

Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México

Mental health and mental illness social representations of adult population from Guadalajara, Mexico

Teresa Margarita Torres López¹, Jazmín Aranzazú Munguía Cortés², Carolina Aranda Beltrán³, José Guadalupe Salazar Estrada⁴
Universidad de Guadalajara, México

Forma de citar: Torres, T., Munguía, J., Aranda, C., & Salazar, J. (2015). Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México. *Revista CES Psicología*, 8(1), 63-76.

Resumen

El objetivo del presente estudio fue explorar las representaciones sociales (RS) de la salud mental (SM) y la enfermedad mental (EM) de población adulta de Guadalajara, México. Se utilizaron listados libres y cuestionarios de pares para identificar el contenido y la organización de dichas RS. El análisis de las RS evidenciaron que la SM se identificó como un estado que comprende emociones positivas y estados satisfactorios de tranquilidad y estabilidad, lo que genera bienestar y calidad de vida; mientras que la EM se asoció a la locura, causada por daños orgánicos y emocionales, por lo cual su tratamiento sería de tipo biomédico y psicológico, y con pocas probabilidades de recuperación.

Palabras claves: Enfermedad Mental, Población Adulta, Representaciones Sociales, Salud Mental.

Abstract

The objective of this study was to explore mental health (MH) and mental illness (MI) social representations (SR) in adult people of Guadalajara, Mexico population. Free listing and paired questionnaires were used to identify the content and the arrangement of these social representations. SR analysis showed that MI was identifying like a state of positive emotions and satisfactory feelings of quietness and stability, which carry out wellbeing and quality of life. On the contrary, mental illness was associated to madness caused by organic and mental damages; it is generally undergone biomedical and psychological treatment, with a low healing possibility.

Keywords: Adult population, Mental Illness, Mental, Disorders, Mental Health, Social Representations,

¹ Psicóloga, Maestra en Ciencias de la Salud Pública, Doctora en Antropología Social y Cultural por la Universidad Rovira y Virgili, de Tarragona, España. Docente Investigadora Titular del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara. tere.torres.cucs@gmail.com.

² Psicóloga. Candidata a Doctora en Ciencias de la Salud Pública. Docente del Departamento de Psicología Aplicada de la Universidad de Guadalajara, jazminmunguia@gmail.com

³ Médico cirujano partero, Maestra en Psicología de la Salud, Doctora en Ciencias de la Salud Pública. Docente Investigadora Titular del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara. caranda2000@yahoo.com.mx

⁴ Psicóloga, Maestra en Ciencias de la Salud Pública, Doctora en Ciencias de la Salud, Orientación Sociomédica. Docente Investigador Titular del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara. jsalazar43@gmail.com

Introducción

El concepto de salud mental (SM) ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) como “un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad” (p.59), mientras que el de enfermedad mental (EM) se equipara a los trastornos mentales, sobre los que se señala que son muy diversos y cada uno se acompaña de diferentes síntomas; suelen “caracterizarse por una combinación de pensamientos, emociones, comportamientos y relaciones sociales anormales” (OMS, 2013, p.42)⁵.

Una de las metas de este organismo internacional es la promoción de la salud en general donde se incluye también la SM; así: “fomentar una SM positiva mediante el mejoramiento de los recursos, habilidades y fortalezas de las personas, familias, comunidades e instituciones” (OMS, 2005, p.2). Una de las estrategias para lograr dicha promoción es el desarrollo de investigación en el área “teniendo en cuenta consideraciones de carácter cultural” (OMS, 2013, p.10).

Así que si se busca fomentar el establecimiento de condiciones de vida adecuadas, además de “empoderar” a los actores sociales para que esas condiciones puedan lograrse, es necesario tomar en cuenta la perspectiva de los sujetos a los cuales se dirigen los programas, es decir de las personas directamente implicadas.

Una perspectiva teórica y metodológica que permite un acercamiento al conocimiento de la población en un marco cultural sobre los conceptos de SM y EM, es la de las representaciones Sociales (RS). Algunos elementos considerados parte de este concepto son las creencias, los saberes de sentido común y el papel del ser humano como productor de conocimientos (Jodelet, 1993). El concepto de RS es una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados; en sentido más amplio, designan una forma de pensamiento social y constituyen modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal (Jodelet, 1993).

Otro punto de vista sobre el concepto de las RS, las definen como “un conjunto organizado y jerarquizado de juicios, actitudes e informaciones que un grupo social ha elaborado a propósito de un objeto social” (Banchs, 2000, p.3.6); este objeto es reconstruido en un sistema simbólico que es interiorizado por los miembros de un grupo social, que lo reproduce y comparte. Abric es el máximo representante del enfoque estructural de las RS, que como su nombre lo indica se caracteriza por “identificar su estructura o su núcleo y por desarrollar explicaciones acerca de las funciones de esta estructura” (Banchs, 2000, p.3.7). Hace énfasis en el estudio del *núcleo central* (sistema que da significado a la representación social) y *periférico* de las representaciones (elementos de la representación que están influenciados por el contexto social inmediato en el que los sujetos viven); así mismo, considera a las representaciones como un conjunto de *cognemas* (términos del vocabulario que las personas utilizan para referirse a un objeto social

⁵ Estos trastornos se describen en el capítulo V (Trastornos mentales y del comportamiento, F00, F99) de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*, 10 revisión (CDI-10) (OMS, 2010).

determinado) organizados por múltiples relaciones que pueden ser orientadas y sistematizadas. Al ser su base teórica la psicología cognitiva, su objeto de estudio son los mecanismos cognitivos, funciones, relaciones y elementos de una estructura (Abric, 2001).

