






**UNIVERSIDAD DE VALENCIA**

	UNIVERSITAT DE VALÈNCIA REGISTRE GENERAL ENTRADA
28 FEB. 2002	
Nº	23.855
HORA	
OFICINA AUXILIAR NÚM. 4	

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL**

**LOS TITULARES DE LA LOCURA:**

**ANÁLISIS DIFERENCIAL DE LA PRENSA ESCRITA SOBRE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DE  
LA ENFERMEDAD MENTAL**

UNIVERSIDAD DE VALENCIA FACULTAD DE PSICOLOGIA BIBLIOTECAS Reg de Entrada nº 16038 Fecha: 3-9-02 Signatura BID T 5037
--

Tesis Doctoral

Presentada : Francisco José Mestre Luján

Dirigida: Dr. José Ramón Bueno Abad  
C.E.U Psicología Social  
Facultad de Ciencias Sociales

Valencia, Enero de 2002

UMI Number: U602965

All rights reserved

INFORMATION TO ALL USERS

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted.

In the unlikely event that the author did not send a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if material had to be removed, a note will indicate the deletion.



UMI U602965

Published by ProQuest LLC 2014. Copyright in the Dissertation held by the Author.  
Microform Edition © ProQuest LLC.

All rights reserved. This work is protected against  
unauthorized copying under Title 17, United States Code.



ProQuest LLC  
789 East Eisenhower Parkway  
P.O. Box 1346  
Ann Arbor, MI 48106-1346

D.1256179

L.1256185

MÉDICO.- *No es tan grave su dolencia, señor, como la agitación que sufre por incesantes visiones que la impiden reposar.*

MACBETH.- *¡ Cúrala !.. ¿No puedes calmar su espíritu enfermo, arrancar de su memoria sus arraigados pesares, borrar las angustias grabadas en el cerebro, y con un dulce antídoto olvidador arrojar de su seno oprimido las peligrosas materias que pesan sobre su corazón?*

MÉDICO.- *En tales casos, el paciente debe ser su mismo médico.*

*Macbeth, Acto V, Escena III.*



## AGRADECIMIENTOS

*Quisiera agradecer la entrega y colaboración siempre desinteresada de aquellas personas que han posibilitado la existencia de este trabajo de investigación.*

*A Amparo Yaosca Madrigal que me transmitió sus experiencias en este campo de la disciplina y a M<sup>a</sup> Luz Bugallo que me aconsejó en los aspectos históricos de esta Tesis. A José Manuel Tomás, profesor de la Facultad de Psicología de Valencia, que han supervisado los aspectos estadísticos de esta Tesis; también a los estudiantes de Trabajo Social por su implicación desde el principio en este Proyecto.*

*Especialmente deseo expresar mi gratitud a las Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales de Sagunto (ADIEMSA) y (AFEM) de Valencia, que me permitieron enriquecer mi experiencia profesional y conocimientos anteriores con el contacto directo de sus problemas.*

*A todas las personas con enfermedad mental que he conocido y de las cuales siempre he aprendido algo nuevo; a los usuarios y usuarias del Centro de Rehabilitación e Integración Social de AFEM que he tenido el privilegio de dirigir.*

*A mi hermano Javier que padece esquizofrenia desde 1993 y que me ha enseñado que el efecto esencial de la misma no es la agresión sino el miedo.*

*Y sobre todo a José Ramón Bueno Abad director de esta Tesis, con el que comparto tantas esperanzas e inquietudes y que con persistencia y optimismo, me ha apoyado y orientado en todo, transformando una percepción intuitiva inicial en conocimiento.*

*En Valencia, Enero de 2002*





**FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA****CAPÍTULO PRIMERO: La enfermedad mental como fenómeno social**

1.1	Introducción	1
1.2	Pobres, insensatos, locos y enfermos	3
1.3	La demografía de los trastornos mentales	6
1.4	Variables psicosociales en salud mental	10
1.4.1	Variables Psicosociales en la Etiología, Vulnerabilidad, Cronicidad y Gravedad de los trastornos mentales	14
1.5	El Modelo de Intervención Comunitaria	21
1.6	La Rehabilitación Psicosocial	24
1.7	Los contenidos de la Rehabilitación Psicosocial	26
1.7.1	La rehabilitación cognitiva	27
1.7.2	La psicoeducación familiar	30
1.7.3	El nivel macrosocial de la intervención comunitaria	31
1.7.4	Los sucesos vitales estresantes	33

**CAPÍTULO SEGUNDO: El marco teórico de las Representaciones Sociales**

2.1	Cultura y Representaciones Sociales	38
2.2	Antecedentes teóricos de las Representaciones Sociales	42
2.3	Concepto de Representaciones Sociales	45
2.4	Críticas a la teoría de las Representaciones Sociales	51
2.5	Contenido de las Representaciones Sociales	58
2.5.1	Funciones de las Representaciones Sociales. "Lo bueno para pensar".	62
2.6	Las Representaciones Sociales de la Enfermedad Mental	63
2.6.1	Ciencia y Representaciones Sociales de la Enfermedad Mental	69
2.6.2	Modelos científicos y conductas de enfermedad	73

## **CAPÍTULO TERCERO: Medios de Comunicación e Influencia Social**

3.1 La Era Informativa	80
3.2 Los efectos de los Media sobre la Población. Los efectos de la Población sobre los Media	82
3.3 La construcción social de la realidad	87
3.4 Televisión, Prensa y Representaciones Sociales	92
3.4.1 Procesos de Comunicación, Representaciones Sociales e Investigación Social	99

## **PROCESO DE INVESTIGACIÓN**

### **CAPÍTULO CUARTO: Planteamiento de la investigación**

4.1 Introducción	107
4.2 Objetivos de la Investigación	109
4.3 Hipótesis de la Investigación	110
4.4 Metodología y Proceso de Investigación	111
4.4.1 Justificación metodológica	111
4.4.2 Análisis cuantitativo vs. cualitativo	113
4.5 Diseño de la Investigación	115
4.6 Características de la muestra, del análisis y de la recogida de Información	117
4.7 Aspectos metodológicos del acercamiento cuantitativo	120
4.8 Aspectos metodológicos del acercamiento cualitativo	121

### **CAPÍTULO QUINTO: Análisis cuantitativo de la información**

5.1 Introducción al análisis cuantitativo	124
5.2 Análisis descriptivo de las variables de Ubicación en el total de la muestra	124
5.2.1 La distribución de las noticias	124
5.2.2 El año de aparición de las noticias	125
5.2.3 Los meses con mayor presencia de la EM	126

5.2.4 La sección periodística	126
5.2.5 La ubicación de las noticias	126
5.3 Análisis descriptivo de las variables de Contenido en el total de la muestra	130
5.3.1 <i>Representación de las enfermedades mentales</i>	130
5.3.1.1 Identidad o nombre del trastorno	130
5.3.1.1.1 Los temas prevalentes de las noticias. De la crisis psicótica a la exclusión	130
5.3.1.1.2 Tipo de enfermedad mental	132
5.3.1.1.3 Objetivación de la enfermedad mental	133
5.3.1.1.4 Distintividad de la enfermedad mental	134
5.3.1.2 Razón u origen de la dolencia	135
5.3.1.2.1 Etiología	135
5.3.1.3 Consecuencias de la enfermedad	136
5.3.1.3.1 Consecuencias Sociales	136
5.3.1.3.2 Consecuencias Legales	136
5.3.1.4 Expectativas sobre curso y duración	137
5.3.1.4.1 Duración	137
5.3.1.4.2 Terapia	138
5.3.1.4.3 Diagnóstico	139
5.3.1.5 Curación	139
5.3.2 <i>Representación del enfermo mental</i>	140
5.3.2.1 Rol asociado al enfermo mental	140
5.3.2.2 Contacto social	142
5.3.2.3 Sexo	143
5.3.2.4 Edad	143
5.3.2.5 Residencia	143
5.3.2.6 Numero de hijos	144
5.3.2.7 Situación familiar	144
5.3.2.8 Autonomía	145
5.3.3 <i>Representación de las Instituciones implicadas</i>	146
5.3.3.1 Familia	146
5.3.3.2 Instituciones	147

5.3.3.3 Asociaciones	149
5.3.3.4 Profesionales	151
5.3.3.5 Contexto social	151
5.3.4 Los Titulares de la locura	155
5.3.4.1 Las enfermedades mentales	155
5.3.4.2 La etiqueta de las EM	156
5.3.4.3 La enfermedad mental como modelo científico	159
5.3.4.4 La enfermedad mental. Salud/Enfermedad	160
5.4 Características sobresalientes de las variables de contenido	161
5.4.1 Imágenes de las enfermedades mentales	161
5.4.2 Imágenes del enfermo mental	162
5.4.3 Imágenes de las Instituciones implicadas	163
5.5 Análisis Diferencial	165
5.5.1 Variables de Ubicación	165
5.5.2 Titulares y <i>Lids</i>	167
5.5.3 Secciones periodísticas	168
5.5.4 Variables de contenido con diferencias significativas	169
5.5.5 Identidad de las enfermedades mentales	170
5.5.5.1 Identidad o nombre del trastorno	170
5.5.5.2 Razón u origen de la dolencia	179
5.5.5.3 Consecuencias de la enfermedad	180
5.5.5.4 Expectativas sobre curso y duración	183
5.5.6 Imágenes del enfermo mental	185
5.5.7 Contexto social de las EM	189
5.5.8 Identidades de las Instituciones implicadas	196
5.5.8.1 Familia	196
5.5.8.2 Profesionales	197
5.6 Características de la muestra e información diferencial	203
5.7 Perfil específico de los periódicos analizados	208
5.8 Diferenciación e ideología en la prensa analizada	213
5.8.1 Variable Salud / Enfermedad	215
5.8.2 Las Secciones periodísticas	215
5.8.3 Los Temas	215

5.8.4 El Hecho causal de las noticias	216
5.8.5 Tipo de enfermedad mental	216
5.8.6 Distintividad de los trastornos mentales	217
5.8.7 Objetivación de la enfermedad mental	217
5.8.8 Terapia descrita	218
5.8.9 Pronóstico	219
5.8.10 Consecuencias sociales	221
5.8.11 Situación descrita	222
5.8.12 Rol asociado al enfermo mental	223
5.8.13 Contacto social	224
5.8.14 Residencia	224
5.8.15 Circunstancias asociadas	225
5.8.16 Antecedentes situacionales	225
5.8.17 Noticias Institucionales	226
5.8.18 Recursos solicitados por las Asociaciones	227
5.8.19 Profesionales	227
5.8.20 Campo Profesional	228
5.8.21 Variables de ubicación e ideología	228
5.9 El análisis cuantitativo y la estructura de la Representación	230

## **CAPÍTULO SEXTO: Análisis cualitativo de la información**

6.1 Descripción de las categorías criterio orientativas del análisis cualitativo	241
6.1.1 El Modelo Biomédico	241
6.1.2 El Modelo de Intervención Comunitaria	245
6.1.3 El Modelo de Agresión-Legal	247
6.2 Las noticias y sus contenidos	249
6.2.1 Identidad, Origen y Terapia de las enfermedades mentales	249
6.2.1.1 El internamiento Psiquiátrico	249
6.2.1.2 Bétera, <i>Forever</i>	254
6.2.1.3 La tipología de los trastornos mentales	259
6.2.1.4 La Genética de la enfermedad mental	274

6.2.1.5 La farmacología de las enfermedades mentales	281
6.2.2 La agresión en los trastornos mentales	288
6.2.3 El rol de los enfermos mentales	303
6.2.3.1 Rol y valoraciones sociales	311
6.2.4 Contexto social de las enfermedades mentales	294
6.2.5 Familia, Instituciones, Asociaciones, Profesionales y EM	305
6.3 Conclusiones. Los sueños de la razón	328

## **CAPÍTULO SÉPTIMO: Discusión y análisis de futuro**

7.1 La iconología social	355
7.2 El método. Brujas e Inquisidores	356
7.3 Discusión de las hipótesis de partida	360
7.3.1 La Reforma Psiquiátrica	360
7.3.2 El núcleo estructurante de la Representación Social. La agresión	361
7.3.3 La presencia del modelo Biomédico	362
7.3.4 La presencia del modelo de Intervención Comunitaria	363
7.3.5 La dinámica de la Representación Social	365
7.3.6 Estructura y contenido del mensaje	366
7.3.7 Nuevas necesidades, nuevos grupos sociales	369
7.3.8 Las características de la prensa y el contenido del mensaje	369
7.4 La conducta y las Representaciones Sociales	370
7.5 Imago Praeentis	375

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	377
-----------------------------------	-----

<b>ANEXO</b>	395
--------------	-----

-FICHA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

-CATMEPES. (Cuestionario)

## ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, TABLAS E IMÁGENES

### Figuras

1.	Funcionamiento cognitivo en esquizofrenia	28
2.	Procesamiento de la información y sintomatología	29
3.	Esquema figurativo de la enfermedad mental	68
4.	Modelo Integral Comunicación-RRSS	103
5.	Modelo de Influencia Medios-RRSS	105
7.	Problemática de la enfermedad mental y su reflejo temático en prensa	137
8.	Variable salud/ enfermedad	214
9.	Posicionamiento ideológico y secciones	215
10.	Posicionamiento ideológico y temas	215
11.	Ideología y hecho causal	216
12.	Ideología y tipo de enfermedad	216
13.	Distintividad y ámbito de la tirada	217
14.	Objetivación e Ideología	217
15.	Terapia descrita	218
16.	Pronóstico e ideología	219
17.	Consecuencias sociales	221
18.	Situación descrita	222
19.	Rol asociado	223
20.	Contacto social	224
21.	Residencia	224
22.	Circunstancias asociadas	225
23.	Antecedentes situacionales	226
24.	Noticias institucionales	226
25.	Recursos solicitados por las Asociaciones	227
26.	Profesionales	227
27.	Campo profesional	228
28.	Modelo Biomédico	231



29.	Modelo de Intervención Comunitaria	231
30.	Modelo Agresión-Legal	232
31.	Proceso de objetivación en enfermedad mental	236
32.	Anclaje en enfermedad mental	237
33.	El método social iconológico	360
34.	Agresión y Prensa	362
35.	El modelo Biomédico en la prensa	363
36.	El modelo de Intervención social en prensa	364
37.	Representaciones sociales, conducta y sintomatología en EM	374

### **Gráficos**

1.	Curso de la esquizofrenia	19
2.	Tiradas nacionales y autonómicas y nacionales en las noticias con presencia de la EM	125
3.	Año de aparición de las noticias	125
4.	Extensión en líneas de los artículos	127
5.	Extensión en columnas de los artículos	127
6.	Ubicación en la página par/impar de los periódicos	128
7.	Ubicación en páginas de los artículos	128
8.	Ubicación en la página par/impar del soporte gráfico	128
9.	Extensión en columnas del soporte gráfico	129
10.	Extensión en líneas del soporte gráfico	129
11.	Ubicación del gráfico en la página periodística	129
12.	Los Temas	131
13.	Nombre de las EM para la variable, tipo de EM	133
14.	Distintividad y modelos científicos	134
15.	Etiología de las enfermedades mentales	135
16.	Rol del enfermo mental	140
17.	Contacto social	142
18.	Sexo	143
19.	Edad	143
20.	Residencia	143

21.	Numero de hijos	144
22.	Situación familiar	144
23.	Noticias institucionales	149
24.	Hecho causal de las noticias	152
25.	Situación descrita	153
26.	Circunstancias asociadas a la enfermedad mental	153
27.	Titulares y Lids en enfermedad mental	159
28.	El modelo Biomédico en titulares y Lids	167
29.	Secciones periodísticas	168
30.	Temas en enfermedad mental	172
31.	Tipos de enfermedad mental	175
32.	Objetivación de las enfermedades mentales	177
33.	Distintividad de las enfermedades mentales	178
34.	Etiología de las enfermedades mentales	179
35.	Consecuencias sociales de las enfermedades mentales	181
36.	Consecuencias legales de las enfermedades mentales	182
37.	Terapia de las enfermedades mentales	184
38.	Métodos terapéuticos en enfermedad mental	184
39.	Rol asociado al enfermo mental	186
40.	Contacto social	187
41.	Diferenciación y contacto social	188
42.	Residencia	188
43.	Hecho causal	189
44.	Situación descrita	191
45.	Circunstancias Asociadas	193
46.	Antecedentes de las noticias	195
47.	Reacción familiar	197
48.	Campo profesional	198
49.	Profesiones	200
50.	Sector Profesional	202
51.	Campo semántico de la representación social de las EM	232

## **Tablas**

1.	Prevalencia de los trastornos mentales	7
2.	Prevalencia de los TM por consumo de sustancias	8
3.	Clasificación de la discapacidad OMS	8
4.	Evolución defectual en esquizofrenia	10
5.	Terapia combinada en esquizofrenia	27
6.	C.I y esquizofrenia	29
7.	Emocionalidad expresada y esquizofrenia	31
8.	Intervención en el Medio Social y esquizofrenia	33
9.	Esquizofrenia y neurolépticos	35
10.	Coste de la rehabilitación psicosocial	36
11.	Modelo factorial de las actitudes	41
12.	Objetivos generales de la investigación	109
13.	Objetivos específicos de la investigación	110
14.	Frecuencias según tirada y posicionamiento ideológico	124
15.	Mes de aparición de las noticias	126
16.	Secciones periodísticas	127
17.	Características de ubicación sobresalientes para el total de la muestra	130
18.	Temas de las noticias	131
19.	El nombre de las enfermedades mentales	132
20.	Objetivación de los trastornos mentales	133
21.	Distintividad de los Trastornos Mentales	134
22.	Etiología de los trastornos mentales	135
23.	Consecuencias sociales de la EM	136
24.	Consecuencias legales de la EM	137
25.	Duración de las EM	137
26.	Terapia de la EM	138
27.	Diagnóstico de la EM	138
28.	Curación en EM	139
29.	Imágenes de las EM en el total de la muestra	139
30.	Situación familiar del enfermo mental	144

31.	Antecedentes atribucionales de causación	145
32.	Imágenes del enfermo mental en el total de la muestra	146
33.	EM y familia en el total de la muestra	146
34.	EM e Instituciones para el total de la muestra	147
35.	EM y Asociaciones para el total de la muestra	149
36.	EM y profesionales para el total de la muestra	151
37.	Contexto social de las EM	151
38.	Factores diferenciales del contexto social de las EM	155
39.	La categoría <i>salud</i> en lids y titulares	160
40.	La categoría <i>enfermedad</i> en lids y titulares	160
41.	Los Temas por periódicos	171
42.	Profesionales	201
43.	Perfil diferencial de Las Provincias	209
44.	Perfil diferencial de El Levante	210
45.	Perfil diferencial de EL ABC	211
46.	Perfil diferencial de El País	212
47.	Perfil de la prensa conservadora	229
48.	Perfil de la prensa progresista	229
49.	Modelos en EM	230

## **IMÁGENES**

1.	Las Provincias, 10 de diciembre de 1997	240
2.	Prácticas terapéuticas en Sâlpetrière	244
3.	El País, 15 de junio de 1997	250
4.	Levante, 23 de junio de 1998	252
5.	Las Provincias, 20 de julio de 1997	252
6.	El País, 9 y 11 de febrero de 1997	253
7.	Levante, 30 de abril de 1997	254
8.	Levante, 8 de mayo de 1998	255
9.	El País, 3 de julio de 1998	256
10.	El País, 7 de julio de 1998	256
11.	ABC, 12 de enero de 1997	257

12.	Las Provincias, 18 de enero de 1997	260
13.	Las Provincias, 12 de diciembre de 1998	263
14.	Levante, 4 de enero de 1998	268
15.	El País, 29 de abril de 1997	269
16.	El País, 10 de febrero de 1997	272
17.	Levante, 12 de abril de 1998	273
18.	Las Provincias, 9 de mayo de 1998	279
19.	Levante, 3 de abril de 1997	284
20.	Las Provincias, 30 de noviembre de 1997	288
21.	Las Provincias, 25 de marzo de 1998	289
22.	Levante, 25 de septiembre de 1998	290
23.	Levante, 9 de julio de 1998	291
24.	Las Provincias, 5 de abril de 1998	296
25.	Las Provincias, 9 de junio de 1998	298
26.	Levante, 6 de mayo de 1998	300
27.	Levante, 15 de julio de 1997	300
28.	Levante, 21 de enero de 1998	302
29.	El País, 20 de julio de 1998	303
30.	Las Provincias, 2 de diciembre de 1997	305
31.	El Levante, 7 de junio de 1998	306
32.	Las Provincias, 17 de octubre de 1998	308
33.	El País, 24 de diciembre de 1997	309
34.	Las Provincias, 20 de febrero de 1997	313
35.	El Levante, 7 de abril de 1998	313
36.	Las Provincias, 21 de octubre de 1998	316
37.	Las Provincias, 20 de marzo de 1998	317
38.	Las Provincias, 1 de diciembre de 1997	322
39.	Las Provincias, 27 de agosto de 1998	322
40.	ABC, 9 de octubre de 1998	323
41.	Las Provincias, 30 de octubre de 1998	329
42.	El Levante, 6 de septiembre de 1998	332
43.	El Levante, 15 de abril de 1997	332
44.	El Levante, 15 de abril de 1997	333

45.	El Levante, 11 de abril de 1998	334
46.	El Levante, 2 de abril de 1998	334
47.	El Levante, 3 de diciembre de 1997	336
48.	Las Provincias, 6 de noviembre de 1997	338
49.	El País, 3 de octubre de 1998	340
50.	El País, 16 de agosto de 1998	344
51.	El Levante, 16 de abril de 1997	350
52.	El Levante, 26 de marzo de 1998	351
53.	El País, 12 de agosto de 1998	352
54.	El Levante, 30 de abril de 1998	353
55.	El País, 8 de noviembre de 1998	354



## CAPÍTULO PRIMERO:

### La enfermedad mental como fenómeno social

---

#### 1.1-Introducción

En 1994 John Nash era galardonado con el Premio Nóbel de Economía. Este economista sobresaliente tiene algo en común con el ciudadano español de la localidad de Arganda, Cipriano Ruiz Loeches, que apareció el sábado 4 de Octubre de 1997 en las páginas de sucesos del ABC.

Cipriano Ruiz había asesinado de una puñalada a un hombre, que intentaba defender a una mujer, de su acoso. Anteriormente ya había sido denunciado en más de 200 ocasiones.

En realidad, a Cipriano Ruiz y John Nash les une el hecho común de que son esquizofrénicos de larga evolución.

Ante la lectura de noticias tan dispares, quizás añoramos el recurso a algún sistema de creencias o determinado constructo científico que nos permita explicar la realidad polimorfa de la enfermedad mental.

Sin embargo, al igual que hasta mitad del siglo pasado la sociedad de masas percibía su realidad social, fundamentalmente, a partir de las ideologías, en nuestro siglo son los grupos y sus representaciones sociales los que construyen y explican la realidad cotidiana de forma compleja y en ocasiones contradictoria.

Esencialmente, lo que se desprende de la lectura de ambas noticias es el hecho de que la categoría *enfermedad mental* resulta inútil para definir por sí misma a las personas.

Sin embargo, el etiquetaje social y lo que es más relevante, la serie de pautas de conducta que devienen de dicha categorización, evocan ideas como “de por vida”, “encierro” o “agresión” y se asocian casi automáticamente al concepto de loco o demente, en mayor medida que “Nóbel”.

La generalización y esquematismo en la conceptualización del enfermo mental, tampoco resultan adecuados en sí mismos para describir y predecir situaciones en las que estas personas son protagonistas.

Y esto es así porque, cuando nos enfrentamos al análisis de la enfermedad mental, no estamos ante un problema específicamente sanitario, sino sociosanitario en la plena extensión del concepto.

Un problema que afecta a todas las áreas de la actividad humana, social, sanitaria, jurídica, laboral y educativa, que se entrelazan entre sí y trascienden el entorno familiar e individual para transformarse en *la principal preocupación sociosanitaria europea de la próxima década*, según la V Conferencia Europea de Promoción de la Salud y Educación para la Salud de la OMS, de mayo del 2000.

La enfermedad mental se nos muestra como un campo difuso y contradictorio, donde ya no existen nítidamente ideologías y creencias



“fuertes” que nos orienten en qué es lo bueno para pensar y actuar al respecto. A lo sumo, encontramos en los Medios retazos de información de carácter emocional, sobre los que construir una teoría propia que raramente es confirmada en nuestra práctica diaria.

En este contexto de falta de experiencia directa con el problema, y siempre que el hecho ha despertado nuestro interés, es cuando buscamos la ayuda de los paradigmas científicos y nuevas fuentes de información. Teorías científicas sobre la enfermedad mental que se híbridan con otros conocimientos de profesionales, periodistas o científicos de diferentes áreas del conocimiento y que son tamizados por nuestros grupos sociales de referencia. El resultado de todo ello es un conjunto de conocimientos relacionados pero poco coherentes con la teoría científica inicial, a los cuales se le añaden valoraciones y creencias y en última instancia formas de actuación social.

Estas teorías de sentido común, que en ocasiones se apoyan primigeniamente en la historicidad de otras sistematizaciones sociales anteriores, son identificadas como Representaciones Sociales, formando junto con la existencia de los Medios, dos de los rasgos más distintivos de la sociedad de nuestra época, caracterizada por esa especie de conocimientos caleidoscópicos distribuidos sobre la población en capas cuya significación social y permanencia son propias de la postmodernidad.

En nuestro caso, se transforman en objeto de investigación para analizar el contenido y la importancia de la enfermedad mental en nuestra sociedad. Con ello, pretendemos determinar cuál es el conocimiento popular de la enfermedad mental y a la vista de los estudios realizados a tal fin, apuntar los correlatos sociales que se derivan de dicho conocimiento.

El análisis se convierte así, en una cuestión de investigación científica de los fenómenos psicosociales, pero también se aúna en él, la vertiente terapéutica del fenómeno, ya que la integración social o la exclusión de este colectivo incide directamente sobre su recuperación o cronificación, el empeoramiento de su pronóstico y la aparición de graves problemas en la vida de los enfermos y sus familias, así como la aparición de fuertes conductas sociales de exclusión y temor infundado.

La enfermedad mental incluye trastornos muy diferenciados en un abanico que va desde los trastornos de ansiedad como las fobias, a trastornos de origen orgánico como las demencias. A la vez, en el curso de algunos de ellos, se da la manifestación de sintomatología psicótica más o menos activa. Estos últimos, son los identificados por la población como constitutivos de la *locura*, que obedece en gran parte de los casos, a los síntomas propios del espectro esquizofrénico, la depresión psicótica y el trastorno bipolar.

Esta gran variedad de trastornos aparece en la prensa y en el resto de los Medios muy esquematizados, descritos a través de generalizaciones reduccionistas y mal identificados en la mayoría de los casos, como

consecuencia de la falta de formación y de la especialización de muchos profesionales del periodismo en focalizar estos temas bajo el prisma del sensacionalismo y la crónica de sucesos.

Desde nuestro punto de vista, no existe una separación nítida en las interacciones sociales, que diferencie realmente una enfermedad mental de sus representaciones sociales, sino que estas últimas, son las que determinan mayoritariamente el comportamiento de los grupos sociales, de los familiares y de los propios enfermos.

Por otro lado, no pretendemos buscar una separación de los diferentes trastornos en la prensa escrita. En ella se encuentran reflejados los discapacitados mentales y los psíquicos, las psicosis delirantes con las neurosis que permiten una vida más o menos estructurada, coexisten los trastornos psicóticos funcionales como la esquizofrenia, con demencias de origen orgánico como el Alzheimer, la deficiencia mental con "trastornos nerviosos"; todo ello englobado bajo el epígrafe de enfermedad mental y enfocado desde aspectos emocionales, legales, científicos o de denuncia social.

Por ello, no podemos esperar que los periodistas, al describir un hecho social nos indiquen en todos los casos, si se trata de una noticia protagonizada por un esquizofrénico o más bien por un depresivo, además si pretendiéramos esto, incurriríamos en graves errores metodológicos al esperar fiabilidad en la clasificación de profesionales no especializados en la nosología de los trastornos mentales. Incluso puede afirmarse, que no estaríamos haciendo un análisis sobre las representaciones sociales, sino más bien, una investigación sobre la incidencia y epidemiología de las enfermedades mentales en la prensa escrita.

En suma, las representaciones sociales de la enfermedad mental son un producto de las relaciones sociales en torno a la sintomatología y curso de entes nosológicos científicos concretos ante los que los seres humanos reaccionan, redefinen y transforman a partir de sus actitudes, sus conductas de afrontamiento ante lo novedoso. Ya que al ajustar expectativas y comportamientos ante la sintomatología, por omisión o acción, modifican el curso y pronóstico de las enfermedades mentales, evidenciando con ello el carácter psicosocial de su terapéutica.

## **1.2- Pobres, insensatos, locos y enfermos**

*La locura* no es en absoluto una realidad ahistórica sino que a lo largo del proceso cultural humano ha sido expresada y entendida de múltiples formas diferentes.

La idea del ser humano gozando de libertad absoluta y guiado exclusivamente por su conciencia y voluntad a lo largo de los siglos, sin tener en cuenta las limitaciones que impone el marco previo cultural y social, no es asumible ni siquiera para el Humanismo más radical.

Señalar esa historicidad ha sido la tarea de muchos investigadores que han centrado sus esfuerzos en poner fecha de aparición a fenómenos sociales como la locura, que afectan a la propia conciencia e idea de lo humano.

Las aportaciones de Foucault (1972), se dirigen en esta dirección al objeto de demostrar cómo las estructuras sociales afectan la comprensión de la enfermedad mental.

La lepra como detonante de la exclusión y encierro de grandes colectivos, su sustitución por los pobres en las antiguas leproserías, la instauración del trabajo redentor de los pecados y la holganza, la represión y encierro junto con estos colectivos de los llamados *insensatos y dementes* o los mecanismos de protección y de Beneficencia, nos hablan del origen de conceptos que manejamos hoy con asiduidad como el de *cronicidad*, o de nosologías científicas que hasta hace poco, etiquetaban de enfermedad mental y degeneración cualquier desviación sexual de la norma, y que precisamente encuentran su justificación, en ese fondo cultural donde la *docta* y la *doxa* se confunden, no sólo influenciando la realidad sino formándola en sí misma.

La época del *decorum* de la Baja Edad Media, con su interés por el adecentamiento de las ciudades y la moral pública, como núcleos óptimos del incipiente comercio, no solo conllevó una revolución del urbanismo o un cambio en las relaciones de producción con la aparición de una emergente ética del trabajo, sino que también ocasionó la reclusión en lugares apartados de todas aquellas personas que no encajaban en el entramado de esas nuevas relaciones sociales y comerciales.

El desorden, la impiedad, la idiotez o la insensatez eran conceptualizadas globalmente y sirvieron de legitimación para llevar a cabo el *gran encierro* que este autor ejemplifica en su obra y que, no sólo resulta reconocible hoy en día sino que en ocasiones, aún se practica en nuestros pueblos como veremos a lo largo de la investigación.

A finales de la Edad Media, la locura formaba parte de ese mundo donde la pobreza o la insensatez integraban el complejo plan de Dios para aquellos que, a través de las dádivas y las limosnas podían ganar una existencia ultraterrena. Pero a lo largo de los siglos XII y XIII, las actitudes hacia la enfermedad mental van a cambiar bajo la influencia de las nuevas ideas derivadas del mercantilismo y el fortalecimiento del poder real, provocando con ello la aparición de un nuevo contenido para una estructura fundamental, el Hospital laico (Rosen, 1974).

De nuevo, la locura va a ser conceptualizada y tratada de acuerdo con la función social que la mentalidad de la época le atribuye. Si durante la Edad Media, la naturaleza de los enfermos mentales y la atención que recibían, estaba marcada por un paradigma religioso y filantrópico, durante el siglo XIII, se considera que el mejor lugar para la locura son las casas de encierro y correccionales, al objeto de internar al "furiosus".

El furor y el loco furioso, términos ya conocidos del derecho romano que se mezclan con los nuevos conceptos y facilitan el encierro en el

Hospital, no ya para proteger al loco y el desvalido de la sociedad, sino para proteger a la ciudad del furioso y el pródigo.

Durante el siglo XVIII y XIX, el análisis científico de la locura se inicia con la crítica de hombres como Pinel y Esquirol. Ellos son los que ponen en tela de juicio las medidas del hospital de Bethlehem en Inglaterra o el de Bicêtre en Francia, que exhiben los domingos y previo pago, a los enfermos mentales mientras realizan acrobacias al son del látigo de los guardianes.

Es el momento en que el positivismo retoma la locura como una sin razón que se origina de un mecanismo patológico de la naturaleza. Irracionalidad inocente de los enfermos, pero dentro del esquema clásico del internamiento y de la locura como degeneración moral y fisiológica. Es así como Pinel, en su *Tratado Médico Filosófico* nos previene de la importancia de las leyes de la moral para prevenir la hipocondría, la melancolía y la manía.

Durante todo el siglo XVIII, las curas a las que son sometidas las personas con enfermedad mental, pasan por la administración del opio, el beleño o el alcanfor, en una farmacopea que intenta restablecer los humores del loco, neutralizar la sensibilidad de los *nervios* y evitar la agitación del furioso.

Es el tiempo de las sangrías que purifican los humores, las terapias que regulan los movimientos, para calmar las conductas violentas que hay que controlar, a fin de reestablecer el equilibrio interno contra la agitación.

La represión enérgica, seguida de muestras de clemencia para “despertar” al loco de su sueño irracional, o la técnica contraria, introducirse en el delirio para que él mismo, a través de una representación teatral, prescriba la curación como resultado catártico del desenlace de la función. La vuelta a lo inmediato, a la naturaleza, con los trabajos agrícolas y la quietud de la campiña, que se escenifica en aldeas como Gheel o el hospital de Zaragoza, y que pervivirán junto con las primeras nosologías científicas del siglo XIX.

El relato de todas las mentalidades que han precedido y jalonan el camino de la psiquiatría hacia el conocimiento científico, sólo resulta gratuito, si no somos capaces de resaltar el hecho de que a pesar de los modelos científicos actuales, la ciencia y el trato a los enfermos mentales, se encuentra cruzado por hábitos sociales todavía detectables en la actualidad, a partir de las creencias en los efectos de los todopoderosos psicofármacos, sobre lo beneficioso de la ocupación y el trabajo para los enfermos mentales, sobre los programas de actividades, y lo terapéutico de las comunidades agrícolas, o las creencias sobre la etiología nerviosa de las enfermedades mentales.

Sin embargo, la cuestión fundamental no sólo consiste en poner de relevancia los precedentes morales de la terapéutica moderna, sino más bien, resaltar el hecho de que la enfermedad mental está sujeta a los condicionamientos culturales y sociales de su época, a la vez que asumimos que en la actualidad, existen un cúmulo de creencias que pueden influir en el tratamiento de la enfermedad mental, en la medida en que la misma sea definida a partir de su función social y sobre la base de que dichas

creencias, resulten útiles en dar una explicación válida para comprender y manejar, el fenómeno de la psicosis por los grupos sociales.

Los siglos XVIII y XIX van a suponer en psiquiatría la aparición de las primeras nosologías científicas de la mano de hombres como Pinel, Esquirol, Kraepelin y Bleuler (Vallejo, 1997). Estas primeras clasificaciones se apoyan en algunos postulados básicos que van a perfilar el modelo biomédico de la enfermedad mental:

- La enfermedad tiene una etiología orgánica.
- La etiología orgánica produce una serie de síntomas que pueden ser clasificados en agrupaciones sindrómicas que predicen el diagnóstico.
- El diagnóstico permite un pronóstico y el tratamiento biológico posterior.

Sin embargo, el modelo médico, aún siendo el modelo hegemónico dentro de las estructuras sanitarias, en la actualidad compite o se complementa con otros modelos como el conductista o el psicodinámico, que ofrecen otras interpretaciones sobre las funciones y los procesos mentales.

A partir de estas formulaciones, son los paradigmas científicos junto con las creencias sociales, los que determinan la comprensión y el tratamiento de las enfermedades mentales. El advenimiento de la ciencia positiva, a supuesto una reorientación en la definición de la salud y la enfermedad mental, que determina el perfil de nuevos modelos científicos superadores de las limitaciones del modelo biomédico clásico y también nuevas condiciones sociales para la enfermedad mental. Veamos en el apartado siguiente, cuál es la situación actual, consecuente con la cientifidad e idea de progreso de nuestra cultura.

### **1.3 La demografía de las enfermedades mentales:**

Ya hemos mencionado cómo la enfermedad mental ha sido definida como uno de los mayores problemas sociosanitarios de nuestras sociedades. En realidad, las enfermedades mentales suponen un conglomerado de síndromes de características e incidencias diferentes. Pero la gravedad del problema y su importancia social, resulta entendible a través de los parámetros sociales y sanitarios contenidos en las tasas de incidencia y prevalencia.

La incidencia de una enfermedad mental, se define como la tasa de aparición de nuevos casos de trastornos psíquicos en una población dada. Normalmente el plazo temporal de medición que se suele considerar como intervalo adecuado, es el de un año.

Mientras que la prevalencia, es considerada como el número de casos existentes en una población y en un momento dado. La tasa de prevalencia depende de los índices de curación, de recidivas y de mortalidad de una población respecto a una determinada patología.

Las tasas de prevalencia están expresadas en la tabla 1, que como puede verse, indica que al menos el 32 % de la población ha sufrido o puede padecer un trastorno mental.

	<b>Prevalencia 6 meses</b>	<b>vida</b>
<b>Cualquier trastorno</b>	<b>19%</b>	<b>32,7%</b>
<b>3)Trastorno por abuso de sustancias</b>	<b>6%</b>	<b>16,7%</b>
<b>5)Espectro esquizofrénico</b>	<b>0,9%</b>	<b>1,5%</b>
<b>2)Trastornos afectivos</b>	<b>5,8%</b>	<b>8,3%</b>
<b>1)Trastornos de ansiedad</b>	<b>8,9%</b>	<b>14,6%</b>
<b>6)Trastornos de personalidad</b>	<b>0,8%</b>	<b>2,6%</b>
<b>4)Demencias</b>	<b>1,3%</b>	<b>1,7%</b>

**Tasas de prevalencia, estimadas DSM III (1990) y (Klerman, 1986), en Vallejo, 1997.**

Tabla 1. Prevalencia de los trastornos mentales

Un 11,3 % de los enfermos contenidos en el total (32,7 %) sufre más de un trastorno asociado. Los trastornos por abuso de sustancias incluyen tanto la drogadicción como el alcohol (tabla 2), entre el 6-8 % de la población sana tiene problemas de dependencia con el alcohol. El espectro esquizofrénico no incluye los trastornos de personalidad "tipo A", (Paranoide, esquizoide y esquizotípico), que se encuentran referidos como tales.

-Los trastornos afectivos incluyen la manía, la depresión mayor y la distimia. Según diferentes estudios, la franja de prevalencia de estos trastornos estaría entre el 9 y el 20%, con mayor prevalencia puntual para las mujeres (5-10) sobre los varones (3-6), en la depresión.

-Los trastornos de ansiedad comprenden las fobias, episodios de angustia y los Trastornos Obsesivos Compulsivos (TOC). Sólo un 25% de estos enfermos buscan ayuda especializada. Según los estudios de referencia, su prevalencia vida estaría entre el 4 y el 8%, con mayor prevalencia puntual sobre las mujeres (el triple).

-Los trastornos de personalidad, se hallan sobre representados en el trastorno antisocial, siendo sus tasas de prevalencia:

- esquizoide: 0,1 y 1%
- paranoide: Entre el 0,5 y el 2,5 %
- esquizotípico: 3 %

-Las demencias incluyen todo trastorno con deterioro cognitivo grave de tipo orgánico. La población española que sufre Alzheimer representa el 1% de la misma, en su mayoría con una edad superior a los 65 años. La prevalencia de la demencia en general, puede ser superior al 3% de la población adulta.

<b>Alucinógenos (LSD):</b>	<b>0,5 %</b>
<b>Anfetaminas (ICE, SPEED):</b>	<b>2 %</b>
<b>Cannabis (HASHISH):</b>	<b>4 %</b>
<b>Cocaína (CRACK):</b>	<b>0,2 %</b>
<b>Opiáceos (MORFINA, HEROÍNA, CODEÍNA, METADONA):</b>	<b>0,7 %</b>
<b>Estimación a partir del DSM IV.</b>	

Tabla 2. Prevalencia de los trastornos mentales por consumo de sustancias

Las cifras no dejan lugar a dudas sobre la importancia y gravedad del problema, a lo que hay que añadir las dimensiones de minusvalía y discapacidad que conllevan algunas de estas enfermedades por sus características crónicas y limitantes. Gravedad que identifica a la depresión, trastornos bipolares y esquizofrenia entre las primeras 10 causas de discapacidad en todo el mundo (tabla 3).

<u>Clasificación</u>	<u>Enfermedad o daño</u>
<b>1</b>	<b>Depresión mayor unipolar</b>
<b>2</b>	<b>Tuberculosis</b>
<b>3</b>	<b>Accidentes de tráfico</b>
<b>4</b>	<b>Consumo de alcohol</b>
<b>5</b>	<b>Daños autoprovocados</b>
<b>6</b>	<b>Trastorno Bipolar</b>
<b>7</b>	<b>Guerras</b>
<b>8</b>	<b>Violencia</b>
<b>9</b>	<b>Esquizofrenia</b>
<b>10</b>	<b>Anemia ferropénica</b>

**Fuente: Murray C. J.L; López, A.D. 1996. (O.M.S)**

Tabla 3. Clasificación de la discapacidad, OMS

Pero el síndrome que por excelencia resulta paradigmático de las psicosis funcionales crónicas, objeto de nuestra investigación, es sin duda la esquizofrenia. Desde que en 1908, Bleuler utilizó por primera vez el concepto de esquizofrenia, las investigaciones sobre esta enfermedad se han ido acumulando en el acervo científico de conocimientos. Teorías biológicas, psicológicas o sociales pugnan por explicar la etiología y evolución de esta psicosis que afecta a hombres y mujeres por igual, que aparece entre los 15 y los 45 años y que afecta en nuestro país a unas 400.000 personas.

El Informe elaborado por la Oficina del Defensor del Pueblo en 1992, explicita los problemas que en nuestro país está teniendo la desinstitutionalización psiquiátrica, con una reducción significativa de camas de larga estancia, cifrada en torno a 23.282 en 1991, respecto a las 41.942 iniciales existentes en 1978, sin que esto halla supuesto creación alguna de recursos sociales alternativos. Lo que caracteriza a la misma, como resultante de medidas de ahorro en gasto público, más que en la modificación de las condiciones de asistencia sanitaria y social en enfermedad mental (EM).

A la vez, se constata una falta de homogeneidad en la rehabilitación social del enfermo esquizofrénico en el Estado de las Autonomías, donde no acaba de despegar el nuevo modelo de integración comunitaria, ante la escasez de estructuras alternativas de rehabilitación social.

La esquizofrenia representa un problema social con múltiples facetas ajenas a las fronteras nacionales. Como dato significativo, el informe del APA (APA on line, Public information, schizophrenia), cifra en 13 millones la cantidad de enfermos esquizofrénicos en EUA y Europa. La cifra solo para EUA de gasto directo, ascendía en 1990 a 18 billones de pesetas y en gastos indirectos a 46 billones, un 10% de las discapacidades en ese país obedecían exclusivamente a este trastorno, reseñando estos datos la importancia y significación del problema.

En Francia, el número de personas con esquizofrenia se estima en torno a las 300.000 de las cuales se trata a 225.000, lo que supone un 12,5 % de los gastos sanitarios en la Sanidad Pública de este país para el año 1992, lo que equivale a una cifra no inferior a 12 billones de francos al año (Bourgeois 1999).

No tenemos estadísticas fiables en nuestro país sobre el impacto económico que representa la esquizofrenia, pero sí es importante resaltar la importancia de su incidencia y su relación con la necesidad de los recursos necesarios en su tratamiento, sobre todo, porque define la asistencia a una enfermedad mental que destaca por la gravedad de sus consecuencias en todo el tejido social. En relación con ello, Bueno Abad (2000), no duda en incluir a los enfermos mentales entre los colectivos afectados por la exclusión social, calificando su situación como una de las más graves y dependientes para las personas con enfermedad mental y para las familias con las que conviven.

En este contexto, la investigación de Buelga (1993), nos advierte de las posibles consecuencias más oscuras de la Reforma Psiquiátrica, confirmando que las familias con hijos psicóticos tienen un menor apoyo social y un mayor número de conflictos intrafamiliares y conyugales que aquellas familias que viven una situación prolongada de relaciones gravemente estresantes. De ser así, esta investigadora estaría aportando elementos de contraste respecto a que la tan ansiada rehabilitación social del enfermo mental no está produciéndose satisfactoriamente, encontrando resistencias en los sistemas sociales que podrían estar minimizando los aspectos positivos de la Reforma, ya que precisamente el apoyo social se constituye en una fuente moderadora ante la vulnerabilidad al estrés de los enfermos esquizofrénicos (Barrón, 1992).

Son innumerables los estudios e investigaciones realizadas sobre esta enfermedad del todo imposibles de enumerar aquí, pero podemos al menos, citar algunos de los investigadores que han realizado estudios significativos en este campo como los ya clásicos citados por Rodríguez (1997), Liberman (1978), Neale y Oltman (1980), Gottesman (1978), Kohn et al. (1973), Cameron, Goldstein, C. Schneider, y Stierlin (1985) y Birchwood (1995), dentro del modelo psicosocial, o las aportaciones de Jodelet (1986 b), dentro



de un enfoque social, entre la etnología y la sociología del conocimiento, aportando todos ellos nuevos matices psicosociales en la investigación de esta enfermedad. En este sentido, uno de los focos de interés actual, es aquel que incide sobre la estigmatización y la exclusión social de los enfermos mentales.

De hecho, la realidad social de la esquizofrenia viene marcada por una característica suficientemente explícita, consistente en que el 80% de los enfermos internados en sanatorios psiquiátricos antes de la reforma psiquiátrica, estaban diagnosticados de esquizofrenia, de los que gran parte han quedado en situaciones de indigencia y abandono social (Diccionario de Ciencias de la Educación, Edit: Santillana, Madrid 1983, Pág. 584).

Hecho que provoca que la *resocialización* de los mismos, como circunstancia subsiguiente a dicha Reforma y el curso recidivante y defectual de la misma (Tabla 4), haya determinado una firme presencia en el campo de la psicología del enfoque psicosocial de la enfermedad, al considerar claves en su tratamiento la rehabilitación e integración social de estos enfermos (Anthony y Liberman, 1992).

Remisión total en el 30 % de los casos Evolución defectual en un 45 % de los casos Evolución defectual grave en un 25 % de los casos  Bleuler (1971)
--

Tabla 4. Evolución defectual en esquizofrenia

#### 1.4-Variables psicosociales en salud mental

En el recorrido de los trastornos mentales en los que puede surgir la ideación delirante, se pone de relieve la complejidad de los mismos como consecuencia del amplio espectro de variables psicosociales que inciden en el surgimiento, manifestación, gravedad y pronóstico de estos trastornos, así como el papel del entorno social, la familia, los grupos sociales y las Instituciones.

De hecho, el proceso por el que las variables sociales interactúan con variables clínicas lo denominamos salud, cronicidad, incurabilidad, discapacidad, curación, gravedad, encierro, exclusión, integración, terapia y enfermedad mental.

Sin embargo, la importancia de las variables psicosociales reviste características diferentes de acuerdo con la orientación de los modelos científicos definatorios de la salud mental. Siguiendo a Offer y Sabshin (1966), Sánchez Alipio (1996), identifica, cinco concepciones diferentes en la explicación de la salud mental:

- Ausencia de enfermedad
- Normalidad estadística
- Normalidad social
- Proceso
- Ideal utópico

El primer enfoque se basa principalmente, en describir la existencia de enfermedad a partir de la aparición de síntomas, de los que se deduce la presencia de un trastorno más o menos grave. La aparición del proceso sindrómico o agrupación de síntomas, determinaría la falta de salud.

La terapia a partir de este modelo, consiste en conseguir la desaparición de los síntomas y la recuperación de la persona en su nivel de funcionamiento "normal".

Por tanto, este modelo resume la salud mental como "ausencia de síntomas", identificándose con el modelo *biomédico* de atención psiquiátrica y hospitalaria, ya que en él, en combinación con criterios clínicos, se mide la incidencia y sintomatología de la enfermedad a través de indicadores como el número de consultas, tratamientos y duración en hospitalizaciones.

Aunque este posicionamiento no explica lo que realmente es la salud mental, sino por oposición a la presencia de enfermedad, se encuentra muy difundido e impregna la práctica clínica de muchos profesionales de la psicología y la psiquiatría. Además, fundamenta la importancia que se conceden a aquellas enfermedades cuyos síntomas se ven claramente reflejados en el funcionamiento orgánico, físico de los sujetos, induciendo por tanto, a la separación forzada y artificial de la salud física sobre la mental.

El segundo enfoque, fundado en el concepto de *normalidad estadística*, viene determinado por la presunción teórica de que la salud mental sigue una curva de distribución normal y que la enfermedad estaría representada por aquellas desviaciones de la normalidad. Es un modelo social y contextual que se halla presente en diferentes planteamientos, como los referidos a la medición del CI o los modelos factoriales de la personalidad.

Paradójicamente, este modelo que persigue una absoluta objetividad científica, depende, desde la elección de las variables a estudiar hasta en la interpretación de los resultados, de los presupuestos morales y culturales que cada sociedad tiene para explicar la "normalidad".

El tercer posicionamiento profundiza en el concepto de *normatividad social*, basando sus presupuestos teóricos en la necesaria interpretación de la conducta, a partir del contexto social y cultural del individuo. Aún coincidiendo en la importancia de este planteamiento, aceptarlo como patrón determinante para explicar la salud mental, nos pone en la tesitura de realizar la intervención terapéutica sobre todo aquello que no es considerado por la sociedad, como comportamiento normal.

Las consecuencias sobre los profesionales de la salud mental son obvias, ya que les hace susceptibles de transformarse en agentes de control social, al identificar salud con la asunción de las normas sociales imperantes en un momento dado.

La Alemania nazi, las dictaduras sudamericanas, las esterilizaciones y lobotomías de deficientes y enfermos mentales en los países nórdicos hasta la década de los sesenta, las penas de muerte a deficientes en EUA, o las

prácticas del antiguo régimen soviético, reflejan este modelo por exceso o por defecto, sentando las bases para convertir la práctica clínica en un apéndice de los sistemas judiciales o políticos de cada país.

El cuarto modelo de nuestro recorrido, considera la salud mental como un *proceso interactivo*, causa y resultado a la vez de factores biológicos, medio ambiente, estilo de vida y capacidad del sistema sanitario y social de prevención, asistencia y apoyo. Es una relación entre el sujeto y su entorno en los términos en que la OMS considera el ambiente *total*, como una combinación de factores económicos, físicos, sociales y culturales.

El quinto modelo, se basa en las formulaciones de Allport, Jahoda, Rogers o Maslow (Sánchez, 1996), haciendo referencia a conceptos como los de actualización y potenciación (Musitu, 1996), e incidiendo sobre las relaciones significativamente afectivas con el entorno, y un patrón estable de personalidad saludable, más que sobre conductas concretas y puntuales de salud. Fundamentado sobre la *psicología humanista*, intenta abordar el potencial de crecimiento de los seres humanos como parte de la salud mental más allá de la ausencia o no de enfermedad.

La carta fundacional de la OMS de 1946, haciéndose eco de planteamientos generales coincidentes con estos dos últimos modelos, recoge el concepto general de salud como "*el estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia*".

Sin gran esfuerzo se percibe a lo largo de los supuestos de estos modelos, su relación con el conocimiento que la sociedad tiene de la enfermedad mental. De este modo, se identifica al enfermo mental con "una persona que no es como los demás, no es *normal*", "alguien a quien le fallan los *nervios*" o una persona que "no ha podido resistir la *presión y estrés* de la sociedad". Por ello, la presencia social de alguno de estos modelos o su emergencia, será analizada a lo largo de la investigación, a fin de concretar la comprensión de los grupos sociales sobre la etiología y terapia de las enfermedades mentales, sin obviar que las representaciones que de ellos se derivan, construyen en la interacción social, la identificación y curso de las mismas.

El concepto de salud mental, independientemente del enfoque que adoptemos, resulta un constructo social más o menos inclusivo, que a través de diferentes categorizaciones nos sirve para identificar una determinada etiología, curso y terapia de los trastornos mentales. Tanto es así que hacia la década de los sesenta, debido a las diferencias culturales entre Europa y América, los psiquiatras europeos con cierto sentido irónico, recomendaban a los pacientes esquizofrénicos, que si querían obtener una curación milagrosa, solo debían cruzar el Océano, ya que en EUA serían diagnosticados casi con seguridad, como personas con psicosis maniaco depresiva.

El concepto de salud mental, está formado de acuerdo con las representaciones sociales que los grupos tienen de la salud y la enfermedad

y que se difunden, transforman y cambian, a partir de la interacción social de intereses de grupo y de los modelos científicos que definen, de un modo determinado, los elementos que conforman todo trastorno psíquico. Por ello, es necesario mencionar algunos de los paradigmas más influyentes en salud mental de los que se derivan diferentes formulaciones sobre la salud y la enfermedad, sobre lo crónico y lo agudo, y que por esto pueden estar en la base de las creencias y conocimientos que forman las Representaciones Sociales de la Enfermedad Mental (Sánchez, 1996).

Como hemos visto el *modelo biomédico* se centra en explicar la etiología de la enfermedad mental a través de causas endógenas (Buzzard, 1930), orgánicas (Liddle y cols., 1992; Kay y cols., 1987), infecciosas (Fabregat, 1996; Mednick, 1988) o de tipo genético (Bishop, 1992; Gotesman, McGuffin, Farmer y cols., 1987).

La terapia consiste principalmente, en la atención individual y el tratamiento farmacológico, siendo el caso clínico el paradigma interventivo dominante. Desde este enfoque, la enfermedad mental es considerada como "*desviación o desajuste de procesos biológicos*". La neuropsiquiatría, o la psiquiatría y el hospital psiquiátrico contra los que se han dirigido los movimientos antipsiquiátricos, serían los exponentes más claros de esta corriente.

Las explicaciones sobre el origen de la esquizofrenia que hacen hincapié en el exceso de dopamina en el medio sináptico, disfunciones en el hemisferio izquierdo y en el cuerpo caloso, hipofrontalidad cerebral o la susceptibilidad genética, así como la preeminencia otorgada a la terapia farmacológica, formarían parte de las teorizaciones y prácticas de este modelo.

El *modelo psicodinámico*, está formado por todas aquellas corrientes teóricas nacidas de las formulaciones iniciales del psicoanálisis freudiano. Murray, Jung, Adler o Reich, serían exponentes de esta corriente (Sánchez, 1996). La etiología de la enfermedad mental se refiere a un campo interno de fuerzas psíquicas de carácter endógeno y resultantes de conflictos no resueltos. El tipo de terapia dominante es el caso individual y la conceptualización de la enfermedad mental se concreta en "*la incapacidad de la persona para trabajar y para amar*". La explicación de la esquizofrenia, a partir de conflictos subconscientes y las teorizaciones sobre la enfermedad como una huída del yo, obedecen a esta corriente.

Investigadores como Watson, Skinner y Canfer representan la línea más pura del tercer modelo de nuestro resumen, *el modelo conductista*. Es necesario adscribir en este enfoque a Bandura (Sánchez, 1996; Vallejo, 1997), aunque con un carácter mucho más cognitivo, sobre todo, a partir de las últimas formulaciones de sus planteamientos teóricos, ya que en ellos destacan conceptos de carácter cognitivo como capacidad de afrontamiento, expectativa de éxito o autoestima a partir de experiencias de logro.

Este modelo de gran aplicación en la terapia psicológica, concibe la enfermedad mental como "*una respuesta desadaptativa al entorno*",

operando a través de estímulos externos causantes de la aparición de dicha conducta. Es por tanto, un modelo de etiología exógena y la terapia se basa fundamentalmente en la manipulación y control de esos estímulos externos.

