

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

CSH  
PSICOLOGIA SOCIAL

090612

LA REPRESENTACION SOCIAL  
DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD MENTAL

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA SOCIAL

P R E S E N T A N

AIDE E. GARCIA ALQUICIRA

Y

GERARDO MEDRANO GONZALEZ

LA

ASESORA: LIC. PSIC. CLAUDETTE DUDET L.

LIC. PSIC. ANGELICA L. BAUTISTA L.

LECTORAS:

LIC. PSIC. ROSALIA CARDENAS

México, D.F., 1988.

QUE ESTE SEA EL TESTIMONIO  
DE MI ETERNO AGRADECIMIENTO  
A TODOS AQUELLOS QUE  
CREYERON EN MI Y NUNCA  
ESCATIMARON APOYO O  
PALABRAS DE ALIENTO  
CUANDO MAS LO HE  
NECESITADO.  
AUN CUANDO NO LOS  
MENCIONE UNO A UNO  
VAYA PARA TODOS MI  
HUMILDE GRATITUD.

GERARDO

MEDRANO

GONZALEZ

# I N D I C E

INTRODUCCION.....	2
ANTECEDENTES.....	6
Origenes.....	7
Situación actual.....	12
MARCO TEORICO.....	18
LA REPRESENTACION SOCIAL.....	19
Características de la representación social.....	20
Elaboración de las representaciones.....	21
Formación de las representaciones.....	22
Contenido de las representaciones.....	23
Procesos de la representación.....	24
INFLUENCIA SOCIAL.....	25
EL CONCEPTO SALUD-ENFERMEDAD MENTAL.....	31
Desde un punto de vista filosófico.....	32
Punto de vista psiquiátrico biólogo.....	36
EL ENFERMO MENTAL.....	41
Cómo se llega a la categoría de desviado?.....	42
El rol del enfermo mental.....	45
La institución psiquiátrica tradicional.....	50
La comunidad terapéutica.....	52
METODOLOGIA.....	55
Lugar de la investigación.....	56
Selección de la muestra. Criterios de selección.....	56
Instrumento.....	57
Desarrollo de la investigación.....	58
Procedimiento.....	58
RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	60
Descripción de los resultados.....	61
Definición de las categorías.....	64
ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS RESULTADOS.....	67
ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	74
APENDICE.....	81
BIBLIOGRAFIA.....	82

## INTRODUCCION

La vida mental es la característica humana por excelencia, misma que nos diferencia de los animales y da a nuestra vida sentido y razón de ser. Pensamos porque somos humanos o somos humanos porque pensamos. En torno a este dilema se encadenan gran cantidad de interrogantes que invitan a la reflexión. Sin embargo, la misma condición o característica que nos hace diferentes a otros seres vivos se convierte en causa de diferencias entre nosotros mismos.

El hombre, como ser pensante, ha construido su realidad dándole orden y sentido lógico dentro de su vida social; este ordeamiento supone esquemas que hacen comprensible el cómo y el por qué de todo cuanto hacemos, sentimos o pensamos, y esto nos hace interactuar con los demás bajo un marco de expectativas mutuamente compartidas. Funcionamos, vivimos y actuamos de acuerdo con ello. No obstante lo anterior, existen seres humanos cuya realidad es diferente, sus esquemas, por una u otra razón, no corresponden o son incompatibles con las expectativas compartidas por el común de la gente. Luego entonces, se dificulta o se imposibilita el margen de interacción social que estas personas necesitan para poder relacionarse.

Consecuentemente, se ven aislados, relegados y forzados a retirarse de la vida social, condenados a portar una etiqueta en donde se les acusa de ser diferentes.

Se esgrimen multitud de argumentos, tantos como la imaginación permite, para justificar el rechazo y la represión de la sociedad en contra de estos seres. Entre los argumentos más soco-

rridos está el hablar de salud y enfermedad mentales. Se dice que son "enfermos" y se les incapacita socialmente como tales; se crean mecanismos, espacios, instituciones y muchísimos recursos más para reafirmar el criterio que condena al que es diferente. Lo anterior nos da una idea de la magnitud del fenómeno, considerando la cantidad de recursos que la sociedad destina a esos mecanismos de control a los que hemos hecho alusión.

Pero, ¿qué es para la gente un enfermo mental? ¿Cómo lo define? ¿Quién es sano y quién es enfermo mentalmente? ¿Qué es para sí mismo el "enfermo mental"? ¿Cómo actúa la sociedad frente al "problema"? ¿Qué sabemos de lo que piensa un "enfermo mental"?

Estas son, evidentemente, cuestiones un tanto difíciles de abordar, pero particularmente importantes para tratar de dilucidar la cuestión que nos ocupa.

En el presente trabajo, pretendemos indagar cuál es la idea que existe sobre la enfermedad mental entre los estudiantes de Psicología de dos instituciones de educación superior: la UAM-Iztapalapa y la UNAM; además, también consideramos importante conocer la postura que tienen los mismos "enfermos mentales", sin embargo, la cerrazón de las instituciones oficiales para permitir el acceso de investigadores a los centros hospitalarios, nos ha puesto una barrera infranqueable para obtener la información que deseamos para nuestra investigación, por lo que esta parte de nuestro trabajo la referimos a una investigación realizada sobre el mismo tema y que citamos páginas adelante. Todo esto con el fin de sustentar un avance informativo que sea útil para futuras investigaciones sobre el tema. De aquí que nos atrevemos a presen-

tar este trabajo como un estudio exploratorio, cuyo objetivo central es la búsqueda de información.

Hemos decidido realizar nuestro trabajo basándonos en la teoría de la Representación Social, siendo nuestra finalidad investigar una aproximación hacia la representación social que los miembros de la muestra en la población seleccionada tienen de la enfermedad mental.

Se destaca la importancia del presente estudio, como un intento por acercarnos a la conceptualización que se maneja en torno al problema de las, así llamadas, enfermedades mentales en el ámbito de la formación de los psicólogos de dos importantes universidades del Distrito Federal.

Dada la amplitud de las áreas de interés que puede abarcar la Psicología Social, la trascendencia que pueden alcanzar los resultados que aquí se obtengan, bien puede justificar el tiempo y esfuerzo empleados en la ejecución del proyecto. Esto considerando la factibilidad de retomar algunas cuestiones que de aquí se desprendan, para la realización de investigaciones más profundas y completas sobre tópicos similares.

Quizá esto sea útil, a nivel académico, para insertar temáticas de salud mental en los programas de Psicología en las universidades. Sería un tanto obvio mencionar que la salud es un problema de interés social bastante actual y, al mismo tiempo, de afeja historia.

Por otro lado, hay que recalcar que, dado el carácter exploratorio de esta investigación, no es difícil imaginar las fuertes limitaciones que esperamos encontrar en el desarrollo de nuestras actividades y en la confiabilidad de nuestros resultados; ello no

obsta, claro está, para suponer que tales estrecheces puedan ser subsanadas utilizando otros caminos metodológicos.

Debemos aclarar que no pretendemos arribar a la definición o esclarecimiento de la representación social de la salud y de la enfermedad mental en sentido estricto; recalcamos que el presente trabajo es de carácter exploratorio, y que los resultados que de aquí se desprendan no serán más que un acercamiento a la problemática que nos ocupa.

Los autores deseamos que este trabajo resulte útil y provechoso, así como también fácil de asimilar.

A.G.A.

G.M.G.

## A N T E C E D E N T E S

La clasificación de las enfermedades, definida como un sistema de categorías numéricas asignadas a entidades nosológicas, está relatada de acuerdo con criterios establecidos previamente.

Esta selección de criterios está determinada por el interés del investigador, esto causa que se generen múltiples conflictos de intereses que han llevado al fracaso todos los esfuerzos por unificar una sola clasificación basada en principios lógicos y consistentes.

### ORIGENES.

En el siglo XVIII, Sauvages (1706-1777), fue el primero en tratar de clasificar las enfermedades en forma sistemática. Este tratado se publicó bajo el título de Nosologia Methodica.

Contemporáneo de Sauvages fue el metodista Linneo (1707-1778), una de cuyas obras se tituló Genera Morborum. A comienzos del siglo XIX, la clasificación más conocida de enfermedades era la de William Cullen (1710-1790) de Edimburgo, publicada con el título de Synopsis Nosologiae Methodicae.

Pero, de hecho, el estudio estadístico de las enfermedades se había iniciado un siglo antes con el tratado de John Graund sobre las tablas mortuorias del hombre.

Si bien, tres siglos han contribuido al rigor y a la exactitud científica de la clasificación de las enfermedades, muchos todavía dudan acerca de la utilidad de las tentativas y los ensayos para recopilar estadísticas de enfermedades o aún de



causas de defunción, debido a las dificultades inherentes a la clasificación.

Afortunadamente para el progreso de la medicina preventiva, la oficina del registro general de Inglaterra y Gales, desde su fundación en 1837, encontró en la persona de William Farr (1807-1883) su primer estadístico médico; este hombre no sólo aprovechó al máximo las clasificaciones imperfectas de enfermedades disponibles, sino que se dedicó a mejorarlas y a lograr que su uso y aplicación fueran uniformes desde el punto de vista internacional.

Durante el primer informe anual del Registrador General, Farr ya había revisado la clasificación de Cullen, la cual se usaba para los servicios públicos de su época y aún seguían vigentes a pesar de los avances de la ciencia médica; y, por otra parte, no la consideró satisfactoria para usos con fines estadísticos. Así que, tanto la nomenclatura como la clasificación estadística, fueron objeto de estudios y observaciones constantes por parte de Farr en sus "cartas" anuales al Registrador General, que fueron publicadas en los informes anuales de este último. Tal fue el reconocimiento de la utilidad de una clasificación uniforme a las causas de defunción, en el Congreso Internacional de Estadística (reunido en Bruselas en 1853), que desde entonces el Instituto Internacional de Estadística acordó la adopción de la Lista Internacional de Causas de Defunción.

En 1891, el doctor Jacques Bertillon y un comité dirigido por él, presentaron una clasificación que se basaba en la Clasificación de Causas de Defunción, utilizada en la ciudad de París, la cual, después de la revisión de 1885, representaba una síntesis de

las clasificaciones inglesa, alemana y suiza, y se regía por el principio adoptado por Farr, quien incluyó la distinción entre las enfermedades generales y las que se localizaban en un órgano o sitio anatómico específico; por instrucciones del doctor L. W. Gui-llaume, director de la Oficina Federal de Estadística de Suiza, Bertillon incluyó tres clasificaciones: la primera, una clasificación abreviada de 44 títulos; la segunda de 99 y la tercera de 161.

Esta clasificación de Causas de Defunción de Bertillon, como pronto se le denominó, recibió aprobación general y fue adoptada por varios países.

En 1898, en una reunión celebrada en Ottawa, Canadá, la Asociación Americana de Salud Pública, recomendó a los registradores de Canadá, México y Estados Unidos, adoptaran la clasificación de Bertillon y sugirió, además, que fuera revisada cada 10 años.

En la Asamblea que se celebró en Cristiania (del Instituto Internacional de Estadística) en 1899, Bertillon presentó un informe sobre los progresos de la clasificación, incluyendo las recomendaciones de la Asociación Americana de Salud Pública, acerca de las revisiones decenales. Entonces, el Instituto Internacional de Estadística adoptó una resolución que determinó:

-Los diferentes países usarán nomenclaturas comparables entre sí.

-Que el Sistema de Nomenclaturas de Causas de Defunción, presentado en 1893, fuera adoptado por todas las oficinas de Estadística de Norteamérica y por algunas de América del Sur y

Europa.

-Aprobó, de manera no determinada, el sistema de revisión decenal propuesto por la Asociación Americana de Salud Pública.

-Instó a las Oficinas de Estadística a adherirse sin demora y que así contribuyeran a la comparabilidad de las nomenclaturas de causas de defunción.

En consecuencia, el Gobierno de Francia convocó, en París (agosto de 1900), la Primera Conferencia Internacional para la Revisión de Bertillon o Clasificación Internacional de Causas de Defunción.

El doctor Bertillon, continuó impulsando el uso de la Nomenclatura Internacional de Causas de Defunción; y las revisiones de 1900, 1910 y 1920 se efectuaron bajo su dirección.

Al fallecimiento de Bertillon en 1922, la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones y el Instituto Internacional de Estadística, demostraron un gran interés en continuar con las revisiones; así que se formó una "Comisión Mixta" compuesta, en igual proporción de representantes, por todos los países participantes, la cual preparó las propuestas para la Cuarta (1929) y la Quinta (1938) Revisiones de la Lista Internacional de Causas de Defunción.

La Conferencia de la Sexta Revisión Decenal (1948), constituyó una nueva era en materia de estadísticas vitales y de salud internacionales, ya que, además de aprobar una extensa lista tanto de mortalidad como de morbilidad, y de convenir sobre las reglas internacionales para seleccionar la causa básica de defunción, la Conferencia recomendó la adopción de un amplio programa

de colaboración internacional en el campo de las estadísticas vitales y de salud; incluyendo el establecimiento de comisiones nacionales de estadísticas vitales y sanitarias, con el objeto de coordinar las actividades estadísticas en el país y de servir de enlace entre las instituciones de estadísticas nacionales y la Organización Mundial de la Salud.

La Conferencia Internacional para la Séptima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, se celebró en París en febrero de 1955, bajo los auspicios de la OMS, de acuerdo con una recomendación del Comité de Expertos de Estadística Sanitaria de la OMS. Esta Revisión se limitó a efectuar cambios esenciales y a corregir los errores y las inconsistencias.

La Conferencia para la Octava Revisión, se reunió en el Palacio de las Naciones, en Ginebra, entre el 6 y el 12 de julio de 1965, bajo los auspicios de la OMS. Esta Revisión fue más radical que la Séptima, pero dejó intacta la estructura básica de la Clasificación y su filosofía general de clasificar las enfermedades según su etiología se impuso en vez de una manifestación clínica específica.