La SM y la EM han sido objeto de estudio de las RS. Tal es el caso de un estudio sobre RS de la SM en población adulta de una comunidad urbana marginal ubicada en una zona de la periferia al sur de la Ciudad de México (Mora, Flores, De Alba & Marroquín, 2003). Se efectuaron 16 entrevistas individuales en profundidad con el objeto de explorar las temáticas de estudio, con base en el diseño de una guía de entrevista previamente elaborada y que contenía los siguientes tópicos: a) descripción general de la comunidad, b) padecimientos percibidos y atribuciones en relación con los mismos, c) respuesta frente a los padecimientos, d) redes sociales de apoyo y búsqueda de atención, e) significados de los conceptos relacionados con la salud mental, f) actividades recreativas y uso del tiempo libre. Entre otros resultados, la población participante destacó en sus RS de la SM a los aspectos emocionales placenteros, relacionándolos con estar sano (tranquilidad, confianza, respeto, descanso, alivio, cariño y comprensión) y por el contrario los negativos para referirse a la EM (sufrimiento, locura, depresión, sentirse mal).

Otro estudio realizado por Berenzon y Mora (2005), tuvo por objetivo conocer las percepciones y concepciones de salud que la población adulta de dos comunidades urbanas de la Ciudad de México, tiene acerca de sus padecimientos. Se emplearon metodologías cualitativas, con base en el análisis de 38 entrevistas en profundidad con adultos (25 mujeres y 13 hombres). Se

encontró que los significados atribuidos por los entrevistados a la salud y a la enfermedad están estrechamente ligados con los aspectos socioeconómicos y culturales. A la SM se le asoció la capacidad de ser feliz, al optimismo, la libertad, voluntad y al entusiasmo de vivir, así como mantener una relación armónica entre el individuo y la sociedad, y el individuo y Dios. A la EM se le asoció con estar loco, y la locura fue entendida como una conducta trasgresora de las normas de interacción social, a la violencia, las agresiones, no razonar y tener mal comportamiento (como fumar, decir groserías, incoherencias y en general expresarse mal).

Un estudio realizado en Estocolmo, Suecia, con 1, 249 personas entre 18 y 80 años (Åsbring, 2012), tuvo como propósito examinar las RS sobre su salud física y mental, a través de la aplicación de un cuestionario de cuatro preguntas abiertas: ¿Si Usted tiene un problema físico, cuál piensa que sea la causa de ello? ¿Si Usted está sano, cuál piensa que sea la causa de ello? ¿Si Usted se siente mentalmente enfermo, cuál piensa que sea la causa de ello? ¿Si Usted se siente mentalmente bien, cuál piensa que sea la causa de ello? Se encontró que los elementos que indican una buena SM fueron: bienestar, empoderamiento, conciencia de llevar un buen estilo de vida, balance entre el tiempo de trabajo y descanso, además de tener un proyecto de vida. Mientras que la EM se asocia con pensamientos negativos, poco balance entre el tiempo de trabajo y descanso, vivencia de situaciones estresantes, ansiedad, problemas de la infancia, enfermedades y características personales negativas.

En España López, Saavedra, Laviana y López (2012), realizaron un estudio sobre imágenes de la EM. Se entrevistaron en la ciudad de Sevilla a 920 personas adultas

mediante un cuestionario socio antropológico que solicitó a las personas entrevistadas relacionar las categorías: locura, enfermedad mental y depresión, con afirmaciones sobre conductas, síntomas, causas y consecuencias. A fin de explorar los aspectos cognitivos de las actitudes y representaciones mentales de la población. Los resultados muestran la relación de locura con contenidos de violencia, extrañeza e incurabilidad, a las que se añade una cierta percepción de falta de responsabilidad y una atribución de menor sufrimiento que en las otras dos categorías (EM y depresión). La imagen social de la EM muestra una visión más médica, con base física u orgánica; además, fue asociada a la locura con la carga negativa de violencia, incurabilidad y marginación social. La depresión tiene una actitud más favorable, pero teñida parcialmente de algunos aspectos negativos de la locura y la EM; y se destaca la afirmación de que se debe tratar a alguien afectado por una depresión, independientemente de su voluntad.

En la India, en un estudio de RS de la EM desarrollado con 35 estudiantes del primer año de ingeniería (Dixit, 2005), se solicitó a los participantes que elaboraran un ensayo sobre el significado de la EM, los que se analizaron por medio de la técnica de análisis de contenido. En los resultados se destaca que la RS de la SM hace referencia a situaciones en las que el individuo es capaz de vivir exitosamente en la sociedad, interactuando con otros, y con capacidad de comprender y de hacer alguna contribución intelectual a la sociedad; mientras la RS de la EM se asocia con un comportamiento distante, dificultades para interactuar con las personas y comprender el entorno. Las causas de su presencia pueden ser biológicas o psicológicas; además, los factores individuales de la EM como la responsabilidad, la decisión

personal y la voluntad tienen un rol importante. Sin embargo, las consecuencias de la EM son más bien de tipo social, esto es, está asociada a la desviación social, la conducta criminal, la violencia y la agresión.