La esquizofrenia como resultado de un ambiente desestructurado y caótico, donde castigos y recompensas se producirían sin causa justificable y una historia de aprendizajes anómalos o prematuros, formarían para este modelo, la etiología de la esquizofrenia.

#### 1.4.1 Variables psicosociales en la etiología, vulnerabilidad, cronicidad y gravedad de los trastornos mentales

De los modelos expuestos hasta aquí, solo nos queda señalar el modelo de *intervención psicosocial*. Este modelo, que aúna la intervención individual y grupal, intenta influir sobre la salud y la enfermedad como parte de los *procesos* que se dan en los grupos humanos con una estructura social determinada. En él, los sujetos son agentes participantes de su propia recuperación, a la vez que se convierten en dinamizadores de las redes sociales. Solo una excesiva tecnificación y una intervención meramente macrosocial, la alejan de la intervención comunitaria, mucho más centrada en el desarrollo humano integral, equilibrado y multioriginado, centrando la intervención, preferentemente, sobre la potenciación del ambiente mesosocial e individual.

A modo de diálogo entre este modelo y el paradigma biomédico, hemos elegido aquellas categorías que se propugnan desde el modelo médico, esto es, etiología, vulnerabilidad, cronicidad y gravedad, para resaltar como aún en estas variables, existen factores sociales que modulan el origen, la expresión y el desarrollo de las enfermedades mentales. Es más, estas variables resultan fundamentales para nosotros puesto que en parte, forman los conocimientos que modulan la información que las personas tienen sobre las afecciones psíquicas, y las actitudes y conductas que sirven como respuestas de afrontamiento y manejo de la enfermedad mental (Leventhal y cols. 1980, 1982 y 1984).

A diferencia del modelo médico, donde *la etiología*, curso y terapia de las enfermedades mentales están determinadas por variables orgánicas y tratamientos biológicos, el modelo psicosocial identifica las causas y el curso de la enfermedad como resultante de la interacción entre el ambiente y factores individuales.

No existe por tanto, una sola causa dominante, sino un campo etiopatogénico o concurrencia de concausas que generan resultados probabilísticos para que aparezca la enfermedad. Es una formulación que engloba elementos biológicos, psicológicos y sociales, cuya terapia debe aplicarse en el entorno natural de la persona, desde un enfoque grupal sin excluir la intervención individual.

La aparición de la enfermedad mental estaría determinada por el peso de los diferentes factores y la combinación de los mismos, identificándose desde esta teoría:

- Factores de disposición o prenatales
- Factores sensibilizantes o peri y neonatales
- Factores psicosociales desencadenantes
- Factores psicosociales de evolución

La esquizofrenia entendida como resultante de factores genéticos no determinantes o problemas en el parto, combinados con la aparición de situaciones estresantes que desencadenarían la enfermedad, y la existencia de condicionantes sociales como las características de la red sociosanitaria incidiendo sobre el desarrollo del trastorno, son teorizaciones que obedecen a los presupuestos de esta corriente. La terapia consistiría en una acción combinada e integral frente a los diferentes factores identificados en el tratamiento terapéutico.

Conceptos como el de estresor social -percepción de las demandas ambientales, superiores a los recursos adaptativos de la persona- (Kessler, 1985), y el concepto de vulnerabilidad, están haciendo referencia a la combinación de concausas del campo etiopatogénico.

Desde nuestro punto de vista, las Representaciones Sociales de la enfermedad mental, forman parte de esos factores sociales que modulan la gravedad de su curso, ya que inciden en la elaboración social y cognitiva de conductas de adhesión al tratamiento de la persona enferma, el manejo adecuado del trastorno por parte de los grupos primarios y en una instancia macrosocial, a la propia etiología de la enfermedad mental, al conectarse la misma, con los programas, información y Recursos que institucionalmente se perfilan y se crean en base a creencias, ideologías y demanda social y que tienen su correlato en el perfil y objetivos de las instituciones sanitarias, sociales, educativas y laborales de una sociedad dada.

La etiología multifactorial se complementa con la existencia de modelos teóricos donde las variables sociales son susceptibles de ser manejadas y controladas con objetivos rehabilitadores.

Hace sólo algunas décadas, investigadores como Zubin y Spring (1977), desarrollaron un modelo explicativo de la esquizofrenia a partir de las investigaciones realizadas hasta el momento, en campos tan dispares como la bioquímica, psicofisiología, cognición y funcionamiento psicosocial.

El modelo de *vulnerabilidad-estrés*, propugna la existencia de una determinada predisposición a padecer la esquizofrenia a partir de dos factores generales, así como la existencia de variables sociales moduladoras del curso de la enfermedad:

- Vulnerabilidad o predisposición a la enfermedad.
- Sucesos psicosociales estresantes que desencadenan y mantienen el trastorno.

Se señala que ninguno de los dos factores es causa suficiente para el inicio de la enfermedad, sino que ambos son necesarios para la aparición y

mantenimiento del trastorno. Entre los marcadores de vulnerabilidad más reconocidos podemos citar los señalados por Nuechterlein *et al.*, (1991):

Disfunciones dopaminérgicas.  
Déficits en el procesamiento de la información.  
Hiperreactividad autonómica ante el estrés.  
Personalidad incluida en el espectro esquizofrénico.

Para nosotros, lo importante es señalar que algunos de estos factores obedecen a variables prenatales relacionados con la herencia genética o causas infecciosas durante el periodo de gestación, otros, a factores neonatales, como problemas en el parto por anoxia, hipoxia o causas que se relacionan con el soporte tecnológico del aparato sanitario, así como la política de prevención e información social disponible. Otros son de carácter postnatal, como las historias de aprendizajes anómalos y la percepción de eventos estresantes.

En cuanto a estos estresantes ambientales que forman la ecología social de la enfermedad mental, se pueden citar agrupados en categorías generales, los siguientes:

Clima familiar con sobre implicación emocional.  
Ambiente social sobre o infraestimulado.  
Percepción de sucesos vitales estresantes.

De acuerdo con este modelo, la aparición de la enfermedad mental no viene determinada por un solo factor, de modo que tener vulnerabilidad hacia los trastornos mentales no significa que inevitablemente vaya a aparecer el trastorno, para ello debe darse también, alguno de los estresores ambientales señalados.

El cúmulo de factores, sus posibles combinaciones y la intensidad con que cada uno de ellos se presenta, forman el *campo bio-psico-social* de la enfermedad mental. De modo que, tanto en la aparición del trastorno, como en la gravedad de sus síntomas, se reflejaría el peso específico de cada una de las concausas posibles y su combinación con otros factores etiológicos que obedecen en parte a factores sociales y culturales.

El modelo de vulnerabilidad-estrés, está confirmado por la realidad de la enfermedad mental, en la que indefectiblemente se dan relacionados, los factores descritos hasta aquí. Ello significa que la intervención terapéutica de carácter preventivo en salud mental, no puede centrarse exclusivamente en la búsqueda de marcadores genéticos, sino que se extiende a la mejora de la calidad de vida en general, incluyendo en la misma, la atención sanitaria relacionada con la asistencia a la natalidad o la psicoeducación familiar para la salud, así como un ambiente social y educativo integrador de las diferencias.

Otra de las categorías ligadas clásicamente al modelo biomédico es la *cronicidad*, como concepto básico en el tratamiento de los trastornos mentales, ya que sobre su significación se asienta parcialmente el hecho de

que la persona con enfermedad mental, deba ser tratado como un enfermo de por vida.

La cronicidad, que parece un hecho objetivo ligado a la cientificidad del modelo médico y a la naturaleza de la enfermedad mental, se debe originariamente, al intento de legitimar la fijación duradera de la mano de obra más dócil y gratuita que representaban los enfermos mentales, a las tareas agrícolas de los grandes asilos rurales del XIX (Lantéri-Laura, 1974).

Por otra parte, este concepto se encuentra relacionado con la degeneración (crisis), tisular y celular, aplicada explícitamente a la enfermedad mental, puesto que en dicho siglo, la propia "locura" no es más que un signo de degeneración respecto a las normas sociales.

La cuestión fundamental suscitada con ello, reside en que la cronicidad es una variable social provocada en parte por las propias instituciones, descriptiva y socialmente multiforme en cuanto puede tener un contenido rehabilitador o por el contrario, de contención asilar, y que proviene no solo de la naturaleza esencial de la enfermedad mental, sino de su representación y función social.

Lo cierto, es que no todas las psicosis pueden ser etiquetadas como crónicas. Aunque en torno al 45 % de los enfermos de esquizofrenia pueden seguir un curso crónico y deteriorante, ¿De qué está compuesta realmente la cronicidad?. Bourgois (1999), apoyándose en una revisión de las investigaciones realizadas al efecto, nos describe como la cronicidad está relacionada con:

- Los efectos residuales de la enfermedad, como los síntomas negativos.
- Los efectos de la institucionalización.
- La socialización a partir del rol de enfermo mental.
- La ausencia de estructuras de rehabilitación social.
- Falta de oportunidades económicas.
- Alteración y pérdida de estatus social normalizado.
- Los efectos secundarios de la medicación inadecuada.
- La falta de interacción social.
- La pérdida de esperanza en el futuro.

Aunque son evidentes sus contenidos psicosociales, el significado biológico de la cronicidad y su carga de incurabilidad para la enfermedad mental, pesa sobre todas las variables de la cuestión, ya que la sociedad tiene que hacer frente a una dolencia "de por vida" en parte de su población, en la que las personas individualmente, deben asumir las limitaciones que conlleva un trastorno crónico, apareciendo la institucionalización y la dependencia, como la única solución efectiva, científica y *natural*, ante la generalización de la incurabilidad de los trastornos mentales.

La construcción social ha creado un concepto y este se ha *reificado*, se ha ontologizado y no es que sustituya la naturaleza mórbida de la enfermedad mental, sino que realmente la recrea, la reconstruye a través del conocimiento científico y de la interacción social.

Este hecho, no sólo cuestiona el marco hospitalario como la única referencia posible, sino que además supone un aspecto social importante del



tratamiento, que vuelve a incidir sobre la motivación en la continuidad de la adhesión a las conductas de medicación y al tratamiento psiquiátrico y Comunitario, el tipo de recursos diseñados institucionalmente a tal fin y el impacto sobre el núcleo familiar, como fuentes de cronicidad o de salud en la terapia de los trastornos mentales.

El modelo biomédico, que supone la existencia de una malformación en la citoestructura del cerebro que provoca una *estabilidad* de la sintomatología y un curso prefijado por las variables orgánicas, nos hace plantearnos la siguiente cuestión de fondo, ¿Para qué rehabilitar si no podemos variar ese hecho incontestable?.

La cuestión es que la cronicidad en enfermedad mental, adopta diferentes cursos dependiendo de circunstancias sociales y clínicas, como podemos observar en el gráfico 1, comportándose como una constante *que varía* en la medida que se introducen precisamente, procesos de rehabilitación e integración social.

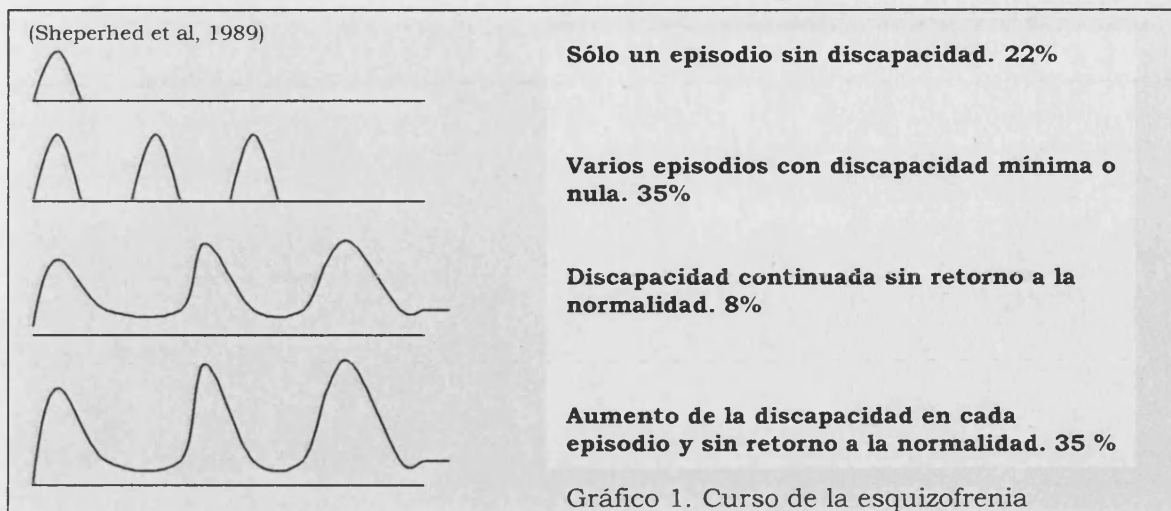
Los ecos de lo crónico aún llegan a nuestros días con un significado de incurabilidad o de *estabilidad de los síntomas* que presagian la creencia de que la acción rehabilitadora es ineficaz o cosmética y que en realidad no va a afectar el curso de un trastorno crónico e incurable.

Este planteamiento, pesa todavía hoy de forma muy clara, en los gestores políticos y también en muchos de los profesionales de la psicología y psiquiatría, que incapaces de desprenderse de la terapia exclusivamente ejercida a través de fármacos, no quieren ver o minimizan, los avances de la rehabilitación psicosocial en la enfermedad mental, aunque paradójicamente, reconocen la importancia de las variables sociales, precisamente en *variar la estabilidad de los síntomas* y el curso mismo del trastorno. Por tanto, la cronicidad es un producto de variables sociales y clínicas que se definen en una discapacidad de larga duración, con alta sensibilidad al estrés psicosocial, causada por una persistente sintomatología psicótica, institucionalización prolongada, falta de tratamiento eficaz o exceso continuado de medicación neuroléptica, en la que hay que subrayar los efectos de los agentes sociales cronificadores, así como el papel de las estructuras y grupos sociales en el curso de los trastornos mentales.

También conceptos médicos como *la gravedad* de la enfermedad mental se encuentra cruzada por variables sociales, definiéndose la misma, a partir de criterios multidimensionales que combinan el diagnóstico de una psicosis con medidas de tipo "administrativo", como el número y frecuencia de ingresos hospitalarios y presencia de un grado determinado de discapacidad o minusvalía (Bachrach, 1988; Schinnar *et al*, 1990).

En cuanto a la diferencia entre discapacidad y minusvalía, su distinción también tiene una base teórica desde el campo de la rehabilitación psicosocial. La discapacidad, es la consecuencia de los déficits que tiene la persona enferma en sus capacidades y habilidades para el autocuidado. Mientras que la minusvalía abarcaría los déficits sociales

consecuentes a la discapacidad (pérdida de la red social, empleo, problemas familiares, aislamiento social, etc).



Los elementos sociales y sanitarios que se hallan presentes en la mayoría de clasificaciones definitorias de la gravedad en enfermedad mental son:

-Diagnóstico de esquizofrenia, Trastorno Depresivo Mayor o Trastorno Bipolar.

-De 3 a 5 admisiones hospitalarias en los últimos tres años, o estancias de más de seis meses en internamiento psiquiátrico no penitenciario, en el mismo plazo de tiempo.

-Problemas significativos en al menos dos de las siguientes áreas:

*Habilidades lectoescritoras básicas.*

*Autocuidado.*

*Falta de apoyo social.*

*Pérdida de empleo.*

*Dificultades en las relaciones interpersonales.*

*Rechazo o poca adhesión al tratamiento farmacológico y seguimiento psiquiátrico.*

*Alta frecuencia en la aparición de crisis.*

Gravedad de la enfermedad mental y cronicidad no deben ser confundidas ya que están haciendo referencia a dos realidades diferentes. Del mismo modo que una incapacidad mínima puede no llevar aparejada una minusvalía, una enfermedad mental que aparece como grave puede no tener un curso cronificado como consecuencia necesaria.

Pero, no solo la vulnerabilidad, cronicidad y gravedad de la enfermedad mental están marcadas por variables sociales, también el

*pronóstico* se define en parte por este tipo de variables (Fenton.,1994; Jablensky., 1986):

Buen pronóstico:

- Inicio agudo de la enfermedad (2/3 de los casos), (Chinchilla,1996).
- Estar casado/a.
- Trastornos esquizofrénicos cercanos al polo afectivo.
- Forma paranoide.
- Buen ajuste social y laboral premórbido.

Mal pronóstico:

- Comienzo insidioso (1/3 de los casos), (Chinchilla,1996).
- Ser varón.
- Mal ajuste premórbido en la adolescencia.
- Estar en un país desarrollado.
- Consumo de sustancias.
- Forma residual o hebefrénica (desorganizada).

Los factores sociales no sólo se manifiestan en la esquizofrenia, sino que también han sido constatados en otro de los grandes síndromes, la depresión.

La pérdida de autoestima como característica común a los trastornos afectivos, puede producirse por creencias erróneas sobre las metas sociales impuestas por el entorno, produciéndose la psicopatología a partir de la incapacidad del sujeto a renunciar a metas inalcanzables (Chinchilla.,1997).

Para el modelo cognitivo de la depresión, formulado inicialmente por Beck (1979), la causa fundamental de la depresión viene determinada por la existencia de *pensamientos negativos*, respecto al yo y/o el ambiente. Estos esquemas mentales provocarían una generalización en la categorización negativa, respecto a metas y atribuciones que concluyen en el sentimiento de desesperanza y falta de control, propio de este trastorno. Para Seligman (1982), estos esquemas cognitivos son el resultado de aprendizajes sociales inadecuados, donde en épocas precedentes se aprenden dichas respuestas como las únicas posibles ante el estrés o los problemas.

Para el modelo conductual, la depresión se da cuando se produce una disminución de refuerzos positivos. Así, la persona depresiva, va perdiendo paulatinamente interés sobre un ambiente cada vez más empobrecido, donde las consecuencias agradables para su conducta y capacidades, no existen o van desapareciendo paulatinamente.

El modelo de estrés psicosocial, apunta hacia los eventos estresantes vitales como la causa de la enfermedad, ya que estos exigen de la persona una adaptación a otras situaciones nuevas o desconocidas para las que el sujeto puede no hallarse preparado. Algunos de estos factores en nuestra cultura, son los siguientes:

- Pérdida de la pareja.
- Pérdida del empleo.
- Problemas conyugales.
- Vivir con más de tres menores.
- Cambios de estatus, vivienda o empleo.
- Jubilación.
- Pérdida temprana de progenitor.
- Episodios precedentes de depresión.
- Separación en la infancia.
- Baja autoestima y asertividad.
- Carácter "melancólico".
- Falta de habilidades sociales.

Como vemos, aún las variables clásicas introducidas por el modelo biomédico, como etiología, gravedad, cronicidad, diagnóstico y pronóstico, se encuentran entrelazados con variables sociales, sin las cuales no podrían definirse. Los síntomas son interpretados por las personas sobre la base de su contexto social y los desencadenantes de los trastornos mentales obedecen a cómo se perciben los hechos vitales a partir de las construcciones culturales, sistemas de creencias y conocimientos de sentido común. Integradas en ellas, las representaciones sociales de los modelos científicos vigentes y de la enfermedad mental, informan a los sujetos sobre como entender y tratar los trastornos psíquicos. Estas representaciones inciden sobre el contenido informativo disponible para el sujeto, afectando con ello la evaluación, afrontamiento y aceptación o no de las conductas de enfermedad (Leventhal y cols.1980, 1982 y 1984).

### **1.5 El Modelo de Intervención Comunitaria**

El modelo de intervención Comunitaria tiene algunos de sus precedentes más relevantes en las formulaciones de Durkheim (1897), sobre la gestación social de la patología psíquica, o los trabajos en etnología de Mead (1934), donde se pone de relieve la importancia de los factores culturales en la enfermedad mental desde lo que algunos llaman ahora etnopsiquiatría. Estos trabajos iniciales han supuesto un gran desarrollo de aquellas investigaciones que desde un punto de vista Comunitario podríamos englobar dentro de la Psicología social de la salud.

Los trabajos de Kadushin (1982) sobre el sentimiento comunitario, las investigaciones sobre la salud y su relación con el apoyo social y comunitario, la integración y la participación social (Musitu *et al.*,1994, 1995), o las investigaciones sobre las bases de la salud mental comunitaria de Korchin (1976), son sólo algunas de las aportaciones que orientan sus formulaciones hacia la relevancia de las relaciones entre integración social y salud.

Esta reformulación de la cronicidad y de la enfermedad mental que significa el modelo de Intervención Comunitaria, tuvo su inicio en las décadas de los 60 y 70, con la aparición de las primeras promociones de psicólogos sociales, el nacimiento de la red de Servicios Sociales y el funcionamiento de los primeros Ayuntamientos democráticos de nuestro país (Sánchez 1996). Este movimiento se afianzó durante la década de los ochenta, al desarrollarse en paralelo a la Reforma Psiquiátrica.

Los factores originadores del movimiento Comunitario en Salud Mental se deben en gran parte al rechazo frontal del modelo biomédico y sus consecuencias, identificadas (Sánchez Alipio 1996) a partir de tres factores definitorios:

- Rechazo del Hospital Psiquiátrico como único Recurso Asistencial no complementario a la intervención Comunitaria, por su tendencia a la *desocialización* y asunción de un rol de pasividad por el enfermo mental. La posibilidad de la rehabilitación social y la integración a partir del uso correcto de psicofármacos. El auge de la terapia en el Medio de origen del enfermo como alternativa a la adaptación al ambiente hospitalario y la potenciación del movimiento desinstitucionalizador.
- Desencanto ante la psicoterapia individual, debido a los malos resultados de la terapia psicodinámica y su incapacidad para generar respuestas sociales favorables a la integración social.
- Rechazo del modelo médico y de las funciones y roles que de él se desprenden como la custodia o lo asistencial, en una relación asimétrica y muy jerarquizada, aún entre los propios profesionales de la salud mental.

La “revuelta” contra el modelo médico se vio potenciada por el inicio de la Reforma Psiquiátrica. Esta reforma surgió como crítica a la función de la institución manicomial, cuestionando duramente las funciones que realizaba en la atención del enfermo mental, denunciando los escasos contenidos terapéuticos de dicha institución así como su función de control y segregación social.

Los movimientos en pro de los derechos civiles, los valores democráticos, el gran costo de una hospitalización prolongada y la aparición de la medicación neuroléptica, posibilitaban como hemos mencionado, la aplicación Comunitaria de la terapia en el campo de la enfermedad mental.

Esta Reforma se caracteriza por al menos, dos aspectos cruciales: En primer lugar, supone el desplazamiento del eje de atención del hospital a la sociedad. Su consecuencia más inmediata consiste en que la respuesta a la cronicidad deja de ser de carácter hospitalario para transformarse en social y comunitaria. En segundo lugar, el tratamiento se concibe desde un enfoque tripartito en un modelo integral de intervención: biológico-psicológico-social (Rodríguez A., 1997).

Hobbs (1964), afirma que el modelo médico supuso un gran avance sobre el modelo *demonológico* de la Edad Media al instaurar la primera revolución científica en enfermedad mental. La segunda revolución paradigmática fue introducida por los modelos psicodinámicos o psicológicos en general, pero lo que realmente nos interesa aquí, es cómo esa segunda revolución desembocó en la aparición de un tercer paradigma durante la década de 1960, el modelo de intervención Comunitaria. Donde la intervención terapéutica se realiza a partir de tres niveles que interactúan entre sí, el individual, el grupal y la Comunidad desde una teorización ecológica de la conducta humana (Musitu.,1993).

La importancia de este enfoque reside en que supone en sí mismo, una propuesta que, como hemos señalado, traslada la importancia de la intervención terapéutica del hospital al entorno social del sujeto, a las familias y redes secundarias que rodean y reproducen aquellas circunstancias que inciden sobre el tratamiento y pronóstico de la enfermedad mental (Anthony y Liberman.,1992). En el que resulta fundamental las creencias sociales, el conocimiento popular, los paradigmas científicos y los Medios de Comunicación como marco de esas interacciones, donde los individuos tienen ciertamente, responsabilidad sobre sus actos, pero desde las prácticas y los conocimientos disponibles en el entorno social de los sujetos.

Otra de las características de este modelo, es la consideración de la salud mental como el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida y salud de la comunidad, a través de actividades de protección y promoción de la salud, prevención y curación de enfermedades. Todo ello de acuerdo con el apoyo y la participación activa de la comunidad (San Martín y Pastor.,1984).

En él, la etiología de la enfermedad mental se sitúa en el campo de las redes sociales, es por tanto de carácter exógeno. La intervención tiene básicamente un carácter comunitario, donde las instituciones que propugnan la terapia a través de institucionalizaciones prolongadas del enfermo mental, estarían contribuyendo a su cronificación y al agravamiento de la enfermedad.

Aquí, el sujeto enfermo se convierte en parte activa de la recuperación, y las redes sociales en las que se desarrolla su convivencia, determinan el campo de actuación terapéutico, donde el personal paraprofesional, entrenado adecuadamente, es considerado de la misma importancia que los profesionales de la Psicología, Psiquiatría o el Trabajo Social. Dentro de un esquema de relaciones horizontal y multidisciplinar durante todo el proceso de rehabilitación e integración social. Por ello, desde este modelo, la salud se transforma prioritariamente en un atributo social y deja de ser una característica individualizada en casi todos los aspectos de la intervención.

El modelo ecológico de intervención Comunitaria en salud mental, implica una visión totalizadora e interrelacionada de los sistemas sociales al

entender el comportamiento, como una función provocada por las variables personales y ambientales, subrayando la importancia del contexto social en que se desarrolla dicha interacción (Bronfenbrenner, 1979).

En este modelo ecológico de la conducta, el contexto social es asumido en la intervención junto a los valores e ideología del individuo, las circunstancias situacionales, sus emociones y las redes sociales donde se desarrolla la interacción. En él, se considera el sistema ambiental como una serie de estructuras en las que a través de actividades, relaciones interpersonales y roles asumidos, el individuo va integrándose socialmente y va afrontando situaciones estresantes, como la enfermedad o las consecuencias que se derivan de la categorización social de la misma, la falta de apoyo social, la asunción del rol de enfermo o la percepción de las consecuencias vitales y de cronicidad del trastorno mental.

Este enfoque supone que la experiencia de enfermedad mental se da en diferentes estructuras, determinadas por el carácter de las relaciones sociales que el individuo establece a varios niveles. Así, el estudio del microsistema se ocupa del análisis de los roles y actividades diádicas del sujeto. La descripción del mesosistema se realiza a través de la exploración de grupos primarios como el entorno familiar. El exosistema está representado por los diferentes agentes sociales y asociaciones.

El macrosistema como estructura más amplia e integradora, puede ser constatado a través de la presencia de especialistas en el campo y el papel de los medios de comunicación.

Por ello, esta orientación ecológica y Comunitaria se ha tenido presente en el desarrollo de esta investigación, a fin de lograr una visión global e interrelacionada de todas las estructuras sociales implicadas en la formación, mantenimiento y cambio de las Representaciones Sociales de la enfermedad mental.

## **1.6 La rehabilitación psicosocial**

A partir del informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de abril de 1985, la rehabilitación psicosocial se transforma en un elemento clave del tratamiento de la salud mental en general y de la esquizofrenia en particular, ya que la gran mayoría de enfermos institucionalizados son esquizofrénicos. Esto se resume en un hecho fundamental, consistente en que la atención, la resolución de los problemas y necesidades del enfermo mental crónico, deben darse en su propio entorno social y familiar, en la comunidad.

En nuestra Comunidad, la aparición de este hecho se encuentra íntimamente relacionado con el cierre del Hospital Psiquiátrico de Bétera, ya que a partir de la desinstitucionalización de sus pacientes y su problemático traslado a otras zonas, es la propia sociedad la que como rechazo al enfermo mental, reivindica que cada municipio se encargue de sus propios enfermos.

Es el momento en que la angustia de los familiares se manifiesta en la creación de Asociaciones como AFEM (Asociación de Familiares de Enfermos

Mentales de la provincia de Valencia), que aún en la actualidad sigue demandando la creación de Recursos intermedios para los enfermos mentales.

Los profesionales del sector podemos ver todavía hoy, minusválidos psíquicos y sensoriales con problemas de abandono social, últimos ejemplos aislados de los antiguos usuarios de Bétera, etiquetados psiquiátricamente e integrados con la población psicótica de los nuevos Centros de Rehabilitación para enfermos mentales de la ciudad. Y como esa categorización negativa, que corresponde a una situación social y no a una patología mental, genera resistencias en los sistemas sociales y en los servicios específicos para personas con deficiencia mental, que impiden o retrasan su derivación a estos recursos más adecuados a su problemática.

El cuadro se completa a la inversa, con la existencia de enfermos mentales integrados en colectivos de discapacitados psíquicos, confundidos por sus déficits en el lenguaje y cognición, así como por su estado residual, con minusválidos psíquicos, consolidando con ello su cronicidad. Donde la insuficiencia de Recursos o la intervención social indiferenciada y global hacia el "colectivo de discapacitados", genera una cronicidad que es origen y consecuencia de factores y prácticas sociales y no de condicionantes biológicos o sindrómicos.

Cándido Polo (1999), nos advierte cómo la psiquiatría moderna, profundamente ligada hasta ahora al Hospital Psiquiátrico, no ha conseguido superar en nuestro país la función de custodia de los asilos medievales. Sin embargo, la Reforma Psiquiátrica se ha desarrollado por todo el Estado, con graves limitaciones y desequilibrios territoriales, con Centros con objetivos, plantillas y planteamientos diferentes.

¿Podemos suponer que este hecho ha supuesto un cambio de relaciones entre ese modelo médico hegemónico y el emergente modelo de Intervención Comunitaria?, ¿Significa una nueva mentalidad en la población respecto al tratamiento e integración de los enfermos mentales?.

La contestación a la primera cuestión pasa por la constatación de diferentes hechos:

- El auge incipiente de la Psiquiatría Social y Comunitaria entre los profesionales de la sanidad.
- La fragmentación de competencias entre las Diputaciones y los Gobiernos Autonómicos, así como los problemas de coordinación entre las Consejerías con competencias en las materias de Sanidad y Bienestar Social.
- Inhibición de las Administraciones Municipales en la ayuda, gestión y mantenimiento de servicios sociales para discapacitados mentales. De hecho, este colectivo no aparece, no es percibido por los servicios sociales de atención primaria como un colectivo que necesite de la atención de los servicios sociales (Zaragoza, 2001, p.150)



- En el ámbito concreto de la Comunidad Valenciana, podemos indicar además, la existencia de Recursos que se derivan del anterior Plan de Salud Mental, como los Centros Sociales o los Clubes de Rehabilitación (Diputación) y los Recursos que se derivan de la Orden 9/90 de la Generalidad, que establece como Recursos sociales para enfermos mentales, los Centros de Rehabilitación Social, los Centros de Día y los Centros Específicos para enfermos mentales, donde en estos últimos, se asocia el perfil crónico a problemas de desestructuración y dependencia social. Lo que dificulta la coherencia en los diferentes Recursos propuestos e invalida la característica básica de las acciones institucionales en Integración Social, la coordinación entre servicios.
- La participación de las empresas privadas, de las Administraciones y de las Asociaciones de Familiares en la gestión de estos Recursos, lo que conlleva problemas de coordinación y financiación, así como la introducción de valores de mercado o administrativos por encima de criterios terapéuticos.
- En consecuencia a lo anterior, estos nuevos Recursos tienen una heterogeneidad de modelos teóricos, objetivos diferenciados, plantillas y salarios divergentes, que dificultan la aparición de un corpus homogéneo de conocimientos que recoja todas estas experiencias.

La contestación a la segunda pregunta requiere de la investigación científica en la que se enmarca esta investigación, que en su desarrollo reflejará las circunstancias enumeradas hasta aquí, como variables sociales capaces de redefinir la enfermedad mental.

### **1.7- Los contenidos de la rehabilitación psicosocial**

Tanto la psicología como la psiquiatría coinciden en la importancia de la rehabilitación social, no sólo respecto a la evolución de la enfermedad, incidiendo en una reducción significativa de los reingresos hospitalarios, sino también, en la reducción de la gravedad de los síntomas característicos de las psicosis, siendo su aspecto más significativo el logro de la integración sostenida del enfermo mental en su propio entorno social.

La Rehabilitación e Integración social están formadas por el desarrollo de diferentes programas de intervención que están en función de los déficits fundamentales producidos por la enfermedad mental ( Rodríguez, 1997):

- Asistencia para el aseo e higiene personal.
- Apoyo para el control de la medicación.
- Apoyo para el mantenimiento doméstico.
- Apoyo en la búsqueda y mantenimiento del empleo.
- Apoyo para el manejo del dinero.
- Apoyo en tramitaciones administrativas.
- Apoyo para el manejo del transporte.
- Apoyo a la estructuración del ocio.

De estos objetivos se derivan diferentes programas de intervención prácticamente comunes a todos los Recursos intermedios de rehabilitación e integración social:

- Programa de Actividades de la Vida Diaria.
- Programa de Apoyo a destrezas funcionales y lectoescritoras.
- Programa de Psicomotricidad.
- Programa de Habilidades Sociales.
- Programa de Psicoeducación.
- Programa de Psicoeducación Familiar.
- Programa de Rehabilitación Cognitiva.
- Programa de Integración Comunitaria.
- Programa de Ocio y Tiempo Libre.
- Programa de Inserción laboral.

Con ellos se pretende alcanzar los objetivos de la rehabilitación consistentes en integrar en la comunidad y mejorar su funcionamiento social al enfermo mental con discapacidades y minusvalías crónicas, con la mayor autonomía posible.

El marco de intervención comunitaria en el que se desarrolla la rehabilitación psicosocial, se realiza en torno a la atención individual, grupal y comunitaria, a partir de la interacción de los diferentes programas (Tabla 5), incidiendo fundamentalmente en tres áreas básicas, la rehabilitación cognitiva y psicoeducativa, la intervención familiar y la Integración Comunitaria, como variables fundamentales que inciden en la percepción y el manejo del estrés y consiguientemente, en la conducta de enfermedad.

**Resultados (Recaídas) en 12 meses.**

**Hogarty y Anderson (con cuatro condiciones):**

<b>1. Sólo medicación</b>	<b>41% recaídas.</b>
<b>2. Tratamiento familiar y medicación</b>	<b>19%</b>
<b>3. Entrenamiento en HH.SS. y medicación</b>	<b>20%</b>
<b>4. Tratamiento familiar, HH.SS. y medicación</b>	<b>0%</b>

*(Tomado de Strachan, A.M. (1986))*

Tabla 5. Terapia combinada en esquizofrenia

### 1.7.1 La rehabilitación cognitiva:

Diferentes estudios demuestran la existencia de déficits cognitivos y neurológicos en la esquizofrenia, relacionando los mismos con la sintomatología tanto positiva como negativa del espectro esquizofrénico (Cornblatt, 1992), así como la posibilidad de que las dificultades en el procesamiento de la información sean un adecuado marcador de una vulnerabilidad permanente en la esquizofrenia (Vázquez y Ochoa, 1989).

De acuerdo con un modelo de procesamiento de la información por etapas, los problemas en los inputs de entrada irían generando nuevos errores en las etapas siguientes, provocando un efecto en cascada o dominó que finalizaría con la aparición o el agravamiento del cuadro psicótico (Braff,1991), tal y como indica el esquema siguiente:

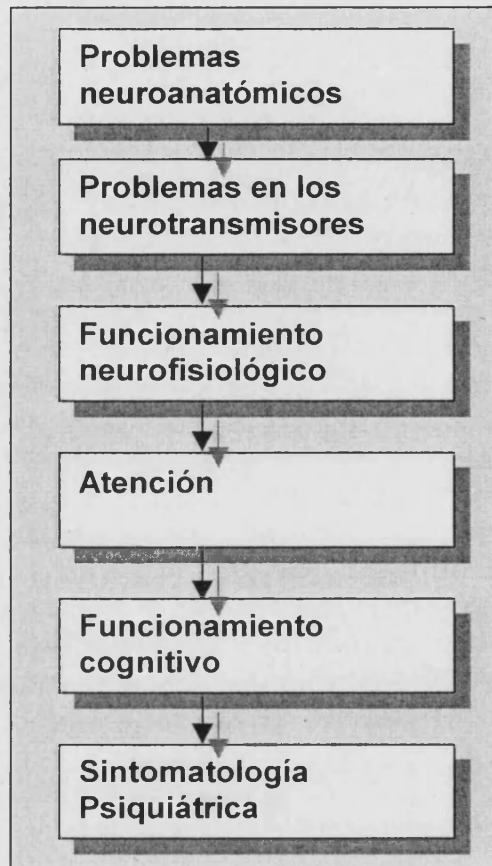


FIG1. Funcionamiento cognitivo en esquizofrenia

La mayoría de estos estudios demuestran un serio déficit atencional en las personas con esquizofrenia que puede estar relacionado con el agravamiento de los síntomas negativos y de la incomunicación de estos enfermos. El test de ejecución sostenida o CPT, ha demostrado en diferentes poblaciones la existencia de dificultades en pacientes esquizofrénicos para mantener la atención sin equivocarse o dar falsas alarmas, esta dificultad se relaciona con disfunciones del lóbulo temporal y en concreto los ganglios basales.

La rehabilitación cognitiva por tanto, intenta rehabilitar los déficits en atención, memoria y lenguaje que estarían relacionándose con la sintomatología positiva y negativa (Hemsley,1995; Frith, 1995).

Memoria: Desde los trabajos de Cutting en 1985, la memoria es considerada como una de las áreas de mayor déficit en la esquizofrenia. Las consecuencias pueden ser la ideación o fabulación complementaria a las

lagunas de memoria, a fin de dotar de continuidad al yo y el mundo interno de experiencias.

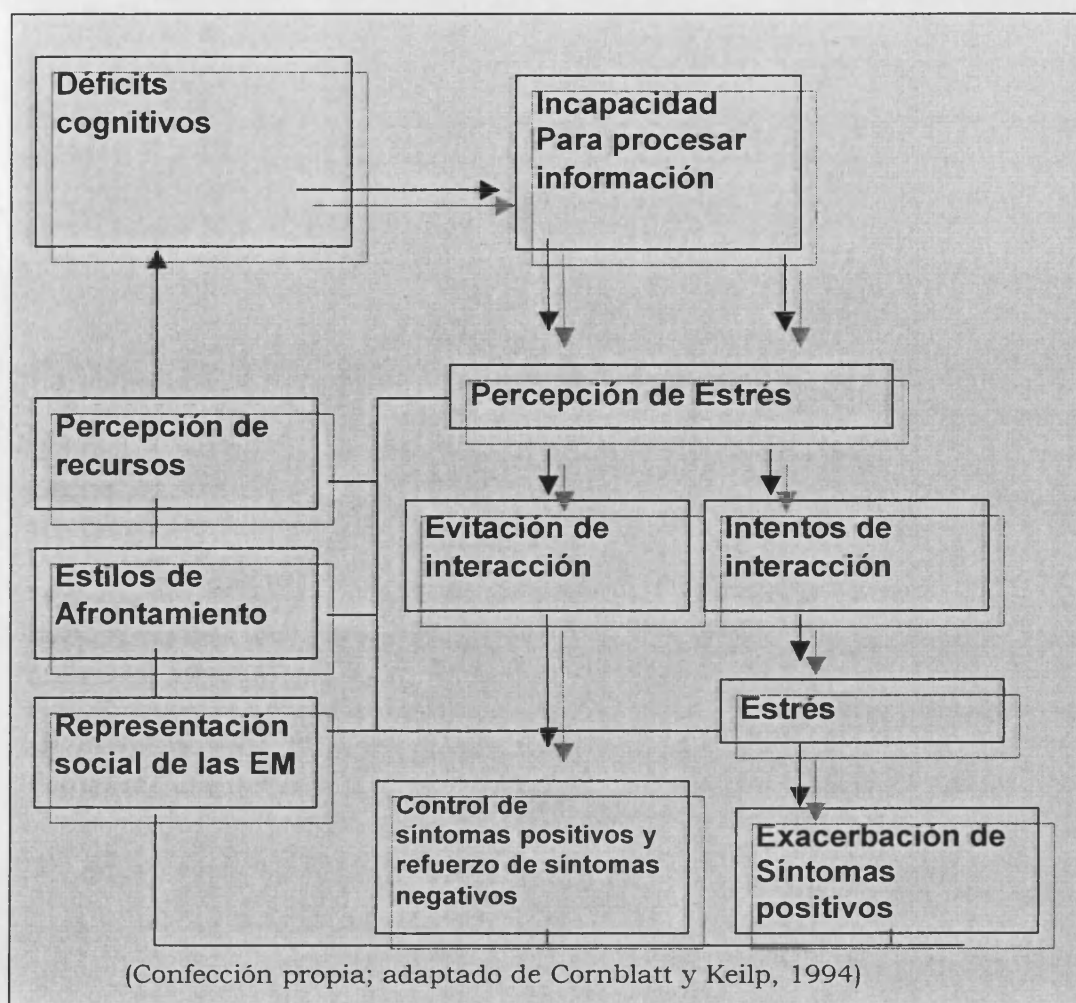


FIG 2. Procesamiento de información y sintomatología

Lenguaje: Los resultados en este campo son dispares y contradictorios, siendo quizás lo más llamativo, la falta de diferencia entre el lenguaje de personas con esquizofrenia predominantemente positiva, frente a aquellas con persistencia de la sintomatología negativa.

Sin embargo, parece claro que las personas con esta psicosis, dan menos frases bien formadas, cometen más errores sintácticos y tienen menos fluencia en sus respuestas (Morice e Ingram, 1982).

Cociente Intelectual: El deterioro intelectual en esquizofrenia ha resultado confirmado desde diferentes instrumentos y poblaciones y lo más curioso es que se relaciona con los diferentes subtipos de esquizofrenia (tabla 6).

<b>Población normal:</b>	<b>100 CI</b>
<b>Esquizofrenia paranoide:</b>	<b>95 CI</b>
<b>Esquizofrenia Catatónica:</b>	<b>83 CI</b>
<b>Esquizofrenia Hebefrénica:</b>	<b>81 CI</b>
<b>Payne., (1973)</b>	

Tabla 6. C.I y esquizofrenia

Otros estudios demuestran que la enfermedad produce un deterioro en el C.I de hasta 13 puntos, a partir de que esta se presenta, respecto al C.I premórbido (Nelson, 1990).

Uno de los programas de rehabilitación cognitiva más utilizados y de mayor éxito contrastado, es la Terapia Integrada de la esquizofrenia ( Roder *et al.*, 1995; Vallina y Lemos, 2001). Este programa incide sobre los déficits cognitivos como causantes de los problemas adaptativos en la esquizofrenia, desarrollando un conjunto de programas que actúan sobre la memoria y la atención fundamentalmente, e intentando mejorar la autonomía y funcionamiento social del enfermo mental.

La IPT de Roder (1995), ha demostrado sus limitaciones precisamente en lograr una estabilización de las conductas adquiridas y la generalización de las habilidades sociales, así como su incapacidad en mejorar la estructura cerebral a través de la estimulación que supone la terapia integrada.

Pero fundamentalmente, lo característico para nuestra investigación, es como la percepción de estos déficits se relacionan con los estilos de afrontamiento (variables cognitivas) y estos a su vez, con el curso y sintomatología de las EM, en un proceso continuo de autoevaluación y autocategorización, revelando con ello la importancia del contenido de la información social que a través de procesos de categorización social y atribución cognitiva, ponen al descubierto la relación entre las estructuras biológicas, psicológicas y sociales en el desarrollo y evolución de los trastornos mentales (Fig. 2).

#### 1.7.2 La psicoeducación familiar:

Los primeros estudios sobre la familia que alcanzaron cierta relevancia, fueron los realizados por Bateson y su grupo, en la década de los 50 (Aldaz, 1996), dentro del análisis de la sociogénesis de la esquizofrenia.

Las conclusiones a las que llegaron coincidían en la descripción del grupo familiar como un grupo cerrado que impide el desarrollo de la identidad o bien potencia patrones desviados de comunicación que facilitan la aparición de la enfermedad.

El concepto *de doble vínculo* es el acuñado por esta escuela, que se concreta en la recepción por parte del niño de mensajes contradictorios. La persistencia de dichos mensajes en un ambiente tan significativo emocionalmente como la familia, generaría un retraimiento de la persona hacia una vivencia interior de características psicóticas y una ruptura con la realidad hacia un mundo autista de significados. Si el sujeto intenta adaptarse a esos mensajes contradictorios y de consecuencias arbitrarias, provocaría una tensión suficiente como para que aparecieran síntomas de desorganización psíquica. Si por el contrario, busca un significado idiosincrásico a estos mensajes contradictorios, dando coherencia a una situación que en realidad no la tiene, según el grupo de Bateson, aparecerían las condiciones óptimas para la aparición de delirios

paranoides. De esta manera la teoría del doble vínculo, intenta no sólo explicar la etiopatogenia de la esquizofrenia, sino también las características observadas en sus diferentes tipologías.

Han aparecido otras teorías que centran su atención sobre los patrones de comunicación familiar, como las referentes a la familia escindida y la comunicación desviada, sin que ninguna de ellas haya obtenido apoyo empírico suficiente. Todas ellas hacen hincapié en la existencia de un clima familiar patógeno y desviado, donde la consecución de un equilibrio conlleva necesariamente, la creación de un mundo psicótico más o menos grave y disfuncional.

Otras de las líneas de investigación psicosocial desarrolladas, son aquellas que hacen referencia al constructo de *emocionalidad expresada*. En la década de los sesenta, Brow y su grupo (1972), reflexionaron sobre la aparición de crisis recurrentes, cuando pacientes ingresados y con perspectivas de buena evolución, eran reintegrados al medio familiar. Las escalas de alta emocionalidad expresada (CFI), tienen en cuenta:

- Comentarios críticos.
- Comentarios hostiles.
- Sobreimplicación emocional.
- Estilo Atribucional.
- Escucha activa.
- Miedos y ansiedades.

Los estudios de Kavanagh (1992), demuestran que los enfermos con familias de alta emocionalidad expresada, tienen muchas más probabilidades de recaer (48%), que aquellos con familias de baja emocionalidad (21%). Esto pondría la psicoeducación familiar al mismo nivel de importancia terapéutica que el tratamiento neuroléptico, como lo demuestra la tabla 7.

**Recidivas en esquizofrenia, controlando exclusivamente la intervención familiar en 2 años, variable: Emocionalidad Expresada (EE).**

<b>1. Intervención con EE elevada:</b>	<b>33%</b>
<b>2. EE elevada sin intervención:</b>	<b>59%</b>
<b>3. EE baja sin intervención:</b>	<b>33%</b>

**Tomado del Proyecto de Intervención Familiar de Salford, en Birchwood, 1995.**

Tabla 7. Emocionalidad expresada y esquizofrenia

### 1.7.3 El nivel macrosocial de la Intervención Comunitaria

Como sabemos, aunque este modelo esta muy centrado en las relaciones a nivel mesosocial, no excluye la intervención a nivel macrosocial desde una perspectiva de cambio de las condiciones sociales y de una mayor disponibilidad de los recursos institucionales. En este sentido, algunas investigaciones demuestran que las enfermedades mentales pueden ver reducida su incidencia a partir de campañas comunitarias de información sobre el embarazo y la prevención sanitaria en epidemiología vírica.

Los primeros estudios de Tramer (1929), demostraban una cierta relación entre un importante número de casos de *dementia praecox* y el mes de nacimiento. En concreto, aparecía un gran número de casos cuya fecha de nacimiento se situaba entre los meses de Diciembre a Marzo, con un significativo repunte en el mes de Marzo. Estudios posteriores con mayor rigor metodológico, apuntaban a una mayor prevalencia de las psicosis entre los nacidos en los meses de enero y febrero (Lang.,1931), o de enero a abril (Barry y Barry., 1961) citados por Fabregat (1996). Los estudios más recientes confirman la existencia de un mayor número de nacimientos de esquizofrénicos en el primer cuatrimestre del año (Chinchilla y cols.,1985).

Estos hallazgos sugieren la existencia de un factor ambiental, que está propiciando la aparición de la enfermedad y que sobre todo, estaría operando en los meses de invierno. En este sentido se ha considerado la existencia de un agente viral, en concreto el virus de la gripe, que provocaría una lesión fetal capaz de incrementar el riesgo de padecer esquizofrenia, actuando sobre el feto sobre el segundo trimestre de embarazo.

Hakosalo y Saxen demostraron en 1957 (Mednick, 1988), que los niños expuestos durante su primer trimestre de vida intrauterina a epidemias de gripe presentaban un exceso de anomalías en el SNC al nacimiento. Un estudio danés por las mismas fechas (Chinchilla y cols.,1985) confirmó, la relación entre el número de nacimientos de esquizofrénicos entre aquellos en los que coincidía el sexto mes de desarrollo fetal con una epidemia de gripe.

Estos estudios no han podido ser confirmados como el origen monocausal de la esquizofrenia, puesto que durante el embarazo existen causas de estrés ambiental que también se relacionan con la aparición de la esquizofrenia (Mednick,1988):

- Notificación de la muerte de los progenitores.
- Alteraciones de la citoestructura del cerebro.
- Alteraciones piramidales en el hipocampo.
- Hemorragias de la madre en el 2º trimestre.
- Efecto de fármacos o contaminación ambiental.

Además, en el segundo trimestre del embarazo se producen cambios importantes en el desarrollo cerebral del feto. En concreto, la formación del neocortex a través de un proceso de migración celular, un aumento de volumen del cerebro a la vez que la disolución de la matriz germinal, van a provocar el incremento del riesgo de hemorragias.

Cualquier anomalía en este proceso puede originar una disfunción posterior en el desarrollo de SNC, como postula la teoría mixta bioambiental del neurodesarrollo o TND (Saiz,1995). Por lo que es necesario incidir, en que cualquier mejora de las condiciones sanitarias y sociales durante el embarazo y el parto, permitiría la reducción de las enfermedades mentales a partir de políticas preventivas, que en una trayectoria bidireccional, incidan sobre la provisión de estos Recursos y también en generar en la Comunidad la percepción de los trastornos mentales como enfermedades que se pueden prevenir y tratar. No es extraño que Norman Sartorius, en el Congreso de la

Asociación Mundial de Psiquiatría, celebrado en noviembre de 1997, afirmara que el 50% de las enfermedades mentales pueden prevenirse si se produce una mejora de los servicios sanitarios y sociales. De este modo, la terapia de los trastornos mentales se convierte en una tarea que incluye la prevención, la rehabilitación y la integración social a partir de los objetivos y perfiles que las Administraciones generan en la atención a las personas con enfermedad mental. Pero la intervención macrosocial en las redes sociales, no sólo está ligada al papel de las Administraciones, sino que la integración en redes sociales secundarias, por si misma, proporciona éxitos clínicos sorprendentes como el descrito en la tabla 8.

**Resultados de la intervención en pacientes con psicosis aguda, proporcionándoles intervención en el medio social y actividades de tiempo libre**

	<u>Con intervención</u>	<u>Sin intervención</u>
<b>1. Media de días de recuperación:</b>	<b>65</b>	<b>124</b>
<b>2. Media de días en Hospital:</b>	<b>56</b>	<b>122</b>
<b>3. Recaídas:</b>	<b>15%</b>	<b>35%</b>
<b>4. Remisión síntomas positivos:</b>	<b>65%</b>	<b>40%</b>
<b>Compromiso en el seguimiento</b>		
<b>1. Contactos con los servicios:</b>	<b>81%</b>	<b>67%</b>
<b>2. Cumplimiento medicación:</b>	<b>94%</b>	<b>55%</b>
<b>3. Formación y empleo:</b>	<b>50%</b>	<b>33%</b>

*de Valerie Drury, en Birchwood, 1995.*

Tabla 8. Intervención en el Medio Social y esquizofrenia

Los programas de Habilidades Sociales, comunes a estos niveles de actuación, inciden sobre el funcionamiento social y sobre el curso de la esquizofrenia, a partir de la mejora de la calidad de vida y de la construcción de los recursos sociales necesarios para mejorar el repertorio conductual del enfermo esquizofrénico. Sirviendo como protección ante las situaciones sociales cuyo afrontamiento puede ser causa de estrés y por tanto, de la exacerbación de la sintomatología psicótica.

#### 1.7.4 Los sucesos vitales estresantes

Durante la década de los 50, se concedió especial importancia a aquellas características del ambiente que pudieran incidir sobre la aparición de la enfermedad mental.

Los estudios realizados en este contexto desarrollaron una serie de teorías sobre la etiología de la enfermedad mental a partir de causas ambientales (Rahe., 1974), que en la actualidad, han sido confirmadas solo parcialmente por los análisis realizados al efecto.

La aparición de eventos estresantes, imprevisibles, indeseables, que permanecen relativamente estables en el tiempo, a la vez que son vividos por



las personas como incontrolables, son los que se relacionan en mayor medida, con síntomas depresivos y ansiosos y en segundo lugar, con manifestaciones de sintomatología psicótica (Monroe, 1983).

Por otro lado, estos eventos estresantes, para que produzcan su efecto devastador, deben “acumularse” en un período de tiempo limitado y muy cercano a la aparición de la enfermedad (Brown y Harris, 1978).

Los sucesos que se relacionan en mayor medida con la sintomatología mental, se refieren principalmente a aquellos que afectan a la red social primaria y en los que están involucrados sentimientos de pérdida. En segundo lugar, aparecen aquellos relacionados con pérdidas en la red secundaria de amigos, parientes y trabajo (Páez, 1986).

En cualquier caso, el concepto de evento estresante, suele ser bastante ambiguo y esta ambigüedad está influenciando las controversias en este tipo de investigaciones. De hecho, en la actualidad se tiende a investigar, más que las características de una situación dada, la percepción que de la misma poseen las personas. Los estudios de Bandura (1987), sobre “expectativa de éxito” y las formulaciones sobre afrontamiento (Lazarus y Folkman 1984), enfocan este tipo de estudios hacia la adquisición por parte de la persona, de aquellas estrategias y conductas que faciliten el manejo del estrés. DeNelsky y Boat (1986), propusieron un modelo de afrontamiento, útil para la rehabilitación, basado en:

- Aumentar el compromiso con las metas.
- Disminuir las creencias erróneas sobre el sí mismo y el ambiente a partir del trabajo en relajación, confrontación de creencias y autoestima.

En la actualidad, el interés por el ambiente estresante se dirige hacia la influencia que ejerce en el curso y aparición de la enfermedad, más que en la consideración de su papel etiopatogénico. Donde la relación entre recursos personales y sociales, su percepción por parte del sujeto y relación con las demandas del ambiente como estresores sociales, determinan las conductas de salud y enfermedad (Musitu, 1996).

Esto contrasta con el hecho de que las personas realmente piensan, que un evento vital negativo y estresante puede provocar una enfermedad mental, reforzando la imagen social que relaciona las causas de la enfermedad mental y el estrés con los entornos urbanos (Páez, 1986).

Sin embargo, la terapia psicosocial no se centra exclusivamente en el tratamiento de variables sociales, sino que debe abordarse desde un posicionamiento integrativo. De hecho, la rehabilitación psicosocial en la actualidad no rechaza la existencia del hospital psiquiátrico como recurso asistencial integrado en una red de carácter sociosanitario. Así mismo, se asumen las características del necesario tratamiento farmacológico (tabla 9), como una parte fundamental de la terapéutica a seguir.

Sin embargo, los problemas de coordinación y competencias con la estructura sanitaria, continúan dificultando la consolidación de este

modelo, a pesar de que el marco posterior a la Reforma, implica una dimensión hasta ahora desconocida, que incide de manera urgente en la construcción de los recursos sociales, así como la necesaria sensibilización de familias y profesionales en el papel activo al que están llamados a asumir en el tratamiento de las enfermedades mentales.