La Conferencia para la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, auspiciada por la OMS, se llevó a cabo en Ginebra entre el 30 de septiembre y el 6 de octubre de 1975, sin que se presentaran cambios notorios en la mecánica que hasta entonces se había seguido.

La última Revisión que se llevó a cabo, tuvo lugar en Ginebra a mediados de 1985, siendo uno de sus logros más importantes la inclusión de comités de Estadística Sanitaria de los países

del Tercer Mundo.

## SITUACION ACTUAL.

Dentro del amplísimo espectro que abarca el estudio y clasificación de enfermedades, consideramos un sector muy especial que representa nuestro punto de interés: las enfermedades mentales.

El enfoque actual del problema de las enfermedades mentales es epidemiológico. Consiste en una búsqueda de las causas de los trastornos en la mente del individuo enfermo y en las constelaciones sociales que pueden haber contribuido al desarrollo del proceso morboso; incluye, además todo lo relacionado con las facilidades para el tratamiento y prevención de estos trastornos.

Una forma de describir el nivel de salud mental de una población es a través del número de enfermos mentales admitidos en los hospitales psiquiátricos. A falta de estadísticas más completas se llega al extremo de usar solo estos datos.

En Estados Unidos, se ha calculado que hay permanentemente alrededor de 5 personas con trastornos serios y hospitalizables por cada mil habitantes. El porcentaje de trastornos mentales menos graves es mucho mayor. En el mismo país, el 50% de las camas de hospitales se dedican a enfermos mentales y cerca del 10% de la población padece continuamente alguna anormalidad mental, siendo la neurosis la forma más frecuente (hasta el 5% de la población).

{San Martín, H. Salud... p.522}

En lo que a México respecta, en un estudio sobre la estructura social y la enfermedad mental, llevado a cabo entre 1981 y 1986, se destaca una incidencia de enfermedades mentales de aproximadamente un 28% en términos genéricos. {Matrajt, M. Estructu-

ra... p.19}

Claro está que, para comprender a qué se le está denominando enfermedad mental, es preciso especificar la clasificación que, en particular, se maneja en las investigaciones tomadas como punto de referencia para el presente trabajo y que, por supuesto, es la que se acepta por la OMS (contenida en el DSM-III).

Aún cuando se conoce la etiología de las enfermedades orgánicas, se ignora la casi totalidad de los trastornos psicógenos. Un esquema de la etiología de las enfermedades mentales podría ser el siguiente:

A.-Enfermedades mentales relacionadas con lesiones conocidas del sistema nervioso (psicosis orgánicas):

1.-Lesiones cerebrales debidas a infecciones: parálisis general, encefalitis epidémica, meningitis, etc.

2.-Lesiones cerebrales debidas a tóxicos: alcoholismo, toxinas bacterianas, tóxicos químicos, etc.

3.-Lesiones cerebrales debidas a traumatismos: traumatismos durante el embarazo y el parto, traumatismos externos, etc.

4.-Lesiones cerebrales por desnutrición: pelagra, beriberi, etc.

5.-Tumores, quistes, abscesos, tuberculosis, etc.

B.-Enfermedades mentales relacionadas con lesiones degenerativas del sistema nervioso (psicosis orgánicas):

1.-Psicosis seniles.

2.-Disturbios mentales ocasionados por la arteriosclerosis cerebral.

3.-Lesiones asociadas con otras enfermedades neurológicas: esclerosis múltiple, Corea de Huntington, Mal de Parkinson, etc.

C.-Deficiencia mental, oligofrenia o atraso en el desarrollo cerebral producidos por varios factores:

1.-Infecciones fetales: rubéola, sífilis congénita, toxoplasmosis, influenza, etc.

2.-Lesiones fetales: radiación, traumatismos del parto, asfixia fetal, avitaminosis, etc.

3.-Daño post-natal: coqueluche, asfixia post-natal, etc.

4.-Infección neonatal; ictericia grave del neonato.

5.-Trastornos metabólicos y genéticos: idiocia familiar amaurotica, deficiencia mental fenilquetonúrica, etc.

6.-Influencia genética: en la herencia de la inteligencia aún subsiste la controversia, por lo que es todavía difícil establecer relaciones exactas de causalidad entre genes y ambiente con respecto a la producción de oligofrenias.

7.-Malformaciones del sistema nervioso central.

D.-Trastornos de la personalidad: personalidad psicopática, delincuencia, alcoholismo, toxicomanías, neurastenias, paranoias, etc.

1.-Personalidad anormal genética o constitucional.

2.-Personalidad anormal por factores externos o conflictos emocionales.

E.-Psicosis (psicogénicas) no asociadas con lesiones conocidas del sistema nervioso, pero en las que se supone que existe una alteración del metabolismo del cerebro.

1.-Psicosis maniaco-depresiva y estados similares.

2.-Esquizofrenia y estados similares asociados.

F.-Trastornos mentales convulsivos:

1.-Epilepsia sintomática secundaria.

2.-Epilepsia esencial.

G.-Trastornos de la conducta en el niño producidos por conflictos emocionales, especialmente sentimiento de inseguridad, originados en actitudes de los padres, hermanos, otros niños, etc.

H.-Neurosis de origen constitucional, emocional y factores circunstanciales:

1.-Enfermedades psicósomáticas.

2.-Estados de ansiedad (reacciones exageradas a los estímulos ambientales).

3.-Histeria (reacción disminuida o falta total de ella).

4.-Estados obsesivos.

Quando se distribuye la incidencia de todas las enfermedades mentales en la población, se observa que la distribución no es uniforme, sino que hay relación con la condición socio-económica y cultural y, en general, con el ambiente en que se vive.

Todo lo anterior ha sido expuesto para ofrecer una panorámica que oriente al lector y lo familiarice con la problemática que decidimos abordar. Obviamos, por tanto, una exposición pormenorizada sobre psicopatología, dado que sobrepasaría los límites y objetivos que nos hemos fijado.

Consideramos significativo resaltar que, contemporáneamente, en México se han llevado ya a cabo algunos estudios relacionados



con diversos tópicos sobre salud y enfermedad mental, mismos que han aportado información provechosa para la elaboración del presente ensayo. (Citados en la bibliografía)

Por ejemplo, en 1985, el doctor Jorge Caraveo y tres investigadores más, realizaron un estudio sobre necesidades y demandas de atención en los servicios de salud mental. En este trabajo se presenta una revisión completa de los datos informados por diferentes investigaciones epidemiológicas en psiquiatría, de acuerdo con los diferentes niveles de atención.

Se presentan algunos resultados de un estudio a nivel de la práctica médica familiar en una unidad del IMSS, en relación a la forma en que los trastornos mentales son detectados por el médico familiar y sus implicaciones para programas de capacidad.

En 1987, un equipo de tres investigadoras, encabezadas por Margarita Casco, realizaron una revisión bibliográfica bastante extensa sobre la actitud hacia la enfermedad mental con el interés de difundir y estructurar el cúmulo de información que existe en relación con el tema de la percepción y las actitudes hacia la enfermedad mental; para esto, sistematizaron las investigaciones realizadas durante el periodo de 1946 a 1985. En dicho trabajo se subrayan los enfoques teóricos y metodológicos utilizados por los diferentes investigadores para conocer las actitudes hacia la enfermedad y el enfermo mental en diversas poblaciones. Los resultados demuestran que el rechazo hacia el enfermo mental está influenciado en gran medida por las características de agresión, impredecibilidad e irresponsabilidad del sujeto, así como por la influencia de variables sociodemográficas tales como la educación, la jerarquía ocupacional y la edad de los miembros de su comuni-

dad.

En las dos primeras variables se reporta que, a medida que los sujetos adquieren más educación y jerarquía ocupacional, manifiestan una actitud más favorable hacia el enfermo mental, y que, a medida que tienen más edad se muestran menos favorables hacia este tipo de pacientes.

Particularmente destaca una investigación iniciada en 1981 por Miguel Matrajt en colaboración con un grupo de pasantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, en donde el elemento central fue establecer la prevalencia de las enfermedades mentales en la República Mexicana. Decimos "particularmente destaca" debido a la envergadura de carácter nacional que la investigación reviste y por la cantidad de recursos que debieron ser utilizados para llevarlo a cabo.

Actualmente, en el sector oficial, tenemos noticias de que existen proyectos muy interesantes relacionados con la salud mental; estos están contenidos en el Plan Nacional de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y sería interesante revisar con posterioridad si son llevados a cabo y cuáles serán sus resultados.

Como puede observarse, la investigación en el rubro de la salud mental de nuestro país se encuentra prácticamente en sus primeras etapas. Será, pues, tarea de los trabajadores e investigadores del sector salud, además de todos aquellos que de una u otra forma están relacionados con el problema, avocarse al desarrollo de un trabajo más constante y sistemático que aporte una visión más clara y confiable acerca de lo que realmente ocurre con la salud mental en México.

MARCO TEORICO

## LA REPRESENTACION SOCIAL

La representación es un término que actualmente encontramos en todas las ciencias sociales, el cual constituye la designación de fenómenos múltiples que se observan y estudian a varios niveles de complejidad, individuales y colectivos, psicológicos y sociales. El concepto de representación social —o más bien, colectiva— aparece en sociología, ciencia en la que se sufre un largo eclipse. Pero su teoría va a ser esbozada en psicología social (Moscovici, s., 1961 a 1976). 3-6

En tanto que fenómenos, las representaciones sociales se presentan bajo formas variadas, más o menos complejas: imágenes que condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. Y a menudo, cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de nuestra vida social, las representaciones sociales son todo ello junto. Lo social interviene de varias maneras: a través del contexto concreto en que se sitúan los individuos y los grupos; a través de la comunicación que se establece entre ellos; a través de los marcos de aprehensión que proporciona su bagaje cultural; a través de los códigos, valores e ideologías relacionados con las posiciones y pertenencias sociales específicas.

En otras palabras, la noción de representación social nos

sitúa en el punto donde se intersecan lo psicológico y lo social.

Antes que nada concierne a la manera cómo nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos, y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social, bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, sobre lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida.

#### CARACTERISTICAS DE LA REPRESENTACION SOCIAL

Representar es sustituir a, estar en el lugar de. En este sentido, la representación es el representante mental de algo: objeto, persona, acontecimiento, idea, etc. Por esta razón, la representación está emparentada con el símbolo y con el signo. Al igual que ellos, la representación remite a otra cosa. No existe ninguna representación social que no sea la de un objeto, aunque éste sea mítico o imaginario.

Por otra parte, representar es re-presentar, hacer presente en la mente, en la conciencia. En este sentido, la representación es la reproducción mental de otra cosa: persona, objeto, acontecimiento material o psíquico, idea, etc.

En todos estos casos, en la representación tenemos el contenido mental concreto de un acto de pensamiento que restituye simbólicamente algo ausente, que aproxima algo lejano. Particularidad importante que garantiza a la representación su aptitud para fusionar precepto y concepto y su carácter de imagen.

#### ELABORACION DE LAS REPRESENTACIONES

Una primera óptica se limita a la actividad puramente cognitiva a través de la cual el sujeto construye su representación. La representación presenta dos dimensiones. Una dimensión de contexto: el sujeto se halla en situación de interacción social o ante un estímulo social y la representación aparece entonces como un caso de la cognición social. Una dimensión de pertenencia: siendo el sujeto un sujeto social, hace intervenir en su elaboración ideas, valores y modelos provenientes de su grupo de pertenencia o ideologías transmitidas dentro de la sociedad.

Un segundo enfoque pone el acento sobre los aspectos significantes de la actividad representativa. Se considera que el sujeto es productor de sentido, que expresa en su representación el sentido que da a su experiencia en el mundo social. El carácter social de la representación se desprende de la utilización de sistemas de codificación e interpretación proporcionados por la sociedad o de la proyección de valores y aspiraciones sociales.

Una tercera corriente trata la representación como una forma de discurso y desprende sus características de la práctica discursiva de sujetos situados en la sociedad. Sus propiedades sociales provienen de la situación de comunicación, de la pertenencia

social de los sujetos que hablan y de la finalidad de su discurso.

En la cuarta óptica es la práctica social del sujeto la que es tomada en consideración. Actor social inscrito en una posición o lugar social, el sujeto produce una representación que refleja las normas institucionales derivadas de su posición o las ideologías relacionadas con el lugar que ocupa.

En el quinto punto de vista, el juego de las relaciones intergrupales determina la dinámica de las representaciones. El desarrollo de las interacciones entre los grupos modifica las representaciones que los miembros tienen de sí mismos, de su grupo, de los otros grupos y de sus miembros.

Finalmente, una última perspectiva, más sociologizante y que hace del sujeto el portador de las determinaciones sociales, basa la actividad representativa en la reproducción de los esquemas de pensamiento socialmente establecidos, de visiones estructurales por ideologías dominantes o en el redoblamiento analógico de relaciones sociales.

#### FORMACION DE LAS REPRESENTACIONES

Existen tres componentes que Moscovici señala como importantes en la formación de la representación social; el primero es la dispersión de la información y el desfase, que se refieren a la accesibilidad del objeto, a la significación que representa para el sujeto o grupo y a la calidad en que se expresa con respecto a él. Esto es, a la cantidad y la calidad en la información. El segundo hace referencia a la focalización, que indica el grado de involucramiento, interés o implicación de un grupo o individuo con relación a uno o diversos objetos. El tercer componente es la

presión a la inferencia, en el cual el individuo o grupo social tiende a manifestar su opinión, evaluación o toma de posición con respecto a un objeto. La existencia de la presión a responder, acelera en el individuo el proceso de la transición de la inferencia a la comprobación, ya que el sujeto al ser presionado a dar su opinión, con la información de que dispone, simultáneamente está comprobando la veracidad de la información que proporcionó.