Finalmente, en torno a las RS de la incapacidad mental, en México se realizó un análisis secundario de la Primera Encuesta Nacional sobre discriminación (Espinola-Nadurille & Delgado, 2009). Se entrevistó a una muestra representativa de 1,473 personas de 18 a 60 años que viven en poblaciones rurales y urbanas de dicho país. Se utilizó un cuestionario auto administrado que incluyó las percepciones, actitudes, valores y RS sobre la discriminación de grupos de personas que han sido objeto de discriminación por la población en general, entre otras, las personas con EM incapacitantes. A partir de la información obtenida se evidenció que éstas últimas, son percibidas como personas marginadas y con más vivencias de negligencia, discriminación y sufrimiento.

Considerando las ideas e investigaciones citadas, el presente estudio tiene por objetivo explorar las RS sobre los conceptos de SM y EM por parte de la población adulta de la ciudad de Guadalajara, México, así como identificar diferencias entre las RS de los hombres y las mujeres.

Método

El estudio se realizó con el enfoque metodológico de la Teoría de las RS, usando técnicas cualitativas y cuantitativas. Cualitativas, ya que incluyó análisis de categorías temáticas emergidas del discurso de los participantes (Minayo, 1995). Y cuantitativas, ya que se apoyó en el

proceso metodológico del enfoque estructural de las RS, compuesto de las siguientes fases: a) la obtención de información para identificar el contenido de la representación social, b) la *descripción de la organización y la estructura de una representación*, y c) la *verificación de la centralidad de la representación* (Abric, 2001). En este artículo se presentan las dos primeras fases, ya que la tercera (verificación de la centralidad de la RS) se presentará en una comunicación posterior.

Participantes

La población participante fueron habitantes de la ciudad de Guadalajara, México. El tipo de muestreo fue propositivo (Suri, 2011) orientado a encontrar cierta variación en algunas características de los informantes. Los criterios para su selección fueron: hombres y mujeres mayores de edad, que no fueran profesionales de la salud ni laboraran en instituciones de esa área. Fueron abordados en la vía pública en las inmediaciones del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. El total de participantes se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Participantes en el estudio

	Mujeres N=47		Hombres N= 52	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Edad				
18- 19	2	4.3	2	3.8
20-29	24	51.0	30	57.7
30-39	11	23.4	9	17.5
40-49	5	10.6	6	11.5
50-59	3	6.4	3	5.7
60+	2	4.3	2	3.8
Escolaridad				
Primaria	2	4.3	0	0
Secundaria	2	4.3	7	13.5
Carrera	3	6.4	1	2.0
Técnica	7	14.8	10	19.0
Bachillerato	29	61.7	28	54.0
Licenciatura	4	8.5	6	11.5
Posgrado				
Ocupación				
Estudiante	19	40.4	17	32.7
Empleado	3	6.4	2	3.8
Comerciante	3	6.4	2	3.8
Profesor	6	12.7	7	13.5
Profesionista	16	34.2	24	46.2
Asistencia a terapia psicológica	7	14.8	9	17.3

Consideraciones éticas

A cada participante se le comunicó que las descripciones o referencias que se hicieran

en el reporte de investigación, nunca evidenciarían datos personales que pusieran en riesgo su anonimato e integridad. Salvo su edad, escolaridad,

género no se mencionaría otra información mediante la cual pudieran ser localizados o identificados, ya que no es de interés ni relevancia para esta investigación evidenciar a ninguna persona ni divulgar su identidad y localización. No hubo consentimiento escrito ya que éste puede ser expreso y se debe considerar el contexto de desarrollo de grupos culturales diversos al del investigador, sus tradiciones en cuanto a comunicación y decisión, y se deben respetar estos procedimientos (Aguilera-Guzmán, Mondragón, Medina-Mora, 2008) (las personas no acceden a estampar firmas con facilidad, por experiencias propias o ajenas, de fraudes y despojos). Además, el proyecto de investigación que fundamentó el presente estudio fue evaluado y en su momento aprobado por el comité de ética e investigación del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara (registro IISO/CI/27/09).

Recolección de información

Las técnicas e instrumentos de recolección de datos fueron listados libres y cuestionario de pares (Bernard, 2006).

Listados libres: La técnica consiste en proporcionar a los sujetos una palabra o término inductor y pedirles que digan las primeras palabras (o frases) que les vengan a la mente con relación a la palabra inductora (en este caso las palabras SM y EM). Luego se les pide que den una corta explicación del por qué seleccionaron las cinco palabras, todo lo cual es registrado por el entrevistador. La principal ventaja de este procedimiento es que favorece la expresión espontánea de los sujetos y por ello, se espera que el contenido evocado esté más libre de racionalizaciones, sesgos de defensa o deseabilidad social (Ruiz, Ponce de León & Herrera 2001).

Cuestionario de comparación de pares: Con las respuestas más frecuentes o que coincidían en los grupos de hombres y mujeres, se elaboraron dos cuestionarios de comparación de pares: uno para el concepto de SM y otro para el de EM. Este segundo instrumento permite a los entrevistados hacer un juceo sobre los términos seleccionados. Ello mediante la asociación de los dos términos que a su juicio consideren que son los más característicos de SM (y EM) y hagan una marca (con una letra A) en ellos. De los elementos restantes, eligen dos elementos que a su juicio consideran que son los menos característicos de SM (y EM) y los marquen (con una letra B). Se continúa hasta que se hayan marcado los diez términos (con letras C, D y E). Así al final se cuenta con cinco pares de asociaciones (Abric, 2001).

