S	D	V	H	Ps	Sex	D	C	E	Am	Fav	Desf.	A	Sem
1 Una persona no consciente de lo que hace. Sus actos son ajenos a su propia conducta. Irma no esta enferma porque es inteligente.										X					
2 Psicosis del cerebro, se embotona el cerebro.			X					X							
3 No es una enfermedad vergonzosa. Debe de haber más cuidados es como la gripa. Es causada por la familia.	X											X			X
4 Es una desgracia es como el cancer o la diabetis. En Rafael puede ser genético, fisiológico o causado por stress o angustia en el medio ambiente.		X	X		X								X		X
5 Que no vive en lo real. No sé si Martha este enferma, ya no la veo igual.										X					
6 Salirse de sus casillas estar fuera de sí.										X					
7 Todo mundo se escapa de la realidad pero Jorge ya no puede regresar.										X					
8 Cierta tipo de afección. Un problema que lo absorbe a uno, lo adquiere uno, hay que limpiarse la mente sino lo daña.					X					X					
9 Yo ví a Chelita mal. Alguien que se deja influenciar por la sociedad. Pero es inteligente por lo que tiene un equilibrio mental.		X									X				
10 Tal vez haya una herencia. No manifiesta sus deseos o que este joven necesite contacto sexual y no lo diga por pena.					X		X			X					
11 Yo me imagino que debe ser un desequilibrio emocional causado por una decepción o fracaso. En el caso de mi hijo tambien por su vitalidad sexual.					X		X			X					
12 Es una persona que ha perdido su capacidad de autocritica. Se sale del marco de la realidad comete actos fuera de su control un grado de menos a más.										X					

ES INTERNADOS EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO.

G	E DE REFERENCIA		F CONCIENCIA DE ENFERM.		H DE ENUNCIACION		I RACIONAL	
	Inclusiva	Exclusiva	Aceptación	Negación	Personal	Impersonal	Intelecto	
								1
								2
	X			X	X		X	3
								4
		X	X			X		5
								6
		X	X			X		7
								8
	X		X		X			9
								10
	X		X		X			11
	X		X		X			12
		X				X		13
	X		X		X			14
								15
		X				X		16
	X		X		X			17
								18
		X	X			X		19
								20
								21
	X		X		X		X	22
								23
	X			X	X			24
								25
	X		X		X		X	26
								27
	X			X	X			28
								29
	X		X		X			30
								31
	X		X		X			32
								33
		X			X			34
								35

CATEGORIAS



C. DESC. ACT. COMP. DE REF. CONSC. E. DE ENVAR. RACIONAL

C = CAUSAL

DESC = DESCRIPTIVA

ACT = ACTITUDINAL

COMP = COMPARATIVA

DE REF = DE REFERENCIA

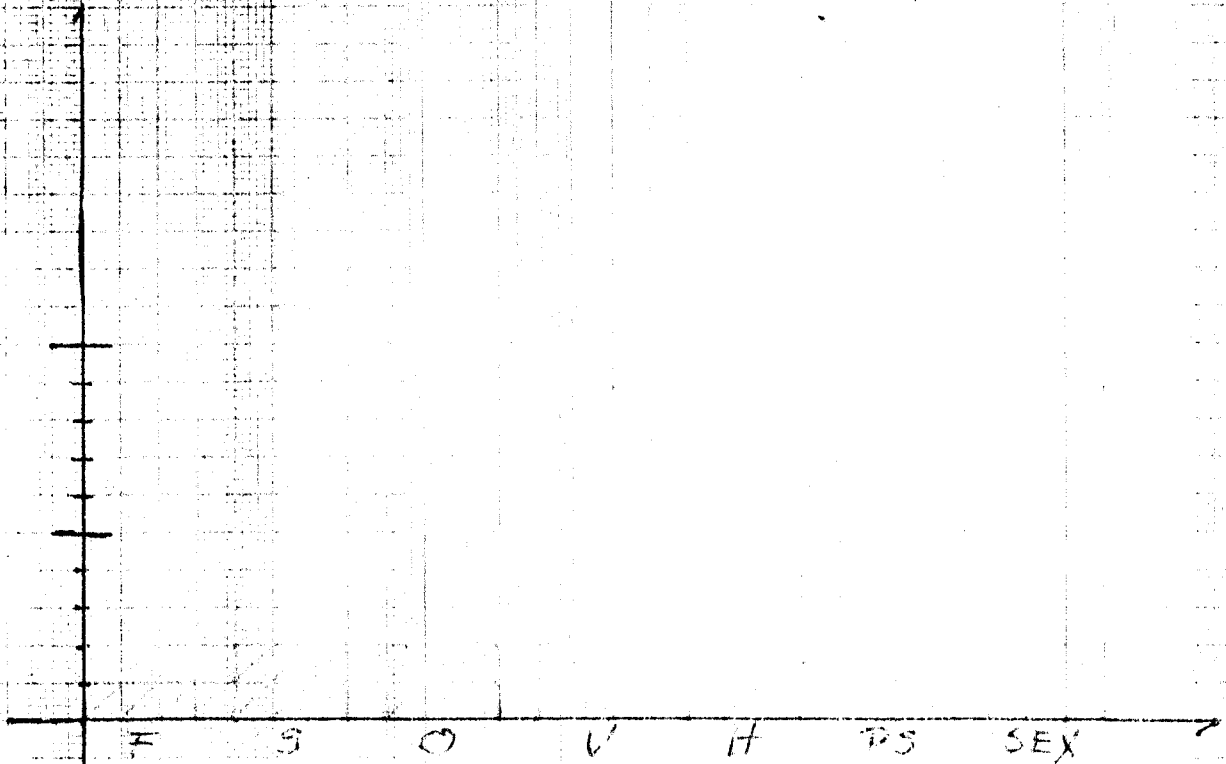
CONSC. E = CONSCIEUCIA DE ERRORES

DE ENVAR. E = ENVOLUCION (EVA)