**Recidivas en el 1° año en esquizofrenia y su relación con el tratamiento neuroléptico**

	<u>Con placebo</u>	<u>Con neurolépticos</u>
-Kane et al (1982)	41%	0%
-Crow et al (1986)	63%	38%
<b>Recaídas tras remisiones <i>prolongadas</i> suspendiendo la medicación</b>		
-Wistedt (1981)	100%	
-Hirsch et al (1973)	92%	
-Denker et al (1980)	99%	
Tomado de Saiz et al, <i>Esquizofrenia enfermedad del cerebro y reto social</i> , (1995)		

Tabla 9. Esquizofrenia y neurolépticos

Las nuevas expectativas abiertas por los resultados de la rehabilitación e integración social, también determinan la necesidad de multiplicar la investigación de aquellos elementos presentes en el tejido social que pueden favorecer la integración del enfermo esquizofrénico, así como detectar dónde se encuentran las resistencias a dicha integración y cuál es su razón de ser.

Por ello, en nuestra investigación, analizaremos los elementos representacionales que provocan dichas resistencias, utilizando el modelo de las representaciones sociales, al considerarlo como el más adecuado a los problemas planteados.

Este modelo, fue retomado inicialmente por Moscovici, en su estudio en 1961 sobre la Imagen del Psicoanálisis en Francia, extendiéndose a partir de aquí, a diversos campos de investigación dentro de la psicología social, demostrando una gran capacidad heurística.

La teoría de las representaciones sociales, propugna la existencia de un "campo psicológico interno" que condiciona las acciones, decisiones y actitudes de los sujetos. Este campo estaría constituido por la representación social que el sujeto posee de un fenómeno social dado, adquirida a través de los procesos de socialización, generando un marco referencial de conocimientos con cierto consenso social legitimador y que articulan sus respuestas y prácticas sociales.

Es por tanto, un elemento fundamental en el proceso cognitivo que media entre la construcción del concepto y el objeto percibido que se constituye en la interacción y comunicación social.

A la vista de los datos y en el contexto de la terapia de los trastornos mentales, ¿Justifica la eficacia del Modelo biomédico las inversiones públicas en la investigación exclusiva de las bases genéticas y neurológicas de las EM, asignando un papel subsidiario a las variables psicosociales,

como la rehabilitación de Habilidades Sociales, el Empowerment, Resolución de Problemas o Integración Laboral de la persona con enfermedad mental?.

¿Hasta qué punto la ciencia no es responsable de incentivar la investigación de nuevas formas de explicación de la realidad social, cuando los modelos vigentes potencian la visión del enfermo, como un ser pasivo y a la familia como una estructura dependiente?.

¿Cuáles son las causas que dificultan la implantación de un modelo como el Comunitario en EM, que incluso en el ámbito económico resulta ser eficaz?, (tabla 10).

Acentuando la importancia del ambiente social para el curso y resolución de la esquizofrenia, la OMS (1979), recomienda *la necesidad de llevar acabo más investigaciones sobre el efecto de las variables socioculturales en el curso de los trastornos mentales.*

**-Coste de la intervención comunitaria (IC) en esquizofrenia, respecto a la intervención clásica sanitaria (IS)**

<b><u>Autor, País y Año</u></b>	<b><u>Costes /Resultados</u></b>
<b>Weisbrod et al, USA, 1980</b>	<b>IC más cara con mejores resultados</b>
<b>Hoult et al, Austria, 1984</b>	<b>IC más barata</b>
<b>Marks el al, Reino Unido, 1993</b>	<b>IC más barata</b>
<b>Fenton et al, Canadá, 1979</b>	<b>IC más barata</b>
<b>Burn et al, Reino Unido, 1992</b>	<b>IC más barata</b>
<b>Jackson et al, Reino Unido, 1993</b>	<b>Costes similares, con mejores resultados la IC</b>

**(Datos recopilados por el Proyecto RISEM). Gran Canaria.**

Tabla 10. Coste de la Rehabilitación Psicosocial

Puesto que la existencia de etiquetas negativas y representaciones sociales que influyen en el comportamiento de las personas ante el enfermo mental se traducen en la merma del ejercicio real de su derecho a la salud, lo que desgraciadamente sólo puede traducirse en más cronicidad y exclusión social. Esta investigación, con sus limitaciones y desde la reflexividad teórica y metodológica, apuesta decididamente por añadir factores de conocimiento que permitan la plena integración en la sociedad del enfermo mental crónico, a partir de un cambio de prácticas y actitudes sociales de cuyo proceso, esta investigación quiere formar parte.

Como hemos visto hasta aquí, la enfermedad mental debe definirse sobre la base de las relaciones sociales que entretengan su conceptualización y tratamiento, también hemos señalado la existencia de un entramado

cultural que proviene de un proceso histórico complejo, constatándose a la vez, la existencia de modelos científicos que determinan la comprensión moderna de los trastornos mentales.

Por otra parte, señalamos que esas circunstancias socioculturales son fundamentales en la adopción de conductas adecuadas de enfermedad y por lo tanto, capaces de variar el pronóstico de las enfermedades mentales a través de su manejo. Por ello, hemos reseñado la importancia de modelos emergentes como el de Integración Comunitaria que precisan la intervención desde un enfoque ecológico de la conducta humana y de las relaciones sociales.

Podría pensarse que nuestro interés por dichas variables sociales obedece a un enfoque terapéutico de la enfermedad mental, sin embargo esto implicaría una reducción de los objetivos de esta investigación, ya que en realidad, nuestros objetivos se dirigen a poner de relieve cómo las Representaciones Sociales de la enfermedad mental, resulta una variable fundamental en el tratamiento de estos trastornos y que las mismas se sitúan a un nivel macrosocial, cuya comprensión requiere la apertura de nuestro trabajo a dos niveles fundamentales:

-El contenido informacional de las Representaciones actuales, ligado a los paradigmas científicos dominantes.

-La descripción de las conductas de los profesionales, enfermos, familiares y Administraciones que se derivan de las mismas, en base a la difusión por los Media de determinadas representaciones sociales de los trastornos mentales.

Con ello, pretendemos aportar nuestra modesta contribución a esclarecer las vías por las que el contexto social afecta a los procesos, conductas y actitudes relacionadas con la salud mental y que han sido descuidadas en parte, limitando el papel de la psicología en este campo concreto de la salud y la enfermedad (Ewart, 1991).



## CAPÍTULO DOS

### El marco teórico de las representaciones sociales

---

#### 2.1 Cultura y representaciones sociales.

Cuando decimos que el ser humano es un ser social, en realidad estamos identificándolo con todos aquellos seres que poseen características específicas relacionadas con la adquisición de logros en su estructura social, y que a lo largo del trascurso evolutivo y cultural han llegado a ser valiosas para la supervivencia de la especie.

Sin embargo, la cultura no es solamente un proceso adaptativo que se explica exclusivamente a través de las adquisiciones biológicas, técnicas o instrumentales, prescindiendo de los sistemas simbólicos, o de las creencias que integran la interacción humana. Por ello, consideramos que no puede admitirse un discurso reduccionista de la vida social estrictamente biologicista, ni a la inversa, es posible defender la existencia de un determinismo único meramente ambiental, ni la cultura puede entenderse exclusivamente como un proceso de innovación tecnológica.

La interacción entre el sustrato biológico y el sistema social es sin duda, la única explicación posible del por qué, las sociedades humanas pueden cambiar su entorno y también su estructura social, a la vez que dichas modificaciones generan cambios orgánicos que afectan a individuos y etnias. Una separación artificial que confiera una mayor prevalencia de la herencia biológica sobre la estructura social o a la inversa, no podría explicar la capacidad del ser humano para modificar el mapa genético a través del conocimiento adquirido, ni tampoco la existencia de diferentes estructuras sociales inmersas en un relativismo cultural evidente.

Por ello, la historia de la humanidad también es la historia de sus representaciones sociales, de sus creencias y de sus normas éticas.

La existencia en el medio físico de las condiciones sociales para la extracción de las proteínas necesarias para la vida humana, ha sido mediada por avances técnicos como el arado o las canalizaciones de riego, lo cual ha derivado en cambios de las características físicas de los sujetos, pero estos cambios se han producido a partir de representaciones sociales diferentes de la naturaleza y de la realidad (Flameen, 1987; Guimelli, 1989).

Es así como la representación cultural del hombre, ha sido en el pasado, el único medio de interpretar su naturaleza. Civilizaciones antiguas como la romana, se basaron en un sistema esclavista para su desarrollo, para lo que fue preciso representar al esclavo como una *cosa* que se puede vender o comprar, *pero que a través de mecanismos sociales podía llegar a adquirir la naturaleza humana*, creando con ello, un concepto hoy desconocido del hombre, que encontró sus raíces en la filosofía aristotélica y que afectó a las relaciones de producción, al derecho y en definitiva a la

comprensión del entorno de su época, constituyendo en sí misma, el mundo real en que se movían los seres humanos de aquel tiempo.

El cristianismo con su capacidad para cambiar las relaciones sociales, su visión sobre la vida, la muerte y la trascendencia, provocó cambios de los que la sociedad actual es deudora, así como el sistema económico actual lo es del protestantismo (Weber, 1984).

Dicho de otro modo, la historia y el cambio social deben siempre entenderse como vinculado por una relación dialéctica a la historia de las ideas. Las apreciaciones deterministas, tanto materialistas como idealistas de esta relación, pasan por alto dicha dialéctica y de este modo distorsionan la historia (Berger, 1997).

Uno de los componentes esenciales de toda sociedad humana viene caracterizado por la existencia de procesos culturales. Tylor nos refiere una descripción de la cultura ya clásica en sociología, definiéndola como “un sistema complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, leyes, usos sociales y capacidades adquiridas por los seres humanos en cuanto son miembros de una sociedad” (Tylor, 1871).

La cultura influye en aspectos emocionales, cognitivos y conductuales, impregnando toda la vida de los sujetos. La cultura, es por tanto el proceso complejo por el cual los seres humanos llegamos a ser *sujetos* sociales que reflexionan sobre sus propios pensamientos y símbolos de comunicación. Esa capacidad de reflexión sobre la simbología por la que nos comunicamos proviene del hecho cultural. Y su interacción con el medio ambiente determina nuestro punto de vista crítico o conservador sobre la herencia cultural adquirida, nuestros sistemas de interacción social o nuestros valores y actitudes, a la vez que en última instancia, modula los cambios sociales que las necesidades e intereses de grupos e individuos sean capaces de impulsar.

Y esto, es consecuente a que todo ser humano desde su nacimiento se encuentra con una realidad dada, externa al individuo, que este se apropia a través del proceso de socialización. La apropiación de esta realidad externa se realiza a partir de la educación, consistente en *la socialización metódica de la generación joven por la adulta* (Durkheim, 1950).

A través de ella, se transmite la cultura de la sociedad, el individuo biológico se transforma a partir de este proceso en individuo social, que interioriza los valores culturales, transformándolos en elementos constitutivos de su personalidad y de su conducta.

La función social de la educación se traduce por tanto, en integración moral del sujeto en la estructura cultural, que ahora él mismo, a partir de la aceptación de sus valores, va a constituir en creencias y estereotipos que orientan su conducta.

De lo anterior se desprende que junto a la estructura económica, opera una estructura cultural, cuyo principal objetivo es la inclusión del individuo

en la sociedad, a través de la interiorización de valores y creencias que se integran en su personalidad, pero que además sirven de base a los mecanismos de solidaridad y cohesión social.

Estos mecanismos culturales de inclusión, se traducen en la generación de valores que favorecen las instituciones sociales dentro de las cuales las personas van a desarrollarse. La familia, el papel del Estado o la búsqueda y desempeño de un empleo remunerado, se aceptan por el sujeto por el convencimiento de que este, es un modo efectivo de inclusión social y de desarrollo personal.

Durante todo el proceso de socialización, las personas aprenden los valores aparejados a estas instituciones, como la importancia de desempeñar un rol adecuado para la paternidad o maternidad, o el valor de un trabajo bien hecho. A cambio, el sujeto podrá disfrutar de los bienes y servicios que la sociedad pone a su disposición y que son percibidos como la consecuencia natural de su conducta.

Por tanto, los valores aprendidos por el sujeto aparecen como constitutivos de la normalidad, de lo real. De este modo, la persona en el proceso de socialización, llega a tener creencias y valores de normalidad que se relacionan con la inclusión y la participación social.

Sin embargo la persona desempleada, los deficientes psíquicos, los enfermos mentales o cualquier otro colectivo que no puede desempeñar los roles productivos, familiares o cívicos que se esperan de ellos, son objeto de incertidumbre por parte de la persona integrada, son categorizados como personas al margen de la normalidad. Así, los mecanismos culturales que permiten la inclusión social de los sujetos, se transforman también en las bases culturales de la exclusión a través de procesos de estigmatización, categorización y estereotipia negativa. Al mismo tiempo, se inicia un proceso de racionalización y explicación, de comprensión de lo "anormal", de integración cognitiva de realidades sociales ambiguas o discordantes, que son aprehendidas a través de esquemas e imágenes adquiridas en el proceso social y reelaboradas individualmente de la misma forma, dependiendo de este proceso, la efectividad y características de nuestro repertorio conductual.

A través de estos mecanismos representacionales, se legitima la conceptualización negativa de la diferencia, la generalización de características peyorativas a determinados colectivos, la atribución indiscriminada de perfiles personales a los sujetos que forman determinados grupos, e incluso la despersonalización de dichos individuos como seres "incompletos" o cercanos a la animalidad, abriendo el camino de la marginación e incluso el de la exclusión más extrema, el genocidio.

El proceso de socialización y la adquisición de nuevos aprendizajes, continua a lo largo de todo el proceso vital del sujeto. La información es reelaborada a través de procesos de inferencia social que intentan dar sentido a la realidad. Estos procesos de inferencia social, pueden dividirse en



tres bloques diferenciados: Aquellos que facilitan un proceso de categorización social, las inferencias causales que buscan la razón o causa de un hecho observado y aquellos que buscan las relaciones entre estructuras de información.

La categorización social, se realiza a través del uso de estereotipos (creencias), que generalizan una serie de atributos personales de los individuos que forman un grupo social determinado. Si la actitud del sujeto es negativa hacia ese grupo, probablemente el estereotipo será negativo y posiblemente el correlato conductual será la discriminación negativa.

Por tanto, las actitudes se originan en el marco de la experiencia individual y en un contexto social determinado. Si la asociación con el objeto se da través del conocimiento del mismo, su resultado será una creencia o un estereotipo. Sin embargo, si la relación entre el sujeto y el objeto social es una experiencia emocional positiva o negativa, su producto será una valoración de prejuicio. Por el contrario, si la relación con el objeto proviene de la implicación conductual, tendremos conductas de discriminación (tabla 11).

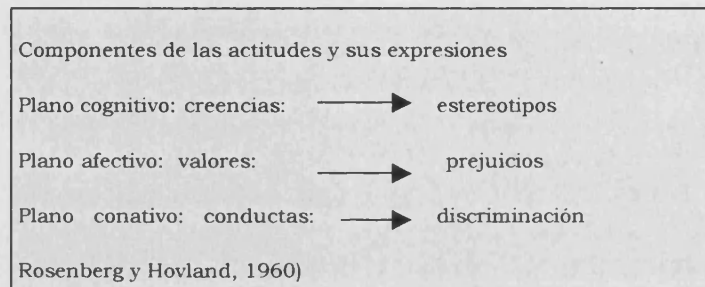


Tabla 11. Modelo factorial de las actitudes

Las actitudes se expresan a través de sus componentes esenciales que son las creencias (plano cognitivo), los valores (plano emocional) y las conductas (plano conativo), generando con ello marcos de tendencia en cuanto a la adopción de determinados estereotipos, prejuicios y conductas. La existencia e interacción de estos tres elementos, junto con la experiencia de las personas, determinará la coherencia, perdurabilidad y flexibilidad de las opiniones y conductas mantenidas, así como la capacidad de influencia de las nuevas informaciones. De este modo, los sujetos pueden mostrar estereotipos muy fuertes pero que apenas tienen incidencia en sus conductas, o bien prejuicios no reflejados en sus opiniones o verbalizaciones.

La fuente de toda actitud resulta por tanto de la información que nos llega a través del medio social, esta información es elaborada cognitivamente expresándose como creencias; el procesamiento afectivo de la misma, se expresará a través de sentimientos y por último la información conductual derivará en acciones.

Los productos de estas elaboraciones los hemos identificado como opiniones, prejuicios, estereotipos o conductas de discriminación o integración.

La capacidad de influencia social sobre las actitudes individuales, depende en gran parte de la *coherencia y de la intensidad* en que los factores de la actitud se relacionan entre sí y su expresión global es en definitiva, una valoración estable sobre un objeto externo o el propio yo.

¿Quién no tiene una valoración sobre sí mismo, los demás o un objeto social dado? y aún en el caso de no poseer dicha valoración, ¿No implicaría dicha circunstancia, una toma de posición respecto a la recepción y el procesamiento de ese objeto social?. Las actitudes son por tanto, aquellas imágenes mentales cargadas de significación emocional, que los individuos elaboran a partir de la información social recibida, por las que llegamos a tener un determinado posicionamiento o valoración respecto a un hecho interno o externo, individual o social (MacGuire, 1985).

Sin embargo, las actitudes se generan en un marco social más amplio, donde la información es reelaborada y asumida por el sujeto de acuerdo con diferentes variables. La información proveniente de sus grupos de referencia, sus propias actitudes, el marco de valores ideológicos, las creencias religiosas, los paradigmas científicos o los medios de comunicación de masas, modulan los conocimientos y valores adquiridos en el proceso de aprendizaje social (Kelley y Michela, 1980).

La elaboración resultante de todos estos procesos sociales por los que el sujeto se apropia, explica e integra la información social ambigua en su propio marco cognitivo para devolverlo a la interacción grupal, se denomina: representaciones sociales.

Estas representaciones sociales operan de modo dialéctico, siendo el medio por el que la información social moldea e influye los esquemas actitudinales del sujeto (Ajzen y Fishbein, 1980; Furnham, 1984; Fehater, 1985; Budd y Spencer, 1985), creando lo que se ha venido en etiquetar como procesos de influencia de las representaciones sociales sobre los sesgos de la cognición social (Paez *et al*, 1986), por los que determinadas creencias y actitudes suelen estar compartidas culturalmente por los sujetos de diferentes grupos sociales (Hewstone 1989; Furnham, 1982).

Es por esto que las representaciones sociales proporcionan un marco teórico valioso, que explica la relación entre las actitudes individuales y el medio social como un todo integrado y mutuamente influyente.

De este modo, nuestras actitudes ante la política, la enfermedad mental o los excluidos, estarían mediadas por las representaciones sociales que los medios de comunicación, los sistemas religiosos e ideológicos y los paradigmas científicos elaboran como pensamiento social, contribuyendo con ello, al proceso de formación de las conductas y orientación de las comunicaciones sociales (Moscovici, 1976).

## **2.2-Antecedentes teóricos de las Representaciones Sociales**

Emile Durkeim (1898), realizó un considerable esfuerzo al intentar a través de su obra, asentar las bases de un método sociológico que tuviera una amplia comprensión de lo social. Para este investigador francés, lo social

está constituido de hechos observables que no pueden restringirse a una derivación de la naturaleza individual o a un pacto social determinado, sino que obedece a la creación de algo nuevo por encima de las individualidades subjetivas y que se expresa en su célebre concepto de “conciencia colectiva”.

Aunque el discurso de Durkeim se encuadra dentro de un enfoque funcionalista y normativo, sin llegar a expresar las contradicciones y paradojas que suponen los mismos hechos culturales y que ya hemos mencionado, al tratar de los mecanismos de inclusión-exclusión social, corresponde a este investigador el análisis de la relación dialéctica entre estructura económica y cultura y la ampliación de la segunda, al resto de instancias sociales normativas, enriqueciendo con ello, el reduccionismo marxista decimonónico.

La conciencia colectiva, a partir de las representaciones compartidas, trasciende las representaciones individuales, que por su variabilidad no permitirían la apreciación de invariantes o regularidades sociales y por tanto dificultaba la aprehensión de esa nueva ciencia que trataba de sistematizar, la sociología.

Aunque el análisis de Durkeim no está exento de problemas epistemológicos y metodológicos como el reseñado, es el primero que a través de esta conceptualización ambigua, defiende la existencia de productos psicológicos netamente sociales y que confluyen en esa “conciencia colectiva” que no es la suma de pensamientos individuales sino que adquiere especificidad como construcción social de la realidad, abriendo el camino de otras orientaciones científicas como el interaccionismo simbólico de Mead y permitiendo abordar el problema social, dentro de un enfoque que nos es conocido y familiar, el de la psicología social.

En 1961, otro investigador francés retomará el estudio de esta “conciencia colectiva”. Para Serge Moscovici, Durkeim no había precisado la verdadera naturaleza de las representaciones sociales, limitándose a señalar su existencia en ese intersticio en el que lo individual se transforma en social, mezclando fenómenos psíquicos y sociales y haciendo extensivo el concepto de representación social a las creencias, ideologías o mitos. Debido a estas imprecisiones, el concepto debía ser reformulado, dotándolo de un rigor metodológico hasta ahora insuficiente.

Para él, resultaba de capital importancia la separación conceptual del término de otros como imagen, opinión o mito, incidiendo en la funcionalidad y estructura de las representaciones sociales a fin de delimitar el concepto, diferenciándolo de las descripciones generalizadoras de Durkeim.

La tarea de Moscovici es sin duda brillante, aunque en muchos aspectos, no consiga domeñar suficientemente y con claridad el concepto al que alude. Él mismo advierte en su obra de la dificultad de clarificar dicho concepto, que se observa bien en sus derivaciones sociales, pero que se analiza mal, por su característica posición “mixta” entre la sociología y la psicología.

En su descargo, podríamos decir que este terreno es surcado con habitual ambigüedad por los investigadores a la hora de explicar otros fenómenos psicológicos como las actitudes o la inteligencia. Ubicadas entre lo social y lo psicológico, las explicaciones sobre el concepto de actitud abarcan miles de formulaciones diferentes y ello a pesar de que Allport (1968), lo definiera como el concepto más distintivo e imprescindible en la psicología social.

Si citamos esta circunstancia no es para legitimar cierta ambigüedad en el análisis que nos ocupa, haciéndolo derivar de un determinado relativismo de las ciencias sociales, sino que más bien, creemos que la posible ambigüedad, reside en la multiplicidad y fragmentación de los enfoques teóricos adoptados, en la metodología utilizada para la comprensión de los fenómenos psicosociales y en última instancia, en el conflicto entre positivismo y fenomenología que atraviesa disciplinas como la sociología y la psicología, en mayor medida que en la inabordabilidad de algunas formulaciones por el hecho de su carácter híbrido o fronterizo.

En realidad, dicha característica "mixta" proporciona la riqueza de poder ser estudiada complementariamente desde diferentes disciplinas, lo que en la práctica, aumenta tanto la complejidad, como el rigor de la investigación, al huir de explicaciones monocausales sobre los hechos sociales o psicológicos.

El concepto de representación social, nos impulsa a pensar en una elaboración cognitiva posterior a la percepción de un estímulo. Las ideas serían representaciones de la realidad que se organizan en esquemas o mapas cognitivos, estructuras arborescentes que nos ayudan a tomar decisiones, comparar y clasificar conceptos.

Sin embargo, cuando aludimos a la representación social en este trabajo, no nos referimos al estudio de estas elaboraciones individuales, sino más bien, a los procesos sociales por los cuales los sujetos se apropian de la información ambigua, dotando a la realidad de nuevos significados. La representación es social en cuanto ha obtenido validez en su uso compartido para analizar la realidad a través de la relación de un determinado grupo o grupos sociales con un objeto social dado.

El pan o el vino como elementos de la naturaleza no implican en sí mismos una representación social determinada, sólo a partir de que los grupos sociales le confieren determinadas cualidades y lo enmarcan en un sistema relacional de significados adquieren esa atribución.

Sin embargo, el vino consagrado sí es un objeto social y las características religiosas, caloríficas, liberadoras, inicuas o de prestigio social del vino; sus múltiples combinaciones más acertadamente, sobre la base de intereses contrapuestos o coincidentes de los grupos sociales, generan diferentes representaciones sociales del mismo que todos conocemos.

No importa que el esclavo romano no sea una cosa, ni que el vino no conlleve algunas de las características que se le atribuyen, no importa

tampoco si los agentes sociales propagan consciente o inconscientemente dicho conocimiento, ya que el hecho se establece como realidad a partir de que los individuos actúan y se comunican como si lo fuera.

El hecho es, que diferentes grupos se refieren y elaboran contenidos de comunicación, a partir de cualidades de los objetos sociales que son construidas en la misma interacción grupal y que en la medida en que dicha construcción es relevante para la sociedad, se disemina y es compartida por personas que no necesariamente se identifican con los postulados grupales iniciales.

A través de los procesos de comunicación social, las creencias y valores atribuidos a dicho objeto social, se transforman y se enriquecen con conceptualizaciones, valores y creencias de otros grupos, creando diferentes representaciones sociales de la realidad, de manera dinámica y consustancial a la actividad económica y cultural. (Brewer y Cramer, 1985; Doise 1973,1984; Jaspars y Hewstone, 1984).

### **2.3 Concepto de representaciones sociales**

Durante todo el siglo XX, la idea de progreso ha sido mantenida con vehemencia por multitud de pensadores y filósofos. Las personas, han confiado en la capacidad de la ciencia y la tecnología para desarrollar todas las potencialidades del ser humano y aunque las críticas a ese mundo feliz y tecnológico que auguraba el capitalismo industrial, son cada vez más acerbadadas y fundamentadas, la verdad es que el sujeto del siglo XXI se encuentra sumido en un intercambio de conceptos técnicos que no comprende o de los que posee un conocimiento fragmentario. Políticos, técnicos, filósofos y periodistas pugnan por explicar ese mundo de chips, átomos, priones y genes sin conseguirlo del todo, o dicho de otro modo, cada uno lo hace según sus conocimientos, cada uno según su lenguaje.

Las personas inmersas en ese magma de informaciones especializadas, se esfuerzan en la comprensión del mundo en que viven, e intuyen la necesidad de aprehender esos nuevos conceptos a fin de calibrar, tomar postura o sencillamente lograr una adecuada interacción social con sus grupos de referencia.

Durante todo este proceso, los conceptos científicos adquieren otro significado, son reelaborados en cada conversación, el universo del discurso social se vuelve fragmentario y las personas acuden a los mediadores autorizados, legitimados por sus conocimientos o prestigio social, a fin de adquirir una orientación sobre sus propias reflexiones y opiniones o confirmar sus creencias o conductas.

Los nuevos conocimientos son asimilados a las estructuras de conocimientos que cada uno de nosotros ha sido capaz de generar a lo largo de nuestra biografía y al hacerlo, el conocimiento indirecto de un hecho social inaprensible a nuestra experiencia directa, se transforma en certeza,

en corpus de conocimiento subjetivo que crece, desaparece o se trasmuta a partir de nuevas informaciones, nuevas experiencias, nuevos descubrimientos.

Pero la definición de las representaciones sociales no debe hacerse exclusivamente desde un esquema funcionalista, ya que dicho planteamiento nos informaría sobre las funciones y cometidos sociales de dichas representaciones sociales, pero determinar para qué sirven o son utilizadas, no es clarificar su naturaleza.

Es por ello que adoptamos para tal cometido, un enfoque sistémico en el que los fenómenos sociales son proceso y producto a la vez de una misma realidad dinámica y que permite ser analizada por eso mismo, desde enfoques diferentes (Wagner y Elejabarrieta, 1995; Jodelet, 1986 a).

Esta aproximación ha sido utilizada con éxito en el análisis de problemas tan dispares como el estudio de las actitudes, de la cultura, de la ciencia o de la inteligencia.

La conceptualización de la representación como *proceso* de conocimiento social, define a la misma como la elaboración social de un conjunto de conceptos, a partir de la interacción de grupos sociales que culmina en la transformación de ambos. Esta transformación no resulta de un efecto colateral, sino que es consustancial y característico de dicho proceso.

Si nos acercamos a la representación social como *producto* del proceso social, la definiremos como corpus de conocimientos sociales no institucionalizados, cuya coherencia, jerarquía, significación emocional y permanencia de sus elementos, dependen de la ambigüedad, difusión e importancia social percibida del objeto al que se refieren.

Las representaciones sociales en su génesis, son siempre elaboraciones de grupos *reflexivos*, es decir, grupos sociales que se identifican con determinados postulados, creencias o valores que les definen como grupo homogéneo y que permiten su identificación por parte de los exogrupos con los cuales interactúan (Moscovici, 1984). Por ello, las representaciones sociales no se definen por sí mismas en tautológicas explicaciones circulares, sino que requieren la acción de agentes sociales en los que reside su génesis, por lo que no todos los objetos sociales poseen una representación social.

Las flores, los árboles, los lápices son objetos de la realidad que pueden no poseer una representación social, aunque sí conceptos e imágenes compartidas socialmente, ¿Por tanto, dónde reside la diferencia entre los procesos de comunicación social y las representaciones sociales?

La principal cualidad diferenciadora es que, en dichos objetos no debe existir ambigüedad en la comprensión de sus características, que su conocimiento no posea ninguna relevancia para determinados grupos sociales y que además, no existe ninguna circunstancia social que impela a

la necesidad de una comprensión más profunda y sistematizada, a fin de asegurar mecanismos de adaptación e interacción social.

Por otra parte, los mecanismos de cognición social como la atención, codificación, memoria e inferencia, citados por Wagner y Elejabarrieta (1995), se refieren predominantemente, a la cognición *fría* más que a la significación emocional de los objetos sociales, diferenciándose cualitativamente de aquellos por los que las representaciones sociales llegan a existir y desarrollarse: *la actitud, la información y el campo de representación*, identificados por Moscovici (1976), como dimensiones constituyentes de la representación social. Siendo la objetivación y el anclaje, los procesos por los que el conocimiento social se transforma en representación social (Jodelet, 1986).

Veamos el ejemplo de un spot televisivo, una adolescente presenta al chico con el que sale a su madre, que está comiendo un helado, parte del cual se le queda en los labios, el chico se acerca y le da a la madre un beso prolongado en la boca eliminando los restos del helado. Este anuncio publicitario juega sin duda, con procesos de cognición social como la categorización, memoria, disonancia e inferencia ante la ambigüedad a fin de fijar el mensaje en la mente del observador. Las situaciones sociales de este tipo ponen en marcha determinados esquemas cognitivos y su interacción con el medio, entrando de lleno en el análisis de la cognición social que se concreta en el estudio de cómo afectan las situaciones sociales al procesamiento de la información.

Sin embargo, desde el análisis de representaciones sociales, los procesos de objetivación y anclaje se dirigen más bien a analizar cuál es la representación de la adolescencia, de la maternidad o de las relaciones sexuales, de las que se nutren los bloques o categorías en que se estructura la información cognitiva y todo ello relacionado con la estructura simbólica del discurso y su significación social y emocional. Por otra parte, la cognición social, al centrarse en los procesos por los que los sujetos procesan y perciben la información, descuidan que el pensamiento social es pensamiento compartido, o lo que es lo mismo, ignoran los aspectos simbólicos por los que los procesos sociales se transforman en representación social.

En cualquier caso, la cooperación entre ambos enfoques no deja de ser significativamente conveniente. Así, el concepto de *themâta* (Moscovici y Vignaux, 1994), formulado con el objetivo de encontrar las relaciones entre la cognición y comunicación, entre lo cognitivo y lo simbólico, o los estudios sobre los esquemas cognitivos de base (Rouquette, 1994), analizando tanto la generación como la transformación de las representaciones sociales desde un punto de vista dinámico y transversal, recogen la íntima ligazón de las propuestas teóricas de orientación social cognitivista, respecto al análisis de la estructura y generación de las representaciones sociales.

Hemos mencionado como los dos procesos básicos de las representaciones sociales, en la formulación original de la teoría, se identificaron como objetivación y anclaje.

-La objetivación se refiere a la transformación de conceptos extraños, ambiguos o inaprensibles en imágenes cercanas o compartidas por los sujetos. Se trata de reabsorber un exceso de significados, materializándolos. Los mecanismos que actúan en dicho proceso son la *descontextualización*, la *transformación icónica* y la *naturalización* de la información (Jodelet, 1986).

La *descontextualización* reduce y simplifica la información disponible eliminando parte de la información recibida. Así, el contexto de las nuevas informaciones desaparece y se concentra en imágenes (*transformación icónica*), que fundamentalmente resumen, no la importancia real del objeto comunicado, sino los rasgos identificados como importantes por el cuerpo social (Palmonari y Doise 1986).

Este proceso culmina con la generación de un núcleo figurativo de la representación social, que destaca en imágenes, la esencia y conceptos de mayor representatividad social del objeto. En enfermedad mental, este proceso podría resumirse así: “Algo les pasa en la cabeza a los locos, es cosa de nervios, por eso es mejor que estén tranquilos, para que no agredan”.

La locura en este contexto, no aparece como una enfermedad, sino como un problema de falta de conciencia o control, que tiene que ver con una parte del cuerpo, la cabeza, o un lugar indefinido, “los nervios”. Una vez aislado del contexto científico, la enfermedad mental adquiere, naturaleza y ubicación propia y lo que es más sugerente, todo un sistema de conducta que pretende ser adaptativo, ante el esquema: *nervios—locura—agresión*.

La *naturalización* se produce al sustituir los conceptos en entidades físicas, lo simbólico pasa ser realidad. No percibimos al concepto como un conjunto de informaciones sino como una entidad real, independiente y ontologizada. Preguntas de estudiantes como, ¿qué glándula endocrina secreta la libido?, o las referencias a la memoria a corto y largo plazo como entidades físicas, cajas compactas y autónomas, que realmente conforman orgánicamente el recuerdo, son resultados típicos de este proceso. Sin embargo, no debemos entender este hecho como parte de una degeneración de conceptos prístinos que van perdiendo su pureza hasta derivar en una imagen imperfecta del original, ya que las representaciones sociales son realmente construcciones sociales nuevas, sobre conceptos que también son expresados y originados a partir de la interacción social, afectando con ello hasta las formulaciones más rigurosas de la ciencia.

El conocimiento científico no es una representación social de las leyes físicas, pero el científico como ciudadano de una sociedad dada, se expresa o *es entendido* a través de ellas y la comunicación al gran público no tiene otro cauce que su representación, a través de la interacción de la vida cotidiana y en los contenidos de los medios de comunicación.



Aunque el efecto de los sesgos del experimentador es bien conocido, un ejemplo práctico nos puede ayudar a entender cómo las representaciones sociales, se insertan en el devenir de las teorías científicas desde su génesis y no sólo en su popularización.

Hacia 1950, la sociedad occidental poseía unos roles bien definidos tanto para el hombre como para la mujer. En este contexto, el Dr. Dart encontró el rastro de los primeros homínidos en cuevas de los macizos montañosos de Sudáfrica, el hallazgo consistió en un conjunto de esqueletos y restos óseos entremezclados de herbívoros y de nuestros antepasados.

La conclusión que Dart extrae es simple, los primeros homínidos eran cazadores, los machos recorriendo la sabana en hordas, capturaban a los herbívoros y los llevaban a la cueva donde eran devorados y con sus restos se fabricaban las armas y utensilios necesarios. La agresividad del varón es por tanto el motor de la evolución, la mujer mientras tanto, espera en la cueva cuidando de la prole.

Esta teoría que corresponde claramente al rol masculino de esa época, es contestada con el tiempo, por los avances que se van produciendo y que identifican a nuestros antepasados como recolectores, carroñeros y víctimas de los depredadores, más bien que como cazadores agresivos.

En la década de los setenta y en pleno auge de los movimientos de liberación de la mujer, Elaine Morgan, escritora, ama de casa y antropóloga aficionada, pone en entredicho la teoría de la Sabana y comienza a hablarse incluso en medios científicos de la teoría del "homínido acuático". Para esta autora es el medio acuoso, la charca donde no se puede ir a cuatro patas, el motor del bipedismo y de la evolución.

La legitimación de la agresividad, del rol masculino y de la justificación social del conflicto en la guerra fría, se desliza hacia las teorías científicas, las representaciones sociales vigentes premian unas teorías sobre otras y modulan significativamente y emocionalmente la realidad social, incluso en la formulación del saber científico. Construyen conceptualizaciones nuevas, marcos de interpretación novedosos asumiendo el conocimiento existente, no lo denigra, sino que transforma el conocimiento científico en conocimiento social dentro de un esquema circular de significados.

-El anclaje es el otro proceso por el que actúan las representaciones sociales. "Proteico" para Moscovici, excesivamente dúctil para otros investigadores, supone el proceso de *integración cognitiva* por el que los nuevos conceptos son insertados en una red preexistente de significaciones. El anclaje se relaciona cognitivamente con procesos de inferencia y categorización social.

A través del anclaje se explica además, *la asignación de significado* de la representación social. Esta, es una función del proceso de anclaje que nos informa del campo representacional y de los contenidos resultantes de la

interacción entre grupos, así como de su relación con los elementos culturales de una sociedad. De este modo, la enfermedad mental puede tener un significado de trastorno y discapacidad o por el contrario de liberación de la creatividad y fantasía humana, de curable o crónica y consecuentemente, de su tratamiento a través de fármacos o de la rehabilitación psicosocial, en la medida que dicha asignación de significado, se difunda por la sociedad a partir de diferentes enfoques científicos.

La función del anclaje, es determinar las transformaciones que el objeto representado causa y asume a la vez, a partir de la estructura representacional existente en el individuo. Al mismo tiempo, intenta explicar la funcionalidad de lo representado en cuanto a su *instrumentalización social*.

Puesto que toda representación es un manual de conocimiento práctico, la instrumentalización dentro del proceso de anclaje, determina la funcionalidad social de la misma y legitima los procesos de categorización social. Así, podemos permanecer apartados del enfermo mental o propugnar su reclusión de acuerdo con la vaguedad, firmeza o significación de nuestra representación.

Al recoger elementos tanto cognitivos como sociales, parece una formulación suficientemente ambigua como para que buena parte de las críticas converjan sobre este concepto. Por otra parte, no parece muy claro si existe solapamiento o coincidencia con las formulaciones cognitivas de la categorización social, tal y como mencionan acertadamente Wagner y Elejabarrieta (1995).

En cualquier caso, lo importante al efecto de esta investigación, no sólo es destacar aquellos aspectos de la formulación teórica que se adopta, sino también, la funcionalidad de la misma, que en nuestro caso es el nivel de análisis empírico y que se concreta, en buscar y analizar aquellos conceptos que conforman la representación social de la enfermedad mental, más que determinar teóricamente el funcionamiento estructural de la misma.

Por otro lado, si el aspecto de integración cognitiva que representa el proceso de anclaje está aún hoy poco definido, parece acertado mantener con rotundidad la utilidad de tal concepto, para explicar *la asignación de sentido social* a las representaciones sociales. Describiendo las posibles transformaciones constitutivas o de desarrollo de las representaciones sociales, con relación al marco social existente, formado por conceptos religiosos, políticos o científicos y la jerarquía de valores y creencias que dimanen del mismo.

En otro sentido y en el ámbito descriptivo, el proceso de anclaje explica adecuadamente la *instrumentalización* que de las representaciones sociales realizan los grupos según sus fines y creencias. La consecuencia que se deriva de dicha utilización es el hecho de que las representaciones sociales no sólo expresan relaciones sociales, sino que también las crean o transforman (Jodelet, 1986).

## 2.4- Críticas a la teoría de las representaciones sociales

Desde la aparición de la tesis doctoral de Moscovici en 1961, el estudio de las representaciones sociales se ha enfrentado a diferentes dificultades como la influencia del paradigma conductista y su reduccionismo a esquemas de estímulo/ respuesta, o la orientación predominantemente individualista del análisis de las actitudes y de lo social en la psicología americana.

A esto hay que añadirle cierto aire psicologicista, de existencia de entidades etéreas que no se encuentran en las personas, sino en entes colectivos difusos que sin duda proviene de las primeras formulaciones teóricas de Durkeim.

Sin embargo, no sería riguroso atribuir todo el problema a causas externas, ya que la formulación de las representaciones sociales ha tenido que salvar problemas teóricos importantes y aunque la experimentación robustece día a día sus proposiciones y dirime estas dificultades en la práctica, es incoherente no mencionarlas cuando se intenta fundamentar una investigación en sus principios teóricos.

Las críticas en la actualidad, han perdido la virulencia inicial y en la mayoría de los casos, han sufrido un debate largo y continuado de réplicas y contrarréplicas aclaratorias que han servido para mejorar la conceptualización inicial, así como el marco general de la disciplina (Paez 1986; Ibáñez 1988; Moscovici 1976; Jahoda 1988; Potter y Litton, 1985).

Las insuficiencias más destacables, recopiladas por Paez y cols. (1986), pueden enumerarse del siguiente modo:

a) Las representaciones sociales, al menos en su formulación teórica original, han sido formuladas de un modo poco explícito tanto en los elementos constitutivos de las mismas como en la adecuada diferenciación de conceptos y procesos ya existentes en el análisis de la cognición social.

b) La metodología utilizada, como estudios etnográficos o entrevistas abiertas son difícilmente replicables y por tanto entrañan cierta debilidad metodológica.

c) No se encuentra correctamente definido el nexo de unión entre conductas y representaciones sociales.

d) El precedente teórico no obedece a elementos netamente europeos sino que más bien está influido por los trabajos de la psicología americana sobre el análisis de valores y estereotipos, así como por los postulados del interaccionismo simbólico.

e) La sociogenésis de la representación social sobreestima la capacidad del hombre de la calle en su búsqueda de conocimientos y en la estructuración coherente en su discurso, de lo novedoso.

Para Ibáñez (1988), las críticas a las representaciones sociales se agrupan en cuatro grandes áreas que aglutinan las críticas con mayor presencia en la bibliografía revisada, a saber:

f) Esta teoría no aporta nada nuevo a los conceptos ya existentes de actitud, sistema de creencias o ideología, sino que añade confusión al introducir conceptos redundantes e imprecisos.

g) Esta teoría posee un sesgo conservador por lo que enmascara las relaciones sociales a partir de su función ideológica.

h) La mayoría de los conceptos definitorios de dichas representaciones son falaces y no resisten un análisis detenido.

i) La aplicación de la metodología ha sido inadecuada con relación a los objetivos de las investigaciones propuestas.

Podríamos agrupar todavía más las críticas a dicha teoría resumiéndolas en:

- Insuficiencia conceptual.
- Insuficiencia metodológica.

En este capítulo nos detendremos en el primer bloque, a fin de tratar el segundo cuando afrontemos la metodología de la investigación.

La insuficiencia conceptual se menciona como resultado de una pretendida ambigüedad terminológica respecto a conceptos afines.

Las representaciones sociales son teorías implícitas de la realidad que se encuentran presentes en otras construcciones sociales del discurso colectivo. Los mitos, la religión, el pensamiento científico o las ideologías son algunos de estos fenómenos sociales, que junto a un sistema integrado de técnicas y patrones de comportamiento heredado, se han dado en llamar cultura.

La cultura para existir como tal, debe aglutinar todos los comportamientos de un grupo humano determinado, además todos los aspectos culturales de cada grupo, están *íntimamente entrelazados* en un modelo, que es único para ese grupo (Hoebel y Weaver, 1985).

Por ello, el análisis de dichas realidades sólo puede hacerse a efectos descriptivos, encontrándonos frente a esa labor no sólo con la tarea de definir las representaciones sociales, sino también, con la de redefinir todos los conceptos con los que se relacionan, por su validez consensual más que por su precisión y claridad.

Semejante tarea nos llevaría por otros derroteros más allá de los objetivos que nos hemos propuesto, por lo que nos detendremos solo lo necesario, al objeto de definir adecuadamente las bases teóricas de la investigación relacionadas con las representaciones sociales.

La religión como cuerpo de conceptos, normas y creencias no puede ser comparada con las representaciones sociales ya que la religión está impregnada de lo "sagrado", es decir necesita un núcleo conceptual alimentado por el misterio y la fe en lo trascendente.

Por otro lado, la religión aspira a una ordenación del *universo*, una comprensión *global* de relaciones y causalidades, sin que las representaciones sociales tengan ese interés totalizador, no se pueden comparar las zonas oscuras o poco estructuradas que las representaciones sociales pudieran contener, con ese concepto de lo sagrado al que antes aludía, puesto que este, a diferencia de las representaciones, forma realmente el núcleo de toda religión y por tanto la justifica.

Por otro lado, la religión posee una funcionalidad social a partir de un cuerpo integrado de rituales que suelen marcar las etapas del ciclo vital y orientan la conducta a través de postulados morales, que la interacción de los grupos sociales puede no tener necesariamente en la generación de las representaciones sociales.

No podemos confundir tampoco las representaciones sociales con mitos, puesto que estos se refieren a la sacralización del orden moral existente a partir de la personalización de pretendidas virtudes colectivas.

Pero las representaciones sociales no suelen buscar la legitimación absoluta de un determinado objeto social, ni son narradas en un contexto sagrado, sino que como producto de la interacción social, a menudo suponen una construcción nueva y contradictoria de los términos que contiene (Paez y Ayestarán, 1985).

El pensamiento científico ya ha sido tratado con anterioridad, siendo evidente que posee métodos y objetivos diferentes al de las representaciones sociales.

En cualquier caso, todo ello no supone que la realidad social no sea lo suficientemente rica para que no podamos encontrar sacralización en la ciencia, cientifismo en la religión, o ciencia mitificada.

Por último, es necesario incidir en el concepto de ideología y sus posibles relaciones con las representaciones sociales. Para Giner (1985), la ideología es un conjunto de creencias y conceptos fácticos y normativos que explican el mundo social a quienes la sustentan. Son evidentes, desde esta conceptualización general de la ideología, las características comunes a la definición de las representaciones sociales. La ideología proporciona una serie de conceptos fácticos y normativos para explicar la realidad social, es un conjunto de creencias seculares que dan información y orientan la conducta. Por tanto, cuando hablamos de ideología nos referimos al conjunto de creencias que intentan explicar el mundo secular y es aquí donde se hace necesario definir su relación con las representaciones sociales.

Si hablamos de la ideología de un cardenal de la curia pontificia, no nos referimos a la religiosidad inherente a la misma, sino a su red de creencias sobre la realidad social y política del entorno.

Evidentemente, lo sacro estará presente en esa conceptualización ideológica, como lo estará de manera diferente en aquellos sacerdotes de la teología de la liberación que con una ideología opuesta, desarrollan su labor religiosa en los países del tercer mundo.

Además, ambos conceptos se sitúan en ese espacio que intenta explicar cómo los determinantes simbólicos influyen en las estructuras sociales en una relación mutuamente influyente.

Todos los conceptos que hemos ido reseñando, en sus elementos, no son más que sistemas de creencias, opiniones y valores. Para distinguirlos hemos tenido que recurrir a sus contenidos, origen y función social diferenciada. Todos ellos están *íntimamente entrelazados* y por ello se influyen entre sí, pero esto no significa como hemos visto, que se trate del mismo fenómeno social, aunque poseen nexos de unión por su pertenencia a un único y determinado sistema cultural.

Desde este contexto, podemos resaltar el hecho de que las ideologías como conjunto de creencias, conllevan explícitamente un plan estructurado de acción y control social, la ideología se dirige como objetivo social a la transformación de la sociedad o a su conservación, diferenciándose entre ellas en el ritmo de cambio propuesto. Por otro lado, pretenden explicar la totalidad de las relaciones sociales, la función de la cultura, el arte o la economía, desde la acción, desde y para el control del poder. Incluso podríamos señalar que una ideología forma parte de una representación social *en la medida* en que triunfa o fracasa en el control del poder.

Las ideologías son reconocidas hoy como conjunto de creencias muy cristalizadas de cuya validez social, resulta determinante la coherencia entre sus propuestas teóricas y su acción social.

Las representaciones sociales no poseen ninguna de estas características, no poseen un plan estructurado de control social en sus contenidos, no pretenden transformar explícitamente la sociedad, ni poseen esa visión totalizadora del mundo social. Sus contenidos, no suelen ser el producto coherente y sistematizado de un solo grupo social y de un solo sistema de creencias. El grupo reflexivo que las crea, tampoco es el partido político, ni el ciudadano es un militante más o menos activo de una nueva verdad. De hecho, si en algún momento *reflejan* las características ideológicas señaladas, es sólo por que los grupos que las generan han introducido conceptos y creencias propias de sus ideologías.

Las ideologías tienen representaciones sociales de sí mismas, a la vez las representaciones sociales pueden estar nutridas de creencias y conceptos ideologizantes o ideológizados, pero no son el mismo fenómeno ya que socialmente no tienen las mismas funciones y objetivos, ni estructuralmente obedecen a los mismos procesos.

Si las representaciones sociales reflejan las ideologías que contienen, parece obvio concluir que en realidad el objeto de estudio de las

representaciones sociales debía ser la detección de las ideologías implícitas en las mismas (Robert y Faugeron, 1978). Sin embargo, esto equivaldría a reducir la importancia de las ideologías al estudio de las representaciones sociales que contienen y a la inversa, tratar a estas exclusivamente como un artefacto ideológico.

Este punto de vista obviaría que el estudio de las representaciones no puede convertirse en meramente instrumental, es decir, determinar en qué sentido son un reflejo de las ideologías que contienen, ya que la representación social de algo, no es sólo un reflejo especular, sino una creación nueva, diferente, que se entiende mal si es concebida sólo como la suma de sus partes.

Si nos preguntáramos, qué queda del marxismo si se eliminan contenidos como *a cada uno según su capacidad*, y Moscovici (1976), nos señala que lo mismo ocurre con el concepto de la libido en la representación del psicoanálisis, responderíamos inmediatamente, *su representación social*.

Y esto es así, porque las representaciones sociales están surcadas de conceptos ideológicos pero *descontextualizados* de los sistemas estructurados de los que nacieron.

Ideología y representaciones sociales no son objetos independientes, estas últimas se *anclan* en los sistemas ideológicos existentes y también poseen la funcionalidad que los grupos de una u otra ideología les otorgan, pero las representaciones son precisamente la construcción social de elementos que provienen de la ciencia, la religión, de ideologías, de intereses y necesidades de los grupos sociales que insertan dichos elementos, en una nueva red conceptual y al hacerlo les confieren nuevos significados, otros objetivos y diferentes funciones.

Hasta aquí, hemos realizado una descripción somera de la diferenciación de las representaciones sociales respecto a otras construcciones sociales que poseen al igual que ellas, un cuerpo de elementos, creencias y valores capaces de orientar las conductas.

Pero las representaciones sociales no sólo han sido confundidas con estos sistemas de creencias más o menos estructurados y reflexivos, sino también con los elementos que conforman la percepción y la conducta individual.

Las actitudes, imágenes o estereotipos son algunos de estos elementos, siendo mencionados como similares al concepto de representación e incluso como intercambiables. Sin embargo, ya Moscovici (1961), en su teorización original, presenta las diferencias entre representación y dichos conceptos.

La imagen es como una "sensación" mental, es decir una copia de la realidad, *una copia interna de algo externo*. Sin embargo, las representaciones sociales generan a la vez, tanto la construcción del

estímulo como la orientación de respuesta, no se limitan a reflejar los estímulos externos sino que los construyen o representan.

Las actitudes, siguiendo el modelo Rosenberg y Hovland (1960), ya vimos que se trata de *marcos de tendencia conductual*, que se nutren de información cognitiva o creencias, información emocional o valores e información conductual, a la vez se expresan en cualquier de los tres planos o en todos ellos de una manera más o menos coherente.

En realidad, las representaciones sociales contienen creencias y valores, además poseen un valor emocionalmente significativo para el sujeto y cumplen la función de orientar la conducta al igual que las actitudes. La actitud se expresa a través de *respuestas* ante un estímulo dado, esa respuesta como producto, puede ser observable a partir de la conducta emitida o bien a través de creencias o estereotipos, la elicitación del tipo de respuesta depende del medio social, de la interacción humana, del coste de la respuesta o de los objetivos adaptativos que el individuo se plantee.

Sin embargo, la representación social se sitúa en ambos polos, entrelaza la respuesta y el estímulo de forma indisoluble. La respuesta que damos ante un objeto determinado está prefigurada ya en la forma en que construimos el objeto (Ibáñez, 1988).

Por otro lado, la actitud debe ser estudiada como un elemento más de los sistemas de representación del sujeto y por extensión, de los sistemas representacionales de una sociedad dada. Lo que impide a una persona autoritaria expresar conductas de discriminación, es en parte, el conocimiento, la interiorización, de que en las sociedades democráticas no son permisibles socialmente conductas intolerantes. Así, su actitud se halla mediatizada por un sistema superior de valores, por una representación social de los derechos humanos a la que él a su pesar, debe adaptar sus creencias, valoraciones emocionales y conductas individuales. Es así como las actitudes forman parte de sistemas representacionales de origen social (Kaes, 1968). Por lo que las representaciones sociales engloban y desbordan el concepto de actitud y lo enmarcan en un contexto de interacción social. Las representaciones sociales al igual que la religión, la ciencia o las ideologías, son sistemas estructurados de conceptos, opiniones, creencias y actitudes que poseen características comunes como sistemas integrantes de una determinada cultura, que se hallan conectados entre sí, pero que socialmente poseen funciones y contenidos diferentes, superando con ello el marco estrictamente cognitivo del problema.

Un análisis puntual nos ha permitido diferenciar dichas similitudes y diferencias, situando el campo de las representaciones como proceso y producto a la vez de la interacción de grupos sociales, que a partir de la detección de información novedosa o ambigua pero significativa, genera un corpus de conocimiento nuevo, a fin de orientar o justificar conductas individuales o prácticas grupales.

Es en esta función de las representaciones sociales, donde se localiza la crítica de su relación con la conducta. Sin embargo, las reflexiones en torno a esta cuestión no niegan la relación entre representaciones sociales y



conducta, como tampoco se pueden negar las relaciones con la conducta, de las ideologías o las religiones, sino que centran sus análisis en la ambigüedad de dicha relación.

Al afrontar esta cuestión, es necesario puntualizar que las representaciones sociales solo pueden detectarse a partir de las opiniones, creencias y actitudes de los sujetos o grupos, por lo que las conductas estarían influenciadas por dichos elementos. Esto significa que la demostración de que una conducta es influenciada por una actitud o creencia se convierte en este campo de investigación, en demostrar la pertenencia o no de esa actitud a una determinada representación social. Es decir, la influencia de las representaciones sociales sobre la conducta sólo puede inferirse a partir de la influencia de sus elementos constituyentes.

Este hecho ha sido poco entendido por algunos investigadores, al ver en la experimentación de las representaciones sociales, una difusa relación entre conducta y representación. Pero es que el esquema molar de la representación no puede vislumbrarse sino a través de un agrupamiento de segundo orden, a partir de elementos sobre los que no se discute su influencia sobre la conducta, o al menos existe consenso suficiente sobre el grado de dicha relación, tal es el caso de las opiniones o actitudes.

Así, la influencia de las representaciones sociales sobre la conducta, sólo puede demostrarse a partir de la demostración de su existencia como conjunto estructurado y aglutinador de opiniones, valores y creencias respecto a un objeto social.

Aunque detectemos que existe influencia sobre las conductas, de creencias o prejuicios negativos sobre la enfermedad mental, pongamos por caso, para deducir qué es la representación social de la misma la que está influenciando las conductas, debemos trasladar el problema de la relación entre conducta y actitud, al problema de la pertenencia o no de actitudes y valores a una determinada representación social.

Al hacerlo, nos alejamos de esquemas estímulo-respuesta en un enfoque experimentalista y nos acercamos a técnicas descriptivas y correlacionales de inclusión / exclusión de categorías, dentro de un marco cualitativo, que impide por definición la inferencia causal. Es así como los estudios que intentan probar a partir de una determinada actitud efectos sobre las conductas, se transforman en el campo de análisis de las representaciones sociales, en la demostración de la pertenencia de dicha actitud a un constructo más amplio que la incluye, el de una determinada representación social.

De no hacerlo así, corremos el riesgo de reducir las representaciones a alguno de sus elementos o a la inversa, generalizar las cualidades de los mismos a toda la representación social.

