



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons  
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>





PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD**  
**CATÓLICA**  
DEL PERÚ

## FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

### REPRESENTACIONES DE LA SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE DOS INSTITUCIONES ESPECIALIZADAS DE LIMA METROPOLITANA

#### TESIS

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología  
con mención en Psicología Clínica que presenta la Bachiller:

SARAH MOLL LEÓN

(DORIS ARGUMEDO)

LIMA – PERÚ  
2009

## AGRADECIMIENTOS

A mi asesora Doris Argumedo, por retarme a dar siempre lo mejor y por compartir con entusiasmo mi interés por la salud mental.

A Lourdes Ruda, Lupe Jara y Mónica Casaretto por su buena disposición e importantes aportes en el proceso de construcción de mi instrumento.

A Patty Martínez, por acompañarme a lo largo de mi proceso de formación universitaria.

A mis padres, Carmen y Johnny, por su apoyo incondicional, por confiar en mí y por siempre alentarme a ser una mejor persona.

A mis hermanos, Rachele, Verónica y Antonio, por todos los momentos compartidos y por ser tan únicos y especiales en mi vida.

A todos los amigos que conocí en la universidad, por compartir conmigo sus ideas y opiniones, por sus consejos y por la amistad mantenida a lo largo de los años.

A todos los trabajadores de la salud mental que participaron en este estudio, por el tiempo dedicado, por su motivación para participar y por trabajar comprometidamente por la Salud Mental en el Perú.

## RESUMEN

### Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de lima metropolitana

La presente investigación busca explorar las representaciones de la salud mental en los trabajadores de dos instituciones especializadas en el área. El estudio es de tipo exploratorio con una metodología de carácter cualitativo. Para lograr los objetivos, se seleccionó un total de diez participantes, cinco por cada institución, representantes de los trabajadores que conforman el equipo interdisciplinario del área: un psiquiatra, una psicóloga, una enfermera, una técnica de enfermería y una asistente social. Para acceder a la narración y el discurso de los participantes se aplicó una entrevista semiestructurada creada por la investigadora. Los resultados dan cuenta del mundo representacional de los trabajadores, exponiendo desde lo subjetivo, sus concepciones generales en torno a la salud mental, los factores que favorecen o interfieren en la misma, las reacciones que genera la persona que sufre una enfermedad mental y las expectativas de mejoría.

*Palabras clave:* Representaciones, Salud Mental, Representaciones de la Salud Mental, Trabajadores de la Salud Mental, Equipo Interdisciplinario, Instituciones especializadas en Salud Mental.

## ABSTRACT

### Representations of mental health in workers of two specialized institutions

The following research aims to explore representations of mental health in workers of two specialized institutions. The study is exploratory and has a qualitative methodology. To achieve the objectives, a total of ten members were selected, five from each institution, who comprise the interdisciplinary team in the area: a psychiatrist, a psychologist, a nurse, a nursing technician and a social worker. To access the speech of the participants a semistructured interview was developed by the researcher. The results show the representational world of the workers, their general conceptions about mental health, factors that promote or interfere with it, reactions that generates the interaction with a person that suffers of mental illness and expectations of improvement.

*Keywords:* Representations, Mental Health, Representations of Mental Health, Mental Health Workers, Interdisciplinary Team, Specialized Mental Health Institutions.

## TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO 1. Representaciones	1
Aproximación colectiva: representaciones sociales	
Aproximación individual: representaciones mentales	5
Representaciones mentales desde la perspectiva cognitiva	5
Representaciones mentales desde la perspectiva dinámica	7
Representaciones sobre la Salud Mental	8
Evolución y definición actual del concepto de Salud Mental	8
Investigaciones sobre las representaciones de la Salud Mental	11
Planteamiento del problema	15
CAPÍTULO 2. Metodología	17
Diseño de la investigación	17
Participantes	18
Instrumentos	19
Ficha de Datos Sociodemográficos	19
Entrevista Semi-Estructurada	19
Procedimiento para la recolección de la información	20
CAPÍTULO 3. Resultados	21
Naturaleza de la salud mental	21
Concepciones generales de la salud mental	21
Factores que favorecen o interfieren en la salud mental	31
Reacciones que genera la persona que sufre una enfermedad mental	37
Expectativas de mejoría	40
Concepción de mejoría y pronóstico de la enfermedad mental	40
Factores que facilitan la superación de la enfermedad mental	42
CAPÍTULO 4. Discusión	48
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

## INTRODUCCIÓN

Los trabajadores de la salud mental, gracias a su especialización y práctica cotidiana, han desarrollado las herramientas necesarias para comprender la naturaleza de la enfermedad mental y facilitar los tratamientos pertinentes con miras a la superación de la misma. Sin embargo, su actividad no se restringe al diagnóstico, atención y rehabilitación a un nivel personal e institucional, sino que deberían abarcar también la promoción de la salud mental y los estilos de vida saludables, logrando así un abordaje más integral de la salud.

Sin embargo, las condiciones laborales muchas veces ponen trabas al logro de este desempeño ideal o esperado. El escaso presupuesto asignado al sector salud y el monto aún más reducido destinado al área de salud mental aunado a la escasez de recursos humanos (ForoSalud, 2005 citado en Velázquez, 2007), repercute no sólo en la imposibilidad de cubrir la demanda de atención, sino que puede conducir al síndrome de desgaste profesional, que alude a una carga emocional que lleva a exhibir conductas de aislamiento y actitudes poco comprometidas con la persona que se atiende, creando de esta forma dudas con respecto a la competencia y realización profesional .

Asimismo, el estigma de la enfermedad mental y de la persona que la sufre, es muchas veces extendido a la institución encargada de su tratamiento y rehabilitación y por ende, a los trabajadores que se desempeñan al interior de la misma. La presencia del estigma psiquiátrico influye de forma negativa en el proceso de búsqueda terapéutica y rehabilitación, ya que interfiere en el acceso al tratamiento y cumplimiento de las prescripciones médicas, poniendo trabas al retorno a una vida normal y con ello, la efectiva reintegración a la sociedad (Pedersen, 2003).

Sin embargo, el estigma se manifiesta también en dirección opuesta. A pesar de la interacción y contacto constante del personal de salud con quienes sufren enfermedades mentales, se evidencia un distanciamiento o segregación entre los de adentro -personal de salud- y los de fuera -personas con enfermedades mentales- (Link y Phelan, 2001). Esta división artificial va a marcar un matiz particular en la relación médico-paciente, así como en la actitud del especialista frente a quien padece un trastorno mental.

Ello constituye un rezago de la antigua práctica de asilo, que consistía en recluir y confinar a las personas con enfermedad mental en una institución exclusiva y especializada (Foucault, 1967). Se trataba entonces, de un intento por borrarlos del



orden social, suponiendo su no existencia y eliminando con ello las posibilidades de identificación y empatía.

A pesar de que en la actualidad existen hospitales psiquiátricos, la lógica de internamiento se da únicamente en casos de emergencia, siendo prioridad que las personas reciban un tratamiento basado en la terapia ocupacional y la reinserción social. Asimismo, la salud y enfermedad mental ya no se circunscriben a estos espacios, sino que surgen las clínicas de día, las comunidades terapéuticas y la atención y rehabilitación comunitaria (Caravedo, 1985 y Castro de la Matta, 1987 citado en Velázquez, 2007).

Es en este contexto, donde surgen las representaciones en torno a la salud mental, así como los conceptos vinculados a la salud y la enfermedad. De esta forma, las representaciones se construyen en la interacción con el ambiente y con otras personas, por lo cual su origen es esencialmente social. Sin embargo, los individuos no asimilan pasivamente las representaciones del contexto social y cultural ni tampoco las conciben de forma estática. Por el contrario, las someten a una evaluación personal, incorporando elementos cargados de subjetividad y afecto.

Aproximarnos a las representaciones de los trabajadores con respecto a la salud mental, resulta fundamental en la medida que consideramos que ellas van a influir no sólo en sus nociones en torno a la naturaleza de la salud mental, sino que tendrán implicancias vinculadas básicamente a la práctica clínica y las relaciones que establezcan con las personas que atienden.

A pesar de la importancia de estudiar las representaciones de los trabajadores de la salud, no se han encontrado investigaciones que combinen el estudio de este concepto en esta población específica, por lo menos a nivel de Latinoamérica. Incluso en población general, estas investigaciones han sido escasas en comparación a las realizadas en países desarrollados. Los estudios se circunscriben a las actitudes y la opinión pública respecto de la enfermedad mental y los enfermos mentales (García Silberman, 1993).

Asimismo, es importante mencionar la ausencia de abordajes desde la salud mental, existiendo una tendencia importante a circunscribirla al estudio de las deficiencias vinculadas a los trastornos mentales. Ello a pesar de los esfuerzos teóricos por incorporar una visión más positiva de la salud mental, no solo desde las falencias, sino también desde los recursos y las fortalezas y desde aquello que se puede hacer y promover.

De esta forma, el presente estudio busca explorar, describir y sistematizar las representaciones de los trabajadores en torno a la salud mental, en la medida que éstas van a influir no sólo en sus concepciones generales sobre la naturaleza de la

salud mental, sino también marcarán una pauta en la aproximación del personal de salud a las personas que padecen enfermedades mentales y en la particularidad de la interacción con ellas. Para responder a los objetivos planteados, se ha organizado un marco teórico compuesto por dos partes. La primera indaga sobre el concepto de las representaciones a la luz de las contribuciones realizadas desde la aproximación colectiva e individual. La segunda aterriza concretamente en las representaciones sobre la salud mental, enfatizando en la evolución y definición actual del concepto y haciendo una breve sistematización de las distintas investigaciones realizadas en torno a las representaciones de la salud mental. El segundo capítulo da cuenta de la metodología utilizada aludiendo a la naturaleza de la investigación, las características del personal de salud entrevistado, la descripción de los instrumentos empleados y el procedimiento seguido. Finalmente, los capítulos tres y cuatro, consignan respectivamente los resultados del estudio y la discusión en torno a ellos, donde se evidencia que pese al conocimiento, contacto e interacción del personal de salud con personas que sufren enfermedades mentales, existe un fuerte estigma vinculado tanto al trastorno mental como a las personas lo padecen. Sin embargo, existe un esfuerzo por parte de los participantes para concebir la salud mental de forma integrada en el continuo salud-enfermedad y reducir los prejuicios a través de mecanismos de normalización y naturalización de la enfermedad mental.





## CAPÍTULO I

### Representaciones sobre la Salud Mental

Con el objetivo de recoger los aportes que las diferentes corrientes teóricas dentro de la disciplina psicológica han realizado al constructo de las representaciones, hemos decidido basarnos en el esquema planteado por Kudó (2001) y referido también por Uchofen (2006), donde las representaciones son clasificadas en sociales y mentales. Las representaciones sociales dan cuenta de las contribuciones de la psicología social, mientras que las representaciones mentales incluyen tanto los aportes de la psicología cognitiva como de la psicología dinámica. Luego de la exploración de dichos conceptos, aterrizaremos propiamente en las representaciones de la salud mental.

#### *Aproximación colectiva: Representaciones sociales*

La teoría de las representaciones sociales está constituida por un sistema de conceptos e ideas que estudian los fenómenos psicosociales en sociedades modernas. De esta forma, los procesos que en ellas se desarrollan, implican un reconocimiento de la mutua influencia entre el individuo y su entorno, donde la comprensión de los fenómenos sociales implica considerar la relación bidireccional entre las condiciones históricas, culturales y macrosociales y el rol activo del individuo en la construcción del conocimiento (Farr, 1996, citado en Wagner, 2001; Deaux y Philogène, 2001). Esta perspectiva, planteada inicialmente por Moscovici, logra superar el reduccionismo de las antiguas aproximaciones de la psicología social, cuya epistemología y metodología se basaban en un paradigma donde “individuo-sociedad”, “naturaleza-cultura” y “conocimiento elaborado-conocimiento impuesto”, se encontraban escindidos (Castorina, 2003).

En este contexto, la representación social es un corpus organizado de conocimientos (valores, ideas, prácticas) y una de las actividades psíquicas que permiten a los hombres entender la realidad física y social e integrarse a una relación cotidiana de intercambios, liberando los poderes de su imaginación (Mora, 1999). La representación social tiene dos funciones básicas: establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; y hacer posible la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para intercambiar, nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de mundo y de su historia individual y grupal (Moscovici, 1963, citado en Wagner 1999).

Otros autores (Farr, 1983; Banchs, 1984; Di Giacomo, 1987; Páez, 1987; Acosta y Uribe, s.f., citados en Mora, 2002, Castorinas, 2003) además de Moscovici, se han interesado también por las representaciones sociales, planteando aproximaciones basadas en el propio proceso de producción de conocimiento. Jodelet (1989, citado en Jiménez, 1997), las concibe como construcciones sociocognitivas propias del pensamiento ingenuo o del “sentido común”. Farr (1983, citado en Mora, 2002) sostiene que ellas surgen cuando los individuos debaten temas de interés mutuo o cuando aquellos que controlan los medios seleccionan acontecimientos y los exponen como significativos. De acuerdo a lo revisado en Mora (2002), tanto Banchs (1984) como Acosta y Uribe (s.f.), remarcan el doble carácter de las representaciones sociales: como contenido (forma particular de conocimiento) y como proceso (estrategia de adquisición y comunicación del mismo conocimiento). Finalmente, Di Giacomo (1987, citado en Mora, 2002) resalta su papel práctico en la regulación de los comportamientos intra e intergrupales y Páez (1987, citado en Mora, 2002) las percibe como una expresión del pensamiento natural, no formalizado ni institucionalizado.

A ello se suma el hecho de que las representaciones sociales deben ser entendidas como un fenómeno complejo de composición múltiple, que se encuentra en la encrucijada entre la sociología y la psicología (González, 2001; Knapp, 2003), donde confluyen nociones de origen sociológico como la cultura y la ideología y nociones de procedencia psicológica como la imagen y el pensamiento (Jodelet, 1984, citado en Knapp, 2003).

Todo ello configura un panorama donde formular un concepto sintético del constructo de representaciones sociales es en extremo complicado. Ello debido a la complejidad de las relaciones que entran en juego en la definición teórica y porque su análisis considera elementos mentales, afectivos y sociales, como el lenguaje y la comunicación, procesos psíquicos y sociales respectivamente (Castorina, 2003). De esta forma, como sostiene Knapp (2003), las particularidades de la categoría de representaciones sociales apuntan hacia un conjunto de procesos y fenómenos, más que a objetos bien diferenciados o hacia mecanismos precisamente definidos.

Frente a las demandas de precisión y rigor conceptual en relación a la teorización de las representaciones sociales, Moscovici (1988, citado en Castorina 2003), argumenta que tal crítica evidencia una incomprensión sobre el estatuto teórico de las representaciones sociales, porque una definición rigurosa no es un punto de partida sino de llegada en la formación de una disciplina científica. En este sentido, la amplitud de las definiciones y su identidad conceptual, todavía no precisamente definidas o diferenciadas, podrían ser expresión de la complejidad implicada en las representaciones sociales y de su fertilidad como objeto de estudio (Castorina, 2003).

Luego de haber realizado una aproximación conceptual al constructo de las representaciones sociales, se hará referencia al contexto y condiciones que determinan su surgimiento. De esta forma, las representaciones sociales emergen en momentos de crisis y conflictos (Moscovici, 1979, citado en Mora, 2002), cuando los hombres se ven en la necesidad de familiarizarse con los objetos nuevos del ambiente, en la medida en que éstos cobran importancia dentro de los grupos sociales (Knapp, 2003). En el mismo sentido, las fracturas del mundo de la cultura producen “lo extraño”, “lo no familiar”, por lo cual la formación de nuevas representaciones restablece para los individuos la familiaridad de los hechos sociales (Duveen y De Rosa, 1995; Duveen, 1998, citado en Castorina, 2003).

De acuerdo a Moscovici (1979, citado en Mora, 2002; Knapp, 2003), existen tres condiciones para el surgimiento de las representaciones sociales: la dispersión de información, la focalización y la presión a la inferencia. En la dispersión, existen por un lado, desniveles en la cantidad y calidad de la información y por otro, parcialidad y desfase para fundamentar el conocimiento. Así, nunca se cuenta con toda la información necesaria o existente acerca de un objeto social que resulte relevante; la realidad se ve parcialmente. Por otro lado, en la focalización el individuo es atraído por un hecho social, el mismo que acapara su atención por ser un aspecto de la realidad que es parte de sus intereses particulares dentro de los grupos de pertenencia. Finalmente, la presión a la inferencia se refiere a las exigencias que las circunstancias y relaciones sociales ejercen sobre el individuo o el grupo social: que sean capaces de emitir opiniones, sacar conclusiones o fijar posiciones respecto a temas que resultan fundamentales en los grupos sociales.

Si bien lo que caracteriza a una representación social es su contenido, es fundamental tener en consideración su estructura, es decir, la organización que integra dicho contenido. Las representaciones sociales están compuestas por un conjunto de actitudes, creencias, imágenes e informaciones, las cuales se presentan como una unidad funcional fuertemente organizada en tres dimensiones -actitud, información y campo representacional- (Moscovici 1979, citado en Mora, 2002; Jodelet, 1984, citado en Knapp, 2003; Abric, 1994, citado en Salinas, 2007) que se entrelazan entre sí y que son analizadas por separado con fines didácticos y empíricos.

La actitud es la orientación global, positiva o negativa hacia el objeto social representado y que guía la evaluación, los elementos afectivos y las valoraciones en relación con dicho objeto. Se deduce que es la más frecuente de las tres dimensiones, dado que nos representamos un objeto únicamente después de haber tomado una posición, la cual orienta nuestras conductas (Moscovici 1979, citado en Mora, 2002; Jodelet, 1984, citado en Knapp, 2003; Abric, 1994, citado en Salinas, 2007).

Por otro lado, la información es la organización o suma de conocimientos sobre el objeto de naturaleza social. Los medios de acceso a la información y las características de los intereses colectivos determinan las pautas de selección, así como la cantidad y calidad de la información disponible. Esta dimensión conduce a la riqueza de datos o explicaciones que sobre la realidad se forman los individuos en sus relaciones cotidianas (Moscovici 1979, citado en Mora, 2002; Jodelet, 1984, citado en Knapp, 2003; Abric, 1994, citado en Salinas, 2007).

Finalmente, el campo de representación expresa la organización jerarquizada de los elementos que configuran el contenido de la representación. Se establecen a partir de las cualidades de las unidades aprendidas (cualitativas, imaginativas), que en su conjunto conforman un nuevo nivel de organización: una red de elementos tejidos por combinaciones de unas y otras (Moscovici 1979, citado en Mora, 2002; Jodelet, 1984, citado en Knapp, 2003; Abric, 1994, citado en Salinas, 2007).

De modo complementario, es importante mencionar que las representaciones sociales se forman a través de dos procesos: la objetivación y el anclaje. A través de la función de la objetivación, se materializa el conjunto de conocimientos y significados acerca de los objetos y se establecen relaciones entre los conceptos e imágenes, palabras y cosas (Moscovici, 1979, citado en Castorina, 2003; Moscovici, 1961, 1979, 1984, citado en Knapp, 2003). De esta forma, en la objetivación la suma de elementos descontextualizados se transforma en una imagen consistente (Moscovici, 1979, citado en Kudó, 2001). Tanto Jodelet (1984), como Hezlich (1979) y Banchs (1984), referidos en Mora (2002), señalan siguiendo a Moscovici (1979), que la importancia del proceso de objetivación reside en que pone a disposición del público una imagen o esquema concreto: un conocimiento personal no científico, a partir de un ente abstracto o poco tangible como lo es una teoría o concepción científica.

El anclaje por su parte, permite la integración de lo nuevo en un pensamiento ya constituido, donde lo no familiar o remoto es asimilado dentro de categorías ya existentes (Castorina, 2003). En este sentido, el anclaje hace que la representación social se integre al marco de referencia de la colectividad y se convierta en un instrumento útil para interpretar la realidad y actuar sobre ella (Moscovici, 1979, citado en Mora, 2002). Al insertarse el esquema objetivado dentro de una red de significaciones, la representación social adquiere una funcionalidad reguladora de la interacción social, pues el objeto reelaborado en representación social, se energiza en las relaciones intergrupales y en las representaciones preexistentes, modificándolas (Moscovici, 1979, citado en Mora, 2002; Jodelet, 1986, citado en Knapp, 2003).



### *Aproximación individual: Representaciones mentales*

#### *Representaciones mentales desde la perspectiva cognitiva*

La psicología cognitiva remite la explicación de la conducta humana a entidades mentales, procesos y disposiciones de naturaleza mental, las mismas que reclaman un nivel de discurso propio con dinámicas particulares (Greca y Moreira, 1994). En la actualidad, la psicología cognitiva se apoya en el constructivismo como modelo explicativo de sus planteamientos teóricos. En él se sostiene que el conocimiento es un proceso mental del individuo, que se desarrolla de manera interna conforme el individuo obtiene información e interactúa con su entorno (Eysenck, 1991; Houdé, 2003). En esta medida, la comprensión de la realidad implica trascender el proceso de construcción en solitario para considerar el contexto sociocultural en donde esta realidad se encuentra inmersa. Este contexto va a proporcionar a los individuos un campo de acción donde podrán interactuar y de esta forma, darle sentido a lo que hacen (Arbeláez, 2002). En esta línea, la función principal del constructivismo se basa en la formación de significado, lo cual supone interpretar la experiencia, buscando propósito y significado a los acontecimientos del entorno (Neymeier y Neymeier, 1996).