RACIONAL = RACIONAL

FEM

CAUSAL



F = FAMILIAR

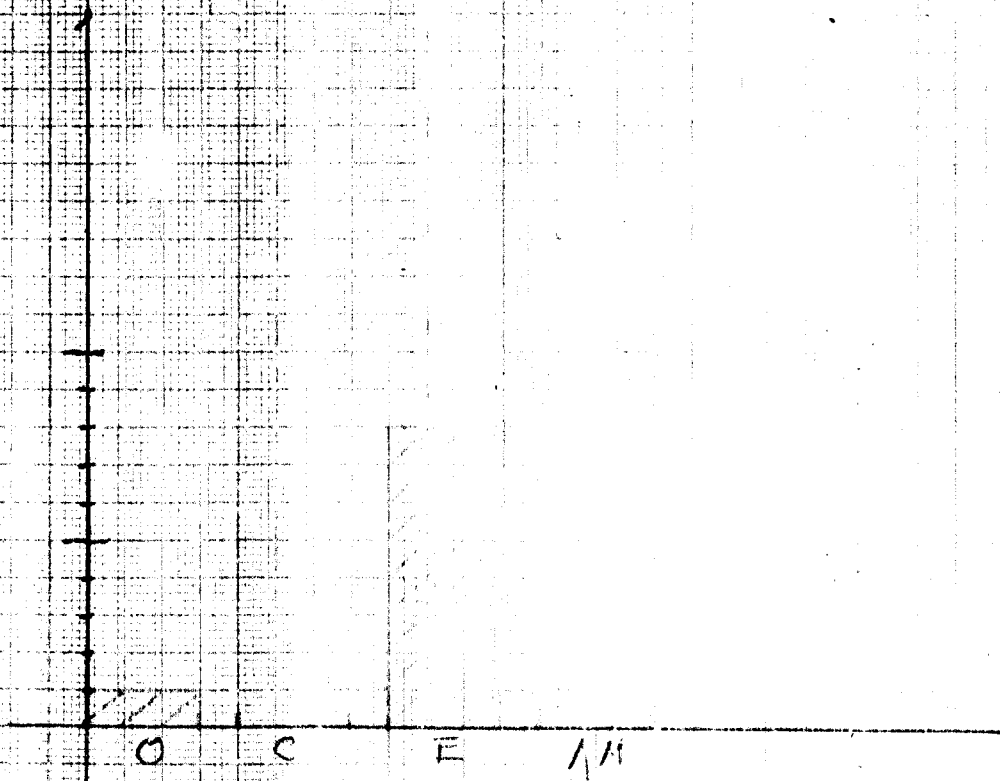
S = SOCIAL

O = ORGANICA

V = VIVENCIAL

H = HEREDITARIA

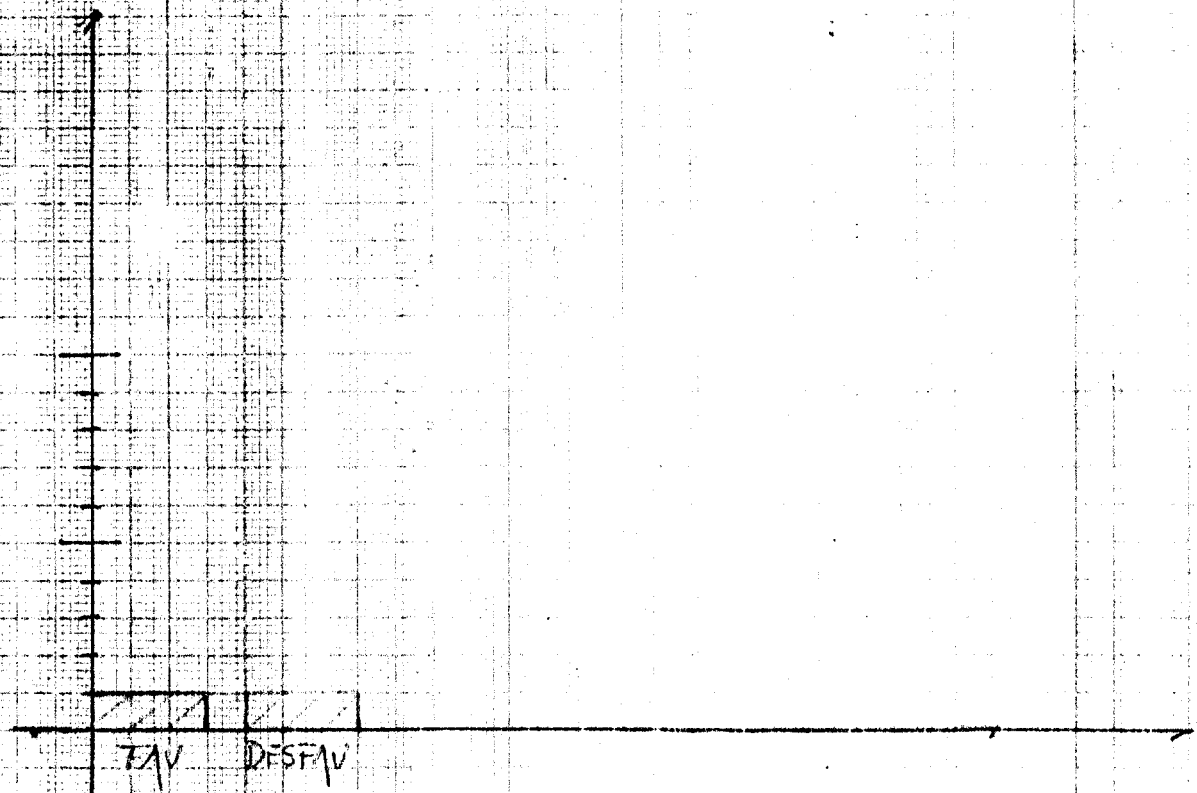
DESCRIPTIVA



O = ORGANICA
C = CONDUCTUAL
E = ESTRUCTURAL