Análisis de la información

Luego de obtener las listas de palabras, a través de la técnica de listados libres, se tabularon los términos por frecuencia de mención de SM y EM. Se escogieron diez palabras de cada lista para generar el instrumento de cuestionario de pares aplicado en la segunda fase del estudio, uno para SM y otro para EM. Un segundo análisis fue la categorización de las definiciones dadas para cada palabra, por medio de análisis de contenido temático (Minayo, 1995).

Los datos obtenidos en los cuestionarios de comparación de pares fueron analizados por medio de la obtención del índice distancia, que evalúa la relación de similitud y la relación de antagonismo o de exclusión. Además, mide la intensidad de la diferencia observada entre dos elementos en una población dada de tal forma que +1 es la similitud y -1 la exclusión máxima. Para ello, se asignó un valor numérico a los pares de palabras seleccionadas. La escala

de evaluación fue de 0 a +2 en relación con la importancia asignada a la asociación (A=+2, B=-2, C=+1, D=-1 y E=0) (Abric, 2001). Con estas puntuaciones calculó el análisis de distancia⁶ con el apoyo de una hoja de cálculo de Excel. Con los índices obtenidos en la relación de cada uno de los pares seleccionados se construyó un grafo, esto es, una representación gráfica de la conexión de todos los cognemas. El procedimiento para su construcción proviene de la Teoría de grafos y es descrita por Doise, Clemence y Lorenzi-Cioldi (1993). El análisis de las asociaciones identificadas permite analizar las relaciones significativas de la naturaleza de la representación del sujeto o de ciertas dimensiones de esta representación (Abric, 2001).

Resultados

Salud Mental

Las categorías temáticas encontradas para la RS de la SM se presentan en la Tabla 2.

Categorías:

a) Estado de SM: comprende los componentes de un estado de salud mental satisfactorio, tales como: armonía, alegría o

felicidad, calma, equilibrio, estabilidad, tranquilidad, bienestar y calidad de vida.

b) Factores individuales: considera sensaciones y habilidades de tipo personal: ánimo, emoción, libertad, satisfacción y éxito entre las primeras; y astucia, autoestima, conciencia, creatividad, eficiencia, asertividad, serenidad, autocontrol, fuerza de voluntad, productividad, pensamiento, optimismo entre las segundas.

c) Factores sociales: incluye condiciones derivadas de la convivencia con el grupo social de pertenencia: cariño, cordialidad, gusto por compartir, atención, comunicación, compromiso, sentido de pertenecer a un grupo y habilidades sociales.

d) Eventos que perturban la SM: estados y situaciones que afectan la SM: estrés, enfermedad, inestabilidad, depresión, traumas, desadaptación, problemas, trastornos diversos y suicidios.

e) EM: Considera palabras como: locura, hospital, camisa de fuerza, enfermedad mental y psiquiatras.

f) Prevención y atención de la SM: Comprende aspectos que previenen problemas de SM como: información, cultura, disciplina, programas, conciencia social; así como formas de atención: psicólogos y terapia.

Tabla 2. Categorías temáticas de la RS de la SM

Categoría	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Estado de SM	21	35	26	29
Factores individuales	14	23.3	21	23.3
Factores sociales	3	5	12	13.3
Eventos que perturban la SM	11	18.4	5	5.5
Enfermedad mental	7	11.6	16	17.8
Prevención y atención de la SM	4	6.7	10	11.1
Total	60	100%	90	100%

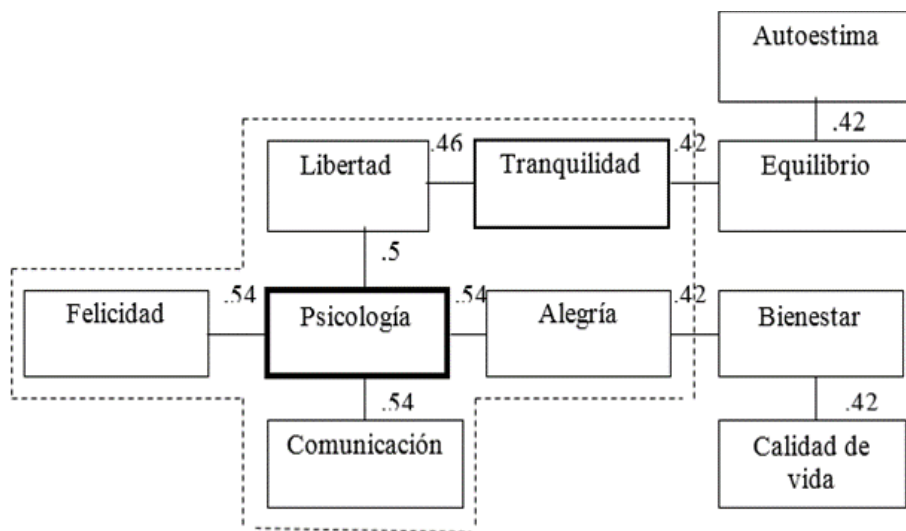
⁶ La fórmula utilizada para su obtención es: $D = \frac{1}{n} \left[2 \sum_{i=1}^n d_i \right] - 1$, D= distancia observada, n = número de sujetos, e = escala.