En resumen, podemos decir que la formación de una representación social, se ve afectada por la cantidad de información que recibe el grupo o sujeto social y la calidad de esta dispersión de la información y desfase. Además, por el grado en que el sujeto se ve implicado en una situación, por el grado de focalización, y por las presiones que existen para una toma de posición o para una decisión (presión a la inferencia).

#### CONTENIDO DE LAS REPRESENTACIONES

Existen tres dimensiones que dan cuenta del contenido, las cuales son: a) La información que proporciona datos o conocimientos respecto al objeto social, en calidad y cantidad; b) El campo de representación, que expresa la forma en la que se organiza o estructura el contenido de acuerdo a cada grupo o a cada individuo, ya que en éstos, los aspectos ideológicos juegan un papel activo; c) La actitud que expresa su orientación positiva o negativa frente al objeto de la representación, siendo considerada como más primitiva que las dos anteriores, puesto que puede existir en casos de información reducida y en campos de representación poco organizados.



La utilidad de este análisis es la estructuración del contenido y las interrelaciones de sus dimensiones, al mismo tiempo que posibilita los estudios comparativos sobre la diferenciación de los grupos, en función de sus representaciones sociales, las cuales constituyen dimensiones que contribuyen a la definición de aquellos.

## PROCESOS DE LA REPRESENTACION

La representación consta de dos procesos que permiten su funcionamiento: el proceso de la objetivización y el anclaje.

En el proceso de la objetivización, la representación permite intercambiar percepción y concepto. Al poner en imágenes las nociones abstractas, da una textura material a las ideas, hace corresponder cosas con palabras, da cuerpo a esquemas conceptuales. La objetivización implica varias fases: a) Selección y contextualización de los elementos de la teoría, esto es, las informaciones que circulen en torno a determinado concepto serán objeto de una selección en función de criterios culturales, ya que todos los grupos no tienen igual acceso a las informaciones; b) Formación de un "núcleo figurativo", una estructura de imagen reproducirá de manera visible una estructura conceptual, las nociones claves que configuran las dimensiones existenciales son el consciente (que evoca la voluntad, lo aparente, lo realizable) y el inconsciente (que evoca lo involuntario, lo oculto, lo posible); c) Naturalización: el modelo figurativo permitirá concretar, al coordinarlos, cada uno de los elementos que se transforman en seres de la naturaleza.

El anclaje: la representación en lo social se refiere al

- enraizamiento social de la representación y de su objeto que se traduce en el significado y la utilidad que les son conferidos. Otro aspecto importante del anclaje se refiere a la integración cognitiva del objeto representado en el sistema de pensamiento preexistente y en las transformaciones derivadas de este sistema. Ya no se trata, como en el caso de la objetivización, de la construcción formal de un conocimiento, sino de su inserción orgánica dentro de un pensamiento constituido.

El anclaje como asignación de sentido. La jerarquía de valores que se impone en la sociedad y en sus diferentes grupos, contribuye a crear, alrededor de algún concepto y su representación, una red de significados a través de la cual son situados socialmente y evaluados como hecho social. En cuanto al anclaje como instrumentalización del saber, nos permite comprender cómo los elementos de la representación no sólo expresan relaciones sociales, sino que también contribuyen a constituirlos.

Tanto la objetivización como el anclaje, articulan las funciones básicas de la representación social a través de: función cognitiva de integración de la novedad, función de interpretación de la realidad y función de orientación de las relaciones sociales. Visto a través del prisma de la psicología social, toda representación social es comportamiento humano que se sitúa en un contexto de interdependencia social: todo comportamiento es, al mismo tiempo, respuesta y estímulo, en virtud de la reciprocidad (que no implica igualdad) que existe en toda relación, directa o simbólica entre actores sociales.

## I N F L U E N C I A S O C I A L

Uno de los aspectos fundamentales en el tema que nos ocupa (la representación social de la salud y la enfermedad mental), es la manera como la sociedad establece los criterios que ubican a determinadas personas (los enfermos mentales) en el encuadre de "desviados sociales". Si bien planteamos el aspecto individual de este punto en el apartado titulado "Cómo se llega a la categoría de desviado?", hemos creído pertinente exponer aquí lo que al respecto propone la teoría de la influencia social desde el punto de vista de Serge Moscovici y Philippe Ricateau.

Presentamos un resumen muy compacto de las ideas que estos autores plasman en su libro "Conformidad, minoría e influencia social" (publicado por Editorial Planeta, Barcelona en 1975) acerca de los puntos que nos interesan.

Consideramos que el proceso de la influencia social es uno de los más sólidos pilares en los que se apoya el desarrollo actual de nuestra disciplina, en tanto que engloba fenómenos intra e interindividuales de la más elevada importancia.

La influencia se encuentra presente en los más variados campos de la interacción humana (bajo cualquiera de sus tres formas: conformismo, sumisión e innovación), y por ello su estudio la hace útil para explicar gran cantidad de los procesos que se dan al interior de nuestra sociedad.

"...El proceso de la influencia contribuye a estructurar el campo social y a asegurar la invariabilidad del comportamiento en

el campo de aquél." (op. cit. p. 186)

Se reconocen cinco funciones primordiales que la influencia cumple en la mecánica social, todas interrelacionadas e indisolubles: la formación de las normas, ser vehículo de comunicación, la socialización de los individuos, el control social (y su equilibrio) y la facultad de constituirse en instrumento de cambio social.

Dentro de la mecánica aludida, los individuos o subgrupos que ejercen la influencia son siempre considerados como pertenecientes a una mayoría, representando a una autoridad o poseyendo una competencia superior a la media. La minoría, el individuo, no son considerados más que como receptores o depositarios de la influencia. De esta manera, a la mayoría le corresponde el papel de elemento activo en el proceso de cambio social, mientras que al individuo o minoría se le asigna el papel pasivo. Así limitado, el individuo minoritario no parece tener otra alternativa que la aceptación o el rechazo de lo que le es sugerido o impuesto por la mayoría; en caso de rechazo, las únicas posiciones que es libre de ocupar en la relación social son la desviación o la independencia, adecuadas a las sanciones de aislamiento por parte del grupo o de sus iguales. Atendiendo a las exigencias del grupo, la pasividad, conformista, toma una "coloración" positiva y la actividad una "coloración" negativa. En oposición al sometimiento, el retracto o la resistencia son las únicas salidas permitidas, y no la puesta en acción de las prescripciones o la constitución de nuevas normas creadas por el desviado; aunque esto no excluye que el entorno social pueda elaborar la estrategia del castigo o sanción, a costa

de crear reglas para ello, acorde a la situación.

El fin de la influencia es, esencialmente y en todos los casos, el establecimiento y el refuerzo del control social, puesto que solamente gracias a una forma u otra de control social los individuos pueden realizar una acción concertada o constituir un grupo.

La orientación de las actitudes y de los comportamientos hacia las posiciones que ha adoptado la mayoría o la autoridad, gracias a los que conservan recursos y poderes, se convierte entonces en el motor de toda acción colectiva. La existencia de divergencias o alternativas desviantes constituye, a este respecto, un obstáculo. Desde el momento en que se manifiestan divergencias o comportamientos desviantes, se desarrollan a su vez presiones para reducirlos, para restablecer el equilibrio amenazado.

Por lo demás, para prevenir el aumento de la incertidumbre, que dentro del grupo social provocaría la emergencia de actitudes desviantes, la masa social elabora un trabajo que constantemente reabsorbe el menor signo de desvío remarcando las características, reales y atribuidas, que se confieren al individuo o minoría desviados. Los individuos que dirigen el grupo (líderes de opinión; autoridades morales, legales o científicas, etc.) tienen la misión de definir la realidad válida para todos, el carácter correcto o incorrecto de un pensamiento o de un acto, y de excluir la posibilidad de una definición diferente. El establecimiento del equilibrio, por una parte, y la reabsorción de la desviación, por otra, son las dos facetas del control social, los orígenes de las presiones que se ejercen con vistas a su mantenimiento.

La influencia se dirige a eliminar las incertidumbres que

amenazan la identidad y la integridad del grupo. Para el individuo o la minoría, su incapacidad para determinar los contornos de un objeto (real, o imaginario) es lo que le incita a apoyarse en la opinión de sus semejantes. La incertidumbre individual puede tener un origen interno y un origen externo. El primero reside en la ansiedad, la falta de información, de experiencia o de confianza, etc. El segundo está en función del grado de ambigüedad de la realidad, de los objetos, de los acontecimientos, de incompatibilidades marcadas para aprehender los elementos del entorno, etc.

"Fundándose en las diversas descripciones de la incertidumbre, se ha dado por seguro y establecido por numerosas demostraciones que:

a) la presión del grupo hacia la uniformidad crece proporcionalmente a las divergencias que en él se manifiestan;

b) el conformismo de una persona es tanto mayor cuanto más incierta está (por ansiedad, falta de información o confianza, etc.);

c) la influencia ejercida es tanto más eficaz cuanto menos estructurado está el estímulo o el objeto a propósito del cual actúa". (op. cit, pp. 192-193)

Estos procesos se explican por un mecanismo relativamente simple: con el objeto de evitar la incómoda incertidumbre para el funcionamiento individual o colectivo, los miembros de un grupo son inducidos a aceptar las informaciones proporcionadas por otros, a actuar conforme a sus indicaciones, a someterse a sus prescripciones.

Considerar los fenómenos de interacción desde el punto de

vista de las normas, que se desprenden de, y rigen a la acción social, conduce a hablar de dependencia.

Los miembros del grupo que no comparten el sistema de comportamiento, convalidado por la mayoría, no pueden ya entonces modificar el consenso mayoritario así constituido en el sentido de su propio comportamiento. La norma adquiere una fuerza coercitiva que refuerza la interacción por el simple mecanismo de su validación. No obstante, cuando la rigidez de la norma acentúa la divergencia de los sistemas de comportamiento, los dos subgrupos se encuentran en una situación de tensión intensa, y la norma mayoritaria tiende implícitamente a definirse en términos de normalidad, mientras que el sistema de comportamiento minoritario es considerado como desviacionista. La dependencia de los minoritarios se explica entonces por la tendencia al mantenimiento del estatuto. Efectivamente, oponerse a la norma puede excluir a un individuo (o a una minoría) del grupo. Pero la minoría debe conservar al mismo tiempo la integridad de su sistema de comportamiento.

Se comprende entonces fácilmente que la reducción de tensión en cuanto a la dependencia se sitúa solamente al nivel de la satisfacción de una de las tendencias a expensas de la otra. Cuando la norma es demasiado rígida para permitir la presencia de elementos desviantes, los individuos minoritarios tienen que ahogar sus necesidades de integridad para no perder la aprobación de los otros. Porque la intensidad de la necesidad de aprobación está en estrecha relación, por una parte, con la importancia del grupo y, por otra parte, con la pertinencia de sus objetivos, la dependencia determina la intensidad de la presión social. Cuando los miembros minoritarios están colocados en una situación en la que la

aprobación social es vital, no tienen otra salida (decorosa) que la sumisión a la norma.

Una autorregulación se instaure al nivel de este mecanismo en la medida en que la sumisión a la norma mayoritaria tiene por efecto la aparición de la aprobación social. La satisfacción de la necesidad reduce el conflicto intraindividual aumentando la dependencia de la minoría con respecto a la mayoría.

Todo lo anterior, nos conduce a la comprensión del mecanismo por el cual, la desviación mental es vista como un peligro que reta el equilibrio del orden social, y también cómo este mecanismo vuelve al enfermo mental un individuo amenazante para sus congé-neres en tanto que es fuente de incertidumbre.

En resumen, influencia social significa hablar de: las transformaciones que sufren los mecanismos generales del juicio, la percepción, la memoria; como resultado de las interacciones entre dos sujetos, dos grupos relativos a un objeto, hecho social, o estímulo común (vid Moscovici, 1967).



090612

EL CONCEPTO SALUD-ENFERMEDAD MENTAL

## EL CONCEPTO SALUD-ENFERMEDAD MENTAL SEGUN EL PUNTO DE VISTA FILOSOFICO.

NOTA PRELIMINAR: Es particularmente difícil encontrar, en las obras de los grandes filósofos, alusiones específicas a este tema. Una revisión exhaustiva de un gran número de obras y autores posiblemente llegase a aportar información pertinente o bien, pudiese despertar más dudas que oscurecerían lo que pretendemos aclarar. Por lo anterior, y considerando el propósito de este trabajo, en este apartado nos limitaremos a mencionar lo escrito por un autor francés contemporáneo: el médico y filósofo Georges Canguillem, que en su libro "Lo normal y lo patológico" (1966) aborda la problemática que nos interesa. Cabe aclarar que solo tomamos como referencia su trabajo, sin pretender que su punto de vista sea la última palabra en cuanto a salud y enfermedad mental; plasmamos aquí sus ideas para brindar algunos indicios sobre una postura filosófica particular y solamente con carácter ilustrativo.

En el capítulo primero de la segunda parte del libro de referencia, el autor nos dice que: "Es interesante destacar que los psiquiatras contemporáneos han realizado en su propia disciplina una rectificación y un ajuste de los conceptos de normal y patológico [...]. Quizá la razón de esto haya que buscarla en las relaciones más estrechas de la psiquiatría con la filosofía por intermedio de la psicología. En Francia, sobre todo, Ch. Blondel, D. Lagache y E. Minkowski contribuyeron a definir la esencia general del hecho psíquico mórbido o anormal y sus relaciones con lo

normal. En "La conscience morbide", Blondel había descrito casos de alienación en que los enfermos aparecen al mismo tiempo como incomprensibles para los otros e incomprensibles para sí mismos, en que el médico tiene verdaderamente la impresión de estar frente a otra estructura de mentalidad; él buscaba la explicación de esto en la imposibilidad en que se encuentran tales enfermos para transponer (sic) en los conceptos del lenguaje usual los datos de su cenestesia. Le es imposible al médico comprender la experiencia vivida por el enfermo, a partir de los relatos de los enfermos. Porque aquello que los enfermos expresan con los conceptos usuales no es directamente su experiencia, sino su interpretación de una experiencia para la cual se encuentran desprovistos de conceptos adecuados.