AM = AMBIGUA

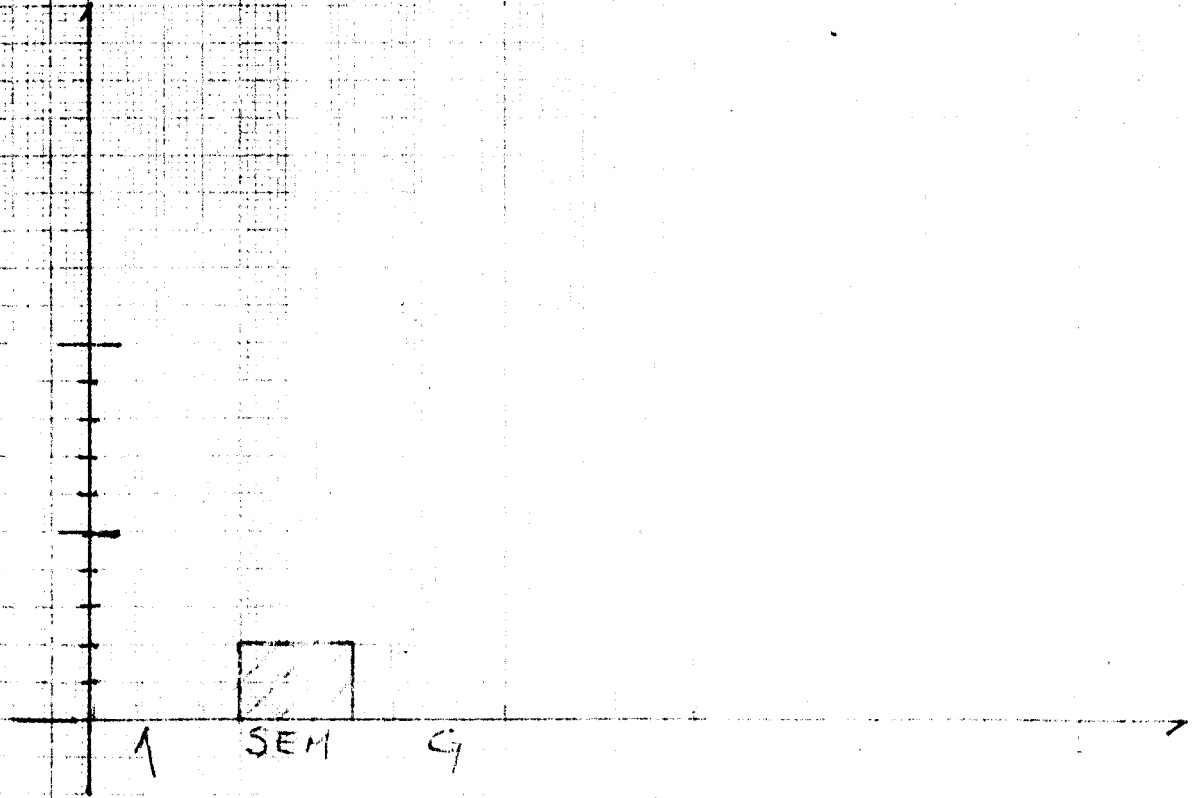
ACTITUDINAL

070686



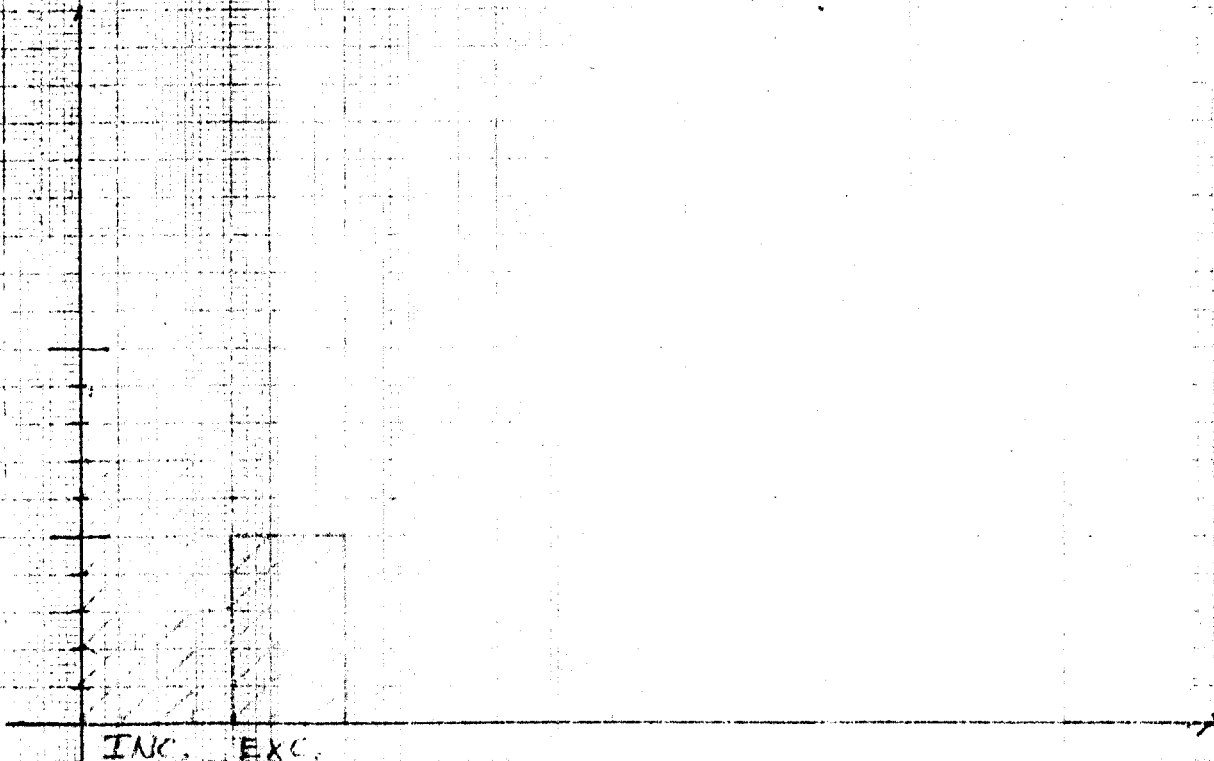
FIVE FAVORABLE
DESFAV = DESEAFVORABLE

COMPARATIVA



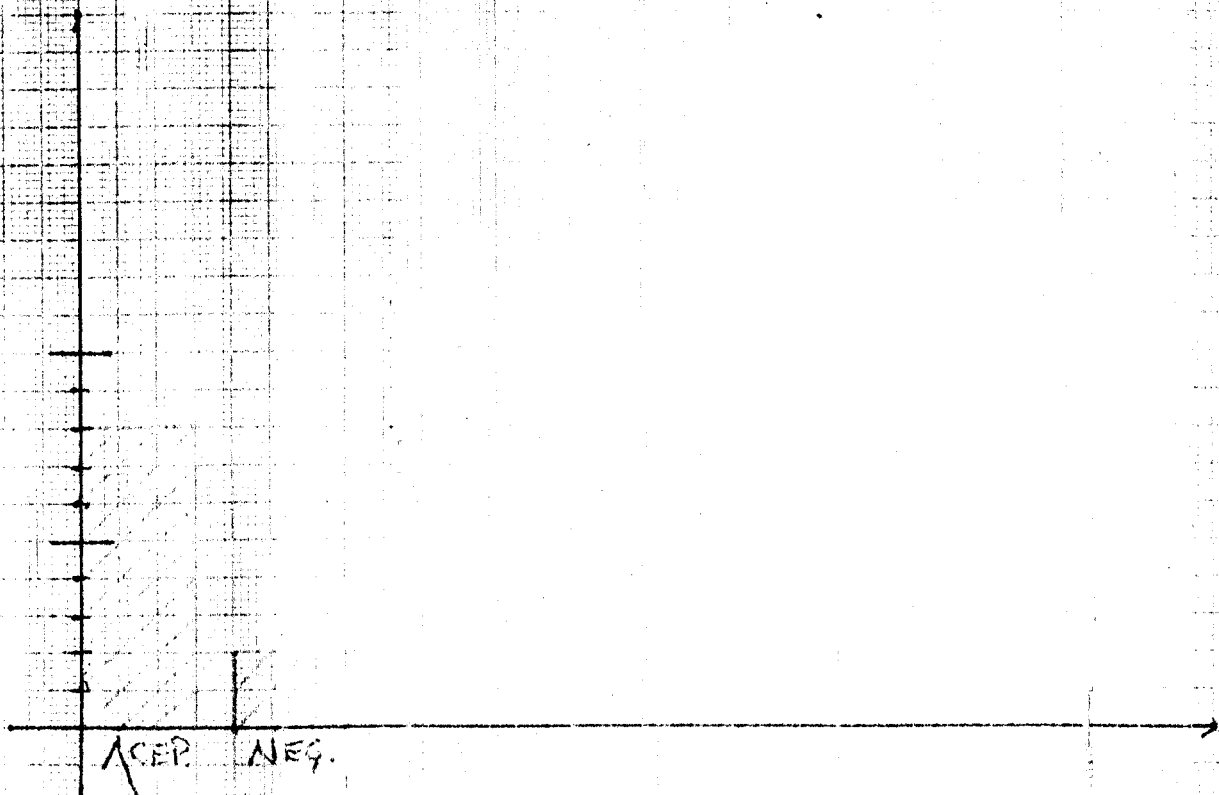
A = ANALOGIA
SEM = SEMEJANZA
G = GENERALIZACIÓN