Por ello, el estudio de la influencia sobre las conductas sólo puede ser el resultado del análisis de dicha relación a partir de opiniones y actitudes, a la vez que debe demostrarse que dichos elementos pertenecen a una

representación social. Así, la cuestión de su influencia y la de su existencia se constituyen en el mismo problema, ya que no puede haber una representación social sin creencias o actitudes determinadas y socialmente significativas.

En resumen, esto significa que debemos reservar el concepto de representaciones sociales a aquellos conjuntos de opiniones, creencias y actitudes que poseen influencia social, sin la cual, la representación que conforman sería indetectable. Para ello es necesario separar este concepto, de estados de opinión y actitudes colectivas difusas en las que no existe una estructura interna que las integre.

Desde este esquema, abundan los trabajos experimentales que demuestran la existencia de relaciones significativas entre la conducta y las representaciones que poseen los individuos, tal es el caso entre otros, de los trabajos de Abric (1971, 1984, 1989), Apfelbaum (1967), Codol (1970 a y b) y Flament (1971, 1979).

La investigación científica todavía debe dilucidar con precisión algunos aspectos como el reseñado y otros que obligarán sin duda a reformular los existentes, como es el caso del *consenso* en los llamados grupos reflexivos, los mecanismos de sociogénesis y dinámica de cambio de las representaciones, su contexto histórico con relación al campo representacional o sus conexiones con la estructura cognitiva.

Quizás, estos retos deberían tomarse no como un problema insalvable sino como un incentivo para mejorar la disciplina, ya que nos encontramos ante una teoría que permite deslindar los fenómenos de comunicación social y simbólica, contribuyendo así a desentrañar la ligazón entre procesos sociales y psicológicos desde una perspectiva holística e integradora.

## **2.5- Contenido de las Representaciones Sociales**

Los elementos de una representación social se describen como proposiciones, reacciones y evaluaciones que se expresan en un universo de opiniones propio de cada grupo social, en este sentido, habrá tantos universos de opiniones como clases, grupos o mentalidades existan.

Valores, opiniones, creencias, informaciones, imágenes, actitudes, categorías, esquemas, estereotipos o juicios han sido mencionados por diferentes investigadores como los *elementos* que componen una representación social (Moscovici, 1976; Herzlich, 1975; Hewstone, 1982; Ibáñez, 1988).

Todos estos elementos interactúan entre sí a través de una estructura dimensional propia que define la representación social. Moscovici, en su estudio sobre el psicoanálisis (*Ibid*), identifica tres *dimensiones* propias de toda representación, *la actitud, la información y el campo de representación*.

*La actitud* es citada en su estudio como el componente unidimensional valorativo de la representación. Es un marco de tendencia conductual, derivado de la implicación emocional que los sujetos o grupos establecen con el objeto social. El componente actitudinal de la representación actúa aún en los casos en los que los sujetos, no poseen información suficiente sobre el objeto social, impulsándoles a la acción según la intensidad de su valoración emocional.

*La información* modula y organiza el contenido de la representación, así la cantidad de información que un grupo puede tener sobre un hecho social determina las características informativas de la representación. La accesibilidad al conocimiento científico, a los medios de comunicación, al contacto cara a cara, el tipo de liderazgo ejercido en los grupos o las ideologías y creencias implicadas en la recogida e interpretación de la información determinan cualitativamente la representación del objeto social.

*El campo de representación* supone el concepto más característico de la representación, ya que las actitudes y el proceso de información no son novedosos en los tópicos de la psicología social. En cualquier caso, Moscovici señala la interacción de estos tres elementos y apunta al campo de representación como el verdadero núcleo organizador y descriptivo de la representación social.

Esta organización se realiza a partir de un *núcleo figurativo* alrededor del cual, se estructuran el resto de *elementos*. Este núcleo confiere significado e integra el resto de conceptos, constituyéndose a través del proceso de *objetivación*.

En relación con este núcleo figurativo, encontramos un sistema periférico mucho más sensible al cambio. Las relaciones entre nodo central y el sistema periférico son expresadas cualitativamente, ya que es el primero quien concede significado al segundo, los elementos del sistema periférico serán más propicios al cambio o no, según la intensidad de su relación con el núcleo central (Abric, 1994).

Este mismo autor señala la función *generatriz y organizadora* del núcleo central cuya característica más saliente es dotar de *estabilidad* a la representación social. La organización interna se estructura a través de *esquemas* que entrelazan los elementos de la representación y permiten explicar la variabilidad individual dentro de una representación (Flament, 1989).

Todos los elementos de la representación se estructuran en esquemas que orientan las decisiones y la conducta, expresándose a través de opiniones, actitudes o creencias y ello no podía ser de otro modo, puesto que el núcleo o sistema central de una representación según el mismo Abric (1994), proviene de las condiciones históricas, sociológicas e ideológicas, por los sistemas de normas y por la memoria colectiva de un grupo social, constituyendo la base común de los grupos para constituir las representaciones sociales.

Dentro de las tres dimensiones señaladas originalmente, como integrantes de toda representación social, sin duda la noción de *campo de representación* es la que ofrece una mayor oportunidad de análisis novedoso y más clara especificidad del concepto de representación social.

De hecho, gran parte de las investigaciones realizadas hasta la fecha se enmarcan en este ámbito. El análisis del campo de representación nos informa de todos aquellos elementos que, influidos por la cultura, historia e ideología de los grupos humanos son recogidos en la representación, describiendo como todos ellos alcanzan un nuevo significado. Junto a este enfoque nos encontramos con aquellas investigaciones que se acercan a las representaciones con el objetivo de determinar sus elementos, de descifrar cual es el núcleo de dicha representación y su estructura interna.

Bueno Abad (1997), nos describe esta doble vertiente de investigación, señalando que no son opuestas entre sí sino complementarias, ya que la información recogida en ambos, sin duda, nos informa de dos aspectos diferentes del mismo fenómeno. Este investigador, identifica ambos acercamientos, bien como investigaciones centradas en el campo de representación o bien centradas en el núcleo de la misma. Hay que señalar que en ambos casos, tanto el campo como el núcleo de la representación cumplen una función estructurante.

En el campo de representación se estructuran aquellos conceptos que definen la representación y la dotan de un significado peculiar. Este enfoque utiliza un acercamiento de corte sociológico, etnológico y psicosocial, realizando la recogida de información a través de cuestionarios y entrevistas, pero sobre todo, la información es recogida a partir de los medios de comunicación o de aquellas técnicas que nos permitan ver cómo los grupos sociales son partícipes y en qué medida lo son, de la representación de un determinado objeto social, a la vez que se investiga hasta qué punto dicha representación, es producto de factores sociales puntuales, culturales, científicos o religiosos. Se trata por tanto, de un acercamiento global sobre conjuntos de población en busca de los posibles *themata* de una representación.

Junto a las investigaciones centradas en el campo estructurante de una representación social, encontramos aquellas que analizan el *núcleo estructurante* de la misma, como son las opiniones, actitudes y esquemas. En este acercamiento, de interesar el *tema* de la representación es sólo tangencialmente y en relación a los elementos cognitivos que forma la misma. La relación entre la conducta y las representaciones sociales suelen pertenecer a este campo de investigación.

Es ciertamente difícil agrupar las investigaciones realizadas hasta la fecha, según se centren en el campo estructurante de las representaciones sociales o en el núcleo de las mismas, ya que gran parte de ellas adoptan ambos campos de estudio por su significativa relación entre ellos y por su interdependencia en el análisis de una representación. Por ello, investigadores como Jodelet (1986 a), o Martínez y García (1992), agrupan

los diferentes campos de investigación en seis ámbitos diferentes según la perspectiva conceptual adoptada en cada uno de ellos:

a) Centrados en la actividad puramente cognitiva y su relación con la conducta, como la mayoría de los estudios realizados por Abric (1971,1984), Flament (1971,1987) o Apfelbaum (1967), que inciden en esta línea de investigación de corte experimentalista.

b) Centrados en el aspecto significativo de la representación en relación con la asignación de sentido de las experiencias sociales. Herlich (1969), o Kaes (1968), son investigadores que profundizan en este campo de estudio, donde la relevancia del análisis viene dado por la significación social del objeto, al considerar la representación como un producto de los valores de una sociedad dada.

c) Aquellos centrados en el repertorio lingüístico y la pertenencia grupal de los sujetos. Potter y Litton (1985), y los trabajos de Lipiansky (1979), obedecen a este enfoque eminentemente anglosajón.

d) El enfoque interesado en el papel del grupo social de referencia y en los roles que los sujetos desempeñan y cómo estas circunstancias inciden en la representación social, aglutinan investigaciones como los estudios de Di Giacomo (1987), o de Doise (1973,1984), ilustrativos de esta corriente, donde la importancia reside en el análisis de la evolución de las representaciones según la dinámica de los grupos sociales.

f) Por último, nos encontramos con investigaciones como las de Bourdieu (1980), en el que las representaciones son producto de las ideologías y que identifican a las personas como portadoras de determinaciones sociales al reproducir los esquemas y estructuras dominantes en el medio social.

Todos estos campos de investigación con frecuencia son coincidentes en el estudio de una determinada representación social, por lo que resulta sustancial clasificar los estudios a partir de un nuevo criterio complementario, consistente en la división de los mismos según las hipótesis de partida, considerando las representaciones sociales, bien como un producto de la interacción de grupos sociales y su anclaje en un campo de nociones y conceptos preexistentes (Moscovici,1961; Herzlich, 1969; Jodelet, 1979; Hewstone, 1982), o bien, aquellos otros donde la representación más que producto, aparece como proceso que genera o modifica comportamientos, por lo que se recurre al control de variables y a un esquema experimentalista de investigación (Abric, 1984; Codol 1970; Flament, 1971), desde esta posición nuestra investigación se enmarca dentro del primer grupo, donde nuestro interés radica en la asignación de sentido social a partir del anclaje en los productos culturales preexistentes y como expresión de determinados valores sociales (Herlich,1969 ; Kaes, 1968), sin que en las conclusiones de nuestro trabajo, nos sean ajenas las líneas de investigación de Di Giacomo (1987) o de Doise (1973,1984) ya mencionadas, centradas en los procesos de cambio social y su relación con las

representaciones sociales, o los trabajos de Bourdieu (1989). Si bien es cierto que rechazamos el enfoque determinista de este investigador, en la descripción que realiza entre estructura social y conducta individual.

### 2.5.1- Funciones de las Representaciones Sociales: *Lo bueno para pensar.*

De lo expuesto hasta aquí podemos deducir algunas de las funciones esenciales de las Representaciones Sociales señaladas por diferentes investigadores (Ibáñez, 1988; Paez 1986; Jodelet, 1984; Abric, 1993).

En primer lugar, es destacable el papel de las representaciones sociales en *la conformación de la comunicación social*. Esta depende de un sistema simbólico cotidiano a los interlocutores, pero también estos deben participar de un fondo común representacional sobre fenómenos sociales compartidos. La transformación o perdurabilidad de los contenidos del discurso social también depende de la capacidad de las representaciones sociales de *integrar la información nueva o ambigua* que resulte relevante para los individuos o grupos.

En un sentido bidireccional, las representaciones sociales también están presentes en los procesos de *formación de las identidades grupales y personales* y por tanto en la configuración y objetivos de los agentes sociales.

Por otro lado, la representación de un objeto social *orienta nuestra valoración y conducta* sobre el mismo, nos proporciona el marco informativo y valorativo suficiente sobre la asignación de sentido grupal, sobre el que construir nuestras actitudes y conductas en interacción con el entorno social.

En el contexto del cambio social es importante puntualizar que como consecuencia de lo anterior, el conflicto entre grupos no sólo se da por la acumulación de privilegios o recursos, sino que también se produce en el campo de las imágenes sociales que cada fuerza es capaz de transmitir, de la representación de sus objetivos, intenciones y métodos.

El marxismo como teoría política, histórica y económica es algo muy diferente a la práctica política en que derivó, al mismo tiempo la representación social del comunismo para militantes y adversarios supone en realidad, el campo de batalla donde se dirime en parte, su viabilidad histórica o sus posibilidades de resurgimiento.

Así, los votantes no se preocupan por saber el programa económico en concreto de las fuerzas políticas en conflicto, sino más bien sobre su imagen y la de sus líderes. Aquellos que objetan que esto es sólo producto de la propaganda, deberían reflexionar sobre por qué la misma se sitúa sobre estos contenidos y no en otros.

Las grandes formaciones políticas pugnan por popularizar ciertas representaciones de sus intenciones, logrando con ello en ocasiones, que el debate social no se dé sobre ideologías o hechos políticos, sino sobre sus representaciones sociales, la paradoja es que esta discusión se relaciona con

la obtención del poder político y por tanto con la capacidad de transformar la realidad.

Si la ideología cuenta en la emisión del voto, la representación social de la ideología, también. Son por ello, procesos de comunicación que por su carácter social *influyen en la preservación o el cambio de los sistemas de creencias existentes* y por tanto en la conservación de los actuales grupos de poder o su sustitución, así como en la variabilidad de un determinado orden simbólico y cultural dominante (Ibáñez,1988). En resumen, las representaciones sociales estarían implicadas en :

-La formación de la identidad individual y grupal al proporcionar universos simbólicos compartidos.

-En la orientación de nuestra conducta y actitudes al mostrar un marco valorativo e interpretativo de las situaciones sociales.

-La asimilación o reproducción de las ideologías y creencias dominantes y por tanto en la legitimación de determinados grupos sociales, o bien en su sustitución por otros a partir de la integración de la novedad.

La representación social del poder o de la enfermedad mental como veremos, surge desde diferentes grupos que, a partir de sus conocimientos e intereses, generan un corpus de conceptos que son compartidos por un número considerable de individuos.

Dicho cuerpo de conocimientos, proporciona el marco normativo donde se identifica tanto el rol del sano como el del enfermo, paciente o agente, su curación a través de la terapia social o la reclusión, sus derechos y sus obligaciones. Y todo ello impele poderosamente a que cada uno de los actores del drama social asuma su papel, su rol asignado, realice valoraciones emocionales e inferencias cognitivas, e incluso en su conjunto, aliente o cercene la aparición de nuevas terapias, nuevas escalas de valores, nuevas representaciones sociales de la enfermedad, en suma nuevas relaciones sociales.

Por ello, el estudio de las representaciones sociales de la enfermedad mental nos puede ayudar a comprender los roles y las conductas de las personas sanas y de aquellas que padecen enfermedades mentales, la vigencia de distintos modelos científicos y sobre todo, las posibles consecuencias sociales, individuales y colectivas sobre la salud y la enfermedad.

## **2.6- Las Representaciones Sociales de la enfermedad mental**

El marco de investigación descrito ha encuadrado tradicionalmente los trabajos sobre la salud y la enfermedad mental en el grupo de análisis de la representación como campo estructurante, donde la misma, es considerada como expresión de la sociedad que la genera, dotándole de significados según el marco socio-histórico vigente y la interacción de los grupos que se muestran interesados en la comprensión de la salud mental, o bien

pretenden difundir un mensaje comprensivo de la misma de acuerdo con sus intereses o necesidades.

En este sentido, cabe destacar los trabajos de Ayestaran (1985,1986), Bellelli (1987), Herzlich (1969), Cabruja (1988), Da Rosa (1984, 1987), Itza, Pinilla y Paez (1987), Paez (1983, 1986), Jodelet (1983,1986 b, 1989), Martínez y Herreros (1985), Schurmans (1985), Buendía (1985), o Coudin (1979). Todos estos estudios se centran en la búsqueda de creencias compartidas y elaboradas por los grupos sociales respecto a la salud y la enfermedad, ya que este sistema de creencias y opiniones es utilizado en la interacción social, clasificando y explicando las características y categorías que describen dicho continuo.

Desde el momento en que se convierten en un cuerpo de conceptos que son utilizados asiduamente, condicionan dicha interacción y lo que es más importante, constituyen en sí mismos la realidad social, en la medida en que grupos e individuos les conceden valor de realidad.

La metodología utilizada en estos estudios ha seguido comúnmente los procedimientos oportunos para detectar un determinado campo semántico que describa la representación de la enfermedad mental. Este campo semántico está formado por respuestas a determinadas preguntas, estructuradas a partir de diferentes instrumentos como las entrevistas directivas, semiestructuradas o abiertas, cuestionarios estandarizados y asociación libre de palabras.

Las investigaciones de Ayestaran de 1985, a partir de encuestas abiertas, señalaban que el campo de representación de la enfermedad mental para pacientes, familiares y profesionales, se definía a partir de categorías como, *chiflado, loco y enfermo mental*.

Las hipótesis de partida de este investigador pretendían demostrar entre otras, la existencia de diferentes representaciones de la enfermedad mental dependiendo de la posición social respecto a la misma y del rol profesional, así como la posible evolución de la representación de la enfermedad mental a través de diferentes generaciones.

En sus estudios preliminares y a partir de una revisión bibliográfica sobre las actitudes frente a la salud mental, que abarcaba los trabajos realizados en el campo desde 1955 hasta 1981, constató que:

- La población no tiene una representación nítida de la enfermedad mental.
- Los trastornos mentales son catalogados como enfermedades de los nervios y diferenciados de la locura verdadera.
- Los enfermos mentales deben ser mayoritariamente encerrados, otros que no son verdaderamente locos no deben ser encerrados.



-El concepto de enfermedad mental es reservado para trastornos psicóticos graves.

-Ser etiquetado como enfermo mental conlleva una carga de valoración peyorativa.

-El enfermo mental es definido por la conducta irracional e imprevisible, falta de control y peligrosidad social.

Además, encontró que las representaciones de la enfermedad mental están enmarcadas en tres modelos diferentes:

a) Modelo sobrenatural, donde la enfermedad se debe a un ciclo natural e imprevisible, ligado a comunidades en desarrollo.

b) Modelo biomédico, que concibe la enfermedad mental a partir de causas biológicas e incurables, ligada a un entorno agrícola.

c) Modelo psicológico-funcional, donde la enfermedad se debe a causas externas, casi siempre problemáticas. Concibiendo como posible, la recuperación del enfermo a la que el mismo debe contribuir.

En este trabajo, Ayestaran (1985), señala que dependiendo de la adscripción a uno u otro modelo o representación, y a su rol profesional, los técnicos de las Instituciones de salud eran favorables a mantener una cultura asilar o bien se potenciaba la autonomía personal y la rehabilitación e integración social de los pacientes. Por otro lado, los enfermos se representaban dichas Instituciones, como lugares de encierro y asilo y así mismos, con la misma visión negativa que las personas normales tienen de ellos.

Por lo que la conducta de técnicos, pacientes y familiares a partir de representaciones biomédicas, están incidiendo en los objetivos de las instituciones, en el comportamiento de los agentes sociales y lo que es más importante, *en el curso y evolución de la enfermedad mental hacia la cronicación. En un modelo de intervención que se justifica a sí mismo, no ya por sus éxitos, sino precisamente por su incapacidad para explicar y tratar la enfermedad mental y que concluye en el internamiento, alimentando un planteamiento circular que legitima la representación negativa del enfermo y la locura.*

La mayoría de las revisiones bibliográficas confirman las actitudes de rechazo hacia los enfermos mentales y la dinámica cambiante de las representaciones sociales de la locura. Se ha indicado en ocasiones, que un cambio en dichas actitudes podría mejorar las conductas hacia los enfermos mentales, sin embargo se ha observado que aunque existan actitudes más favorables hacia los enfermos mentales, los prejuicios y temores continúan presentes en el trato social a los enfermos (Cabruja, 1988). Esto nos permite constatar que dichas actitudes se encuentran ligadas a conceptos más

holísticos y resistentes al cambio, que se relacionan con las creencias, opiniones y conductas originadas a partir del marco social, histórico y cultural, por su relación con determinadas representaciones sociales de la enfermedad mental.

En su estudio sobre el campo representacional de la locura, Cabruja (1988), encuentra y con ello confirma de nuevo, la representación del loco como:

- Irresponsable.
- Irracional.
- Diferente.
- Imprevisible.
- Amenazante.
- Peligroso.
- Sensibilidad especial ante los problemas.
- Causa de humillación para la familia.

Herzlich en su trabajo de 1969, sobre la salud y la enfermedad, no encontró prácticamente ninguna referencia a la enfermedad mental, a excepción de las continuas referencias al progreso urbano como causa de la fatiga nerviosa, depresión y malestar. Esto situaba a las personas entre ambos polos, ya que no se está enfermo pero tampoco se está completamente sano, sin que se definiera tal estado como enfermedad, sino más bien, como una consecuencia del progreso en las ciudades modernas. Esto parece coincidente con la suposición de la mayor importancia del modelo psicológico funcional en las ciudades y la reserva de términos como "enfermedades de los nervios" a trastornos que no son realmente psicosis.

Sin embargo, en el desarrollo de mi trabajo profesional he podido constatar reiteradamente, cómo familiares y enfermos se refieren a las psicosis como enfermedades de los nervios, evitando utilizar el concepto de locura. Por lo que es plausible concluir, que las representaciones sociales varían de acuerdo con la cercanía de los agentes sociales a las enfermedades mentales.

Esto significa que los grupos sociales definen sus relaciones sociales de acuerdo con la significación social de los conceptos que utilizan y a la inversa, usando conceptos y asignando significados a la enfermedad mental de acuerdo con su cercanía a la misma, en mayor medida que de acuerdo con las características reales del trastorno y sin que sea necesario tener ningún tipo de conocimiento sobre la etiología de las enfermedades mentales.

He aquí como la locura se expresa en términos de mayor conveniencia social que describen otras realidades sociales y psicológicas, modelando la asunción de categorías cognitivas de escaso poder explicativo para la persona que las utiliza, pero de gran utilidad social y cognitiva en cuanto al mantenimiento de la propia identidad y autoestima. Lo que a la postre nos confirma la visión negativa de la locura y la variabilidad de sus representaciones (Paez 1987), la ligazón con la dimensión actitudinal de su

representación social, su relación con esquemas cognitivos individuales y de estos con la conducta manifestada en las relaciones sociales.

Si tomamos como ejemplo de la interacción de estas variables psicosociales con la sintomatología y la toma de medicación neuroléptica, que implica un rasgo fundamental en la terapia de los trastornos mentales, sería necesario preguntarnos si la representación de la enfermedad en estos términos y su internalización por parte de enfermos y familiares, ayuda a mejorar la conciencia de la propia enfermedad y la adopción de conductas apropiadas, o más bien, potencia la falta de la misma y por tanto acentúa la gravedad de los síntomas psicóticos.

En respuesta a este tipo de cuestiones, invariablemente nos encontramos ante representaciones sociales que inciden sobre el curso de la enfermedad mental a partir de las ideas, creencias y conductas que tanto familiares, enfermos y profesionales ejecutan de acuerdo con su proximidad a la enfermedad. A causa de esto, la integración social del enfermo mental pasa necesariamente por el análisis macrosocial de las Representaciones Sociales, donde las actitudes de estigmatización devienen de las redes e información social, fomentando en este caso, un rechazo estable de la propia enfermedad y por tanto, de las conductas de salud y adhesión al tratamiento.

En este contexto, el resultado inevitable es un círculo vicioso de retorno circular a la hospitalización y el encierro, donde la red sanitaria se ve como la única alternativa posible, aún siendo insuficiente en sí misma para erradicar un problema que reside más allá de las puertas del hospital y que ella misma fomenta en parte, con la categorización negativa de pasividad, peligrosidad y dependencia del enfermo mental (Ayestaran, 1985).

Jodelet (1983), en su estudio sobre las representaciones sociales de la locura, nos describe un pequeño pueblo francés llamado d'Ainay-le-Château en una comarca del centro de Francia que acoge a enfermos mentales de forma institucionalizada desde principios de siglo.

En su tesis, Jodelet profundiza en la relación entre las elaboraciones cognitivas y la adopción de comportamientos concretos. A partir de dicha relación, se evidencia cómo las familias poseen un ritual higiénico y peculiar en los usos de los utensilios y de las estancias de la casa para evitar que la locura del huésped, pueda pasar a la familia por medio del contagio. Así, al establecer una distinción en el trato, se mantienen las diferencias y los sanos no son asimilados a los locos, a su vez y a causa de ello, el enfermo mantiene constantemente su estatus de extraño.

De esta forma, la política gubernamental de integración de la población psicótica se transforma en exclusión social, al chocar con la representación social de la locura y sus correlatos conductuales.

Puesto que los habitantes d'Ainay-le-Château contaban con una representación social de la enfermedad que contenía la etiología de la enfermedad mental, una tipología lega de los diferentes trastornos mentales y un código de conducta que contemplaba, tanto rituales domésticos como sanciones morales, respecto a comportamientos sentimentales y que

afectaban por igual a sanos y enfermos, podemos concluir que la representación de un fenómeno dado, define las interrelaciones de los grupos sociales en su conjunto, desbordando a los agentes directos y extendiendo su representación al conjunto del tejido social.

Dentro de los estudios que han analizado la representación de la enfermedad mental, es conveniente señalar los trabajos de Itza, Pinilla y Paez (1987) que junto a Ayestarán (1985,1986), han contribuido significativamente en nuestro país, al conocimiento de este campo a partir de sus investigaciones en los módulos de salud mental de Vizcaya.

En su investigación de 1987, encontraron diferencias significativas en la representación de la enfermedad mental, constatando que la misma es identificada a partir de rasgos externos y de conducta, que existen diferencias entre la representación de la “locura” y la “enfermedad de los nervios” y que el loco era definido como: *imprevisible, irracional, molesto y peligroso*. En la muestra utilizada, un 16% de los sujetos no mostraron poseer una definición concreta de la locura o una enfermedad de los nervios, lo que no les impidió poseer una serie de categorías definitorias sobre ambas. La locura y la enfermedad nerviosa eran explicadas predominantemente, a partir de etiología externa y social, siendo este punto compartido tanto por los enfermos como por sus familiares. Es importante destacar que las explicaciones de la locura debida a causas biológicas, suponían un 29 % de las respuestas, frente a un 39% que abogaban por causas sociales, al mismo tiempo, se puso de relieve que existe una ligera tendencia en las clases bajas a conceptualizar la etiología de la enfermedad mental como biológica.

A partir de sus resultados, el equipo de Paez elaboró un esquema figurativo de la enfermedad mental, que reflejamos en la figura (3). La enfermedad mental según dicho esquema, se producirá por una persistencia de ataques externos a los “nervios” de las personas, a partir de lo cual, aparecería la locura con sus manifestaciones de irresponsabilidad, imprevisibilidad y peligrosidad.

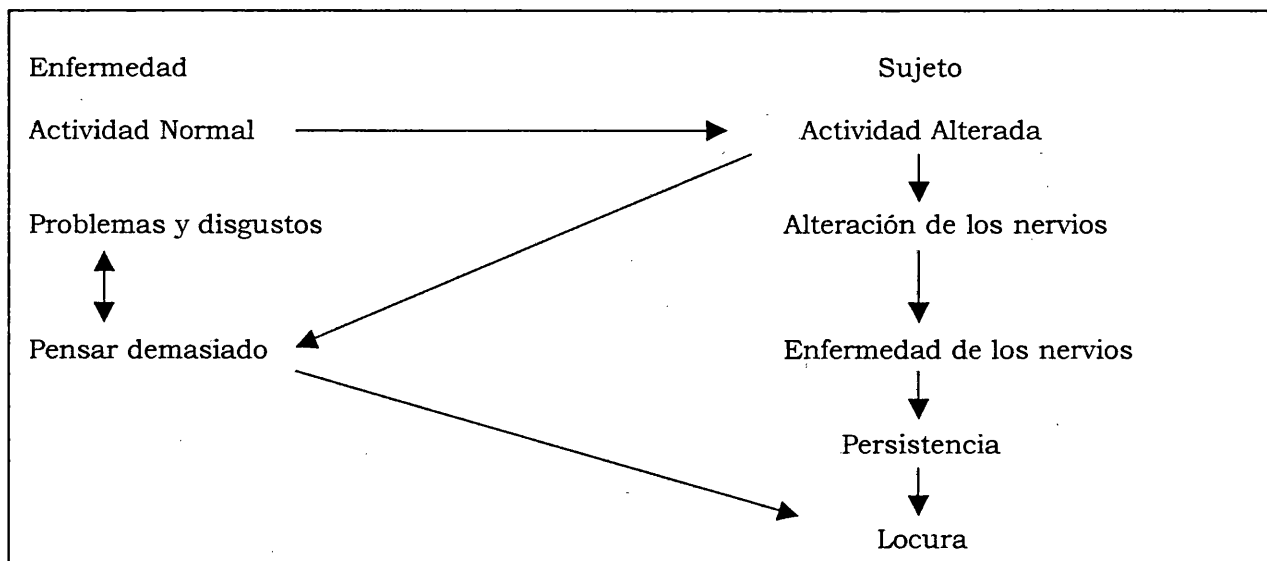


FIG 3. Esquema figurativo de la enfermedad mental (Paez, 1987).

No parece muy claro si el pensamiento de sentido común realmente conceptúa una visión evolutiva de la enfermedad mental, o bien, las

categorías analizadas recogen la distinción entre lo que clásicamente se han llamado trastornos neuróticos frente a las psicosis, y si tal distinción es fruto de la percepción de diferentes niveles de gravedad en los trastornos mentales, o más acertadamente se debe a una indefinición de la locura que protege la autoestima de pacientes y familiares, relacionada con la proximidad de la misma.

En este sentido, es importante señalar que en este estudio, el 47% de los entrevistados (familiares y enfermos), no reconocían sus síntomas como enfermedad.

En cualquier caso, las conclusiones en el estudio de las representaciones sociales de la enfermedad mental, apuntan a una representación poco definida, pero que sin embargo, marca fuertemente el comportamiento social a través de una evaluación negativa y estigmatizante del enfermo y su dolencia.

Por otro lado, dichas representaciones parecen estar cruzadas de diferentes modelos científicos según los grupos sociales que se analicen. Al mismo tiempo, mayoritariamente se realizan atribuciones externas respecto al inicio de la enfermedad (modelo psicosocial), pero se perpetua una visión biologicista y de incurabilidad para el curso de la misma (modelo biomédico).

En realidad, no son modelos científicos lo que se constata, sino sus representaciones, que posiblemente evidencian el deseo de evadir la posible responsabilidad personal y familiar en el origen del trastorno, al mismo tiempo que propugnan la resignación ante lo incurable y la preponderancia de la responsabilidad del terapeuta en el tratamiento de la enfermedad. La función social de esta representación de la enfermedad mental, sin duda, favorece y legitima un tratamiento asilar y excluyente del enfermo y sus familias.

Dicha representación conllevaría una visión bastante pesimista de la enfermedad mental, pero de conocimiento oportuno y necesario para desarrollar los criterios que orienten la acción y la crítica de las intervenciones psiquiátricas o psicosociales en la terapia a enfermos mentales y en los programas de psicoeducación familiar, que en cualquier caso, nos deberían impulsar hacia la profundización en el análisis de aquellas variables como las representaciones sociales, que están incidiendo en el diagnóstico y curso de los trastornos mentales.

#### 2.6.1- Ciencia y Representaciones Sociales de la enfermedad mental

Durante el siglo XIX, el control social ejercido hacia toda forma de impulsos, relacionó las enfermedades nerviosas con la incontinencia y las pasiones irracionales, por lo que coincidiendo con la pérdida de influencia de los pastores religiosos, el médico tendió a ocupar su puesto como guardián de la moralidad, puesto que se consideraba sano atenerse a las normas sociales, el comportamiento anormal o todo lo que se saliera de esas normas, era etiquetado como enfermedad nerviosa (Mosse, 1997).

Por ello, la medicina no se mostró más objetiva que la religión en las categorizaciones de la enfermedad mental, así como en la extensión de sus pretendidas características, a la totalidad del tejido social. De este modo, Charcot en el Salpêtrière, afirmaba que el comportamiento nervioso característico del loco se daba muy a menudo en *esos personajes inquietos que son los judíos*.

Exclusión, punición y encierro están en la base de la representación social de la enfermedad mental a partir de la hibridación de modelos científicos y religiosos. Pero en la sociedad contemporánea, son los paradigmas científicos y su popularización a través de los medios de comunicación, los que generan y reflejan a la vez, las representaciones sociales de la enfermedad mental. La ciencia y la tecnología, dominan el conocimiento de saber popular y los paradigmas científicos se amalgaman con las creencias, ideologías y hábitos preexistentes en las sociedades actuales.

Los mecanismos por los que las jergas científicas se transforman en representaciones sociales han sido descritos inicialmente por Moscovici (1961), en su tesis original sobre el psicoanálisis, señalando los mecanismos básicos de dicha transformación, denominados objetivación y anclaje a los que ya hemos hecho referencia, produciendo revoluciones simbólicas que afectan a otras áreas del conocimiento y del comportamiento social.

Sabemos que las representaciones sociales de la enfermedad mental, por las investigaciones precedentes, se mueven en el marco de dos paradigmas básicos, el modelo biomédico y el de intervención comunitaria. Puede objetarse, y estaríamos de acuerdo con dicha objeción, que en la realidad social pueden no existir modelos puros, o que dichos modelos, aún presentes en la práctica terapéutica, no conllevan necesariamente una representación social de la enfermedad mental.

Otra objeción plausible se sigue del hecho de que mejorar la "imagen", su representación, no conlleva necesariamente una modificación de actitudes ante la misma, como nos advierte el modelo jerárquico de la actitud y se confirma en los trabajos de Fariña (1982) y Rabkin (1972), citados por Ayestarán (1985). Sin embargo, las investigaciones sobre la enfermedad mental, han demostrado la existencia de estos dos modelos de conocimiento social para la explicación de la etiología y curso de la enfermedad mental (Kaplan, 1971; Melus, 1982; Townsend, 1975; Ayestarán, 1985).

Ante la segunda objeción, creo necesario recordar que la representación social de un hecho social dado, no determina por sí misma la actitud y conducta de las personas, otros factores como estatus, clase social, proximidad a la enfermedad, tipo de residencia o nivel cultural están operando en este campo y produciendo una serie de matices y diferencias individuales que no menoscaban la existencia de marcos comunes de referencia a partir de los cuales, los seres humanos intenta planificar su comportamiento y su futuro o justificar las prácticas del presente.

La representación social de la enfermedad mental se relaciona con estos elementos y al reflejarlos, crea marcos de referencia sociales que son compartidos o no, por personas que no han tenido contacto alguno con los trastornos mentales, se transforman en figuras de la literatura y el cine entendibles por todos y a partir de ahí, emerge la figura moderna del loco y la terapia más adecuada. Así como las estructuras de rehabilitación, sanitarias o sociales y la velocidad con que se han de producir las inversiones públicas bajo el dictado de la opinión pública, que juzga sobre la base de informaciones, sentimientos e interacciones sociales. Marcos de referencia representacional que se transforman en realidad, e impregnan la vida cotidiana por el hecho de ser creencias compartidas socialmente.

Animados por su posible impacto sobre la conducta social, no analizamos aquí los modelos científicos sino las consecuencias psicosociales de su representación. Y lo hacemos en un momento de transición entre el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica de 1985 y el surgimiento de un nuevo modelo de Intervención Comunitaria en Salud Mental.

¿Ha cambiado la representación de la enfermedad mental en estos quince años transcurridos?. ¿El modelo de intervención comunitaria se ha consolidado, o más bien ha retrocedido ante el modelo biomédico?. ¿Podemos esperar un cambio en las actitudes sociales, una vez que los ciudadanos han tenido que hacer frente a la locura sin instituciones como el manicomio?.

Y por último y como resultado del impacto social de la Reforma, ¿Nos encontramos ante una nueva representación social de la enfermedad mental, integrada por ambos modelos?.

Las respuestas a estas preguntas no son meramente retóricas sino que inciden sin duda, sobre la formación de los profesionales en salud mental, el tipo de recursos que serán solicitados por los familiares, las actitudes ante la enfermedad mental y la respuesta de los propios enfermos hacia la adhesión o no del tratamiento terapéutico.

Para analizar las consecuencias de la representación de la enfermedad mental antes de la reforma psiquiátrica tomaremos como punto de partida las investigaciones dirigidas por Ayestarán en 1985, justo al inicio de la Reforma, por ser un estudio extenso y a la vez referirse a la población española, siendo contrastado en otras poblaciones europeas, en las que:

-La población no se representa claramente qué es la enfermedad mental.

-Hay diferencias entre los enfermos de los nervios y los locos, por la gravedad percibida de los síntomas.

-La etiqueta de enfermo mental se relaciona con la de loco, teniendo connotaciones negativas. Las clases subordinadas sólo etiquetan de enfermedad la locura o ante casos muy graves, optando en los mismos, por

las medidas más autoritarias y siendo estas, mucho menos sensibles a la detección temprana de los síntomas.

-Impredicción y peligrosidad parecen homogeneizar la categorización social del enfermo mental.

-La desinstitucionalización puede agravar actitudes de rechazo ante la población.

-La población agrícola posee una representación de la enfermedad mental de origen biológico e incurable.

-La población de las ciudades posee una visión de la misma como originada por el ambiente, susceptible de mejora. Occidente se caracteriza por compartir ambos modelos.

-En ambos casos, dichas representaciones son compartidas por profesionales, familias y pacientes.

-Los profesionales adoptan dos tipos de roles diferentes:

Asilar: pacientes irracionales, insensibles y peligrosos. Control.

Humanista: Inclined a estructuras abiertas de rehabilitación.

-Los enfermos se ven a sí mismos bajo el rol asilar y con información insuficiente.

-El modelo biomédico favorece que el enfermo sea un ser pasivo, incapaz de cumplir obligaciones sociales y asumir la responsabilidad de su propia rehabilitación.

-El modelo de Intervención Comunitaria favorece la aceptación de la propia responsabilidad del enfermo y la integración en la familia y en la sociedad, no resultando eficaz en la desculpabilización de los grupos primarios respecto a la enfermedad.

-Los recursos ambulatorios se adscriben en mayor medida, al modelo de Intervención Comunitaria en contraposición a los hospitalarios que se adscriben al modelo Médico.

No es extraño que en los estudios al efecto, se encontraran datos tan significativos como el que las personas no acudieran a los terapeutas hasta tres meses y un año después de aparecidos los síntomas, o que el 73 % de los familiares encuestados opinaran que la terapia debía pasar por el internamiento y la farmacología como primera opción. No extraña tampoco, que la opinión mayoritaria de los familiares de pacientes en institutos psiquiátricos respondan con un “no hacer nada” o “soportar la situación como se pueda”.



Otro resultado de esta investigación expresa claramente cómo el internamiento genera cronificación y aislamiento, ya que el 86% de los familiares quieren que el enfermo internado vuelva a casa, pero después del internamiento inicial, la mayoría se inclina a prolongar dicho internamiento y al no retorno del enfermo. Por otro lado, los pacientes se reconocen como enfermos, pero no como enfermos mentales, definiéndose así mismos como “personas normales sin problemas” (Martínez y Herreros, 1985; Arzac, 1985).

Este era el marco social de la Reforma en su inicio, caracterizado por la división entre profesionales respecto a los objetivos y formas de desempeñar la práctica terapéutica y la falta de información de pacientes y familiares, que contribuye a la falta de prevención eficaz y por tanto, a la detección tardía de los trastornos mentales. Donde los mecanismos hospitalarios aún con la mejor voluntad, conllevan la potenciación del aislamiento del enfermo, la ruptura con el medio social y por ende, la cronificación convertida en una rueda de la marginación y no de rehabilitación del enfermo mental.

Los paradigmas científicos emergentes no sólo deben luchar con sus propias contradicciones sino también, con este conglomerado de actitudes y representaciones, con la falta de recursos, sus inconcreciones en la terapia y en la evaluación de objetivos y también, con la diversidad con que progresa la Reforma Psiquiátrica a partir de estructuras diferentes en cada Autonomía. En unas con sesgos más sociales y comunitarios, en otras con mayor influencia sanitaria, sin que se concrete socialmente en una alternativa real y consolidada (Aldaz, 1996).

Es por tanto un momento crucial para tomar el pulso a la Reforma Psiquiátrica en nuestra Comunidad a partir de aportaciones e investigaciones que clarifiquen los contenidos de las representaciones sociales de la enfermedad mental.

### 2.6.2 Modelos científicos y conductas de enfermedad

La enfermedad, como conjunto de síntomas que conllevan un pronóstico y un curso determinado, obedece en su definición a la patología que determinan las clasificaciones científicas. Sin embargo, la reacción que las personas adoptan cuando creen que padecen una sintomatología determinada, como la búsqueda de ayuda terapéutica o la adhesión al tratamiento, se define como conducta de enfermedad (Taylor, 1990).

Ya vimos que la enfermedad como psicopatología, está integrada en parte por variables sociales. También las conductas que las personas realizan en el afrontamiento de los trastornos mentales y la asunción de roles determinados, están influenciadas por variables psicosociales que se determinan sobre la base de factores:

-*Socio-demográficos y personales*, como edad, sexo o nivel de rentas, sin descuidar la significación psicosocial de dichos conceptos, como por ejemplo la percepción de la gravedad de un trastorno, dependiendo de la

edad o las creencias, religión, representación social o ideologías que se tengan sobre una enfermedad determinada y su curación.

*-Relacionados con las características de la enfermedad*, como curso, pronóstico, tratamiento, gravedad, duración, curación, naturaleza de las discapacidades y el tipo de cambios en la apariencia física y funcional que produce.

*-Ambientales físicos y sociales*, como el espacio vital, el apoyo social, la participación en redes secundarias o la calidad de las relaciones en las redes primarias y familiares (Moos, 1977).

Estos tres factores generales determinan una adecuada asunción de las conductas de enfermedad o bien la aparición del estrés como elemento resultante de la percepción de la falta de las habilidades necesarias para afrontarla. Las conductas que un enfermo mental crónico puede asumir dependen de las condiciones relacionadas por Moos (1977):

A- Reconocer los síntomas y prevenir la exacerbación de los mismos para prevenir las posibles crisis, dependiendo de:

- Información sobre los mismos.
- Su gravedad.
- Percepción de los mismos por el grupo social.
- Su interpretación en base a las experiencias previas, expectativas, actitudes y opiniones del sujeto y de sus grupos de referencia ( Sanders, 1982).
- La materialidad de la afección, en este caso el cerebro.

B- Aceptación o no del tratamiento, dependiendo esta decisión de:

- La naturaleza de la enfermedad.
- Las etapas de la enfermedad.
- La complejidad del tratamiento.
- La adopción de cambios comportamentales.
- La importancia de los efectos secundarios.
- La estabilidad de las redes sociales.
- La estabilidad de las redes familiares.
- El grado de información general sobre la enfermedad.

C- Relaciones óptimas con el personal sanitario y de integración social.

D- Afrontamiento del distres por la aparición de la enfermedad.

E- Conservación de autoestima positiva y la autonomía personal.

F- Adaptación familiar comunicativa a la nueva situación.

G-Iniciar un proceso de afrontamiento de la frustración e incertidumbre.

Abundando en estos conceptos Moos (1977), añade en lo que él llama, *el significado de la enfermedad*, la importancia entre otros factores de *la valoración, normas y expectativas de los otros*. En ellos, cobra especial importancia el análisis del contexto personal (familia, amigos, grupos de referencia) y el contexto socio-cultural (normas, valores, Recursos, etc.), al formar parte de ese macrosistema que hemos mencionado anteriormente y que es capaz de dotar de nuevos significados a la enfermedad mental. Porque a partir de las respectivas posiciones sociales, cada agente social interpreta de modo diferente el trastorno, su trascendencia y significación.

Es en este nivel ecológico, donde las conductas de enfermedad de los sujetos se ven influenciadas por la información y conductas que los grupos sociales tienen de los trastornos mentales y que se han constatado y descrito a partir de diferentes modelos (Becker y Maiman, 1975; Ajzen y Fishbein, 1980; Ewart, 1991) en Rodríguez Marín (1995).

En todos ellos la incidencia de los factores sociales queda patente en su relación con las conductas de enfermedad a adoptar. Ya que en su totalidad, estos autores señalan la interrelación entre estos factores y las pautas conductuales y actitudes necesarias, para que se establezca un patrón estable de afrontamiento de la enfermedad y la asunción del rol de enfermo no como una etiqueta peyorativa, sino desde la aceptación activa de los cambios oportunos para mantener una adecuada calidad de vida.

En este contexto, nuestra tesis se centra en la búsqueda en los Medios, de cual es la representación actual de la enfermedad mental en nuestra Comunidad. Para ello, avanzamos la hipótesis de que dicha representación social está constituida por los modelos científicos de la enfermedad mental, las imágenes sociales provenientes de la historicidad de los trastornos psíquicos, las características estructurales de los Medios analizados y el posicionamiento ideológico de los mismos, en base al cambio social que supone la desinstitucionalización psiquiátrica. Pensamos que estos factores que integran la representación social de la enfermedad mental, afectan a las actitudes y comportamientos de las personas sanas e influyen sobre las conductas de enfermedad de los enfermos mentales.

Por la recopilación bibliográfica realizada y sobre la base de las investigaciones examinadas, pensamos que los dos modelos predominantes están conformados por el modelo biomédico de la enfermedad mental y el modelo de Intervención Comunitaria de bases psicosociales. Todas estas hipótesis serán formuladas con precisión en el apartado al efecto, sin embargo es necesario destacar las características más significativas de ambos modelos.

El modelo médico ha recibido importantes críticas, que en la mayoría de las ocasiones tenían su origen en los propios psiquiatras y personal sanitario

que en parte han potenciado la aparición de la psiquiatría social o la intervención Comunitaria a partir de la propia red sanitaria.

En cualquier caso como evidencian estudios como el de Ayestarán (1984), los profesionales y estudiantes de medicina se encuentran divididos entre la aplicación de este modelo y en el desarrollo de la intervención Comunitaria, dependiendo su postura de su adscripción a recursos ambulatorios u hospitalarios entre otras variables.

En 1996, el Dr. Espinosa, Decano de la Facultad de Medicina de El Salvador, inauguraba con una ponencia sobre la crisis del paradigma biomédico, el Hospital Nacional Psiquiátrico de su país y señalaba como deficiencias fundamentales del mismo, las siguientes características:

- Modelo altamente tecnológico.
- Diluidor de las relaciones médico-paciente.
- Costes exorbitantes con base predominantemente hospitalaria.
- Visión reduccionista de los determinantes sociales del proceso salud / enfermedad.
- Es lineal al considerar la enfermedad mental como resultante del daño infligido al Sistema Nervioso Central, las medidas terapéuticas van erróneamente dirigidas unilateralmente a la reparación de ese daño.
- Es individualista, al ignorarse el entorno del individuo, las intervenciones se centran en los recursos o deficiencias del individuo.
- Es ahistórico ya que ignora la interacción del sujeto y su medio y el carácter multifactorial y multitemporal de la misma, valorada sin embargo como producto de un instante aislado.
- Es mercantilista por considerar la salud como bien de cambio.

En dicha ponencia señalaba las consecuencias ante las deficiencias observadas, que *“Obviamente este modelo hegemónico, dista mucho de poder atender las necesidades de la población como un todo”*.

Korchin (1976), con un carácter coincidente, describe el modelo médico de la enfermedad mental a partir de las siguientes características:

-Los trastornos mentales poseen características homogéneas que permiten agruparlos en categorías nosológicas.

-Estas enfermedades son de origen orgánico.

-Los trastornos mentales se adquieren independientemente de la voluntad del sujeto.

-La intervención terapéutica se realiza de modo individual y a través de un especialista de probada capacidad y conocimientos.

Las características que se desprenden de este modelo parecen evidentes, el enfermo mental es un ser pasivo tanto en la adquisición de su enfermedad como en la cura. Esta se da a través de un profesional que ejerce su rol institucionalizado, por último la enfermedad mental solo es tratada a través de fármacos, que intentan combatir diferentes familias de síntomas propios de toda enfermedad mental (stress, ansiedad, alucinaciones o delirios), independientemente del entorno y personalidad del enfermo.

Este paradigma científico, genera una representación de la enfermedad mental que legitima la concepción de un sujeto enfermo pasivo e incapaz (Ayestarán,1984; Fariña y Fisher,1982), donde la intervención terapéutica se da por un profesional con poder para administrar fármacos y en última instancia, si el modelo no funciona, para decidir sobre el internamiento del individuo (Sánchez,1996).

Esta representación social de la enfermedad sin duda recibe apoyos más o menos directos de la profesión médica, que basa su prestigio social en su reconocida autoridad científica, en el apoyo y reconocimiento de los medios de comunicación y en la financiación y los halagos de las grandes industrias químicas. Esto último es tan evidente que Shorter (1999), expone que *en doscientos años, los psiquiatras han pasado de ser los sanadores del manicomio terapéutico a trabajar como porteros de la fluoxetina.*

En relación con ello Rodríguez Marín (1995), incide sobre las críticas ya señaladas, al describir las deficiencias de este modelo en la atención a las enfermedades crónicas:

-El sistema es pasivo, espera a que los pacientes acudan y pidan ayuda.

-Tiene una relación generalmente episódica, de consulta y prescripción de tratamiento y de espera a los resultados del mismo.

-La medicina como sistema sanitario no tiene un buen equipamiento para tratar las conductas de afrontamiento, el apoyo familiar, la rehabilitación y la integración social.

La ubicación de externalidad de las estructuras sanitarias, respecto a las redes sociales en las que se definen los trastornos mentales y las características del modelo biomédico, contrastan con el hecho de que sea el estigma social de la enfermedad mental, el que provoca en buena medida, que los enfermos mentales sean discriminados en la vivienda y el empleo, o que sufran categorizaciones sociales más bajas que los convictos o minusválidos.

Considerados como peligrosos, se les impide el tratamiento y alojamiento en zonas normalizadas, y la opinión pública se divide entre aquellos que optan por la integración "pero no junto a mi patio" y aquellos que decididamente optan por el encierro. Esquemas que incluso algunos profesionales de la sanidad, adoptan en la manifestación de conductas de estigmatización mayores que la población en general y por último, consecuentemente se constata que el propio enfermo se categoriza a sí mismo más negativamente que los profesionales y los familiares (López-Ibor, 2000).

La relación de las representaciones sociales de la enfermedad mental vigentes, con las insuficiencias y características negativas del modelo biomédico parecen evidentes, sin embargo es necesario un esfuerzo investigador que realmente compruebe empíricamente dicha relación.

Si la representación de la enfermedad mental corresponde al paradigma biomédico, podemos deducir que las bases de la marginación encuentran una legitimación apropiada, por su posición hegemónica de este modelo y dado su capacidad de incapacitación y categorización social de las enfermedades y los enfermos mentales. El enfermo mental deviene así en un ser definido por su discapacidad, enfermo crónico e incurable no puede desempeñar un empleo remunerado, o decidir en las relaciones de compra y venta, un ser pasivo que muestra su debilidad a través de su enfermedad.

Susceptible de ser tratado no por el grupo social, sino solo por expertos conocedores de la enfermedad y la farmacología, se facilita la creación de una categoría social generalizadora que atribuye a los enfermos mentales características similares, independientemente del tipo de trastorno psicológico que sufran.

En la década de los sesenta las críticas, a este modelo aplicado a la enfermedad mental, se hicieron patentes a través de los trabajos de algunos psiquiatras ingleses e italianos (Laig, Cooper, Basaglia, etc.), la aparición en el mercado de fármacos eficaces y los avances de la psicología social, a la vez que ganaba fuerza el modelo de intervención comunitaria. En realidad, es este modelo de *intervención psicosocial y comunitaria*, el que junto a la insatisfacción de los profesionales de la red sanitaria, va a potenciar la aparición de la Reforma antipsiquiátrica.

Esta reforma llegó a nuestro país en torno a la década de los ochenta y provocó el cierre de los manicomios y la aparición de los primeros Recursos intermedios, propugnando nuevas vías terapéuticas para la enfermedad mental. El modelo de intervención Comunitaria se caracteriza a través de los siguientes conceptos (Sánchez, 1996):

-La etiología y curso de la enfermedad mental se ve influido directamente por la relación del individuo con su entorno.

-La intervención no está en manos exclusivamente de profesionales, sino que estos forman parte de un sistema de redes sociales, igualmente influyentes sobre el sujeto.

-La terapia se realiza a través del empleo de fármacos, terapia individual e intervención grupal, donde el enfermo participa de forma activa en su restablecimiento, desarrollándose la misma en las redes comunitarias donde han surgido los trastornos.

-El curso de la enfermedad está influenciado por las estructuras de rehabilitación e integración social y laboral que la Comunidad posee.

Actualmente la vigencia en nuestro país de este modelo podemos calificarla de emergente e íntimamente relacionada con la estabilidad del modelo biomédico anteriormente expuesto. De su modificación o de la síntesis de ambos, dependerán las representaciones sociales de la enfermedad mental y la cantidad y tipo de recursos que la sociedad destine a fines preventivos y de intervención social.

Musitu (1996), identificaba algunas de las variables, como la autoestima, el apoyo y la participación social, que pueden jugar un papel de protección ante la aparición y curso de los trastornos mentales. En este campo, a partir de las formulaciones del modelo de vulnerabilidad-estrés, estas variables de carácter social y psicológico, se convierten en una parte esencial de la investigación y el tratamiento, ya que sabemos que los eventos estresantes generan una exacerbación de la sintomatología psicótica.

Estas circunstancias, junto a la estigmatización social, justifican por su necesidad y oportunidad aquellas investigaciones que como la nuestra, consideran las Representaciones Sociales como elementos sociales de primer orden para la comprensión de las creencias y conocimientos sociales y su incidencia sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades mentales.







## **CAPÍTULO TERCERO:**

### **Medios de Comunicación e influencia social.**

---

#### **3.1 La era informacional**

Ya hemos comentado con anterioridad cómo el campo representacional forma el *topos* de una representación, aludíamos a la existencia de aquellas opiniones, creencias o valores que recogidas a través de diferentes métodos nos informan de la existencia de una serie de conceptos relacionados entre sí.

Pero una representación social no es *una opinión sobre*, sino una verdadera teoría, un *universo de opiniones* según las palabras de Moscovici (1976), teorías con valor de verdad, por las que la práctica social se transforma en pensamiento individual.

Estos universos de opiniones están sujetos a la presión social (Noelle Neumann, 1980, p.8), caracterizada por el hecho de que *"las personas observan su propio ambiente social, están atentas a la manera de pensar de las que tienen cerca, que son conscientes de las tendencias de cambio de opiniones; Los individuos toman nota de cuáles son las opiniones que ganan terreno convirtiéndose en dominantes"*.

De este modo, los sujetos, en base a preservar su rol social en las interacciones cotidianas, se vuelven permeables a la asimilación de ideas ajenas o a la influenciabilidad de las propias por la "opinión pública", convertida así, en *"opinión dominante que obliga a la conformidad de actitud y comportamiento, en la medida en que amenaza con el aislamiento al individuo disconforme"* (Noelle Neumann, 1974, p. 52).

La presión a la conformidad ejercida por los grupos sociales sobre los sujetos, ha sido estudiada de modo sistemático desde la década de los cincuenta, a partir de los trabajos pioneros en este campo de Solomon Asch. Estas investigaciones demostraron que la influencia grupal está mediatizada por variables como, la complejidad perceptiva del hecho, la dificultad y cercanía de la tarea o el número y la unanimidad de la opinión mayoritaria.

Es necesario puntualizar que esta influencia no necesariamente conlleva a la uniformidad de conductas y opiniones, ni el logro de efectos directos y estables sobre las personas, pero no cabe ninguna duda respecto al hecho objetivo de que, las opiniones coincidentes con nuestros grupos de referencia o aquellas aceptadas mayoritariamente, se expresan con mayor libertad por los sujetos, que en la totalidad de los casos encuentran refuerzo y satisfacción al expresarlas, mientras que las opiniones o conductas minoritarias o discordantes se canalizan con dificultad y gran esfuerzo en las interacciones sociales. Así, los grupos sociales potencian o disuaden determinadas formas de pensar, sentir y actuar.

Por tanto, es posible afirmar que la información en cuanto es compartida por un mayor número de personas, tiende a crear estados de opinión, creencias, valores o conductas dominantes y que estos serán estables en el grado que interactúen con las características culturales y económicas adquiridas por una sociedad dada, a lo largo de su proceso histórico, dotándolos de funcionalidad y dinamismo.