"D. Lagache se encuentra bastante lejos de ese pesimismo. Piensa que en la conciencia anormal es necesario distinguir entre variaciones de naturaleza y variaciones de grado; en ciertas psicosis la personalidad del enfermo es heterogénea respecto a la personalidad anterior; en otras, la primera es una prolongación de la segunda. Con Jaspers, distingue Lagache entre psicosis no comprensibles y psicosis comprensibles; en este último caso la psicosis aparece en relación inteligible con una vida psíquica anterior.

"E. Minkowski piensa también que el hecho de la alienación no se deja únicamente reducir a un hecho de enfermedad, determinado por referencia a una imagen o idea precisa del ser humano promedio o normal. De un modo intuitivo calificamos a otro hombre de 'alienado' y lo hacemos 'como hombres y no como especialistas'. El alienado ha 'salido del marco' no tanto con respecto a los

otros hombres como con respecto a la vida; no es tanto desviado como diferente. [...]. La alienación o anomalía psíquica presenta según Minkowski caracteres propios que para él no contiene el concepto de enfermedad. [...] la alienación mental es una categoría más inmediatamente vital que la enfermedad; la enfermedad somática es capaz de una precisión empírica superior, de un control de las pautas mejor definido; la enfermedad somática no rompe el acuerdo entre semejantes -el enfermo es para nosotros lo que es para sí mismo-, mientras el anormal psíquico no tiene conciencia de su estado. Lo individual domina la esfera de las desviaciones mentales mucho más de lo que lo hace en el dominio somático'. (pp. 83-85)

Respecto a este punto, el autor dice que para él la salud es la vida en el silencio de los órganos y que lo normal biológico sólo es revelado por las infracciones de la norma, por lo que sólo hay conciencia concreta o científica de la vida por obra de la enfermedad. Lo normal no es un promedio correlativo de un concepto social, no es un juicio de realidad, sino un juicio de valor, una noción límite que define el máximo de capacidad psíquica de un ser: la normalidad no tiene un límite superior. (p. 86). Es la apreciación de los pacientes y de las ideas dominantes del ambiente social, más que el juicio de los médicos lo que determina aquello que se llama "enfermedad". Trátese ya de "enfermedades" físicas o psíquicas, el caso es el mismo. "Enfermo" es un concepto de no valor que comprende a todos los valores negativos posibles. Estar enfermo significa ser perjudicial o indeseable o socialmente desvalorizado, etc.

Tomada en absoluto, la salud es un concepto normativo que define un tipo ideal de estructura y de comportamiento orgánico y psíquico; en este sentido, hablar de buena salud es un pleonismo, porque la salud es el bien orgánico y psíquico. La salud calificada es un concepto descriptivo que define determinada disposición y reacción de un organismo individual frente a posibles enfermedades. Lo propio de la enfermedad consiste entonces en ser propiamente crítica. Incluso cuando la enfermedad llega a ser crónica (por ejemplo en la esquizofrenia), luego de haber sido crítica, hay un "antaño" del cual el paciente o su círculo social aún guardan la nostalgia. Por lo tanto, no se está enfermo sólo con relación a los otros, sino también con relación a uno mismo.

Si bien aceptamos que una simple anomalía en el comportamiento no es en sí una enfermedad, es cierto que se convierte en enfermedad cuando pone en desventaja a un ser humano frente al medio social que le rodea. El enfermo mental será, pues, aquel que no sea capaz de preservar su vida por sí mismo dentro del contexto en que se desenvuelven aquellos que son considerados "normales".

En conclusión, desde el punto de vista de Canguillem, compartido por nosotros, la salud y la enfermedad mentales son conceptos funcionales referidos a la misma realidad, pero opuestos entre sí, por variaciones cualitativas que vuelven incompatible la supervivencia de un sujeto de una categoría dentro de la otra por desventajas en cuanto a su adaptabilidad. Esto puede decirse que sólo es válido en el sentido de colocarse al enfermo en el contexto del sano, puesto que el sentido inverso aún no ha sido suficientemente investigado.

## EL CONCEPTO SALUD-ENFERMEDAD MENTAL DESDE EL PUNTO DE VISTA PSIQUIATRICO BIOLOGISTA.

La Biología es, como se sabe, una de las ciencias más antiguas en el desarrollo del saber humano. Asimismo, en el aspecto metodológico es también una de las disciplinas más firmes y estructuradas en conjunción con las otras dos grandes ciencias naturales: la Física y la Química.

Siendo los seres vivos el objeto de estudio (por definición) de la ciencia biológica, es lógico suponer que también se ha ocupado de estudiar al ser humano bajo sus múltiples características biológicas; para esto se ha valido de ciencias derivadas tales como la Fisiología, la Histología, la Embriología, la Citología, etc., según el campo de interés que se haya deseado investigar.

Toda esa serie de conocimientos han proporcionado las bases sobre las que se fundamenta el enorme conglomerado de técnicas conocido como Medicina, cuya principal meta es la búsqueda de la salud humana. Y es aquí precisamente donde se ubican nuestros intereses en tanto que hablamos de salud, particularmente de salud mental.

La opinión de las ciencias biológicas coincide en comparar la salud física con una manifestación ecológica de la relación individuo-ambiente, consecuentemente, el concepto de salud mental implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otro y para participar en modificaciones de su ambiente físico-social o de contribuir a él de modo constructivo; implica capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos, potencialmente en con-

flicto (sic); implica, además, que un individuo ha logrado desarrollar su personalidad en forma tal, que le permite hallar expresión armoniosa en la plena realización de sus potencialidades.

{San Martín, op. cit.}

En cuanto a lo que respecta a la enfermedad mental, la mayoría de los autores actuales parte de la noción de que la enfermedad psíquica es una enfermedad somática general con preferente participación cerebral; aducen que es imposible concebir, desde el punto de vista de la Biología, una función psíquica humana que no suceda sobre bases fisiológicas, puesto que todo aspecto de la personalidad humana tiene, necesariamente, un aspecto físico. En otras palabras, nunca hay un fenómeno de conciencia sin un objeto o proceso material concomitante que lo revele; y este proceso material no puede residir sino en el cerebro, puesto que a este órgano llegan todas las estimulaciones que el cuerpo recibe. Evidentemente que lo que recibimos a través de la conciencia es el producto de la elaboración cerebral que puede modificar las cosas, pero también es evidente que ese producto no puede ser sino un reflejo del mundo externo, del que proceden los estímulos.

Es decir, la conciencia, que es lo psíquico en su mayor pureza, no existe en el hombre sino en función de un proceso cerebral; si éste se altera, se altera aquélla; si éste desaparece, desaparece aquélla. Pero, además, no puede revelarse sino con la ayuda de un objeto material exterior sobre el cual se aplica y, en último término, de un proceso material interior (la fisiología cerebral) sobre el cual también se aplica. El fenómeno cerebral o corporal puede ser de varios tipos: actividad fisiológica de los

centros correspondientes en la percepción; utilización de trazas en la memoria (huellas o funciones fisiológicas especiales, por ejemplo: los circuitos reverberantes); fenómenos perceptivos anteriores en la función imaginativa y en el pensamiento; fenómenos en todo el cuerpo (circulatorios, respiratorios, digestivos, etc.) a causa de las emociones; etcétera.

Las teorías organicistas son de base materialista y sostienen que las células del cerebro se relacionan entre sí y actúan como un todo y, por lo tanto, no fragmentan ni dispersan el conocimiento. Por ser elementos activos, como toda materia, las células cerebrales, operando en conjunto, coordinan y unifican los diversos datos recibidos por los sentidos y por los centros nerviosos. El resultado de esta actividad colectiva de las células del cerebro y de los otros elementos que lo constituyen no puede ser explicado estudiando por separado la actividad o las propiedades de sus componentes. El reflejo de la realidad que surge de la actividad cerebral, llamado conocimiento por ellos (los biólogos), es un producto que supera las propiedades de los elementos constituyentes de este órgano, considerados aisladamente. Afirman que el hombre es una unidad cuerpo-mente; es una organización de estructuras y funciones unidas en una sola personalidad, aun cuando el solo cerebro no determina la totalidad de su pensamiento puesto que todos los órganos juegan un papel importante en el proceso, por lo que se dice que el organismo es un mecanismo integrado y unitario, es una unidad psicósomática. En resumen: el cerebro es la estación receptora y coordinadora a la que llegan impulsos de todo el cuerpo.

Según este mismo punto de vista, los reflejos condicionados



son actos psíquicos elementales, constituyen la actividad primaria de la corteza cerebral y es la forma más típica de la función cerebral y la ligazón básica en la cadena de sus complicadas leyes. Luego entonces, forman la base sobre la que descansa toda la actividad nerviosa superior. De acuerdo con estas ideas, el reflejo condicionado es la conexión nerviosa temporal entre los innumerables agentes del ambiente externo y las reacciones definidas del organismo. El mensaje nervioso, producto de la actividad de las células nerviosas, parece ser una actividad electroquímica; es decir, de naturaleza física.

En tanto que el proceso de desarrollo del cerebro y de la actividad cerebral ha sido extraordinariamente largo, se afirma que las facultades mentales del hombre actual (tales como su capacidad de elaborar conceptos abstractos, de razonar, el lenguaje, la conciencia, etc.) se han desarrollado gradualmente a partir de etapas no conceptuales del pensamiento que existen en los mamíferos más cercanos (evolutivamente hablando) a la especie humana. En este sentido, el hombre no tiene ninguna facultad mental que sea exclusiva de él; su actividad mental difiere de la de los demás animales sólo en grados de perfeccionamiento y en cantidad.

De acuerdo con lo antes expuesto, se aceptan cinco condiciones para evaluar el grado de salud mental en un individuo: ausencia de enfermedad mental, conducta "normal", adaptación al ambiente, unidad de la personalidad y percepción correcta de la personalidad, o sea, del mundo y de sí mismo. De aquí que una persona mentalmente sana o "normal" es aquella que no padece de enfermeda-

des mentales, y cuya conducta social es "normal" en relación a los cánones establecidos, cuya adaptación al ambiente es adecuada (aun cuando no se especifica de acuerdo a qué o a quién), cuya personalidad se ha desarrollado individualmente y actúa como unidad y, además, cuya percepción del mundo que la rodea y de sí misma es realista (?).

En cuanto a la integración de la personalidad, la medicina psiquiátrica la interpreta como la suma total de todos los constituyentes mentales del individuo, desarrollados a base de la constitución hereditaria y de las influencias ambientales. Es por esto que los biólogos creen que una tendencia hereditaria a la inestabilidad mental puede permanecer latente por mucho tiempo hasta que un conflicto emocional violento, una intoxicación o una enfermedad orgánica destruyen el equilibrio del sistema nervioso. (San Martín, op. cit. p. 517)

Todo esto significa que la salud mental y las enfermedades mentales son manifestaciones ecológicas entre el individuo y su ambiente y que no constituyen estados opuestos, sino variaciones en grado de las mismas tendencias presentes en la personalidad individual.

90612

EL ENFERMO MENTAL

## COMO SE LLEGA A LA CATEGORIA DE "DESVIADO"?

El ser humano, como especie, comparte con sus semejantes una serie de características que lo hacen inteligible, a sí mismo y para con los demás, dentro de un cierto marco de esquemas que rigen en la vida social dentro de la que se encuentra inserto y de la que es producto y origen a la vez.

Es a través del lenguaje (en todas sus manifestaciones) como el hombre adquiere la casi totalidad de la información que necesita obtener para relacionarse de una manera más o menos coherente con el ambiente humano que lo rodea. El lenguaje verbal o no verbal sirven de vínculo entre el mundo psíquico del individuo con el mundo (externo a él) de los demás, con la condición a priori de que esos mundos sean compatibles entre sí de tal manera que compartan las mismas expectativas para poder correlatarse mutuamente.

Sin embargo, hay dentro de nuestro mundo social un gran número de personas cuyo mundo personal no siempre es del todo identificable con los mundos personales de los demás individuos de la sociedad. a estas personas, que literalmente "viven en otro mundo" se les ha adjetivado de una y mil formas en una clara intención de señalarlos e identificarlos como "diferentes" al entorno social que comparten con los demás.

Básicamente considerados como transgresores de la norma social vigente, se les apunta con índice de fuego implementando estrategias y mecanismos diversos para hacer escarnio de su persona y de su condición, todo en aras de una supuesta "normalidad" que es ostentada como un rasgo de superioridad que autoriza el derecho a erigirnos en jueces de lo que no entendemos y que consi-

deramos como inferior o amenazante a nuestra propia integridad.

Para darnos una imagen de cómo un individuo llega a compartir su mundo con el de los demás, o a la inversa, tenemos que remitirnos al proceso mismo de socialización del ser humano.

Durante este proceso, el ser humano se "arma" de todas las herramientas comportamentales que la facilitarán el acceso al aprendizaje y al ejercicio de los roles que tendrá que desempeñar a lo largo de toda su vida. Todo esto dependerá fundamentalmente de las características personales de cada quien y de diversos factores socioculturales que facilitarán, o dificultarán según sea el caso, la adaptación del individuo a los roles que les sean determinados para ejercer.

Es precisamente la interacción en sociedad la que permite al hombre aprender los significados y valores contenidos en la actuación de las personas que le rodean, lo cual le permite comprender la conducta de los demás y adecuar su propio comportamiento en determinada situación social, de acuerdo a las expectativas originadas por su aprendizaje.