En este marco conceptual y sistematizando los aportes realizados por el constructivismo a la psicología cognitiva, surge el concepto de representación mental, entendido como una forma de “re-presentar” internamente (es decir, mentalmente), de volver a presentar en la mente, el mundo externo (Moreira y Greca, 1994). Esto se debe a que las personas no captan el mundo exterior directamente, sino que construyen representaciones mentales del mismo (Moreira, 1997). En este sentido, los seres humanos construyen representaciones mentales sobre el entorno que los rodea, sobre sí mismos, sobre la sociedad y sobre la naturaleza en la cual se constituyen como personas (Arbeláez, 2002).

Las representaciones mentales son elaboradas por los individuos con el objetivo de fijar posición en lo que se refiere a situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen. Sin embargo, las representaciones mentales son construcciones dinámicas: se forman a partir del mundo interno y externo, estando sometidas de forma continua a revisión y fluctuación, dado que la experiencia diaria impone el abandono de unas, la revisión de otras y la consolidación de algunas (Arbeláez, 2002).

De acuerdo al modelo clásico de Johnson-Laird (1983), referido por Colle (2005), Cataldi y Lage (2001) y Tamayo (1999), existen por lo menos tres formas en



que es posible codificar o representar mentalmente la información: los modelos mentales, las representaciones proposicionales y las imágenes mentales.

El concepto de modelo mental considera que los seres humanos traducen o interpretan los eventos externos a ellos, en modelos internos y posteriormente razonan manipulando esas representaciones. Finalmente, decodifican los símbolos resultantes en acciones o en evaluaciones de hechos externos (Moreira y Greca, 1994, citado en Cataldi y Lage, 2001).

Los modelos mentales permiten integrar la información suministrada por todos los sentidos con la información proveniente del conocimiento general. Esta aproximación al conocimiento del mundo proviene tanto de lo que éste es, como de las ideas que de él tenemos; depende tanto de nuestro sistema nervioso como de nuestras experiencias. Es en este doble sentido, que se construyen los modelos mentales sobre la realidad externa o el ámbito de las ideas (Tamayo, 1999).

Particularmente en la construcción de los modelos mentales influyen la percepción visual, la comprensión del discurso, el razonamiento, la representación del conocimiento y la experticia. Están limitados a su vez, por los conocimientos técnico-científicos de la persona, por su experiencia previa, por la forma en que procesa la información y por aspectos motivacionales. Es en este proceso de interacción con el medio, con los otros y con los artefactos tecnológicos que construimos los modelos mentales internos (Norman, 1983, citado en Tamayo, 1999).

Por otro lado, las representaciones proposicionales son representaciones mentales expresables verbalmente y por lo tanto, tienen reglas sintácticas y composiciones semánticas particulares que permiten representar el contenido ideacional de la mente, los objetos conceptuales y las relaciones entre ellos. De esta forma, las representaciones proposicionales son objetos conscientes del pensamiento que permiten acceder al imaginario de una persona y dar cuenta del mismo en la interacción con otros (Cataldi y Lage, 2001; Moreira, 1997; Vignaux 1991, citado en Colle, 2005).

Finalmente, las imágenes mentales son "visiones" del modelo, como resultado de la percepción y la imaginación, y representan aspectos perceptuales (auditivos, visuales, táctiles) de los objetos del mundo real con un alto grado de especificidad. A pesar de que las imágenes comparten los atributos de los modelos, éstas son solo una visión del modelo y no poseen capacidad explicativa. Asimismo, las imágenes actúan como "chunks" o grupos de información significativos, que posibilitan trabajar con estructuras de información más grandes, lo que es esencial para situaciones particulares cuando se debe manejar simultáneamente una gran cantidad de contenidos relevantes (Cataldi y Lage, 2001; Tamayo, 1999; Moreira y Greca, 1994).

### *Representaciones mentales desde la perspectiva dinámica*

La psicología como disciplina, se ha ocupado por estudiar e investigar las autoorganizaciones, enfatizando en el psiquismo humano. Posteriormente el psicoanálisis, basándose en los aportes previos de la psicología e insistiendo en el funcionamiento y características del psiquismo, construye la teoría de las representaciones. En ella, Freud logra relacionar la representación con lo inconsciente, rompiendo de esta forma, la relación exclusiva que ésta mantenía con la conciencia (Gallo, 2006).

En este contexto, de acuerdo a Laplanche y Pontalis (1993), el concepto de representación, designa “lo que uno se representa, lo que forma el contenido concreto de un acto de pensamiento” y “especialmente la reproducción de una percepción anterior” (p. 382). Las representaciones se producen de forma compleja y su origen tiene relación directa con los procesos de percepción en la interacción con el mundo interno y externo (Valls, 1995). De esta forma, la representación sería aquello que del objeto, viene a inscribirse en los sistemas mnémicos, donde la manera en que es percibido el objeto influye en su representación posterior. El recuerdo es designado como huella mnémica e implica diferentes series asociativas, donde los signos se encuentran siempre en coordinación con otros y no están ligados a una cualidad sensorial determinada. Ello implica trascender a la concepción estática de la memoria como un recipiente pasivo de imágenes, donde el recuerdo constituye una impresión débil que guarda una relación de similitud con el objeto (Laplanche y Pontalis, 1993).

Asimismo, de acuerdo a Guzzetti (2003) la representación se funda en percepciones, que son repeticiones de algo que alguna vez fue percibido, lo cual constituye el motor del funcionamiento psíquico. El objetivo del examen de realidad consiste en darse cuenta que ese objeto sigue estando ahí, más que verificar que lo percibido corresponde con el objeto. Ello nos conduce a suponer que el psiquismo no se orienta a verificar la validez o falsedad, sino que es un proceso representativo de un objeto de satisfacción (inconsciente) que para ser consciente tiene que ser representado por medio de palabras (preconsciente).

En este contexto, la representación para el psicoanálisis está vinculada fundamentalmente a dos términos: cosas y palabras. Freud distinguía entre representaciones cosa y representaciones palabra, definiendo para cada una un dominio y una dinámica particular, donde los procesos primario y secundario responden a esta partición de la representación. Así, el psiquismo se constituye como un sistema de representaciones, con sus leyes, transcripciones, traducciones y transliteraciones (Guzzetti, 2003).

De esta forma, la “representación de cosa” es fundamentalmente visual al derivar de la cosa y la “representación de palabra” sería esencialmente acústica al desprenderse de la palabra. Esta distinción, tiene un valor tópico fundamental, en la medida que cada una de ellas corresponde a una instancia psíquica diferente (Laplanche y Pontalis, 1993). Así, la representación de cosa caracteriza al inconsciente y requiere de la representación de palabra para acceder a la conciencia. La representación de palabra por su parte, parece depender de la toma de conciencia, caracterizando a los sistemas preconscious y consciente. (Ammortu, 2003).

Lo anterior contribuye a sustentar la estratificación del psiquismo en inconsciente, preconscious y consciente, donde cada estrato encuentra su forma de representación de acuerdo a sus afectos y deseos (Guzzetti, 2003), lo cual es denominado por Castoriadis (citado en Menéndez, 2006) como magma. Con ello, alude a la ausencia de delimitación y determinación del ser, presentándola como una fuente inagotable de significaciones imaginarias: una sustancia sin formas pero generadora de formas, a partir de la cual tiene lugar la creación.

### *Representaciones sobre la salud mental*

#### *Evolución y definición actual del concepto de salud mental*

A pesar de la familiaridad con los conceptos de salud y enfermedad y del aparente acuerdo que existe en cuanto a su comprensión y definición, una mayor profundización en los mismos los revela como fenómenos de gran complejidad y difíciles de aprehender (Simón, 1999).

La definición clásica y convencional de salud alude a la “ausencia de enfermedad, incapacidad o invalidez”, con lo cual se puede afirmar que la salud ha sido entendida de forma negativa (Rodríguez, 1995; Simón, 1999). Esto puede deberse a que la comprensión de la enfermedad resulta más sencilla, en la medida que se asocia a sensaciones como el malestar, el dolor o la incomodidad, que son claramente perceptibles, y que influyen directamente en la capacidad funcional de la persona. Por el contrario, el estado de salud pasa inadvertido. (Rodríguez, 1995).

De esta manera, desde el modelo biomédico, la enfermedad es entendida como una alteración fisiológica manifestada por disfunciones en los parámetros normales. La salud por su parte, se encontraría igualmente ligada a factores biológicos, percepción que refuerza la definición de la salud a partir de la enfermedad. (Rodríguez, 1995). De ahí, que la salud es lo “normal” frente a la “anormalidad” de la enfermedad.

Es necesario precisar sin embargo, que incluso dentro del modelo biomédico, las concepciones de “normalidad” y “anormalidad”, adquieren connotaciones culturales.

De esta forma, las nociones de salud y enfermedad experimentan modificaciones de un contexto sociocultural a otro y también de una persona a otra (Rodríguez, 1995). Por ello, trazar el límite entre lo normal y lo patológico resulta complejo, dado que su definición implica considerar el sentido que adquieren las nociones de “normalidad” y “patología” en un contexto sociocultural particular.

Por otro lado, Simón (1999) afirma que la salud, además de la ausencia de enfermedad, supone “diversas dimensiones de bienestar, de ajuste psicosocial, de calidad de vida, de funcionamiento cotidiano, de protección hacia posibles riesgos de enfermedad y de desarrollo personal” (p. 41). Por ello, el modelo biomédico empieza a perder presencia, ya que constituye una postura reduccionista, que vincula la enfermedad únicamente con desbalances bioquímicos y anomalías neurofisiológicas (Engel, 1977, citado en Amigo, 2003). Esta postura no considera que detrás del proceso de enfermar, existe una persona, cuya reacción emocional y formas de afrontamiento (personal, familiar, social), van a influir en el curso y evolución de su enfermedad (Amigo, 2003).

Ante las dificultades del modelo biomédico, se propone desarrollar una nueva conceptualización, que se aproxime a la salud y la enfermedad de manera más integral (Janoski y Schwartz, 1985, citado en Amigo, 2003). Ya en el Congreso de Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1948, se definía la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad” (Rodríguez, 1995, p. 16), reconociéndose como componentes de la salud, dos áreas relevantes del ser humano: la psicológica y la social, que sumadas a la biológica, configuran una aproximación más integral a la salud. Ello da lugar al “modelo biopsicosocial”, el cual resalta la naturaleza multifactorial de la salud y enfermedad, así como la complejidad de los procesos de sanar y enfermar (Simón, 1999).

De acuerdo a Amigo (2003), el modelo biopsicosocial sostiene que el conjunto de los factores biológicos, psicológicos y sociales determinan la salud y la enfermedad. De esta forma, desde las alteraciones celulares y desbalances bioquímicos, pasando por el estado emocional del paciente y su expectativa de mejoría, hasta la presencia de soporte social y el acceso a servicios especializados, interactúan en el proceso de salud-enfermedad. Ello indica que en la salud y la enfermedad influyen múltiples factores que producen distintos efectos (Amigo 2003; Taylor, 2003), lo cual coincide con lo que sostiene Nieto-Munuera (2004):

[...] [La enfermedad] no tiene una raíz exclusivamente orgánica. Los procesos por los que se adquieren, se encuentran entrelazados [...] con numerosos factores. Dada la condición social del ser humano y el



funcionamiento intersistémico de nuestro organismo, cualquier factor que le afecte se encuentra involucrado en todos y cada uno de los sistemas de los que forma parte. La estrecha dependencia de unos y otros genera una especie de mecanismo de policausalidad en la que cada uno tiene alguna responsabilidad en los fenómenos o procesos que se desencadenan, aparentemente aislados en cualquiera de los otros subsistemas (p. 61).

La inclusión de variables psicológicas y sociales por parte del modelo biopsicosocial, permite explicar la dinámica implicada en la formación de las representaciones, dado que el grupo sociocultural en el que toda persona se inserta, va a influir en su manera de concebir la salud y la enfermedad, así como en los modos de comportarse ante ambas (Rodríguez, 1995). Es necesario, por tanto, tener presente que las representaciones de la salud y enfermedad son construidas socialmente y moduladas por el contexto social (Morant, 2006). De esta forma, la cultura influye sobre los aspectos individuales que determinan la representación de la salud y enfermedad, prestando mayor atención a ciertos elementos de salud e ignorando otros, interpretando y evaluando los síntomas de enfermedad, así como las características saludables y reaccionando de forma particular frente a dichos síntomas y características (Angel y Troits, 1987).

Este recorrido a lo largo de la historia evolutiva del concepto de salud, nos hace partícipes del tránsito desde una visión dicotómica de la salud, que concibe como ausencia de enfermedad, hasta un modelo que la entiende de forma integral, incluyendo variables biológicas, psicológicas y sociales. Un desarrollo similar puede observarse con respecto al concepto de salud mental, que evolucionó desde la noción de locura o enfermedad psiquiátrica, hacia la de la salud mental integral. Ello implicó igualmente una transición desde una práctica de asilo y asistencia para las personas que sufren enfermedades mentales, hacia planteamientos que alientan la “despsiquiatrización” y “desmanicomialización”. En este nuevo escenario, el énfasis está puesto en la prevención de la enfermedad y en la promoción de estilos de vida saludables, considerando estrategias de autocuidado y de participación activa en la comunidad (Ministerio de Salud, 2004). Los lineamientos para la acción en la salud mental desarrollados por el MINSA (2004), consideran precisamente los aportes realizados a lo largo de la evolución de los conceptos de salud general y salud mental y enmarcan las políticas públicas de salud mental dentro de esta nueva perspectiva. En este contexto, la salud mental es definida como:

[...] el estado dinámico de bienestar subjetivo, en permanente búsqueda de equilibrio que surge de las dimensiones biopsicosociales y espirituales del desarrollo y se expresa en todas las esferas de la conducta de la persona (comportamientos, actitudes, afectos,

cogniciones y valores) de la persona quien logra progresivos niveles de integración en relación con su sexo, edad y especialmente con su grupo étnico y social, permitiéndole recibir y aportar beneficios significativos a su familia, grupo, comunidad y sociedad. (p.27).

Esta forma de concebir la salud mental considera de modo especial la evaluación que la persona realiza sobre su propio bienestar, resaltando de igual manera la calidad de la relación que ella establece con su comunidad.

#### *Investigaciones sobre las representaciones de la salud mental*

Jodelet (1986) inició el estudio de las representaciones sociales aplicadas al ámbito de la salud y posteriormente, numerosos autores se han sumado al interés de explorar el tema tanto en población general como en población clínica, para luego orientar sus investigaciones al personal de la salud mental.

La mayoría de investigaciones desarrolladas con la población general se caracterizan por explorar el dominio de información conceptual relevante de los participantes acerca de la enfermedad mental, así como por aproximarse a la percepción y actitud de los mismos frente a la población clínica.

De esta forma, el estudio de Casco (1990) se avoca a investigar la actitud de los jóvenes de educación media-superior de Brasil frente a los problemas de salud mental. Se observó que la población joven maneja información general acerca de los trastornos mentales (causas, manifestaciones, implicancias) y mantiene una actitud positiva frente al paciente clínico, considerándose fundamental que éste reciba tratamiento especializado acompañado de un apoyo de los familiares con el fin de que pueda retomar y mejorar áreas de su vida -familiar, laboral y social-, que se han visto afectadas con el surgimiento de la enfermedad mental.

García (1993) por su parte, exploró las creencias y actitudes de los adultos mexicanos hacia la enfermedad mental, el paciente clínico y el psiquiatra. A pesar de que los participantes carecían de información con relación a las causas, características y manifestaciones de los trastornos mentales, ellos reconocían la importancia de aproximarse y aprehender la información disponible en torno a las mismas. Asimismo, se resaltó la necesidad de que los pacientes clínicos sean atendidos por profesionales especializados que puedan suministrarles tratamientos pertinentes de acuerdo a la severidad del trastorno mental. Finalmente, se consideró que el paciente carecía de funcionalidad de acuerdo a los parámetros impuestos por la sociedad, dadas las implicancias de la enfermedad mental en distintas áreas de la vida: familiar, de pareja, amical, laboral e interpersonal.



En su segundo estudio, García (1998) indagó el proceso de aprehensión de las representaciones de la salud mental en estudiantes mexicanos de escuelas públicas. Se encontró que éstas empiezan a estructurarse desde edades tempranas para ir consolidándose con la experiencia de vivir en sociedad. Así, la salud mental se asocia con la salud en general, el equilibrio, el bienestar, la cordura, la inteligencia, el pensamiento, la capacidad, la felicidad y la tranquilidad. Por otra parte, la enfermedad mental se vincula a la locura, el desequilibrio, la incapacidad, la angustia, el retraso mental, la tontería, la maldad, la tristeza y el desorden. Adicionalmente, a medida que los estudiantes ascienden en la escala académica, su manejo de información en relación al tema se vuelve más amplio y específico, en comparación a etapas académicas anteriores.

Vezzoli, Archiati, Buizza, Pasqualetti, Rossi y Pioli (2002), estudiaron el nivel de contacto, la relación y la actitud de los adultos residentes en Brescia-Italia frente a la población clínica. Se encontró que conocer, hablar y trabajar con un paciente predisponía a una actitud positiva. Por el contrario, quienes no habían tenido contacto con ninguno, preferían mantenerlos al margen de su interacción social. Sin embargo, ninguno de los dos grupos (contacto/ no-contacto) manejaba información general acerca de los trastornos mentales (causas, manifestaciones e implicancias).

Por otro lado, Goerg, Fischer, Zbinden y Guimón (2004), investigaron si la población suiza diferenciaba entre los distintos trastornos mentales y sus respectivos tratamientos. Para ello, se seleccionó como objeto de estudio la esquizofrenia, la depresión y el trastorno de pánico. Se encontró que existía una tendencia general a considerar únicamente a la esquizofrenia como enfermedad mental. Asimismo, su etiología era atribuida a factores de socialización, mientras que la depresión y el trastorno de pánico eran adjudicados a factores biológicos y psicológicos respectivamente. Por otro lado, se consideraba que el tratamiento adecuado para la esquizofrenia era la psicoterapia y en menor medida la terapia familiar y la medicación. Para la depresión y el trastorno de pánico primaban los tratamientos alternativos o naturales. En cuanto a la medicación, las razones para no usarla se relacionaban a las dudas sobre su efectividad y al temor por los efectos secundarios. Finalmente, en relación al pronóstico, el menos favorable correspondía a la esquizofrenia, seguido por la depresión y el trastorno de pánico.

La investigación de Desviat, Delgado, González y Hernández (2004), integra los estudios de Vezzoli y cols. (2002) y Goerg y cols. (2004), al incluir respectivamente el componente actitudinal y el dominio de información. Se estudió si los adultos de Madrid-España, manejaban información sobre la enfermedad mental, enfatizando en la definición conceptual, origen, tratamiento e implicancias sociales. Asimismo, se

exploró su percepción con respecto a los servicios de salud, analizando en qué medida el acceso a ellos cubría las demandas de la población clínica, el grado de satisfacción con la atención integral y la valoración del abordaje público de los trastornos mentales. En cuanto a la información conceptual, la enfermedad mental se relacionaba a dificultades en el vínculo social, siendo el origen atribuido a una mezcla de condiciones sociales y predisposiciones individuales. Asimismo, el tratamiento farmacológico debe usarse en casos necesarios, de forma limitada y como complemento de la psicoterapia. En relación a la actitud frente a los servicios de salud, los participantes manifiestan una posición ambigua, fundada en el riesgo de exclusión, la atención social y la posibilidad de rehabilitación.

En último término, la investigación realizada por Kudó (2001), se avoca al estudio de las representaciones de la salud mental en jóvenes de Ayacucho. Se halló que una persona que goza de salud mental es alguien que puede trabajar bien y disfrutar de la vida, viviendo en armonía con su entorno social; percibe el mundo y procesa la información sin distorsiones, y además es perseverante en alcanzar sus metas. En un segundo nivel de importancia, se alude a la estabilidad emocional, la capacidad de recrearse sanamente, el tener el control de sí y el poder cuidar de otros.

Con respecto a las investigaciones desarrolladas con población clínica, el estudio de Kaliksztein (2000) nos permite aproximarnos a las nociones subjetivas de los pacientes esquizofrénicos sobre su trastorno. En primer lugar, respecto a la *conciencia de enfermedad*, se observó una tendencia de los pacientes a reducir la severidad de su trastorno y el impacto emocional que éste acarrea a nivel personal. En cuanto al *desarrollo* del trastorno mental, los pacientes reportaron la existencia de un cambio en su forma de percibir el mundo y experimentar el funcionamiento de su mente, dando mayor importancia a los síntomas cognitivos. Respecto a las *causas*, se hizo especial referencia a problemas familiares, siendo las discusiones, la desunión y la falta de orientación consideradas como factores determinantes en el desarrollo del trastorno. Por otro lado, los *factores que ayudan a los pacientes a sobrellevar su enfermedad* aluden a la posibilidad de mantenerse ocupados desempeñándose en actividades de interés (lectura, escritura, manualidades) y a la oportunidad de recibir atención psicológica, dado que los pacientes perciben que los psicólogos son los únicos que pueden entenderlos en su padecimiento. Finalmente, la *vivencia personal* de la enfermedad fue caracterizada por un estado de ánimo deprimido, debido a las relaciones interpersonales afectadas, lo cual conducía a centrarse en la práctica religiosa.