Dicho de otro modo, las ideas y valores que alcancen mayor persistencia y difusión serán aquellas de mayor influencia social.

Desde este punto de vista, la aparición y desarrollo de las representaciones sociales esta influenciado por la difusión de la información que los grupos sociales impulsan o silencian, de acuerdo a sus intereses y necesidades.

A partir de la década de los sesenta, la sociedad ha experimentado un cambio que nos introduce en lo que Castells llama la *sociedad red*. Una sociedad en la que la identidad se construye a partir de la disyuntiva entre lo global y lo local, donde los seres humanos sobre la base de su comprensión y participación en esta *era informacional*, organizan sus intercambios simbólicos en el contexto predominante de las tecnologías de la información (Castells, 1997). La construcción de la propia individualidad se encuentra influida por estos procesos de comunicación medial, que por su importancia y extensión modula todas las interacciones de la sociedad red.

Ello no significa que los Medios tengan una influencia tan poderosa que permitan derribar sin más, la selectividad y filtraje del receptor, sino que debido a su potencial de penetración y presencia social, la realidad cotidiana, la política, la religión o la ciencia han quedado atrapadas bajo el dominio de los Medios, dejando para la marginalidad a todas aquellas expresiones que se encuentren fuera de los mismos.

Por esta razón, *las Representaciones Sociales junto con los Medios de Comunicación suponen las dos categorías fundamentales de la sociabilidad de los grupos humanos en esta nueva era informacional*. Los *Media* significan una poderosa e influyente herramienta para la difusión de la cultura. Aún si reducimos la misma a los meros instrumentos y avances tecnológicos, deberíamos reconocer que ellos mismos en este sentido, son parte fundamental de la cultura de nuestro tiempo. Pero es la interacción social lo que fundamentalmente le proporciona el alcance de su influencia y repercusión en la interpretación de la realidad. Por ello, podemos afirmar que las instituciones informativas nucleadas en torno a los Medios de Comunicación de masas, proponen modelos y valores sociales que generan marcos de interpretación de la realidad asumidos y legitimados por el pensamiento social (Bueno Abad, 1996). Este hecho, de importancia fundamental, es el que dota de historicidad y sentido al análisis de las representaciones sociales a través de la influencia de los Medios de Comunicación.

### 3.2 Los efectos de los *Media* sobre la población. Los efectos de la población sobre los *Media*.

Una pregunta esencial recorre toda la investigación sobre los medios de comunicación, ¿Cuáles son realmente los efectos de los Medios de Comunicación sobre las personas?.

A esta cuestión básica pueden añadirse otros planteamientos respecto a cuál es realmente su *poder* mediático, o qué *funciones* cumplen los Medios en la sociedad actual.

Sin embargo, tales cuestiones no pueden desligarse de la pregunta inicial y su respuesta, sin duda alguna, modula y condiciona los conocimientos que podamos exponer al respecto.

Las primeras investigaciones sobre los efectos de los procesos de comunicación en los grupos sociales se remontan a 1896, con los estudios de Le Bon, que identifica a la masa con una estructura en la que predominan los *instintos primarios* frente a los valores sociales, la *desindividualización* o disolución de la identidad personal, el *contagio* como modo de propagación informacional dentro de la masa de actitudes y emociones colectivas, y por último, la *sugestionabilidad* de los sujetos, en tanto que participantes en una masa colectiva con las características irracionales descritas.

McDougall en 1921 y en la misma línea de Le Bon, caracterizará a las incipientes manifestaciones colectivas de los grupos sociales, como portadoras de "*un pensamiento que se desarrolla en un plano inferior al de los individuos que lo forman*". En cierto sentido, el grupo opera en el sujeto como degradación de su individualidad. Las características de la masa para este investigador, se centran en una similitud de intereses y emociones entre los miembros de la misma y la existencia de un cierto grado de homogeneidad mental entre sus individuos.

Pasaría algún tiempo para que esta visión del grupo social quedara en entredicho a través de los trabajos de Sheriff, Asch y Lewin, fundadores de la psicología social y que demostrarían con sus investigaciones que la división entre individuo y grupo no es tan nítida y determinante como los modelos anteriores pretendían, sino que los valores, emociones y normas del propio individuo, se interiorizan a partir de creaciones ocasionadas en la interacción grupal. Los grupos, lejos de ser entes sin normas establecidas, tienen objetivos, se rigen por conductas ritualizadas y mediatizadas por la influencia de sus miembros, su capacidad de gestionar los conflictos con el entorno, por el estilo de liderazgo y por la capacidad de potenciar o minimizar las individualidades de las personas que los integran.

Sin embargo, las primeras teorías sobre los efectos de los Medios de Comunicación, estuvieron presididas por una serie de supuestos nunca demostrados que obedecían a concepciones de las nuevas manifestaciones de comunicación social, como la masa irracional descrita sobre la base de las teorías de Le Bon y McDougall.

Las teorizaciones de Pareto, Ortega y Gasset y tantos otros, seguían incidiendo sobre la homogeneidad de la masa social, su vulnerabilidad hacia los mensajes sencillos y su indefensión por la irracionalidad de su sistema de pensamiento.

En realidad, existía un pasado todavía latente que traslucía un cierto temor ante la acción de las masas y una problemática social implícita en la definición de la libertad y el individualismo, del que encontramos los primeros ecos en las conferencias de Benjamín Constant en 1819 (Mosse, 1997), sobre la irracionalidad del pensamiento de Rousseau y el problema de ceder la soberanía a las masas. Lo que según este autor, llevaba directamente a la guillotina de la plaza de la Concordia.

Por otro lado, el periodo de entre guerras y el propio conflicto armado que supuso la II Guerra Mundial, parecían confirmar esta visión de grandes colectivos humanos dirigiéndose, por la eficacia de sus líderes y el poder de los Medios de Comunicación, a una aventura autodestructiva de proporciones planetarias.

Los esfuerzos bélicos centrados en parte, en el objetivo de ganar la batalla propagandística, y el fortalecimiento de la incipiente sociedad de consumo masivo de la postguerra, cristalizarían en una serie de presupuestos teóricos dispersos respecto a los Medios de Comunicación a los que se etiquetó como Teoría Hipodérmica.

Esta teoría presupone que el comportamiento de los individuos puede ser determinado por los Medios de Comunicación, de acuerdo con las características de aislamiento e indefensión de los sujetos que forman las masas pasivas e irracionales.

Las personas desarraigadas de sus entornos culturales tradicionales y envueltas en una sociedad urbana homogeneizada reciben individualmente el mensaje y reaccionan mecánicamente ante los estímulos informativos. Por tanto, se pueden generar nuevas actitudes o cambiar las existentes, ya que los receptores del mensaje forman parte de una masa atomizada y pasiva, ¿No quedó demostrado tal supuesto con ejemplos tan notorios, como la emisión radiofónica de Wells sobre la Guerra de los Mundos?.

La teoría Hipodérmica, parecía responder no sólo a los problemas que planteaban los Medios de comunicación y sus efectos, sino también a las necesidades de una sociedad donde el consumo de bienes y la relación entre los aparatos de poder social y los *Media* parecían demandar ese tipo de funciones y objetivos.

La década de los treinta significó el apogeo de esta teoría, y también el inicio de nuevas corrientes de investigación. Los primeros estudios de La Piere en la década de los sesenta, en su análisis de las actitudes ante los prejuicios raciales, sentarán las reflexiones iniciales que culminarán en un cambio de paradigma científico. La Piere (1967), comprobó en su estudio de

campo, que las actitudes, opiniones y creencias de las personas, no necesariamente tienen que coincidir con las conductas que desarrollan. Esta línea de investigación tuvo su correlato inicial en el modelo jerárquico de los componentes de las actitudes de Rosenberg y Hovland (1960)

Este modelo al que hemos hecho referencia, propugna que la actitud esta formada por tres componentes básicos, de modo que la actitud puede originarse o bien por un cúmulo de información sobre el objeto, por una relación emocional o bien por una interacción conativa o conductual. Por tanto, las personas nos relacionamos con los objetos sociales a través de diferentes planos, cognitivo, emocional y conductual. El marco valorativo que los interrelaciona es la actitud en sí.

Lo esencial de este modelo en relación con el objetivo que nos ocupa, está formado por las consecuencias que se derivan respecto a la influencia de los *Media*. A partir de dicho análisis se puede concluir que un mensaje puede incidir sobre alguno de los componentes de la actitud, sin que dicho cambio afecte a la conducta del individuo.

Es decir, las personas pueden tener prejuicios raciales por la información acumulada (plano cognitivo) o por sus vivencias emocionales (plano emocional), sin que lleguen a expresar los mismos a través de su conducta. O a la inversa, podemos encontrarnos con comportamientos discriminatorios sin que exista una información suficiente en el sujeto que los justifique. Por tanto, influencia de los Medios, seguro, pero ¿Sobre qué y con qué intensidad ?.

En la década de los cincuenta, Lasswell (Wolf, 1996), iniciará una serie de trabajos respecto a los Medios de Comunicación que pondrán de relieve la siguiente conclusión: *Los componentes de la audiencia tienden a exponerse a la información más afín a sus actitudes y a evitar los mensajes que les resultan discordantes.*

Estas actitudes son aprendidas en un marco social, donde las interacciones entre las personas forman un conjunto de significados, quizás diferentes o antagónicos a los mensajes que provienen de los *Media*.

Si la investigación había sentado las bases para dudar seriamente de la relación automática entre modificación de actitud y conducta y además, se constataba que las personas seleccionan los mensajes que confirman sus actitudes y evitan los discordantes con las mismas, ¿Qué respuesta coherente con esos postulados podemos ofrecer, respecto a la cuestión de los efectos de los *Media* sobre los sujetos?.

La teoría Hipodérmica había supuesto la existencia de un impacto directo de los mensajes publicitarios sobre los sujetos y como consecuencia de la comprobación de tal supuesto, comenzaron los estudios de tipo experimental que descubrieron que los efectos de los *Media* estaban siendo

anulados o mediatizados por diferentes variables de carácter individual y social.

Básicamente, los estudios experimentales se centraron en dos aspectos de la cuestión, el primero se centraba en las diferencias individuales y la forma que estas podían incidir en la selección de un programa o en la exposición a determinados mensajes.

El segundo aspecto se centró en las características del mensaje como vehículo de información (Reardon, 1981).

Los estudios de esta corriente experimental psicológica, se pueden sintetizar en los siguientes factores:

A) Factores diferenciales de la audiencia:

- 1-Interés variable por adquirir información.
- 2-Exposición selectiva a los mensajes dependiendo de las actitudes preexistentes.
- 3-Existencia de un conjunto de significados precedentes en el sujeto que generan una interpretación del mensaje que realza o disminuye algunas partes del mismo o le confiere otros significado.
- 4-Los aspectos de la información coherentes con las propias actitudes y opiniones son mejor recordados que los demás, esta tendencia se acentúa con el paso del tiempo, se trata por tanto de una memorización selectiva.

B) Factores vinculados al mensaje:

- 1- La credibilidad y competencia de la fuente, centrada en la reputación y conocimientos del emisor sobre el tema, respecto a la influencia sobre las actitudes.
- 2- El orden de los argumentos, que analizan los efectos sobre las opiniones si se presentan en primer lugar o al final de la exposición.
- 3- La exhaustividad de las explicaciones, referidas a aquellos mensajes que contienen por igual los puntos a favor y en contra.
- 4- La explicitación de las conclusiones, que analizan la eficacia de un mensaje respecto a clarificar o no cuál es la conclusión o síntesis del mismo.

Si efectuamos una recopilación de las diferentes líneas de investigación, podemos observar que las primeras teorías hacían posible *la manipulación* como efecto de los Medios de Comunicación, y que este concepto es sustituido en el modelo anterior, por la influencia de los *Media* a través de la *persuasión*.

Es evidente que el modelo psicológico al que hemos hecho referencia, admite la posibilidad de efectos sobre la audiencia, a condición de que el análisis previo de la misma y las características del mensaje “sorteen las defensas” del receptor.

Esta teoría sumamente descriptiva, dejaba sin resolver aquellos aspectos que influyen a la audiencia en aquellos factores que inciden sobre la composición diferenciada de los públicos. Por otro lado, se basaban principalmente en estudios de laboratorio de tipo experimental, donde no aparece generalmente una variable fundamental, aquella que se refiere al contexto social de la situación comunicativa.

Otras orientaciones teóricas cubrieron este olvido en el análisis de la influencia de los Medios a través de modelos como el de los *Efectos Limitados*. De clara orientación sociológica, describe cuál es la influencia de los mensajes en el entorno natural en que se desarrollan. Para este modelo, la comunicación ejercida por los Medios, se produce en un contexto social determinado históricamente por otras Instituciones socializadoras, a la vez que es reelaborado por el sujeto de acuerdo con los grupos en los que se adscribe.

Así, el campo de investigación se centró en variables como los grupos religiosos, familiares, status socioeconómico, líderes sociales de opinión o características sociológicas relacionadas con el sexo y la edad. De acuerdo con esto, Wolf (1994), citando a Klapper (1960), sostiene que la eficacia de la comunicación de masas está muy relacionada y depende en gran medida de procesos de *comunicación no medial de la estructura social* en la que vive el individuo.

La consecuencia fundamental de las teorías mencionadas se resume en el hecho concreto, de que las actitudes de los sujetos son generadas y modificadas a través de las relaciones interpersonales y los Medios de Comunicación. Que ambas variables no deben ser estudiadas de modo interdependiente, puesto que mutuamente se relacionan y contribuyen a generar un mundo de significados en los que el mensaje de los Media es reelaborado de acuerdo a la influencia social ejercida sobre y por los individuos en los grupos a los que se adscriben (Castells, 1997).

La interacción social y la experiencia cotidiana de las personas, implican una negociación con el entorno del que forman parte los Medios, determinando con ello, la selectividad diferencial hacia los mensajes, su aceptación o no, la comprensión y retención de los mismos, así como sus efectos a largo plazo.

De acuerdo con estas variables, la influencia de los *Media* iría desde la *conformidad* con el mensaje, que traduciría una adscripción mecánica y artificial del sujeto con el fin de evitar algún castigo o discriminación del grupo al que pertenece. La *identificación*, que implica la aceptación del mensaje tanto pública como íntimamente, pero al objeto de mantener un rol



asignado por el grupo. Y por último, la *internalización* en el que el mensaje es aceptado por ser coherente con su cosmovisión y su sistema de valores.

La influencia por tanto, no es una cuestión del todo o nada, ni afecta a la conducta necesariamente, ni puede ser obviada del entorno social en la que se produce. Los efectos de los *Media* no pueden entenderse totalmente desde una perspectiva de cambio individual, sino que adquieren su verdadero significado en un entorno social determinado, donde conforman las *Representaciones Sociales* que los sujetos poseen de los objetos sociales.

### **3.3- La construcción social de la realidad**

La representación social se define como la elaboración de un objeto social por una comunidad, a partir de la interacción de grupos reflexivos. Abarca por tanto, diferentes procesos sociales y cognitivos, por los cuales la sociedad se apropia de los conceptos extraños y reelabora la ambigüedad.

Tenemos diferentes representaciones sociales, del deporte, de la política o de los paradigmas científicos vigentes. Estas representaciones se ven influidas por los *Media*, el entorno económico e histórico y por los sistemas de ideologías y creencias religiosas. Nuestras actitudes y conductas se enmarcan dentro de estas representaciones de la realidad.

Un ejemplo de ello sería, la vigencia del paradigma científico que representa el modelo biomédico de la enfermedad mental, en este enfoque el enfermo es representado como un sujeto pasivo, incapaz de realizar conductas adaptativas durante el proceso morboso, susceptible de ser tratado a través de especialistas con un rol reconocido cuya terapia fundamentalmente se realiza a través de fármacos, siendo el origen de su enfermedad principalmente debido a causas orgánicas o ajenas al sujeto. Sabemos que este modelo se sustenta en la percepción de la eficacia del sistema sanitario en la experiencia diaria de los sujetos, las condiciones sociales vigentes y el apoyo a tal modelo de las industrias químicas, pero también en la imagen que los *Media* recogen del mismo. Por lo que las conductas de las personas, sus actitudes y valores estarán mediatizadas por las Representaciones Sociales de la enfermedad coincidentes con el modelo biomédico, en la medida que los medios de comunicación reflejen sus características científicas y postulados teóricos. Sabemos que la influencia de los *Media* se da a partir de la emisión de mensajes persuasivos que operan en la modificación de opiniones, *pero la influencia sólo será duradera y global si atañe al entorno social, es decir si dirige sus esfuerzos a la modificación o reforzamiento de las Representaciones Sociales de la enfermedad y la salud*, a través de la presentación y difusión de nuevos paradigmas científicos o la modificación de los actuales.

De este modo, el cambio de opiniones y actitudes se relaciona con los intereses y valores de grupos sociales consolidados o emergentes de intereses grupales contrapuestos y de las Representaciones sociales que emergen de dicha dinámica.

Llegados a este punto, podemos resumir las teorías expuestas al menos, desde sus limitaciones. Si las primeras teorizaciones sobrestimaban la influenciabilidad del espectador, las últimas, prácticamente lo conceptúan como el único sujeto válido y determinante dentro del proceso informacional.

Si los *Media* ejercen algún tipo de influencia, desde luego no desearían otra formulación, ya que les permitiría difundir sus mensajes, no como producto de grupos determinados, sino *como mero y fiel reflejo de la realidad*, lo que a la postre legitima en la práctica su influencia. El pretencioso, *así son las cosas y así se las hemos contado*, del inclito *Buruaga*, o el *“esto es todo”* final, del informativo *Euronews*, serían algunos exponentes anecdóticos de esta pretensión mediática.

Sin embargo, los Medios de comunicación permiten el cambio de actitudes sólo si tienen en cuenta las diferentes condiciones sociales de la audiencia, las características del mensaje, los grupos de opinión que operan en la sociedad, así como la información previa que posee el individuo a partir de las representaciones sociales de la realidad, y sus efectos pueden ser sólo nominales y superficiales o bien conseguir la interiorización del mensaje. Obviamente, esto no se consigue siendo exclusivamente el reflejo de una sociedad dada, como proclama el modelo de Efectos Limitados, sino que implica una *intencionalidad* en la modificación de actitudes como principio necesario a todo mensaje que pretenda ser persuasivo.

Los *Media*, desarrollan su influencia en el aspecto social, ejerciendo sus efectos a través del fortalecimiento y difusión de las imágenes y conceptos de las Representaciones Sociales de la realidad. Estas operan de manera incipiente o estructurada en las redes sociales, como resultado de la dinámica e interacción de diferentes grupos sociales de los que los propios Medios forman parte. Los mecanismos por los cuales ejercen dicha acción, están descritos en diferentes modelos de comunicación que inciden sobre la importancia de la interacción social en el proceso comunicativo. Algunos de los de mayor relevancia, son modelos como el denominado *Agenda Setting* (Shawn, 1979) o *La espiral de silencio* de Noelle Neumann (1974).

Los presupuestos de la *Agenda Setting* son resumidos por Shaw (1979, pp. 96-105), indicando que *como consecuencia de la acción de los Medios, el público es consciente o ignora, presta atención o descuida, enfatiza o pasa por alto, elementos específicos de los escenarios públicos*.

Los *Media* determinan una agenda al espectador de lo que es importante, ordenan los temas respecto a los cuales es conveniente hablar, orientan sobre con qué o quien alinearse, *describen* la realidad social de un modo propio, sobre temas respecto a los cuales las personas no tienen más información que los Medios de Comunicación. Pero la magnitud de su influencia, será determinada por su interacción con las redes sociales del sujeto y sus características personales, sin olvidar que estas redes también están recibiendo el mensaje persuasivo de los *Media*.

Roberts (1972, pp. 380), incidiendo sobre este punto, expresa: “En la medida en que el destinatario no está en condiciones de controlar, la exactitud de la representación de la realidad social, sobre la base de ningún estándar al margen de los Media, la imagen que se forma mediante esta representación, acaba siendo distorsionada, estereotipada o manipulada” (Wolf, 1996). La influencia voluntaria o involuntaria de los Media por tanto, radica en su capacidad de representación de una sociedad compleja e inabarcable para el sujeto en todos sus extremos, y en su poder de referencia como sistema integral de comunicación.

Los Media no proporcionan sólo noticias, sino también las categorías en las cuales enmarcar el objeto social analizado, proporcionan a las personas los elementos comunes necesarios para que estas formen las Representaciones Sociales de aquellos aspectos de la ciencia o de la sociedad que no entienden o no pueden adquirir de otro modo.

Determinan la importancia de los temas que serán objeto de comunicación interpersonal y también la centralidad de los mismos respecto al propio discurso de los Media. Estos son criterios por los que la influencia social de los Medios de Comunicación se desarrolla. A estas características hay que añadirles la existencia de algunos mecanismos específicos que tienen que ver con la industria masiva de comunicación en mayor medida que con una sociedad de masas (Quirós, 1998). Por lo que las personas, consumen información masiva perfilada por las condiciones del propio sistema informacional, que por ello ofrece un producto informativo elaborado, una representación de los hechos que se transforma en social, en la medida en que es originada, respaldada y asimilada por los grupos sociales.

Las características de esa industria masiva de comunicación, determinan la mecánica de la Agenda Setting, que no se define exclusivamente por un determinado orden de presentación, o la jerarquización y centralidad de sus contenidos, sino que también comparte las características por las que los Media intervienen en los contenidos de una determinada cultura, y por las que influyen el conjunto de conocimientos que forman la realidad social. Interviniendo en ella de forma dinámica (Chomsky, N. Y Herman, E. 1990; Noelle Neumann, 1973), a través de los procesos caracterizados por:

#### *a-La acumulación*

En base a esta característica, los Media se comportan como un sistema global, capaz de crear y mantener la importancia de un tema gracias a su poder de repetitividad. Esta repetitividad, es susceptible de generar efectos indirectos y a largo plazo a partir de la intervención acumulativa en la cotidianeidad.

### *b-La consonancia*

Que implica la similitud de los mensajes emitidos, por las características de la industria informativa en la adquisición de noticias y que provoca homogeneidad tanto en la factura de las mismas como en sus contenidos.

### *c-La omnipresencia*

De los mensajes de los *Media*, ya que están presentes no sólo en todo tipo de soportes comunicativos, sino también, en la interacción de las personas independientemente del contexto social que ocupen.

### *d- El tamaño de las empresas y su capacidad de adquirir noticias*

Ya que de esta variable, depende su accesibilidad y capacidad para adquirir las noticias en los círculos comerciales dedicados tal fin. La necesidad de generar masivamente noticias para todos los *Media* de una gran empresa, genera la inclusión de paquetes de información tratados y distribuidos de manera previsible y de acuerdo con la planificación de la producción, similar a cualquier otro producto comercial. La escasa capacidad del tamaño empresarial puede, por el contrario, generar dependencia de otros Medios más poderosos o la especialización en noticias localistas o caracterizadas por su carga emocional, limitando su capacidad informativa al seguidismo de otros Medios a los que se tiene por referencia .

### *e- Las necesidades de la publicidad*

Determina la dependencia de las casas anunciadoras y la influencia de posibles grupos de presión en la configuración de la agenda y en el contenido, factura y contexto de la información. Es difícil describir las excelencias de las fuentes de energía ecológicas, si tu mayor anunciante o incluso el Consejo de accionistas está presidido por las Eléctricas. Es costoso, aunque no imposible, enfrentarse al sistema productivo del que se obtienen cuantiosos ingresos o del que depende la propia permanencia del Medio.

### *f- El suministro de noticias a los Medios de comunicación*

En la relación simbiótica entre las fuentes políticas y económicas poderosas de información y los *Media*, tanto por necesidad económica como por reciprocidad de intereses. Por otra parte, ante el coste y la imposibilidad de cubrir todos los focos de opinión, los Medios, recurren a otros Medios, Instituciones o Agencias en una especie de afinidad burocrática que les aleja de los hechos en la medida que el Medio requiera de esta dependencia.

### *g- Los profesionales “reforzadores de opinión”*

Como la actitud profesional de informar desde lo “políticamente correcto” ante la posible crítica de anunciantes o el rechazo de la audiencia. Este hecho destila paulatinamente la presencia de estos profesionales, no legitimados por su actividad profesional, sino por su propia asiduidad en los diferentes Medios, que intentan así remedar o sustituir a los líderes sociales de opinión a través de estas caricaturas opináticas, propias de los programas de tertulias y debates televisivos.

### *h- El Anticomunismo y el nacionalismo patriótico*

Como resultado de la guerra fría cualquier hecho que amenace el libre mercado suele ser minimizado, esquematizado, o sencillamente ignorado. Dividiendo la realidad de manera simplista, generalizadora y dicotómica entre buenos y malos, el bien y el mal, comunistas y defensores del mundo libre, integristas y moderados y todo ello desde la defensa de valores nacionales y etnocentristas.

Es así como podemos concluir con Fishman (1980), que los Medios de comunicación de masas, *establecen las condiciones de nuestra experiencia del mundo, más allá de las esferas de interacciones en las que vivimos.*

En la medida que los *Media crean o potencian un marco social perceptivo*, los sujetos lo asumen a la vez que lo transforman en conocimiento común, devolviéndolo a la sociedad y a los propios Medios acomodado a sus intereses de grupo e individuales.

Los *Media* asumen, como objeto y sujeto activo, la formación de representaciones que provienen de grupos científicos, económicos, políticos o religiosos poseyendo una intencionalidad de influencia manifiesta en la información que suministran, que en parte, se debe a la interiorización de los profesionales del marco social en el que viven, a los intereses de las empresas a las que pertenecen, a sus efectos acumulativos y a los requerimientos técnicos de los propios *Media* y su industria. *Son por tanto responsables activos del proceso informacional y de su influencia.*

Esa influencia se halla matizada por los mecanismos de defensa del propio espectador, que no es un agente pasivo, ni en la recepción ni en la reelaboración y recuerdo del mensaje, realizando estos procesos de acuerdo con su historia de aprendizajes, sus grupos de referencia, su sistema de creencias y representaciones y sus intereses y necesidades. También por tanto es *responsable activo del proceso y de su influencia.*

Por lo que la influencia real de los mensajes de los *Media* se resume, en su capacidad para crear, reforzar o minimizar campos de significación que los individuos y grupos sociales validan o no en su interacción social.

A su vez, esta interacción se halla mediada por los atributos psicosociales, históricos y socioculturales que poseen los agentes sociales.

Por otro lado, en la medida que los Medios asumen un proceso de concentración y aumentan sus requerimientos técnicos y económicos respecto al mercado informacional, por su pérdida de credibilidad, se hacen más vulnerables a la influencia de los grupos y las representaciones sociales dominantes.

Quizás, el verdadero efecto preocupante y pernicioso no mencionado en las diserciones usuales al respecto, sea el hecho de que los *individuos empiezan a rechazar como inútil o, a infravalorar, la necesidad misma de permanecer informados* mediante los Medios de comunicación. Los comentarios cotidianos que señalan como todos los Medios, “siempre dicen lo mismo”, o “solo dicen mentiras”, son generalizaciones que nos advierten de su descrédito.

Hemos podido observar cómo la influencia, es un proceso interactivo entre los grupos sociales y los Medios de comunicación, que se concreta en la creación, mantenimiento y cambio de representaciones sociales de conocimiento social.

También hemos constatado que la influencia de los Medios reside en el uso y función que a sus contenidos les confieren los grupos sociales. Para ello, nos hemos situado en los presupuestos teóricos del modelo de Agenda Setting, lo que implica que los efectos de los *Media* están modulados por la interacción con los grupos sociales que determinan su impacto, dependiendo del tipo de noticias, su significación social y el tipo de audiencia a la que se dirige dicha agenda. Es pues, un modelo que incide sobre la existencia real de la influencia medial, a través de efectos indirectos y a largo plazo que influyen en los procesos cognoscitivos y en la descripción de la realidad social más allá de la individualidad y de un impacto directo de la información.

Si nuestra tesis inicial es, que la representación social de la enfermedad mental, construida a partir de conocimientos sociales, científicos, conductas y actitudes, resulta en conocimiento compartido en base al grado y características de la difusión obtenida en los Medios, el problema de cómo la Agenda Setting transforma variables sociales en conductas individuales y sociales, se convierte también en un problema que afecta a la metodología y objetivos de nuestra investigación.

Por esta razón, resulta necesario describir los diferentes efectos de la agenda, de acuerdo con el perfil diferencial de cada uno de los Medios. En nuestro caso, analizaremos la televisión por su importancia mediática y la prensa escrita por sus características peculiares.

### **3.4- Televisión, Prensa y Representaciones sociales**

En 1870 Goethe, se preguntaba dónde iba a parar la sociedad después del diabólico invento de la difusión masiva de prensa, cómo podría sobrevivir la poesía al reducido espacio de un artículo periodístico o qué pasaría con el teatro si el público entraba en él, después de haber leído las noticias y con

la prensa debajo del brazo. La prensa sin duda no era un artefacto neutral, sino que realmente iba a ser el inicio del fin de la verdadera cultura, la cultura de las élites, frente a un conocimiento popular, plebeyo y de difusión masiva, del que la prensa era sólo un símbolo premonitorio.

Visiones apocalípticas como la anterior se repiten invariablemente a cada paso que el desarrollo tecnológico o los cambios sociales nos impelen a analizar la realidad histórica. Visiones que limitan o fallan al explicar los fenómenos sociales, al intentar analizar los productos culturales o tecnológicos a partir de ellos mismos, y no como productos del contexto social en el que se originan, donde los sujetos y no los objetos son los agentes del cambio.

Análisis donde desaparece el lector, el espectador o el contexto social y que conllevan un reduccionismo de la realidad, que se relaciona en la mayoría de las ocasiones, con la legitimación de los intereses de grupo o cierta visión elitista y mesiánica de las propias construcciones teóricas.

Sin embargo, el poder de los *Media* no obedece simplemente a su propia estructura y especificidad, sino a su capacidad de referencia social en el entorno cambiante de esta época en transición.

En el análisis de los *Media*, abundan este tipo de discursos de magnificación del objeto técnico, que parecen impregnados de aquella teoría Hipodérmica ya superada que propugnaba los efectos inmediatos y directos de los *Media* sobre los sujetos.

La televisión como paradigma actual de los Medios de comunicación, nos interesa, no solo por sus especiales efectos, sino también por su influencia sobre el resto de los Medios que han adoptado gran parte de sus formas, presentación y contenidos.

Algunos de los investigadores más significativos y señalados sobre la influencia de los Medios, describen la influencia social de la televisión de un modo francamente negativo.

Sartori (1998), en su libro *Homo Videns*, nos ilustra sobre ello, “*el niño formado en la imagen, se reduce a ser un hombre que no lee y por tanto la mayoría de las veces, es un ser reblandecido por la televisión, adicto de por vida a los videojuegos (p.41)*”.

El mismo autor, algunas líneas más adelante nos informa que según los cálculos de un profesor americano innominado, si no hubiera televisión en Estados Unidos, habría 10.000 asesinatos y 700.000 agresiones menos al año, y añade que aunque el cálculo no es de fiar esta influencia es real. Lo que nos deja todavía más perplejos, si cabe.

¿Se puede pensar en la existencia inmutable de una sociedad americana sin televisión?, ¿Cómo es posible aislar la televisión de la sociedad que la creó?, ¿Hasta qué punto teórica y metodológicamente, podemos elaborar aserciones con estos planteamientos y con datos poco

fiables?. Estos argumentos vacíos y cosificadores, se asemejan a los razonamientos simplistas del tipo, *si no hubiera armas..no habría violencia; si no hubiera dinero... no existiría la usura*. Son criterios circulares y deterministas que separan artificialmente cultura, tecnología e interacción social, y que paradójicamente, intentan explicar la dinámica social y la psicología de los seres humanos, prescindiendo de ellos al reducirlos a apéndices pasivos de objetos tecnológicos.

Otro ejemplo, aún más notorio de estas advertencias catastróficas sobre la influencia de la televisión, nos llega del investigador francés Pierre Bourdieu (1997). En su libro, *Sobre la televisión* nos anuncia que, “La televisión... pone en muy serio peligro las diferentes esferas de la producción cultural: arte, literatura, ciencia, filosofía, derecho.... la vida política y la democracia”.

Este brillante autor y ensayista nos advierte que lo que expone, no es producto de investigaciones profundas y sistemáticas, ya que estas habrían exigido mucho más tiempo.

Sin duda es así y por ello nos encontramos en este caso ante opiniones personales y no ante estudios científicos “profundos y sistemáticos”. Quizás, si Bourdieu hubiera ocupado más tiempo, podría haber matizado sus opiniones a partir de la reflexión sobre estudios como el citado por Castells (1997): “Según Draper (1991), aunque el estadounidense medio se expone a 1600 mensajes publicitarios al día, la gente responde (y no de forma necesariamente positiva) sólo a unos 12 de ellos. En efecto, MacWire (1986) tras revisar los datos sobre los efectos de la publicidad de los Medios, llegó a la conclusión de que no hay pruebas sustanciales de que existan impactos específicos de los mismos sobre la conducta real.”

Bourdieu (1997), en su estructuralismo determinista, no repara en los mecanismos que los individuos usan a la hora de afrontar los efectos de los *Media*. Sin embargo, no es difícil imaginar al propio autor, sentado en su salón, cómodamente instalado en su sillón favorito, cambiando de canal ante mensajes no coincidentes con sus actitudes, interfiriéndolos al criticarlos, deformándolos al interactuar con las personas eventualmente presentes, o sencillamente descubriendo los puntos débiles de una determinada noticia, para rebatirla a partir de su propia comparecencia en los Medios de comunicación. Comparecencia que por su puesto, será decodificada y boicoteada por los grupos e individuos críticos a su obra, de la misma forma. Y lo más lamentable es que Bourdieu no observa que precisamente, es en este proceso donde se encuentra la verdadera influencia de los Medios y donde la televisión atrapa en su mundo simbólico la experiencia individual y la conducta de los sujetos.

Sin duda, este autor cae en esta contradicción evidente por que “*en esa confrontación entre el intelectual universal y el fast thinker, no tiene presencia el espectador. Y si ese espectador no tiene presencia, si en ese discurso queda abolido el ciudadano-espectador, es por que carece de influencia, es por que en esa guerra de influencias, el público carece de*



*encarnadura, de visibilidad, de voz y, finalmente, de incidencia, de gobierno sobre sí mismo” (Serna, 1999, 136).*

La influencia de los *Media* como hemos visto, se encuentra limitada por el contexto social y al conocimiento de sentido común o representaciones sociales dominantes de los grupos e individuos capaces de ejercer influencia social. En este sentido, la televisión es concebida por estos autores como fundamental y preponderante, en relación con los otros *Media*. Para Ramonet (1998), la televisión a extendido su modelo de información, consistente en:

*-Ver es entender.*

*-La inmediatez y rapidez frente a reflexión.*

*-La emocionalidad como factor impactante y preponderante de la noticia.*

*-La manipulación política de las noticias.*

Esto lo ha conseguido por el afianzamiento de un paradigma informacional basado en la aparente libertad que provoca en el espectador decodificar las imágenes, entenderlas, viéndolas en el mismo tiempo que ocurren. De hecho, Ramonet se lamenta que entre la noticia y el receptor, entre el hecho y el ciudadano, ya “nadie pilota la nave”, ha desaparecido el periodista, concluyendo que la idea de auto información a través de imágenes, es peligrosa ya que ver no es comprender.

Creemos que Ramonet incurre en algunas imprecisiones que le hacen poco entendible en sus planteamientos, ya que solo él percibe la desaparición del periodista entre el hecho y el ciudadano, todo el mundo es consciente que entre ambos extremos existen periodistas que reelaboran las noticias, las encajan en una determinada agenda y las comunican según sus referencias.

También, es evidente que existe una industria que establece requerimientos técnicos y comerciales al mundo informacional, que no es ajena a la desaparición de la profesionalidad periodística, y de la que el mismo Ramonet es parte integrante y no parcial.

Pero lo que obliga al rechazo, es por un lado, la creencia de que el ciudadano decodifica los mensajes sobre la base de las imágenes que ve y no de acuerdo con su contexto personal y social. De nuevo, aparece un espectador inerte, atomizado y aislado, que en realidad ya no existe ni siquiera en los estudios de laboratorio.

En segundo lugar, poner de relieve que nadie pilota el barco y verlo como un hecho lamentable, nos obliga a pensar, dado el conocimiento de los Medios que posee el autor, que Ramonet se refiere a la desaparición de un tipo determinado de periodista, del que no podemos analizar nada por que no explicita sus características.

Por otro lado, parece que el autor considera legitimado a dicho periodista para mediar entre el hecho y el ciudadano y que tal mediación

supone una fuente de veracidad, en este sentido podríamos citar al propio Ramonet sobre la tarea de los periodistas:

“Roger Gicquel, presentador del telediario francés: *La elección de las informaciones se hace en función de una eventual composición dramática con eventuales noticias de impacto. Es esa dramaturgia, inherente a la información, la que yo exploto*”.

“Patrick Poivre d’Arbor, presentador de telediario francés: *Soy un vendedor, vendo productos que los demás han preparado, puesto a punto, yo los lanzo lo más honestamente que puedo*”.(Ramonet ,1998)

¿Se puede deducir de estas aseveraciones de los propios profesionales, que corremos el peligro de “auto informarnos” o de que no hay mediadores entre la noticia y el ciudadano?. Más bien parece lo contrario, y ello no redundaría en la legitimación de los Medios, sino en su demérito. El mismo Ramonet nos informa que el telediario ha resultado ser la información del pobre, por su censura, distorsión, dramatización y personificación de las noticias.

De hecho, se constata un descrédito y pérdida de influencia de la prensa y la televisión a partir de las manipulaciones de la Guerra del Golfo (Encuesta Telerama, citada por el autor).

Para Ramonet, la tiranía de la comunicación se resuelve en que esta absorbe la cultura, de modo que ya no hay más cultura que la de masas.

En este punto creo que se le concede demasiada importancia a los Medios como creadores de la cultura de masas, olvidando la humildad que nos previene de dolorosos desengaños.

Como ya se mencionó con anterioridad más que cultura de masas, hecho histórico y social multicausal e inscrito en un tiempo determinado, es muy probable que la tiranía de la comunicación se origine de *la necesidad del propio mundo de la información, de producir noticias y mensajes de forma masiva*, aunque tal esfuerzo, según algunos datos que hemos visto, influyen directamente, a un grupo “numeroso” de una decena de personas, quizás la mayoría de ellas periodistas, mientras leen la prensa de la competencia.

Nuestras consideraciones, no intentan negar la influencia de los Medios, sino el enfoque reduccionista de su influencia al plano de las actitudes individuales. Centrando el debate de su influencia, no en la masificación e irracionalidad del espectador, sino en la devaluación de un producto informacional sujeto a una producción masiva, que precisamente define sus efectos en su relación con la estructura social en la que el mismo, es un distintivo componente del conocimiento social.

Autores como Bordieu (1997), sin embargo, no ven el peligro de la televisión en el hecho de que nadie pilote, sino más bien en la condición de que quien pilota está condicionado, tanto por sus propias categorías

perceptivas, como por los intereses del Medio, lo que conlleva una censura de hecho y que se resume en las siguientes características:

- Se privilegian los sucesos por su mayor impacto emocional.*
- Los contenidos deben ser para todos los gustos.*
- Se muestran realidades sin contextualizarlas.*
- Algunas realidades se muestran dándoles importancia y otras se ocultan por su importancia.*
- Se busca lo sensacional.*
- La selección de las noticias y su exposición se realiza a partir de las categorías de los propios periodistas, es decir se les impone el esquema perceptivo del mediador.*
- Utilización incorrecta del lenguaje.*
- Búsqueda de la exclusiva y su consecuencia en la uniformización del mensaje.*
- Lógica comercial por indicadores de audiencia.*
- Producción de noticias a partir de “profesionales maleables, o “panelist”, consagrados por los Medios y no por su área específica de conocimiento.*
- Control sesgado de los periodistas, sobre el contenido de los debates y tiempos de los intervinientes.*

En nuestra opinión, las críticas de Bourdieu en este sentido son acertadas e implican una disección del mundo televisivo dolorosa y realista, sin embargo, todas estas circunstancias no hacen amenazadora a la televisión sino débil, en suma y en contra de la argumentación de Bourdieu, pensamos que todo ello *no la hace más influyente sino más influenciable* por la red social.

Existe un elemento a tener en cuenta en el análisis de este agudo investigador y que incide sobre el aspecto histórico y social del problema, referente a su formulación sobre el “campo periodístico” como un conjunto de fuerzas sociales, económicas y tecnológicas, que inciden sobre el mensaje y sus protagonistas, monopolizando y regulando la producción y difusión de la información.

Sin embargo, sería conveniente profundizar en las consecuencias de dicho campo no sólo en el aspecto económico, sino también en la red de relaciones históricas y culturales y en las transformaciones simbólicas y sociales que están implícitas en el mismo, y esto es lo que patentiza Serna (1999.p138), ya que *“el problema es que deja fuera una parte, el comportamiento del público, cuyo significado es crucial, ahora sí, en el cultivo de la responsabilidad, de la autorrealización y de la ilustración que Bourdieu dice profesar”*.

La visión e ilusión de unos Medios sin agentes receptores, siquiera sin mediadores ni emisores para algunos, sin personas que activamente decodifican el mensaje, de acuerdo con parámetros que no se relacionan directamente con los *Media*, sino con factores sociales y culturales más

amplios que la prensa o la televisión, se encuentran presentes en algunos de las teorías que hemos analizado. Son análisis parciales que centran su investigación en la percepción de un ciudadano aislado, atomizado en sus relaciones y vulnerable ante los mensajes de los *Media*.

Por otra parte, los agentes que invierten miles de millones en mantener su influencia sobre la población, se sienten complacidos en demostrar que los Medios no influyen en lo social sino que solo reflejan la realidad, como si la misma, sólo se expresara en singular y existiera al margen de sus intereses y de las creencias de los hombres y mujeres que la construyen, transforman y transmiten de manera intencional.

En cualquier caso, debe concretarse que aunque existe una influencia real y poderosa de la televisión, esta se fundamenta en el interés de la misma, en mantener la persistente replicación de algunas de las representaciones sociales existentes en la población frente a otras. Una población, que no puede entenderse de modo reduccionista a partir de análisis de investigadores *invidens*.

Una población constituida por personas que no se definen exclusivamente por su rol de lectores o espectadores sino como sujetos sociales dentro de grupos determinados, que construyen su realidad con las categorías dominantes presentes a lo largo de toda su biografía.

Por esto, nuestra investigación se sitúa en el campo no de los efectos limitados, sino de la influencia acumulativa y cultural, donde el interés se desplaza del proceso de transmisión hacia el proceso de significación, donde los Medios inciden en el proceso de construcción social al estructurar a largo plazo una imagen de la realidad, produciendo cambios de creencias y opiniones.

Desde el modelo de información que adoptamos, para explorar la influencia de los Medios en los contenidos de las representaciones sociales y ligándolo a los argumentos que hemos mencionado hasta aquí, se puede concluir que, en este sentido, la televisión resulta de menor influencia en sus efectos, que la prensa escrita (MacClure y Patterson, 1976 en Wolf, 1996).

Las razones explicativas de este fenómeno se basan en la *inmediatez, fragmentación, brevedad y descontextualización* en el que se dan las noticias televisivas, trivializando con ello la importancia de su significado.

Por el contrario, la prensa expresa una indicación, fuerte, visible y constante de la relevancia de los temas tratados. Consiguiendo con firmeza, decir al público, no ya qué es lo que deben pensar, pero sí qué es aquello sobre lo que deben hacerlo. Frente a esto, la televisión aparece como productora de noticias con tal carácter de superficialidad y descontextualización que descarga de significado los temas emitidos, haciéndolos incomprensibles.

De lo expuesto hasta aquí podemos sacar algunas conclusiones relevantes para nuestra investigación:

-Los efectos de la Agenda, dependen de la estructura diferencial de los Media.

-La Agenda provoca cambios en las actitudes y opiniones de modo indirecto, contextual y a largo plazo, por lo que requiere la comprensión del mensaje y de las consecuencias psicosociales que de esto se deriva.

-La televisión resulta incapaz de generar una influencia sobre la creación o cambio de elementos cognitivos estables y por lo tanto, de establecer un conjunto de conocimientos concretos en la audiencia, aunque puede resultar válida en la apreciación indiferenciada de representaciones *generales* de fenómenos sociales.

-Como consecuencia de lo anterior, los Medios de Prensa resultan más adecuados para detectar la influencia de las Representaciones Sociales, a la vez que reflejan en mayor medida, la influencia a largo plazo de los Media sobre la población.

A las consideraciones anteriores, debemos añadir una razón específica que afecta a esta investigación y la fiabilidad de la televisión como canal ideal para el análisis de categorías, que reside en el hecho de que, bien como reflejo de la programación televisiva u otras razones, el espectador asiduo de televisión posee una imagen del enfermo mental como más violento y agresivo que el resto de la población (Gerbner y Tannenbaum, 1962).

Es por esto, que utilizaremos en esta investigación, una muestra de diferentes periódicos, donde la repetitividad de la noticia a través de los diferentes matices constatables de cada periódico, la continuidad cronológica de los temas tratados y el análisis longitudinal de la prensa escrita, facilita la revisión, registro y comprensión de las noticias sobre enfermedad mental, aparecidas en la actualidad. La prensa con ello, nos ofrece el Medio adecuado para discriminar entre noticia y tema, entre opinión y representación.

La noticia puede entenderse como un mensaje con un contenido determinado, el tema sin embargo, se define en esa continuidad de la noticia que la hace comprensible y asimilable socialmente a través de la descripción de su contexto y de la permanencia de sus consecuencias.

La aprehensión de las representaciones sociales de la enfermedad mental, no puede realizarse a partir de una colección de noticias, sino que más bien, encuentra su razón de ser en la continuidad de opiniones, creencias y actitudes interrelacionadas, que sólo pueden apreciarse desde un punto de vista cronológico y longitudinal, condición indispensable para fundamentar válidamente los análisis que determinan la presencia, no de opiniones simplemente, sino de Representaciones Sociales en los *Media*.

### 3.4.1 Procesos de Comunicación, Representaciones Sociales e Investigación Social

Es evidente el hecho de que el hombre como ser simbólico, genera su cultura a través de la producción y consumo de signos. Por ello, la separación de la realidad de su representación simbólica es cada vez más difusa, debido a la gran penetración de los Media en la vida cotidiana de las personas.

Los Medios en la actualidad, poseen una capacidad suficiente como para abarcar y capturar por completo la experiencia vital de las personas, en donde *las apariencias se convierten en la misma experiencia*, de acuerdo con Castells (*Ibid.*).

Esto también es cierto para los propios periodistas, independientemente de la imagen ideal que de sí misma tiene esta profesión. Lo cierto es que los dietarios o agendas de los profesionales, prefiguran y adelantan lo que ellos esperan que sean los hechos más destacados, según su representación del mundo y de la realidad social.

La prefabricación de lo *noticiable* en base a categorías previas del profesional, requerimientos técnicos del Medio y el contenido de otros *Media*, es lo que sin duda reflejan los estudios de *newsmaking*.

La consecuencia de ello, supone la reproducción formal y de contenido de aquellos "tópicos", mentalidades o teorías comunes existentes en una determinada sociedad y que se ven amplificados y difundidos a través de los Medios.

Este hecho, no implica necesariamente, una homogeneidad de la información, sino una reelaboración social rica en matices y constante de dichas mentalidades en un proceso de construcción del discurso colectivo donde los Media participan de forma destacada.

La prensa cumple así, dos requerimientos específicos de nuestra investigación. Por un lado, nos informa de aquellos conceptos e ideas que se hallan vigentes en la sociedad o al menos de aquellas imágenes de los hechos sociales, que según los Medios, interesan o son compartidos por un mayor número de personas. En otra dirección, el análisis de los *Media* supone un acercamiento a la prensa, en su función de mantenimiento y reproducción del orden simbólico vigente, dándonos información sobre el sentido de por donde pueden orientarse los cambios de las representaciones sociales empleadas en la definición de fenómenos culturales, científicos o económicos.

El estudio de la prensa escrita supone además, detectar el grado de eclosión y definición de las representaciones sociales de la enfermedad mental y de su relación con los temas de actualidad, lo que nos permite aprehender su significación e importancia social. En este sentido, Moscovici (1976), en su análisis de la representación del psicoanálisis en Francia, pudo distinguir que para el surgimiento de una determinada representación debían darse tres condiciones necesarias que él identificaba con:

*Dispersión de la información sobre el objeto social*, ya que una dispersión importante de información conlleva una baja accesibilidad del conjunto de las redes sociales respecto al objeto descrito, impidiendo dotar de significado los aspectos informativos que se van destilando de forma muchas veces inconexa al cuerpo social. En estos casos hay información pero todavía no hay representación social.

Un segundo aspecto que se evidencia a partir del análisis de los Medios es, *el desigual interés de los individuos o grupos* respecto al objeto social, así, respecto a los artículos que hacen referencia a la problemática de orden público o judicial relacionados con la enfermedad mental, es muy diferente el interés de la población sana, de aquel que pueden manifestar los familiares o los propios enfermos. Una información así representada, no nos informa exactamente sobre lo que comparten o no colectivos sociales respecto a la enfermedad mental, e incluso la proximidad a la misma genera representaciones e interés diferentes ante un mismo hecho social.

La tercera condición enunciada por Moscovici es la denominada, *presión a la inferencia*. Los seres humanos sentimos una necesidad de estar informados ante todo lo nuevo, extraño o amenazante a fin de tomar postura, adoptar una posición que nos permita interactuar con nuestros semejantes, o enfrentarnos al problema a través de la información que somos capaces de recopilar. De hecho, después de recibir una información y aun sin tener tiempo de analizarla, siendo su contenido parcial o insuficiente, muchos lectores de prensa o espectadores de televisión, deciden no sobre el hecho en sí, sino sobre *con quien estar*, a qué grupo social o ideológico pertenecen o simpatizan en relación al problema social planteado. Nos identificamos y al hacerlo, optamos por una determinada posición social, por una construcción léxica del problema e incluso por una reafirmación o no de algunos aspectos de nuestra identidad social.

Por todo ello, la presencia y persistencia de la enfermedad mental en la prensa escrita nos proporciona una información valiosa sobre las tres características descritas por Moscovici, puesto que supone un registro mucho más variado, capaz de reflejar la multiplicidad de agentes sociales implicados en la misma y las categorías en las que se expresan las representaciones de la enfermedad mental, en un formato más accesible a la contrastación y al análisis. Con una estructura informativa, en la que el contenido y características del tema periodístico no resultan tan influidas por las características efímeras del mensaje televisivo.

Nuestro estudio se centra en el análisis de contenido de algunos Medios de comunicación escrita, que según los criterios de la investigación, son representativos de determinados posicionamientos ideológicos y diferente amplitud en su tirada e influencia. Sin embargo, los objetivos de la investigación partiendo del análisis de la prensa escrita, no pueden pretender describir todas las representaciones sociales de la enfermedad mental existentes en la sociedad, sino solo aquellas contenidas en los Medios analizados. Las entrevistas con familiares, profesionales o enfermos

pertenecen a la esfera del esfuerzo que las Instituciones y otros investigadores sean capaces de sostener e impulsar.

Sin embargo, el contenido y formato de los artículos periodísticos nos proporcionan elementos veraces de referencia sobre las actitudes, opiniones, valoraciones y modelos de explicación de la enfermedad mental que expresados socialmente, son reflejados de un modo específico y significativo por la prensa escrita. Para Moscovici (1976), el contenido de los mensajes esta determinado por tres sistemas de comunicación:

*La difusión* que implica que la fuente no tiene una direccionalidad en cuanto a reproducir, convencer o reforzar un determinado contenido, su objetivo en este caso, es difundir a un mayor número de personas los contenidos del mensaje.

Aquí, el Medio es en sí mismo un receptor de información, un mediador que difunde sin tomar partido por lo difundido, más allá de la conveniencia del conocimiento emitido a la población. El mismo periodista refleja sin ambages en un mismo artículo afirmaciones opuestas o la misma publicación presenta informaciones diferenciadas.

La difusión es hoy el modo más extendido de información y provoca aparentemente, una imagen de homogeneidad e imparcialidad en los mensajes. Las opiniones y ocasionalmente las actitudes, se ven influenciadas por este tipo de información.

Para Moscovici *la propagación* representa una mayor presencia de intencionalidad manifiesta en la direccionalidad de la información a fin de integrar la información novedosa con la ya existente en determinados grupos sociales. De este modo, lo discordante se armoniza con las categorías preexistentes a fin de evitar discrepancias en el grupo social. Las actitudes y las Representaciones Sociales de un hecho determinado pueden verse influenciadas por este tipo de información.

La persistencia de mensajes *propagandísticos* nos informaría de la existencia de conflictos entre grupos sociales respecto al hecho planteado, en la propaganda se intenta subvertir el razonamiento y la ética de otros grupos sociales o individuos, al mismo tiempo que se reafirma la propia visión de la realidad. La diferenciación social es en última instancia, el objetivo de la propaganda y el estereotipo y el etiquetaje social, el modo de actuación preferente en este tipo de comunicación. La propaganda, que no debe confundirse con lo panfletario o la publicidad, intentan influir en mayor medida que el resto, en las Representaciones Sociales y sobre todo en las ideologías (Rouquette, 1986).

*La difusión, propagación y propaganda* se definen, no sólo por su contenido, sino también y fundamentalmente, en su relación con el objeto representado y los grupos sociales implicados.

Así, el humor de los titulares, la negrilla, las fuentes consultadas, o las conclusiones explícitas o no, pueden obedecer a un esquema de difusión



o propagandístico sin que podamos apreciar su sentido a excepción de sus intenciones y objetivos respecto a un hecho o grupo social. Son por tanto, más que características del texto, procesos de comunicación social que nos informan del posicionamiento de los Media sobre un hecho o grupo social.

La propaganda y la propagación han sido identificadas como las formas de comunicación cuyos objetivos se dirigen a influenciar las Representaciones Sociales (Rouquette, 1997; Moscovici, 1976).

En la medida en que la presencia de la enfermedad mental se exprese a través del fuerte posicionamiento de los grupos sociales, sea representada a partir de estereotipos o figuras metafóricas o por el contrario sea objeto de opiniones y actitudes heterogéneas e indiferenciadas, podremos describir el grado en que dicho fenómeno es parte de una Representación y cual es la posición de los Medios respecto a este hecho social.

Sin embargo, lo que nos atrae en mayor medida, es la posible existencia del etiquetaje social como producto de la diferenciación a partir de mensajes esquemáticos, generalizadores o propagandísticos. Es en este sentido donde podemos identificar cómo la sociedad se vétebra en grupos reflexivos, cuales son los mecanismos psicosociales que originan dicha diferenciación y si las representaciones sociales son un elemento clave, no sólo en este proceso, sino también en su traslado a normas de comportamiento y actitudes sociales hacia la enfermedad mental.