DE REFERENCIA



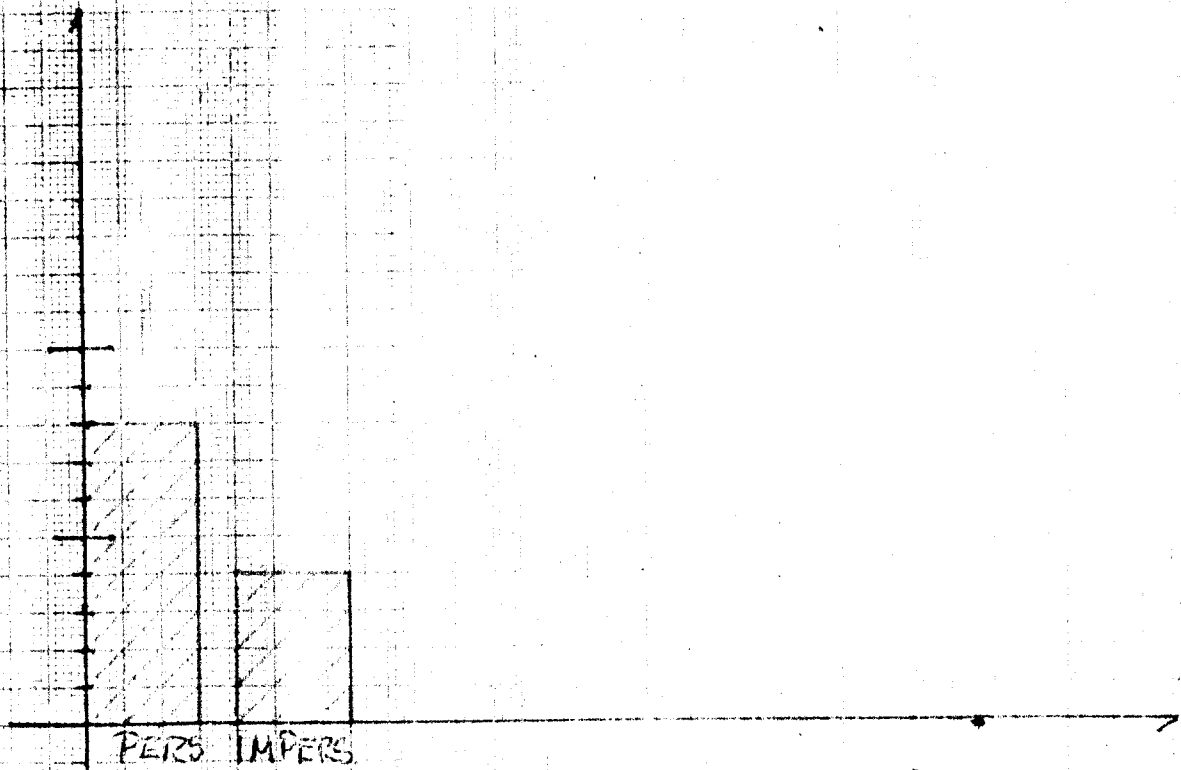
INC. = INCLUSIVA
EXC. = EXCLUSIVA

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD



ACER = ACEPTACION
NEG = NEGACION

DE ENUNCIACION

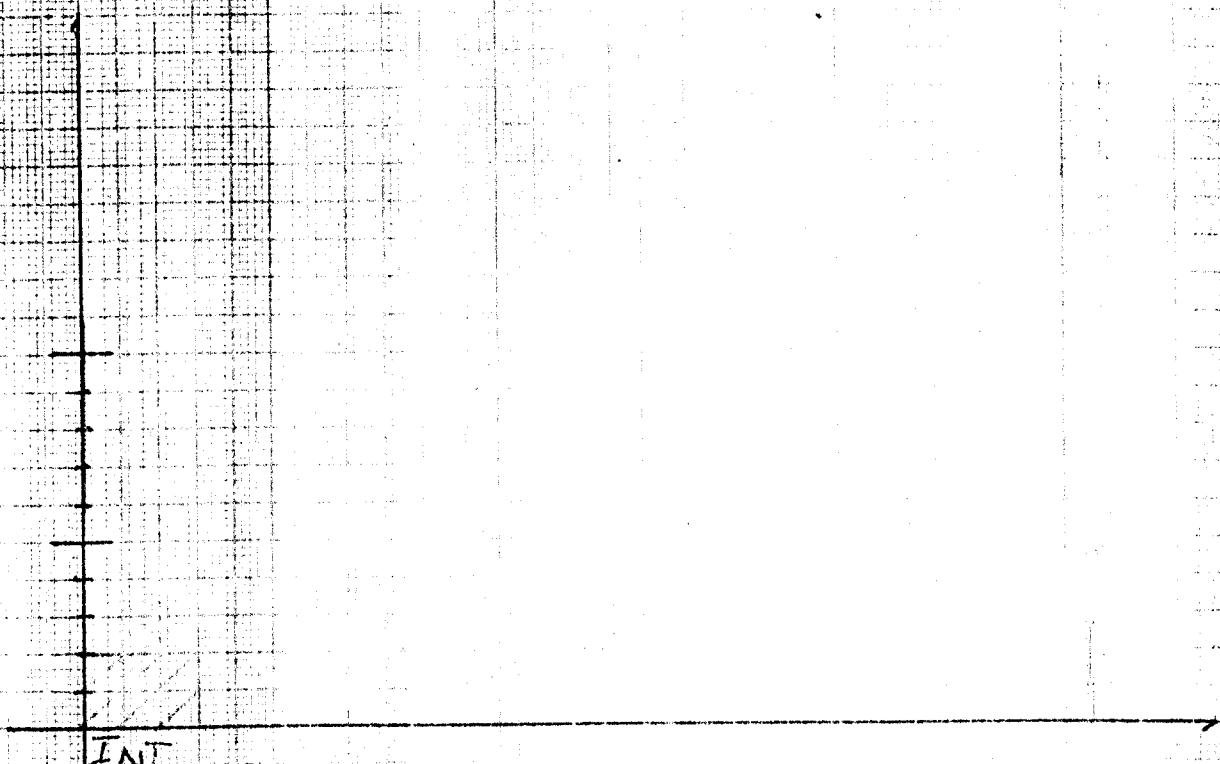


PERS = PERSONAL
 IMPERS = IMPERSONAL

FEM

56

RACIONAL



INT

INT = INTELLECTUAL

4.1 ANALISIS DE DATOS Y CONCLUSIONES.

En este análisis comparativo debe de tomarse en cuenta que algunas de las definiciones de los sujetos caen dentro de más de una categoría razón por la cual las gráficas se realizaron cruzando los siguientes factores:

Categorías vs. número de veces que éstas aparecían

e Indicadores vs número de veces que éstos aparecieron.

Esta situación no afecta directamente la investigación pues ésta -- pretende ser un análisis cualitativo y no cuantitativo.

Las categorías y sus indicadores son descritos a continuación:

1-CAUSAL- Toda aquella definición que gire en torno a la relación - causa-efecto en la enfermedad mental.

Sus indicadores son los siguientes:

-Familiar (F):La definición que ubica a la dinámica familiar - como la causa de la enfermedad mental.

-Social(S):La definición que ubica a la estructura social en - todos sus niveles excepto la familia como la causante de la - enfermedad mental.

-Orgánico (O):La definición que ve en el deterioro post-parto- del organismo la causa de la enfermedad mental.

-Vivencial (V):La definición que atribuye a lo existencial ya- sea a nivel sexual, emocional, de farmacodependencia, etc. como- causa de la enfermedad mental.

-Hereditario (H);La definición en que lo genético es determinan te de la enfermedad mental.

-Psicológico (Ps):En la definición en la que explícitamente se habla del factor psicológico como el causante de la enfermedad mental.

-Sexual (Sx):La definición que se refiere a la vida sexual del sujeto como causante de la enfermedad mental.

2-DESCRIPTIVA-Toda aquella definición que nos refiere algunas de las manifestaciones que se consideran caracterizan a la enfermedad mental.

Sus indicadores son los siguientes:

-Orgánico (O) : Aquella definición que se refiere a la enfermedad mental como un trastorno post-parto en el funcionamiento del organismo.

-Conductual (C):La definición que hable específicamente de cuales son las alteraciones en el comportamiento del enfermo mental.

-Estructural (E):La definición que dá características de un tipo de enfermedad mental.

-Ambigua (AM):Aquella definición que se refiera a las características de la enfermedad mental sin ser específica y clara.

3-ACTITUDINALES= Toda definición que exprese una postura o disposición de aceptación hacia la enfermedad mental.

-Favorable (Fav): La definición que denota una postura o disposición de aceptación hacia la enfermedad mental.

-Desfavorable (Desf):Aquella definición que muestra la postura o disposición de rechazo que tiene el sujeto hacia la enfermedad mental.

4-COMPARATIVA-Toda definición que al hablar de la enfermedad mental lo haga en base a otro fenómeno.

Sus indicadores son los siguientes:

- Analogía (A): La definición que hable de una característica - relevante para ambos fenómenos.
- Semejanza (Sem): La definición que hace referencia a cualquier propiedad específica y común en ambos fenómenos.
- Generalización (G): Aquella definición que se enfoca en alguna propiedad específica de cada uno de los fenómenos sin llegar a generalizar.

5-DE REFERENCIA= En esta categoría se engloban dos tipos de definiciones posibles, las que incluyen al paciente y las que no lo hacen.

Sus indicadores son los siguientes:

- Inclusiva: La definición que hace referencia al paciente.
- Exclusiva: La definición que no se refiere al paciente.

6-CONCIENCIA DE ENFERMEDAD- Esta categoría está relacionada con la anterior ya que abarca todas las definiciones en las que de forma explícita se dá una aceptación o negación de la enfermedad mental del paciente.

Sus indicadores son los siguientes:

- Aceptación: Aquella definición que incluye al paciente dentro de la categoría de enfermo mental.
- Negación: La definición que se refiere al paciente como un su jeto no enfermo mental.

7-DE ENUNCIACION- Toda definición que se refiere a un sujeto "x" al hablar de la enfermedad mental y toda aquella definición que no lo refiere.

Sus indicadores son los siguientes:

-Personal: La definición que para hablar sobre la enfermedad mental requiere enfocarla hacia un sujeto cualesquiera.

-Impersonal: Aquella definición que habla de la enfermedad mental sin referirse a un sujeto.

8-RACIONAL-En esta categoría entran las definiciones que se refieren a características del paciente para negar o aceptar su enfermedad mental.

Sus indicadores son los siguientes:

-Intelectual:La definición que denota la capacidad intelectual del paciente como esencial para ser enfermo mental.

Hay que hacer notar que existen ciertas categorías exclusivas del grupo de padres con hijos enfermos mentales ya que hacen referencia a la postura de los padres frente a su(hijo) enfermo mental como es el caso de:

Categoría de Referencia.

Categoría de Conciencia de la Enfermedad.

Categoría racional.

Para poder realizar un análisis comparativo se formaron dos grupos de doce sujetos cada uno:

-El primero estuvo formado por padres de familia con hijos Enfermos Mentales.

-El segundo estuvo formado por padres de familia sin hijos Enfermos Mentales.

Sin embargo, para lograr esto fué necesario reducir el segundo grupo constituido por 18 sujetos, de los cuales 6 definiciones fueron eliminadas al azar.

Las categorías con sus correspondientes indicadores, que se tomaron en cuenta son las siguientes:

070686

- Categoría Causal.
- Categoría Descriptiva.
- Categoría Actitudinal.
- Categoría Comparativa.
- Categoría de Enunciación.

Los resultados obtenidos son mostrados a continuación en forma de tablas para facilitar su comparación:

	Causal	Descript.	Actitudinal	Comp.	De Enunc.
Padres con hijos	7	10	2	2	12
Enfermos mentales					
Padres sin hijos					
Enfermos Mentales	7	7	0	1	12
DIFERENCIA	0	3	2	1	0

Dado el pequeño número de la muestra no se puede hablar de diferencias significativas, pero sí de diferencias entre categorías, y de ésta forma encontramos que:

- Los padres de familia con hijos enfermos mentales tienden a ser más descriptivos en sus definiciones que los padres del segundo grupo.

- En la categoría Actitudinal a pesar de que el número nos marca una amplia diferencia entre ambos grupos, el hecho de que en el segundo grupo no apareciera ni una sola definición actitudinal, nos hace pensar que esto se debe a su lejanía del problema, mientras que el ser directamente afectados produce cierta actitud hacia la Enfermedad Mental aunque no siempre se manifieste claramente.