Uchofen (2006), por su parte, exploró las representaciones de la depresión en jóvenes hijos de madres diagnosticadas con ese trastorno. La depresión fue descrita

como una enfermedad o estado de ánimo “no normal”, que puede o no requerir ayuda profesional. Por otro lado, se reportaron tanto causas internas (ligadas a rasgos de personalidad) como ambientales (conflicto, pérdida, carencia), así como las presencia de sentimientos de cólera (por su actitud negativa), tristeza (por su estado) y miedo (por lo que podría hacer) en las personas que se relacionan con la persona que sufre el trastorno. Con respecto al tratamiento, se consideró que el abordaje debía estar basado en la experiencia cotidiana, sin negar la necesidad de una intervención psicoterapéutica. Finalmente, en relación a las expectativas de mejoría, los participantes expresaron que la depresión podía ser revertida y el proceso de cura facilitado tanto por el especialista como por el propio paciente.

Finalmente, con relación a las investigaciones realizadas con trabajadores de la salud mental, se encuentra el estudio de Morant (1995), quien exploró los tipos de representaciones existentes en trabajadores en Inglaterra y Francia, encontrando las referidas al ámbito médico (basadas en asunciones de la psiquiatría, expresadas en lenguaje científico) y las que aluden a la funcionalidad (enfermedad mental como pérdida en la capacidad de funcionar en relación a lo esperado socialmente). Asimismo, en dichas representaciones coexistía la oposición diferencia-cercanía, referidas respectivamente a la dificultad para imaginar el sufrimiento ajeno por un lado, y a la empatía y comprensión frente el padecimiento del otro.

En su segundo estudio, Morant (2006) investigó las representaciones de los profesionales con respecto a los trastornos mentales y su trabajo clínico. A pesar de no existir una definición común a todos los profesionales para el trastorno mental, había una clara diferenciación entre la neurosis (estado reversible con ausencia/exceso de normalidad) y la psicosis (estado permanente con vivencias no convencionales). En este contexto, se reconoció el impacto del trastorno en la vida cotidiana y el funcionamiento social de quien lo padece. Asimismo, se encontró que el paciente lidia con un elevado monto de malestar, debido a sentimientos de depresión, sensación de pérdida de control y aislamiento social. Por otro lado, en el trabajo clínico, se enfatizó el aspecto social más que el médico, debido a que las nuevas políticas de salud se orientan a promover y desarrollar vínculos como requisito para la recuperación del paciente y su reinserción en la sociedad.

Por último, tenemos la investigación de Fernández, Ferreira, Albergaria y Conceição, (2002), quienes estudiaron las representaciones del trabajo y de la salud mental en enfermeras de hospitales situados al noreste de Brasil. Se halló que las representaciones están influenciadas por la historia personal y el contexto institucional, dado que las enfermeras participan activamente del proceso constructivo. Por otro lado, se obtuvo que las condiciones laborales favorables llevan a que las enfermeras

encuentren estrategias de intervención adecuadas, que favorecen el trabajo y la propia salud mental. Sin embargo, un ambiente agobiante conduce a abordajes inadecuados ante la pérdida de control e imposibilidad de organización.

### *Planteamiento del problema*

El constructo de representaciones ha sido abordado por disciplinas afines como la psicología y la sociología. El interés de ambas corrientes teóricas por el tema de las representaciones radicaría en el complejo proceso implicado en la construcción, modificación y afianzamiento de las mismas a partir de la interacción individuo-sociedad. Es por ello que, por lo menos desde la psicología, las representaciones pueden ser explicadas a la luz de la psicología social, la psicología cognitiva y la psicología dinámica.

Con relación a las representaciones de la salud, diversos autores plantean que la cultura influye sobre los aspectos individuales que determinan estas representaciones, prestando mayor atención a ciertos elementos de salud e ignorando otros, interpretando y evaluando los síntomas de enfermedad así como las características saludables y reaccionando de forma particular frente a dichos síntomas y características (Angel y Troits, 1987). De esta forma, los conceptos de salud y enfermedad, están inmersos en un contexto, se construyen de forma interpersonal y, en definitiva, no existen al margen de las cogniciones individuales y colectivas (Kudó, 2001). Partiendo del supuesto de que los conceptos de salud y enfermedad son construcciones sociales (Freund y McGuire, 1991), los individuos elaborarían una representación individual de la representación social apelando a elementos cargados de subjetividad como el afecto, la evaluación y la actitud (Fernández Ríos y Buela-Casal, 1997).

El estudio de la salud mental y sus representaciones en los trabajadores de la salud mental, resultaría fundamental en la medida en que estas representaciones van a ejercer influencia en una variedad de comportamientos relacionados con la salud y los estilos de vida saludables, las formas de afrontar la enfermedad, controlarla, experimentarla, comprenderla y juzgarla (Álvarez, 2006). De esta forma, aproximarnos a la manera como los trabajadores aprehenden dichos conceptos es esencial, dado que asumimos que ello va a influir de modo determinante en su actividad laboral así como en las dinámicas relacionales que establezcan con sus pacientes.

Pese a la importancia de estudiar las representaciones de los trabajadores en torno a la salud mental, la revisión bibliográfica evidencia que tanto las representaciones de la salud mental como el personal de dicho ámbito, han sido poco exploradas. Las investigaciones han estado orientadas principalmente a estudiar las

representaciones de la enfermedad mental en población general, dejando de lado el estudio de las representaciones enfocadas a la salud mental en población clínica o en trabajadores del ámbito clínico.

Habiendo resaltado la importancia de estudiar las representaciones que los trabajadores construyen en torno a la salud y la enfermedad mental y considerando que no se han encontrado estudios o investigaciones vinculados a estos temas, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las representaciones de la salud mental de los trabajadores de dos instituciones especializadas en salud mental de Lima Metropolitana?

A partir de la revisión bibliográfica previa y la pregunta de investigación, se plantean como objetivo general y objetivos específicos los siguientes:

*Objetivo general:*

Explorar las representaciones de la salud mental de los trabajadores de dos instituciones especializadas en salud mental de Lima Metropolitana.

*Objetivos específicos:*

1. Explorar sus concepciones generales sobre la salud mental.
2. Explorar sus representaciones de la salud mental a partir de los factores que favorecen o interfieren su desarrollo.
3. Explorar las reacciones que genera la persona que sufre una enfermedad mental.
4. Explorar cómo se representan las nociones de mejoría y cura.



## CAPÍTULO II

### Metodología

#### *Diseño de la Investigación*

La presente investigación constituye un estudio de tipo exploratorio, en la medida que pretende indagar las representaciones de la salud mental en un grupo de trabajadores del ámbito de la salud mental. Si bien existen diversos estudios que tienen como objetivo explorar y analizar las representaciones de la enfermedad mental (Casco, 1990; García, 1993, 1998; Vezzoli y cols., 2002; Goerg y cols., 2004; Desviat y cols., 2004; Kaliksztein, 2000; Uchofen, 2006), se han encontrado escasas investigaciones que se aproximen al campo de las representaciones de la salud mental. Adicionalmente, el estudio de las mismas en el personal de diversas disciplinas que labora con personas que sufren enfermedades mentales (por ejemplo Morant, 1995, 2006; Fernández y cols., 2002), constituye un campo poco explorado en términos de abordajes sistemáticos.

En este sentido, la presente investigación pretende convertirse en una primera aproximación a las representaciones de los trabajadores de la salud mental. Asimismo, se identificarán variables vinculadas a la naturaleza de la salud mental, se sugerirán afirmaciones en base a los hallazgos y se establecerán prioridades para futuras investigaciones. Todo ello contribuirá a que el tema de las representaciones de la salud mental adquiera mayor familiaridad dentro del campo de la investigación científica (Hernández, Fernández y Baptista 1998; Kerlinger y Lee, 2002), considerando que ellas influyen en la forma de concebir a las personas que sufren enfermedades mentales, así como en la manera de aproximarse a ellas en la práctica clínica.

La metodología del estudio responde al paradigma cualitativo, el mismo que pretende explorar de forma profunda y detallada el mundo representacional de los trabajadores, captando la complejidad de sus concepciones en torno a la salud mental. Dichas representaciones se han ido construyendo en base a sus intereses, actitudes, creencias y experiencias personales, lo cual a su vez, mantiene una estrecha relación con el contexto socio cultural en el se insertan. De esta forma, los matices subjetivos emergentes se convertirán en la materia prima al momento de sistematizar los hallazgos obtenidos (Hernández, Fernández y Baptista 1998; Martínez, 2004; Quinn, 1990).



### Participantes

La muestra de estudio está conformada por 10 trabajadores de ambos sexos, que se desempeñan en el ámbito de la salud mental y que provienen de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana. En base a la práctica clínica, cada institución se desempeña en un área específica: Consulta Externa Adultos (CEA) y Salud Mental Comunitaria (SMC). Para cada una, se eligió un grupo de estudio constituido por 5 integrantes -un psiquiatra, un psicólogo, una enfermera, una técnica de enfermería y una asistente social-, quienes conforman el equipo interdisciplinario en ambas instituciones. De esta forma, los participantes se convierten en un grupo que representa la gama de trabajadores de la salud mental. Este tipo de muestreo resulta adecuado para estudios exploratorios o cualitativos, donde obtener información clave proveniente de individuos representativos, resulta más relevante y de mayor provecho que abarcar a todo la población en términos de extensión numérica (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

A continuación se presenta una descripción sucinta de las características sociodemográficas de la muestra (Tabla 1).

Tabla 1. Datos Sociodemográficos de los Participantes

	Partic.	Sexo	Edad (en años)	Profesión	TTI (en años)	TTOI (en años)
Institución 1 (CEA)	1	M	37	Psiquiatría	7	-
	2	F	38	Psicología	9	3
	3	F	50	Enfermería	21	4
	4	F	44	Enfermería técnica	22	-
	5	F	40	Asistencia social	11	1
Institución 2 (SMC)	6	M	56	Psiquiatría	27	7
	7	F	53	Psicología	26	3
	8	F	46	Enfermería	10	7
	9	F	56	Enfermería técnica	20	-
	10	F	46	Asistencia social	13	10

Como podemos observar, la mayoría de los participantes son mujeres, las mismas que se desempeñan como psicólogas, enfermeras, técnicas de enfermería y asistentes sociales. Los dos únicos participantes hombres, se dedican a la psiquiatría en ambas instituciones. Las edades de los trabajadores de la salud mental, oscilan entre los 37 y 56 años. En general, los participantes han trabajado entre 7 y 27 años en las instituciones elegidas para la presente investigación (TTI), teniendo los trabajadores de Salud Mental Comunitaria más tiempo de trabajo en su institución, que los que se desempeñan en el área de Consulta Externa Adultos. Por otro lado, la experiencia de trabajo de los participantes en otras instituciones vinculadas a la salud mental (TTOI), va de 1 a 10 años, teniendo los integrantes de la institución 2 mayor tiempo de trabajo en otras instituciones.

## *Instrumentos*

### *Ficha de Datos Sociodemográficos*

Con el objetivo de obtener información relevante en torno a las características generales de los participantes, se diseñó una ficha orientada a recoger datos sociodemográficos, así como información vinculada a la experiencia laboral en el ámbito de la salud mental (Anexo A).

### *Entrevista Semi-Estructurada*

Este instrumento permite captar, a través de la narración y el discurso, la concepción que los trabajadores tienen con respecto a la salud mental (Banister, Burman, Parker, Taylor y Tindall, 1995), haciendo posible que den cuenta de dichas representaciones en sus propias palabras, definiciones o expresiones (Quinn, 1990; Hernández, Fernández y Baptista 1998; Cáceres y Valverde, 2000).

El tipo de entrevista utilizada es semi-estructurada, la cual es reconocida como especialmente útil dentro de los estudios exploratorios (Kerlinger y Lee, 2002), dado que la guía de asuntos o preguntas permiten que los trabajadores se expresen con libertad y espontaneidad, sin respuestas o condiciones prefijadas por el investigador (Souza, 1997). Adicionalmente, este tipo de entrevista es lo suficientemente flexible para que el investigador pueda introducir preguntas adicionales orientadas a precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas requeridos (Hernández, Fernández y Baptista 1998; Quinn, 1990).

Para fines de esta investigación, se construyó una entrevista orientada a la exploración de la naturaleza de la salud mental, dentro de la cual se indagan diversas sub-áreas -concepciones generales de la salud mental, factores que favorecen o interfieren en ella, consecuencias de la enfermedad mental y expectativas de mejoría- que constituyen temas específicos y relevantes en materia del presente estudio. Estas líneas de investigación, cuentan con definiciones operacionales que clarifican la intención de las preguntas en base a los objetivos del estudio como podemos ver a continuación:

Naturaleza de la salud mental: Explora las representaciones de los trabajadores del centro de salud en torno a la conceptualización de la salud mental, los factores que favorecen o interfieren en ella, las manifestaciones de la salud y enfermedad mental, las consecuencias de ésta última y las expectativas de mejoría y los factores implicados en ella.

Concepciones generales de la salud mental: Explora los conceptos generales que poseen los trabajadores tanto en relación a la salud mental como a la enfermedad mental.

Factores que favorecen o interfieren en la salud mental: Explora las representaciones acerca de las variables que podrían favorecer o dificultar el desarrollo y sostenimiento de la salud mental en una persona.

Consecuencias de la enfermedad mental: Explora las representaciones acerca de las repercusiones que la enfermedad mental tiene en la vida de la persona que la padece.

Expectativas de mejoría: da cuenta del pronóstico en torno a la enfermedad mental y las posibilidades de superarla.

Esta propuesta de entrevista fue sometida a la validación de 4 jueces expertos en salud mental y construcción de pruebas, a los cuales se pidió una evaluación cuantitativa (calificación numérica de las preguntas de acuerdo al nivel de pertinencia) y cualitativa (cuestionamientos, comentarios y sugerencias para optimizar la adecuación de las preguntas) del instrumento. Recogiendo sus aportes y sugerencias se logró arribar a la versión final de la entrevista (Anexo B).

#### *Procedimiento para la recolección de la información*

Inicialmente, se estableció contacto con dos instituciones especializadas en salud mental de Lima Metropolitana, solicitando autorización para llevar a cabo el estudio a la Dirección General y a la Unidad de Docencia e Investigación de ambas instituciones. Para ello, se entregó un documento que exponía los lineamientos generales implicados en este estudio: breve resumen del marco teórico, objetivos generales y específicos y propuesta metodológica.

Seguidamente, se identificaron las distintas especialidades de los trabajadores de ambas instituciones (psiquiatría, psicología, enfermería, enfermería técnica y asistencia social) y luego se procedió a elegir a un integrante de cada agrupación. Dicha elección se realizó teniendo en cuenta la intención de participación y la disponibilidad de tiempo.

Antes de iniciar la entrevista, se entregó a los participantes un consentimiento informado (Anexo C) en el que se expone el propósito de la investigación y el instrumento a utilizar, solicitando su aprobación para ser grabados en audio, luego de garantizar la confidencialidad de la información expuesta.

Finalmente, se procedió a la realización y simultánea grabación de las entrevistas, las mismas que tuvieron una duración que oscilaba entre los 45 y 60 minutos. Cada una de las entrevistas fue transcrita y sometida a un análisis de contenido, que permitió crear categorías de sentido relevantes que respondan a los objetivos del estudio (Anexo D).

## CAPÍTULO III

### Resultados

En esta parte de la investigación se presentarán los hallazgos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas, los mismos que han sido organizados en categorías de contenido. Dichas categorías configuran la estructura que guiará la narrativa de presentación de los resultados.

#### *Naturaleza de la salud mental*

##### *Concepciones generales de la salud mental*

Dentro de las concepciones generales de la salud mental, se encuentran tanto las que aluden propiamente a la salud mental como las referidas a la enfermedad mental. En función a las narrativas recogidas, podemos decir que los trabajadores tienden a aproximarse a dichos conceptos refiriendo en primer término nociones generales, para luego aludir a diversas manifestaciones específicas observables tanto en una persona que goza de salud mental como en la que sufre una enfermedad mental. Ello asumimos como un medio de asir de modo más concreto y puntual los conceptos de salud y enfermedad mental.

En cuanto al concepto de salud mental, los entrevistados verbalizan de forma explícita la complejidad que implica aproximarse a dicho concepto, definiéndolo en algunos casos en oposición a la enfermedad mental o presentando un discurso ambiguo, confuso e impreciso.

“Bueno, el término salud mental es complejo, ¿no? Básicamente está relacionado con lo que es la salud... la salud, yo más que todo la relaciono con lo que es la salud psicológica, porque eso de salud mental también como que no es un tema muy específico, ¿no? Tiene que ver con eso de la psicología [...], tanto en el ámbito de las emociones, como de los pensamientos y también cómo se conduce, ¿no? [...] Es diferente de lo que podríamos hablar del tema de las enfermedades o las patologías. (Psicóloga, Institución 1, CEA).

Ello evidencia que, en general, el concepto de salud mental no se encuentra totalmente delimitado en términos de una definición teórica, resultando por ende, difícil de aprehender.

Con relación a las nociones generales de la salud mental, se encontró que los participantes se aproximaban a dicho concepto a partir de las ideas de: (1) Equilibrio y (2) Bienestar general. La primera refiere a una armonía entre los distintos ámbitos de la vida (físico, psicológico, emocional, ambiental). Asimismo y de forma específica, los

participantes resaltan la importancia del equilibrio al interior de la esfera psicológica, lo cual alude a una ponderación de fuerzas entre los aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales.

Es el equilibrio físico, espiritual, psicológico, incluso medio ambiental, ¿no?, de la persona, su entorno, su medio ambiente, las otras personas, la sociedad [...]. Sería una función dinámica entre todos estos factores, para poder lograr una fluctuación adecuada de acuerdo a circunstancias, momentos, estresores, situaciones. (Psiquiatra, Institución 1, CEA)

[...] es la búsqueda de un equilibrio en la vida psicológica de la persona, teniendo en cuenta estos tres componentes [pensamientos, emociones y acciones] que te me manifestado, ¿no? (Psicóloga, Institución 1, CEA).

Por su parte, la concepción de la salud mental como bienestar general, alude a un sentimiento de bienestar interno, el cual permite a la persona experimentar y evidenciar sentimientos positivos.

[...] una persona... digamos, con buen estado anímico, ¿no? Osea alegre [...] cuando te decía un poco que este, desarrollara actividades, ¿no? Que se sienta bien consigo misma también, ¿no?, porque tú sabes, como yo te decía, ¿no?, si tú estás bien contigo misma vas a estar bien con tu entorno. (Psicóloga, Institución 1, CEA).

A partir del discurso de los participantes, se pueden inferir las manifestaciones específicas de la salud mental: (1) Imagen positiva e integrada de sí mismo, (2) Relaciones sociales positivas, (3) Recursos de afrontamiento, (4) Estabilidad emocional y (5) Capacidad de protegerse y generarse espacios libres de conflicto.

La autoimagen integrada y positiva refiere a la capacidad de una persona de realizar un balance adecuado entre sus fortalezas y debilidades y logrando aceptarlos y valorarse con ellos.

[...] autoestima significa conocerse a uno mismo, quererse a uno mismo, valorarse más que nada, ¿no?, y también conocer sus cosas negativas para que lo trabaje si se puede, hasta donde puedas, ¿no?, y si no puedes ya, aceptar, aceptarte como eres. (Asistente Social, Institución 2, SMC).

En cuanto a las relaciones sociales positivas, una persona que goza de salud mental participa socialmente e interactúa de forma adecuada con el entorno. En la interacción con los otros, es comunicativa, ofrece un buen trato y es capaz de confiar en sus amigos y pedirles ayuda.

Las relaciones sociales positivas son valoradas por todos los participantes como una característica fundamental de la salud mental. Sin embargo, existen matices



diferentes en la calidad de las respuestas, siendo las del personal de psicología más elaboradas e integradas, en oposición a las de los demás participantes, que resultan más básicas y concretas.

[...] comunicar, tener un amigo, un familiar de tu confianza para que puedas tener algún problema que tú tienes y a veces uno, por no se qué, no cuenta y esas cositas que tú vas metiendo, a veces llega un momento que por ahí solito explota pues. Y sobretodo, comunicar con alguien de confianza pues. Pequeños problemas, tus cosas que puedes hacer, siempre es bueno [...]. (Técnica de Enfermería, Institución 1, CEA).

Yo pienso que la salud mental no sólo queda en la persona, sino también tiene que ver con la relación que la persona establece con todo su entorno también. [...] cuando uno tiene un equilibrio, ¿no?, en salud creo que uno también entra en armonía con las, con sus relaciones con los demás. Me refiere a las relaciones personales, amicales, laborales, ¿no? [...] vas a tener amigos, te vas a vincular, vas a participar socialmente [...] (Psicóloga, Institución 1, CEA).