El hecho de compartir normas comunes, permite a individuos de una misma sociedad reconocer los comportamientos que cada uno presenta de acuerdo al rol que cada quien está desempeñando, además de permitir también la comparación y modificación de la conducta propia en base a un proceso infinito de retroalimentación y actuación sociales. Esto es precisamente lo que da origen a la formación de culturas particulares entre los diversos agrupamientos humanos que pueblan el planeta.

"Por tanto, se considera al rol social como un nexo entre la personalidad y la estructura social, determinado por la división

social del trabajo, y que es definido y puesto en acción por la persona, tanto por demandas estructurales como por características de su personalidad". (Dudet, C., 1986)

Cierto es también que en el desempeño de los roles pueden surgir problemas, ya sea que la persona trate de asumir roles incompatibles o bien que su desempeño sea deficiente o incompleto; esto implica que, a los ojos de los demás, la persona no está actuando conforme a las expectativas que se tienen de ella y que, por tanto, se desvía de lo que es "normalmente" esperado o aceptado. Esto puede ser causa de un estado de tensión permanente en el individuo que es incapaz de asumir sus roles correspondientes de una manera "aceptable" para los demás.

"La conducta social y sus consecuencias, en última instancia, son las que permiten clasificar, categorizar al individuo como desviado, anómico, enfermo, etc.; y será sancionado según la situación del acto, la magnitud del mismo, la respuesta social y su posición social". (Dudet, C., 1986)

Aquí podemos apuntar entonces que la desviación en sí misma no es causada por el individuo desviado, sino por el grupo social que ha instituido y aceptado las normas de conducta que deberán ser seguidas por todos los miembros de la comunidad instituyendo, asimismo, los castigos para los infractores de ese orden. De esta forma es como los individuos infractores a la norma general son etiquetados y obligados a permanecer en la categoría de desviados como minoría sojuzgada.

"Durante mucho tiempo se ha catalogado a un gran número de individuos en categorías desviantes, se les ha tratado como obje-

tos, peor aún, como residuos de la sociedad normal (...). Tal es el caso sobre todo, de los grupos "raciales", los homosexuales, los encarcelados y, en rigor, los "locos". (Moscovici, 1981. p. 23 cit. en Dudet, 1986)

Esto es, en síntesis, lo que consideramos nuestro punto de vista en cuanto a la manera como un individuo accede al papel de desviado (agregándole el calificativo "mental") dentro de la dinámica social.

### EL ROL DEL ENFERMO MENTAL

De acuerdo a lo expuesto en el apartado anterior, podemos inferir que, puesto que es a través del proceso de socialización como se adquieren las imágenes correspondientes a los roles que desempeñan las personas que rodean a un individuo, también es durante las primeras etapas de ese proceso como se adquieren las nociones tempranas de lo que se considera como conducta "desviada" o "anormal". Particularmente en nuestra cultura existe una frecuente referencia a "el loco" bajo la figura misteriosa y atemorizante de "el coco". Si bien es una noción muy oscura para un niño, no por ello está exenta de una carga de negatividad que es rápidamente asimilada aun cuando al niño no se le dé más información al respecto.

Así pues, las ideas tradicionales sobre el trastorno mental, se encuentran frecuentemente presentes en el discurso cotidiano de la gente, al ser aprendidas desde la infancia y reafirmadas constantemente en los medios masivos de comunicación, además de estar incluidas en las charlas cotidianas del público común.

Ahora bien, si consideramos lo anterior, cuando la desvia-

ción de un individuo se convierte en un asunto público, el concepto socialmente compartido de la demencia o enfermedad mental se transforma en el marco que rige la acción, tanto de los que rodean y reaccionan al individuo desviado como la del individuo desviado mismo. Esto implica que, al reaccionar el entorno social de acuerdo a la imagen que se comparte de lo que debe ser la conducta de un enfermo mental, la conducta del que así ha sido señalado, antes sólo distinta a la de los demás, comienza a mostrar signos que la van moldeando de acuerdo al rol que los demás le están asignando, dentro de las expectativas preformadas del comportamiento que debe mostrar para adecuarse a su nuevo papel social, asimilando así su conducta a la de otros individuos desviados clasificados como enfermos mentales.

"El proceso de convertirse la conducta en uniforme y estable queda completado cuando el conjunto de imágenes tradicionales se convierte en parte de la orientación de la persona desviada para guía de su propia conducta". (Scheff, T., 1963. p. 364 cit. en Millon, T., 1974)

Según nuestro punto de vista (acorde con Scheff), la gran mayoría de los trastornos mentales no son más que una actitud social, dado que es precisamente la actitud social la otra parte y el reflejo de la posición del enfermo mental en la estructura social; considerando que la etapa crucial de la enfermedad mental así creada inicia cuando el individuo desviado acepta el estigma que el entorno social ha colocado sobre él.

Para que se dé esta etapa, Scheff apunta tres hipótesis que, a juicio nuestro, esclarecen el mecanismo que reafirma la idea



social dentro de las expectativas del propio enfermo:

"Los elementos desviados clasificados podrán verse recompensados por el hecho de desempeñar el papel estereotipado del desviado".

Esto puede ser observable en el trato de compasión que reciben de su entorno (y del ambiente hospitalario también) aquellos individuos considerados como 'buenos enfermos' o 'buenos pacientes'; traducido este trato en muestras pseudo-afectuosas o en canonjías y deferencias "especiales" que los convierten en "importantes" cuando renuncian a su propia identidad para plegarse a lo que los demás dicen que son o que deben ser.

"Los desviados clasificados son castigados si tratan de volver a las conductas convencionales".

Este aspecto queda bien ilustrado cuando, por ejemplo, se le bloquea al enfermo en su desempeño como individuo de la sociedad civil, según se le presiona para que se reintegre a la vida 'normal' durante su estancia terapéutica, pero cuando llega a decirse que fue 'curado' el ambiente externo le es hostil, y arrastra de por vida la señal que marcó su ingreso en el mundo alienado al que se le obligó pertenecer. Jamás borrará la desconfianza y el temor de los demás a su categoría de "ex-enfermo mental".

"En la crisis que tiene lugar cuando un individuo desviado primario es clasificado públicamente, el individuo es sumamente sugestionable y podrá aceptar acaso el papel de demente que le es asignado como su última alternativa". (Scheff, T., 1963. p. 365)

El individuo desviado es generalmente muy sensible a los detalles significativos, a veces ínfimos, que refleja la conducta de los demás hacia él y empieza a considerarse a sí mismo en

términos del papel que le ha sido atribuido socialmente. Este es un proceso más o menos lógico, ya que el desviado, al igual que los que lo rodean, ha aprendido desde la infancia las características de ese papel que ahora se ve obligado a desempeñar; y está visto que no tiene otra opción, ya que de no aceptar la nueva norma que tienen que seguir los que han salido de la otra norma, se encontraría que él mismo no tiene posibilidad de buscar otra salida para permanecer, aunque sea aislado y menospreciado, dentro del esquema social al que de una u otra manera pertenece.

Se aprecia entonces que, una vez que una persona ha sido colocada en una posición de desvío, se dan recompensas por el hecho de conformarse a la misma al papel de desviado y castigos por no conformarse a éste. No es muy difícil entonces observar que se crea todo un sistema de normas para todos aquellos que han violado la norma social que comparten los individuos "normales" (vélgase la redundancia).

De esta manera, el papel social del enfermo mental adquiere significaciones distintas dentro del proceso que la sociedad ha establecido para la desviación.

Por último, acotamos la hipótesis causal final que Scheff propone para explicar el derrotero que sigue la desviación:

"Entre los elementos afectados de desviación residual, la clasificación es la causa sola más importante del curso que sigue dicha desviación". (Scheff, T., 1963. p. 366)

Esta hipótesis supone que la mayor parte de la desviación no conducirá a un curso desviado si no se convierte en la base para asumir el rol del enfermo. Según este punto de vista, la mayor

parte de las trayectorias de los enfermos mentales resultan de las características particulares de esas mismas trayectorias que, a su vez, pueden estar determinadas según el carácter de la conducta desviada, según la persona que realiza los actos desviados y según la comunidad en la que la desviación tiene lugar.

En cuanto a la reacción de la sociedad frente a la desviación, creemos que está en función de: primero, el grado, la cantidad y la visibilidad de la conducta desviada y, en segundo lugar, del poder del individuo desviado y de la distancia social entre él y los agentes del control social y, finalmente, del nivel de tolerancia de la comunidad y de la disponibilidad, en el medio cultural de la comunidad, de actividades alternativas no desviadas.

En la medida en que estos factores sean empíricamente determinantes independientes de la clasificación y de la negación como persona de un individuo desviado, creemos que la posición del enfermo mental puede considerarse como una posición más bien parcialmente atribuida que completamente conseguida.

090612

## LA COMUNIDAD TERAPEUTICA

La estructura de una comunidad terapéutica es distinta, en forma característica, de la sala del hospital en cuanto a la forma en que los recursos totales del establecimiento, tanto en material como pacientes, se concentran deliberadamente en el propósito de fomentar el tratamiento.

Se pueden mencionar numerosas ventajas desde el punto de vista de la administración y el tratamiento de los pacientes. Dentro de esta perspectiva, la comunicación es más viable tanto interna como externamente y se pone de manifiesto al establecer relaciones más estrechas entre los pacientes, el personal y los familiares, así como con organismos exteriores.

Como unidad menor (80 pacientes máximo) la comunidad terapéutica permite también un examen y una modificación más fáciles de las actividades. En efecto, la importancia atribuida a la comunicación libre en el interior de los grupos y entre estos, tanto de personal como de pacientes, y además las actitudes tolerantes que estimulan la libre expresión de sentimientos, implica una organización social más bien democrática que la jerárquica tradicional.

Las funciones del personal y de los pacientes y, las relaciones entre estos son objeto de examen y discusión frecuentes; esto se hace para aumentar la eficacia de las funciones y agudizar la percepción de las mismas por parte de la comunidad. El objeto de ésta estriba en conseguir una flexibilidad suficiente de las funciones, de modo que éstas reflejen constantemente las expectativas de conducta tanto del personal como de los pacientes colectivamente; luego entonces, "La cultura general en una sala o en

una unidad psiquiátrica representa la acumulación, a través del tiempo, de actitudes, creencias y patrones de conducta comunes a una parte importante de la unidad [...], la tendencia esta en que estos patrones culturales se establezcan de la manera más clara posible entre los miembros más estables y permanentes de la comunidad, esto es, el personal". (Jones, M. "La comunidad terapéutica", en: PSICOPATOLOGIA Y PERSONALIDAD, Ed. Panamericana, 1974, p. 373}

Algunos ejemplos que se pueden mencionar como contribuyentes a la cultura terapéutica o a la ideología del tratamiento son: la insistencia de una rehabilitación activa en contraposición al "custodialismo" y segregación; la "democratización" puesta en acción frente a las tradicionales jerarquías y formalidades de diferenciación y posición; la "tolerancia" en contraste con los patrones estereotipados de comunicación y conducta; y el "comunismo" opuesto a las funciones terapéuticas altamente especializadas que limitan, casi generalmente, a los médicos.

Un punto básico en la organización social de la comunidad terapéutica es el establecimiento de reuniones diarias de la comunidad, esto es, la reunión total tanto de personal como de pacientes. Esto trae como consecuencia algunos problemas, tales como: la actitud del personal, ya que éste se presenta a dichas reuniones con sentimientos de ambigüedad en cuanto a sus actividades, además de estar expuestos a algunas de las fuerzas sociales que a menudo actúan en la sala, por ejemplo la intervención de pacientes esquizofrénicos muy trastornados.

El objetivo principal de dichas reuniones es el ventilar las

tensiones de la sala o de la unidad en un momento determinado y, seguido de éstas, se realizan reuniones de grupo. En este caso será un subgrupo de la comunidad, es decir, un grupo relativamente pequeño de pacientes tratado por su propio médico y terapeuta, en el cual se tratarán las tensiones que no se pudieron resolver a fondo en la reunión de la comunidad. La primera actúa como estímulo eficaz para la comunicación en la reunión más reducida.

Dentro de lo que es el tratamiento de los pacientes, el postulado básico es la contribución al procedimiento del tratamiento del mismo paciente, esto es, la cuestión más importante es el adaptar la actividad del paciente a la del terapeuta. Esto se hace con el fin de dar al primero un cierto grado de responsabilidad que sea compatible con la capacidad conjunta en cualquier momento, lo cual no quiere decir que el personal o el médico abandonen su respectiva autoridad, misma de la que podrán hacer uso cuando sea necesario.

En conclusión, de todo lo que precede, resulta claro darnos cuenta del enorme contraste que existe entre la estructura de la terapéutica del hospital tradicional y del método comunitario.

## LA INSTITUCION PSIQUIATRICA TRADICIONAL

La internación del enfermo, su alejamiento de la comunidad son, según los teóricos de la psiquiatría, medidas necesarias para permitir su curación y su eventual rehabilitación.

El paciente sufre situaciones concretas de exclusión por parte de las instancias sociales en que vive. La demanda de internación, que se forma socialmente, se origina de la necesidad de expulsar las manifestaciones socialmente incompatibles con las convenciones vigentes.

Existen dos formas comunes en cuanto lo que podría representar, en parte, un hospital psiquiátrico: por un lado un organismo especializado dentro del cual, los pacientes son "personas" que reciben "voluntariamente" los servicios profesionales; y por el otro (que es más frecuente), el enfermo es un interno, "alguien" celosamente custodiado por la institución.

En cualquiera de estas formas e independiente del enfoque ideológico y terapéutico en el cual se oriente, el hospital psiquiátrico, constituye una pequeña sociedad con su cultura propia.

La institución psiquiátrica tradicional, se puede conceptualizar como una organización con un universo "separado", dotado de leyes y características propias, asimismo, también tiene la función de servir como "receptáculos de desechos humanos" que, son incapaces de adaptarse al mundo exterior.