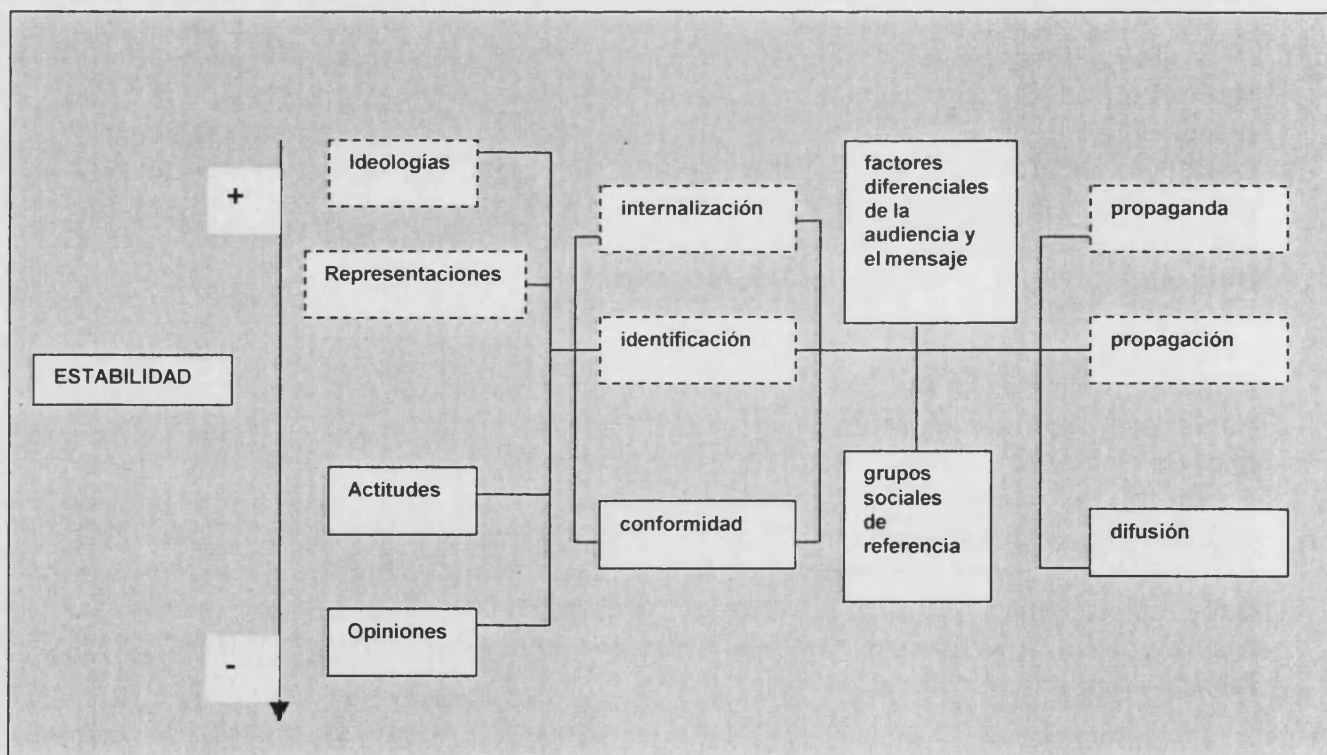


FIG 4. Elaboración propia. Modelo Integral de relación entre Comunicación y Representaciones Sociales.

Por las investigaciones citadas hasta aquí, sabemos que los grupos sociales no tienen una visión definida sobre la enfermedad mental, esto podría hacernos pensar que este tema se encuentra todavía en fase de “dispersión”, donde no existe una direccionalidad clara respecto a la interpretación social del hecho.

Pero esto, a nuestro juicio, supone una visión evolutiva de los mecanismos citados por Moscovici pero ahistórica de las representaciones, ya que estas, se modifican y cambian sin que desde este punto de vista sea posible deslindar dónde reside la emergencia de una nueva representación y dónde el cambio incipiente de una ya existente.

Paro nosotros, la existencia o no de los procesos sociales identificados por Moscovici no es la cuestión esencial (es difícil no encontrar un objeto social que no esté sujeto a estas características), sino que más bien, nuestro objeto de interés es el *grado* con que la *dispersión*, *heterogeneidad de intereses* y *presión a la inferencia*, se encuentran reflejados en un determinado fenómeno social. Lo que a efectos teóricos, supone una inversión de los argumentos de Moscovici, ya que este grado de dispersión, heterogeneidad de intereses y presión a la inferencia, sólo puede constatarse a partir de la presencia de la representación, como consecuentes de la misma y no solo como sus precedentes sociales. Desde este punto de vista las tres características citadas por Moscovici, no son condicionantes de la existencia de una Representación, sino más bien características definitorias de la misma.

Así, en la Representación Social de la enfermedad mental, podremos observar el grado de dispersión de su campo de representación o la heterogeneidad de intereses, por el grado de presencia de individuos y colectivos con puntos de vista diferentes, y la presión a la inferencia por el grado y frecuencia en que dicho tema aparece en la prensa escrita, lo que nos dará un *perfil bajo o alto de la presencia social* de las Representaciones analizadas, dentro de un contexto dinámico y cambiante de las mismas, lejos de esquematismos artificiosos.

Por otro lado, los procesos de difusión, propagación y propaganda, detectados por Moscovici, recrean las condiciones que imperaban en 1961, fecha de su investigación y cruzada de una fuerte presencia social de agentes ideológicos en una sociedad convulsa. Sin embargo, los análisis actuales de las representaciones sociales, se inscriben mayoritariamente en el proceso de difusión (Madrigal, 2000). Lo que equivaldría a pensar según el esquema de Moscovici, que la influencia de la prensa escrita se centra mayoritariamente sobre las opiniones, excluyendo a estos artículos de difusión, no solo de ser un vehículo de propagación de las actitudes, representaciones e ideologías, sino presuponiendo su nulo efecto sobre las mismas y situando su influencia en el nivel más superficial e inestable del proceso de información, las opiniones (Fig. 4).

Si los artículos que aparecen en prensa, sólo reflejan y afectan las *opiniones*, por su carácter “difusivo”, ¿Es coherente hablar de la presencia y repercusión de las *representaciones sociales* en la prensa escrita?

Contestar a esta cuestión pasa por la enumeración de algunos hechos evidentes, consistentes en :

-Pérdida de la importancia social de las ideologías y de los mensajes ideológicos.

-Adopción general del proceso de difusión en la prensa escrita actual.

-Influencia de los Medios constatable, no en su función propagandística, de difusión o propagación, sino en su grado de adhesión a las características de modelos de la información como el de la *Agenda Setting* o similares, que inciden sobre el papel de los Medios y la construcción social del mensaje.

(Fig. 5).

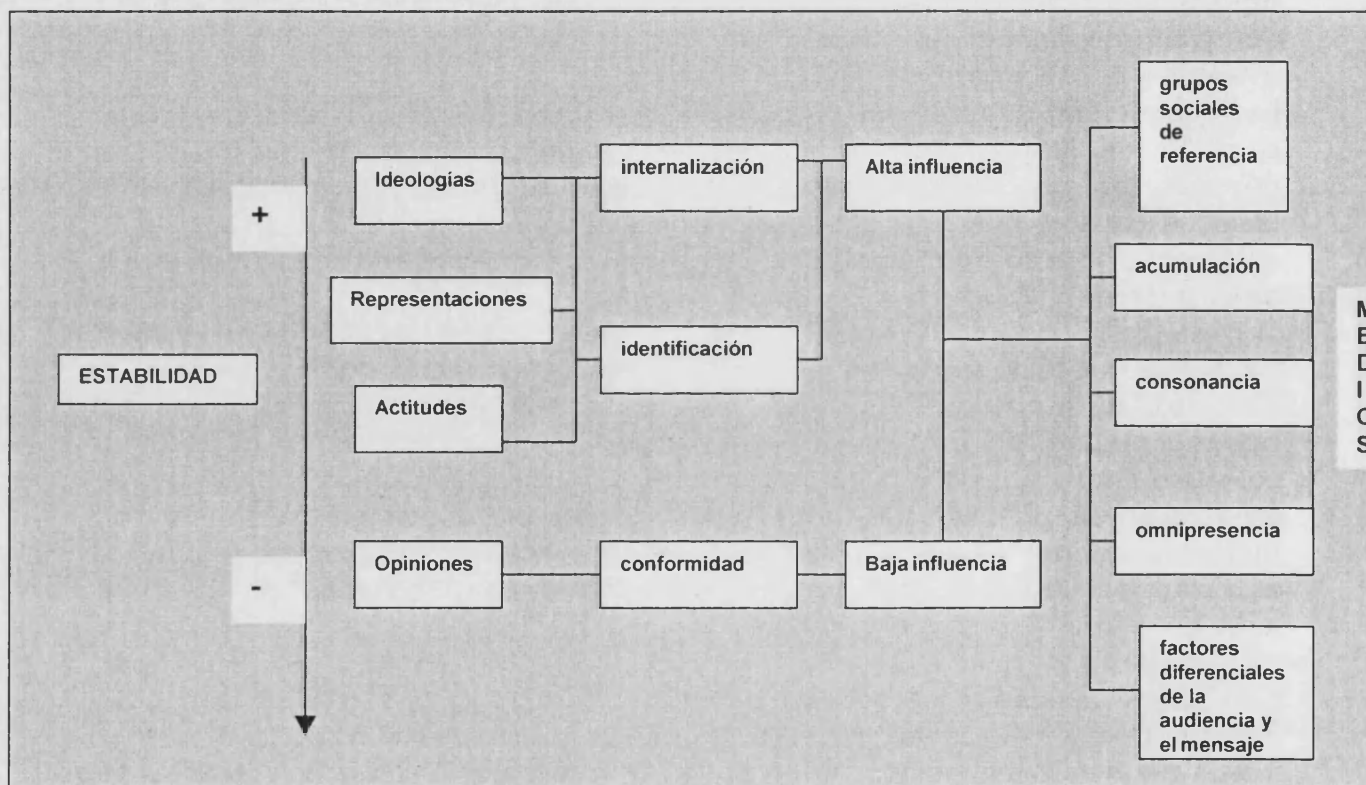


FIG 5. Elaboración propia. Modelo Integral de influencia entre Comunicación y Representaciones Sociales.

Por estas razones, la investigación no se centra en el carácter propagandístico o de difusión de los Medios analizados, puesto que nuestro supuesto de partida al respecto, es que en su conjunto, la prensa analizada se situará sin diferencias reseñables en el modelo de “difusión”, lo que no supone como ya hemos dicho, que esta posición signifique limitar la influencia de los periódicos analizados al nivel de las opiniones. Influencia que en nuestro caso y en la actualidad, encontramos relacionada en mayor

medida con las características de la agenda informativa (*acumulación, consonancia y omnipresencia*), que con el perfil de los procesos descritos por Moscovici.

El análisis de contenido de la prensa escrita nos informará por tanto de:

-Las actitudes sociales, entendidas como elemento de la Representación Social, más que como valoración de los lectores frente a la enfermedad mental. Esto es así, en cuanto que no podemos suponer que la compra de un determinado periódico, sea indicativo de la existencia de un grupo reflexivo por su afinidad a una determinada línea editorial. Y aunque este supuesto es plausible, no se sostiene si deducimos de ello, la existencia de una comunidad de intereses y opiniones ante la enfermedad mental del grupo lector de ese determinado periódico, ante los trastornos psíquicos.

Por esta razón, la información actitudinal se deduce del análisis del conjunto de la muestra y de la valoración persistente, positiva o negativa, que la opinión expresada en los artículos contengan. La existencia y variedad de diferentes valoraciones contrapuestas o disonantes, nos informarán de su pertenencia a un fenómeno social, las representaciones sociales, y no al posicionamiento puntual e individual, de lectores o periodistas (Moliner y Tafani, 1997).

-La información de las representaciones sociales de la enfermedad mental, ya que la misma puede ser descrita a partir de la presencia de los grupos sociales, paradigmas científicos y elementos representacionales contenidos en la prensa escrita.

-Su campo de representación, analizado a partir de sus conceptos y categorías, así como la estructuración de los mismos.

-Las características de la prensa escrita como agente y parte activa de "el clima de opinión" de las redes sociales respecto a la enfermedad mental, entendido este, como marco de referencia que predispone a los sujetos a posicionarse individualmente respecto a un tema dado (Noelle-Neuman, 1978; Lazarsfeld, Berelson, Gaudet, 1944).

De manera que el análisis de la misma, no se realiza exclusivamente como agente amplificador o especular de las representaciones sociales, sino como agente activo de las mismas, en un modelo transaccional y constructorista de las interacciones sociales (Gerbner *et al*, 1982).



## PROCESO DE INVESTIGACIÓN

### CAPÍTULO CUARTO: Planteamiento de la investigación

---

#### 4.1 Introducción

El siglo XX podría llamarse con cierto rigor *la era de las utopías negativas*, en él han abundado relatos de literatura anticipatoria donde ha predominado la presencia de un mundo caracterizado por un poder omnímodo y dictatorial, desaparición de las diferencias entre la esfera privada y la pública, Medios de Comunicación controlados y homogéneos en su discurso, desaparición de la cultura escrita y modificación de las normas sociales a partir de los adelantos de la ciencia y la técnica.

Invariablemente, relatos como *1984* o *Un Mundo Feliz* que como colofón a lo anterior, describían una sociedad perfecta que incluía algún medio de exterminio masivo o exclusión social de los diferentes, han iniciado su decadencia y ruptura a partir de la toma de conciencia de algún héroe anónimo y de su acción individual.

Pero en todos estos relatos, el verdadero detonante del cambio ha sido el descubrimiento por parte de los personajes, de la relación social, de la interacción emocional entre seres humanos, del descubrimiento de redes primarias de comunicación, frente a la falsa comunicación interpersonal producida por la tecnología.

Ya hemos visto como factores culturales e históricos como los descritos, están influyendo en el análisis de diversos investigadores en la dirección de explicar los cambios sociales a partir de los cambios tecnológicos en los Medios, con consecuencias casi siempre negativas.

En nuestra investigación, los Medios adoptan también, una dirección inversa, ya que pensamos que son los cambios sociales los que pueden explicar adecuadamente el contenido de los mismos, dentro de una influencia recíproca. Son por tanto, indicadores de la realidad social y nos orientan sobre la existencia de diferentes grupos sociales y de sus representaciones en la interacción entre sujeto, forma colectiva de saber y práctica social (Bueno Abad, 1997). Pensamos también, que el análisis de los Medios fracasa cuando se pretende realizar exclusivamente desde los propios Medios, ya que son los grupos sociales los agentes que determinan y modulan la realidad social. El análisis de esa dinámica grupal, está intrínsecamente ligada a la importancia de los Media, como elementos fundamentales de los procesos actuales de sociabilidad y representación social.

Por otro lado, el estudio de los Medios como objeto social, se relaciona con el análisis de las representaciones sociales. La fuerza de las ideologías y

de las representaciones sociales como sistemas de creencias se nos muestran con toda crudeza con sólo buscar sus consecuencias.

Así, durante el régimen nacional socialista, la medicina científica retrocedió hasta casi desaparecer en aras al curanderismo y los procedimientos druidicos, como producto de la ideología y el programa político de restaurar los valores de la raza aria.

La representación social de la salud corrió pareja a estos hechos, el propio Hitler, sostenía la creencia en la eficacia de las gachas y el agua mineral para conservar su estado físico. La sangre, como principio vital terapéutico y regenerador se puso de moda hasta en los matrimonios, gran parte de los cuales se realizaron bajo el rito nórdico de la mezcla de sangre.

La representación social de la enfermedad mental no se presenta de esta forma en nuestro tiempo, pero las conductas respecto a los enfermos mentales, como ya hemos mencionado, genera etiquetajes y categorías sociales que son compartidas incluso por los propios enfermos y que en muchas ocasiones, les impiden adoptar conductas de salud.

Por último, la ciencia se ha constituido en la explicación paradigmática del mundo y la realidad, al menos en nuestro entorno cultural. Incluso asumiendo en parte, el papel moral que había tenido la religión.

En este contexto, la psiquiatría y la psicología se han destacado por su utilidad en generar clasificaciones nosológicas y al hacerlo, han formulado las bases para la comprensión y la categorización social de personas y no sólo de enfermedades. Por lo que esta investigación considera a la ciencia, como uno de los núcleos de la representación social de la enfermedad, y la existencia de modelos científicos, como determinantes en dicha representación.

Sin embargo, nuestro interés no se centra en patentizar una pretendida crítica antipsiquiátrica, sino en demostrar que la importancia de estos modelos se encuentra contenida en las actuales representaciones sociales de la enfermedad mental y que su vigencia está determinada no solo por ser compartida por los profesionales, sino por el hecho de que los grupos sociales *todavía no tienen otros paradigmas consolidados y alternativos* en su repertorio de conductas.

La Reforma Psiquiátrica iniciada en 1985, se transformó desde ese momento por sus objetivos, en un objeto social capaz de redefinir al enfermo mental, los trastornos y su curso, el papel de los profesionales, un posible cambio de paradigma científico y como consecuencia de ello, variar la actitud y conducta de la sociedad hacia los enfermos mentales. Consecuentemente, nos encontramos ante un cambio social de suma importancia, un hecho que determinará en su desarrollo, lo que es bueno para investigar, lo que es bueno para pensar sobre la enfermedad mental, para actuar respecto a los enfermos mentales, en definitiva, *lo bueno para la integración o la exclusión social.*

## 4.2 Objetivos de la investigación

La concreción de los postulados teóricos en que se funda esta investigación, se plasma en el análisis de las Representaciones Sociales de la Enfermedad Mental en la prensa escrita de nuestro país, a través de la exploración de los contenidos de cuatro periódicos, dos de ellos de tirada nacional y los dos restantes de tirada autonómica, adscritos a diferentes posicionamientos ideológicos. La investigación se centra en dos niveles de trabajo que aúna en unos mismos objetivos, tanto el análisis cuantitativo como cualitativo de la información recopilada.

Se trata por tanto, de un estudio correlacional y descriptivo que por su metodología y objetivos no pretende inferencias causales ni generalizaciones de predictibilidad más allá de la muestra elegida, estando orientado hacia los objetivos descritos en las tablas 12 y 13.

El análisis cuantitativo, pretende ser exhaustivo en cuanto a la objetivación de categorías, campo semántico, presencia e identificación de la imagen de la enfermedad y del enfermo mental, representados en los Medios. Para lo que se ha realizado una descripción cuantitativa de las categorías que identifican la etiología, curso, terapia, consecuencias sociales y legales, así como el rol del enfermo ante las diferentes dolencias, incluyendo al efecto, un análisis descriptivo de los titulares y *LID* de las noticias analizadas.

En el análisis cualitativo y a partir del trabajo anterior, descendemos con más detalle a las valoraciones, creencias y conceptos definitorios de la enfermedad mental, a través de la investigación de artículos prototípicos de la problemática social, científica, médica, legal y familiar ocasionada por la enfermedad mental, en coherencia y complementariedad al análisis cuantitativo previo.

### Objetivos Generales

- Describir las representaciones sociales de la enfermedad mental a partir de su presencia en cuatro Medios de prensa escrita españoles.
- Analizar las diferencias y similitudes entre los periódicos de tirada autonómica y nacional, así como por su posicionamiento ideológico.
- Describir los elementos que conforman el campo de representación de la enfermedad mental en los Medios seleccionados.
- Analizar la evolución de los modelos de intervención y los cambios producidos a través de la información social transmitida por los Medios de Comunicación.

Tabla 12. Objetivos Generales de la investigación



### **Objetivos Específicos**

- Identificar los temas que se asocian a las representaciones sociales de la enfermedad mental.
- Identificar los temas que se asocian a las representaciones sociales del enfermo mental.
- Identificar los grupos sociales de mayor presencia en la generación de noticias.
- Describir las prácticas sociales respecto a la enfermedad mental de los sujetos sociales que aparecen en las noticias.
- Descripción del tratamiento periodístico y sus posibles diferencias.
- Descripción de la presencia institucional en los temas periodísticos.
- Análisis de modelos emergentes en la comprensión y tratamiento de la enfermedad mental.
- Análisis de las nuevas demandas sociales.
- Descripción de valoraciones, conductas y roles respecto a los trastornos mentales.

Tabla 13. Objetivos Específicos de la investigación

#### **4.3 Hipótesis de la investigación**

Si el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica está teniendo efectos sobre las Representaciones Sociales de la Enfermedad Mental, dichos cambios deben reflejarse en los Medios de Comunicación Social, de los cuales hemos elegido una muestra constituida por Medios de prensa escrita, que de acuerdo con los supuestos teóricos de partida, la revisión bibliográfica efectuada y los objetivos de la investigación nos sugieren que podemos esperar:

*a.- Encontrar un núcleo representacional de la enfermedad mental, común a todos los periódicos analizados.*

*b.- Esperamos que exista una presencia predominante del modelo biomédico y emergente del modelo de intervención Comunitaria, como consecuencia de la Reforma Psiquiátrica.*

c.-De la hipótesis anterior, se deduce que junto a un núcleo representacional estructurante, encontraremos diferencias significativas entre periódicos en aquellos conceptos y categorías definitorias de la enfermedad mental conformando una representación social en evolución, integradora o no, de ambos modelos.

d.-Encontraremos diferencias significativas en el tratamiento y mensajes de las noticias en los cuatro periódicos analizados, en función de la influencia ejercida por el carácter de la tirada de los periódicos, así como por su posicionamiento ideológico.

Estas hipótesis nos llevan a formular algunos supuestos específicos que se derivan de las hipótesis generales de partida, a saber:

*-Las Representaciones sociales que encontraremos, se comportarán de modo relativamente independiente al posicionamiento ideológico de la prensa escrita analizada.*

*-Las diferencias expresarán la presencia emergente de grupos sociales, profesionales e Instituciones con nuevas necesidades y discursos sociales.*

*-Los periódicos analizados, con relación a esa representación en desarrollo de la enfermedad mental, no mantendrán discursos totalmente homogéneos sobre la imagen de la enfermedad y los enfermos mentales.*

*-Las características propias de cada periódico diferenciarán y modificarán el mensaje.*

#### **4.4 Metodología y proceso de la investigación**

##### **4.4.1-Justificación metodológica**

La investigación propuesta implica la aprehensión de los mecanismos de comunicación social, tanto en sus características formales como en sus contenidos, de modo que el contenido manifiesto que se desprende de la misma, debe ser completado con el análisis del contenido latente de la única forma posible, esto es, el estudio de los significados desde su contexto social y su continuidad temporal y temática.

Se entiende el tejido social, como diferentes ecosistemas ambientales, explorándose por tanto los niveles propios del yo, el entorno familiar, las redes de asistencia sanitaria y las representaciones sociales del macrosistema social.

La metodología cualitativa en este estudio resulta fundamental, ya que se adapta a dichos postulados, al mismo tiempo que entraña un proceso dinámico que se ajusta a las necesidades del objeto de la investigación.

Por otro lado, nuestro análisis no presupone la descripción de una enfermedad institucionalizada y sus repercusiones sociales, sino el estudio de ese telón de fondo social constreñido a aceptar la rehabilitación del enfermo mental crónico como modelo de actividad normativa. Se trata por tanto de investigar no ya la exclusión, sino las representaciones sociales de la *integración en la cotidianeidad* de los fenómenos considerados como anormales, no desde una dinámica de causa y efecto, sino como análisis de un proceso social que pretendemos describir en sus características esenciales.

Este proceso como es lógico, se da en una realidad cambiante y en construcción, donde los métodos cuantitativos ajustados a un proceso en el que las etapas desarrolladas se apoyan en la anterior dentro de un ambiente controlado, no representan la mejor opción en esta investigación, que no busca efectos en sí, sino que desde un punto de vista holístico, analiza la aprehensión de personas y grupos, significantes y significados, como un todo dialéctico, respecto a la enfermedad y al enfermo mental.

En este proceso seguiremos propuestas, como las de Ibáñez García T.(1989) o Moscovici, S y Farr,. (1984), sobre la relevancia del lenguaje expresado por los actores sociales con relación a su contexto social.

Por otro lado, el estudio de las representaciones sociales implica un análisis constructivista de la realidad, en el que los sujetos no transmiten el hecho en sí, sino su interpretación del mismo, versión que a su vez es traducida por el investigador e interpretada con la metodología apropiada al método científico, tal y como aparece en Oriol Rojas J (1998), que aboga por la adecuación entre el objeto de estudio y el método que lo analiza, tanto en su tratamiento semántico como en las características dinámicas de ambos.

Por ello, esta investigación utiliza para su desarrollo, un método de análisis cuantitativo a través de la utilización de la técnica del análisis factorial de correspondencias simples, a fin de identificar las diferencias significativas entre los diferentes periódicos seleccionados. Esta técnica, ha sido utilizada con éxito en numerosos estudios dentro del campo de investigación de las representaciones sociales, gozando por ello de la fiabilidad y validez necesaria (Martínez y García, 1992; Bueno Abad, 1996.b).

Previamente a la utilización de esta técnica factorial, se ha empleado el estadístico  $\chi^2$  para determinar la posible existencia de diferencias significativas entre las variables analizadas. Ello nos ha permitido determinar la existencia o no de diferencias en las categorías utilizadas.

La cuantificación de los datos observados se ha realizado a partir de un conteo de frecuencias para aquellos datos de carácter descriptivo y la elección de un conjunto de categorías definitorias de la enfermedad mental contenidas en la prensa escrita.

Se ha partido de un trabajo previo de rastreo bibliográfico y documental, a la vez que se ha usado el método interjueces para determinar las categorías realmente definitorias de la enfermedad mental, resolver interpretaciones discrepantes y determinar la selección final de noticias en el análisis cualitativo.

En lo que respecta a este análisis cualitativo, se ha utilizado la técnica del análisis de contenido a partir, como ya se ha mencionado, de la valoración interjueces, a la que se le ha añadido los criterios y conclusiones derivados del análisis cuantitativo inicial.

La importancia del análisis de contenido ha sido puesta de manifiesto en múltiples estudios, convirtiéndose casi con exclusividad en la forma de determinar la influencia de los medios de comunicación de masas sobre la conducta humana (Clemente, 1992).

Para la selección de las unidades de registro y de contexto, donde se recogen las características físicas de los artículos detectados se ha utilizado el *Cuestionario de Ítems para el Análisis de la Prensa Escrita* (Bueno Abad, 1996.b), ya validado por el análisis de prensa en anteriores investigaciones y diseñado de modo específico a este fin, tal y como se recoge en los anexos de esta investigación.

#### 4.4.2 Análisis cualitativo vs. cuantitativo

Esta investigación, como tantas otras que en este momento se realizan, se sitúa en la intersección de diferentes encrucijadas. Entre la psicología social y la clínica, entre la teoría científica y la práctica profesional, entre lo individual y lo grupal, a medio camino entre la psicología y el constructivismo social, entre el análisis sociológico y la psicología social, tomando desde la ciencia, a la ciencia misma como objeto social de estudio, analizando la enfermedad mental como concepto en transición y desarrollándose por último, a caballo entre siglos diferentes. Y lo hace desde una metodología que reúne el enfoque cualitativo y cuantitativo en unos mismos objetivos de investigación.

Aunque estas consideraciones caractericen el contexto del análisis, no suponen otra consecuencia que la asunción de las aportaciones de diferentes campos teóricos en la búsqueda de la mayor aproximación a la realidad social objeto de estudio.

Los supuestos teóricos y la metodología utilizada devienen del marco de la Psicología Social y su preocupación no es otra, que la descripción de las mutuas influencias entre una enorme variedad de hechos de carácter psicológico y social, alrededor de la ciencia y la enfermedad mental. La complejidad de la tarea no se resume en posicionarse equilibradamente entre diferentes corrientes teóricas, sino en la asunción de que al hacerlo, se construye algo nuevo, donde la metodología adecuada se *construye* en razón de las necesidades de la investigación (Lewin, 1939; Gergen, 1989).

La superación de la vieja antinomia entre cuantitativismo/cualitativismo, supone un elemento necesario para la psicología social. Conflicto que por otro lado, sólo tiene vigencia desde la perspectiva de la evolución histórica de la metodología en ciencias sociales. ¿Se expresan los números por sí mismos?, ¿Puede la palabra explicar una realidad social abstracta, sin la cuantificación como complemento?

Pero quizás, un planteamiento concreto del problema nos conduzca a las claves de esta vieja polémica, que en esencia, no son otras que las referidas a la causación frente a la descripción, el enfoque experimentalista frente al correlacional, que resumen el problema de la validez externa e interna de la investigación científica.

Los problemas de la metodología experimental, se centran en la validez externa de sus conclusiones como consecuencia de la generalización de situaciones artificiosas de laboratorio, a la vida social o a la inversa, la recreación de relaciones sociales en el laboratorio que aún siendo consustancial a la situación experimental, provoca el cambio de sentido de las conductas sociales en este contexto. Y precisamente por ello, las críticas más exhaustivas se han dirigido no hacia su punto más débil, la validez de la generalización de sus resultados, sino hacia su fundamentación esencial, la validez interna.

En este contexto, los problemas provienen precisamente del control de las variables llamadas "contaminadoras", bajo las que en ocasiones, se esconden auténticos efectos psicosociales que están presentes en la situación experimental. Por otro lado, el efecto del experimentador, o el efecto de la demanda, causado por las personas en un ambiente experimental y desconocido, en el que buscan pistas y señales que orienten su conducta; el desconocimiento de la personalidad y variables de la estructura social de los participantes que en la situación experimental pueden traducirse en relaciones estereotipadas, donde las respuestas, son función de la construcción de estímulos dispuestos por el investigador, en mayor medida que por la lógica psicosocial que se pretende dilucidar (Alvira *et al*, 1979; Harré y Secord, 1972), forman algunas de las cuestiones que se han planteado con mas asiduidad en el cuestionamiento de la validez experimental.

La metodología correlacional, sin embargo, se relaciona con problemas de validez interna provocado por la interacción de variables moduladoras, cuyos efectos podrían suponer una interpretación falsa sobre la causación o relación de los fenómenos sociales, a partir de la visión del propio experimentador o de los objetivos de la investigación.

La huida hacia adelante de algunos investigadores, ha llevado a la experimentación con un muy reducido número de variables, lo que ha supuesto bajos niveles de inferencia y abstracción, como recogen Sarabia (1983); o Clemente (1992), o bien la legitimación de la interpretación de un hecho social, sólo por la consideración del investigador como agente y participante social del proceso.

En nuestra investigación, asumimos las limitaciones tanto del enfoque cualitativo, como cuantitativo hacia la inferencia causal o descripción de los fenómenos sociales, ya que creemos que su complementariedad, supone un paso adelante en esta controversia. Realizando esta investigación social desde un constructivismo metodológico, donde los diferentes enfoques utilizados obedecen a aspectos concretos de la investigación, a objetivos diferentes y a fases, que aún separadas en el tiempo, responden complementariamente al objeto de explicar y describir las Representaciones Sociales como proceso inherente a la interacción social. Donde el investigador, asume su responsabilidad como agente no neutral que construye conocimiento, como menciona Stake, 1995 (Rodríguez Gómez, 1996), dando unidad a la investigación, sin que ello suponga una renuncia a los postulados de objetividad y validez respecto a los objetivos marcados en la investigación.

#### **4.5 -Diseño de la investigación**

El diseño de la investigación responde a los objetivos y tareas que se deducen de las hipótesis de partida. Por ello, vamos a describir en este apartado las diferentes fases en que se ha desarrollado el trabajo de investigación y que incluye una fase *exploratoria*, que nos ayuda a definir el marco conceptual y el campo de estudio, una fase siguiente, de carácter *descriptivo*, donde se concretan las categorías y supuestos detectados en la etapa anterior. Una fase *analítica* dividida en dos espacios complementarios, como son el análisis cuantitativo y cualitativo de la muestra. Y por ultimo, una fase *sintética* donde se da una discusión de las hipótesis de partida.

##### A) FASE EXPLORATORIA

###### I) Marco conceptual y acercamiento al campo de investigación

El empleo de los métodos descritos y las técnicas que de ellos se derivan, se han establecido a partir de un proceso desarrollado con las siguientes fases y actividades:

- *Estudio y actualización bibliográfica de la enfermedad mental, sus variables sociales, importancia, nosología y terapia, durante todo el proceso de investigación.*
- *Estudio y actualización bibliográfica de las Representaciones Sociales, precedentes teóricos e investigaciones realizadas, durante todo el proceso de investigación.*
- *Estudio y actualización bibliográfica de la influencia de los Medios de Comunicación sobre la población, durante todo la investigación.*

- *Análisis exploratorio del tratamiento de la prensa escrita en enfermedad mental, 3 meses.*
- *Delimitación del marco conceptual y metodológico de la investigación, 2 meses.*

## B) FASE DESCRIPTIVA

### II) Diseño conceptual, recogida de la muestra

- *Formulación de objetivos e hipótesis de trabajo.*
- *Elección de la muestra de prensa escrita, período e instrumentos de análisis, 1 mes.*
- *Elección de jueces para el análisis de los artículos y categorías seleccionadas.*
- *Elección de categorías definitorias y formación de encuestadores en el tema e instrumento a utilizar, 3 meses.*

## C) FASE ANALÍTICA

### III) Seguimiento del muestreo y Proceso Cuantitativo

- *Recogida y recopilación de los contenidos informativos, 12 meses.*
- *Análisis interjueces sobre exclusión/inclusión de artículos seleccionados, 6 meses.*
- *Elaboración de los parámetros descriptivos, gráficos y figuras, 3 meses.*
- *Elaboración del Análisis Factorial de Correspondencias, 3 meses.*
- *Análisis de los datos cuantitativos, 1 mes.*

### IV) Proceso Cualitativo

- *Segunda recogida y recopilación de los contenidos informativos de la muestra para su análisis cualitativo, 6 meses.*
- *Aplicación del análisis cualitativo, 3 meses.*
- *Interpretación de categorías, 1 mes.*

## D) FASE SINTÉTICA

### V) Análisis de los datos y formulación de conclusiones

- *Interpretación global de los datos de ambas fases, 5 meses.*
- *Elaboración de conclusiones, 2 mes.*

#### **4.6- Características de la muestra, del análisis y de la recogida de Información.**

La muestra está formada por cuatro periódicos que clásicamente han defendido su orientación política e ideológica de manera muy señalada, entre el polo conservador (ABC, Las Provincias) y el progresista (El País, Levante), cruzando dicha variable con su ámbito de influencia autonómico o nacional.

Se trata por tanto de una muestra no aleatoria, sino opinática, ya que responde a criterios prefijados por el investigador en relación con los objetivos de la investigación.

Se ha optado por que la muestra incluya todos los ejemplares de dichos periódicos durante los años 1997 y 1998, al efecto de que el espacio temporal elegido sea representativo de la línea editorial de los periódicos, así como de la continuidad de las categorías analizadas.

La recogida de información, ha significado una ardua tarea de coordinación y seguimiento, que excede al trabajo de un solo individuo para convertirse de hecho, en un compromiso efectivo de la línea de investigación de Psicología Comunitaria, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Valencia y la confirmación de la eficacia del *Cuestionario de Ítems para el Análisis de la Prensa Escrita* (Bueno Abad, 1996.b). Durante doce meses, los investigadores que realizaban el seguimiento de cada uno de los 2920 ejemplares de la muestra, han recorrido las hemerotecas de la ciudad, manteniendo constantes y asiduas reuniones de control y orientación, donde estos investigadores y estudiantes, se han convertido en agentes activos y participantes insustituibles de esta investigación. Este seguimiento de prensa ha supuesto registrar, año de la noticia, mes, día, página, ubicación, número de líneas y número de columnas para cada uno de los artículos de la muestra y las mismas operaciones para el soporte gráfico. El registro del lid o titular de la noticia, el periodista o agencia que la originó, así como una fotocopia de la misma, para la realización del posterior análisis cualitativo, y esto para cada una de las 1297 noticias analizadas.

El posible error muestral de este proceso, se ha controlado a partir de la existencia de una muestra grande, así como por el control de variables contaminadoras como:

-El posible desinterés por parte de los investigadores que han recogido las noticias.



-Sobreestimación de información no relevante e infravaloración de información relevante.

-Sesgos ideológicos en la recogida de información.

-Simplificación de la recogida de información por falta de tiempo o motivación.

El control ejercido sobre estas variables se ha obtenido a través de la asignación aleatoria de periódico, mes e investigador, a partir de la selección de 24 investigadores de un grupo de voluntarios inicial y la división en 12 meses por cada periódico elegido. Por tanto, cada investigador ha sido asignado al azar, tanto al seguimiento de cuatro meses, como de un determinado periódico.

El rastreo de noticias, se ha realizado a lo largo de 12 meses estando precedida por la celebración de cuatro sesiones de dos horas de duración, en las que se ha incidido sobre el análisis cuantitativo de las noticias, criterios en la recogida de información y definición y características de la enfermedad mental, así como el uso adecuado del Cuestionario de Análisis. Los investigadores seleccionados, debían reunir el perfil mínimo de estudiantes de Trabajo Social.

Las categorías seleccionadas para la búsqueda de artículos, se realizaron de acuerdo con una valoración interjueces, los objetivos de la investigación, la revisión bibliográfica y un preanálisis de la prensa escrita, que incluyó tanto los *lid* como una muestra inicial de la prensa elegida, este proceso tubo dos meses de duración. En la recogida de información, se pautó el registro inicial de cualquier artículo dudoso, aplicando un criterio amplio. A fin de no desechar información útil, al mismo tiempo que se posibilitaba una criba significativa en el nivel de análisis interjueces posterior.

El número total de noticias recogidas durante el proceso ha sido de 1297, rechazándose 182 noticias por su falta de conexión con la enfermedad mental, por lo que la muestra esta formada por 1115 noticias que se distribuyen según la tabla (10), y que obedecen al análisis y seguimiento de un total de 2920 periódicos. Las noticias como ya se ha referido, han sido analizadas a partir de:

Análisis de Lid y titulares de las 1115 noticias seleccionadas, que determinó la presencia de 49 conceptos definitorios de la enfermedad mental, encuadrados en esta ubicación preeminente de los artículos analizados con una frecuencia de 1197 palabras para el conjunto de la muestra.

Análisis de los textos de las 1115 noticias seleccionadas a través de un nuevo cuestionario (CATMEPES), con 52 variables y 492 categorías y que figura en el anexo de esta investigación. Basado en el CASPES (Bueno Abad, 1996.b), ha sido adaptado específicamente para el análisis de la

enfermedad mental en la prensa escrita. Dividiéndose las variables elegidas para el seguimiento de las noticias, en dos bloques diferenciados:

-Variables descriptoras de ubicación, que determinan las características de la presencia periodística de los artículos, como su extensión, columnas, líneas, gráficos, etc. (15 variables). A través de estas variables se ha podido recoger toda la información referente a día, mes, año, sección periodística y periodista o agencia que la originaba, ayudándonos con ello, a ubicar exactamente las características "físicas" de las noticias aparecidas en prensa durante el periodo de seguimiento.

-Variables descriptoras de contenido, que expresan el campo representacional de la enfermedad mental, el enfermo, profesionales y las instituciones y grupos sociales implicados en la problemática de los trastornos mentales (37 variables). En ellas hemos materializado los supuestos de Leventhal y cols. (1980, 1982 y 1984) y los hemos conjugado con una óptica ecológica del hecho social a analizar. Las causas de la enfermedad mental, los tipos que aparecen en prensa, su objetivación distintiva, la curación o el diagnóstico, son variables que definen los trastornos mentales como construcción comunicativa y social. Sus consecuencias sociales, antecedentes y consecuencias legales nos informan del contexto global en que se desarrollan. El rol del enfermo mental y sus datos sociodemográficos nos han ayudado a perfilar nitidamente la categorización del mismo y los rasgos de la persona que aparece en los Medios como enfermo psíquico. A un nivel mesosocial, la familia a sido descrita a través de tipología, composición o ingresos, así como sus reacciones más usuales ante la enfermedad mental y por ultimo, en el ámbito macrosocial, las Instituciones, los profesionales o las Asociaciones de Familiares, han sido descritas a través de la categorización de sus representantes, objetivos, declaraciones y especificidad.

-Listados nominales de periodistas, representantes de las Asociaciones, Instituciones y profesionales.

Todo ello, nos ha permitido describir la enfermedad mental como representación social, como campo de tensiones, donde diferentes agentes sociales construyen un marco perceptual de significados que es devuelto, amplificado y reconstruido por los Medios de Comunicación.

Las variables de ubicación han sido analizadas, a partir de un conteo de frecuencias y tomadas como indicativo de donde pudieran estar las diferencias. Posteriormente las pruebas de *Chi* cuadrado sobre las categorías de contenido y ubicación, han dado lugar al análisis de Correspondencias entre los cuatro periódicos escogidos, para al fin y como paso previo a la fase cuantitativa, proceder a una agrupación de segundo orden en aquellas variables significativas, al cruzar las categorías relevantes con "prensa conservadora y prensa progresista", consecuentemente a la comprobación de las hipótesis de partida.

Los análisis de Correspondencias se han realizado con el programa ANCORSIM presentado por J. M. Cornejo, 1990, y los gráficos y diagramas se han confeccionado con el programa EXCEL de Microsoft, paquete Office 2000.

#### **4.7 Aspectos metodológicos del acercamiento cuantitativo**

En la presente investigación, como ya hemos mencionado, vamos a seguir la orientación que se desprende de las investigaciones de Leventhal y cols. (1980, 1982 y 1984), que junto a los trabajos de otros investigadores como Hofstadt (1996), proponen que las imágenes que las personas se forman sobre la enfermedad, se derivan de la información recibida de sus redes sociales, de las experiencias pasadas de enfermedad y de las sensaciones y vivencias actuales. Esto provoca que los pacientes desarrollen modelos implícitos o creencias sobre los tratamientos, curso y pronóstico de la enfermedad, que sirven de guía para afrontarla, valorando la efectividad de su propia conducta y por consiguiente, la decisión de mantenerla o modificarla según dicha valoración (Hofstadt, 1996). En este contexto, nuestra investigación se centra en el análisis del campo representacional de la enfermedad mental en los Medios de comunicación (prensa), como elemento informador de esas imágenes que influyen las conductas de enfermedad y las relaciones sociales que las definen.

Las investigaciones a las que hemos hecho referencia, confirman el papel crucial de las representaciones sociales de la enfermedad como interpretaciones de sentido común, normalmente contrarias a presupuestos médicos de salud, lo que dificulta la adopción de hábitos y actitudes saludables, dado que *estas representaciones sociales, se transforman en guías para afrontar el tratamiento, la enfermedad y los problemas vitales que se derivan de ella* (Leventhal y cols. 1984).

Las investigaciones de Leventhal y cols. citadas, se concretan en la identificación de cuatro dimensiones que expresan el campo representacional de la enfermedad en general, capaces de predecir las conductas de enfermedad:

- Identidad o nombre y síntomas del trastorno.
- Razón u origen de la dolencia.
- Consecuencias de la enfermedad.
- Expectativas sobre curso y duración.

A estos cuatro grandes grupos de constantes definitorias, hay que añadirle una quinta (Hofstadt, 1996), sobre la base de los trabajos de Lau y Hartman (1983):

- La curación.

Estos cinco grandes factores han sido aplicados y desarrollados en nuestra investigación desde la especificidad de la enfermedad mental, a fin de generar categorías, agruparlas y posteriormente, realizar el análisis de correspondencias.

Leventhal y cols. (1984), completan sus investigaciones con el establecimiento de un modelo de procesamiento de la información, que describe cómo la enfermedad, es redefinida en un proceso de tres etapas que contiene:

-Una fase de representación, nutrida como hemos mencionado, por la información social y la experiencia del sujeto.

-La elaboración de técnicas de afrontamiento.

-La autoevaluación constante de todo el proceso.

El modelo explicita que las conductas de afrontamiento, son en parte, consecuencia de la representación de la enfermedad. Dicha representación y las propias conductas de afrontamiento, son reelaboradas sobre la base de la efectividad en explicar de modo satisfactorio para el sujeto, el origen, consecuencias, curso y curación del trastorno, donde el contexto social de referencia resulta crucial para la interpretación de dichas características.

De acuerdo con este planteamiento, la aplicación de los cinco conjuntos de categorías aplicadas, tanto a la fase cuantitativa como cualitativa de la investigación, nos aportarán, no sólo el contenido representacional de la enfermedad mental, sino también, las bases para comprender las conductas sociales e individuales capaces de redefinir el curso crónico de las psicosis funcionales. Desde un análisis que alcanza su pleno significado, en este cruce entre lo psicológico y lo social, entre lo cuantitativo y lo cualitativo, donde la reflexión teórica puede suponer un cambio en la praxis rehabilitadora y de integración social.

#### **4.8 Aspectos metodológicos del acercamiento cualitativo**

La fase anteriormente descrita, supone en primer lugar, un acercamiento cuantitativo sobre las frecuencias de las categorías empleadas, a la vez que se realiza un análisis estadístico de aquellas variables que han resultado con diferencias significativas.

Este análisis cuantitativo de contenido, está regido por la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa de las noticias de la prensa muestreada (Berelson, 1942).

En una fase posterior y teniendo en cuenta estos datos, realizaremos un estudio cualitativo que complementa los primeros resultados de la investigación. Con el objetivo de descubrir valores, datos y creencias que nos permitan deducir efectos sobre la audiencia, o bien, aquellos cambios de

opinión, actitudes e ideologías contenidas en las noticias de la muestra (Clemente y Santalla, 1990).

El análisis cualitativo que vamos a desarrollar, se fundamenta en una orientación estructural, donde a partir de una exploración molecular y temática, se realizan inferencias generales sobre los principios que organizan el contenido de la prensa analizada. De modo que las noticias seleccionadas de entre el total de la muestra, son interpretables según el carácter de su relación con las categorías que expresan las representaciones sociales de la enfermedad mental. Pero también con los modelos teóricos que representan. En realidad hemos actuado a través de tres criterios básicos:

- El esquema teórico inicial sobre la información pertinente al campo de representación de las enfermedades mentales.
- La representatividad de las noticias seleccionadas, como conjuntos de categorías que trascienden su contenido puntual, para ser representantes de líneas temáticas prevalentes en EM.
- El análisis cualitativo de un número representativo de noticias sobre el total de la muestra. Por lo que hemos elegido 175 noticias, (15 % de la muestra), a fin de describir adecuadamente la representación social de la enfermedad mental.

Buscamos con ello, potenciar la validez de la investigación, a fin de confirmar, matizar o desmentir los resultados obtenidos en la fase cuantitativa. Por tanto, la existencia del campo semántico encontrado, se convierte en el hilo conductor del análisis cualitativo.

La selección de las noticias para este análisis, supone una continuidad de los criterios generales empleados en la primera parte de la investigación, a la vez que son consecuencia de los mismos (Clemente Díaz, 1992), y que se resumen para esta etapa concreta de la investigación en la existencia de la:

*-Exhaustividad:* La selección cualitativa surge de todo el *corpus* de noticias inicial, sobre el que se ha realizado un análisis inicial no excluyente, de su totalidad.

*-Representatividad:* Una vez identificados los temas y categorías emergentes, las noticias seleccionadas son representativas del total de la muestra.

*-Homogeneidad:* Los criterios de elección en esta fase, corresponden a una selección precisa de aquellas noticias que se relacionan con la representación social encontrada. Esto permite la obtención de resultados globales, desechando con ello, el caso particular cuando este no añade nada más que el matiz de lo anecdótico y no representativo.

*-Pertinencia:* Por lo que los artículos seleccionados son escogidos como fuente de información respecto a los objetivos e hipótesis que han suscitado la investigación.

A estos criterios, hay que añadirle uno más que consideramos necesario e íntimamente relacionado con el análisis cualitativo, *la búsqueda de significado*. Por ello, el orden concreto en que se va a presentar las diferentes noticias recogidas en esta parte de la investigación, no obedece en sentido estricto, a una sucesión de las categorías enunciadas en la fase cuantitativa, ya que apenas existen artículos que no contengan una gran cantidad de las mismas y que por tanto, puedan ser analizados desde diferentes puntos de vista. Por el contrario, optamos por presentar las noticias desde la propia lógica del hecho que relatan, dándole continuidad y sentido a través de su coherencia cronológica y temática, buscando el sentido de la noticia, más que la mera constatación y registro de los artículos en que esta contenida, no supeditándonos rígidamente a la forma de presentación de la fase precedente de la investigación y compaginando el esquema general de Leventhal y cols. (1980, 1982 y 1984), con el análisis ecológico de tres componentes básicos: la imagen de la enfermedad, del enfermo y de las Instituciones implicadas en los trastornos mentales.

Dentro de un esquema crítico de investigación, pero sin atribuir a la comunicabilidad social, de modo axiomático, ningún tipo de racionalidad a priori, pretendemos al modo de Habermas (1973. p 180), *“Concebir en todo momento el análisis como parte del proceso social analizado, y como su posible autoconciencia crítica”*.



## **CAPÍTULO QUINTO: Análisis cuantitativo de la información**

### **5.1 Introducción al Análisis Cuantitativo**

La fase cuantitativa se desarrolla en dos procesos secuenciales a partir de la presentación y análisis de frecuencias y porcentajes de las noticias. En primer lugar, describiremos de este modo el total de la muestra para pasar subsiguientemente al análisis diferencial. Para los objetivos de la investigación resulta de importancia referir, tanto aquellos aspectos compartidos sin diferencias por los periódicos analizados, como aquellas variables que presentan diferencias significativas. Por lo que expondremos en esta primera fase, las categorías, describiendo sus frecuencias y señalando la existencia o no de diferencias, para pasar con posterioridad a exponer mas detalladamente y por periódicos, el análisis diferencial de aquellas variables estadísticamente significativas, derivadas del análisis de correspondencias. Las categorías han sido descritas a partir de su división en variables de *ubicación* y de *contenido*.

#### **FASE CUANTITATIVA:**

##### Análisis del total de la muestra

-Análisis descriptivo del grado de presencia de las variables en el total de la muestra. (Porcentajes y frecuencias) y mención de índices estadísticos diferenciales.

##### Análisis por periódicos

-Análisis diferencial de las variables estadísticamente significativas. (Análisis de correspondencias simples)

### **5.2-Análisis descriptivo las variables de ubicación en el total de la muestra:**

#### *5.2.1-La distribución de noticias*

Puesto que esta variable no ha resultado estadísticamente significativa ( $\chi^2: 0.88; \beta: -1.22; p > 0.05$ ), solo podemos describir la existencia de distintos porcentajes en la cantidad de noticias que se dan en enfermedad mental, donde las mayores frecuencias se producen en los periódicos de tirada autonómica, tal y como se muestra en la tabla siguiente:

	<b>Periódicos nacionales</b>	<b>Periódicos autonómicos</b>	
<b><u>Conservadores</u></b>	ABC 179 noticias (16%)	Las Provincias 425 noticias (38%)	<b>604 (54%)</b>
<b><u>Progresistas</u></b>	El País 146 noticias (13%)	Levante 365 noticias (33%)	<b>511 (46%)</b>
	<b>325 (29%)</b>	<b>790 (71%)</b>	<b>1115</b>

Tabla 14. Frecuencias según tirada y posicionamiento ideológico



En el gráfico 2, podemos observar las diferentes frecuencias que se encuentran descritas en la tabla anterior, de acuerdo con el carácter de la tirada.

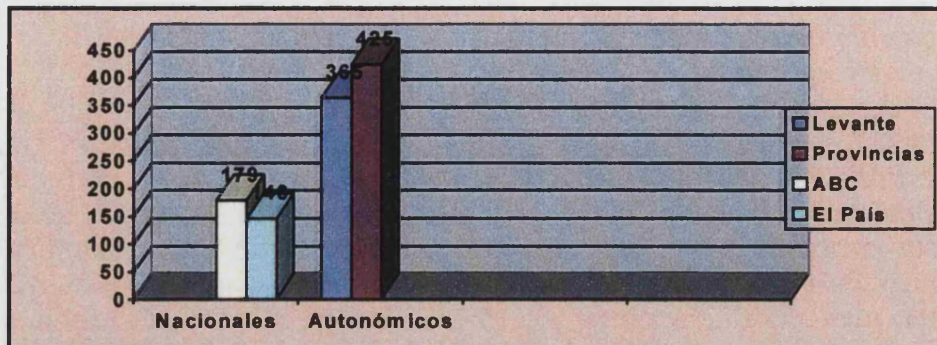


Gráfico 2. Tiradas Nacionales y Autonómicas en noticias con presencia de la enfermedad mental.

Como vemos, las diferencias porcentuales observadas, son escasas en función de la tendencia ideológica de la prensa y mucho más acusadas debido a la cobertura Nacional o Autonómica de su tirada. Lo que nos permite adelantar que los periódicos autonómicos reflejan en mayor medida que los periódicos nacionales, los hechos relacionados con la enfermedad mental. Sin embargo, no podemos concluir que exista una influencia efectiva, ni del carácter de la tirada, ni del posicionamiento ideológico de la prensa analizada, sobre el número de noticias, puesto que no han existido diferencias estadísticamente significativas.

### 5.2.2.-El año de aparición de las noticias

Los datos resultantes de la investigación en cuanto a la distribución de noticias según los años examinados, arrojan una cantidad total de 513 noticias para el año 1997, lo que supone un 46% de la muestra y un aumento de 8 puntos (54%), para el año siguiente de 1998, con 602 noticias. Lo que forma un total de 1115 noticias analizadas, sin que en tan breve plazo temporal, lleguen a representar diferencias significativas,

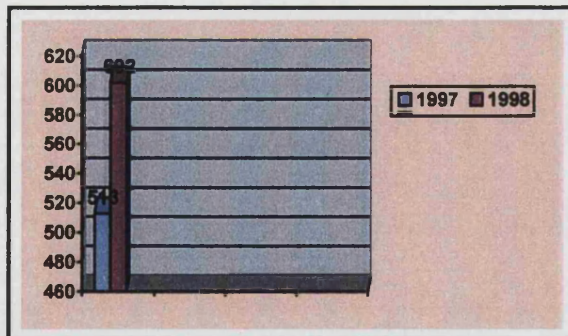


Gráfico 3. Año de aparición de las noticias

$(\chi^2: 2.8; \beta: -0.1; p > 0.05)$ .

Sin embargo, los datos apuntan a un aumento considerable y progresivo de la presencia de la enfermedad mental en la prensa escrita, que solo puede ser confirmado como tendencia por esta investigación, dadas las limitaciones temporales del análisis (gráfico 3).

### 5.2.3-Los meses de mayor presencia de la enfermedad

La distribución de los meses en los que se producen las noticias, apunta a un aumento importante en el número de noticias en los meses de invierno.

estación	Mes	noticias	%
	<b>Enero</b>	<b>115</b>	<b>10</b>
	<b>Febrero</b>	<b>109</b>	<b>10</b>
PRIMAVERA	Marzo	101	9
	Abril	98	9
	Mayo	63	6
VERANO	Junio	80	7
	Julio	72	6
	Agosto	51	5
OTOÑO	Septiembre	62	6
	<b>Octubre</b>	<b>106</b>	<b>10</b>
INVIERNO	<b>Noviembre</b>	<b>128</b>	<b>11</b>
	<b>Diciembre</b>	<b>130</b>	<b>12</b>

Tabla 15. Mes de aparición de las noticias

Con diferencias significativas, ( $\chi^2 135.4$ ;  $\beta$ : 35,6;  $p < 0.05$ ), es el mes de Diciembre el que obtiene una frecuencia mayor, que alcanza el 12% del total de las noticias de la muestra. La interpretación de estos porcentajes, permite apuntar la hipótesis de que dicha distribución se debe a un aumento de hechos noticiables referidos a las enfermedades mentales en la prensa escrita. Incremento que se inicia a mediados de otoño y tiene su máxima expresión en los meses de invierno, empezando a reducirse hacia la mitad de la primavera. Dado que la mayor presencia en noticias sobre la enfermedad mental, corresponde al género de sucesos, estos datos podrían estar informando sobre la relación entre la exacerbación de la sintomatología y su relación con cambios climáticos.

### 5.2.4.- La sección periodística

Otra de las variables estudiadas, es la sección periodística a partir de treinta y una secciones diferentes, donde se ubican las noticias relacionadas con los trastornos mentales. La identificación *nominal* de estas secciones aparece en el anexo de la investigación.

Las frecuencias acumuladas sobre el total de la muestra, identifican la sección de *Sucesos* como la más reveladora (31%), seguida por la sección de *Sanidad/Salud* (14%) y *Sociedad* (12%). La sección de *Sociedad*, recoge principalmente noticias de todo tipo relacionado con los avances científicos, estudios sociales o artículos que utilizan conceptos relacionados con la enfermedad mental a título metafórico o figurado. Contienen noticias desde el punto de vista de interés humano así como las declaraciones de familiares o grupos sociales, pero también una importante presencia de noticias relacionadas con sucesos y tribunales.

Tal y como se expresa en la tabla 16, podemos determinar que la prensa escrita analizada, considera la enfermedad mental de manera preferente, como un asunto que origina sucesos violentos o disruptivos y que tiene derivaciones sanitarias y sociales.