Básicamente la describiría como una persona que no está aislada y al contrario, ¿no?, participando, interviniendo sea con ideas, sea con consejos, sea con acciones incluso, ¿no? Osea que sea, no sea un miembro pasivo, sea un miembro que esté solamente recibiendo, sino que esté dando, fundamentalmente. Entonces, yo la veo como una persona que está en búsqueda de la realización de su entorno y obviamente también la realización personal. Que no sea, diríamos, indiferente a la, al dolor, al malestar de otras personas. (Psicóloga, Institución 2, SMC).

Las viñetas anteriores esbozan una suerte de gradiente, que va desde la concepción del ser humano vinculado a su entorno más cercano, hasta la visión del mismo como un ser integrado a una comunidad. De esta forma, las relaciones sociales positivas transitan desde el “confiar en una persona y pedirle ayuda”, pasando por la capacidad de “llevarse bien” y “mantener buenas relaciones” con el entorno más cercano, para terminar con una “participación activa y comprometida” en el desarrollo de la comunidad.

Los recursos de afrontamiento implican la capacidad de las personas que gozan de salud mental, de reconocer y aceptar la existencia de problemas. Ello motiva a buscar y encontrar una salida, haciendo un balance interno de los propios recursos personales.

Bueno, me refiero a los problemas cotidianos de la vida. Hay diferentes problemas que uno tiene que afrontar como persona en... creo en... en el hecho de ser hombre o mujer, creo que hay etapas de la vida que uno tiene que afrontar, el mismo crecimiento, los cambios que hay, ¿no?, el trabajo, ¿no?, en las relaciones sociales. [...] Son situaciones que tienes

que ir resolviendo, ¿no?, superando. [...] Entonces la manera como tú le haces frente, creo que la solución al problema pasa por... el hecho de que aceptes que hay problemas en la vida y que tienes que ver la manera, qué recursos tienes para poder afrontarlos, ¿no? (Psicóloga, Institución 1, CEA).

Por su parte, la estabilidad emocional comprende la expresión adecuada y equilibrada de las emociones y sentimientos, lo cual implica la capacidad de realizar un balance constante entre las emociones positivas y negativas. Esta armonía interna se traduce en una estabilidad a nivel actitudinal, comportamental e interpersonal que se manifiesta con independencia del lugar, momento y situación.

Y el área creo de las emociones, pasa por un equilibrio, por una estabilidad emocional [...]. Claro, definitivamente, las personas, su salud emocional es bien compleja. Tenemos emociones negativas y emociones positivas. Yo creo que cuando te hablo de equilibrios, la persona no tiene que desarrollar emociones negativas disfuncionales, que no sean saludables, ¿no? (Psicóloga, Institución 1, CEA).

En base a la narración de los trabajadores una persona saludable mentalmente sería capaz de protegerse y generarse espacios libres de conflicto. Ello supone que ésta pueda mantener distancia de los eventos negativos o desagradables para no verse afectada. Para mantener esta suerte de “barrera protectora”, la persona realiza actividades que promuevan y faciliten la diversión, recreación y relajamiento. Sin embargo, es importante señalar que las respuestas develan en algunos casos un límite difuso entre la capacidad de poder lidiar proactivamente con las dificultades y la acción de negarlos para no enfrentarse a ellos.

[...] las personas no están cargadas de muchos problemas. Somos personas que hacen como un... ponen a su alrededor... hacen como un bloqueo, donde tú no permites que cosas externas te puedan afectar. (Enfermera, Institución 1, CEA).

[...] poder buscar descansos, recreaciones. Yo cuando converso con los externos de Cayetano [...] una cosa que les pregunto bastante, “no, ya... hablemos de su salud mental... háblenme de su hobby, que cosa hacen aparte de medicina, qué cosa leen aparte de medicina”. Una chica era fanática de Harry Potter y todo lo que era fantasía; eso va a salvar mucho su salud mental. Entonces el poder tener un hobby, practicar un deporte, salir con tu familia [...] El Dr. [...] mucho me repite [...] “tú no puedes vivir aquí en el hospital, tú tienes que tener vida afuera, tanto profesional como personal”.[...]. El tener no sólo tu profesión, el tener tu vida, tener tu hobby, todo un manto alrededor de tu persona, ¿no?, no eres tu profesión, eres persona. (Psiquiatra, Institución 1, CEA).

Es interesante resaltar la auto referencia en el discurso de los trabajadores cuando hablan de la salud mental. Al parecer ellos se identificarían con los “saludables mentalmente”, trazando así una línea divisoria con los “enfermos mentales”, quienes serían concebidos como personas a las cuales hay que guiar y asistir.

Las manifestaciones específicas observables en una persona saludable mentalmente, fueron referidas principalmente por los trabajadores de la institución 1. Esto puede deberse a que ellos se desempeñan en el área de “Consulta Externa” donde el análisis de las características y recursos personales resulta clave. Por otro lado, los trabajadores del área de “Salud Mental Comunitaria”, conciben a la persona dentro de un contexto, resaltando aquellas características del entorno que pueden contribuir positivamente con su salud mental y en términos más generales, con su bienestar general. La viñeta siguiente refleja la labor de proyección comunitaria de los trabajadores de la institución 2.

[...] si bien es cierto que esta [la salud mental] es una experiencia personal, sin embargo, el ser humano no está solo, ¿no es cierto?, pertenece a una familia para empezar. Entonces esa búsqueda de bienestar de todos [...], creo que es... lo esencial. De tal manera que las personas luego no se quede solo con la actitud, sino también tiene que ver con las prácticas, las acciones que realiza. El hecho que se movilicen, el hecho de que busquen ayuda, el hecho de que satisfagan las necesidades de los otros, pero también busquen que otras personas se integren [...] en este desarrollo (Psicóloga, Institución 2, SMC).

En lo que respecta a la enfermedad mental, al igual que lo referido anteriormente para la salud mental, los participantes del estudio suelen aproximarse a dicho concepto aludiendo a nociones generales que lo definen como: (1) Una enfermedad como cualquier otra, (2) Desequilibrio/ alteración, (3) Locura y (4) Sensación de malestar general.

Algunos trabajadores señalan de esta forma, que la enfermedad mental no debería ser concebida de forma distinta o separada de las demás enfermedades.

No, para mí [la enfermedad mental] es eso. Simple nomás. Una enfermedad como cualquier otra, que siguiendo tu tratamiento te sales adelante poco a poco. (Técnica de Enfermería, Institución 1, CEA).

Asimismo, los entrevistados describen la enfermedad mental como una alteración de la mente, que conduce a dificultades o limitaciones en las diferentes áreas de la vida de una persona -intrapésica e interpersonal- y que son fundamentales para su desarrollo integral.

La enfermedad mental es cuando las personas ya han tenido un desequilibrio en la mente, en algunas de las esferas que tenemos, ¿no? Dentro del afecto, de la percepción, del estado de ánimo. Entonces cuando hay enfermedad mental van a estar alterados en cualquiera de estas esferas. [...] ya es una limitación [...] para amar por ejemplo, limitaciones para el trabajo [...] Limitaciones hasta para poder relacionarse una de otra persona. (Enfermera, Institución 1, CEA).

Por otro lado, la noción de locura hace referencia a una pérdida total de la razón, concepción que podría resultar condenatoria para quienes sufren enfermedades mentales, sobretodo si proviene del personal del cual depende su tratamiento.

Bueno, que la persona pues no está en sus cinco sentidos como se dice, debe tener algo, nuestra mente es bien compleja, que a veces no sabemos y... y a veces hablar de una enfermedad mental es pensar que la persona es totalmente loca. (Técnica de Enfermería, institución 1, CEA).

En la misma línea, los participantes consideran que un individuo que sufre una enfermedad mental es percibido como “loco”, “peligroso”, “agresivo”, “dependiente” e “incapaz”. Esta concepción está influenciada por prejuicios y creencias erróneas que condenan a la persona con un trastorno mental al rechazo y la estigmatización.

Enfermedad mental como ostracismo [...]. Como apartado, separado, apestando y eso lo podemos constatar incluso dentro de nosotros también. Esa marginación, como en los tiempos antiguos, que la gente que tenía lepra tenía que andar aparte, osea bien separados. Igual estamos en este siglo [...]. Y los que mejoran, son los que su familia está participando a pesar de... que han superado, que han pasado esa barrera de, de temor. (Psicóloga, Institución 2, SMC).

Es interesante mencionar, que los trabajadores de la salud mental, reconocen que incluso al interior del gremio existen prejuicios en relación a la persona que padece una enfermedad mental, lo cual va a repercutir inevitablemente en la aproximación del personal de salud a las personas que sufren desórdenes mentales.

Entonces son cosas con las que tienes que luchar constantemente. Hay estigmas dentro de nosotros. Que somos justamente profesionales especializados en salud mental. El decir “ya no le hagas caso, es un histérico”. Ya tenemos nuestras ideas preconcebidas. (Enfermera, Institución 2, SMC).

Finalmente, se puede observar una tendencia en los participantes a equiparar la enfermedad mental a una sensación de malestar general, que resulta de la incapacidad de la persona para enfrentar las limitaciones que surgen en los distintos ámbitos de su vida. Así, una persona que no logra agenciarse salidas o soluciones en



un momento de crisis, podría cuestionar el sentido de su vida o perder las ganas de vivir.

[...] La enfermedad creo que para mí básicamente, yo la relaciono [...] con una sensación no muy agradable, sino desagradable, ¿no? [...] es una situación en la cual la persona no encuentra una salida, una respuesta a su vida, se complica mucho, ¿no? Por ejemplo, la gente que yo atiendo, viene bloqueada, ¿no?, porque ante los problemas, simplemente se paraliza, no sabe qué hacer y lo que siente es todo un malestar, una sensación desagradable de no saber qué hacer y sufrir, por no saber cómo poder hacer frente a las cosas, a los problemas [...] (Psicóloga, Institución 1, CEA).

Una vez analizadas las nociones generales a partir de las cuales los participantes refieren al concepto de enfermedad mental, detallaremos las manifestaciones específicas observables que caracterizarían a una persona que sufre una enfermedad mental a partir de la narración de los trabajadores: (1) Productividad académica y laboral afectada, (2) Autoestima baja, (3) Tristeza y frustración, (4) Dolor existencial, (5) Ausencia de motivación o placer, (6) Aislamiento, (7) Síntomas positivos, (8) Síntomas negativos, (9) Incapacidad de realizar actividades cotidianas y (10) Dependencia absoluta.

En general, existe una tendencia a priorizar la presentación de sintomatología como característica definitoria de la enfermedad mental: “La enfermedad es sinónimo de síntomas” (Asistente Social, Institución 2, SMC).

En relación a la productividad general, la enfermedad mental podría repercutir en el aspecto académico, al afectar las funciones cognitivas de atención, concentración, memoria y ejecución. En este contexto, se verían comprometidas la capacidad de prestar atención, la comprensión lectora y el rendimiento académico.

[...] en ellos disminuye mucho, no memorizan mucho, en ellos no pueden concentrarse, no pueden hacer ni ejercicios de relajación ni nada, porque pierden... es lo primero que disminuye o desaparece. No tiene la capacidad de concentrarse, de atender, de memorizarse. Bueno eso dependiendo también del grado, no siempre, porque hay personas que tiene esquizofrenia y siguen estudiando. Va a disminuir, va a disminuir definitivamente estas capacidades. (Enfermera, Institución 1, CEA).

Estas limitaciones podrían repercutir igualmente en el área laboral, afectando la eficiencia y productividad en el trabajo. Asimismo, los entrevistados afirman que al interior de las instituciones laborales predomina una falta de comprensión y apoyo a las personas con enfermedades mentales, dado que ellas no han sido consideradas dentro de las políticas laborales.



[...] nuestra propia comunidad tampoco no está preparada para este tipo de persona, ¿no?, no son de fácil comprensión. Hasta a veces sus empleadores los despiden, porque crean en su trabajo un conflicto o no cumplen con sus deberes. No entienden... la limitación. (Asistente Social, Institución 1, CEA).

A nivel de la autopercepción, los entrevistados señalan que una persona con un trastorno mental, puede ver afectada su autoestima, evidenciando un autoconcepto empobrecido (no está contento consigo mismo) y presentando bajos niveles de autoeficacia (no está conforme con lo que hace).

[...] tenía un paciente que me llamó justo ahora [...]. El quiere enamorarse de una chica bella y joven, pero como ya tiene 27 años, ya no pueden pensar en una chica de 17, 18, ya tiene 27 años. No, “que yo quiero, pero no puedo, pero yo quiero, entonces nunca me voy a casar”. No está contento consigo mismo ni con lo que va a conseguir ni con nada, ¿no?, con nada. (Psiquiatra, Institución 1, CEA).

En relación a la experiencia subjetiva, los sentimientos de tristeza y frustración e incluso la pérdida de las ganas de vivir, pueden ser experimentados por la persona que sufre una enfermedad mental, al ver que no logra las metas que se ha trazado o no puede cumplir con el ideal de normalidad planteado por la sociedad (tener una pareja, formar una familia, hacerse cargo de ella).

El sentirse triste, la soledad, el sentir que no sirven para nada, el sentir que están de más, querer escapar a problemas mediante el suicidio, sentir que... para qué continuar. Sentir que no tiene ninguna fuente de gratificación. (Psicóloga, Institución 2, SMC).

Que pueda tener una familia de repente, que pueda conformar una familia. Que no pueda tener una relación, una pareja. [...] Porque muchas veces estas personas, por sí solas, no pueden mantener una relación o no pueden trabajar para sostener un hogar. (Asistente Social, Institución 1, CEA).

En la misma línea, la enfermedad mental está muchas veces acompañada por una sensación de intenso dolor, descrita por los participantes como un “dolor existencial”. Aparentemente y en base al discurso del personal de salud, quien padece una enfermedad mental está condenada a sufrir el día a día de su vida.

[...] de un sufrimiento que podría estar basado en la misma angustia, en la misma ansiedad, hasta pasar por un sufrimiento espiritual, emocional, valorativo... hay cosas que van más allá de lo que podemos explicar, ¿no? Por ejemplo, nosotros trabajamos con pacientes con conducta suicida [...]. Entonces aquí, nosotros hemos aprendido al ver a estos pacientes, a notar un sufrimiento, vale el término humano, es un sufrimiento existencial, es la pérdida de la razón para ser [...]. (Psiquiatra, Institución 1, CEA).

La ausencia de motivación o placer, sería otra de las manifestaciones de la enfermedad mental y alude a una falta de interés o disposición para realizar actividades, lo cual se evidencia en una actitud total de desgano.

[...] su falta de ánimo [...] no quiere escuchar, no quiere hacer nada, no desea salir de ese estado, “no, no tengo ganas” es lo que verbalizan generalmente estas personas”. (Técnica de Enfermería, Institución 2, SMC).

En cuanto a la conducta y comportamiento, alguien que sufre un trastorno mental suele aislarse, distanciándose progresiva y voluntariamente del entorno al que pertenece, hasta llegar en el peor de los casos, a no establecer contacto con nadie.

Se aísla porque pues, pierden en contacto con las otras personas, hasta de su propia familia. Muchas personas que empiezan por esconderse en su cuarto, quieren comer solo en su cuarto, no quieren salir, no quieren visitas, no quieren fiestas, nada, ¿no?, completamente aislado del mundo. (Asistente Social, Institución 2, SMC).

Por otro lado, los síntomas que identificarían a la persona que sufre una enfermedad mental en la narración de los participantes, son las ideas delirantes -firme convencimiento en una creencia a pesar de la ausencia de pruebas de realidad concretas-, las alucinaciones -percepciones sensoriales imaginarias- y los trastornos formales del pensamiento -manera de pensar confundida que se revela en la forma en que son enunciados los pensamientos o sentimientos-, síntomas positivos referidos al contenido y forma del pensamiento y a la percepción.

No coordina bien sus ideas [...]. Osea si estamos llevando una conversación, pone otro tema, ¿no?, otro tema de conversación que no tiene nada que ver con lo que inicialmente estábamos hablando. [...] Esas personas tienen fijación hacia otras personas. Por decir, sienten o tiene la idea de que se les persigue o que están pensando mal de ellos. (Asistente Social, Institución 1, CEA).

Asimismo, los trabajadores aluden a síntomas cuya característica común es la alteración en el ámbito del afecto. De esta forma, se encuentra el afecto inadecuado -expresión facial incongruente en relación a estímulos presentados- y el aplanamiento afectivo -falta de respuesta en la expresión facial y reducción del lenguaje corporal-.

Que haya un divorcio interno dentro de sí mismo, desequilibrio [...] Manifestado desde la expresión verbal y no verbal. Entonces es típico de las persona con problemas de salud mental, que sea..., no consistente [...] entre la expresión, ellos pueden expresarte fácilmente pues una tristeza, con una sonrisa de oreja a oreja, digamos. Entonces es como que hubiera poca capacidad también para expresarse, como

estar amarrado y no poder expresar lo que piensa, lo que siente, negarse acciones tan humanas como llorar, prohibirse cosas, no sentirse libres (Psicóloga, Institución 2, SMC).

La sintomatología referida en el discurso de los participantes, nos hace evocar la imagen de una persona que sufre un trastorno psicótico, donde los síntomas principales pueden clasificarse en positivos -referidos al contenido y forma del pensamiento y a la percepción- y negativos -vinculados a la esfera afectiva-.

Sin embargo, existen otras manifestaciones que evidencian un mayor deterioro como consecuencia de la enfermedad mental, las cuales aluden a la pérdida de capacidad para desempeñarse en actividades cotidianas y a la dependencia absoluta.

La primera alude a la incapacidad de la persona de mantener el orden del espacio que habita y su cuidado personal, hasta comprometer incluso la ingesta de alimentos en los casos más críticos.

Lo que más se nota... lo que tú ves en la calle... una persona enferma mentalmente, una persona completamente descuidada de su aseo personal [...] están descuidados en su higiene personal, la ropa que a veces que usan no es adecuada de acuerdo a la estación. (Técnica de Enfermería, Institución 2, SMC).

La segunda por su parte, refiere a que la persona no logra ser productiva de acuerdo a los parámetros sociales (mantener un trabajo, ganar un sueldo), siendo la familia quien financia sus gastos y su tratamiento, vigilando incluso su cumplimiento. Esta visión de dependencia absoluta, elimina la potencialidad de las personas para hacer frente y lidiar con la enfermedad mental que padecen.

Ambas manifestaciones, nos harían pensar que la representación de enfermedad mental que tienen los trabajadores alude a los trastornos mentales de naturaleza más crónica y deteriorante.

Ellos necesitan ese apoyo para vivir, porque generalmente ya no trabajan, son personas que van a depender de alguien [...]. [Hay que] mantenerlos con los medicamentos, acompañarlos para sus terapias, para sus consultas médicas. (Enfermera, Institución 1, CEA).

#### *Factores que favorecen o interfieren en la salud mental*

En base a la narración de los participantes, se hará referencia a los factores que favorecen la salud mental. Ellos han sido clasificados en personales y ambientales, aludiendo a características de la persona y condiciones del entorno respectivamente, que contribuyen con el mantenimiento y conservación de la salud mental.

Los factores internos, referidos por las psicólogas de ambas instituciones, enfatizan en los recursos personales para enfrentar las adversidades o revertir los

problemas: (1) Flexibilidad, (2) Planeación de modo realista, (3) Motivación por el aprendizaje y (4) Perseverancia.

La flexibilidad es un factor que favorece la salud mental, dado que permite a la persona moldearse y adaptarse a las diferentes condiciones de vida aunque éstas resulten desfavorables.

[...] sabes qué factor que yo en mi experiencia de trabajo y algo que he aprendido, es la flexibilidad. Osea los patrones rígidos, las demandas, eso es lo que no favorece, ¿no? Porque uno tiene la idea de que las cosas deberían ser como un cree. [...] Pero como las personas no controlamos todas las variables, a veces no sucede eso. Pero ellos piensan que eso debería ser así o que la vida les debería dar sus cosas, ¿no? Entonces que tú seas flexible creo que, hace que tú te vayas adaptando a las diferentes condiciones que vida que puedas tener, como te fueras... también más realista, ¿no? (Psicóloga, Institución 1, CEA).

La planeación de modo realista contribuye con la salud mental, ya que permite trazarse metas posibles de cumplir de acuerdo a los recursos. Ellas deben responder a deseos y motivaciones personales, para evitar frustraciones y desilusiones por la falta de coherencia de la persona consigo misma.

[...] las personas pueden plantearse metas imposibles de realizar y eso va a generar la frustración. Después va a generar muchos disgustos conmigo mismo porque no está logrando, pero también va a generar críticas de parte de la gente, porque la familia de algún modo invierte en el hijo para que se desarrolle. Es mejor que sus metas, sus objetivos estén dentro de las capacidades que la persona tiene, ¿no? [...]. El hecho de realizarlos, va retroalimentarle para que pueda seguir avanzando y luego plantearse otras metas. Es [...] manejar su propia vida y no estar en una actitud más bien... reactiva, donde está cumpliendo cosas que sus padres o su familia quiere que cumpla, sin contar con él, ¿no es cierto?, solamente está obedeciendo algo y sería un objetivo realista si se está planteando en función de sus propias capacidades, su real motivación para eso, donde la auto dirección es importante. (Psicóloga, Institución 2, SMC).