Organización y estructura de la RS de SM:

En la Figura 1 se presenta el grafo de las RS de la SM de las mujeres participantes. Puede observarse que el término que alcanzó un mayor índice⁷ fue Psicología, que tiene una función de unión de cuatro términos con la más alta puntuación entre los cognemas; al respecto, una joven comentó: “(la Psicología) es la ciencia base de la SM, aporta mucho a la SM”. En esta agrupación las palabras *felicidad* y *alegría* hacen referencia a estados emocionales considerados como componentes de la SM (una mujer indicó: “*la persona que tiene SM es feliz*”), a los cuales se les aúna los de *libertad* y *comunicación* (según una de las entrevistadas: “*la SM implica liberarse y desatarse de muchas cadenas sociales que a la larga perjudican*”). En la asociación de la palabra *tranquilidad* con *libertad*, una mujer comentó: “*la SM implica estar en un cierto grado de tranquilidad consigo mismo*”. El resto de las asociaciones de palabras, *autoestima* con *equilibrio* y *bienestar* con *calidad de vida* conforman elementos periféricos de la RS (ver Figura. 1).

En la Figura. 2 se ubica el grafo de la RS de la SM de los hombres participantes. Se observan dos agrupaciones (en cada una de las cuales se incluyen dos términos con mayor puntuación en la asociación de palabras). La primera incluye estados emocionales como *felicidad* y *alegría* (al respecto un hombre indicó: “*es necesaria la alegría para romper hábitos y esquemas*”), y se asoció en forma de cadena con las palabras *comunicación* (un joven dijo: “*la comunicación es muy importante para la SM, contigo mismo y los demás*”) y libertad en coincidencia con lo encontrado en el grafo de mujeres con respecto del mismo concepto). La segunda asociación hace referencia al estado de *bienestar* (un hombre dijo: “*vives bien con las personas de tu medio y contigo mismo*”) y su relación con *calidad de vida* (“*porque es el resultado de procurar la salud a nivel mental*”) y *equilibrio* (un joven indicó: “*es un balance de todas las áreas de la vida*”). Aquí las palabras *autoestima* y *tranquilidad* son parte de los elementos periféricos de la RS (ver Figura. 2).

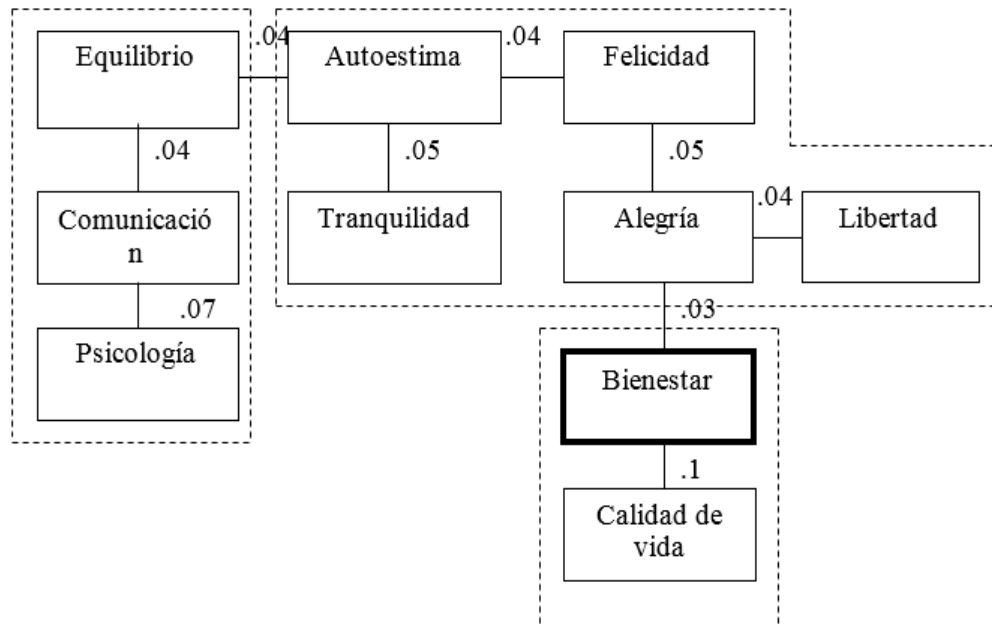
Figura 1. Grafo de la RS de la SM de las mujeres participantes



·Nota: Los decimales entre las palabras corresponden al índice de distancia encontrado en cada asociación

⁷ Suma de los índices ubicados a su alrededor.

Figura 2. Grafo de la RS de la SM de los hombres participantes



Nota: Los decimales entre las palabras corresponden al índice de distancia encontrado en cada asociación

Tabla 3. Categorías de la RS de EM

Categoría	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Estado de EM	13	16.3	13	18
Componentes de la EM	19	23.7	12	16.6
Características físicas y cognitivas	16	20	19	26.4
Características sociales	9	11.3	10	14
Características emocionales	11	13.7	1	1.5
Síntomas y enfermedades	12	15.0	17	23.5
Total	80	100%	72	100%

Enfermedad Mental

Las categorías temáticas encontradas para la RS de la SM se presentan en la Tabla 3.