Dentro de estas instituciones se dicta un reglamento al que todo mundo ha de estar sujeto, y el médico se constituye en jefe

absoluto de esa sociedad colocándose en el vértice de una pirámide de poder perfectamente jerarquizada.

El reglamento dicta las normas por las que ha de regirse la vida de la institución. Las posibilidades de eludir esas normas serán mayores cuanto más alto sea el escalón en la escala jerárquica, de modo que el médico se considera siempre el único que tiene el derecho de vulnerarlas todas. En este contexto totalitario, los empleados se convierten en policía interior, con fines puramente custodiales.

Otro aspecto importante a considerar es que la práctica psiquiátrica de este tipo es intrínsecamente violenta, puesto que sus finalidades oficiales consisten en adaptar forzosamente a los internos a las reglas de la institución, además los instrumentos mecánicos eléctricos y químicos de contención se encuentran mucho más perfeccionados y sofisticados que antes.

El vocabulario de estas instituciones, es abiertamente denigrante y valorativo: el paciente es idiota, demente, carente de ideas lógicas, le falta contacto con la realidad. En estos centros de depósito, la historicidad del paciente es negada, la dinámica de su conflicto es reducida al análisis de la sintomatología. La vida relacional es completamente reprimida, el trabajo (explotado) es un privilegio y al mismo tiempo una medida terapéutica. El tiempo se detiene a la orilla de un hospital, la organización interna reconoce únicamente el tiempo y los rituales de la institución. Sin embargo se pretende curar, se pretende desarrollar una función socialmente útil. Util para quién? Funcional a cuáles proyectos? Qué tipo de intereses se están salvaguardando?



M E T O D O L O G I A

## LUGAR DE LA INVESTIGACION

Los lugares donde se realizó la presente investigación fueron: la Facultad de Psicología de la UNAM, que se encuentra ubicada al sur de la ciudad de México; y el Área de Psicología Social de la UAM-Iztapalapa, ubicada al oriente de la ciudad de México.

Ambas universidades tienen un enfoque diferente en cuanto a los programas de estudio, por lo tanto creemos que, aún dentro de la misma disciplina, los estudiantes difieren en su visión sobre la salud y la enfermedad mentales y, en consecuencia, en sus representaciones.

## SELECCION DE LA MUESTRA. CRITERIOS DE SELECCION.

**TIPO DE MUESTRA:** Intencional y por cuotas.

Para determinar la muestra de sujetos a ser objeto de investigación, utilizamos los siguientes criterios: 25 estudiantes de la carrera de Psicología en la Facultad de Psicología de la UNAM (de ambos sexos, cursando los dos últimos semestres de la carrera), y 25 estudiantes de Psicología Social de la UAM-Iztapalapa (también de ambos sexos, cursando los tres últimos trimestres de la carrera).

La muestra quedó integrada en total por 25 hombres y 25 mujeres, de los cuales 12 hombres y 13 mujeres son de la UNAM y 13 hombres y 12 mujeres son de la UAM-I.

Los criterios de selección de la muestra (en lo que se

refiere al por qué se eligió un determinado nivel de preparación), obedecen a que pensamos que los alumnos y alumnas de los semestres o trimestres más avanzados poseen más elementos de juicio para poder proporcionar respuestas un tanto más fundamentadas en el tema que estamos abordando.

En lo referente a los sexos, lo que se intentó hacer es una equivalencia para cada sexo, con la finalidad de que la muestra fuese proporcional para poder establecer comparaciones.

### INSTRUMENTO

El instrumento utilizado en la presente investigación fue una entrevista abierta; misma que fue elaborada por los autores y por la asesora de la investigación.

Originalmente se había pensado realizar una guía de entrevista que estuviera constituida por un máximo de 10 ítems, pero posteriormente se vio la necesidad de incrementarla, dado que no satisfacía todos los puntos que nos interesaban para nuestra investigación.

Finalmente, el instrumento quedó constituido por un total de 17 ítems, el cual al pilotarse con 10 personas obligó a cambiar el orden en una de las preguntas.

La aplicación de la entrevista a los sujetos fue grabada magnetofónicamente, con el fin de no perder información importante que pudiera escapar a nuestra percepción por dificultades técnicas.

# DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

## PROCEDIMIENTO

El procedimiento para abordar a los sujetos, objeto de nuestra investigación, fue de la siguiente manera:

-¡Hola, buenos(as) días(tardes)! Somos investigadores sociales y estamos realizando un trabajo sobre la salud y la enfermedad mental. ¿Nos permites dos preguntas?... ¿En qué área y semestre estudias? Si era un sujeto que cumplía con los requisitos enunciados: continuamos...¿Dispones de algunos minutos para contestarnos unas cuantas preguntas? No te quitaremos mucho tiempo! Si contestaba afirmativamente continuamos...

-Mira, estamos realizando una investigación acerca del tema de la salud y la enfermedad mental, y nos interesa saber lo que los estudiantes de Psicología piensan al respecto; por ser puntos de vista importantes para las nuevas investigaciones que se están llevando a cabo. (Buscamos un sitio apropiado para continuar) ¿Tienes algún inconveniente en que grabemos la entrevista? Es con la finalidad de no perder información, además, te aseguramos que la grabación es anónima y de carácter confidencial. (Esperábamos un poco su total aceptación y continuamos)

Se les indicó que solamente era necesario que nos proporcionaran algunos datos socioeconómicos reservándose su nombre, dirección y/o teléfono dado el carácter confidencial de nuestra entrevista (v. apéndice).

El siguiente paso fue la aplicación de la entrevista, la cual fue previamente memorizada por nosotros, aunque tomamos en

consideración los cambios a los que estaba sujeta debido a su naturaleza.

Una vez finalizada la entrevista, se les dio las gracias y se procedió de la misma forma con los demás sujetos.

Hemos de aclarar que fue un poco difícil localizar a los alumnos de los últimos semestres en la UNAM, por lo que tuvimos que recurrir al departamento académico, lugar donde nos proporcionaron la información que necesitábamos. Asimismo, otra dificultad que se nos presentó frecuentemente en esta última escuela, fue la negativa o la evasión a ser entrevistados de un gran número de estudiantes, por este motivo hubieron de transcurrir dos semanas para que pudiésemos completar las entrevistas en la UNAM.

Una vez que se nos informó que los grupos de los últimos semestres se encontraban en el segundo piso de aulas de la Facultad, procedimos a buscar un salón desocupado para poder aplicar las entrevistas sin interrupciones y afortunadamente encontramos uno en el mismo piso. De esta forma todas las entrevistas de alumnos UNAM se realizaron en el segundo piso cuando estaban esperando el inicio de alguna clase o tomando un descanso.

Para evitar interferencias durante la entrevista, uno de nosotros permanecía entrevistando a un sujeto en el salón mientras que el otro salía al pasillo en busca de más sujetos.

Casi el mismo procedimiento llevamos a cabo para las entrevistas de la UAM-I, salvo que debido a nuestro conocimiento de la población estudiantil en la carrera de Psicología Social, omitimos la parte introductoria de la entrevista dado que no tuvimos ningún problema al abordar a los entrevistados.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

90612

### DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

Una vez realizadas las 50 entrevistas, se procedió a realizar las transcripciones de las grabaciones magnetofónicas de todos los sujetos de la muestra.

De estas transcripciones se obtuvieron una gran diversidad de respuestas, por lo que nos vimos en la necesidad de efectuar una amplia pre-categorización, basada en los rasgos contenidos en cada tipo de respuesta.

Para efecto de nuestro análisis nos dimos cuenta que era demasiado extensa esa pre-categorización, por lo que la redujimos en base a que consideramos que: algunas de esas pre-categorías en realidad podían quedar incluidas en categorías más generales facilitándonos el manejo de los datos; por tanto las categorías quedaron de la siguiente manera:

PREGUNTAS	TIPO DE RESPUESTA
	CODIGO
1) Qué entiende por salud Mental?	1 Social 2 Psicologico 3 Biológico 4 1 y 2 5 1 y 3 6 2 y 3 7 1, 2 y 3 9 n/c inadecuada
2) Qué entiende por Enfermedad Mental?	1 Social 2 Psicológico 3 Biológico 4 1 y 2 5 1 y 3 6 2 y 3 7 1, 2 y 3 9 n/c inadecuada

3) Donde está la diferencia entre Salud y Enf. Mental?

- 1 Social
- 2 Psicológico
- 3 Biológico
- 4 1 y 2
- 5 1 y 3
- 6 2 y 3
- 7 1, 2 y 3
- 9 n/c inadecuada

4) Qué es Locura?

- 1 Social
- 2 Psicológico
- 3 Biológico
- 4 1 y 2
- 5 1 y 3
- 6 2 y 3
- 7 1, 2 y 3
- 8 Semántico
- 9 n/c inadecuada

5) Hay diferencia entre Locura y Enfermedad Mental?

- 1 Si
- 2 No
- 9 n/c inadecuada

6) Cuál es la diferencia?

- 1 Social
- 2 Psicológico
- 3 Biológico
- 4 Semántico
- 9 n/c inadecuada

7) Cuál es el trato que se les da a los enfermos mentales en la actualidad?

- 1 Evaluación Social
- 2 Evaluación Hospitalaria
- 9 n/c inadecuada

8) Conoce a algún enfermo mental?

- 1 Si, paciente hospitalizado
- 2 Si, gente no hospitalizada
- 9 No, n/c o inadecuada

9) Cómo trataría a una persona con antecedentes - psiquiátricos?

- 1 Muy bien
- 2 Bien
- 3 Indiferente
- 4 Con predisposición

10) Cuáles cree que son las causas de la enfermedad - mental?

- 01 Social
- 02 Psicológico
- 03 Biológico
- 04 Físico
- 05 Químico



06 01 y 02  
 07 01 y 03  
 08 01 y 04  
 09 01 y 05  
 10 02 y 03  
 11 02 y 04  
 12 02 y 05  
 13 03 y 04  
 14 03 y 05  
 15 04 y 05

11) Se curan los enfermos mentales?

1 Si  
 2 No  
 3 Circunstancial

12) Cómo se curan los enfermos mentales?

1 Si aspectos sociales  
 2 Si, terapias  
 3 Si, fármacos  
 4 No, son controlables  
 5 No, todos la tenemos  
 6 Depende tipo de enferme.  
 7 Depende tipo de tratam.  
 9 n/c inadecuada

13) La enfermedad mental es un problema social?

1 Si  
 2 No

14) Por qué la enfermedad mental es un problema social?

1 Si, determ. sociales  
 2 Si, determ. psicol.  
 3 No, es individual

15) Desde cuándo existe la enfermedad mental?

1 Prehistoria  
 2 Antigüedad  
 3 Edad Media  
 4 Epoca Moderna

16) Cómo trata la sociedad a los enfermos mentales en la actualidad?

1 Muy mal  
 2 Mejor que antes  
 3 No sabe

La información que se obtuvo de los datos socioeconómicos, no tuvo mayor problema ya que se clasificaron de acuerdo a las respuestas.

1) Escuela

1=UNAM  
2=UAM

2) Sexo

1=Femenino  
2=Masculino

3) Religión

1=Católico  
2=Cristiano  
3=Evangelista  
4=Otra  
5=Ninguna

4) Nivel Socio-econ.

1=Media alta  
2=Media media  
3=Media baja  
4=Baja

Los aspectos tomados en cuenta para la estimación del nivel socio-económico fueron: ocupación, ingresos y lugar de residencia, todo esto combinado con los datos contenidos en el Mapa Mercadológico de la Cd. de México (publicado por BIMSA, 1988).

#### DEFINICION DE LAS CATEGORIAS

A continuación describiremos la definición de cada una de las categorías, es decir aquí explicamos a qué nos estamos refiriendo y cuales aspectos estan dentro de dicha categoría.

**SOCIAL.**—Involucra aspectos económicos, políticos de estructura familiar, normas colectivas y culturales, ambiente

humano, modo de relacionarse, etc.

**PSICOLOGICOS.**-Intervienen aspectos cognitivos, afectivos, etc.

**BIOLOGICOS.**-Hace referencia en aspectos fisiológicos, genéticos y constitucionales.

**SEMANTICO.**-Se refiere a las diferencias en el significado que se otorga al mismo concepto.

**FISICOS.**-Hace alusión a daños causados por traumatismos graves.

**QUIMICOS.**-Involucra la acción de sustancias químicas ajenas al organismo (alcohol, solventes, medicamentos y otras drogas).

Para las preguntas 10 y 11 las respuestas en cuanto al trato fueron:

**MUY BIEN.**-Interesarse por él, hacerlo sentir bien, comprenderlo.

**BIEN.**-Tratarlo como a cualquier otra persona, sin prejuicios.

**INDIFERENTE.**-No le afecta, le es inclusive.

**CON PREDISPOSICION.**-Tratarlo suspicazmente.

**MUY MAL.**-Incluye trato agresivo, marginación, discriminación, rechazo, burla, reclusión en hospitales, etc.

**MEJOR QUE ANTES.**-Se refiere a una comparación en términos

cronológicos bajo los aspectos contemplados en el punto anterior.

En la pregunta 7 las categorías quedaron:

**EVALUACION SOCIAL.**—Los sujetos hacían referencia al trato dado por la gente común a los enfermos mentales.

**EVALUACION HOSPITALARIA.**—Las respuestas en este punto contenían referencias al trato dado por el personal de los hospitales psiquiátricos a los pacientes.

Para la pregunta 11 se eligió identificar una categoría como "circunstancial", debido a que las respuestas de los sujetos determinaban que dependía de las circunstancias la cura de los enfermos mentales.

Para la pregunta 15:

**PREHISTORIA.**—Se refiere a la época que inicia con la aparición del hombre hasta antes del descubrimiento de la escritura.