Asimismo, la motivación por el aprendizaje favorece también la salud mental, en la medida que refiere al deseo de estar en contacto, conocer e informarse acerca de lo que sucede en el entorno.

Favorece quizás la capacitación... el continuo desarrollo intelectual, de lectura, la lectura. La persona que no lee, no va a poder informarse. La persona que no sabe de su mundo del hogar, no va a poder informarse, porque ahora hay montón de facilidades para las personas que quieran informarse. Si las personas tienen niños, adolescentes, ahora hay charlas en colegios, en parroquias [...]. Con la misma tele va pasando, ¿no?, si personas que tiene ese hábito de ver mucha televisión o algo,



¿no? Es la información, la capacitación. (Asistente Social, Institución 2, SMC).

Finalmente, la perseverancia permite que el individuo invierta tiempo y esfuerzo comprometido para lograr cualquier objetivo. En este contexto, es importante ser optimista y tolerar la frustración, ya sea porque los logros obtenidos no cubren las expectativas personales o porque el camino para conseguirlos podría verse obstaculizado.

[...] no hay cosa que logres, que no te cueste esfuerzo, ¿no? [...] tienes que tener la convicción de que las cosas y los objetivos que uno tenga en la vida, implican un trabajo, un esfuerzo y el que sea sostenido, creo que es algo que lleva [...] a que tú puedas conseguir las cosas. Y sobre todo, ser positivo, ¿no?, porque no siempre, no todas las veces las cosas salen a tu favor. Pero a pesar que esa posición de que las cosas se van a lograr con esfuerzo, se van a lograr porque tú tienes la convicción de que va a ser así, ¿no? Y que bueno, de repente vas a hacer todo tu esfuerzo [...] para lograrlo, ¿no? (Psicóloga, Institución 1, CEA).

En cuanto a los factores ambientales que favorecen la salud mental en el discurso de los participantes, se señala principalmente a la familia como un espacio capaz de brindar afecto y dedicación, así como oportunidades de desarrollo a distintos niveles. Ello en un contexto de comunicación fluida, donde los padres son modelos a seguir, haciendo que sus hijos participen en sus vidas, impartiendo la autoridad de modo flexible y reconociendo sus errores.

[...] Una familia que permita, que sea un continente de los problemas que tenga la persona. Una familia que pueda decepcionar sus inquietudes, que pueda apoyarle, pero a la vez que le de libertad para tomar decisiones, donde haya una comunicación más asertiva, una comunicación no agresiva [...]. Y donde también la autoridad se ejerza, donde los líderes que son los padres, puedan, puedan tener un peso significativo en cuanto a modelo de conducta saludable y la persona pueda sentir y pueda saber, que existen límites dentro de la conducta, ¿no?, donde hay autoridad, hay flexibilidad, sin llegar a los extremos. (Psicóloga, Institución 2, SMC).

Seguidamente analizaremos los factores que interfieren en la salud mental según la narración de los trabajadores, ya sea influyendo negativamente sobre ella o limitando la posibilidad de acceder a la misma. En este sentido, los factores que dificultan el desarrollo y conservación de la salud mental son: (1) Estrés durante la gestación y desarrollo de virus, (2) Predisposición genética, (3) Alimentación, (4) Muerte de personas significativas, (5) Cultura de crianza rígida, (6) Falta de afecto y aceptación, (7) Familia disfuncional, (8) Entorno desfavorable, (9) Situación de pobreza.



Los factores que impiden el desarrollo mentalmente saludable pueden rastrearse incluso desde el período de gestación. De esta manera, el feto en formación podría verse afectado, en caso de que la madre gestante experimente emociones negativas o se encuentre expuesta a eventos desagradables. Asimismo, en el proceso de gestación el feto podría experimentar el desarrollo de algún virus o podría mostrar dificultades al momento del parto.

Virus... hay estudios interesantes sobre [...] factores emocionales, psicológicos, estrés psicológico, durante el primer y segundo trimestre de embarazo. Los virus, en el primer trimestre de embarazo [...] junto con problemas de la madre al momento del nacimiento, junto con muchos problemas en la adolescencia que son los detonantes casi, en todas las enfermedades psiquiátricas. [...] (Psiquiatra, Institución 1, CEA).

La predisposición genética es otro factor que interfiere en la salud mental. Alude a la transmisión de los genes portadores de la enfermedad mental de padres a hijos, quienes heredarían la propensión a desarrollarla.

Bueno, en términos generales puede ser que haya una predisposición de tipo genético. Lamentablemente las personas que tienen trastornos severos, como los que estamos viendo, encontramos que no hay un plan de control de natalidad por ejemplo, en el caso de ellos. Entonces, con seguridad, hay un 40% de posibilidad ya de que sus hijos también tengan el trastorno. (Psicóloga, Institución 2, SMC).

En la viñeta anterior, se insinúa la necesidad de crear un plan de control de natalidad para las personas que sufren enfermedades mentales, con el objetivo de que el trastorno no se transmita a través de la línea de descendencia y de esta forma, controlar la prevalencia del trastorno entre la población.

La alimentación también podría interferir en la salud mental, considerando que una nutrición poco balanceada en cuanto a vitaminas, proteínas y minerales, va a desencadenar un funcionamiento fisiológico deficitario, repercutiendo en el sistema nervioso central y en las condiciones de salud general y salud mental.

La alimentación también tiene que ver mucho. [...] por ejemplo, el hierro, algunas vitaminas que se ven... [...] la falta del hierro produce... como esto es el que transporta el oxígeno, éstos llegan muy poco al cerebro. En estados depresivos se ha dado esta falta de hierro. Entonces... y no solamente esto, la alimentación en general, las proteínas... Los niños con una mala alimentación definitivamente. Son factores [...] que van a contribuir. (Enfermera, Institución 1, CEA).

La muerte de los padres, familiares cercanos o personas significativas, podrían constituir eventos que predisponen un quiebre en la salud mental. Dicha situación puede servir como motivación personal para salir adelante o convertirse en cómplice del desarrollo de algún trastorno temporal, que podría devenir en crónico en el transcurso del tiempo.

[...] No todos reaccionamos igual a las cosas. Por ejemplo, hay gente que su mamá se le muere cuando es niño y no puede recuperarse de eso. Mientras que hay gente [para quien] esto es un motivación para ser mucho más, ¿no?, mucho mejor. Hay gente que es huérfana, llora toda la vida la muerte de sus padres, siempre es huérfano. Mientras a otros eso les sirve como una motivación, una... entre comillas, revancha con la vida para poder salir adelante, ¿no? [...] (Psiquiatra, Institución 1, CEA).

El estilo de crianza rígido e inflexible impartido por parte de los padres es otro factor que afecta la salud mental, limitando el desarrollo natural, progresivo y espontáneo de los hijos.

La cultura influye mucho, ¿no? Hay muchas creencias [...] A veces vienen de [...] tiempos inmemorables en que las relaciones eran rígidas, ¿no?, que no permitían quizás el desarrollo libre de algunas personas, no eran totales, completas. Creencias en cuanto a la educación, quizás de los niños, ¿no?, que al niño hay que educarle con rigidez, que el niño no debe participar en la conversación de los adultos, por ejemplo, ¿no?, yo observo en algunas personas. O que siempre hay que darle una manito para que se corrija el niño. Entonces todavía persiste en la mentalidad de las personas lo del castigo, entonces eso es lo que dificulta la salud mental, ¿no? (Asistente Social, Institución 2, SMC).

La falta de afecto y aceptación, alude a la incapacidad de los padres de acompañar el crecimiento y desarrollo de sus hijos, teniendo dificultades para demostrarles afectos, reconocer sus logros y darles señales de aceptación. Todo ello va a contribuir de forma progresiva, a la configuración de una autoestima empobrecida e interferir de esta forma con el desarrollo mentalmente saludable.

[...] la falta de afecto desde pequeño. Si tus padres no te han brindado afecto, de repente esta persona no va a tener salud mental. No ha, en su medio, habido una relación de aceptación, de aprobación, ¿no?, la aprobación es muy importante desde pequeños, ¿no? Que los padres te hayan motivado a que una pequeña cosa que hagas, te lo valora. Eso pues te levanta tu autoestima, ¿no? Yo recuerdo de niña [...], imagínate yo soy de la sierra, [...] mi madre, al ver todo el día habíamos hecho las labores de la casa, porque en la sierra trabajas duro, te decía "ay hijita, ya estarás cansada, descansa". Esa cosa pues, te eleva tu autoestima, porque te sientes aprobada [...]. (Asistente Social, Institución 2, SMC).

En la misma línea, una familia disfuncional es aquella que ha experimentado modificaciones en su estructura nuclear (ausencia de padres, nuevos integrantes), en la que predominan las discusiones y la violencia entre los padres y en la relación con los hijos o en la que existen inconsistencias y contradicciones a lo largo de la crianza y formación de los hijos. Todo ello da lugar a un ambiente conflictivo, que genera tensión en los integrantes de la familia y que podría interferir en la salud mental de sus integrantes. Asimismo, el hecho de que los padres estén separados o divorciados es considerado también un factor que interfiere en la salud mental.

Dificultades por ejemplo, en la situación, en familias separadas, en familias incompletas, en familias sobreagregadas, ¿no?, son... este... algunos dificultades, pero no basta con sólo eso. (Psiquiatra, Institución 1, CEA).

[...] los conflictos familiares, la separación de los padres, las constantes discusiones o padres alcohólicos, padres muy violentos, un hogar muy alterado, donde la familia es tan conflictiva unos a otros. Es el carácter de ellos que también. Actúan así a veces con los hijos. (Enfermera, Institución 1, CEA).

[...] El entorno, si es un entorno caótico, [donde] los padres [manifiestan] inconsistencias en sus pautas de crianza o hay dobles mensajes [...]. Entonces [...] tenemos ya un ambiente y hay un aprendizaje de síntomas, hay modelos que seguir. (Psicóloga, Institución 2, SMC).

Se debe mencionar, que el estilo de crianza rígido y excluyente, la falta de afecto y aceptación y la familia disfuncional, configuran el entorno más cercano del individuo: la familia. Es precisamente al interior de ella, donde surgen diversas problemáticas que ponen trabas al desarrollo adecuado de la salud mental, afectando principalmente a los hijos que integran dicha familia.

Aterrizando en las características del entorno, el discurso de los participantes muestra que la interacción con un ambiente desfavorable interfiere en la salud mental. Implica estar en contacto o encontrarse inserto en un ambiente que resulta perjudicial para la persona, debido a la presencia de modelos de conducta inadecuados que generan un clima de tensión constante.

Un ambiente no saludable, ¿no? donde hay [...] una desorganización, en un ambiente donde pulula la prostitución, drogas, alcohol, delincuencia, entonces, emocionalmente no se va a desarrollar bien. (Asistente Social, Institución 1, CEA).

Finalmente, la pobreza conduce a que las personas que se encuentran en dicha situación experimenten grandes dificultades incluso para satisfacer necesidades básicas vinculadas a la alimentación. Y en el camino para acceder a ella, muchas

veces terminan comprometiendo la seguridad y el bienestar de su familia por lo que la pobreza se convierte también en un agente perjudicial para el desarrollo de la salud mental.

[...] Trabajo en zonas pobres y hay gente que sufre de la pobreza. Pero que es esto... es perversa la pobreza. Porque la madre por más que se esfuerza, no puede ser una buena madre [...]. Tiene que salir a las diez de la mañana y regresa a las diez de la noche, está trabajando todo el día para que sus hijos tengan qué comer, regresa y encuentra [...] que su hija ha sido abusada sexualmente, su hija tiene 14 años y por el policía que era guardián de la zona. Entonces a ella dicen “usted tiene la culpa de que no la cuida”. Pero si ella no trabaja, qué comen, ella tiene 5 hijos. Entonces... osea no digo que “pobrecitos los pobres”, pero creo que sí tiene una incidencia importante. (Enfermera, Institución 2, SMC).

Si bien hasta el momento se han identificado en la narración de los participantes ciertos factores puntuales que podrían influir en el desarrollo de la enfermedad mental, es evidente que dichos factores interactúan entre sí de forma particular, combinándose y aportando cada uno su cuota, sentando las bases para el surgimiento de la enfermedad mental. En general, el discurso de los trabajadores evidencia que no existe un único factor que desencadena la enfermedad mental, sino que es la “combinación perversa” (Enfermera, Institución 2, SMC) entre varios de ellos, los que darían origen al trastorno.

No se sabe, madre, puede ser por un accidente. No se sabe en sí la causa, por qué será... La mala alimentación, será por la falta... la familia se destruye, familias destruidas, el padre se va, la madre se va, los hijos quedan... No se sabe una causa. (Técnica de Enfermería, Institución 1, CEA).

Bueno, la enfermedad mental [...] dicen que es más pues hereditario, que uno nace con esa enfermedad, pero yo diría que los factores ambientales también son desencadenantes, determinan que se desborde la enfermedad. Es como el cáncer, ¿no?, si tu lo promueves, las células se desarrollan más rápido por su nivel de vida. Igual la enfermedad mental, si tú lo motivas pues se desarrolla y desbordan los síntomas... todo se confabula. (Asistente Social, Institución 2, SMC).

Todos los factores mencionados deberían ser tomados en cuenta en la elaboración de políticas públicas de salud. Es fundamental considerar el contexto en el que la persona se inscribe, para configurar en base a él, intervenciones en el ámbito de promoción y conservación de la salud mental.



### *Reacciones que genera la persona que sufre una enfermedad mental*

En esta parte de la investigación, se analizarán las reacciones que genera una persona que padece una enfermedad mental en aquellos que forman parte de su entorno: desde los integrantes de la familia y las amistades, hasta la comunidad y la sociedad en general.

En cuanto al aspecto emocional, la narración de los participantes muestra que las personas experimentan emociones y sentimientos a partir de la interacción con una persona que sufre una enfermedad mental.

Inicialmente se encuentra la negación, por medio de la cual la persona que sufre una enfermedad mental y sus familiares, evitan aceptar la existencia del trastorno, ya que el hacerlo resultaría muy doloroso, teniendo en cuenta los prejuicios que pesan sobre quien padece un trastorno mental. De esta forma, negar estar realidad adversa se convierte, paradójicamente, en la única forma de lidiar con el problema, constituyendo la fase inicial del proceso que culminaría, en términos ideales, en la aceptación de la enfermedad mental.

Pero al inicio, sobre todo en los trastornos mentales más severos, no se acepta al inicio, buscar varias opiniones. O a las mismas personas que están en tratamiento, les dices “tienes esquizofrenia”, “ya tengo esquizofrenia”. La siguiente vez “ya, ¿Qué tienes?”, “una enfermedad de los nervios”. “Y, ¿nunca has escuchado hablar de la esquizofrenia?” Te dice la locura de los nervios [...]. (Enfermera, Institución 2, SMC).

Asimismo, los familiares pueden experimentar sentimientos de tristeza o pena, conmoviéndose y compartiendo el sufrimiento de su ser querido. De esta forma, estos sentimientos de dolor no solo son experimentados por la persona que padece un desorden mental, sino que se extienden a los integrantes de la familia.

La familia sufre porque desea que su miembro se relacione, que el miembro produzca, que el miembro sea feliz, que sea feliz con su entorno. Al no colmar expectativas válidas [...], al ver a la otra persona sufrir, comparten el sufrimiento, es un sufrimiento comunitario que va a compartir el entorno más cercano [...]. (Psiquiatra, Institución 1, CEA).

Los sentimientos de miedo, surgen también en la interacción con una persona que sufre un trastorno mental. Ellos provienen de la sensación de amenaza constante frente a la posibilidad de que la persona afectada experimente una crisis, una reacción abrupta o una conducta agresiva.

[...] al menos en mi caso, no estaría tranquila, siempre estaría vigilando a ver qué pasa, y a veces ni dormir tranquila, ¿no?, teniendo un paciente así. A veces el paciente, no sabes en qué momento va a



reaccionar, qué te puede pasar en tu casa... (Técnica de Enfermería, Institución 1, CEA).

La viñeta anterior muestra cómo el trabajador de salud mental, al personalizar su discurso, hace emerger el prejuicio, el mismo que lo lleva a experimentar sensaciones de temor e inseguridad. Dichos sentimientos van a enmarcar la relación médico-paciente, influyendo no solo en la percepción de los trabajadores con respecto a la persona que sufre una enfermedad mental, sino también en la forma en los trabajadores se aproximarán a ella.

El entorno puede experimentar también sentimientos de vergüenza, debido a la particular manera de actuar y comportarse que tiene una persona que padece un desorden mental.

[...] el paciente escucha voces, hablar en voz alta, golpea las paredes, grita, camina de un lado al otro, escucha el volumen alto y lo otro es que tienen una conducta errática: salen a la calle, no regresan, caminan y caminan y si escuchan voces cogen las piedras, golpean a sus vecinos [...] Entonces los hermanos o la familia sienten cierta vergüenza y ellos lo sienten [...]. (Enfermera, Institución 1, CEA).

La impotencia y frustración dan cuenta de la sensación que experimentan los familiares de “no saber qué más hacer”, evidenciado en sensaciones de cansancio, fatiga y hartazgo, debido a la toma de conciencia del tiempo, dedicación y atención que demanda una persona con un trastorno mental.

A veces está cansada la familia del paciente, no sabe qué hacer: “señorita, no quiere tomar su pastilla”, “señorita, no se quiere bañar” y son así pues, los pacientes psiquiátricos [...] la familia ya no puede con ellos y la familia viene con eso. “Señorita, ¿qué puedo hacer?, lo quiero internar”. (Técnica de Enfermería, Institución 1, CEA).

Una vez analizadas las reacciones emocionales, mencionaremos las respuestas conductuales que manifestaría el entorno en el encuentro con una persona que padece una enfermedad mental, a partir de la narración de los participantes.

El alejamiento o evitación, se orienta a mantener distancia de la persona que sufre una enfermedad mental, poniendo en práctica conductas de rechazo y no inclusión.

[...] los aíslan, le sirven la comida en un lugar diferente, por la forma misma que ellos tienen ciertas habilidades para comer: comen muy rápido, ya ni mastican bien, se atragantan, no comen y [...] pierden muchas habilidades. Ya ni se lavan los dientes después [...] ellos lo sienten: “a mí no me dan de comer en la mesa, como en la cocina”, de los que tiene una cocina y un comedor para... los diferencian, ¿no? (Enfermera, Institución 1, CEA).

La indiferencia o abandono consiste en ignorar y desentenderse progresivamente de la de persona que sufre una enfermedad mental, haciendo “como si no existiera” y abandonándola, en el peor de los casos, por completo y a su suerte.

Sí, ellos a veces los ignoran a los pacientes. Como te contaba llegan a tomar sus alimentos... y un paciente me decía hace poco, ¿no? “Yo con mi hermano no puedo hablar, porque ni bien llego mi mamá, le dice a mi mamá, para qué le das de comer [...] no le des de comer, bóvalo”, le dice. Y el paciente se la pasa todo el día en la calle y tiene que llegar a una hora en que el hermano no esté, para él llegar a tomar sus alimentos. (Técnica de Enfermería, Institución 2, SMC).

Seguidamente, se encuentra el ocultamiento, por medio del cual el entorno cercano limita y restringe cada vez más la interacción social de la persona que sufre una enfermedad mental: no deja que salga de casa, asista a reuniones o frecuente otras personas.

En la casa, también se ve eso, cuando se tiene una persona con un trastorno, se le aísla, se esconde, se guarda. Cuando hay reuniones sociales, no se les hace participar, se le encierra con llave. (Psicóloga, Institución 2, SMC).

Finalmente, surge la invalidación, descrita como una conducta orientada a inhabilitar y anular a la persona que padece un desorden mental, catalogándola como dependiente, incapaz de hacerse cargo de sí misma o desempeñarse en actividades cotidianas.

[...] la familia a veces no, invalida también al paciente. “No, está enfermo, entonces no puede hacer nada”. Y de acuerdo a sus capacidades, debe hacer algunas tareas, ¿no?, desarrollar algunas tareas en casa. (Asistente Social, Institución 1, CEA).

Resulta razonable, que las respuestas a estos dos niveles (emocional y conductual) se observen al interior de la familia, quien convive con la persona que tiene un trastorno mental e interactúa con ella de forma cotidiana. Sin embargo, esto se torna preocupante considerando que el apoyo familiar juega un rol decisivo en la mejoría y superación de la enfermedad mental, como veremos en el siguiente punto temático de la presentación de resultados.

### *Expectativas de mejoría*

En esta parte del estudio, describiremos la manera en que los trabajadores entienden la mejoría que puede tener una persona respecto a la enfermedad mental que padece, así como la concepción sobre el pronóstico. Asimismo, se expondrán los

factores que para ellos contribuyen a la mejoría de la persona que sufre un trastorno mental.

#### *Concepción de mejoría y pronóstico de la enfermedad mental*

De acuerdo a los participantes, la mejoría es entendida como la capacidad de recuperar una vida “normal”. Ello implica recobrar la productividad a distintos niveles, desde los más básicos a los más integrales, como se puede inferir en base al discurso de los trabajadores.