Categorías:

a) Estado de EM: comprende sinónimos de EM como demente, loco, orate, anormal; e instituciones asociadas a la reclusión de los enfermos como manicomio y psiquiátrico.

b) Componentes de la EM: incluye causas de la EM como: carencias, daño, lesión,

maltrato, trastorno, trauma y alteraciones. Además de profesionales que atienden la EM: psicólogo, psiquiatra y neurólogo.

c) Características físicas y cognitivas: considera elementos físicos de la EM: cansancio, deficiencia, incapacidad, derrame cerebral, coagulación, parálisis, desequilibrio e inestabilidad; más condiciones cognitivas como: problemas de aprendizaje, desorientación, incoherencia y retraso mental.

d) Características sociales: incluye las consecuencias sociales de la EM: abandono, preocupación, caos,

incomprensión, problemas para la familia, ruptura y dolor.

e) Características emocionales: efectos emocionales derivados de la EM, tales como: alteraciones, estrés, nervosismo, nostalgia, sufrimiento y angustia.

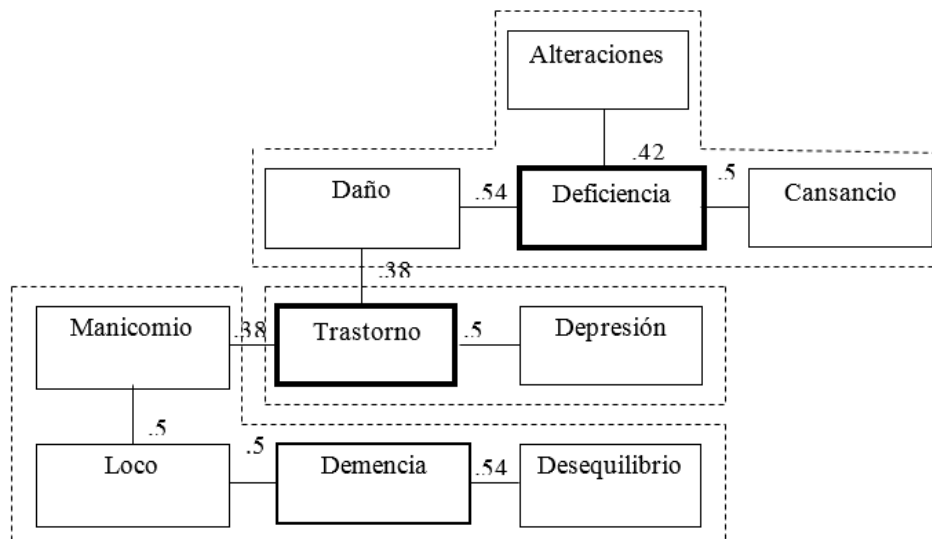
f) Síntomas y Enfermedades: Los síntomas son alucinaciones, delirio, migraña, náuseas, dolor de cabeza, de oídos y párpados. Las enfermedades y padecimientos genéticos reportados son autismo, depresión, esquizofrenia, neurosis, paranoia, psicosis, síndrome de Down y de Alzheimer, neurastenia, oligofrenia y trastorno bipolar.

Organización y estructura de la RS de EM:

En la Figura. 3 se presenta el grafo de la RS de EM de las mujeres participantes. Se

observan tres asociaciones, la de mayor puntuación corresponde a la palabra *deficiencia* (al respecto una mujer indicó: *"implica un deterioro, disminución en la capacidad"*), la cual está asociada a las palabras *daño*, *alteraciones* y *cansancio*. La segunda asociación incluye las palabras de *trastorno* (una mujer dijo: *"es un sinónimo de procesos de enfermedad"*) y *depresión*. La tercera asociación a las palabras *manicomio* y *loco* (al respecto una mujer indicó: *"no están bien de sus facultades mentales"*), así como a *demencia* (*"es sinónimo de locura"*, *"gritan, corren, brincan, se alocan"*) y *desequilibrio* (una mujer dijo: *"la falta de salud tiene que ver con una balanza que se carga hacia un solo lado"*) (ver Figura. 3).

Figura 3. Grafo de la RS de EM de las mujeres participantes

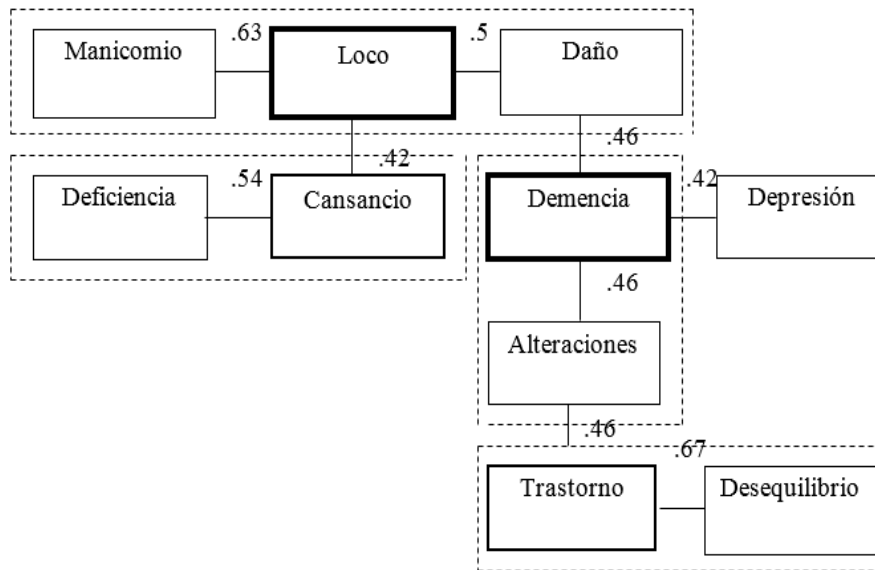


Nota: Los decimales entre las palabras corresponden al índice de distancia encontrado en cada asociación.