-Por último en la categoría comparativa nos encontramos en el mismo caso que la anterior, sin embargo, si nos basamos en la definición, vemos que en el primer grupo esta comparación se utiliza más que para definir a la enfermedad mental, como una simplificación que justifica su actitud ante este fenómeno.

Ahora bien, encontramos que en que las puntuaciones totales por categoría son casi similares en ambos grupos, si existen ciertas diferencias algo más claras al efectuar el análisis comparativo entre cada indicador de cada una de las categorías.

Categoría Causal.

	Fam.	Soc.	Org.	Vivenc.	Her.	Psic.	Sex.
Padres con hijos Enfermos Mentales	1	2	2	2	2	0	2
Padres sin hijos Enfermos Mentales	0	1	6	3	1	1	0
DIFERENCIA	1	1	4	1	1	1	2

Podemos observar cómo de esta forma si existe una diferencia entre ambos grupos dentro de esta categoría.

Es en el indicador correspondiente a lo orgánico donde encontramos una diferencia más marcada entre ambos grupos, esto lo atribuimos al hecho de que los padres con hijos Enfermos Mentales al estar directamente afectados por esta enfermedad han conocido que sólo en algunos casos las alteraciones a nivel orgánico son las causantes, mientras que, en el segundo grupo sigue más fuertemente marcada esta creencia.

Categoría Descriptiva.

	Orgánico	Conducta	Estructural	Ambigua.
Padres con hijos				
Enfermos Mentales.	1	0	8	1
Padres sin hijos.				
Enfermos Mentales.	0	0	7	0
DIFERENCIA	1	0	1	1

En esta categoría no se encontró ninguna diferencia notable. Pero es conveniente hacer notar que las definiciones se enfocaron en el indicador Estructural lo cual nos señala que existe una tendencia general a definir la Enfermedad Mental en base a la manifestación de sus características.

Categoría Actitudinal.

	Favorable	Desfavorable.
Padres con hijos		
Enfermos Mentales	1	1
Padres sin hijos		
Enfermos Mentales	0	0
DIFERENCIA	1	1

Como se puede observar en los indicadores de esta categoría no se dan diferencias notables, pero es conveniente señalar que en grupo de padres sin hijos enfermos mentales no existió ninguna definición que hiciera referencia a la postura que mantienen frente a esta enfermedad lo cual lo atribuimos a la lejanía-

que existe entre ambos lo cual nos puede mostrar el desinterés -
que hacia ésta existe en nuestra sociedad.

Categoría De Enunciación.

	<u>Personal</u>	<u>Impersonal</u>
<u>Padres con hijos</u>		
Enfermos Mentales	8	4
<u>Padres sin hijos</u>		
Enfermos Mentales	4	8
<u>DIFERENCIA</u>	<u>4</u>	<u>4</u>

Se puede observar que la diferencia que existe entre ambos indicadores es igual en los dos grupos, esto se debe a que en esta categoría entraron todas las definiciones recopiladas.

Por otro lado tenemos que, los padres del primer grupo -
tienden más a referirse a un sujeto o al paciente para poder de-
finir la Enfermedad Mental, esto se puede deber a la objetividad -
a la que su situación los enfrenta. Así mismo nos está demostrando
que, en algunos casos, se está identificando a su hijo (pacien-
te) como parte de la Enfermedad Mental.

En lo referente al grupo de padres sin hijos enfermos men-
tales, no requirieron de un sujeto "x" para definirla debido a lo
distantes que se encuentran de esta enfermedad y a lo compromete-
dor que puede resultarles hacerlo.

En lo referente a nuestra última categoría tenemos que:

Categoría Comparativa.

	Analogía	Semejanza	Generalización.
Padres con hijos Enfermos Mentales	0	2	0
Padres sin hijos Enfermos Mentales.	0	1	0
DIFERENCIA	0	1	0

El que sólo se ubicaran algunas definiciones dentro del indicador de Semejanza nos demuestra una vez más el desconocimiento que existe sobre la Enfermedad Mental. Sin embargo, vemos que este desconocimiento no cae en la incongruencia ya que tampoco se ubicaron en el indicador de generalizaciones.

Estas definiciones ubicaron a la enfermedad mental al mismo nivel que a las otras enfermedades, o sea, como una enfermedad orgánica y en su mayoría como una enfermedad incurable sobre todo en aquellos padres a quienes afecta de forma directa.

Por último podemos decir que las categorías e indicadores encontrados en esta investigación, no nos permiten ver con la precisión deseada las diferencias en la representación social de la enfermedad mental entre el grupo de padres con hijos enfermos mentales y el grupo de padres sin hijos enfermos mentales.

5- CITAS BIBLIOGRAFICAS.

CAPITULO 2

- (1) FOUCAULT, Michel. Historía de la locura en la época clásica. trad. de Juan J. Utrilla. 2a. ed. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, D.F. 1981:1 p.13
- (2) Ibid. p.18
- (3) Ibid. p.28
- (4) Ibid. p.40
- (5) Ibid. p.57
- (6) Ibid. p. 76
- (7) Ibid. p.96
- (8) Ibid p. 146
- (9) Ibid. p.245
- (10) Ibid. p.282
- (11) SALBWAY Norbert. Diccionario de Psicología. Ed. Larousse p.186
- (12) SZASZ Thomas. Razón locura y sociedad. Ed. S.XXI p.85
- (13) MANNONI Maud. El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis. trad. Carlos Saltzman. 2a.ed. Ed. Siglo XXI México, 1977. p.56-57.

CAPITULO 3.

- (1) ALTHUSSER, Louis. Ideología y aparatos ideológicos del -- Estado! en Posiciones. trad. Dominec Bergada. Ed. Grijalbo. México, 1977. 189pp.

(2) KAES,R. Images de la culture chez les ouviers francais

Ed. Cujas/Temps de l'Histoire.Paris,1968.p.15

(3) KAES R El aparato psiquico grupal Ed. Garnica,Barcelona,

1977.p.28-29

6- BIBLIOGRAFIA.

ALTHUSSER Louis.POSICIONES.trad.Domenec Bergadá.Ed. Grijalbo.México,D.F.,1977.189pp.

BASAGLIA Franco. (et.al.)¿PSIQUIATRIA O IDEOLOGIA DE LA LO CURA? trad,María Urpina.Ed. Anagrama.Barcelona,1972 122pp.

BASAGLIA Franco,(et.al.) LA SALUD DE LOS TRABAJADORES.trad. Horacio Safarini.3a.ed. Ed. Nueva Imagen.México,D.F. 1981.251pp.

CANGUILHEM Georges.LO NORMAL Y LO PATOLOGICO.trad.Ricardo Postchart. 4a. ed. Ed. Siglo XXI.México,D.F., 1982.233p.p.

BRAUNSTEIN,Nestor.(et.al.) PSIQUIATRIA,TEORIS DEL SUJETO Y PSICOANALISIS.1a.ed. Ed. Siglo XXI.México,1980

BAST DE Roger.SOCIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES. trad.Armando Suárez.6a. ed. Ed.Siglo XXI.México,1981 364 p.p.

FRAIZER,S.H.,Arthur C.Carr. ¿QUE ES LA PSICOPATOLOGIA? trad. Irma Lozano.5a. ed. Ed. El Atenea.Buenos Aires,1980. 146 p.p.

FREUD;Sigmund. "Observaciones Psicoanalíticas sobre un caso de Paranoífa" en OBRAS COMPLETAS.trad. Luis López B. Ed,Bilbiotéca Nueva.España,1973:II.24 12p.p.

FOUCAULT,Michel.EL NACIMIENTO DE LA CLINICA.trad.Fransisca Perújo.7a. ed. Ed.Siglo XXI,México,1980.280p p.

- FOUCAULT, Michel. HISTORIA DE LA LOCURA EN LA EPOCA CLASICA.
trad. Juan J. Utrilla. Ed. Fondo de Cultura Económica
2a. ed. México, 1981.. Tomo I, II.
- BASAGLIA, Franco, (et. al) PSIQUIATRIA, ANTIPSIQUIATRIA Y ORDEN
MANICOMIAL. Ed. Barral. Barcelona, 1975. 256p.p.
- HERZLICH, Claudine "la representación social" en Moscovici, Ser
ge. INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA SOCIAL. Ed. Planeta,
Barcelona, 1975.
- KAES, Rene EL APARATO PSIQUICO GRUPAL. Ed. Granica. Barcelona, 1977.
- KAES, Rene. IMAGES DE LA CULTURE CHEZ LES OUVRIERS FRANCAIS.
Ed. Cujas/Temps de l'Histoire. París, 1968.
- LACAN, Jaques. ESCRITOS II. "De una cuestión preliminar a to
do tratamiento posible de la psicosis". trad. Tomas Se
govia. Ed. Siglo XXI, México, D.F., 1975. 418p.p.
- LAIG, Ronald. EL YO DIVIDIDO. trad. Fransisco González. 2a. ed.
Ed. Fondo de Cultura Económica. Madrid. ., 1980. 201p.p.
- MANNONI Maud. EL PSIQUIATRA, SU LOCO Y EL PSICOANALISAS. trad.
Carlos Saltzman. 2a. ed. Ed. Siglo XXI México, 1977.
233p.p.
- TIMIO Mario, CLASES SOCIALES Y ENFERMEDAD. trad. Mariela Alvar
rez. 3a. ed. Ed. Nueva Imagen. México, 1981. 144p.p.