El nivel inicial, alude al autovalimiento, que implica que la persona logra hacerse cargo de sí misma a un nivel elemental: se ocupa de su aseo personal, del cuidado de su apariencia, de su alimentación y medicación, así como de las actividades cotidianas que le competen de forma exclusiva.

En su estado físico. Que se bañe, que se afeite, que se arregle. Que tome su pastilla y que pueda hacer sus cosas solo [...] sus cosas de su casa, tender su cama, hacer sus cosas de toda persona [...] que coma solo, que tome su medicina. (Técnica de Enfermería, Institución 1, CEA).

La mejoría también estaría relacionada al reaprendizaje de habilidades sociales, por medio del cual la persona recupera, para su repertorio de conducta, formas cotidianas de comunicación e interacción con su entorno más cercano.

Entonces con ellos se trabaja, ¿no? Hay programas con ellos de habilidades sociales, que es específicamente para el tipo de pacientes que empieza a enseñarles otra vez a la forma cómo comunicarse [...]. Ellos sabían antes, pero esto lo pierden con la enfermedad. (Enfermera, Institución 1, CEA).

La integración a la dinámica familiar a partir de tareas básicas es también señal de mejora en una persona que sufre una enfermedad mental. Ello implica que pueda asumir ciertas responsabilidades vinculadas a los quehaceres del hogar: contribuir en la limpieza de casa, realizar las compras diarias o involucrarse en actividades que impliquen a otros miembros de la familia. Sin embargo, resulta fundamental alternar este “cronograma diario” con actividades recreativas (deportes, televisión) que proporcionen distracción y diversión.

[...] se les da un cronograma de habilidades de la vida diaria, ¿no? Solamente deben de desarrollar ciertas actividades [...]. Por lo general, procuramos que tengan su... en el día, todo un día ocupado, ¿no?, que incluye también recreaciones, deportes, que incluye ver televisión, que incluya también... cuidar el aseo de su dormitorio, de su ropa, lavado. (Técnica de Enfermería, Institución 2, SMC).

Otros trabajadores manifiestan que la superación de la enfermedad mental implica, recuperar la productividad a un nivel casi recreativo y ocupacional. Esta concepción se aleja de la posibilidad de que la persona que tiene un trastorno mental se reinserte de forma realista en la sociedad y continúe su desarrollo a nivel personal, vincular, académico y/o laboral.

También ya no exactamente que van a estudiar una carrera, pero pueden hacer carrera cortas, que ahora último se están, se está haciendo a veces. En Lima hay un sólo instituto donde están dando talleres así, de corta duración, de 1 año, 2 años de capacitación. (Enfermera, Institución 1, CEA).

Finalmente, en un nivel más integral, la mejoría total supondría un retorno al funcionamiento premórbido. En este sentido, la persona lograría recuperar la vida que llevaba antes del surgimiento de la enfermedad mental, continuando su desarrollo en el ámbito aspiracional (tener metas para el futuro), relacional (tener amigos, grupo de referencia), académico (aprendizaje y mejoramiento) o laboral (lidar con las dificultades que impone la enfermedad mental). De esta forma, la persona logra involucrarse en actividades productivas y satisfactorias, que contribuyen en la recuperación de su rol dentro de la sociedad.

El funcionamiento es importante [...]. En todos los aspectos, personal, tener metas, tener aspiraciones; lo relacional, no necesariamente casarse pero tener amigos, amigas, tener un grupo, tener, no necesariamente con quién salir, pero con quién reunirse, con quién departir. Un soporte, ¿no?, un mejor amigo, una mejor amiga. Funcionar académicamente o laboralmente dentro de tus limitaciones que la naturaleza te ha dado [...]. (Psiquiatra, Institución 1, CEA).

A lo largo de esta gradiente, los niveles más elementales vinculados al autovalimiento y el reaprendizaje de habilidades sociales, fueron referidos principalmente por enfermeras y técnicas de enfermería. Por otro lado, los niveles más integrales de recuperación del funcionamiento, han sido mencionados por los trabajadores del área de psiquiatría y asistencia social.

#### *Factores que facilitan la superación de la enfermedad mental*

De acuerdo a los participantes del estudio, existen ciertos factores que van jugar un rol fundamental en la superación progresiva de la enfermedad mental. A partir de su narración, dichos factores han sido agrupados en personales y ambientales. Los primeros aluden a los recursos que la persona logra improvisar en el transcurso de su enfermedad, mientras que los segundos, son los factores positivos vinculados al entorno -cercano y extenso- de la persona que sufre la enfermedad mental.

De esta forma, el discurso de los participantes sugiere factores personales como: (1) conciencia de enfermedad, (2) visión integrada de sí mismo y (3) búsqueda de ayuda. Ellos han sido principalmente referidos por los profesionales de psicología, lo cual podría relacionarse a su práctica clínica que consiste en identificar los recursos de la persona y cómo ellos van a ser fundamentales en su proceso de recuperación.

En este sentido, la conciencia de enfermedad, alude a la capacidad de la persona de reconocer y aceptar que padece un trastorno mental. Una vez asumida la existencia del problema, resulta fundamental que ella esté dispuesta a sobrellevar la enfermedad mental con miras a seguir desarrollándose en los diferentes ámbitos de su vida.

Creo que algo que ayuda mucho es la conciencia del problema, lo que es, que la persona también le ponga ganas, osea quiera, tenga la idea de querer mejorar porque uno como terapeuta, como psicóloga, le puede dar las pautas pero no le va a solucionar el problema. Lo importante es acompañarlo en este proceso de... de que acepte que tiene un problema y... motivarlo para que... este... digamos, encuentre su camino, para ir saliendo, para ir mejorando. Entonces, creo que... eso puede facilitar. (Psicóloga, Institución 1, CEA).

Otro factor personal que surge en la narración de los participantes, es la visión integrada de sí mismo, la cual supone reconocer las limitaciones vinculadas a la enfermedad mental, así como valorar los recursos personales disponibles para hacerles frente. Ello va a contribuir a que la persona pueda recuperar progresivamente el protagonismo en su vida, tomando un rol activo en los diferentes aspectos de la misma.

[...] Sí, y de repente darle posibilidades a que la persona sepa que tiene aprender a convivir con el problema y que tiene que seguir adelante, ¿no?, que tiene que seguir desarrollándose, viviendo, trabajando, haciendo algo..., ¿no? Yo siempre cuando trabajo con ellos les digo: “bueno, qué hacemos, ¿no?”, muchos se quejan de tener lo que tienen, pero aún así tienen que salir adelante, ¿no? Hay que buscar qué hacer, qué puedes hacer tú y lidiando también, con este problema. [...] Cuando logran vencer ese espacio [...] ahí es cuando, en si situación, empiezan a buscar una salud, ¿no? [...] Entonces... “ya, voy a estudiar tal cosa, voy a estudiar, trabajar en tal cosa”. (Psicóloga, Institución 1, CEA).

Finalmente, los participantes señalan que la iniciativa de buscar ayuda, es otro factor que favorece la superación de la enfermedad mental. Cuando es la misma persona la que acude buscando apoyo, se evidencia no solo que ella está sufriendo a causa de su enfermedad, sino que tiene la motivación para superarla. En este contexto, los participantes pronostican una evolución favorable, debido al interés y



compromiso que demostraría la persona frente a las iniciativas de tratamiento propuestas por el personal especializado.

[...] si alguien busca ayuda, ese es un aspecto que es positivo, ¿no?, no es lo mismo que aquel que no busca ayuda. Entonces por ahí tenemos un indicador de que pueden ir bien las cosas para esta persona. “Yo busco una ayuda, porque estoy muy mal, me siento mal, tengo ese problema que está afectando mi vida”. Ese es un indicador de que esa persona que vino, con la adecuada atención, puede mejorar (Psiquiatra, Institución 2, SMC).

Por otro lado, en relación a los factores ambientales que podrían facilitar la superación de la enfermedad mental, el discurso de los trabajadores sugiere: (1) Tratamiento integral e interdisciplinario, (2) Familia, (3) Red de soporte extra-familiar, (4) Campañas de promoción de salud mental, (5) Educación especializada al paciente y sus familiares, (6) Comunidad preparada, (7) Acceso a servicios, (8) Capacidad de ponerse en el lugar del otro y (9) Apertura de los profesionales para abordar la salud mental de forma integral.

La superación de la enfermedad mental, se encuentra íntimamente vinculada al cumplimiento del tratamiento interdisciplinario prescrito por el especialista. No obstante, solo algunos de los participantes mencionan un tratamiento integral, que involucraría el aspecto farmacológico, psicoterapéutico, ocupacional y social. La mayoría, sin embargo, se centra exclusivamente en el tratamiento a través de la medicación psiquiátrica.

Implicaría un tratamiento que engloba lo biológico, lo psicoterapéutico y lo social. [...] Lo biológico incluiría los fármacos, quizás algunos otros tratamientos que se hacen acá en el instituto, que es la electroterapia. Lo psicológico, la psicoterapia, desde la, desde el consejo y todas las ramas de la psicoterapia a nivel individual, familiar o de grupo. En lo social, en la movilización de redes de apoyo, el manejo del estigma. Hay mucho estigma, trabajar con la familia. (Enfermera, Institución 2, SMC).

Los participantes coinciden en que la familia juega un rol decisivo en la superación de la enfermedad mental, cuando ella es capaz de brindar a la persona la atención, comprensión, apoyo y cariño que necesita. Adicionalmente, los integrantes de la familia van a contribuir activamente para que el tratamiento recomendado se cumpla, haciendo que la persona tome su medicación y llevándolo a las consultas ambulatorias.

[...] lo que ha facilitado mucho que los pacientes se recuperen ha sido la participación de la familia. Cuando nosotros decimos, “tiene la participación de la familia”, es casi con una alta posibilidad que este paciente salga de problema, incluso en pacientes con comorbilidad, con

esquizofrenia y con retardo mental. Diríamos “ya no hay nada que hacer”, pero por el contrario, no darle creo, ponerle un tope, ¿no? Darle las facilidades... apoyarlo en lo que pueda realizar, en lo que sea capaz de hacer. (Psicóloga, Institución 2, SMC).

La red de soporte social extra familiar es también un factor que favorece la mejoría, el mismo que alude a las amistades o instituciones con las que la persona interactúa de forma cotidiana. Ellas podrían suplantar el rol de la familia o bien complementarlo, brindando al paciente atención y dedicación, así como apoyo y motivación para salir adelante.

Sobretudo con... la pieza clave por decir... que cuente con un apoyo. A veces no solamente es la familia, ellos pueden tener un amigo o algún tipo de institución o a veces la misma comunidad. (Asistente Social, Institución 1, CEA).

Aquello que puede contribuir a consolidar mayores y mejores redes de soporte social, son las campañas de promoción de la salud mental, que deberían estar a cargo de las autoridades de la salud. Sin embargo, esta iniciativa se presenta de forma sostenida en países desarrollados, donde el cuidado de la salud mental es un tema prioritario para la población y sus autoridades.

[...] más que nada es la información, cómo podrán educar, no hay que los motive, tiene que haber una motivación, una promoción de la salud mental en general, una campaña, como se dice, nacional, así como se hace en otros países. Entonces spots televisivos salen a cada minuto, sobre la salud mental y eso es prioritario, tiene que haber una acción de todos [...] (Asistente Social, Institución 2, SMC).

De forma más puntual, la educación especializada al paciente y sus familiares, implica brindarles información sobre la medicación, resaltando la importancia de cumplir el tratamiento prescrito y asistir a las consultas ambulatorias programadas. Ello con el objetivo de monitorear la evolución de la persona y evitar futuras recaídas.

Hay personas que abandonan a sus pacientes y no los traen a sus consultas médicas. [...] les estamos enseñando qué sucede cuando no va al hospital. Entonces ahí está, necesitan tener una educación. [...]. Ahí estamos en la consejería o en la consultoría de enfermería, abordamos a los pacientes, inmediatamente después del consultorio y les explicamos esto de los medicamentos, por qué es importante que tengan que asistir a una consulta. (Enfermera, Institución 1, CEA).

La puesta en marcha de dichas campañas vinculadas a la salud mental, va a contribuir a que la comunidad adquiera un conocimiento general en torno a la enfermedad mental y las formas de prevenirla. Asimismo, la ayudará a reconocer la importancia de la salud mental y con ello, la necesidad de promoverla.

La misma comunidad, debería de prepararse mejor. No sólo en el tema de la enfermedad, sino también en cómo cuidarse a una mismo de una enfermedad mental, porque ahorita todas las persona estamos con el estrés, con la depresión o con la ansiedad, por el mismo sistema en que... no exige ahora vivir, tener un trabajo, otro trabajo [...] (Asistente Social, Institución 1, CEA).

Una comunidad preparada para hacer frente a la problemática de la enfermedad mental, estaría en condiciones de brindar servicios especializados. Sin embargo, no se trata únicamente de facilitar el acceso a consultas psicológicas y psiquiátricas en el momento adecuado y contribuir con la medicación en caso de dificultades económicas, sino también de brindar la oportunidad de participar en campañas prevención y detección de patologías.

El que haya la posibilidad de que sea atendido por un profesional en el momento oportuno, etc., ¿no? O cuando lo requiera. Que haya esa posibilidad. Mucha gente te dice “yo no sabía de esto antes”, ¿no? Entonces el acceso a servicios, a recursos es muy importante, ojalá la salud mental llegara hasta el último rincón. Eso es importante. (Enfermera, Institución 2, SMC).

El acceso a servicios no se limita a una atención especializada, sino que involucra la capacidad de los trabajadores de ponerse en el lugar de las personas que sufren un trastorno y de sus familiares, entendiendo su sufrimiento de forma empática y brindándoles un trato cálido y amable.

Hay que saber tratar a las personas que vienen. Más que nada es la familia del paciente, que vienen con una carga emocional. No tanto es el paciente, sino los familiares. Al menos en la consulta externa. Y ya pues, hay que saber hablarlos y hay que saber escucharlos y saber tratarles, hablarles bonito, con paciencia, con buen humor, con una sonrisa. Pues si lo vas a tratar mal, de mal humor, olvídate pues. (Técnica de Enfermería, Institución 1, CEA).

Más allá de la práctica clínica al interior de las instituciones, se encuentran los proyectos de investigación, que deberían abordar la salud mental en su diversidad y complejidad, evitando limitarla a la búsqueda y detección de trastornos mentales. Ello daría cuenta de una concepción limitada de la salud mental, la cual estaría siendo circunscrita de forma exclusiva a la patología.

Y de repente también es porque nosotros los profesionales [...] cuando nos vamos a la comunidad, a hacer un programa de salud mental, buscamos trastornos mentales. [...] cuando fuimos a trabajar violencia política, [...] ¿Cuánto estrés post traumático voy a encontrar acá?”. No hay estrés post traumático, no hay necesidad de salud mental. Falso. Qué están haciendo los chicos, cómo están las familias, cómo es que

está procesando todos los duelos complicados. Es muy amplia la gama de la salud mental y los profesionales hemos contribuido a que se circunscriba a lo que es trastornos. (Enfermera, Institución 2, SMC).

En general, los trabajadores de la institución 1 consideran que son propiamente los factores que componen el entorno cercano, los que van a jugar un rol fundamental en la mejoría de la persona que padece una enfermedad mental. Por su parte, el personal de la institución 2, sostiene que son los factores vinculados al trabajo comunitario, los que van a hacer posible el abordaje adecuado del trastorno y facilitar su posterior superación.



## CAPÍTULO IV

### Discusión

En esta parte del estudio, pasaremos a discutir los hallazgos obtenidos a partir de la investigación. Al indagar en torno a las representaciones de la salud mental, los participantes del estudio suelen aproximarse a ella a partir de nociones generales que aluden por un lado a la ausencia de enfermedad y por otro, al equilibrio y bienestar. La primera obstaculiza la posibilidad de aproximarse a la salud mental en sí misma, ya que la define por oposición a la enfermedad. El discurso evidencia que la comprensión de la salud está basada aún en categorías binarias, que ubican en un extremo a la salud y en el otro a la enfermedad, siendo difícil concebirlas como parte de un proceso que transcurre a lo largo del continuo salud-enfermedad (Mann, Gostin, Gruskin, Brennan, Lazarini y Fineberg, 1999). Por otro lado, las nociones de equilibrio y bienestar, al referir a estados de armonía y satisfacción, dan cuenta de una visión despatologizante de la salud mental (Velázquez, 2007), que logra una mayor aproximación conceptualizada ahora en términos de sus características propias y esenciales.

A partir de ello se puede inferir que el concepto de salud mental aún no constituye un concepto dotado de claridad y precisión teórica. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2004), no existe una definición oficial sobre lo que es salud mental, en la medida que cualquier tentativa estará influenciada por las diferencias en los valores entre países, culturas, clases y géneros, asunciones subjetivas y disputas entre teorías y profesionales. En este contexto, aprehender el concepto de salud mental resulta complicado incluso para los trabajadores de salud, quienes explicitan la complejidad de aproximarse a él, presentando aún un discurso ambiguo e impreciso, el mismo que intenta despatologizar e integrar el concepto de salud mental. Sin embargo, este concepto aún se encuentra alejado del propuesto por la OMS (2004), que concibe a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus aptitudes, logra afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En este sentido, la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad.

En relación a las manifestaciones específicas de la salud mental, los participantes consideran como características relevantes la imagen positiva e integrada de sí mismo, las relaciones sociales positivas, los recursos de afrontamiento, la estabilidad emocional y la capacidad de protegerse y generarse espacios libres de



conflicto. Dichas manifestaciones fueron principalmente referidas por los trabajadores de la Institución 1, quienes al desempeñarse en el área de “Consulta Externa”, enfatizan las características y recursos personales, evidenciando con ello un enfoque más individual y circunscrito a la persona. Por su parte, los trabajadores de la Institución 2, pertenecientes al área de “Salud Mental Comunitaria”, priorizan el contexto el que la persona se inserta, logrando una mayor incorporación de la variable sociocultural, identificando aquellas características del entorno que favorece el bienestar y resaltando el proceso dinámico entre el mundo subjetivo (sentimientos, pensamientos, temores, expectativas) y el entorno cultural (familia, trabajo, responsabilidades, tareas cotidianas) (Proyecto de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y Aplicación en una Región del Perú, 2006. p 15). La perspectiva de los trabajadores de esta área evidencia una mayor integración del concepto de salud mental, en la medida que consideran que tanto la salud como la enfermedad, deben ser entendidas como parte de un contexto y no de forma aislada (Velázquez, 2007).

En cuanto a la enfermedad mental, los participantes se aproximan a ella a partir de nociones generales que la conciben como desequilibrio o alteración y sensación de malestar general, así como locura y enfermedad común. Si bien las dos primeras aluden a nociones comúnmente presentes en el diagnóstico y la experiencia subjetiva de la enfermedad mental (López-Ibor, 2002), los participantes consideran que las personas suelen asociar la enfermedad mental a la locura -pérdida total de la razón-, utilizando adjetivos como “loco”, “peligroso”, “agresivo”, “dependiente” e “incapaz”. De esta forma, el personal de salud vinculan la enfermedad mental a los trastornos de naturaleza crónica y deteriorante, enfatizando los trastornos psicóticos, lo cual coincide tanto con las manifestaciones específicas de la enfermedad mental mencionadas por los participantes -síntomas positivos y negativos, ausencia de motivación o placer, aislamiento, productividad afectada, incapacidad de realizar actividades cotidianas y dependencia absoluta-, como con diversos estudios realizados en población general (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve y Pescosolido, 1999; Link, Phelan, Stueve y Pescosolido, 2000; Goerg, Fischer, Zbinden y Guimón, 2004). A pesar de que los trabajadores de la salud cuentan con mayor información, preparación y contacto con las personas que sufren enfermedades mentales, su discurso muestra que ellos comparten representaciones similares con el común de la población, lo cual daría cuenta de la fuerza del estigma vinculado al trastorno mental.

Asimismo, es interesante cómo en las representaciones de los participantes coexisten las ideas de locura y enfermedad común, lo cual evidenciaría por un lado, el fuerte estigma asociado a la enfermedad mental y por otro, la tendencia a “normalizarla”, poniéndola al mismo nivel que las enfermedades cotidianas. Ello podría

reducir la estigmatización y lograr un abordaje más realista y menos prejuicioso de la persona que sufre un trastorno mental.

La referencia a la enfermedad mental vinculada a los trastornos psicóticos severos, constituye una visión reduccionista de la enfermedad mental, ya que deja de lado los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad, que si bien poseen una sintomatología menos compleja y afectan en menor grado la relación con uno mismo, la familia, el trabajo y la sociedad (Gabbard, 2003), tienen en Lima una prevalencia de 19% y 25.3% respectivamente, cifras que superan ampliamente al 1% de los trastornos psicóticos (Noguchi, 2002 citado en MINSA, 2006).