Secciones	Noticias	%
Sucesos	344	31
Sanidad/Salud	156	14
Religión	0	0
Economía	0	0
Ecología	0	0
Sociedad	136	12
Local y Comarcas	95	9
Comunidad	97	9
Nacional	63	6
Editorial	0	0
Art. Opinión	18	2
Cartas al Director	23	2
Internacional	17	2
Portada	19	2
Tribunales/Justicia	73	7
Política	7	1
Educación	2	0
Entrevistas	4	0

Tabla 16. Secciones periodísticas

En tanto que el ambiente escolar es propicio para campañas de sensibilización y prevención, es importante destacar la ausencia significativa de la enfermedad mental en los artículos relacionados con la educación. Este hecho sugiere la inexistencia en el mundo educativo de los trastornos mentales, o lo que puede ser más preocupante, la interpretación errónea de estos trastornos como comportamientos "raros" o simplemente como problemas de conducta o aprendizaje, lo que resulta indicativo de una inexistente política de prevención.

Esta variable asume un carácter exclusivamente descriptivo, no sólo por la heterogeneidad de los contenidos de la sección de *Sociedad*, sino también, por el hecho objetivo de que cada periódico, posee una estructura diferente de secciones periodísticas, donde no están representadas las mismas secciones en la totalidad de los periódicos de la muestra.

### 5.2.5-La ubicación de las noticias

Este análisis se inscribe dentro de la localización de las noticias a partir del número de líneas, columnas y soporte gráfico dedicado a la enfermedad mental en los artículos de la muestra.

#### A)-Extensión y ubicación de las noticias

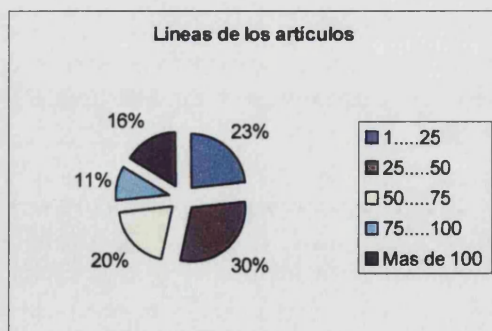


Gráfico 4. Extensión en líneas

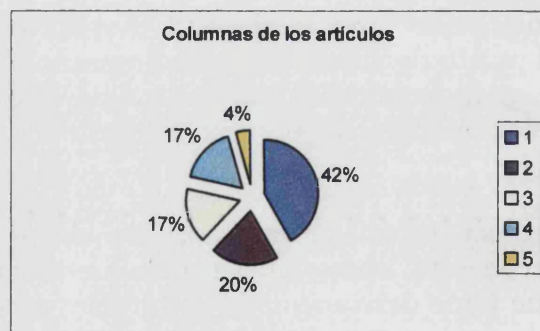
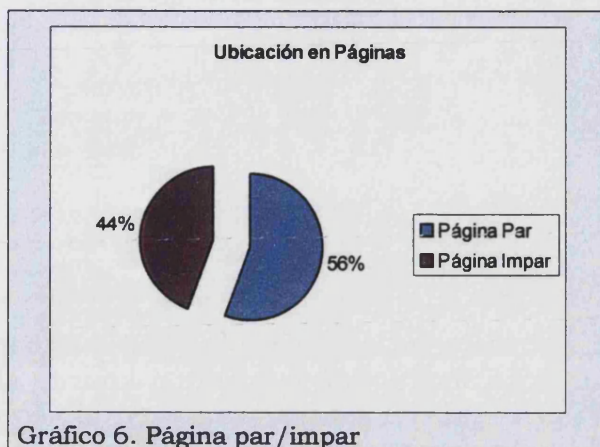
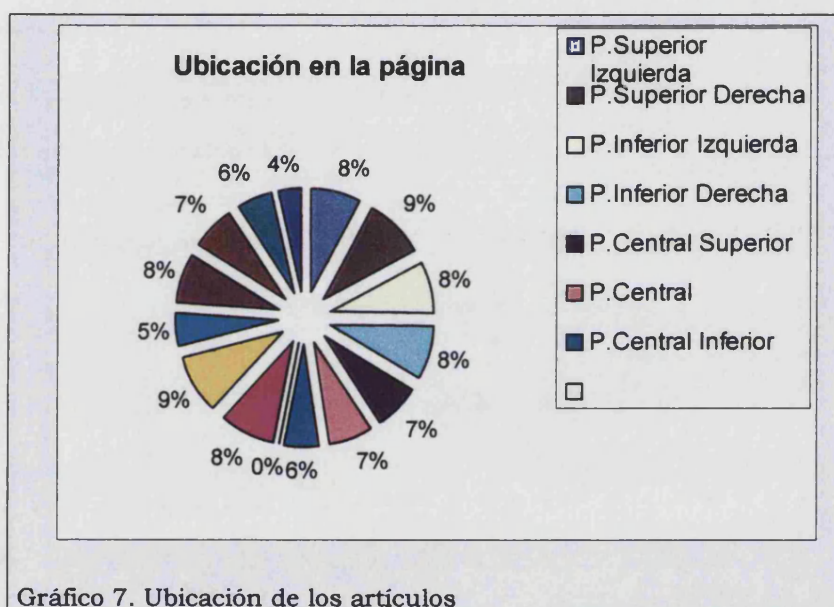


Gráfico 5. Extensión en columnas

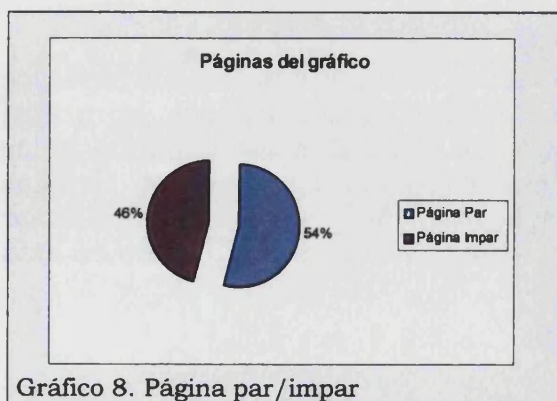
El artículo sobre la enfermedad mental, generalmente suele tener entre 25 y 50 líneas (30% de la muestra), en una sola columna (42%). Preferentemente. El artículo se sitúa en la página par (56%), en la parte superior izquierda (10%), y superior derecha (9%).



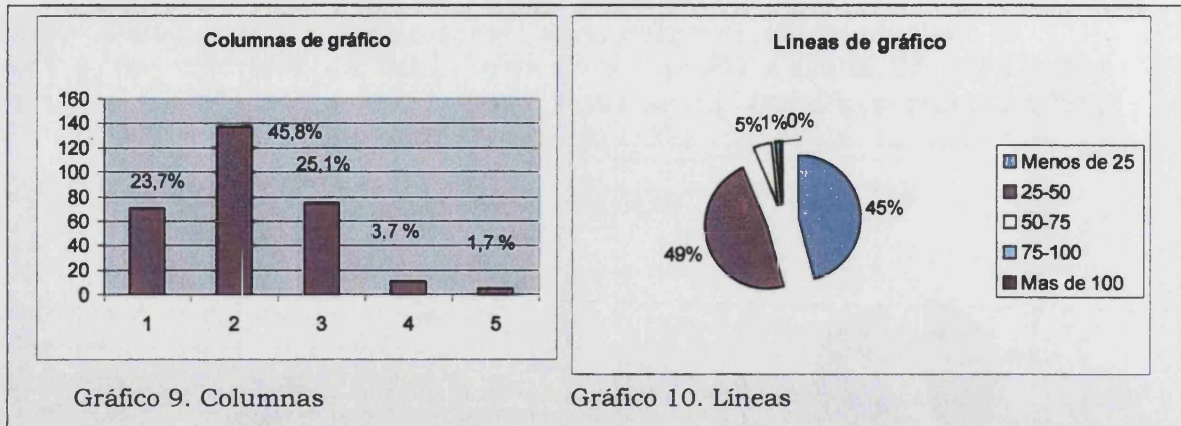
Aún siendo estas las características generales de las noticias publicadas y que apuntan a una relevancia escasa del espacio informativo textual, los periódicos han mostrado diferencias significativas en el tratamiento del formato y ubicación de la información publicada.



*B)-Extensión y ubicación del soporte gráfico*



El apoyo gráfico aparece solo en el 27 % del total de los artículos analizados, existiendo una pequeña prevalencia de la ubicación del soporte gráfico en la página par (54%), frente a un 46% de la impar). Prácticamente la mitad de estas ilustraciones ocupan el espacio de dos columnas periodísticas (45,8%). Con una extensión máxima de 50 líneas



(93.7%), y se sitúan en la parte central superior de la página par e impar indistintamente (23% y 20%). Por tanto, la descripción porcentual apunta al tratamiento de las noticias relacionadas con la enfermedad mental, con artículos sin soporte gráfico en la mayoría de las ocasiones y situados en la parte superior de la página par o impar.

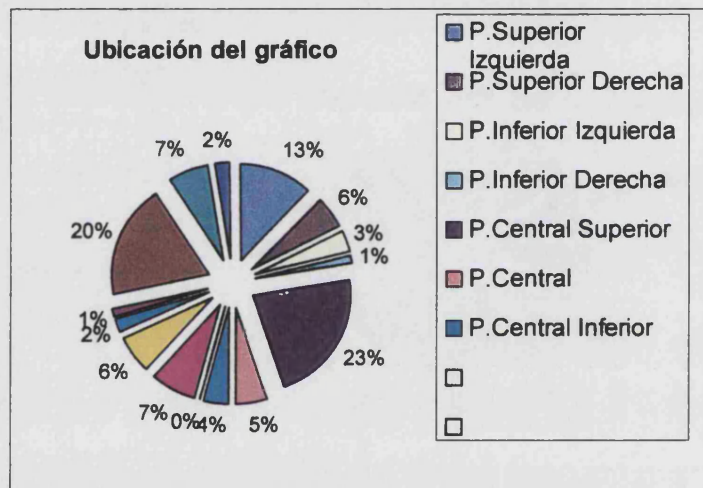


Gráfico 11. Ubicación del gráfico en la página periodística.

### C)-Origen de las noticias

En cuanto al origen de las noticias, con una abrumadora mayoría, los periódicos analizados se nutren de noticias generadas por la propia Redacción (69 %), sin que esto signifique una especialización temática de los profesionales del periodismo, como puede comprobarse en los listados nominales del anexo de esta investigación, que indican como factor sobresaliente, la discontinuidad de los profesionales del periodismo en esta temática.

-Ubicación: Artículos entre 25 y 50 líneas, en una columna y situados en la página par/impar, superior izquierda, con soporte gráfico en uno de cada cuatro artículos, cuya extensión está, entre 50 y 75 líneas a dos columnas, posicionado en la parte superior central de la página.

-Secciones periodísticas: Sucesos-Sanidad-Sociedad.

-Enfermedad predominante en reseñas y titulares: Esquizofrenia.

-Modelo científico de mayor presencia en titulares y reseñas: Biomédico.

-Identificación en titulares y reseñas: Enfermedad/Trastorno mental.

-Temas predominantes en todos los artículos: Legal-Agresión-Sanidad.

-Mayor presencia de las noticias de sucesos en la prensa autonómica.

Tabla 17. Características de ubicación sobresalientes para el total de la muestra

### **5.3-Análisis descriptivo de las variables de contenido en el total de la muestra:**

#### **5.3.1-Representación de las enfermedades mentales**

##### **5.3.1.1-Identidad o nombre del trastorno**

La identidad de la enfermedad, es el primer elemento necesario para identificar el trastorno por parte de los agentes sociales, configurador de la imagen de las enfermedades mentales y de su representación. En la investigación está descrita a partir de las siguientes variables:

##### **5.3.1.1.1-Los temas prevalentes de las noticias -De la crisis psicótica a la exclusión:**

La exploración de las noticias recogidas en prensa, ha dado como resultado su agrupación en nueve temas que integran toda la información analizada. Los temas que han ocupado el total de la muestra son los relacionados con: *Agresión, Investigación, Sanidad/Psiquiatría, Servicios Sociales, Psicología, Familia, Legal, Laboral y Metafóricos.*

La Sanidad y la Psiquiatría se han contabilizado juntas ya que en gran parte de los artículos se utilizan indistintamente, al igual que en este campo profesional, en la gran mayoría de los casos, se identifica al médico o psiquiatra de modo análogo. Es necesario adelantar que el análisis estadístico ha demostrado en esta variable, la existencia de diferencias significativas entre los periódicos de la muestra ( $\chi^2: 99.36; \beta: 32.8; p < 00.5$ ).

La prensa analizada dedica prácticamente un 50% de las noticias que publica en enfermedad mental, a temas relacionados con aspectos legales y a los sucesos referidos a la *agresión* que los provocaron. En la tabla 18, podemos ver una distribución de las frecuencias y porcentajes de todas las noticias.

Temas	Frecuencias	%
<b>Agresión</b>	<b>265</b>	<b>24</b>
Investigación	129	12
<b>Psiquiatría. Sanidad</b>	<b>169</b>	<b>15</b>
Servicios Sociales	117	10
Psicología	25	2
Familia	82	7
<b>Legal</b>	<b>277</b>	<b>26</b>
Laboral	16	1
Metafóricos	35	3
	<b>1115</b>	<b>100</b>

Tabla 18. Temas de las noticias

El aspecto sanitario y el de investigación científica, ocupan las posiciones siguientes, y en último lugar, los temas relacionados con Servicios Sociales y familia. Estos datos prefiguran a la enfermedad mental como un hecho implicado en problemas legales, relacionados con noticias de sucesos que incluyen la agresión; conectados con el

sistema sanitario y en última instancia, con la exclusión o problemas sociales.

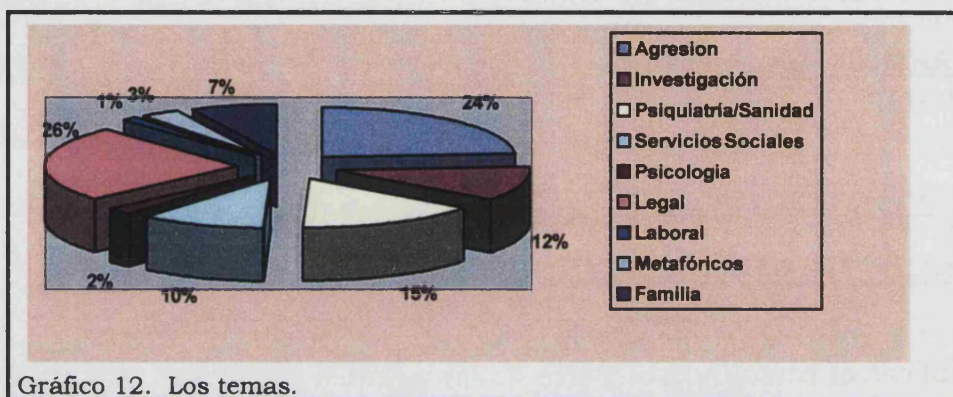


Gráfico 12. Los temas.

Destaca el hecho de que gran parte de las noticias sobre trastornos mentales implican al sistema legal, sin que dichas noticias sean consideradas como específicas de la sección de *Tribunales o Justicia* (7%).

Lo que indica que una vez producido un suceso, van adquiriendo más importancia las ramificaciones legales del caso, que las circunstancias sociales o médicas de las noticias. Por lo que los contenidos de la prensa, describen la enfermedad mental como un entramado médico-legal no resuelto por la reforma psiquiátrica y todavía muy dependiente del modelo de internamiento, criminalización y exclusión anterior a la Reforma.

En este sentido, el análisis de correspondencias y el análisis cualitativo, nos proporcionarán mas información sobre las causas, contexto y consecuencias que se derivan de tales hechos y de la respuesta social y científica a los mismos.

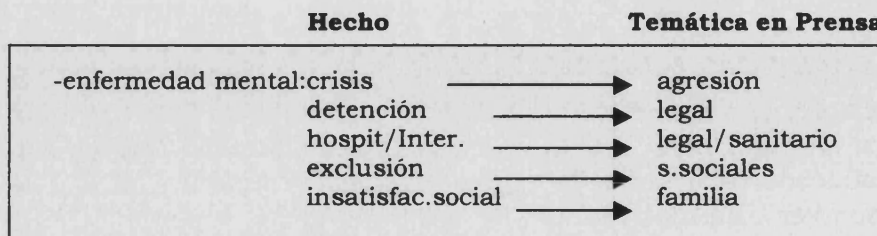


Fig 7. Problemática en E.M y su reflejo temático en la prensa.

En cualquier caso, la confirmación del esquema de la figura 7, implicaría que a pesar de la llamada "revolución neuroléptica", la actual situación conlleva una incapacidad del sistema social y del modelo biomédico para evitar las crisis morbosas, hospitalizaciones reiteradas, internamientos, sentencias judiciales de incapacitación o penales, en un proceso que culmina con la exclusión y el deterioro social.

El éxito o no de la Reforma se relaciona por tanto, con un cambio cualitativo en el modelo de intervención terapéutica, así como reformas coordinadas y específicas en los sistemas sanitarios, judiciales, de empleo, educación y de servicios sociales. La insuficiencia del modelo asistencial actual, legitima una representación social de la enfermedad mental de curso deteriorante e incontrolable y que contribuye al hecho de que, el propio enfermo, se convierta en un sujeto dependiente. En última instancia, justifica la falta de inversión en recursos sociales, dado el curso *natural* de las enfermedades mentales.

Ante lo que nos preguntamos una cuestión esencial ¿Podemos separar ese "curso natural" de la enfermedad mental, de los sistemas sociales y culturales en los que se inserta ?. Los estudios transculturales apuntan firmemente a que esto no es posible ni siquiera en el curso de la esquizofrenia (OMS, 1973, 1979; Jablensky y cols. 1992; Leff y cols, 1990).

#### 5.3.1.1.2-Tipo de enfermedad mental:

La imagen de la enfermedad mental difundida en la prensa, describiendo el tipo de enfermedad, ha sido analizada a través de 26 categorías, que han demostrado diferencias significativas entre los periódicos analizados ( $\chi^2$ : 112,8;  $\beta$ : 5,5;  $p < 0.05$ ). Concretándose fundamentalmente, a través de la presencia de cuatro categorías mayoritarias: *Esquizofrenia*, *Depresión*, *Trastornos de Personalidad* y *Trastornos de Ansiedad*, más un concepto genérico para todas ellas, el *Trastorno Mental*. Estas categorías suponen el 49 % del total de la variable como se observa en la tabla siguiente.

Nombre	nº noticias	% en la var.	% en la muestra
Depresión	118	12	11
Esquizofrenia	130	14	12
Trastornos de Personalidad	81	9	7
Trastornos de Ansiedad	63	7	6
Trastorno Mental	79	8	7
Total:	471	49%	43%

Tabla 19. Nombre de las enfermedades mentales

Como vemos, un 43% de los artículos de la muestra total, incluyen alguno de estos cinco conceptos o categorías, donde la esquizofrenia y la depresión son los trastornos con mayor presencia en los Medios.



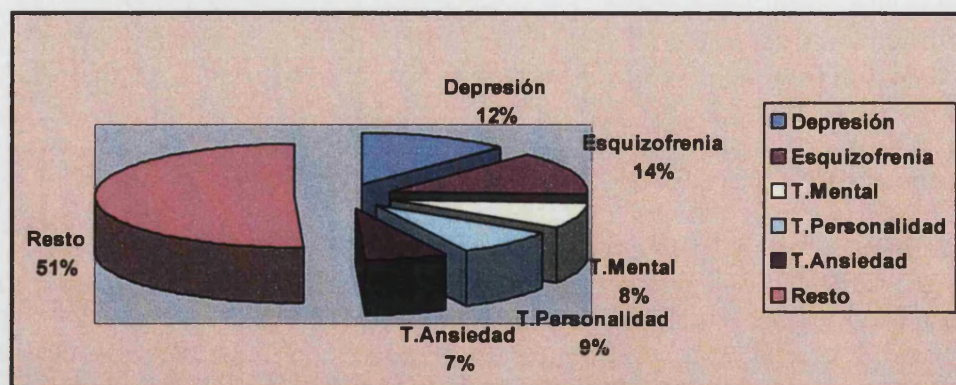


Gráfico 13. Nombre de las enfermedades Mentales para tipo de EM.

### 5.3.1.1.3-Objetivación de la enfermedad mental:

La objetivación, supone el complemento descriptivo que califica la definición de las enfermedades mentales, es *el apellido* que acompaña al nombre y lo define.

Objetivación	n° noticias	% en la var.	% mues.
Enfermedad	290	27	26
Trastorno	198	19	18
Problema	78	7	7
Total	576	53	51

Tabla 20. Objetivación de los Trastornos Mentales

La *objetivación* de las enfermedades mentales, ha resultado con diferencias significativas entre los periódicos analizados ( $\chi^2: 42,15; \beta: 11; p < 0.05$ ). Como puede verse en la tabla anterior, el 51% del total de los artículos de la muestra, considera a las enfermedades mentales como una *enfermedad, trastorno o problema*, distribuyéndose el resto de categorías en frecuencias de escasa entidad y gran dispersión. Estas tres categorías adscriben a estas afecciones al ámbito del lenguaje médico. El trastorno mental, es fundamentalmente una enfermedad y el concepto de *problema*, en esta ocasión, no hace referencia una vivencia conflictiva de la enfermedad, sino que aparece como un termino análogo a trastorno.

Los agentes sociales, por tanto conocen que se trata de una dolencia, definida médicamente, pero ¿Podemos anticipar que la terapia tendrá también un carácter médico?. Si su *distintividad* resulta coherente con el modelo de intervención psiquiátrica y la *terapia* también nos describe las prácticas medico psiquiátricas, no cabrá mas que concluir la preeminencia absoluta de este modelo en la representación de la enfermedad mental en los Medios de Comunicación. Pero si por el contrario, nos hallamos con términos diferenciadores o contrapuestos a este modelo, descubriremos que

la enfermedad mental, no es definida en todas sus variables por este modelo científico en exclusiva.

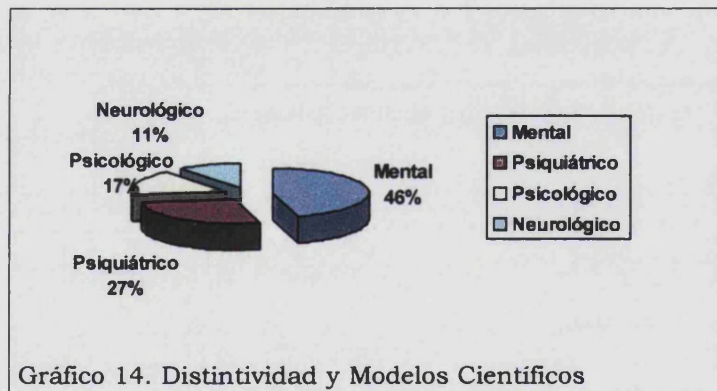
#### 5.3.1.1.4 Distintividad de la enfermedad mental:

En la prensa analizada, la enfermedad mental, también es definida sobre la base de la naturaleza que se le asigna desde los diferentes modelos científicos. Podemos ver cómo el término *psiquiátrico* no tiene el predominio para el etiquetaje de todos los trastornos, diferenciándose significativamente aquellas categorías asignadas a uno u otro modelo ( $\chi^2$ : 137,7;  $\beta$ : 8,8;  $p < .05$ ).

Distintividad	n° noticias	% en la var.	% mues.
Mental	369	46	33
Psiquiátrico	216	27	19
Psicológico	135	17	12
Neurológico	87	11	8
Total	807	100	72

Tabla 21. Distintividad de los trastornos mentales

Tampoco destaca en los periódicos analizados, la evocación tradicional a la etiología nerviosa de la enfermedad mental, adoptándose mayoritariamente, un concepto neutral como *mental*, que difumina y engloba las diferencias entre lo psiquiátrico y lo psicológico. Este hecho, confirma la existencia de diferentes categorías globales que no se ajustan a los datos encontrados en la revisión bibliográfica inicial, en la que aparecían la *locura* y la *enfermedad de los nervios*, como distinciones básicas.



Estos resultados no son equiparables, dada la diferente metodología utilizada. Sin embargo, la existencia de un campo de dominio definido por el concepto *mental*, supone la plasmación de una categoría definitoria común a todos los profesionales y orientaciones científicas, propiciatorio de una intervención de carácter interdisciplinar en enfermedad mental, que al mismo tiempo, es generadora de ambigüedad sobre la naturaleza, etiología y terapia de estos trastornos. Como vemos, la distintividad de la enfermedad mental se define sobre la base de las disciplinas científicas que le caracterizan, pero también, con relación a la importante presencia de la categoría *mental*.

Lo que supone la existencia de un concepto categorizador, que descontextualiza la enfermedad mental de un modelo científico concreto y lo naturaliza a partir de su ubicación, no en el cerebro o los nervios, sino en la *mente* de las personas. En relación con esto, lo importante no es solamente la constatación de la existencia de esta categoría, sino su adopción generalizada por los protagonistas sociales de las noticias de la muestra (46%).

### 5.3.1.2-Razón u origen de la dolencia.

#### 5.3.1.2.1-Etiología:

Este es el segundo de los elementos que definen la imagen de la enfermedad mental. El origen del trastorno se refiere a la etiología, tanto en su carácter orgánico o génico, como a variables sociales atribuidas al inicio de la dolencia y que han sido recogidas a partir de las categorías que figuran en este apartado. En el gráfico 15, podemos ver cómo el 74% de los artículos que mencionan alguna causa etiológica, citan el origen de los trastornos mentales como *genético, social y orgánico*, por este mismo orden.

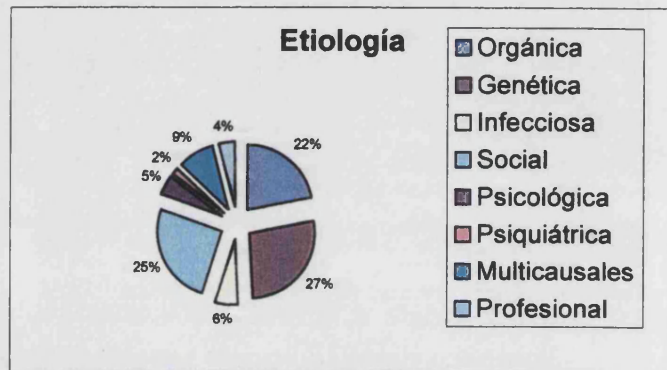


Gráfico 15. Etiología de las EM.

Etiología	n° noticias	% en la var.	% mues.
Genética	69	27	6
Social	64	25	6
Orgánica	55	22	5

Tabla 22. Etiología de los Trastornos Mentales

Es importante destacar que en las pruebas estadísticas al respecto, esta variable no ha demostrado diferencias significativas entre los periódicos analizados ( $\chi^2$ : 27,2;  $\beta$ : 1,3;  $> 0.05$ ). Por tanto, podemos concluir que existe una variedad importante en la prensa, sobre los factores etiológicos de las enfermedades mentales y que se distribuyen sin diferencias, en un continuo definido por las categorías de *genético y orgánico* (49 %), cercanas al modelo biomédico y de mayor presencia porcentual. Y el concepto de *social* (25%), referido a una causación exógena.

En este sentido, resulta oportuno recordar que la categoría *multicausal*, que formaba uno de los niveles de la variable, sólo aparece reflejada en un 9% de las categorías de la variable, por lo que puede concluirse que las categorías encontradas en el análisis, se refieren a

comprensiones deterministas y separadas de la etiología de las enfermedades mentales y no complementarias entre sí.

### 5.3.1.3-Consecuencias de la enfermedad.

Las *consecuencias de la enfermedad*, definen el tercer elemento que caracteriza la imagen de las enfermedades mentales y que se relaciona directamente con las conductas que las personas asumen ante las mismas.

El impacto social y legal que produce la enfermedad difundido por la prensa, resulta por tanto de especial importancia, ya que nos describe la información producida en aquellas características contextuales que rodean a las enfermedades mentales.

#### 5.3.1.3.1 -Consecuencias Sociales:

Con diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2$ : 132,4;  $\beta$ : 16;  $p < 0.05$ ), la distribución porcentual de las categorías definitorias de la variable, se describen en la tabla siguiente.

	n° noticias	% en la var.	% mues.
Conflicto familiar	244	31	22
Aislamiento social	106	14	10
Rechazo social	94	12	8

Tabla 23. Consecuencias sociales de las EM

De las categorías que reflejan esta variable, como podemos ver en la tabla, casi un 60 % de las noticias que describen alguna consecuencia social se refieren a estas tres categorías, lo que supone un 40% de los artículos analizados de la totalidad de la muestra. Estas noticias informan de consecuencias sociales referentes al *conflicto familiar* de modo claramente destacado, *al aislamiento y al rechazo social*. Lo que confirma que, la enfermedad mental y sus contradicciones sociales y terapéuticas, se desarrollan fundamentalmente dentro de las redes familiares. Como vemos, la existencia del enfermo mental desinstitucionalizado, genera el rechazo del resto de las redes sociales, potenciando la extensión de la estigmatización social al núcleo familiar, por lo que la familia, debe hacer frente a los problemas derivados de la enfermedad y por añadidura, al aislamiento social que esta provoca.

#### 5.3.1.3.2-Consecuencias Legales:

Las consecuencias legales más distintivas y sobresalientes descritas en prensa, con diferencias significativas ( $\chi^2$ : 51,4;  $\beta$ : 6.6;  $p < 0.05$ ), respecto a esta variable, son la *judicialización* de la enfermedad mental y el *internamiento en Centro Psiquiátrico*.

*Detención Policial- Procesamiento- Internamiento*, nos permiten confirmar la inexistencia de un modelo válido asistencial y la consideración

de la enfermedad mental como un fenómeno social polifacético, que evidentemente, no resulta reductible a la intervención sanitaria o jurídica.

El contexto de la enfermedad mental, confirma la aparición de un tercer elemento de suma importancia más allá de los paradigmas científicos, la judicialización de los trastornos mentales y su relación con la terapéutica médica del internamiento. No se trata por tanto, de una enfermedad que resuma características sociales o clínicas en exclusiva, sino que abarca diferentes campos de la vida social, que recibe influencias de diferentes grupos profesionales y que configura un problema que queda dibujado a través de variables científicas, legales y sociales.

	nº noticias	% en la var.	% mues.
Internamiento Centro Psiquiátrico	100	17	9
Detención Policial	110	19	10
Procesamiento Judicial	156	27	14

Tabla 24. Consecuencias Legales de las EM

#### 5.3.1.4-Expectativas sobre curso y duración.

Las imágenes que las personas tienen, sobre el curso y duración de la enfermedad resultan cruciales para la elaboración del repertorio de conductas y actitudes de afrontamiento. Estas expectativas dependen de la información que las redes sociales y los Medios ponen a disposición de los sujetos y que les informan sobre la *duración, terapia y diagnóstico*.

##### 5.3.1.4.1 -Duración:

Sin diferencias significativas entre los periódicos analizados ( $\chi^2$ : 3.8;  $\beta$ :-0.9;  $p > 0.05$ ), el peso de esta variable en el total de la muestra supone un 10 % de los artículos analizados, esto significa que el número de noticias que hacen referencia a la duración de las enfermedades mentales es relativamente escaso, destacando el hecho de que en el 74 % de ellas, la enfermedad mental es incluida dentro de las enfermedades *crónicas*, aunque como sabemos, los trastornos psíquicos obedecen en su curso y duración a características temporales muy diferenciadas.

	nº noticias	% en la var.	% mues.
Temporal	26	23	2
Crónica	83	74	7

Tabla 25. Duración de las EM

#### 5.3.1.4.2-Terapia:

Con diferencias significativas entre periódicos ( $\chi^2$ : 72.1;  $\beta$ : 11.2;  $p < 0.05$ ), el 54% de las frecuencias que definen esta variable están representadas por las categorías de la tabla 27. De ellas, como puede verse, la categoría más acentuada es la que se refiere al *Internamiento Psiquiátrico* como terapia o actuación frente a las enfermedades mentales.

Resulta destacable el hecho de que en esta variable, aparecen de nuevo, dos líneas terapéuticas diferenciadas y relacionadas con el *modelo biomédico* de manera muy marcada (39 %), y con la *intervención social* (15 %). Por ello, las diferencias significativas entre periódicos respecto a la terapia, resultan consistentes con la heterogeneidad demostrada en la descripción de la *etiología* de los trastornos mentales, coincidentes con imágenes y categorías definitorias que provienen de dos modelos interventivos, basados en lo *orgánico/génico*, en oposición a lo *social*, donde los periódicos analizados muestran diferencias significativas en la acción terapéutica, que resulta enmarcada en ambos modelos.

	n° noticias	% en la var.	% mues.
Intervención Médica/Psiquiátrica	137	19	12
Internamiento Psiquiátrico	141	20	13
Integración social	106	15	10

Tabla 26. Terapia de las EM

Por otro lado, es necesario destacar que el internamiento psiquiátrico, asume dos papeles intercambiables, como terapia y como consecuencia legal. La terapéutica de los trastornos mentales, se resume gráficamente en este hecho, en la intersección indisoluble entre lo psiquiátrico y lo legal, entre la autorización jurídica para intervenir clínicamente y el hospitalocentrismo del modelo biomédico, en una relación difusa donde ninguna Institución parece asumir mecanismos eficaces de coordinación o de iniciativas legales aunque sin embargo suponen categorías distintivas de la problemática social de los trastornos mentales.

#### 5.3.1.4.3-Diagnóstico:

Sólo un 10% de las noticias del total de la muestra, informan sobre el diagnóstico de las enfermedades mentales, sin que existan en esta variable diferencias significativas en la prensa analizada ( $\chi^2$ : 9,34;  $\beta$ : 1,4;  $p > 0.05$ ). La categoría que define preponderantemente a la enfermedad mental es la de *grave*, con un 63% de las noticias (Tabla 28).

	n° noticias	% en la var.	% mues.
Leve	17	15	2
Grave	71	63	6
Muy grave	25	22	2

Tabla 27. Diagnóstico de las EM

### 5.3.1.5-Curación o pronóstico

#### 5.3.1.5.1-Curación:

La *curación* es el quinto y último elemento de la imagen de las enfermedades mentales, mostrando diferencias significativas en la prensa analizada ( $\chi^2$ : 28,3;  $\beta$ : 14,6;  $p < 0.05$ ), siendo destacable la escasa presencia de artículos que refieren esta información a sus lectores (3%). En esta variable, la categoría más sobresaliente es la de *incurable*.

Curación	n° noticias	% en la var.	% mues.
Curable	5	13	0
Incurable	33	87	3

Tabla 28. Curación de las EM.

El análisis descriptivo de las frecuencias más sobresalientes y que caracterizan al total de la muestra, nos permiten concluir que los periódicos analizados presentan diferencias significativas en cuanto al *tipo de enfermedad mental* que aparece en sus noticias, en su *objetivación, distintividad, consecuencias sociales y legales; en su terapia y curación*. Sin embargo, todos ellos comparten sin diferencias las mismas imágenes de la enfermedad mental sobre su *origen, duración y diagnóstico*, definidas como enfermedades *de etiología orgánica y social, diagnosticadas como graves y de duración crónica*.

Imagen de la enfermedad mental en el total de la muestra:	
Variables	Categorías
-Nombre:	Esquizofrenia*, Depresión, T. de Personalidad y Ansiedad.
-Objetivación:	Enfermedad*, Trastorno Mental
-Distintividad:	Mental*, Psiquiátrica
-Etiología:	Genética-Orgánica* y Social
-Consecuencias:	Conflicto Familiar* y Procesamiento Judicial*
-Duración:	Crónica*
-Diagnóstico:	Grave*
-Terapia:	Internamiento e Intervención Psiquiátrica*, Integración Social
-Curación:	Incurable*
__ : Sin diferencias significativas	
* : Categorías con mayor presencia porcentual	

Tabla 29. Imágenes de las enfermedades mentales en el total de la muestra

Estos resultados indican claramente, la existencia de los dos modelos científicos que están perfilando la información que los Medios ponen a disposición de las personas a partir de las noticias aparecidas en la muestra. Las diferencias que existen entre las categorías de ambos modelos, señalan la influencia de un modelo hegemónico (biomédico) con categorías definitorias de la representación social de las enfermedades mentales en los Medios, como *psicosis de etiología orgánica o génica, con diagnóstico de gravedad, de duración crónica e incurables*, -estas tres últimas características son compartidas por todos los periódicos, sin diferencias-

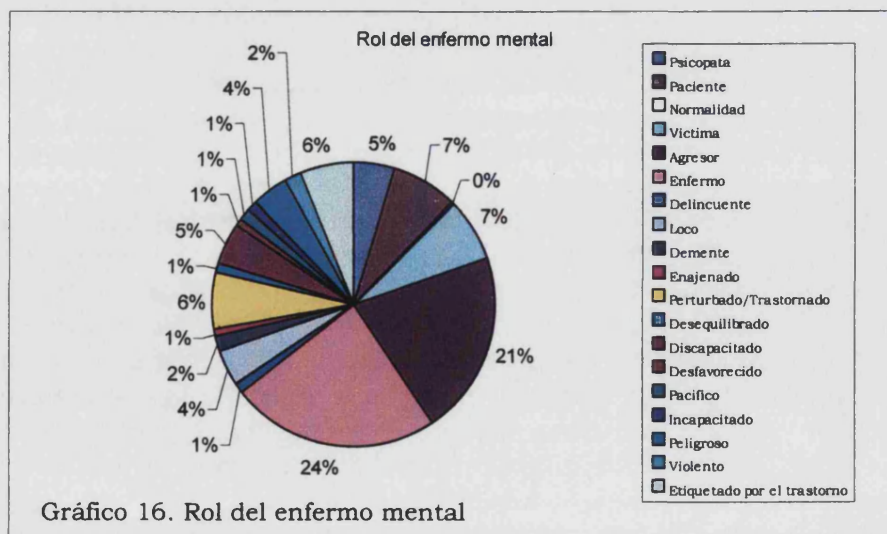
junto a un modelo social incipiente, definido por las categorías de *causación social frente a etiología orgánica, enfermedad mental, frente a trastorno psiquiátrico e integración social frente a internamiento*, afectando con ello, la imagen de los trastornos mentales de manera señalada al incidir en la representación de la etiología y terapia de los mismos. Además, las enfermedades mentales son tratadas desde el punto de vista periodístico, como un hecho social multiforme y cargado de significación emocional, en mayor medida que como una enfermedad (entre el 33 y el 40% de las noticias se centran en las consecuencias sociales y legales del fenómeno), y de ahí las escasas noticias referidas a sus características clínicas.

La consecuencia de esto, es que todos los periódicos sin diferencias, ofrecen una imagen de la etiología de las enfermedades mentales cruzada por ambos modelos, ofreciendo explicaciones divergentes para su *objetivación, distintividad, consecuencias sociales y legales, terapia y curación*, en las que, manteniendo una mayor presencia del modelo biomédico, el análisis descriptivo de la muestra, nos permite confirmar la evidencia de que en esta etapa de transición, *no existe ya un sólo paradigma científico que homogéneamente defina por sí sólo en los Medios, la representación social de la enfermedad mental*.

### 5.3.2-Representación del enfermo mental

El análisis ecológico de cualquier fenómeno social, al que nos adscribimos, supone la exploración de aquellas características definitorias de la enfermedad mental en los diferentes niveles sociales en que se expresan las interacciones humanas. Por esta razón, resulta necesario el estudio de la imagen del enfermo mental. A tal fin, le hemos dedicado los apartados siguientes.

#### 5.3.2.1-Rol asociado al enfermo mental





La variable *rol asociado* ha resultado con diferencias significativas ( $\chi^2:127.7$ ;  $\beta: 10 < 0.05$ ), para el conjunto de la prensa analizada. Es reseñable el que en este apartado, centrado en la imagen del enfermo mental, las variables *rol asociado al enfermo mental*, *contacto social* y *tipo de residencia*, han resultado con diferencias significativas entre los periódicos de la muestra. El enfermo mental, es definido mayoritariamente como *enfermo (24%) y agresor (21%)*. Las variables analizadas en los periódicos, se refieren por tanto, a la descripción de *un enfermo que agrede, o bien la de un agresor enfermo*, extremos que son matizados por su representación diferencial en la muestra.

En cuanto a la variable *contacto social* y su categoría más definitoria (*integrado*), llama la atención el hecho de que la imagen del agresor en la prensa, no concuerda con el perfil clásico del enfermo mental (Álvaro y cols. 1992; Paez y cols. 1996; Saiz y cols. 1997; Chinchilla, 1996), descrito como una persona aislada socialmente, con escaso apoyo de las redes sociales y preferentemente soltero/a, sino que más bien, encaja perfectamente en la personificación que el “maltratador familiar” o el “psicópata” posee en la literatura especializada.

*Integrado, con hijos y familia propia*, resultan conceptos propios del enfermo descrito en las noticias, el cual una vez producido el hecho, es calificado como “trastornado” y etiquetado por la abogacía como “enajenado mental”, en busca del eximente o atenuante jurídico. O por el contrario, es una persona con psicopatías (trastornos de la personalidad) y no con psicosis funcionales crónicas (esquizofrenia).

La agresión, ha supuesto uno de los temas más sobresalientes de la información relacionada con las enfermedades mentales y con el rol del enfermo como *agresor*. Sin embargo, la incongruencia reseñada respecto al contacto social del enfermo mental, está indicando que no existe una relación que tenga como único precedente del acto agresivo a la psicosis mental crónica (esquizofrenia). Sino que la agresión, se comporta como un hecho que puede ser explicado a partir de otras causas no relacionadas con las psicosis funcionales. O lo que es lo mismo, el trastorno mental que provoca la agresión, es en parte, una construcción social y jurídica que se diferencia y se aleja del enfermo psicótico crónico, en la medida en que se perfilan tipos diferentes de agresor (los maltratadores *trastornados*, los *enajenados* por consumo de tóxicos y alcohol, el *varón* violento, los enfermos aquejados de *psicopatías* y los *psicóticos* esquizofrénicos). Los datos de la tabla 30, nos permiten especular dicha magnitud con relación al tipo de familia donde se produce la agresión, correspondiendo al perfil del psicótico (solitario o en familia paterna), no más del 49% de los artículos que definen esta variable. Por otro lado cabe recordar, que cuando las noticias determinan claramente el nombre de la enfermedad, la esquizofrenia es identificada en el 12 % de los artículos de la muestra y cercano a dicho porcentaje (7%), se encuentran presentes los trastornos de personalidad o psicopatías.

En relación con la autoagresión y la heteroagresión de las personas con psicosis crónica, Saiz y cols. (1997), citando a Cabrerizo (1994), indican

que un 76% de los ingresos motivados por estas causas en los Juzgados de Granada, se debían a enfermos de esquizofrenia paranoide. Estos mismos autores recogen el hecho de que la posibilidad de actos violentos en enfermos psicóticos, no puede desligarse de la falta de medicación y el consumo de alcohol y tóxicos (asociados al 70% de los casos de agresión), citando la investigación de Virkkunen (1989), que relaciona este tipo de trastornos asociados, con los conflictos y violencia en el seno familiar. López Ibor (2000), recogiendo las diferentes investigaciones al respecto, concluye que:

-La gran mayoría de enfermos mentales no cometen nunca actos violentos.

-La agresión en EM se relaciona con la esquizofrenia asociada al consumo de tóxicos y alcohol y a la falta de adhesión al tratamiento, aún en cuyo caso, su comportamiento violento no presenta diferencias del de aquellos, que no son esquizofrénicos y que poseen las mismas conductas de consumo.

-Las víctimas usuales de la agresión en EM son los familiares y las figuras de autoridad.

Las variables referidas a la imagen del enfermo mental que a continuación se exponen de manera gráfica y descriptiva, figuran en el análisis por su valor como variables demográficas con contenidos de carácter psicosocial, ya que como hemos mencionado, no en todas ellas han aparecido diferencias entre las noticias analizadas.

-Contacto social

-Sexo

-Edad

-Residencia

-Hijos

-Situación familiar

-Autonomía

#### 5.3.2.2- Contacto social:

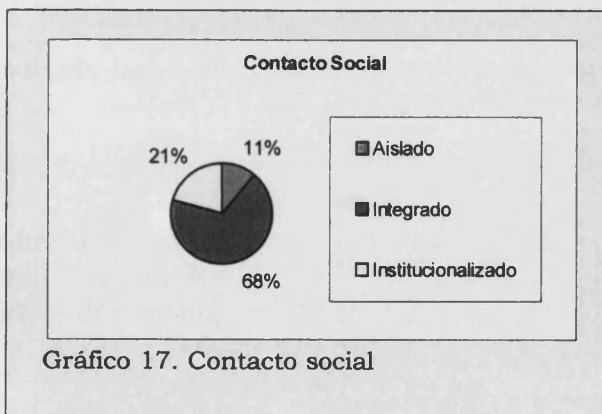


Gráfico 17. Contacto social

El contacto social ha sido descrito a partir de tres categorías, que son *aislado* (11%), *integrado* (68%) e *institucionalizado* (21%).

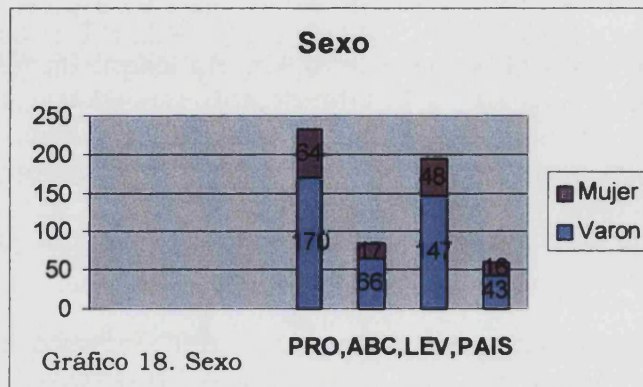
En el gráfico se puede ver, cómo los periódicos analizados, identifican al enajenado o trastornado, como alguien *integrado* socialmente. El agente de la agresión no pertenece a ninguna categoría excluida *a priori* socialmente, sino que se trata de

sujetos que viven en la comunidad y que en un momento determinado provocan una ruptura biográfica y social en su entorno vital. Esta imagen,

es compartida por todos los periódicos de la muestra con diferencias significativas ( $\chi^2:27.5$ ;  $\beta:4,5$ ;  $p < 0.05$ ).

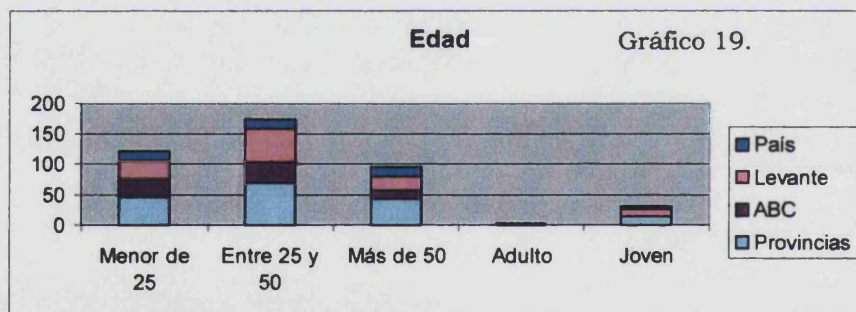
### 5.3.2.3-Sexo:

El enfermo mental es un varón (75% de las frecuencias en la variable), como describe el gráfico siguiente, sin que las noticias de la muestra presenten diferencias ( $\chi^2: 1.6$ ;  $\beta: -0.8$ ;  $p > 0.05$ ).



### 5.3.2.4-Edad:

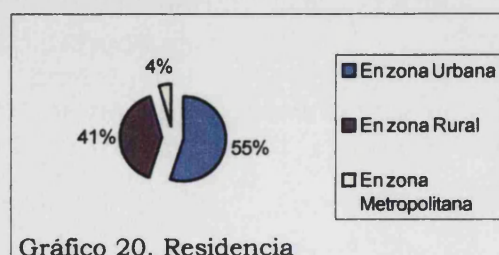
La edad de las personas con enfermedad mental se sitúa sin diferencias entre periódicos ( $\chi^2: 27,5$ ;  $\beta: 0.05$   $p > 0.05$ ), en el rango entre 25



y 50 años (41%), seguidos en importancia por el grupo de edad de los menores de 25 años (29%) y los mayores de 50 años (22%).

### 5.3.2.5-Residencia:

La residencia, determina la zona geográfica en su carácter urbano (55%), rural (41%) o metropolitana (4%). Como se ve en el gráfico, son las zonas urbanas las que aportan el mayor número de noticias sobre la



enfermedad mental, sin que exista una gran diferencia porcentual, respecto a las zonas rurales. Constatándose diferencias significativas, aunque mínimas, en esta variable ( $\chi^2:15$ ;  $\beta: 3.7$ ;  $p: < 0.05$ ).

### 5.3.2.6-Numero de Hijos:

El número de hijos, describe la variable demográfica que nos informa sobre la calidad de la red familiar del enfermo, descrita a través de las categorías con hijos y sin hijos y sin diferencias entre los periódicos ( $\chi^2:2.9$ ;  $\beta:-0.02$ ;  $p > 0.05$ ).

La prensa analizada describe con mayor frecuencia, la presencia de enfermos mentales con hijos (80%), lo que coincide con el rango de edad

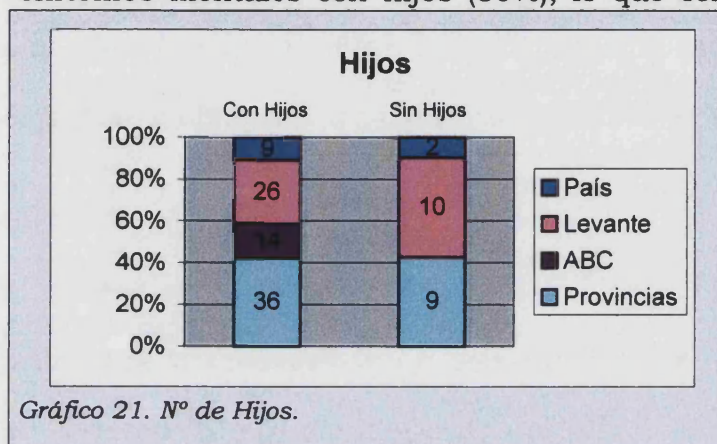


Gráfico 21. N° de Hijos.

predominante de los mismos, así como un entorno social marcado por las relaciones familiares, que contrasta con el perfil del enfermo mental que comete agresiones, ya que este, de manera reiterada, ha sido descrito como un enfermo con precedentes de falta de apoyo social y carencia de redes sociales

(Lutumba et al, 1999).

### 5.3.2.7-Situación Familiar:

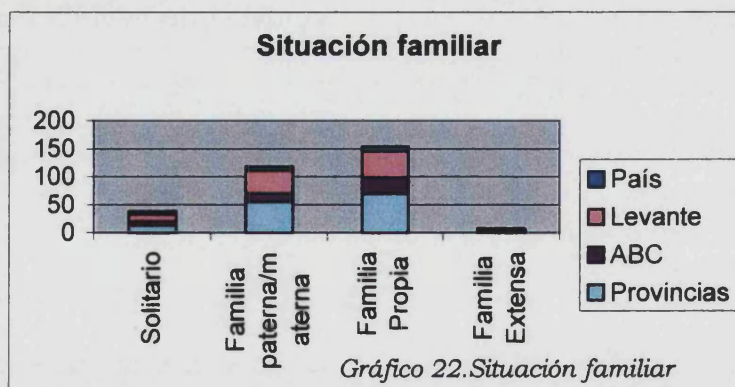


Gráfico 22. Situación familiar

La situación familiar, al igual que la anterior variable, describe la calidad de la red familiar en la que se inscribe el enfermo mental, sin diferencias significativas ( $\chi^2:6.7$ ;  $\beta: -0.7$ ;  $p > 0.05$ ).

	n° noticias	% en la var.	% mues.
Solitario	38	12	3
Familia paterna/materna	118	37	11
Familia Propia	154	49	14
Familia Extensa	7	2	1

Tabla 30. Situación familiar del enfermo mental

Los enfermos mentales con familia propia (49%), y aquellos que residen en el hogar paterno (37%), acumulan el protagonismo de las noticias aparecidas en prensa. La enfermedad mental se convierte con ello, en una dolencia que afecta principalmente a las relaciones familiares, tanto a ascendientes como a descendientes; a cónyuges y a hermanos, caracterizando un fenómeno extensivo a toda la red primaria del sujeto.

5.3.2.8-Autonomía: Esta variable responde al hecho de recoger la visión del enfermo como sujeto *dependiente o autónomo*, sin que se hallan encontrado diferencias entre periódicos ( $\chi^2: 2.2; \beta: -0.4 p > 0.05$ ), ni siquiera en la importancia de una categoría sobre otra, distribuyéndose al 50% en cada concepto. Lo que no deja de ser sorprendente, en cuanto a la ambigüedad del rol del enfermo mental, ya que este, no es identificado claramente como una persona dependiente de alguna institución (*el dependiente* o usuario de las poblaciones excluidas, o de la institución familiar). Volviendo a perfilarse en esta variable, la fuerte presencia de personas que de manera autónoma, están integradas en la sociedad y que irrumpen en la prensa a través de diferentes hechos, que los caracterizan como enfermos mentales o trastornados.

Esta descripción resultante del análisis de las noticias que forman la muestra, es indicativa de la imagen de un enfermo mental que protagoniza principalmente, noticias de sucesos ligados a procedimientos judiciales, fundamentalmente relacionados con la esquizofrenia paranoide, y que en gran parte de los casos, sólo concuerdan parcialmente con los criterios de mal pronóstico recogidos en la literatura especializada, ya que en su mayoría están casados e integrados socialmente. En este sentido, cabe destacar que la muestra de noticias no se limita específicamente a personas con esquizofrenia, lo que refuerza el hecho de que se está etiquetando como enfermo mental o enajenado, a protagonistas de hechos violentos que están casados, tienen un buen ajuste social, están integrados y forman mayoritariamente familias propias con hijos. Cabe concluir al respecto, que el “maltratador” familiar, no es en sí mismo, un enfermo mental y que sus características psíquicas no perfilan los síntomas propios de la enfermedad mental crónica. Por lo que a través de los Medios, se produce una vinculación entre agresión y enfermedad mental que se adjetiva con los calificativos de *enajenación* o *trastorno* mental, lo que deviene en una fuerte atribución de la violencia a las enfermedades mentales de manera inespecífica y generalizada. Pero esta no es una relación unívoca, por lo que no solo se atribuye la agresión a la enfermedad mental, sino que a la inversa, el enfermo mental también se define por la agresión, puesto que las causas que las personas imputan a su conducta, sin diferencias entre los periódicos ( $\chi^2: 6.8; \beta: -0.74; p > 0.05$ ), están atribuidas a la EM.

<b>Enfermo Mental</b>	<b>253</b>	<b>60</b>
<b>Discapacitado</b>	<b>46</b>	<b>11</b>
<b>Adicción</b>	<b>25</b>	<b>6</b>
<b>Estado de Estrés/Ansiedad</b>	<b>95</b>	<b>23</b>

Tabla 31. Antecedentes atribucionales de causa

Confirmando para el conjunto de la muestra y sin diferencias significativas entre los periódicos analizados, que cuando se refleja una explicación social sobre la atribución en el origen de las noticias, se trata de una persona que agrede por causa de su enfermedad (enfermo que agrede), y no a la inversa.

* Variables con diferencias significativas	n° noticias	% en la var.	% mues.
*V.28-Contacto social: <i>Integrado</i>	259	68	23
V.29-Sexo: <i>Varón</i>	426	75	38
V.30-Edad: <i>Entre 25 y 50</i>	174	41	16
*V.31-Residencia: <i>En zona Urbana</i>	251	55	23
V.32-Hijos: <i>Con hijos</i>	85	80	8
V.33-Situación familiar: <i>Familia Propia</i>	154	49	14
*V.35-Rol asociado:			
- <i>Enfermo</i>	246	24	22
- <i>Agresor</i>	214	21	19
V.36-Autonomía: <i>Autónomo/Dependiente</i>	100	50/50	3/3
V.39 Antecedentes atribuidos:			
<i>Enfermo Mental</i>	253	60	23

Tabla 32. Imágenes en Prensa del enfermo mental, para el total de la muestra

### 5.3.3-Representación de las Instituciones implicadas:

Los diferentes conceptos que definen este campo han sido estudiados a partir de cinco conjuntos de variables, *Familia, Administraciones Públicas, Asociaciones de Familiares, Profesionales y Contexto social*.