En la Figura. 4 se presenta el grafo de las RS de los hombres de la EM. Se observan cuatro asociaciones, la de mayor peso centra su atención en la palabra *loco* (un joven dijo: *"es la forma más común de referirse a las enfermedades mentales"*), a la cual se añan las palabras *manicomio* (*"todo loco debe estar en un manicomio y el enfermo mental también"*) y *daño* (un hombre indicó: *"generalmente el problema*

mental está asociado a daño cerebral"). La segunda asociación incluyó la palabra *demencia* y su asociación con *alteraciones* (*"es una enfermedad pues no hace caso el enfermo de lo que la mente le manda"*). La tercera con las palabras *deficiencia* y *cansancio*. La palabra *depresión* queda fuera de las asociaciones anteriores conformando así, los elementos periféricos del concepto (ver Figura. 4).

Figura 4. Grafo de la RS de EM de los hombres participantes



Discusión

Las RS de la SM: un estado emocional de tranquilidad de factura individual

La RS de SM de los participantes en el presente estudio se conceptualiza como un estado que comprende emociones positivas y estados satisfactorios de tranquilidad y estabilidad, lo que genera bienestar y calidad de vida. Se compone de factores individuales de tipo emocional y habilidades personales; los factores sociales son considerados pero tienen un menor peso. Se señalan aspectos que conducen a la falta de SM (situaciones emocionales negativas y diversos problemas). Incluye su opuesto, esto es la EM (señalada con estereotipos asociados a la locura y su atención médica), en menor medida la prevención (basada en información y programas) y la atención de la SM (de tipo psicológico).

Los estados emocionales satisfactorios fueron reportados en los estudios de Mora et al. (2003) y Berenzon y Mora (2005) realizados con población mexicana. Sin embargo, muestran diferencias con el de

Asbring (2012) realizado en Suecia, dado que la población de dicho país reportó RS de la SM más complejas, al incluir el empoderamiento, el proyecto de vida y el equilibrio entre trabajo y descanso.

Las principales coincidencias entre las mujeres y los hombres participantes son las de señalar a la SM como un estado producto de una serie de factores individuales, y la asignación de un peso menor a los factores sociales y a la prevención de los problemas de SM. La idea de la responsabilidad personal de la SM se encontró en un estudio realizado en India (Dixit, 2005) sobre la EM, en el que además de la responsabilidad, la decisión y la voluntad personales tienen un rol importante. No obstante, el aspecto social no coincide con lo encontrado por Berenzon y Mora (2005) con relación a la importancia de una relación armónica entre el individuo, la sociedad y su vida espiritual como componentes de la RS de la SM.

Las diferencias observadas en las RS de la SM entre las mujeres y los hombres son que mientras las primeras resaltaron los eventos que perturban la SM y la inclusión del término Psicología; los hombres

señalaron la EM como parte de la SM (aun cuando se supone que es su contrario) y al término bienestar.

Las RS de las EM: la locura producto de daños físicos y emocionales

La RS de la EM la asociaron a un estado de locura que requiere de reclusión y atención psiquiátrica y psicológica, originado de daños o lesiones físicas, así como de traumas o maltratos. Se identifica por características físicas (daños y deficiencias) así como de condiciones cognitivas (desequilibrio e inestabilidad). Se manifiesta por una serie de síntomas como diversos tipos de dolores, alucinaciones y delirios; y, en menor grado, por efectos emocionales (estrés, nerviosismo, sufrimiento) con algunas consecuencias sociales para el enfermo y su familia.

Las RS de la EM muestran ideas asociadas a la locura (demencia) y al sujeto de la enfermedad (o loco). Dicha asociación fue reportada por los estudios de Mora et al. (2003) y de López et. al (2012). El peligro del manejo de este tipo de asociaciones es que probablemente perpetúan la exclusión social (y en muchos casos física) de las personas con alguna EM (Goffman, 1995); máxime, cuando una de las funciones de las RS es predisponer a la acción y por tanto orientan las conductas y relaciones sociales (Jodelet, 1993).

Las posibles causas de los problemas de la EM se ubican en daños de tipo orgánico y en los traumas emocionales que los sujetos pueden haber vivido, similar a lo encontrado por Berenzon y Mora (2005).

En las RS de la EM hay una asociación con trastornos específicos etiquetados por los especialistas de la SM (al parecer usuales en el lenguaje cotidiano de los participantes), aun cuando sus definiciones

no coinciden con las clasificaciones del conocimiento científico (por ej. una definición de esquizofrenia fue: “*cuando una persona cambia de estado de ánimo con frecuencia*”). Aquí los medios de comunicación han tenido una función importante en la socialización de los términos científicos, en muchos casos, sin profundizar en sus significados. La revolución de las comunicaciones, primero a través de los libros y luego a través de los medios masivos e Internet, ha permitido la difusión de imágenes, nociones y lenguajes de la ciencia, que se han convertido en parte integrante del bagaje intelectual del hombre común. (Moscovici & Hewstone, 1993).