MARCOS, Silvia.(et.al.) ALTERNATIVAS A LA PSIQUIATRIA.Ed. Nueva Sociología,México,1982. 296p.p.

ORTIZ A. VictorM. ESTUDIO EXPLORATORIO:LA REPRESENTACION SOCIAL DE LA FAMILIA EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES.(tesis inédita).Universidad Autónoma Metropolitana.México, 1981. 87p.p.

BERMANN Sylvia,Mario Campuzano.MAERCO DE REFERENCIA MAESTRIA EN SALUD MENTAL.(tesis inédita).Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.México,1980.60p.p.

MEDINA de la Cruz.MEDICINA

A N E X O .

7- PROGRAMA DE DESARROLLO DE COMUNIDAD EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL.

INTRODUCCION:

Sabido es que la enfermedad mental es uno de los problemas que ha alcanzado los más altos índices en México y que hasta la fecha los recursos humanos y materiales abocados a su resolución son insuficientes y obsoletos. La asistencia hospitalaria ha llegado a su nivel de insuficiencia pues el número de casos de enfermedad mental que hoy se presentan en nuestro país son superiores a la capacidad hospitalaria inclusive a nivel de consulta externa.

¿Qué hacer pues frente a esta problemática? ¿Cómo implementar mecanismos capaces de atenuar la alza en los índices de enfermedad mental? No parece sensato el esperar que frente a la crisis económica actual se de un incremento en las instalaciones y en los recursos humanos destinados hacia instituciones hospitalarias. Por tanto parece lógico ir a atacar el problema al núcleo mismo donde se produce, a la comunidad, brindarle instrumentos de acción que le sean propios y efectivos. Para llevar a cabo un programa de salud mental a nivel comunitario con el mayor éxito posible se debe de contar con la participación de la comunidad pues como ya se ha dicho el número de profesionistas en este campo es reducido. Por otra parte se debe de hacer notar que para que estos programas sean eficaces deben nacer de los interesados y no ser impuestos por un grupo o institución. Este proyecto no pretende descubrir el "hilo negro" proponiendo el trabajo comunitario en el campo de la salud mental, pues éste ya se viene realizando en México desde la década de los 70's, sino incidir en una modificación de los actuales proyectos, que adolecen tanto de deficiencias técnicas como de falta del enfoque social.

Ahora bien el "hilo conductor" que nos lleva a la presente propuesta es una investigación que hemos realizado sobre el concepto de enfermedad mental en padres de familia con hijos enfermos mentales y en padres de familia sin -- hijos enfermos mentales. Dicha investigación ,aparte de darnos indicadores - sobre el concepto de enfermedad mental que consideramos útiles para futuras investigaciones, nos ha brindado un desolador panorama respecto al desconocimiento de lo que en realidad es la enfermedad mental. Este punto nos ha llevado a pensar que el principal obstáculo a salvar es el propio desconocimiento, pues es éste el que determina en gran parte una série de actitudes ,de - mistificaciones y rechazo hacia el propio enfermo mentla. Si somos coherentes con una vision biopsicosocial de lo que es la enfermedad mental reconoceremos la necesidad de producir un cambio en las actitudes antes mencionadas y ésto sólo se ha de lograr en la medida en que exista un conocimiento más preciso sobre qué es la enfermedad mental, sus causas y los medios de prevención y/o curación de la misma.

Con el fin de dar un panorama general sobre los distintos tipos de trabajo que se han venido haciendo en el campo de la salud mental nos vemos precisados ha hacer una breve descripción histórica de las prácticas psiquiatricas en México:

1-BENEFICIENCIA COLONIAL-

Aunque los antiguos pobladores del México precolombino tenían ya una concepción própia sobre el fenómeno de la enfermedad mental ésta cae en desuso a raíz de la conquista. Momento en el que la cultura indígena es aplastada y sobre sus ruinas se inicia un proceso de construcción centrado en la - religion cristiana que viene a ocupar el lugar de la concepción mágico-~~ceis-~~

giosa de los naturales de éste continente. Junto con toda esta ideología de conquista se impone en América la concepción medieval de la enfermedad mental centrada en la posesión demoniaca. Dicha concepción imprime un matiz especial al tipo de tratamiento que por aquellos tiempos se daba a los enfermos mentales. Dicho tratamiento consistía ante todo en un auxilio espiritual y material que no fué brindado por la iglesia en el primer momento de la colonia sino por la "beneficencia privada" que posteriormente se constituiría en distintas ordenes religiosas como es el caso de los Hipólitos orden fundada por Bernardino Alvarez en 1560 quien crea el asilo de San Hipólito y no es sino hasta este momento en el que ya se habían centrado las bases de una asistencia de tipo psiquiátrico que la iglesia católica acoge en su interior a la orden de los Hipólitos así como al trabajo que ellos venían realizando ,abriendo así en México un espacio que hasta la fecha tiene como finalidad el aislamiento del "loco" (En este primer momento se protege al loco-pecador de la sociedad que lo ha condenado por el resto de su vida).

Muchos años despues del surgimiento de este primer asilo se fundará el hospital de la Canoa cuya visión y filosofía de la locura son semejantes para no decir identicas a la del primero.

Esta concepción no cambia sino hasta despues de consolidada la independencia donde toda la concepción y práctica psiquiátrica de la Europa Medieval es puesta de lado por efecto de la recomposición social de que era objeto la nación.

2-ESTADO NACIONAL-

Las leyes de Reforma esencialmente la desamortización de los bienes eclesiasticos y el surgimiento de una beneficencia pública vienen a romper con el orden asistencial establecido.

Semejante cambio tiene implicaciones profundas en lo que desde entonces será la línea psiquiátrica, una especie de sociedad en la que el saber - médico es abalado por el estado, quien omnipotente niega la naturaleza social de la enfermedad mental y responsabiliza al sujeto de su propio estado.

Este segundo momento para la psiquiátria Mexicana se da como resultado de la copia del modelo psiquiátrico prevaleciente en Europa desde mediados del siglo XIX, creando una legislación especial sobre enfermos mentales a la par de un espacio específico de segregación, la versión nacional de Manicomio decimonónico de la Europa Occidental. Bajo este nuevo modelo no sólo se "medicaliza" una problemática social al hablar ya de "enfermedad mental" sino que se cae en la necesidad de sujetos cuya especificidad profesional rebasara a la médica, dicho vacío viene a ser llenado por el psiquiatra quien en adelante será no sólo administrador de la cura sino que también lo será de la moral, los parámetros y la concepción de la enfermedad mental. Como reflejo concreto de esta visión surge el "Manicomio general de la Ciudad de México" (La Castañeda) el 16 de Septiembre de 1910, que desde entonces - hasta 1967 - centro rector del conocimiento y actividad psiquiátrica en México.

Es importante hacer notar que en este segundo momento, el "aislamiento" tiene como objetivo salvaguardar el orden y el progreso de la incipiente sociedad capitalista mexicana, mientras la cura se centraba en la re-educación del "enfermo mental".

3-LA CRISIS MANICOMIAL-

El periodo postrevolucionario trae en nuestro país una serie de cambios aun a nivel superestructural, la psiquiatría sufre una significativa caída en los enfoques positivistas prerevolucionarios asimilando así a la Castañeda como centro de sus actividades. Aún más la vinculación vertical entre

Estado y práctica psiquiátrica persiste y los postulados de justicia social de la revolución no alcanzan al campo de la Salud Mental, esto último esencialmente provocado por la profunda influencia de la psiquiatría Europea, que a pesar de proponer nuevos procedimientos terapéuticos sigue centrando su labor en la re-educación del enfermo mental según los criterios morales de la (represiva) época victoriana.