**EPOCA ANTIGUA.**—Comprende todo el periodo de las grandes culturas clásicas (griega, romana, etc.).

**EDAD MEDIA.**—Abarca desde la caída del Sacro Imperio Romano hasta el Renacimiento (Siglo XVI).

**EPOCA MODERNA.**—Desde el inicio del Renacimiento hasta nuestros días.

## ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS RESULTADOS

En este apartado, presentamos el análisis de los resultados de la investigación obtenidos de la aplicación del instrumento.

El concentrado de cuadros estadísticos se expone en el apéndice.

Dado el tamaño de la muestra, limitaremos nuestra interpretación al empleo de frecuencias y porcentajes, ya que consideramos poco viable el empleo de pruebas estadísticas más exhaustivas.

En el cuadro número dos, se presentan las distribuciones de frecuencia para cada una de las variables.

Como ya se mencionó en el apartado anterior, se tiene una distribución equitativa, en cuanto a escuelas, de 50% UNAM y 50% UAM. Asimismo; en igual proporción 50% de hombres y 50% de mujeres respectivamente, lo que constituye el total de la muestra (ver cuadro 2).

También se tomaron en cuenta dos variables que consideramos importantes: religión y nivel socioeconómico, dado nuestro interés por establecer comparaciones para el análisis de representaciones, estas dos variables creímos que podían resultar significativas para nuestro objetivo.

Dentro de las categorías tomadas en cuenta para las anteriores variables se encontró que: del total de la muestra y jerarquizando porcentajes, 62% de los sujetos practican la religión católica, 26% no tienen religión, 10% dijeron ser cristianos y el 2% evangelistas.

Para la categoría del nivel socioeconómico, jerárquicamente resultó que: 68% pertenecen al nivel medio-medio, el 24% al medio-

bajo y el 8% al medio-alto.

Los resultados obtenidos para cada categoría de las respuestas, serán presentados a continuación con el mismo orden jerárquico anterior y únicamente las que aparecen con valor numérico (eliminamos los que aparecen con cero).

En la pregunta 1, el 38% de la población total se inclinó por la categoría de respuesta "social"; el 28% por la categoría "psicológico"; el 10% no contestó y, para las categorías "biológico", "psicológico-social" y "social-psicológico-biológico" 6% para cada una de las categorías respectivamente y, finalmente, el 2% de los sujetos contestaron en términos "social-biológico".

Para la pregunta 2, el 42% se orientó hacia la categoría de respuesta "social"; el 34% para la categoría "psicológica"; el 10% para la categoría "psicológico-social"; el 6% fue "biológico" y "psicológico-biológico" el 2% respectivamente.

La pregunta 3 fue contestada por el 64% de los sujetos en términos de la categoría "social", el 14% en términos de la categoría "psicológico", el 8% en términos de la categoría "biológico", el 6% no contestó, el 4% contestó "social-biológico" y, para las categorías "social-biológico" y "psicológico-biológico" el 2% respectivamente.

En el caso de la pregunta 4, se encontró que el 38% contestó en términos de la categoría "social"; el 34% "psicológico"; el 14% "social-psicológico"; el 8% en términos de la categoría "semántico"; y, para las categorías "biológico", "social-psicológico-biológico" y "no contestó" el 2% para cada una de ellas.

Para la pregunta 5, el 70% de la población contestó afirma-

tivamente, el 24% contestó negativamente, mientras que el 6% no contestó. De los que contestaron afirmativamente la pregunta 5, contestaron, en la pregunta 6, en los términos siguientes: el 32% contestó en términos de la categoría "social"; en las categorías "psicológico" y "biológico" contestaron el 14% de los sujetos respectivamente; y el 10% contestaron en términos de "semántico". De los que contestaron negativamente, el 12% lo hizo en términos de la categoría "social"; el 10% en términos de "semántico"; y el 2% en la categoría "psicológico" (ver cuadro 3).

El caso de la pregunta 7; el 66% de los entrevistados se inclinó por la "evaluación social", el 30% por la "evaluación hospitalaria", y el 4% no contestó.

En la pregunta 8 el 42% conoce "pacientes hospitalizados", el 32% conoce "personas no hospitalizadas", y el 26% no conoce enfermos mentales.

Para la pregunta 9, el 50% de los sujetos, contestó que trataría "bien" a un ex-enfermo mental, un 28% lo trataría "muy bien", mientras que un 22% lo trataría con "predisposición".

En el caso particular de la pregunta 10, mencionaremos los 4 porcentajes más significativos de las categorías de respuesta, en virtud de que los restantes porcentajes señalan índices muy bajos de escasa significación estadística. De esta forma; el 30% de los sujetos considera de origen "social" a las causas de la enfermedad mental, el 16% las considera de carácter "social-biológico"; el 10% cree que son de origen "psicológico"; y el 8% los considera de origen "biológico".

Los porcentajes de la pregunta 11 se distribuyeron de la siguiente manera: el 48% de los sujetos contestó en términos

"circunstanciales", el 42% contestó "afirmativamente" y el 10% restante de manera "negativa".

De los sujetos que contestaron "circunstancialmente", el 44% se inclinó por el "tipo de enfermedad" y el 4% por el "tipo de tratamiento"; en los que contestaron "afirmativamente" el 34% resaltó las "terapias", y en cuanto a "aspectos sociales" y "fármacos" obtuvieron un 4% respectivamente; de las respuestas negativas, el 6% adujo que "son controlables" y el 4% dijo que "todos la tenemos" (ver cuadro 4).

En cuanto a la pregunta 13, el 94% de los sujetos contestó afirmativamente, y el 6% de forma negativa. De los que contestaron afirmativamente, el 90% señaló el "determinante social" y el 4% señaló el "determinante psicológico"; de los que contestaron negativamente todos (6%) dijeron que es un problema "individual" (ver cuadro 5).

En las respuestas a la pregunta 15, el 86% se ubicó en la "prehistoria", el 10% en la "antigüedad" y el 40% se ubicó en la "edad media".

En cuanto al trato a los enfermos mentales (preg. 16) el 84% opinan que son tratados "muy mal", el 14% que son tratados "mejor que antes" y el 2% "no sabe".

En las comparaciones que realizamos entre las variables sociodemográficas y cada una de las preguntas del instrumento se obtuvieron los resultados que a continuación se explican.

El primer cruce se hizo entre la variable sexo contra cada una de las preguntas, comparando escuelas, así se obtuvo que

Para la pregunta 1, 32% de las mujeres UNAM contestaron



"social" y "psicológico" en igual proporción que los hombres de la misma escuela y que las mujeres de la UAM, en tanto que los hombres UAM lo hicieron en un 36% (ver cuadro 6).

En la pregunta 2, 40% de mujeres UNAM, 32% de hombres UNAM, 32% de mujeres UAM y 48% de hombres UAM contestaron en los mismos términos anteriores (ver cuadro 7).

En la pregunta 3 predominaron las respuestas "social" y "psicológico" en las siguientes proporciones: 48% mujeres UNAM, 24% hombres UNAM, 44% mujeres UAM y 40% hombres UAM (ver cuadro 8).

En la pregunta 4 las categorías "social" y "psicológico" obtuvieron los siguientes porcentajes: 36% mujeres UNAM, 40% hombres UNAM y 44% mujeres UAM; en el caso de los hombres UAM, se inclinaron en un 36% por las categorías "social" y "semántico" (ver cuadro 9).

En la pregunta 5 el 32% de hombres y mujeres UNAM contestó "afirmativamente" y el 12% de ambos sexos "negativamente"; en la UAM las respuestas "afirmativas" fueron dadas por un 40% de mujeres y un 36% de hombres, en tanto que las "negativas" fueron dadas por el 8% de mujeres y el doble de hombres. Para esta misma pregunta el 12% de los entrevistados en la UNAM no contestaron, lo que no se observó en la UAM (ver cuadro 10). De las respuestas afirmativas de la UNAM el 36% de mujeres y de hombres indicaron diferencias de tipo "social" y "biológico"; mientras que en la UAM el 40% de mujeres indicó diferencias de tipo "social" y "semántico" en tanto que el 44% de hombres indicó causas de tipo "psicológico" y "semántico" (ver cuadro 11).

En la pregunta 7 la categoría "evaluación social" fue manifestada en los siguientes porcentajes: 28% de mujeres y 36% de

hombres UNAM, y 36% de mujeres y 32% de hombres UAM (ver cuadro 12).

En la pregunta 8, 36% de las mujeres UNAM, 20% de los hombres UNAM y 24% de mujeres UAM conocen "pacientes hospitalizados" mientras que el 36% de los hombres UAM conoce "personas no hospitalizadas" (ver cuadro 13).

Para la pregunta 9, el 28% de las mujeres UNAM manifestó que trataría "con predisposición" a ex-enfermos mentales; en tanto que el 28% de hombres UNAM y el 40% de mujeres UAM indicó que los trataría "bien"; en cuanto a los hombres UAM el 24% de ellos manifestó, que los trataría "muy bien" (ver cuadro 14).

En la pregunta 10 el 20% de las mujeres UNAM contestó en términos "social" y "biológico", en tanto que los hombres de esta escuela no manifestaron un porcentaje significativo por alguna de las categorías; en la UAM el 20% de hombres y mujeres contestó en términos de la categoría "social" (ver cuadro 15).

En la pregunta 11, 32% de hombres y mujeres de la UNAM se expresaron bajo la categoría "circunstancial", mientras que 36% de las mujeres y 20% de los hombres de la UAM lo hicieron bajo la categoría "afirmativa" (ver cuadro 16).

Para las categorías de respuesta complementarias a la anterior, 28% de hombres y mujeres de la UNAM se inclinan por el "tipo de enfermedad"; mientras que en la UAM el 36% de mujeres se inclina por la categoría "terapias" y el 20% de hombres por la categoría "tipo de enfermedad" (ver cuadro 17).

En la pregunta 13 el 48% de mujeres UNAM y el 40% de hombres contestaron "afirmativamente", al igual que en la UAM el 48% de

mujeres y el 52% de hombres lo hizo en la misma forma ver cuadro 18). De las respuestas "afirmativas" el 40% de hombres y mujeres UNAM señalaron "determinantes sociales", lo mismo que el 48% de mujeres y 52% de hombres de la UAM (ver cuadro 19).

En la pregunta 15, el 36% de las mujeres y el 40% de los hombres de la UNAM, al igual que la totalidad de los sujetos UAM contestaron en términos de la categoría "prehistoria" (ver cuadro 20).

En la pregunta 16 el 48% de mujeres y 44% de hombres UNAM, así como el 32% de mujeres y 44% de hombres UAM contestaron en la categoría "muy mal" (ver cuadro 21).

El siguiente cruce que elaboramos consideró a la variable nivel socioeconómico contra cada una de las preguntas y además con la variable religión encontrándose lo siguiente:

Dado que las dos terceras partes de la muestra pertenecen al nivel socioeconómico "medio-medio" y a la religión "católica", no contamos con suficientes elementos de juicio para establecer comparaciones que arrojen datos significativos. Esto se refleja en los datos estadísticos que aparecen desde el cuadro 22 hasta el cuadro 36 del anexo, mismos que han sido incluidos con objeto de facilitar la comprobación, por parte del lector de los datos que hemos mencionado.

## ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En esta sección procedemos a presentar nuestra interpretación de los resultados obtenidos en las entrevistas y las conclusiones que de ello se desprenden.

Al establecer comparaciones entre las respuestas dadas para cada uno de los reactivos por los sujetos, de una y otra escuela, hemos apreciado que no existen diferencias significativas (en términos generales), que apunten en el sentido de probar la existencia de posiciones distintas entre sexos o entre escuelas. Esto parece indicar que:

a) La influencia del contexto social, en la elaboración de las concepciones referentes a la salud y enfermedad mentales, tiene un carácter preponderante por encima de las concepciones que puedan derivarse de la formación recibida por los sujetos en sus respectivas escuelas.

b) Es posible pensar que la pertenencia a diferentes carreras e instituciones, no representa un papel importante, ya que el lugar que ocupa un sujeto como miembro de un determinado grupo social parece ser más determinante para la asunción de determinadas perspectivas que la pertenencia escolar.

c) Parece altamente probable que la utilización de sistemas de codificación similares (provenientes de la misma sociedad) hace posible que los sujetos manifiesten posturas uniformes, aún a pesar de recibir enfoques distintos sobre un mismo tema; de donde se desprende la razón que subyace al mantenimiento de valoraciones sociales compartidas por el común de la gente.

d) La forma en que se da el discurso de los entrevistados en el tema abordado, pudiera significar (lo cual habría que rescatarlo en posteriores investigaciones) que los sujetos asumen el papel de "informadores científicos", y que, por lo mismo, compartiendo el mismo rol manifiestan respuestas uniformes no importando las aparentes diferencias entre ellos.

e) Asimismo, el lugar social de cada sujeto (en este caso, estudiantes de psicología) juega quizá un papel importante para la construcción de representaciones sociales similares.

f) Pese a haber entrevistado a estudiantes de las diferentes áreas que abarca la disciplina psicológica, observamos una tendencia hacia la uniformidad en las respuestas que también podría explicarse en términos de las relaciones e intercambios de información que se dan entre los grupos.

g) Puede pensarse también, que lo que los sujetos han manifestado no sea más que la reproducción de esquemas de pensamiento comunes a la sociedad.

En cuanto a la forma como creemos que los sujetos han elaborado sus representaciones, tal parece que el acceso que se tiene en ambas escuelas acerca de los temas de salud mental, no es muy diferente en cada área; sin embargo, nos inclinamos más a pensar que la información, en lo que basan los sujetos sus interpretaciones, proviene más bien de fuentes ajenas (medios masivos de comunicación, etc.) a la formación académica, lo mismo puede pensarse en el aspecto de la implicación o involucramiento de los sujetos con respecto al tema. También es importante considerar que la situación en que se llevaron a cabo las entrevistas motivó a los sujetos a hechar mano de toda la información de que disponían

para responder "satisfactoriamente" a los requerimientos de la entrevista, y esto vició hasta cierto punto los resultados que obtuvimos.