Las coincidencias entre las mujeres y los hombres son sobre las RS de la EM (locura), sus características físicas y cognitivas, y en menor peso a las características emocionales y sociales (consecuencias). Mientras las mujeres hicieron más énfasis en los componentes de la EM (causas) y menos en los síntomas y enfermedades, además de los términos trastorno y deficiencia; los hombres destacaron más los síntomas y las enfermedades y en los términos loco o demencia.

En suma, las RS de la SM y de la EM, parecen mostrar cierta relación entre sí, ya que en el caso de la SM se incluyeron elementos que bien podrían ubicarse en la EM. Ello indica que para los participantes la SM es una construcción social que se encuentra en proceso de formación, mientras que la EM, al ser asociada con la locura, resulta más cercana a su conocimiento de sentido común. Así, se evidencia una de las características de las RS referente a su función cognitiva de integración de la novedad y la función de interpretación de la realidad (Jodelet, 1993). Las dos RS estudiadas SM y EM, muestran un carácter complementario en su

construcción, es decir que al investigarlas en conjunto, su conceptualización cobra más sentido.

Un tema preocupante fue el énfasis en los aspectos individuales de las RS de la SM en detrimento de los sociales; de lo que se deriva el reto de promover una visión más comunitaria que incluya los ambientes familiar, laboral y social de los problemas mentales, con sus implicaciones en las relaciones interpersonales inmediatas y mediatas.

Las diferencias observadas entre hombres y mujeres, aun cuando fueron mínimas, llevan a considerar distintos acercamientos de las RS de la SM y la EM. Para futuras investigaciones convendría tener en cuenta el uso de una perspectiva de género en su estudio (y no sólo las diferencias entre hombres y mujeres como se hizo aquí); ello permitiría analizar las formas simbólicas de que se vale la cultura para institucionalizar las diferencias entre hombres y mujeres (Lamas, 2001).

En cuanto a las aportaciones de esta investigación a los programas y proyectos de SM, es la de advertir la necesidad de presentar la visión cultural de las personas a los cuales se orientan. Lo que permite fundamentar las intervenciones partiendo de este conocimiento de sentido común, y una vez implementadas, posibilita evaluar la posible re significación de las RS de la SM de la población objetivo. Otra aportación es la metodología empleada, ya que demuestra las ventajas de utilizar técnicas de aplicación y análisis de resultados en forma más rápida a las utilizadas en los estudios cualitativos de las RS; por lo cual, la transferibilidad metodológica, citada por Lincoln y Guba (Flick, 2014), podría resultar de interés en otros campos disciplinares.

Las limitaciones de este estudio son el énfasis en los elementos cognitivos mientras que los procesos participativos y prácticas no son considerados. Para futuros estudios se sigue incluir otros tipos de población, estratificando por grupos de edad y diferentes condiciones sociales.

Referencias

- Abric, J.C. (2001). *Prácticas y representaciones sociales*. México: Ediciones Coyoacán.
- Aguilera-Guzmán RS, Mondragón L, Medina-Mora ME. (2008). Consideraciones éticas en intervenciones comunitarias: la pertinencia del consentimiento informado. *Salud Mental*. 31, 129-138.
- Åsbring, P. (2012). Words about body and soul: Social representations relating to health and illness. *Journal of Health Psychology*, 17, 1110-1120.
- Banchs, A.M. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on social representations*, 9, 3.1-3.15.
- Berenzón, S. & Mora, J. (2005). Los padeceres emocionales cotidianos: percepciones y creencias en dos poblaciones de la ciudad de México. *Investigación en salud*, 7(3), 181-187.
- Bernard, H.R. (2006). *Research Methods in Anthropology*. Oxford: Altamira Press.
- Dixit, Sh. (2005). Meaning and Explanations of Mental Illness: A Social Representations Approach. *Psychology Developing Societies*, 17, 1-18.

- Doise, W., Clemence, A. & Lorenzi-Cioldi, F. (1993). *The quantitative analysis of social representations*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Espinola-Nadurille, M. & Delgado, G. (2009). Mental Disability and Discriminatory Practices: Effects of Social Representations of the Mexican Population. *International Journal of Social Psychiatry*, 55, 238-246.
- Flick U. (2014). *La gestión de la calidad en Investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Goffman, I. (1995). Estigma, la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.
- Jodelet, D. (1993). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici Serge. *Psicología Social II*. Barcelona: Paidós.
- Lamas, M. (2001). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Taurus.
- López, M., Saavedra, F.J., Laviana, M. & López, A. (2012). Imágenes de la “locura”, la “enfermedad mental” y la “depresión” en la ciudad de Sevilla. *Psychology, Society & Education*, 4(2), 151-168.
- Minayo, C. (1995). *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Mora, J., Flores, F., De Alba, M. & Marroquín, M. (2003). Construcción de significados acerca de la salud mental en población adulta de una comunidad urbana marginal. *Salud Mental*, 26(5), 51-60.
- Moscovici S. & Hewstone M. (1993). De la ciencia al sentido común. En Moscovici Serge. *Psicología Social II*. Barcelona: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Recuperado de: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#V>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Recuperado de: www.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf.
- Ruiz, J.I., Ponce De León, E. & Herrera, A.N. (2001). *Avances en Medición Evaluación en Psicología y Educación*. Bogotá: Universidad del Bosque.
- Suri, H. (2011). Purposeful Sampling in Qualitative Research Synthesis. *Qualitative Research Journal*, 11(2), 63 – 75.

Recibido: Noviembre28-2014 Revisado: Marzo 12-2015 Aceptado: Junio 3-2015