Todos estos elementos redundaban en la ineficacia de la práctica psiquiátrica. En estas condiciones la psiquiatría se veía urgida a dar una respuesta efectiva al creciente problema de la enfermedad mental. Fue así que se dio el auge de procedimientos terapéuticos muy diversos, como la "terapia electroconvulsiva, el shock insulínico, el uso de los derivados de morfina - barbitúricos y muchos otros, sin embargo las psicoterapias dinámicas surgidas en base a los lineamientos psicoanalíticos no eran bien acogidas.

Hace su aparición, entonces la ergoterapia o terapia de trabajo que aunque logro salvar los obstáculos económicos de la crisis de los 50's al dar (especialmente a la ex hacienda de San Pedro en León Guanajuato) una auto suficiencia en cuanto a dimensiones se refiere no logra ser cometido de reajustar a los pacientes a su medio social.

El avance de la psicofarmacología lleva al descubrimiento de los radicales químicos de las fenotiazinas y aunque sus efectos no son definitivos y presenta serias desventajas son desde entonces hasta la fecha el procedimiento más socorrido para acortar la hospitalización.

Así la Castañeda recentía la crisis económica y se enfrentaba a una elevada sobrepoblación que vivía en condiciones infrahumanas, convirtiéndose así en un serio problema social al que tuvo que enfrentarse la administración sexenal de 1964-1970, éste había sido el precio de más de medio siglo de

" salvaguardia" social.

4-OPERACION CASTAÑEDA-

Como resultado de la aguda crisis que la Castañeda sufre al término de los años 50's y a principio de los 60's, el estado se ve en la necesidad de realizar una transformación en la práctica psiquiátrica mexicana, dejando atras, por principio el edificio de la Castañeda y sustituyendolo por 11 hospitales con modernas instalaciones, amplio cupo y algunas otras ventajas. Dos de estos hospitales estaban destinados a los enfermas agudos de los que se esperaba una rápida recuperación, el primero de ellos estaba destinado a niños y el segundo a adultos. Los nueve restantes se ubicaron en la periferia y su población estaría constituida por pacientes subagudos y crónicos.

Para el caso de los pacientes agudos se crearon programas de : terápia ocupacional, psicofármacos y otras medidas destinadas a la pronta rehabilitación. Dando con esto una nueva apariencia a la asistencia psiquiátrica, - sin embargo la concepción de la "locura" en psiquiatría seguía arraigada al funcionalismo que durante los 30 años precedentes había establecido su dominio. De este modo la apariencia de la psiquiatría había cambiado pero no sus alcances y limitaciones.

Con los hospitales periféricos, originalmente destinados a facilitar las actividades ergoterapéuticas, recreativas y de rehabilitación para casos crónicos cumplieron con sus cometidos sólo los primeros años para luego convertirse en albergues de bajo rendimiento y elevado nivel poblacional.

Por último la operación Castañeda:

-Legitimaba la ingerencia del estado en el campo de la salud-
mental.

Y conllevaba una concepción que hacía culpable al sujeto de su

E. Enfermedad Mental liberando así al sistema social de responsabilidades en el origen de dicha enfermedad.

5-PSIQUIATRIA COMUNITARIA-

En la década de los 70's y al mismo tiempo que la atención hospitalaria privilegiaba el uso de los psicofármacos el aumento en la tasa de Enfermos Mentales deriva en la búsqueda de nuevas formas de atacar el problema de la enfermedad mental. En estas circunstancias surge la psiquiatría Comunitaria destinada a actuar en núcleos poblacionales alejados y a disminuir la demanda de hospitalización (en la actualidad existen alrededor de 20 centros de Psiquiatría Comunitaria en todo el país).

Este modelo adopta una clasificación funcionalista de los niveles de acción, propuesta por Caplan y Johnson, que a continuación se describe:

I-Prevención primaria: Búsqueda de casos potenciales.

II-Prevención Controlada: Trabajo con casos controlables, factibles de empeorar.

III-Control: Casos egresados de un hospital psiquiátrico, evitando recaídas o con fines rehabilitatorios.

Ahora bien, si la Psiquiatría Comunitaria no ha sido un éxito como era de esperarse es en la medida que su campo y modos de acción no han sido perfectamente delimitados, es por ello que amenudo con sus medios cumplen -- las funciones de hospital psiquiátrico y por ende desatiende a sus verdaderas funciones.

Aún así, en función de recuperar el vínculo: comunidad-enfermedad mental y se ve obligada a reconocer en mucho el carácter social de la enfermedad mental la "psiquiatría comunitaria" esta llamada a ser la más fuerte alternativa de enfoque en la enfermedad mental aún reconociendo sus fuertes

fuertes vínculos con la política estatal.

Sin embargo, la "psiquiatría comunitaria" carece hasta la fecha de técnicos especializados en el "desarrollo comunitario" (como sería el psicólogo social) y de una óptica-social teóricamente estructurada para poder ectuar a este nivel y producir cambios.

Esta opinión es compartida por el Psicólogo Miguel Ángel Padilla Leyva, jefe del departamento de Psicología de la Clínica "San Rafael", quien nos dice:

"El Psicólogo Social es el único que tendría los elementos, los Psicólogos Clínicos no - tenemos a que ir ... En ocasiones se planea y se va a la comunidad, pero no se hace nada por que no sabemos que hacer..."...(1)

A esto hemos de agregar que el Psicólogo Social es el "llamado" a propiciar un cambio en las relaciones intra y extra grupales de la comunidad, produciendo en ella un sentido de cooperación, y pertenencia grupales que sirvan de base, en un futuro para la toma de conciencia social.

Ahora bien, frente al actual estado de la salud emntal - comunitaria nos vemos precisados a presentar un proyecto de Desarrollo Comunitario en Salud Mental que refleje nuestra postura frente al problema. Dicha propuesta gira en torno a la investigación sobre "concepto de enfermedad mental" que realizamos - meses atrás y que como ya mencionábamos al principio de la introducción nos había reportado datos alarmantes en cuanto a la - falta de conocimiento de la enfermedad mental, sus causas y su - naturaleza. Si consideramos que la gente actúa respecto a un ob-jeto o sujeto, en base a la idea que de él tiene, vemos que las

OBJETIVOS.

GENERAL ES:

1- Crear una conciencia a través del conocimiento acerca de la naturaleza y causas de los diversos tipos de enfermedad mental. Pues es su desconocimiento el que obstaculiza en gran medida la reinserción del Enfermo Mental en el medio social .Recordemos - que en la introducción se mencionó la relación entre concepto de "enfermedad mental" y la modalidad del tratamiento y exclusión del enfermo mental.

2-Propiciar el trabajo preventivo de problemas relacionados con la salud mental.

3-Demostrar la eficacia del desarrollo comunitario en el campo de la salud mental.

ESPECIFICOS:

1-Conocer y evaluar las condiciones materiales de la comunidad donde se pretende aplicar el programa.

2-Coordinar esfuerzos con instituciones y grupos organizados ,in teresados en este tipo de programas.

3-Propiciar la convivencia y promover un sentido de cooperación y pertenencia grupales.

4-Promover grupos que se aboquen a la solución de problemas pro pios de la comunidad.

Nota:Este último punto es importante,puesto que en todo proyec- to de este tipo el éxito depende en mucho de la observancia de la problemática social y de la ayuda que se preste para la solu ción de ésta.

más o menos generalizadas en torno a la enfermedad mental son -
 bizarras, y lo son en la medida en que se fundan en una falsa no
ción de lo que es la enfermedad mental. Por lo tanto, concluimos
 que las reservas, el rechazo y la exclusión social de la que es
 objeto el enfermo mental son meros rituales, que hacen de este -
 sujeto, a través del desconocimiento, "objeto mágico" al que hay
 que temor y por tanto se torna indeseable en el núcleo social.

Sirva de base, para apoyar el anterior argumento la des-
 cripción histórica citada páginas atrás y que nos da cuenta de
 la relación entre el concepto dominante de enfermedad mental y
 el tipo de tratamiento al que se sometía al sujeto en cuestión.
 Esta relación existe aún ahora y constituye uno de los más fuertes
 obstáculos para la curación y prevención de la "Enfermedad
 Mental".

Resta mencionar que nuestro punto de vista considera a
 la Enfermedad Mental como inserta en un "todo" que es la problemá
tica social y que por ello no concebimos un programa de desa-
 rrollo comunitario en salud mental que niege y se mantenga al -
 margen de dicha problemática, ya que nos parece evidente la necesidad
 de mejorar las condiciones de vida de la comunidad en la
 que se aplique el programa para que éste tenga éxito en sus objetivos.