El discurso podría evidenciar un intento de los participantes por establecer fronteras entre el yo y el otro. La construcción de estas oposiciones de tipo “ellos-y-nosotros” refleja no solo un sentido frágil de identidad y de autoestima a través de la patologización del otro, sino que lo ubica en una posición lo suficientemente distante y alejada para no involucrarse. Apartar a quienes sufren enfermedades mentales crea la fantasía de que el “nosotros” se mantiene íntegro. De esta forma, el diagnóstico de la enfermedad se convierte en una poderosa herramienta al momento de clasificar y la medicina desempeña un importante papel en el proceso de estigmatización (Porter, 2003). Por otro lado, los participantes no se representan la enfermedad mental desde los trastornos más cotidianos y de mayor prevalencia. Referir entonces, a los trastornos depresivos y ansiosos, implicaría que los participantes se acerquen a las personas que sufren enfermedades mentales y se involucren con ellas.

Esta necesidad de distancia con respecto a quienes padecen trastornos mentales, se evidencia también en el discurso de los entrevistados, quienes suelen identificarse con los “saludables”, ubicando del otro lado a los “enfermos”, quienes requieren de su atención y asistencia constante.

Pese al intento de los participantes por normalizar la enfermedad mental, haciendo de ella una enfermedad como cualquier otra, en la narración se filtran elementos estigmatizadores que la conciben como locura y quien la padece es encasillado dentro de un estereotipo estático y negativo. Esta dinámica da cuenta no solo del intento de los participantes por aligerar la visión negativa de la enfermedad mental, sino también de la fuerza del estigma, que logra invadir incluso las representaciones del personal de salud.

Una dinámica similar se observa al indagar en torno las expectativas de mejoría con respecto a la enfermedad mental. Los participantes consideran que la superación se restringe a una integración a la dinámica familiar, considerando también la posibilidad de recuperar la productividad a un nivel recreativo y ocupacional, lo cual evidencia la fuerza de un estigma que limita y anula. Sin embargo, algunos

entrevistados sostienen que es posible la recuperación total, es decir, el retorno al estado anterior al surgimiento del trastorno. Con ello, los desórdenes mentales serían equiparados a las enfermedades cotidianas, de las cuales es posible recuperarse si se cumple con el tratamiento prescrito por el especialista.

En este contexto, el personal de salud señala la baja productividad de las personas que sufren enfermedades mentales, lo cual se manifestaría fundamentalmente en el ámbito laboral. Ser productivo a través de una actividad laboral resulta fundamental en la vida de toda persona, ya que permite obtener independencia económica y satisfacer las necesidades básicas, así como las metas personales. Si bien la valoración que la persona otorgue a su trabajo, contribuirá en la construcción de la imagen de sí misma, la dificultad para obtenerlo o la pérdida del mismo, tendrán repercusiones importantes en el bienestar psicológico.

Los trabajadores consideran que, en un contexto donde la persona con enfermedad mental debe cargar con fuertes estigmas, la posibilidad de acceder a un trabajo resulta limitada y dificultosa. Si bien los trabajadores reconocen que la enfermedad afecta las funciones cognitivas de atención, concentración, memoria y ejecución, no existen políticas laborales que contemplen la empleabilidad de personas con trastornos mentales. Con ello el 1,5 % de la población que es afectada por algún tipo de enfermedad mental en nuestro país (MINSA, 2006), experimenta grandes dificultades para acceder a actividades productivas remuneradas.

Sin embargo, el discurso de los participantes muestra que la exclusión de quienes sufren enfermedades mentales no se presenta únicamente en el área laboral, sino que se evidencia también al interior de sus familias, en la sociedad en general e incluso en los propios trabajadores de la salud mental. La presencia de estigma es un factor significativo que podría influir negativamente en la búsqueda de ayuda y rehabilitación, interfiriendo en el acceso a los servicios y el cumplimiento del tratamiento prescrito, lo cual obstaculiza la vuelta a una vida normal y con ello transitar hacia la reintegración social (Pedersen, 2003). Frente a ello, los participantes proponen implementar campañas orientadas a la educación especializada al paciente, a sus familiares y a la sociedad en general, a la par que consideran fundamental una actitud positiva del personal de salud para con las personas que sufren enfermedades mentales.

Los trabajadores sostienen que, siendo la familia la que convive e interactúa diariamente con la persona que sufre una enfermedad mental, resulta natural que experimente reacciones emocionales -negación, tristeza o pena, miedo, vergüenza, impotencia y frustración- y conductuales -alejamiento o evitación, indiferencia o abandono, ocultamiento, invalidación- frente a su familiar. El estigma y la exclusión

social contribuyen al sufrimiento individual (García Silberman, 1993), sobretodo si proviene de la familia, el entorno más cercano a la persona con enfermedad mental.

Sin embargo, considerando que la familia tiene un papel fundamental en la mejoría y superación de la enfermedad, es primordial que comprenda la naturaleza del trastorno que padece su familiar y pueda ser sostenida emocionalmente. Con ello, la familia podrá brindar a su pariente el apoyo y sostén que necesita con miras a mejorar su nivel general de funcionamiento. Es interesante mencionar, que la familia constituye no solo un elemento protector en la medida que favorece la salud mental y juega un rol clave en la recuperación del paciente, sino que puede actuar a la vez como un factor de riesgo, predisponiendo el surgimiento de un trastorno mental.

En las dos instituciones de salud mental que fueron parte de la investigación, existen propuestas de intervención orientadas a los pacientes y sus familiares. Ellas exponen en qué consiste la enfermedad mental, cuáles son sus principales implicancias, así como la importancia de cumplir con el tratamiento prescrito con miras a una recuperación progresiva. Ello debería estar complementado, recogiendo los aportes de Thornicroft (2007), por nuevas formas de presentar el diagnóstico, material informativo para las familias, así como información real que contrarreste los mitos sobre la enfermedad mental. En la práctica sin embargo, partiendo del discurso de los trabajadores, el escaso personal de salud disponible en relación a la excesiva demanda de atención, hace difícil realizar este tipo de intervenciones puntuales y circunscritas al paciente y su familia.

Trascendiendo al núcleo familiar, los participantes consideran que la educación en materia de salud mental debería involucrar también a la comunidad, en la cual podrían establecerse programas de promoción y prevención, así como campañas de educación e información. En este contexto, la información se convierte en un vehículo transformador de creencias erróneas en relación a la enfermedad mental y constituye un recurso para abordar de forma más realista a las personas que la padecen (Bustamante 2005, en Encuentros de Discusión sobre Intervención Clínica Comunitaria, 2008).

Sin embargo, ello no debe entenderse en un sentido meramente informativo, el cual incentiva la asimetría que ubica de un lado a quienes ostentan el conocimiento y de otro, a los que no saben y necesitan ser guiados y asistidos. Los servicios pedagógicos en salud mental deberían cumplir la doble función de “dirigir y contener, de escuchar e informar, de señalar y proponer interpretaciones” (Pezo, 2008 en Encuentros de Discusión sobre Intervención Clínica Comunitaria, 2008). De esta forma, se promueve que los profesionales de la salud mental cambien su rol de “expertos” y su “supuesto saber” y, que modifiquen su mirada del otro como sujeto



pasivo, dependiente y desvalidos por la de una persona capaz, con recursos, cuyas normas y valores deben reconocerse y respetarse (Velázquez, 2007). De esta forma, se promueven relaciones horizontales alejadas del paternalismo, a la vez que se reconoce al otro semejante como igual (Cabrejos, 2003 en Encuentros de Discusión sobre Intervención Clínica Comunitaria, 2008).

Asimismo, los participantes del estudio señalan la importancia de ponerse en el lugar del otro. Los trabajadores de la salud mental deben ser empáticos con el sufrimiento de la persona y su familia, brindándoles siempre un trato amable, cálido y comprometido. Pezo (2008) considera que la relación que el experto en salud mental debe establecer con sus asistidos, debe contemplar la empatía y el buen trato, contribuyendo a que ellos sean entendidos y escuchados. Dicha relación implica acoger y sostener el sufrimiento de la persona, escucharla con empatía, ayudarla a restablecer conexiones y reconstruir el fluir de los afectos.

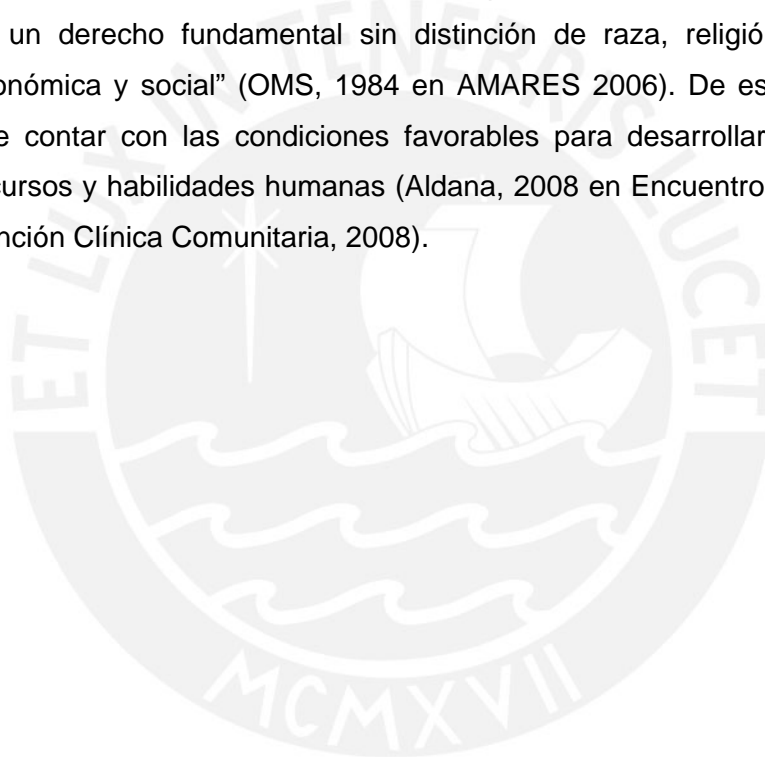
Por otro lado, en cuanto a los factores que interfieren en la salud mental, los participantes aluden prioritariamente a aquellos que se vinculan a la persona y su entorno cercano -estrés durante la gestación, alimentación deficitaria, cultura de crianza rígida y excluyente, falta de afecto y aceptación, familias disfuncionales-. Asimismo, pero de forma menos significativa, los participantes dan cuenta de factores del ambiente, referidos a un contexto más amplio -entorno desfavorable, la situación de pobreza-. En el discurso se evidencia una progresiva incorporación de variables psicosociales como la pobreza, las mismas que son fundamentales para comprender la naturaleza y prevalencia de la enfermedad mental, así como para la elaboración de políticas públicas en salud mental (MINSAs, 2006). Pese a esta tendencia progresiva a incluir variables de contexto, los participantes no consideran otros factores psicosociales como la violencia, la desigualdad y la exclusión, los cuales atraviesan nuestra historia, atentando contra el desarrollo y conservación de la salud mental (Velázquez, 2007).

Un factor vinculado a la pobreza es la limitada posibilidad de acceder a servicios especializados y recursos disponibles. En la actualidad el 25% de la población peruana no accede al sistema de salud, principalmente por barreras de tipo económicas (Velázquez, 2007). En Lima, del total de la población que reconoce haber padecido problemas de salud, solo el 24,5% accedió a los servicios especializados, siendo el principal motivo para no buscar atención la falta de dinero. No obstante, se registran también factores culturales, vinculados a la creencia de que debían superarlo solos, la falta de confianza o la duda del manejo del problema por parte de los médicos (MINSAs, 2006).



La pobreza también se encuentra asociada a los problemas de salud mental, ya que el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental (2002), encontró una importante asociación entre indicadores de pobreza y trastornos ansiosos y depresivos, lo cual recalca la importancia de considerar aspectos socioeconómicos en el estudio de la salud mental (MINSA, 2006).

En este contexto, resulta primordial plantear reformas estructurales en las políticas de salud pública, con miras a garantizar el acceso de calidad a los servicios de salud mental, lo cual influirá positivamente en la prevención, promoción y tratamiento. Es importante mencionar, que la salud mental constituye un derecho humano (MINSA, 2006), lo cual ha sido reconocido hace ya varias décadas por la Organización Mundial de la Salud, la cual señala que el disfrute del más alto estándar de salud es un derecho fundamental sin distinción de raza, religión, ideología o condición económica y social” (OMS, 1984 en AMARES 2006). De esta forma, toda persona debe contar con las condiciones favorables para desarrollar su salud, así como sus recursos y habilidades humanas (Aldana, 2008 en Encuentros de Discusión sobre Intervención Clínica Comunitaria, 2008).



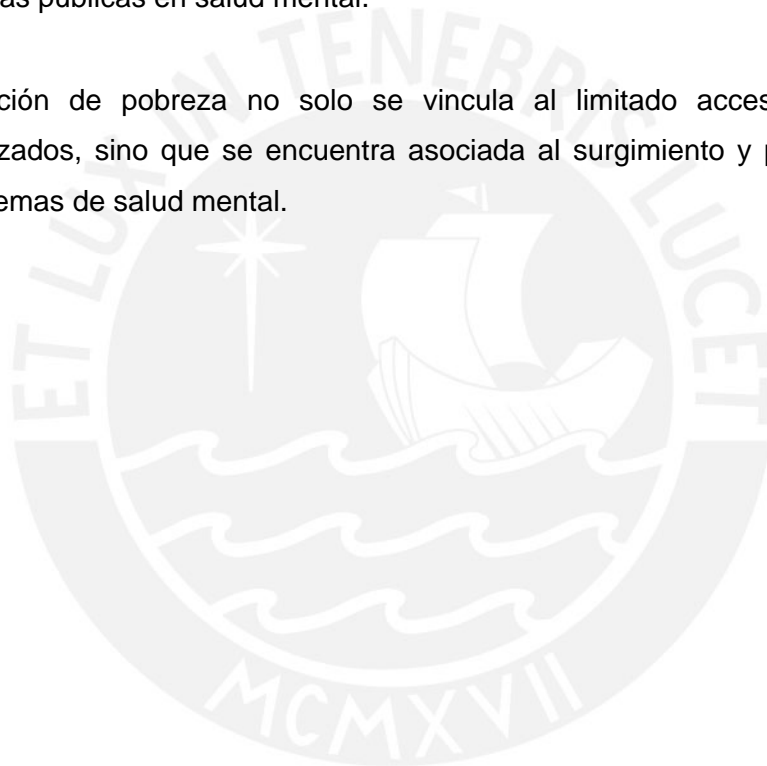
## CONCLUSIONES

Luego de haber discutidos los hallazgos de la investigación, pasaremos a exponer las ideas fundamentales de nuestro análisis a manera de conclusiones.

- A pesar de la tendencia de los entrevistados por aproximarse a la salud mental de forma integral, aún se evidencian ciertas dificultades en concebirla como un continuo salud-enfermedad.
- Los participantes que se desempeñan en el área de “Consulta Externa”, priorizan las características y recursos personales, mientras que los trabajadores de “Salud Mental Comunitaria”, enfatizan en el contexto en el que el individuo se inserta.
- La enfermedad mental es asociada principalmente a los trastornos psicóticos, desórdenes de naturaleza crónica y deteriorante, dejando de lado los trastornos depresivos y ansiosos más cotidianos y de mayor prevalencia.
- Coexisten las ideas de locura y enfermedad común, que respectivamente darían cuenta del estigma que pesa sobre la enfermedad mental, así como de un intento por equipararla a las enfermedades cotidianas.
- Los participantes tienden a diferenciarse de quienes sufren trastornos mentales, estableciendo fronteras entre “los saludables” y “los enfermos”, entre “nosotros” y ellos”, en un intento por alejarse y evitar la identificación y el involucramiento.
- Las concepciones en torno a la superación de la enfermedad mental van desde la integración a la dinámica familiar, pasando por la posibilidad de recuperar la productividad a un nivel recreativo y ocupacional, hasta llegar a una recuperación total.
- Considerando el estigma de la enfermedad mental, los trabajadores refieren que el acceso a actividades productivas remuneradas resulta limitado, en gran medida por la ausencia de políticas laborales más incluyentes.
- Con miras a combatir las creencias prejuiciosas, los participantes proponen implementar campañas orientadas a informar y educar a quienes sufren

enfermedades mentales, a sus familiares y a la sociedad en general, así como también a las personas que trabajan en el ámbito de la salud mental.

- El personal de salud señala la importancia de ser empáticos con el sufrimiento de la persona y sus familiares, dando muestras de calidez y compromiso en el trato cotidiano.
- Si bien se observa una inclusión progresiva de variables vinculadas al contexto para la comprensión de la salud mental, el discurso de los participantes no menciona factores psicosociales que resultan fundamentales para la elaboración de políticas públicas en salud mental.
- La situación de pobreza no solo se vincula al limitado acceso a servicios especializados, sino que se encuentra asociada al surgimiento y prevalencia de los problemas de salud mental.



## RECOMENDACIONES

- Las instituciones de salud mental deberían promover la integración de las variables personales y los factores psicosociales para la comprensión de la salud mental, así como para el ejercicio de la práctica clínica.
- Se deberían poner en funcionamiento programas orientados a informar a las personas que sufren trastornos mentales, a los familiares y a la comunidad en general, sobre la naturaleza de la enfermedad y sus principales implicancias.
- Los participantes deberían contar con un espacio de supervisión periódica tanto para monitorear sus casos clínicos, como para que puedan conversar sobre lo que piensan y sienten a partir del trabajo en el área de salud mental.
- Es importante que futuras investigaciones continúen estudiando las representaciones del personal de salud en torno a la salud mental, en la medida que ellos juegan un rol fundamental en el tratamiento de los trastornos mentales, así como en la promoción de la salud mental.
- Motivar a que los participantes empiecen a hacer conscientes de las contradicciones y ambivalencias implicadas por momentos en sus discursos con miras a lograr una progresiva integración de la salud mental y con ello una visión más realista de la misma.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, L. (2006). *Representaciones sociales de la salud y la enfermedad: Un estudio comparativo entre operadores de la salud y pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Floridablanca*. Obtenido el 30 de abril de 2007 desde <http://caribdis.unab.edu.co>
- Amigo, I. (2003). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Ángeles, A. (2003). *Experiencia emocional del trabajo con pacientes con cáncer terminal en un grupo de psicólogos*. Tesis para optar por el Título de Licenciada en Psicología con Mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Arbeláez, M. (2002). Las representaciones mentales. *Revista de Ciencias Humanas*, 29, 1-10.
- Casco, S. (1990). *Percepción y actitud ante los problemas de salud mental entre los jóvenes de educación media-superior*. Obtenido el 1 de junio de 2007 desde <http://bases.bireme.br/>
- Castorina, J. (2003). *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona: Gedisa.
- Cataldi, Z & Lage, F. (2001). *Los niveles de representación mental en estudiantes y graduados de ingeniería química: el contraste novatos-expertos*. Obtenido el 20 de mayo de 2007 desde <http://www.fi.uba.ar>.
- Colle, R. (2005). El proceso semiótico, en un enfoque cognitivo. *Revista Latina de Comunicación Social*, 60, 1-12.
- Deaux, K. y Philogène, G. (2001). Representations of the social: bridging theoretical Traditions. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13 (5), 409-416.
- Desviat, M., Delgado, M., González, C. y Hernández, M. (2004). *Necesidad, demanda y representación social del trastorno mental en el sur de la región de Madrid (España)*. Obtenido el 1 de junio de 2007 desde <http://www.dinarte.es/saludmental/pdfs/leganes.pdf>.
- Duveen, G. y De Rosa, A. (1992). Social Representations and the genesis of social knowlegde. *Ongoing Productions on Social Representations*, 1(2-3), 94-108.
- Eysenck, M. (1991). *The Blackwell dictionary of cognitive psychology*. Oxford: Blackwell.
- Fernández-Ríos, L. y Buela-Casal, G. (1997). *El concepto de salud-enfermedad*. Madrid: Pirámide.
- Gabbard, M. (2002). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Panamericana.



- García Silberman, S. (1993). Creencias y actitudes hacia la enfermedad mental y el psiquiatra: estudio exploratorio. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 39 (2), 159-168.
- García Silberman, S. (1998). *Representaciones de salud/enfermedad mental en estudiantes de México*. Obtenido el 1 de junio de 2007 desde <http://bases.bireme.br>.
- Goerg, D., Fischer, W., Zbinden, E. y Guimón, J. (2004). Diferenciación en las representaciones sociales de los trastornos mentales y los tratamientos psiquiátricos. *Eur Psychiatry*, 18(4), 225-234.
- González, L. (2001). Representaciones sociales de la violencia en la pareja en la zona rural. *Psykhé*, 10(2), 37-46.
- Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (2006). *Salud comunitaria en el Perú: aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Lima: Proyecto AMARES UE-MINSA.
- Houdé, Olivier (2003). *Diccionario de ciencias cognitivas: neurociencia, psicología, inteligencia artificial, lingüística y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Kaliksztajn, B. (2000). *La experiencia subjetiva de la enfermedad en pacientes con esquizofrenia*. Tesis para optar por el Título de Licenciada en Psicología con Mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Kerlinger, F. (1988). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill.
- Knapp, E. (2003). Aspectos teóricos y epistemológicos de la categoría representación social. *Revista cubana de psicología*, 20(1), 23-24.
- Kudó, I. (2001). *Representaciones de la salud mental en jóvenes de Ayacucho*. Tesis para optar por el Título de Licenciada en Psicología con Mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- López-Ibor, A. (2002). *DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Mann J., Gostin L., Gruskin S., Brennan T., Lazarini Z. y Fineberg H. (1999) *Health and Human Rights*. En: Mann J., Gruskin S., Grodin, M. and Annas G. (Eds.) *Health and Human Rights: A reader*. New York: Routledge.
- Ministerio de Salud (2004). *Lineamientos para la acción en salud mental*. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud y MINSA.
- Ministerio de Salud (2006). *Plan Nacional de Salud Mental. Documento técnico normativo*. Lima: Consejo Nacional de Salud, Comité Nacional de Salud Mental y MINSA.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 2, 1-25.