Analizando el contexto de las respuestas vertidas por los sujetos, pudimos percatarnos que la gran mayoría de ellos procuraron ofrecer la totalidad de la información que poseían acerca del tema. Casi todos ellos estructuraron sus respuestas en contextos más o menos apegados a los lineamientos de una ideología común. Fue particularmente interesante observar que, a pesar de la larga historia que se le atribuye al origen de la enfermedad mental y de los supuestos avances que se manifiestan en torno a su estudio y comprensión, la actitud de los entrevistados hacia la enfermedad mental, sigue teniendo una carga altamente negativa, lo cual puede dar a pensar en la prevalencia de una concepción social fuertemente arrigada por encima del papel que juega la ciencia en la comprensión del fenómeno que nos ocupa.

Podemos decir también que las respuestas de los sujetos (ya antes mencionado) como tiene un alto grado de homogeneidad, podría pensarse que debido a que el determinante para la formación de las representaciones es el carácter más que nada social lo que las define, los sujetos al recibir información uniformemente difundida, únicamente perciban o tomen como importante, lo más novedoso, pasando a conformar así las configuraciones de sus representaciones, además de combinarlo con las particularidades propias de cada uno de los sujetos, es decir, de su "núcleo figurativo". Estas "particularidades" ligeramente sensibles que se encuentran en las respuestas de los sujetos, no las desglosamos

minuciosamente en la parte del análisis cuantitativo, precisamente porque las diferencias no son significativas, sin embargo mediante una revisión más detallada, podemos afirmar que la orientación que las mujeres tienen hacia las preguntas sobre salud-enfermedad mental son de carácter más psicológico, mientras que los hombres ubican más sus respuestas hacia lo social (ver cuadros 6, 7).

Para las preguntas que tienen cierta tendencia de respuesta hacia el manejo de información en cuanto al aspecto clínico, los sujetos de la UNAM se orientan más a responder en términos de fenómenos sociales, psicológicos y biológicos, en tanto que los alumnos UAM se sitúan más que nada en los fenómenos sociales.

En lo que respecta a las preguntas que buscan dar respuesta a las representaciones de los sujetos en cuanto al conocimiento de actitudes de y hacia los enfermos mentales se encontraron diferencias significativas ya que: los sujetos de la UNAM conocen y han tenido trato más bien con pacientes hospitalizados, mientras que los estudiantes de UAM, la mayoría no conoce ni ha visto a un enfermo mental en hospitales nunca; si acaso comentan de alguna persona enferma, pero no hospitalizada, a la cual conocen de manera no allegada, por tanto y en ese sentido no han logrado un proceso de objetivización por falta de adecuada experiencia e información en cuanto a este punto.

También debido a que la mayoría de los sujetos de UAM no conocen de manera directa a los enfermos mentales (a diferencia de los sujetos UNAM) piensan que su trato para con un ex-enfermo mental sería bueno o muy bueno, mientras que de acuerdo a las vivencias, experiencia, contacto e información con dichos enfermos, los alumnos de la UNAM los trataría bien ó con predisposi-

ción.

El compromiso que esta misma pregunta reviste para los sujetos entrevistados, posiblemente influya para que éstos no reflejen lo que realmente sienten o piensan, sino más bien lo que ellos atribuyen que debería ser su conducta de acuerdo a su estatus de psicólogos.

De acuerdo con su punto de vista, <sup>A</sup>determinar el grado social del que deriva la enfermedad mental, los sujetos tanto UNAM (88%) como UAM (100%) consideran que los determinantes sociales son los que desencadenan las enfermedades mentales de las personas, que arranca a partir de la estructura política-económica, par<sup>A</sup> terminar con la desestructuración familiar, modificando también todo el sistema de valores.

Esto puede explicarse únicamente infiriendolo de la realidad actual del país.

En cuanto a la ubicación histórica del origen de la enfermedad mental, no hay variabilidad, todos coinciden en que se inicia desde la aparición del hombre; esta puede ser una atribución inmanente al hombre el cual se maneja de manera universal.

Con base a los resultados que se obtuvieron en la presente investigación, puede presumirse que <sup>la idea que</sup> existe en torno a una enfermedad mental (y a la salud mental por consiguiente), se orienta hacia una concepción de carácter social, más que hacia un carácter de patología orgánica, en su origen y consecuencias; esto puede inducirnos a pensar en un cambio importante en la atribución social que se otorga a la génesis de los desórdenes mentales en tanto que fenómenos presentes en el discurso cotidiano de la



gente.

Asimismo, parece ser que se ha abandonado la idea de causas mágico-religiosas, en favor de causas más reales y tangibles (al alcance de un manejo accesible a los esquemas cognitivos de las personas), para explicar el origen de un hecho social en términos que responden a los lineamientos del pensamiento actual.

Esto puede significar un avance importante en la evolución de las concepciones (socialmente compartidas) que se tienen acerca de temas y fenómenos aún considerados "delicados" en su contenido y significación.

Sin embargo, lo que más llama la atención es la impresión de que la ciencia psicológica y sus avances no han jugado un papel preponderante en esta transformación del pensamiento social, más bien nos aventuramos a creer en la influencia de factores tales como la evolución de las relaciones sociales, el progreso de los medios de comunicación, etc.

Este punto nos remite a cuestionarnos, entre otras cosas, cuál es, entonces, el papel que desempeña la formación profesional en la adquisición de determinadas representaciones; cuáles son los factores que determinan la escasa o nula incidencia de las ciencias en el pensamiento de los miembros de la sociedad mexicana; qué clase de resultados se hubiesen obtenido entre el alumnado de instituciones localizadas en el interior de la República; cuáles serían también los puntos de vista de las personas no vinculadas con el ámbito académico, y qué relaciones o contraposiciones existen entre la representación que tienen los psicólogos de sí mismos y la representación que tiene la población en general de éstos últimos. Estamos firmemente convencidos de que investiga-

ciones subsecuentes sobre estos puntos arrojarían resultados interesantes para aclarar los puntos que hemos mencionado y, al mismo tiempo, para ampliar los resultados contenidos en esta investigación.

A P E N D I C E

ENTREVISTA (E.M.)

- 1.- Qué es para Ud. la salud y enfermedad mental? (Qué entiende?)
- 2.- Que es la locura? Hay diferencia entre locura y E.M.?
- 3.- A qué cree que se deba la E.M., qué la origina?
- 4.- Hay diferencia entre la salud y la E.M.? Cuáles son?
- 5.-Cuál cree que sea la mejor manera de curar la E.M.?
- 6.- Qué piensa Ud. de lo que le está pasando es decir, el motivo por el que esta aquí?
- 7.- El hecho de que Ud. este hospitalizado (en este hospital) le va a ocasionar o a afectar en algo cuando Ud. salga?
- 8.- Cómo piensa que lo vaya a recibir su gente (amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc.)?

## ENTREVISTA (profesionistas)

- 1.- Qué entiende Ud. por Salud mental ?
- 2.- Qué entiende Ud. por enfermedad Mental?
- 3.- Cuál es la diferencia entre salud y enfermedad mental?
- 4.- Qué es la locura?
- 5.- Hay alguna diferencia entre locura y enfermedad mental?
- 6.- Cómo piensa Ud. que son tratados los enfermos mentales en la actualidad?
- 7.- Sabe Ud. cómo atendían <sup>profesionalmente</sup> antes a los enfermos mentales?
- 8.- Sabe Ud. ¿qué era la Castañeda?
- 9.- Conoce Ud. un enfermo mental? ¿Qué es un enfermo mental?
- 10.- Si Ud. supiera que una persona estuvo en un hospital psiquiátrico o que fué tratado de alguna alteración mental ¿cómo lo trataría?
- 11.- Cómo lo recibiría?
- 12.- Cuáles cree Ud. que sean las causas por lo que las personas se enferman mentalmente?
- 13.- Cree Ud. que los enfermos mentales se curen? ¿cómo?
- 14.- La enfermedad mental es un problema social? sí no ¿porqué?
- 15.- Desde cuándo cree Ud. que exista la E.M. y/o la locura?
- 15.- Sabe Ud. cómo trataba la sociedad en el pasado a los E.M.?
  - a).- la gente
  - b).- Los vecinos, amigos, etc.
  - c).- familiares
- 16.- En la actualidad sabe Ud. cómo son tratados socialmente los F.M.?

## DATOS SOCIOECONÓMICOS (profesionistas)

- 1.- edad
- 2.- Edo, Civil
- 3.- Religión
- 4.- escolaridad
- 5.- Ocupación
- 6.- Ingresos
- 7.- Lugar de residencia
- 8.- Lugar de origen

## DATOS PARA EXTRAERSE DEL EXPEDIENTE CLINICO Y DEL PSIQUIATRA

- 1.- Edad
- 2.- Sexo
- 3.- Edo. Civil
- 4.- Religión
- 5.- Datos de su ocupación antes del ingreso:
- 6.- Ingresos
- 7.- Tipo de vivienda
- 8.- colonia
- 9.- Lugar de origen
- 10.- Relaciones familiares
- 11.- Estado Clínico
- 12.- Fecha de ingreso
- 13.- motivo
- 14.- Inicio de padecimiento
- 15.- Tiempo de hospitalización
- 16.- Tipo de tratamiento
- 17.- Si es laprimera vez que se encuentra hospitalizado (en caso negativo, cuántas veces y en qué hospitales).
- 18.- Evolución
- 19.- Bronóstico
- 20.- Observaciones

## B I B L I O G R A F I A

- BASAGLIA, F. et al. (1975) Psiquiatría, antipsiquiatría y el orden manicomial. Barcelona, Barral Editores.
- BLEHER, J. (1986) "La entrevista psicológica". En Temas de Psicología (Entrevista y Grupos). México, Nueva Visión.
- CANGUILHEM, G. (1986) Lo normal y lo patológico. México, Siglo XXI.
- CARAVEO, J. et al. "Necesidades y demandas de atención en los servicios de salud mental". En Salud Pública de México. México, vol. 28 n.º 5. pp 504-514 sept-oct 1986.
- CASCO, M. et al. "La actitud hacia la enfermedad mental, una revisión bibliográfica". En Salud Mental. México, vol. 10 n.º 2. pp 41-51 junio 1987.
- CASTEL, R. (1980) El orden psiquiátrico. Madrid, Ediciones de la Piqueta.
- CLIMENT, C. et al. "La salud mental en la atención primaria de salud". En Crónica de la OMS. Ginebra, vol. 34 n.º 6 pp 249-255, 1980.
- COOLÉY, E. "Evaluación de la atención para la salud mental". En Foro Universitario. México, vol. 2 n.º 11. pp 39-43, octubre 1981.
- DE LA FUENTE, R. et al. "El programa de salud mental de la Facultad de Medicina, UNAM". En Salud Mental - México, vol. 10 n.º 3. pp 3-8 septiembre 1987.
- DE LA GARZA, A. "Educación y Psiquiatría Fracaso de la Institución

Psiquiátrica". En Foro Universitario. México, vol. 6 nóm. 65. pp 69-77, abril 1986.

DUDET, C. (1986) Una aproximación teórica al estudio de la memoria colectiva. México, UNAM.

DUHL, L. "Salud Mental: una mirada hacia el futuro". En Salud Mental. México, vol. 3 nóm. 1. pp 38-41, primavera 1980.

FARR, R. (1983) "Escuelas europeas de Psicología Social: la investigación de representaciones sociales en Francia". En Revista Mexicana de Sociología. México, vol. XLV nóm. 2. pp 687-701, julio-agosto 1986.

KERLINGER, F. (1986) Investigación del comportamiento. México, Interamericana.

LIMA, B. "La atención primaria en salud mental". En Salud Pública de México. México, vol. 28 nóm. 4. pp 354-360, julio-agosto 1986.

LORTIQUE, Ma. T. "Una aproximación al diagnóstico del estado actual de la salud mental en México". En Revista Mexicana de Psicología. México, vol. I nóm. 1. pp 27-41, enero-junio 1984.

MARTINI, C. (1983) El fin del manicomio. México, Ediciones Nueva Sociología.

MATRAJT, M. "Estructura social y enfermedad mental; algunos resultados y conclusiones de investigación". En Salud-Problema. México, nóm. 12. pp 7-21 otoño 1986.

MILLON, T. (1974) Psicopatología y Personalidad. México, Interamericana.

MOSCOVICI, S. "Influencia manifiesta e influencia oculta en la comunicación". En Revista Mexicana de Sociología. México, vol. XLV nóm. 2. pp 687-701, 1983.

(1979) El psicoanálisis, su imagen y su público.



Buenos Aires, Huemul.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Clasificación Internacional de Enfermedades. Ginebra, OMS, 1986.

PADILLA P. y H. Peláez. "Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica". En Salud Mental. México, vol. 8 n.º 3. pp 66-72 septiembre 1985.

PERLMAN, D. y P. Cozby. (1986) Psicología Social. México, Interamericana.

SAN MARTIN, H. (1986) Salud y Enfermedad. Santiago de Chile, Sudamericana.

SOUZA Y MACHORRO, M. "La salud pública y la educación en salud mental". En Revista Higiene. México, vol. 34 n.º 2. pp 20-28, abril-junio 1984.

SSA. Plan Nacional de Salud. México, SSA, 1976.

STEFANI, D. "Influencia del nivel socioeconómico sobre las actitudes hacia la enfermedad mental". En Salud Mental. México, vol. 7 n.º 3. pp 25-28 otoño 1984.

VALENCIA, M. et al. "Descripción de la conducta de los pacientes psiquiátricos hospitalizados". En Salud Mental. México, vol. 10 n.º 3. pp 81-88 septiembre 1987.