97

PRESENTACION GLOBAL DEL PROGRAMA.

Este proyecto está dirigido(en un primer momento) a la colonia Santa Ursula Xitla; misma que se encuentra inserta en la delegación de Tlalpan. Por esta razón hemos de acudir a las instituciones que marquen en su jurisdicción a dicha colonia y que a continuación mencionamos:

-Delegación Política Tlalpan; a la que se le solicitara en tanto que instancia administradora del presupuesto destinado a las obras públicas su colaboración, proporcionando los re cursos materiales, para que los propios colonos realicen obras de mejoramiento de servicios.

-Clínica San Rafael: de la cual se solicitará al apoyo a través de su Centro de Salud Mental Comunitaria para el desarrollo del programa.

Estas dos instituciones constituirán esencialmente el "apoyo externo" al programa. Ahora bien, existen otro tipo de instituciones de las que se requiere apoyo y son aquellas cuyas funciones están perfectamente ubicadas al interior de la comunidad. Dichas instituciones son:

-Escuelas de educación básica y media básica: De quienes se pedirá su colaboración para el establecimiento de contacto con los padres de familia, constituyéndose en foros de difusión del programa.

-Centros Religiosos de la comunidad: Al que se le solicitara que promueva el programa entre sus fieles y que eventualmente

mente coordine alguna de las tareas de la comunidad.

-Asociación de Colonos: En tanto representante de los intereses de la comunidad será necesario solicitar su colaboración en la implementación de tareas, y en el establecimiento de contacto con el resto de los colonos.

Sin duda, existiran otras instituciones que puedan colaborar con el programa y que en su momento será factible incorporar el mismo.

Como se puede ver este proyecto contempla la participación de instituciones de carácter gubernamental, religioso, educativo y civil, esta condición no es casual sino necesaria y como tal debe de entenderse.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO.

Aunque en algunos casos el programa de desarrollo comunitario tiene su origen en una institucion y por ende no resulta muy que el proyecto se ponga en marcha, en este caso el proyecto debe de pasar por una fase preliminar en la que las instituciones de apoyo externo, es decir Delegacion politica y Clinica San Rafael, decidiran sobre la suerte del programa y en su caso el tipo de apoyo que han de brindar a este.

Despues de este momento se inician una serie de etapas logicamente ordenadas que deben de culminar con el optimo funcionamiento de este programa. Dichas etapas son las siguientes:

ORGANIZATIVA.

- 1- Constitucion del equipo multidisciplinario.
- 2-Capacitacion del equipo.
 - 2.1 Analisis del programa de desarrollo comunitario en Salud Mental.
 - 2.2 Analisis de la metodologia y funciones de los integrantes.
 - 2.3 Conceptualizacion de los terminos: Salud Mental Comunitaria, prevencion, tratamiento y rehabilitacion.
 - 2.4 Revision de criterios para la entrevista.
 - 2.5 Revision de los conceptos: Grupos y actualizacion sobre el uso de tecnicas grupales tales como:
 - Grupo Operativo.
 - Discusion Dirigida.
 - Phillips 66
 - Circulo de Comunicacion.

2.6 Unificación de criterios para la sistematización de datos:

- Díario de Campo.
- Registro de Entrevista.
- Análisis de Instituciones.
- Presentación mensual de Resultados.

EXPLORATORIA.

1- Investigación de las condiciones, demandas y necesidades reales de la comunidad.

1.2 Observación libre de la colonia.

1.3 Sondeo através de pláticas informales con colonos.

2- Establecimiento de contacto con las instituciones propias de la comunidad.

2.1 Racabar información sobre las funciones de institución.

3- Establecimiento de contacto con los "grupos naturales" y personas.

3.1 Entrevistas a los grupos para conocer sus objetivos, estructura y participación en la comunidad.

3.2 Detección y entrevista de líderes y personas significativamente importantes para el programa.

4- Elaboración teórica que de cuenta de lo observado en esta segunda fase.

TRANSFORMADORA.

1- Ubicación física de la coordinadora del programa.

1.1 Búsqueda e instalación del local de trabajo.

2- Organización de grupos.

2.1 Retomar los grupos naturales.

2.2 Crear grupos en torno a intereses comunes.

2.3 Precisar programas en base a los grupos.

3- Ejecución de programas.

3.1 Iniciación de la labor grupal.

3.2 Delegación de la dirección grupal al propio grupo.

3.3 Supervisión.

4- Evaluación de resultados.

METODOS Y TECNICAS.

La metodología que se seguirá en el presente proyecto, - se basa en la propuesta de T.R. Batten sobre trabajo con grupos en el desarrollo comunitario.

Dicha propuesta que privilegia al grupo como núcleo básico de la comunidad se justifica por las siguientes razones:

-El grupo tiene una identidad y una dinámica internas y más importante aún tiene necesidades e intereses en común Por ello un equipo puede llegar a discutir un problema.

-"En toda situación de enseñanza lo ideal son los grupos reducidos!"

- Los grupos generalmente están constituidos por - gentes que se conocen entre sí y que por ello pueden mejor discutir ideas, formar opiniones y tomar decisiones.

- Todo individuo que se decide a actuar se siente - más feliz por que otros han estado de acuerdo en hacer lo mismo El grupo está en mejores condiciones de realizar algo.

- En un trabajo de este tipo el principal objetivo del programa es hacer que sus grupos se autogobiernen.

- El programa no dirige al grupo, sino que le sirve ya que espera a que el grupo se autogubierne. Pues a mayor responsabilidad más sienten sus miembros que es "su grupo" y menos será necesaria la ayuda externa.

Por otra parte se recurrirá a las instituciones propias de la comunidad a fin de que funjan como publicistas del programa

ma y facilitar el contacto entre el equipo de trabajo y la comunidad en general.

Esta medida garantiza la colaboración de las instituciones y la no ingerencia en las áreas de trabajo de dichas instituciones por parte del programa.

Ahora bien, ya insertos en la comunidad en cuestion la mejor motivación posible para llevar a la gente a participar en el programa ,entanto que este observacomo punto vital el mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad. Sin duda alguna el mejoramiento de los servicios públicas y la elevación del nivel de vida son aspiraciones de toda comunidad y la sola idea de un trabajo organizado con este fin resulta atractiva a todas lucas.

Otro elemento mitivante es la participación de las instituciones que la comunidad reconoce como benefactores naturales y de algun modo parte de sí.

Un paso fundamental será indudablemente la presentación de la "propuesta de trabajo" a la comunidad, dicha propuesta debe girar en torno a dos rubros esenciales que son :La elevación del nivel de vida através del trabajo organozado de la comunidad ;y la atención de un problema que les es propio, como es la "enfermedad mental".

Esta presentación se hara como una propuesta a la comunidad y no como una imposición, razón por la cual está sujeta a modificaciones, surgidas de la propia comunidad y de sus intereses.

88

Pasando a otro punto, la técnica que será pilar del programa será la del grupo Operativo según los elementos de Enrique Picho Rivieré, donde la tarea fundamental será el cuestionamiento y elaboración de las experiencias que se vayan teniendo en el trabajo comunitario. De modo accesorios serán empleadas técnicas como: Circulo de comunicación, Discusión dirigida y dinámica de grupo.

RECURSOS HUMANOS.

- 3 Psicólogos Sociales.
- 1 Residente de Psiquiatría.
- 6 Pasantes de trabajo Social.
- 4 Pasantes de Psicología Clínica.

RECURSOS MATERIALES.

- Materiales para la construcción de servicios (tuberías coladeras y maquinaria ligera).
- Sueldos proporcionales al personal proporcionado por las instituciones.
- Viáticos para los pasantes.

BIBLIOGRAFIA.

BATTEN T.R. Las comunidades y su desarrollo .trad. de Emma s. Speratti.7ª ed. Ed. Fondo de Cultura Económica,México, D.F. 1983. 197 pp.

MEJIA G. Laura. "Promoción de Salud Mental en una Zona de Alto Riesgo"Universidad Iberoamericana.México,1982.núm 4.(sep. de Cuadernos del centro de servicio y promoción social) 41pp.

BERMAN Silvia,Nario Campuzano.Maestría en Salud Mental. (tesis inédita),Universidad Autónoma Metropolitana,unidad Xo - chimilco.México,1980.60pp.

PICHON RIVIERE,E. Del psicoanálisis a la psicología social.Nueva Visión,Buenos Aires.1975.

MONTAÑO,Jorge.Los grupos sociales Ed, anuies.México,d.f. 1977. 114pp.