- Morant, N. (1995). What is mental illness? Social representations of mental illness among british and french mental health professionals. *Papers on social representations*, 4(1), 1-52.
- Morant, N. (2006). Social representations and professional knowledge: The representation of mental illness among mental health practitioners. *British Journal of Social Psychology*, 45, 817-838.
- Moreira, M. (1997). *Modelos Mentales*. Trabajo presentado en el Encuentro sobre Teoría e Investigación en Enseñanza de Ciencias-Lenguaje, Cultura y Cognición, Marzo, Belo Horizonte. Obtenido el 20 de mayo de 2007 desde <http://www.if.ufrgs.br>.
- Moreira, M. y Greca, I. (1994). *Un estudio piloto sobre representaciones mentales, imágenes, proposiciones y modelos mentales respecto al concepto de campo electromagnético en alumnos de física general, estudiantes de postgrado y físicos profesionales*. Trabajo presentado en la conferencia dictada en II Simposio de Investigación en Enseñanza de la Física, Agosto, Buenos Aires. Obtenido el 20 de mayo de 2007 desde <http://www.if.ufrgs.br>.
- Moreira, M. y Greca, I. (2002). *Modelos mentales y modelos conceptuales en la enseñanza y aprendizaje de las ciencias*. Trabajo presentado en la conferencia dictada en los XX Encuentros de Didáctica de las Ciencias Experimentales, Setiembre, Tenerife. Obtenido el 20 de mayo de 2007 desde <http://www.if.ufrgs.br>.
- Nascimento-Schulze, C. (1995). Health paradigms, social representations of health and illness and their central nucleus. *Papers on social representations*, 4(2), 1-12.
- Nieto-Munuera, J. (2004). *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGraw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la salud mental*. Ginebra: OMS.
- Pedersen, D. (2003). Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 55(1).
- Pezo, C., Velázquez, T. Valz-Gen, V. y Pareja, V. (2008). *Encuentros de Discusión sobre Intervención Clínica Comunitaria*. Lima: PUCP.
- Porter, R (2003). *Breve historia de la locura*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Simón, M. (1999). *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Tamayo, O. (1999). *De las concepciones alternativas al cambio conceptual en la enseñanza y aprendizaje de las ciencias*. Obtenido el 20 de mayo de 2007 desde <http://docencia.udea.edu.co>.
- Taylor, S. (2003). *Health psychology*. Boston: McGraw-Hill.

- Thornicroft, G. (2007). Elementos para combatir la discriminación de las personas con enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 28, 16-22. Obtenido el 1 de junio de 2009 desde <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vii/revista-28/016>.
- Uchofen, V. (2006). *Representaciones de la depresión en jóvenes, hijos de madres diagnosticadas con ese trastorno*. Tesis para optar por el Título de Licenciada en Psicología con Mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Velázquez, T. (2007). *Salud Mental en el Perú: dolor y propuesta. La experiencia en Huancavelica*. Lima: CIES.
- Vezzoli, R., Archiati, L., Buizza, C., Pasqualetti, P., Rossi, G. y Pioli R. (2002). Attitude towards psychiatric patients: a pilot study in a northern Italian town. *Eur Psychiatry*, 9, 108-116.
- Wagner, W. (1999). Theory and method of social representations. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 95-125.
- Weiner, I. (1997). Current status of the Rorschach Inkblot Method. *Journal of Personality Assessment*, 68(1), 5-19.
- Weiner, I. (2002). Scientific Psychology and the Rorschach Inkblot Method. *The Clinical Psychologist*, 55(4), 7-12.
- Wood, J. M., Nezworski, M. T., y Stejskal, W. J. (1996). The Comprehensive System for the Rorschach: A critical examination. *Psychological Science*, 7, 3-10.
- Zamudio, M. (1997). *Violencia y discriminación en la vida cotidiana*. En Reusche, R. (Ed.). (1997). *Niñez, construyendo identidad*. Lima: Ediciones Libro Amigo.







**A. Características generales de los participantes**

<b>Participante</b>	<b>Profesión</b>	<b>Institución</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Tiempo trabajo en la institución</b>	<b>Experiencia laboral en otras instituciones</b>
1	Psiquiatra	1	M	37 años	7 años	-
2	Psicóloga	1	F	38 años	9 años	3 años
3	Enfermera	1	F	50 años	21 años	4 años
4	Técnica de Enfermería	1	F	44 años	22 años	-
5	Asistente Social	1	F	40 años	11 años	1 año
6	Psiquiatra	2	M	56 años	27 años	27 años
7	Psicóloga	2	F	53 años	26 años	3 años
8	Enfermera	2	F	46 años	10 años	7 años
9	Técnica de Enfermería	2	F	56 años	20 años	-
10	Asistente Social	2	F	46 años	13 años	10 años

## A. Ficha de Datos Sociodemográficos

- **Datos sociodemográficos**

Nombre :  
Sexo :  
Edad :  
Lugar y fecha de nacimiento :  
Estado civil :  
Grado de instrucción :  
Centro de estudios :

- **Información sobre su trabajo**

Tiempo de trabajo en la institución:

---

Área de trabajo en la institución:

---

Descripción de su trabajo en la institución:

---

---

---

- **Si ha trabajado en otras instituciones de salud mental,**

¿Cuál? 

---

¿Cuánto tiempo?

---

- **Para el investigador (dejar en blanco)**

Duración total de la entrevista :  
Hora de inicio :  
Hora de fin :

## B. Entrevista Semiestructurada

### Naturaleza de la salud mental

#### *Concepciones generales de la salud mental*

- ¿Qué entiende por salud mental?
- ¿Cómo podría describir a una persona que goza de salud mental?
- ¿Qué le viene a la mente cuando escucha hablar de enfermedad mental?
- ¿Cómo podría describir a una persona que está mentalmente enferma?
- ¿Qué tipo de imágenes le surgen cuando yo te menciono a un paciente mental?

#### *Factores que favorecen o interfieren en la salud mental*

- ¿Qué favorece la salud mental de una persona?
- ¿Qué dificulta que una persona esté sana mentalmente?
- ¿Por qué cree que una persona puede sufrir una enfermedad mental?

#### *Consecuencias de la enfermedad mental*

- ¿Cómo es la vida de una persona que tiene una enfermedad mental?
- ¿Qué aspectos de la vida de una persona se pueden ver afectados por una enfermedad mental?

#### *Expectativas de mejoría*

- ¿Es posible superar la enfermedad mental? ¿Qué implica superarla?
- ¿Cómo se puede superar una enfermedad mental? ¿Qué lo facilita? ¿Qué lo dificulta?

## C. Consentimiento informado

### Propósito:

Sarah Moll León de la Especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú, está conduciendo una investigación que tiene como objetivo explorar las representaciones en torno a la salud mental en los trabajadores de instituciones especializadas. Por ello, se solicita su autorización para la participación en una entrevista.

### Procedimiento:

Si Ud. lo autoriza, se procederá a:

- Hacerle preguntas que buscan conocer sus ideas en torno a la salud mental.
- Registrar la entrevista en una grabadora (duración: 30-60 minutos)

### Confidencialidad:

La información recogida durante la entrevista será manejada con absoluta confidencialidad. Los cassettes estarán estrictamente resguardados y sólo serán utilizados para ser transcritos y analizados en base a los objetivos de la investigación.

### Consentimiento:

Su participación se hará únicamente bajo su autorización. Usted puede retirarse cuando lo considere pertinente. Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla a la investigadora. Se le dejará una copia de este consentimiento firmado por la investigadora. Si está de acuerdo con lo mencionado anteriormente, firme abajo.

---

Firma del participante

---

Firma de la investigadora





**D. Libro de categorías**

<p><b>Concepciones generales de la salud mental:</b> intentos de conceptualización de la salud mental en base a nociones generales al concepto y a partir de sus manifestaciones específicas.</p>	<p><b>Nociones generales:</b> aproximaciones al concepto de la salud mental.</p>	<p><b>Equilibrio:</b> armonía entre los distintos ámbitos de la vida (físico, psicológico, emocional, ambiental). Énfasis en el equilibrio al interior de la esfera psicológica (aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales).</p>
	<p><b>Manifestaciones específicas:</b> características principales que poseen las personas que gozan de salud mental.</p>	<p><b>Bienestar general:</b> sentimiento de bienestar interno (experimentar y evidenciar sentimientos positivos).</p> <p><b>Imagen positiva e integrada de sí mismo:</b> capacidad de realizar un balance adecuado entre fortalezas y debilidades.</p> <p><b>Relaciones sociales positivas:</b> participar e interactuar de forma adecuada y saludable con el entorno.</p> <p><b>Recursos de afrontamiento:</b> capacidad de reconocer y aceptar la existencia de problemas y la motivación por buscar y encontrar una salida.</p> <p><b>Estabilidad emocional:</b> expresión adecuada y equilibrada de las emociones y sentimientos. Capacidad de realizar un balance entre emociones positivas y negativas. Conlleva a estabilidad actitudinal, comportamental e interpersonal con independencia del lugar, momento y situación.</p> <p><b>Capacidad de protegerse y generarse espacios libres de conflicto:</b> mantener distancia de eventos negativos o desagradables. Realizar actividades que promuevan y faciliten la diversión, recreación y relajamiento.</p>

<p><b>Concepciones generales de la enfermedad mental:</b> intentos de conceptualización de la enfermedad mental en base a nociones generales al concepto y a partir de sus manifestaciones específicas.</p>	<p><b>Nociones generales:</b> aproximaciones al concepto de la enfermedad mental.</p>	<p><b>Enfermedad como cualquier otra:</b> enfermedad mental no debería ser concebida de forma distinta o separada de las demás enfermedades.</p>
	<p><b>Manifestaciones principales:</b> características principales que poseen las personas que padecen una enfermedad mental.</p>	<p><b>Desequilibrio:</b> alteración de la mente, que conduce a dificultades o limitaciones en el área intrapsíquica e interpersonal.</p> <p><b>Locura:</b> pérdida total de la razón.</p> <p><b>Sensación de malestar general:</b> incapacidad para enfrentar las limitaciones de la vida y no lograr salidas o soluciones en momento de crisis.</p> <p><b>Productividad académica y laboral afectada:</b> enfermedad mental repercute en las funciones cognitivas de atención, concentración, memoria y ejecución, comprometiendo la capacidad de prestar atención, la comprensión lectora y el rendimiento académico y afecta la eficiencia y productividad en el trabajo.</p> <p><b>Sufrimiento/ dolor:</b> sentimientos de dolor y sufrimiento debido a la disrupción que la enfermedad produce en su propio ser y en los demás: sintomatología tormentosa, cambios conductuales, forma de percibir el mundo e interpretar la realidad, sentimientos de desesperanza (no encontrar una salida al problema). Dichas consecuencias de la enfermedad mental van a causar dolor y sufrimiento tanto en el paciente como en sus familiares.</p> <p><b>Autoestima baja:</b> autoconcepto empobrecido (no estar contento consigo mismo) y bajos niveles de autoeficacia (no estar conforme con lo que se hace).</p>

		<p><b>Tristeza y frustración:</b> sentimientos experimentados al ver que no se logran las metas trazadas o no se puede cumplir con el ideal de normalidad planteado por la sociedad.</p> <p><b>Dolor existencial:</b> sensación de intenso dolor que condena a la persona a sufrir el día a día de su vida.</p> <p><b>Ausencia de motivación o placer:</b> falta de interés o disposición para realizar actividades, lo cual se evidencia en una actitud total de desgano.</p> <p><b>Aislamiento:</b> distanciamiento progresivo y voluntario del entorno al que pertenece. Se puede llegar a no establecer contacto con nadie.</p> <p><b>Síntomas positivos:</b> alteración en el contenido y forma del pensamiento y la percepción. Ideas delirantes -convencimiento en una creencia pese a la ausencia de pruebas concretas-, las alucinaciones -percepciones sensoriales imaginarias- y los trastornos formales del pensamiento -pensamiento confuso que se revela en la forma en que son enunciados los pensamientos o sentimientos-.</p> <p><b>Síntomas negativos:</b> alteración en el ámbito del afecto. Afecto inadecuado -expresión facial incongruente en relación a estímulos presentados- y aplanamiento afectivo -falta de respuesta en la expresión facial y reducción del lenguaje corporal-.</p> <p><b>Incapacidad de realizar actividades cotidianas:</b> incapacidad de la persona de mantener el orden del espacio que habita y su cuidado personal. Puede comprometer la ingesta de alimentos.</p> <p><b>Dependencia absoluta:</b> persona no logra ser productiva de acuerdo a los parámetros sociales. La familia financia sus gastos y tratamiento.</p>
--	--	---

<p><b>Factores que favorecen la salud mental:</b> influyen positivamente sobre la salud mental o contribuyen a la posibilidad de acceder a la misma.</p>	<p><b>Internos:</b> recursos personales para enfrentar las adversidades o revertir los problemas.</p>	<p><b>Flexibilidad:</b> permite a la persona moldearse y adaptarse a las diferentes condiciones de vida aunque éstas resulten desfavorables.</p> <p><b>Planeación de modo realista:</b> la persona logra trazarse metas posibles de cumplir de acuerdo a los recursos. Deben responder a deseos y motivaciones personales, para evitar frustraciones y desilusiones.</p> <p><b>Motivación por el aprendizaje:</b> deseo de estar en contacto, conocer e informarse acerca de lo que sucede en el entorno.</p> <p><b>Perseverancia:</b> la persona invierte tiempo y esfuerzo para lograr cualquier objetivo. Es optimista y tolera la frustración.</p>
	<p><b>Ambientales:</b> factores vinculados al entorno de la persona.</p>	<p><b>Familia:</b> espacio capaz de brindar afecto y dedicación, oportunidades de desarrollo, y comunicación fluida. Los padres son modelos a seguir, los hijos que participan en sus vidas, la autoridad se imparte de modo flexible y se reconocen errores.</p>
<p><b>Factores que interfieren en la salud mental:</b> influyen negativamente sobre la salud mental o limitando la posibilidad de acceder a la misma.</p>		<p><b>Estrés durante la gestación y desarrollo de virus:</b> el feto podría verse afectado si la madre experimenta emociones negativas o se expone a eventos desagradables. El feto podría experimentar el desarrollo de virus o mostrar dificultades en el parto.</p> <p><b>Predisposición genética:</b> transmisión de genes portadores de la enfermedad mental de padres a hijos.</p> <p><b>Alimentación:</b> nutrición poco balanceada en vitaminas, proteínas y minerales desencadena un funcionamiento fisiológico deficitario.</p>

		<p><b>Muerte de personas significativas:</b> puede servir como motivación personal para salir adelante o convertirse en cómplice del desarrollo de algún trastorno temporal o crónico.</p>
		<p><b>Estilo de crianza rígido:</b> limita el desarrollo natural, progresivo y espontáneo de los hijos.</p>
		<p><b>Falta de afecto y aceptación:</b> incapacidad de los padres de acompañar el crecimiento y desarrollo de sus hijos. Tienen dificultades para demostrarles afecto, reconocer sus logros y darles señales de aceptación.</p>
		<p><b>Familia disfuncional:</b> estructura nuclear modificada, predominio de discusiones y violencia entre los padres y en la relación con los hijos, inconsistencias y contradicciones en la crianza de los hijos.</p>
		<p><b>Entorno desfavorable:</b> estar en contacto o encontrarse inserto en un ambiente que resulta perjudicial para la persona. Presencia de modelos de conducta inadecuados.</p>
		<p><b>Situación de pobreza:</b> grandes dificultades para satisfacer incluso necesidades básicas como la alimentación.</p>



<b>Reacciones que genera la persona que sufre una enfermedad mental</b>	<b>A nivel emocional:</b> sensaciones, emociones y sentimientos que surgen en las otras personas a partir de la interacción con alguien que sufren una enfermedad mental.	<b>Negación:</b> la persona que sufre una enfermedad mental y sus familiares no aceptar la existencia del trastorno.
		<b>Tristeza o pena:</b> sentimientos de dolor y sufrimiento experimentados por la persona que padece un desorden mental y sus familiares.
		<b>Miedo:</b> los familiares sienten una amenaza constante frente a la posibilidad de que la persona afectada experimente una crisis, una reacción abrupta o una conducta agresiva.
		<b>Vergüenza:</b> vinculada a la particular manera de actuar y comportarse que tiene una persona que padece un desorden mental.
		<b>Impotencia y frustración:</b> sensación de “no saber qué más hacer”, acompañada de cansancio, fatiga y hartazgo por el tiempo, dedicación y atención que demanda una persona con un trastorno mental.
	<b>A nivel conductual:</b> respuestas conductas que surgen en otras personas a partir de la interacción con alguien que sufre una enfermedad mental.	<b>Alejamiento/evitación:</b> mantener distancia de la persona que sufre una enfermedad mental. Práctica de rechazo y no inclusión.
		<b>Indiferencia/abandono:</b> desentenderse de la de persona que sufre una enfermedad mental, haciendo “como si no existiera” y abandonándola.
		<b>Ocultamiento:</b> el entorno cercano limita y restringe cada vez más la interacción social de la persona que sufre una enfermedad mental.
		<b>Invalidación:</b> inhabilitar y anular a la persona que padece un desorden mental, catalogándola de dependiente e incapaz.

<p><b>Expectativas de mejoría de la enfermedad mental</b></p>	<p><b>Concepción de mejoría:</b> recuperar la capacidad de funcionamiento y productividad a distintos niveles.</p>	<p><b>Autovalimiento:</b> la persona logra hacerse cargo de sí misma a un nivel básico: aseo personal, cuidado de su apariencia, su alimentación, medicación y actividades cotidianas.</p> <p><b>Reaprendizaje de habilidades sociales:</b> la persona recupera formas cotidianas de comunicación e interacción con su entorno más cercano.</p> <p><b>Integración a la dinámica familiar:</b> la persona asume ciertas responsabilidades vinculadas a los quehaceres del hogar: limpieza de casa, compras diarias, actividades que impliquen a otros miembros de la familia.</p> <p><b>Recuperar la productividad:</b> la persona logra ser productiva pero a un nivel casi recreativo y ocupacional.</p> <p><b>Retorno al funcionamiento premórbido:</b> la persona logra recuperar la vida que llevaba antes del surgimiento de la enfermedad mental, continuando su desarrollo aspiracional, relacional, académico o laboral.</p>
---	--	--

	<p><b>Factores que facilitan la superación de la enfermedad mental:</b> favorecen o influyen positivamente en la mejoría de la persona.</p>	<p><b>Personales:</b> recursos que la persona logra improvisar en el transcurso de su enfermedad y que pueden tener efectos positivos en la superación de su enfermedad mental.</p>	<p><b>Conciencia de enfermedad:</b> capacidad de la persona de reconocer y aceptar que padece un trastorno mental y estar dispuesta a sobrellevarla.</p>
		<p><b>Ambientales:</b> factores positivos vinculados al entorno cercano y extenso que pueden tener efectos positivos en la superación de su enfermedad mental.</p>	<p><b>Visión integrada de sí mismo:</b> reconocer las limitaciones de la enfermedad mental y valorar recursos personales para hacerles frente.</p> <p><b>Buscar ayuda:</b> la persona busca apoyo, lo cual podría indicar cierta motivación personal por superarla.</p> <p><b>Tratamiento interdisciplinario:</b> involucra el aspecto farmacológico, psicoterapéutico, ocupacional y social.</p> <p><b>Familia:</b> es capaz de brindar a la persona atención, comprensión, apoyo y cariño. Contribuye a que el tratamiento recomendado se cumpla.</p> <p><b>Red de soporte social extra familiar:</b> amistades o instituciones con las que la persona interactúa de forma cotidiana y que podría suplantar el rol de la familia o complementarlo.</p> <p><b>Campañas de promoción de la salud mental:</b> deben estar a cargo de las autoridades de la salud.</p> <p><b>Educación especializada al paciente y sus familiares:</b> brindarles información sobre la medicación, la importancia de cumplir el tratamiento y de asistir a las consultas ambulatorias.</p>

		<p><b>Comunidad informada:</b> en torno a la enfermedad mental y las formas de prevenirla, reconocer la importancia de la salud mental y la necesidad de promoverla.</p> <p><b>Servicios especializados:</b> facilitar acceso a consultas psicológicas y psiquiátricas, contribuir con la medicación y brindar la oportunidad de participar en campañas de prevención y detección de patologías.</p> <p><b>Capacidad de ponerse en el lugar del otro:</b> el personal de salud mental debería poder ponerse en el lugar de las personas que sufren enfermedades mentales y sus familiares, entender su sufrimiento y brindarles un trato cálido y amable.</p> <p><b>Abordar la salud mental en su diversidad y complejidad:</b> evitar centrar la salud mental en la búsqueda y detección de trastornos mentales.</p>
--	--	---