Esta última variable recoge el contexto social en el que es interpretada la noticia por los agentes sociales involucrados en la misma, señalando las características más sobresalientes sobre el hecho causal, los precedentes y las circunstancias asociadas.

#### 5.3.3.1-Familia

-Familia:	n° noticias	% en la var.	% mues.
V.40-Ingresos: <i>Bajos ingresos</i>	30	52	3
V.42-Reacción familiar:			
<i>Solicitud ayuda a la Administración.</i>	55	22	5
<i>Denuncia policial</i>	56	22	5

Tabla 33. EM y familia, para la totalidad de la muestra

La variable *reacción familiar* ha mostrado diferencias entre periódicos ( $\chi^2:53.79$ ;  $\beta: 5.15$ ;  $p < 0.05$ ), por su parte la variable *ingresos*, sin diferencias ( $\chi^2:5.7$ ;  $\beta: -0.1$   $p > 0.05$ ), perfila la presencia porcentual predominante en todas los periódicos de familias de bajos ingresos involucradas en las noticias sobre los trastornos mentales (30%), frente a un 9% de ingresos

medios y el 19% de altos ingresos. Estos datos se relacionan con otras investigaciones que apuntan a la relación entre la exacerbación de síntomas y la falta de medios y recursos de apoyo social (Álvaro y cols. 1992; Páez y cols. 1996). Indican también, que la gravedad del problema es tal, que las familias, independientemente de su nivel de ingresos, se ven envueltas en las noticias que los periódicos publican sobre la enfermedad mental, ante la que reaccionan de modo diferente.

La situación de las familias provoca como reacción prioritaria, *la denuncia policial y la solicitud de ayuda ante la Administración*, lo que resulta congruente con la descripción de las circunstancias que en este momento rodean a las personas con enfermedad mental y sus familias. Saiz y cols. (1997) citando el estudio de Cabrerizo (1994), confirman que al menos, el 50% de los ingresos involuntarios y por tanto con precedentes policiales o jurídicos, son solicitados directamente por los familiares del enfermo.

### 5.3.3.2-Administraciones

Las Administraciones han sido estudiadas a partir del análisis de las variables *Ámbito, Sector, Representantes Públicos y Declaraciones Institucionales*, a fin de determinar cual es la Administración que contribuye especialmente a la representación social de los trastornos mentales y en que sentido se producen las intervenciones públicas.

-Administraciones:	nº noticias	% en la var.	% mues.
V.43-Ámbito: <i>Admón. Central</i>	384	52	34
V. 44-Sector: <i>Admón. de Justicia</i>	261	38	23
V. 45-Representantes Públicos:			
<i>Consejería de Asuntos Sociales</i>	51	36	5
V.46-Declaraciones Institucionales:			
<i>Falta de recursos sociales</i>	36	19	3
<i>Falta de recursos sanitarios</i>	32	17	3
<i>Creación de recursos sociales</i>	35	19	3

Tabla 34. EM e Instituciones Públicas, en el total de la muestra

-*Ámbito: Ayuntamientos 13%, Diputaciones 6%, Admón. Autonómica 26%, Admón. Central 52%, Admón. Europea 1% y Ad. Internacionales. 2%*. La presencia de estas Instituciones viene determinada por la actuación predominante de la Admón. Central, dada la fuerte presencia de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y el sector de la Administración de Justicia debido a la evidente judicialización del tema, que es compartida para todas las noticias sin presentar diferencias entre los periódicos analizados ( $\chi^2: 21.56; \beta: 1.69; p > 0.05$ ).

-*Sector: Hace referencia a la Administración Sanitaria 21%, de Justicia 38%, de Servicios Sociales 17% y Fuerzas de Seguridad 24%*, apareciendo

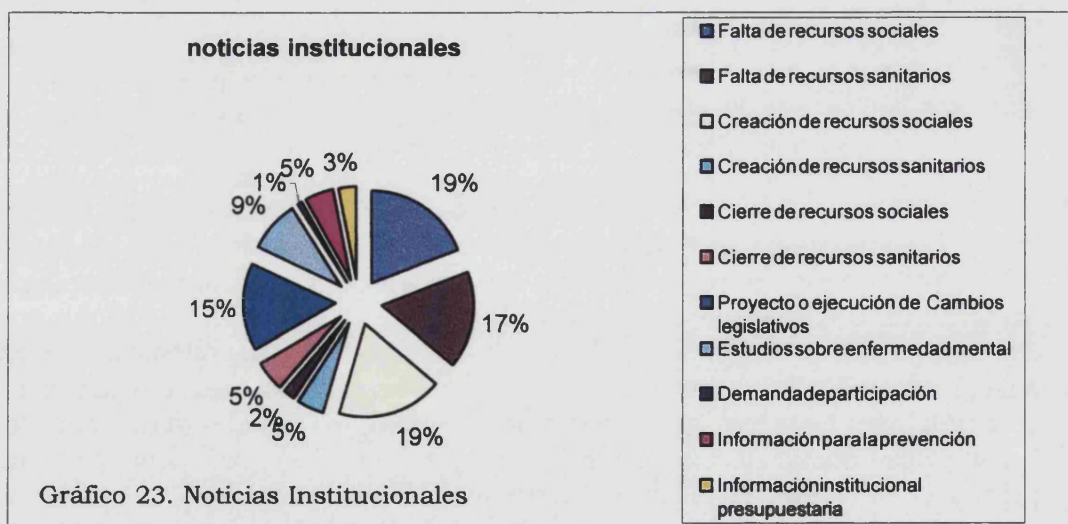
diferencias entre los periódicos encuestados ( $\chi^2: 32.47; \beta: 7.82; p < 0.05$ ), y siendo la Administración de Justicia la de mayor presencia en el conjunto de la prensa analizada. Los periódicos de la muestra se caracterizan diferencialmente por su cercanía a publicar noticias relacionadas con el sector de Sanidad (ABC), Justicia (Las Provincias), Servicios Sociales (El País) y Levante a Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

-Los Representantes Públicos con presencia reseñable en la prensa analizada son los pertenecientes a la Consejería de Bienestar Social, con el 36% de las declaraciones y noticias institucionales, lo que testimonia la fuerte aparición de la intervención pública en la creación de Recursos sociales para la enfermedad mental.

-Las Declaraciones Institucionales han sido recogidas, sin diferencias significativas, a partir de las siguientes categorías:

- Falta de recursos sociales (19%)
- Falta de recursos sanitarios (17%)
- Creación de recursos sociales (19%)
- Creación de recursos sanitarios (5%)
- Cierre de recursos sociales (2%)
- Cierre de recursos sanitarios (5%)
- Proyecto o ejecución de cambios legislativos (15%)
- Estudios sobre enfermedad mental (9%)
- Demanda de participación (1%)
- Información para la prevención (5%)
- Información institucional presupuestaria (3%)

Las declaraciones Institucionales versan fundamentalmente, sobre la creación, insuficiencias de la red de Servicios Sociales y la falta de recursos sanitarios.



Prácticamente todas las noticias de carácter institucional, se centran en la falta de recursos sociales y sanitarios y también en la creación de nuevos recursos de carácter social, describiendo la importancia y la



centralidad del debate institucional en torno a la creación y funcionamiento de una red de servicios de intervención psicosocial.

Las declaraciones críticas de los partidos políticos, son protagonizadas fundamentalmente por los representantes de IU (9%) y a mayor distancia, por el PSOE (3%).

La relación nominal de la representación institucional, está contenida en su totalidad en los anexos de esta investigación, presentándose a continuación aquellas personas que han aparecido en prensa con preferencia al resto:

	<u>Referencias</u>
-Partidos políticos: Carmen Cana (IU)	3
-Ad. Local: Vicente Luis Requena (Alcalde Ontenient)	3
Julio de España (Dip. Alicante)	5
-Ad. Autonómica: <b>García Merita (Dir. As. Sociales)</b>	<b>14</b>
Marcela Miró. Cons. Bienes. Social Valencia	9
-Ad. Central: Carlos González Cepeda. Del. Gobierno CV	3

### 5.3.3.3-Asociaciones

<u>-Asociaciones</u>	nº noticias	% en la var.	% mues.
<i>-Acción de las Asociaciones:</i>			
Centradas en la Integración social	39	27	3
Centradas en el funcionamiento de la Ad. Sanitaria	28	20	3
Centradas en el funcionamiento de la Ad. de Servicios Sociales	32	23	3
<i>-Recursos solicitados:</i>			
CRIS	18	16	2
Centros específicos	14	12	1
Residencias	13	12	1

Tabla 35. Asociaciones y EM, para el total de la muestra.

Ninguna de las dos variables presentan diferencias significativas en la prensa analizada, que describe la *Acción de las Asociaciones de Familiares* ( $\chi^2: 20.45; \beta: 0.58; p > 0.05$ ), en dos vertientes diferenciadas: lograr la Integración Social de los Enfermos Mentales y denunciar el funcionamiento de las Administraciones Sanitaria y de Servicios Sociales. *Los Recursos solicitados* ( $\chi^2: 46.58; \beta: 1.76; p > 0.05$ ), se centran fundamentalmente en la creación de Centros de Integración Social y Residencias, por lo que integración social y Recursos de respiro familiar se convierten en las primeras necesidades del movimiento asociativo.

Las 94 Asociaciones que forman en el anexo, el listado nominal del asociacionismo valenciano, caracterizan el gran dinamismo de las organizaciones no gubernamentales, así como la atomización del tejido social con diferentes objetivos específicos. A continuación se presentan las Asociaciones con mayor presencia en los Medios analizados.

Asociaciones	Referencias
FEVAFEM (EM)	21
FEAFES (EM)	8
AS. ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA	10
CRUZ ROJA	8

Como puede verse, la Federación Valenciana de Familiares de Enfermos Mentales, supone la mayor frecuencia de las declaraciones y acciones reflejadas en la prensa escrita. Esta Organización, es seguida con una fuerte presencia en los Medios, por la Asociación Española de Psiquiatría, debido fundamentalmente, a Congresos y Jornadas celebradas en nuestro país durante los años comprendidos en el seguimiento de los periódicos analizados. De los 47 representantes de las Asociaciones, los siguientes, son los de mayor número de referencias e intervenciones en las noticias seleccionadas:

Fernando Ferrer Ribera	13 (F. Valenciana de As. Fam. En. Ment. FEVAFEM)
Juan José López Ibor	6 (Asociación Española de Neuropsiquiatría)
Adolfo Calle	3 (Asociación Valenciana de Psiquiatría)
Norman Sartorius	3 (Asociación Mundial de Psiquiatría)

La descripción de la presencia de las Asociaciones Sociales y sus representantes, confirman que los colectivos con mayor influencia en los Medios obedecen a los intereses de las Asociaciones de Familiares, centradas en la integración social y a la creación de Recursos sociales intermedios, así como al importante peso específico de la psiquiatría en este campo. Por el contrario, destaca la absoluta falta de presencia significativa de organizaciones ligadas a la Psicología o el Trabajo Social, profesiones dependientes fundamentalmente de Recursos sociales intermedios, inexistentes en la actualidad, que se nutren de estos sectores profesionales en la conformación de sus plantillas.

#### 5.3.3.4-Profesionales

- <i>Campo de actuación profesional:</i>	<u>nº noticias</u>	<u>% en la var.</u>	<u>% mues.</u>
PSIQUIATRÍA	182	23	16
ABOGACÍA	169	21	15
POLICÍA	189	24	17
- <i>Profesión:</i>	<u>nº noticias</u>	<u>% en la var.</u>	<u>% mues.</u>
PSIQUIATRAS	183	19	16
ABOGADOS	169	17	15
JUECES	94	10	8
- <i>Sector:</i>	<u>nº noticias</u>	<u>% en la var.</u>	<u>% mues.</u>
SANIDAD	101	46	9
JUSTICIA	110	50	10
UNIVERSIDAD	53	24	5

Tabla 36. Profesionales y EM, en el total de la muestra.

Las tres variables que definen la presencia de los profesionales, el *campo de actuación profesional* ( $\chi^2:97.59$ ;  $\beta: 13.59$ ;  $p < 0.05$ ), *profesión*

( $\chi^2:125.71$ ;  $\beta: 25.37$ ;  $p < 0.05$ ), y sector ( $\chi^2: 31.13$ ;  $\beta: 3.10$ ;  $p < 0.05$ ), han resultado significativamente diferentes en los periódicos analizados. En cualquier caso, las opiniones, actitudes e información que aparecen en prensa, provienen preponderantemente como puede verse, de la *abogacía, la judicatura, la policía y sobre todo de la psiquiatría*. La *Universidad* aparece como sector de importancia por el hecho de que gran parte de los psiquiatras y abogados que aparecen en los periódicos analizados, simultanean sus actividades profesionales con el desempeño de tareas docentes y de investigación en las Universidades españolas.

Si en la definición de las características de la enfermedad mental, existían datos suficientes para determinar un modelo científico hegemónico, resulta oportuno destacar que la psiquiatría y la abogacía, son las dos profesiones que definen sobre la base de sus conocimientos e intereses, la realidad cotidiana de las enfermedades mentales. Prácticas y mentalidades que como vemos, no sólo representan las fuentes profesionales de referencia en los Medios, sino que también se conectan con el mundo de la educación universitaria y la cultura, asegurando con ello su difusión social, más allá de la práctica profesional.

#### 5.3.3.5-Contexto Social

<i>-Hecho causal:</i>	n° noticias	% en la var.	% mues.
Agresión producida por el enfermo	375	27	34
Divulgación	266	19	24
Internamiento Psiquiátrico	105	8	9
<i>-Situación descrita:</i>			
Agresión a terceros	231	25	21
Agresión a familiares	174	19	16
<i>-Circunstancias asociadas:</i>			
Con diagnóstico médico	192	16	17
<i>-Antecedentes situacionales:</i>			
En núcleo familiar	154	30	14

Tabla 37. Contexto social de la EM

Las cuatro variables que definen el contexto social, han resultado significativamente diferentes para los periódicos de la muestra. *Hecho causal*, como información sobre el origen de la noticia ( $\chi^2: 88.40$ ;  $\beta: 8.73$ ;  $p < 0.05$ ), la *Situación descrita*, como los conceptos que definen la situación global del suceso ( $\chi^2 : 71$ ;  $\beta: 6.63$ ;  $< p 0.05$ ), las *Circunstancias asociadas*, que describen aquellas características que estando presentes, no definen por sí solas la situación ( $\chi^2:159.18$ ;  $\beta: 9.72$ ;  $< p 0.05$ ), y *Antecedentes situacionales* ( $\chi^2 : 83.53$ ;  $\beta: 10.88$ ;  $< p 0.05$ ), que describen los precedentes indicados por los actores sociales del hecho relatado.

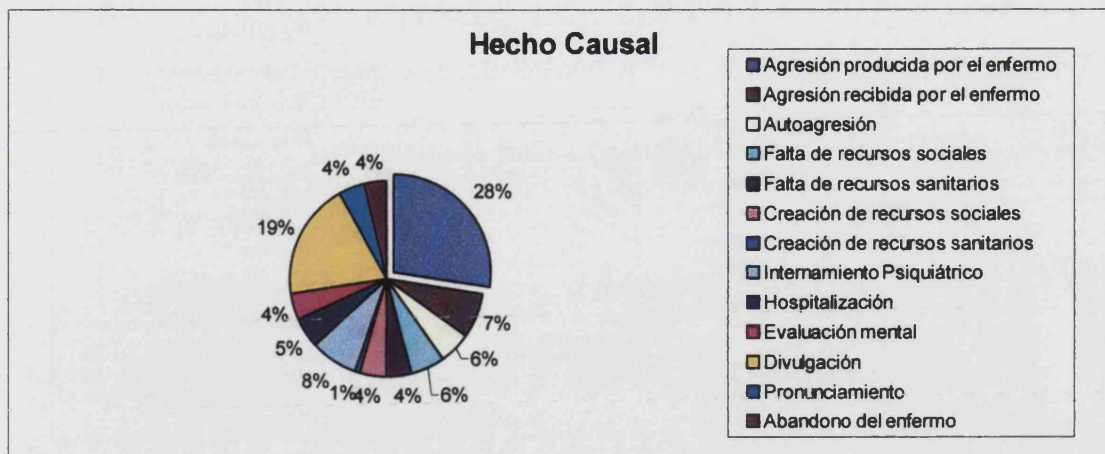


Gráfico 24. Hecho causal de las noticias

-El hecho causal: De un abrumador 34% de los artículos de la muestra, están referidos a la *agresión producida* por el enfermo mental. Un 9 % de las categorías de la muestra, se expresan a través de la *agresión recibida* y la *autoagresión*, con un 7% sobre el total de muestra.

*Lo que significa que el hecho causal que origina el 50% de los artículos de la muestra, tiene su causa en la agresión.*

-La *Divulgación* (19%), supone la segunda de las categorías que definen los hechos causales de las noticias, este concepto se refiere a aquellas informaciones que popularizan datos epidemiológicos, características indirectas de la enfermedad mental, noticias sobre investigación o declaraciones generales sobre estos trastornos.

-El *Internamiento Psiquiátrico* es la tercera categoría con mayor presencia en la variable, junto a *hospitalización*. Supone el 13% de las frecuencias de la variable y el 15 % del total de todos los artículos de la muestra.

Por lo que la *agresión*, la *divulgación científica*, el *internamiento* y la *hospitalización psiquiátrica* suponen el 82 % de las categorías que describen la causalidad de las noticias.

-La situación descrita:

Sobre la que giran los argumentos o testimonios reflejados en los artículos de la muestra, sigue siendo la *agresión*, centrada en *terceros* en primer lugar y a *los familiares* en segundo lugar.

Si a estas categorías le añadimos la *autoagresión* y *agresión recibida*, la *agresión satura el 60% de las noticias recogidas en esta variable y el 50% del total de la muestra.*

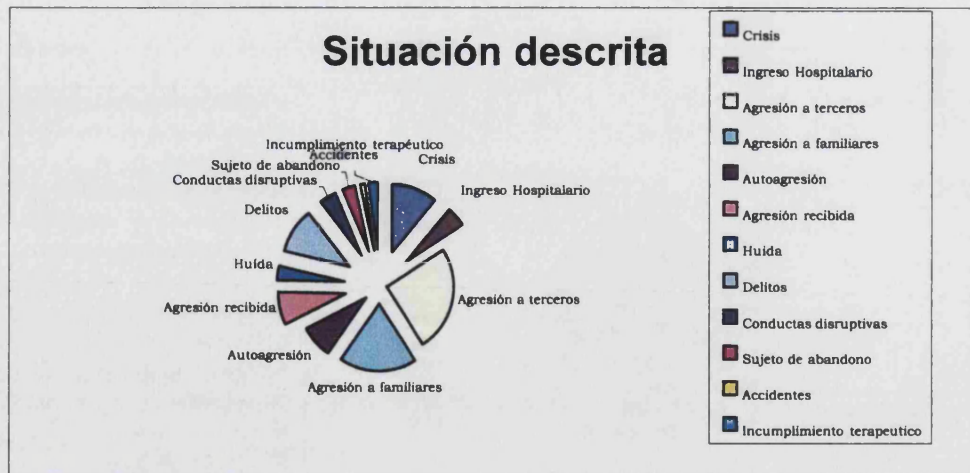


Gráfico 25. Situación descrita

*-Las circunstancias asociadas a las noticias resumen el hecho entre otros, de que gran parte de los protagonistas de la información relatada, están en tratamiento psiquiátrico o bien lo han estado en el pasado (16% de las noticias de la variable).*

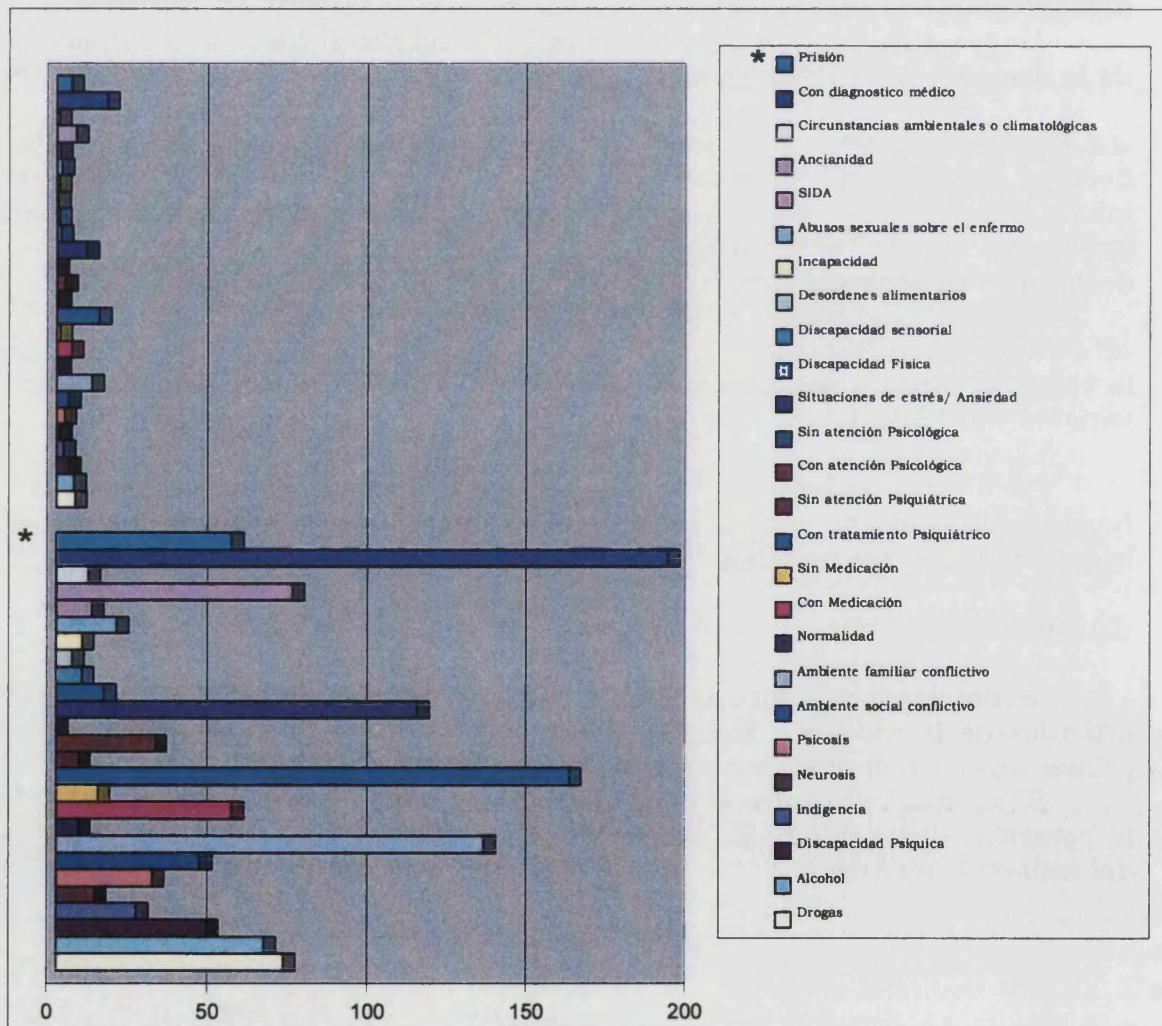


Gráfico 26. Circunstancias asociadas a la EM

*Las drogas y el alcohol*, aparecen como circunstancias asociadas a la enfermedad mental en un 12% de las noticias del total de la muestra.

*El ambiente social (4%) y familiar (12%) conflictivo, la indigencia (2%), las situaciones generadoras de estrés y ansiedad (10%) y la ancianidad (7%),* describen el 35 % del total de las noticias de la muestra, confirmando a *las adicciones, el conflicto familiar y las situaciones estresantes,* junto a *en tratamiento psiquiátrico*, como las de mayor fuerza en su asociación con las enfermedades mentales.

*La discapacidad psíquica (4%), física (1%) y sensorial (1%),* aparecen en un 6% de los artículos de la muestra. La discapacidad psíquica en la mayoría de los artículos, no permite definir diferencialmente la enfermedad mental de la deficiencia mental.

Las categorías *con medicación (5%), con tratamiento psiquiátrico (14%)* y *con atención psicológica (3%),* suponen un 22% del total de la muestra. Estas elevadas cifras apuntan al hecho de que, uno de cada tres de los protagonistas de las noticias referentes a agresión, (las únicas en las que puede aparecer esta referencia), está bajo tratamiento o lo había estado en el pasado, por lo que este hecho describe la insuficiencia del tratamiento farmacológico en la contención y manejo de las circunstancias que están potenciando la agresión en la enfermedad mental.

*Incapacidad (1%) y prisión (5%),* forman las categorías que describen las circunstancias cercanas a la intervención jurídica en enfermedad mental.

*SIDA (1%) y con diagnóstico médico (17%),* son categorías que hacen referencia a circunstancias médicas en la enfermedad mental, sin embargo el concepto de *diagnóstico médico*, se usa de modo análogo al *psiquiátrico*, por lo que no posee capacidad para definir por sí solo la posibilidad más que evidente, de la existencia de enfermedades asociadas a los trastornos mentales. En el caso de su uso por analogía, la existencia de casos de agresión bajo tratamiento psiquiátrico, aumentaría considerablemente.

*Abusos sexuales sobre el enfermo (2%) y circunstancias ambientales o climatológicas (1%),* son características heterogéneas que rodean la enfermedad mental y contextualizan esta variable.

-Los antecedentes situacionales, describen aquellas características que son descritas por los agentes sociales y periodistas como situación precedente al hecho relatado. Las noticias destacan fundamentalmente cuatro situaciones:

*Normalidad (6%), en Tratamiento Psiquiátrico (6%), en Prisión ( 6%) y en el Núcleo Familiar (14%).* Todos estos datos son coherentes con los resultados precedentes, al seguir incidiendo sobre el hecho de que gran parte de los enfermos mentales antes de los hechos publicados, poseían un buen ajuste social, lo que no es coherente con en el perfil del psicótico

crónico. También describen la insuficiencia del modelo biomédico de manera reiterada, al señalar que una de las características de la situación precedente es, precisamente, el estar bajo tratamiento psiquiátrico, lo que debería hacer reflexionar sobre la eficacia y dirección de las inversiones en recursos para los enfermos mentales, así como en la reformulación de los objetivos y métodos de la atención psiquiátrica actual. Así mismo, se señala la existencia de un internamiento previo en el ámbito penal, sin que el mismo, haya generado ningún tipo de rehabilitación ni social ni psicológica, conductual o psiquiátrica. Y por último, nos muestra el seno familiar como campo de tensiones de manera inequívoca. Evidenciando con ello, el coste que las familias españolas y los propios enfermos mentales están pagando por el abandono al que están siendo sometidos.

Variables con diferencias significativas entre los periódicos de la muestra, referidas al contexto social.

**-Hechos causales de las noticias:**

*Agresión producida por los enfermos mentales.*

**-Situación descrita en las noticias:**

*Agresión a terceros y familiares.*

**-Circunstancias asociadas a las noticias:**

*Situaciones de ansiedad, con tratamiento psiquiátrico y ambiente familiar conflictivo.*

**-Antecedentes situacionales:**

*En el núcleo familiar, tratamiento psiquiátrico, prisión, normalidad.*

Tabla 38. Factores diferenciales del contexto social en EM

**5.3.4-Los titulares de la locura**

En este apartado hemos querido constatar las categorías que aparecen en los titulares como definitorias de las noticias. Su selección y frecuencia (1007), se ha realizado a partir de 48 categorías diferentes, sobre la base de un análisis entre jueces sobre los contenidos de los titulares de las noticias y aquellos conceptos que aparecen reseñados, encuadrados o resaltados en los artículos de la muestra (*lid*). Nuestro objetivo es detectar qué conceptos describen la enfermedad mental de modo preferente. Por lo que podemos identificarlos como las palabras que para los periódicos tienen mayor poder explicativo de los trastornos mentales y que por esta razón, se reseñan de modo destacado. En el gráfico 27, podemos detectar aquellos conceptos de mayor contenido explicativo en los titulares y *lid*, sobre *qué enfermedad mental aparece con mayor incidencia, cómo se las etiqueta y qué orientación científica resulta predominante*.

**5.3.4.1-Enfermedades mentales:**

Las enfermedades mentales que aparecen con mayor frecuencia en titulares y reseñas son:

- 1.-La esquizofrenia, (5,8%)
- 2.-Enfermedades neurológicas como Alzheimer, (4,6%)
- 3.-La depresión, (4,4%)

Las representaciones de la enfermedad mental se agrupan sobre la base de estos tres tipos de trastornos, su etiología, curso y consecuencias son las que generan el mayor contenido cualitativo del análisis realizado, a excepción de las enfermedades neurológicas u orgánicas, que se encuentran desplazadas en el contenido de las noticias por los trastornos de personalidad.

#### **5.3.4.2- La etiqueta de la enfermedad mental:**

La etiqueta que aparece en los titulares, con la que se identifican los trastornos mentales, se han agrupado en seis grandes categorías:

##### A) Como enfermedad: (Total :14,4 %)

Crónica:	0,3 %
Psiquiátrica:	0,5 %
Psíquica:	0,3 %
Mental:	13,3 %

Lo que confirma que también en titulares, la locura es considerada como una enfermedad de características propias o "*mental*", no sujeta enteramente a etiquetas relativas a modelos científicos determinados.

##### B). Como hecho fortuito e incontrolable: (Total: 7,4%)

Alteración:	0,8%
Arrebato:	0,1%
Enajenación:	1%
Perturbación:	3,2%
Crisis nerviosa:	2,3%

Como se ve, un 7,4 % de los titulares, se refieren a los trastornos mentales como una perturbación o una crisis nerviosa, lo que confirma los datos que señalaban la acentuada presencia del estrés y la ansiedad y su relación con la enfermedad mental. La distintividad entre psicosis y neurosis que corresponde a la diferenciación encontrada entre locura y enfermedad de los nervios (Páez y cols.1986), será analizada en el análisis cualitativo, aunque podemos adelantar que la susodicha enfermedad nerviosa, viene referida a estados de ansiedad que se relacionan, pero no siempre sustituyen a las psicosis.

##### C). Como Trastorno: (Total: 6 %)

De conducta	1,2%
De personalidad	2,2%
Mental	6%
Psiquiátrico	0,6%
Psicológico	1,4%



El trastorno mental, no representa en este caso un sinónimo de “trastornado”, como una indefinición propia del pensamiento social, sino más bien al contrario, ya que aparece con alguno de los complementos que figuran en la relación C, derivándose precisamente, de la especialización del término. Es un concepto generalizador de las enfermedades mentales en su conjunto, proveniente de manuales clasificatorios como el DSM IV y el CIE 10.

D). Como Demencia: (Total: 3,8%)

Durante el proceso posterior de análisis cualitativo pudimos observar que en la mayoría de los casos, el concepto de demencia se utiliza como un conjunto donde todo cabe. Así, “demencia pasajera”, es muy utilizado en el campo jurídico, e incluso, en el testimonio de personas poco informadas, era utilizado de modo equivalente a “fuera de control”. Sin embargo, en la mayoría de los casos se aplicaba como intercambiable con las demencias seniles. Tanto el concepto de demencia como el de discapacidad, son utilizados en un campo difuso donde su mayor aportación se relaciona con enfermedades de origen orgánico y de retraso mental respectivamente, aunque ello no impide su aplicación en menor proporción, al campo de las enfermedades mentales en general.

<u>E). Como locura:</u>	4,6%
Manicomio:	0,7%

Como vemos, los síndromes psiquiátricos son representados en los titulares o reseñados en los artículos, como enfermedades y trastornos mentales, que en menor medida, también se relacionan con un hecho fortuito, estresante o incontrolable de carácter nervioso.

Una de las sorpresas de este primer análisis de frecuencias ha residido en la escasa presencia de la palabra “locura” en las noticias y *lids* de la muestra. La importancia de este evocador concepto ha sido contrarrestada y sustituida de modo fulminante por el concepto de “enfermedad” o “trastorno”. Son en estos hechos donde vislumbramos cierta modificación en las representaciones clásicas de la enfermedad mental. Bajo estos cambios y en concordancia con los datos de este primer análisis estarían, tanto los modelos médicos como los jurídicos y su terminología.

Frente a los conceptos populares de identificación del trastorno, esto implicaría una “especialización” de la locura como enfermedad, lo que se confirma con una fuerte y heterogénea presencia de los profesionales de la salud y la judicatura en las noticias analizadas. Por otra parte, cabe recordar que conceptos como el de locura, evocan siempre, aquellos términos con los que las culturas más antiguas hacen alusión a problemas que afectan a la globalidad del individuo y de este con su entorno, al ser conceptos cercanos a las explicaciones ontológicas a partir de la esencia o *naturaleza* de las cosas. El desuso de este concepto es coherente con el apogeo y consolidación de los modelos científicos y la especialización en la descripción de la enfermedad mental, como una dolencia que puede tener efectos limitados, sobre áreas concretas y por un tiempo determinado.

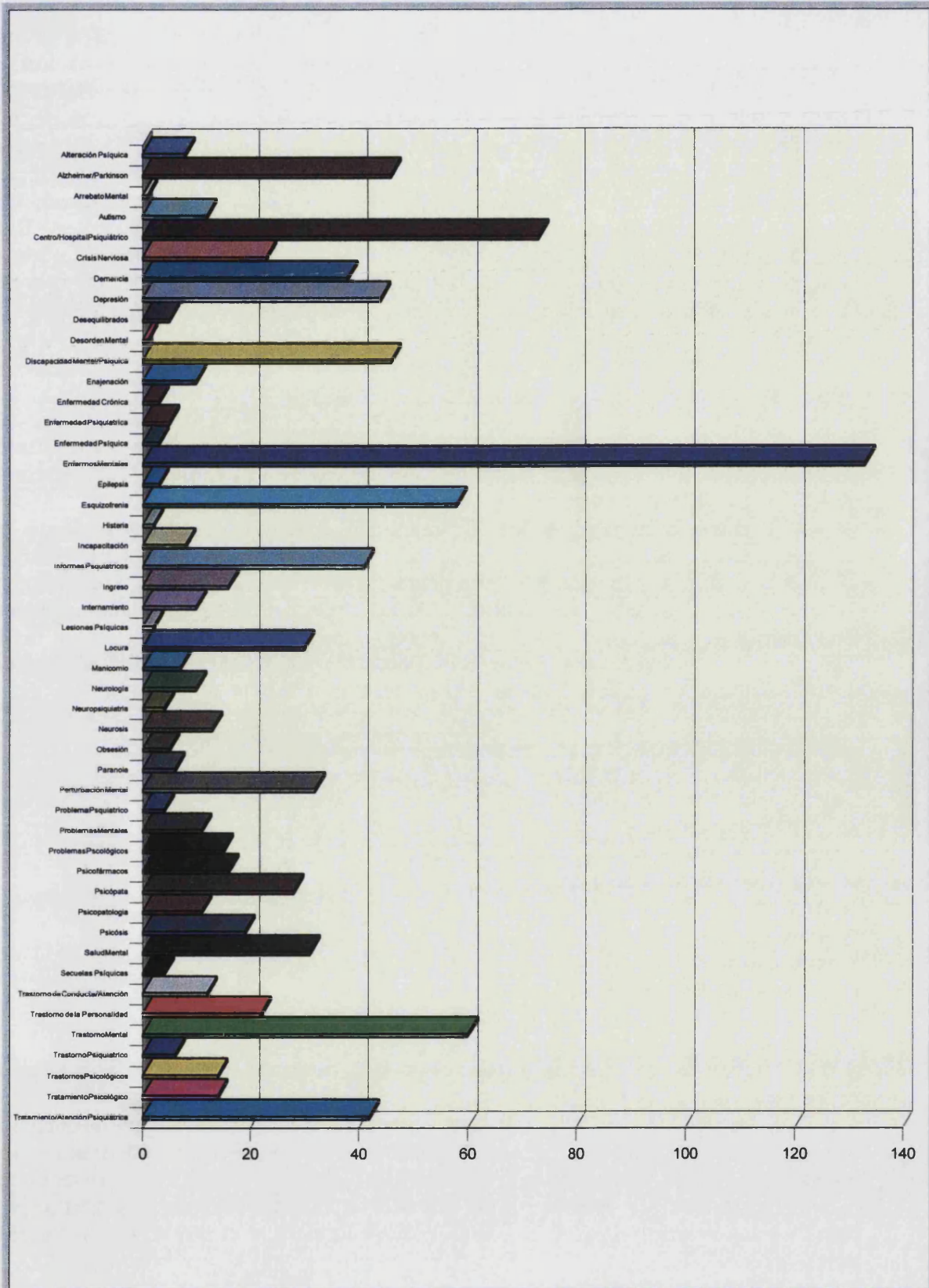


Gráfico 27. Titulares y Lid en EM.

Lo que enlaza con el contenido de esta investigación, ya que nos situamos en los efectos de la barbarie producida por la especialización, al analizar las consecuencias psicosociales de los modelos científicos consolidados, que a partir de la conversión en dogmas de algunos de sus postulados (hospital, manicomio, internamiento, incapacitación, fármacos, cronificación, etc.), afectan a aquellas variables que no entran dentro del conocimiento clásico del enfoque biomédico, incidiendo negativamente con ello, en la definición, curso y terapia de las enfermedades mentales. Esta crítica no surge desde un enfoque irracionalista, ni su objetivo es el conocimiento científico, sino aquellas explicaciones circulares generadas por la ciencia como tradición, y por los científicos como corporación de intereses.

#### F).La enfermedad como discapacidad psíquica o mental:

Un 4,6% de las noticias analizadas identifican los problemas mentales como discapacidad, en gran parte de ellos se rastrean problemáticas sociales que no explícitamente se refieren al retraso mental.

El retraso mental y las demencias, fueron descartadas como ya mencionamos, de un análisis específico, por pertenecer a otros campos ajenos a esta investigación, centrada preferentemente en las psicosis funcionales crónicas y no a aquellos trastornos de clara etiología orgánica. En cualquier caso, cabe destacar que en la mayoría de estas noticias, no se diferencian taxativamente dentro del colectivo de discapacitados psíquicos, aquellas discapacidades debidas a trastorno mental.

#### **5.3.4.3- La enfermedad mental como modelo científico, (20,5%)**

Centro/Hospital Psiquiátrico:	7,3%
Informe Psiquiátrico:	4,1%
Ingreso Hospitalario:	1,6%
Internamiento Psiquiátrico:	1%
Neurología:	1%
Neuropsiquiatría:	0,4%
Psicofármacos:	1,6%
Psicopatología:	1,1%
Tratamiento/Atención Psiquiátrica:	4,2%

Con un 20,5% de los datos, el modelo biomédico es sin discusión, el representado de manera hegemónica en los titulares de la muestra.

La presencia de este modelo, desplaza cualquier otra consideración hacia otra forma de tratamiento, no sólo por la amplitud de su descripción categorial, sino también por el detalle de la misma. El modelo de intervención social, apenas tiene conceptos difundidos por los titulares y *lids* que describan la práctica, desarrollo y Recursos característicos de esta corriente.

#### 5.3.4.4- La EM como Salud y Enfermedad

La posición que la prensa escrita adopta frente a la salud y la enfermedad denota también un punto de vista relacionado con modelos científicos determinados. De este modo la presencia de la *salud* mental, implica una preocupación por la conservación en positivo de la calidad de vida y del ajuste social, de la prevención y de la detección de las causas sociales que estimulan y modulan la aparición y el curso de los síndromes.

En este sentido y frente al 14,5% de los titulares o reseñas centrados en la enfermedad (Tabla 40), aparece solo un 3,1%, centrados en la salud mental (Tabla 39). Por lo que los Medios centran su discurso sobre los supuestos del modelo biomédico de manera sobresaliente, al incidir casi exclusivamente sobre la enfermedad y no sobre la conservación y promoción de la salud.

	Levante	El País	Las Provincias	ABC
Salud	(0,3%)	(1,4 %)	(0,9 %)	(0,5%)

Tabla 39. Porcentajes de la categoría "salud" en lid y titulares

Aquí aparece una diferencia significativa entre la prensa del polo progresista y la conservadora ( $\chi^2:9.85$ ;  $\beta: 3,96$ ;  $p < 0.05$ ), que describiremos más adelante en el análisis diferencial, consistente en que la primera, le dedica una mayor importancia a los contenidos referentes a la *salud mental*, que no necesariamente están ligados en exclusiva a evitar la enfermedad, sino a mejorar el bienestar individual y social que supera la visión clásica del modelo médico.

Enfermedad	Levante	Las Provincias	ABC	El País
Mental	(5,1%)	(7,1 %)	(2,2%)	( 1 %)

Tabla 40. Porcentajes de la categoría Enfermedad mental en lid y titulares.

Coherentemente con lo anterior, también podemos observar una mayor presencia de la *enfermedad* en los periódicos de posicionamiento conservador, Tabla (40).

Como hemos visto, un primer análisis descriptivo de las frecuencias encontradas en las noticias y en sus titulares, da como resultado una diferenciación significativa en muchas de las variables que definen la representación social de las enfermedades mentales en la Prensa analizada.

Así mismo, hemos detectado un comportamiento diferencial en algunas variables de contenido y ubicación con relación a las características

de los periódicos de la muestra. También hemos observado la importancia en los titulares y lid, en la categorización de los trastornos mentales. Por lo que resulta oportuno señalar las características generales de la muestra, antes de proceder al análisis diferencial de los datos observados.

#### **5.4 Características sobresalientes de las variables de contenido**

##### 5.4.1-Imágenes de las enfermedades mentales:

La enfermedad mental gira alrededor de los temas legales, de agresión y sanitarios que ocupan el mayor número de noticias de la muestra. Las enfermedades más referidas son: *la esquizofrenia, la depresión y los trastornos de personalidad*, aunque en titulares, las *demencias* ocupan el lugar de los trastornos de personalidad. La muestra de periódicos analizados ve la enfermedad mental, *como enfermedad, como trastorno y como problema*.

La problematicidad ligada al trastorno, esta definida tanto desde una terminología pseudocientífica (problema mental), como por las secuelas y derivaciones sociales del mismo.

En los Medios, la enfermedad mental, *ya no es un problema de los nervios*, ni siquiera es identificada totalmente con un *trastorno psiquiátrico*, en este sentido, el concepto generalizador: *mental*, genera un campo semántico donde no existe una definición clara de la etiología y tratamiento de estas enfermedades y que resulta llamativo por la fuerza de su presencia y la minimización de conceptos medicalizados, como psiquiátrico o neurológico. De hecho, las creencias sobre las causas o etiología de la enfermedad mental se encuentran muy repartidas y sin diferencias para el total de la muestra, a partir de concepciones *deterministas* de los modelos de *estrés social, génico y orgánico*.

La enfermedad mental no tiene suficiente peso por sí misma para provocar las noticias de la muestra, solo en parte y en relación con la *divulgación* científica y social, aparece como causa principal. *Es la agresión y el internamiento psiquiátrico*, las dos principales razones que son reflejadas en los artículos sobre estos trastornos. Así, frases destacadas como *internan al joven que..; un demente agrade a.....*; Las hemos visto repetirse una y otra vez a lo largo del proceso de recogida y análisis de la información.

Las enfermedades mentales, para el total de la muestra, tienen como consecuencia *el conflicto familiar*, la convulsión de toda la red social y la *exclusión* del enfermo mental. Aislado y rechazado socialmente, el enfermo de la era postpsiquiátrica, se ve abocado a las consecuencias legales del *procesamiento judicial* de acusación o incapacitación, a la detención policial y al *internamiento psiquiátrico*.

La frontera entre lo criminal y lo psiquiátrico se difumina en nuestra actual sociedad, los trámites legales de incapacitación, los ingresos hospitalarios por orden judicial al ser involuntarios y los servicios de urgencias con sus dotaciones policiales en cada crisis esquizofrénica, *criminalizan* al enfermo mental ante la sociedad, al mismo tiempo que los propios representantes de la abogacía convierten los delitos comunes en procesos morbosos llenos de conceptos como *enajenación mental transitoria, impulso patológico, trastorno de personalidad*, que en la mayoría de las

noticias, constan con escasos o nulos síntomas psicóticos, en busca de eximentes y atenuantes, que desdibujan las fronteras de la enfermedad mental crónica y amplían su problemática a todos los sectores de la sociedad, transformando el fenómeno en un hecho social multiforme.

Sin diferencias entre los periódicos analizados, el curso de la enfermedad se considera *crónico, grave e incurable*. La aceptación de este hecho ante un trastorno como la esquizofrenia, en el que cíclicamente pueden aparecer crisis de importancia, resulta estremecedora para la mayoría de los familiares que se encuentran impotentes ante estas situaciones. La *intervención psiquiátrica y el internamiento* son algunas de las salidas que el tratamiento actual preconiza. Sin embargo, ante el auge de la *Intervención Comunitaria* y la nula posibilidad de nuevos internamientos por *falta de Recursos públicos* vemos como la Integración Social, rivaliza o complementa según sea el caso, con las categorías anteriores de modo incipiente y poco estructurado.

#### 5.4.2-Imágenes del enfermo mental:

Sin apenas diferencias entre los periódicos, el enfermo mental es un *varón de entre 25 y 50 años, vive en la comunidad y en el entorno de una zona urbana, esta casado, tiene hijos y vive con su familia, agrade a conocidos o desconocidos y sobre todo a los miembros de su propia familia.*

Es un *ENFERMO QUE AGREDE*, que posee un diagnóstico y ha sido tratado de su dolencia, siendo conocidas por el entorno social las características de su enfermedad. Familiares y vecinos entienden la insuficiencia del modelo asistencial sanitario actual y se preguntan si no hay "algo" para ellos, en la mayoría de los casos se refieren *al encierro*, por la *incontrolabilidad* de los trastornos mentales *en el contexto social actual*.

Pero mayoritariamente, el enfermo mental se relaciona con la agresión, una agresión que aparece ante los lectores de periódicos, como imprevisible en sus causas y consecuencias.

La conceptualización de las afecciones mentales, aunque se definan como enfermedades, en realidad desencadenan una serie de atribuciones en la que la enfermedad es la explicación de la agresión inmotivada. La magnificación de este hecho, alienta la atribución social respecto a que la agresión no se debe a problemas clínicos como la falta de adhesión a la medicación, o la falta de Recursos y de redes de apoyo social, sino a la propia "naturaleza" morbosa del loco. De ello, se deduce que ni siquiera el internamiento, en este contexto, es concebido como una medida terapéutica, sino como una medida cautelar que evite o disminuya el riesgo de agresión. Y ello, supone la más grave contradicción entre la existencia de Recursos sociales y sanitarios intermedios y la representación social de la locura en esta era de la post Reforma Psiquiátrica.

En realidad, esto significa que cuanto más tarde la red sociosanitaria en completarse, mas resistencias sociales y familiares va a encontrar en su desarrollo, bien como presión a transformar lo ambulatorio en residencial, bien como oposición directa a la inversión en Recursos intermedios, o sencillamente, con la expulsión del tejido social de los recursos de integración para enfermos mentales, por los propios ciudadanos.

### 5.4.3- Imágenes de las Instituciones implicadas:

#### a) Familia:

Aunque las enfermedades mentales no distinguen a las familias por el nivel de sus rentas, la gran mayoría de las que aparecen en los periódicos por esta causa, tienen un bajo nivel de ingresos. Las familias aristocráticas con algún vástago sujeto a anorexia, aparecen en las portadas de los periódicos; sin embargo el resto, aparecerá sin excepción en las páginas de sucesos. Para la prensa, estos personajes públicos son los protagonistas de la noticia, no son generalizados ni etiquetados socialmente. En el resto de los casos, la situación se invierte y es la enfermedad mental la que adopta la identidad y el protagonismo de la noticia. *“El esquizofrénico”* o *“el enajenado”*, se convierte en la identidad periodística que reviste al enfermo y lo categoriza en el pensamiento social.

Normalmente, estas familias sin medios para costearse una Residencia privada para sus hijos, *solicitan a la Administración* la creación de estos Recursos, ya que en nuestro país el derecho a la salud mental todavía depende casi enteramente de la disponibilidad de las rentas propias.

Conseguir una plaza en estas Residencias o el Internamiento de su familiar, implica a menudo, con el fin de proveerse de razón ante el juez, argumentar la *peligrosidad o incapacidad* del enfermo. En este contexto, la *denuncia policial* es el paso previo a la incapacitación y a la posibilidad subsiguiente de encontrar la tan ansiada ayuda institucional. Para ese momento, dado el abandono social que padece, el enfermo realmente se ha convertido trágicamente en la confirmación estereotípica de su imagen social.

#### b) Administraciones:

Como consecuencia lógica de lo anterior, la *Administración Central*, en concreto *Justicia*, se encuentra involucrada en la mayoría de las noticias que se relacionan con la enfermedad mental.

Sin embargo, es una Administración que genera escasas declaraciones al respecto, estas en realidad, corren a cargo de los representantes de la *Consejería de Bienestar Social*, al menos en nuestra Comunidad, donde al mismo tiempo que anuncian de hecho, el *cierre de los antiguos Recursos Sanitarios*, *anuncian la creación de Recursos de Integración Social para el futuro*.

#### c) Asociaciones:

Las asociaciones de enfermos mentales, son otra de las variables que han eclosionado a partir de la Reforma, conscientes de que los Psiquiátricos se cerraban, han intentado buscar Recursos alternativos a la anterior institucionalización.

Divididos entre, *el apoyo a la Integración Comunitaria* y el deseo de respiro y descarga familiar, se mueven entre fuertes contradicciones, como la exigencia a las Instituciones de la *responsabilidad pública del cuidado de*

*la salud*, al mismo tiempo que gestionan recursos Sociales, casi siempre con escasa cobertura presupuestaria. La Administración actual en el futuro, posiblemente les resuelva este problema, cediendo estos Recursos a la ley del mercado y la empresa privada. En cualquier caso, estas Asociaciones demandan *Centros Específicos*, no como están contenidos en las normas de Servicios Sociales, sino más bien, como “Recursos para estos enfermos”, de un modo generalizador.

Así mismo, se solicitan *Residencias*, sobre todo ante la zozobra del futuro de sus hijos y de manera destacada, *los Centros de Rehabilitación e Integración Social (CRIS)*, donde a través de un tratamiento ambulatorio se imparten programas de rehabilitación y de integración en redes sociales.

Estos Centros, no están diseñados como respiro familiar y su máxima potencialidad se expresa a partir de su coordinación con los servicios sociales de base y especializados, así como con las áreas de salud de la ciudad. Verdaderos puzzles, donde los modelos de Intervención Comunitaria y biomédico se encuentran o rivalizan entre sí, en la definición del curso y terapia de las enfermedades mentales. Campo de tensión de las aspiraciones familiares y la escasez actual de Recursos, con orientaciones diferentes en la rehabilitación y punto de encuentro de diferentes profesionales, forman realmente el núcleo característico de la Reforma.

#### d) Profesionales:

Coherentemente con lo expuesto, el mayor número de profesionales intervienen desde *la psiquiatría y la abogacía*; Los jueces y los psicólogos, como representantes estos últimos, de la Intervención Comunitaria aparecen en segundo término y de manera tangencial.

Los trabajadores Sociales aparecen en una zona intermedia, donde no resultan todavía definitorios de ese nuevo modelo, aunque en la práctica, tanto en la red de servicios sociales, como en la sanitaria, son figuras esenciales de este proceso. La mayoría de los profesionales pertenecen *al sector Sanitario Institucional, la Justicia y la Abogacía*.

El modelo temático *legal-agresión-sanidad* está institucionalizado, las Administraciones lo subvencionan y legitiman, es en él, donde gran parte de los profesionales logran reconocimiento económico, social y profesional. La mayoría de estos, también desempeñan cargos en las Universidades que se convierten así, en una extensión de sus quehaceres profesionales, de su propia carrera y de su práctica profesional.

La intervención Comunitaria por el contrario, es rechazada como actividad directamente institucional. Moviéndose en el sector de servicios, en empresas privadas u organizaciones sin ánimo de lucro, los profesionales que se integran en ella, son psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, integradores sociales, animadores socioculturales, educadores o técnicos de integración social, sin que la mayoría de ellos aparezcan como tales, de modo significativo, como intervinientes en el tratamiento de la enfermedad mental.

Ante el vacío legal e institucional entre la red sanitaria y la incipiente red asistencial Comunitaria y a la vista de los datos, sólo el voluntarismo y la profesionalidad de unos y otros, permite albergar a corto plazo, alguna



efectividad en la rehabilitación de los enfermos mentales, más allá de la “puerta giratoria” de la hospitalización temporal o de ese modelo asistencial actual, que legitima su insuficiencia a través de las instituciones judiciales, la incapacitación y el internamiento; y en su anclaje en un pensamiento social mayoritariamente de carácter asilar, como únicas vías posibles de intervención para los enfermos mentales.

## **5.5 Análisis Diferencial**

En la sección anterior, hemos podido describir las frecuencias más importantes, así como la descripción de los titulares, los elementos reseñados de las noticias y la descripción porcentual de las variables de ubicación y contenido. Esto nos ha permitido encontrar características comunes a todos ellos y diferencias entre los periódicos de la muestra.

Tomando como indicativo esta exploración inicial, pasamos a realizar el correspondiente análisis de correspondencias de acuerdo con la ubicación y los contenidos de las noticias de los cuatro periódicos, en aquellas variables que han resultado con *diferencias significativas*.

### 5.5.1- Variables de ubicación:

#### a 1. Extensión de las noticias en líneas:

Con ( $\chi^2:73$ ;  $\beta:17,6$   $p < 0.05$ ), los periódicos de la muestra han resultado con diferencias, que para Las Provincias se concretan en artículos entre menos de 25 a 50 líneas. En el ABC, la extensión en líneas alcanza de 50 a 75, mientras que para El Levante la extensión es de entre 75 y 100 líneas. Por último, el País se caracteriza por artículos de más de 100 líneas. Estos resultados describen como el tratamiento formal de las noticias puede estar relacionado con el posicionamiento ideológico de la prensa analizada. Donde los periódicos progresistas le dedican una mayor extensión de contenido a los textos donde se habla de enfermedad mental frente a una menor extensión de la prensa conservadora.

#### a 2. Extensión de las noticias en columnas:

También en esta variable, las noticias han resultado con diferencias significativas ( $\chi^2: 107,4$ ;  $\beta: 27,5$   $p < 0.05$ ). En ella, Las Provincias se caracteriza por el empleo de 1 y 3 columnas, El ABC encuadra sus noticias en 2 columnas, El País en 4 columnas y El Levante en 5 columnas. Lo que confirma, coherentemente con los resultados de la variable anterior, una posible mayor extensión de la información escrita en la prensa progresista frente a los periódicos conservadores.

#### a 3. Ubicación de las noticias:

Esta variable no ha producido diferencias significativas entre los periódicos analizados ( $\chi^2: 43,4$ ;  $\beta: 0,7$ ;  $p > 0,05$ ), compartiendo todos ellos las características generales descritas al respecto, sin diferencias y con escasa perceptibilidad por el lector, dada su ubicación (artículos en la parte superior izquierda). Respecto a la ubicación en las páginas pares o impares,

si han existido diferencias significativas entre periódicos ( $\chi^2: 1.05; \beta: 7.40; p < 0.05$ ), con un solo factor explicativo del 100% de la varianza, donde Las Provincias y el ABC, publican sus artículos en las páginas pares, frente a El País y El Levante que lo hacen en las impares, con una mayor perceptibilidad del contenido periodístico.

#### *B)-Extensión y ubicación del soporte gráfico*

El apoyo gráfico aparece solo en el 27 % del total de los artículos analizados, existiendo una pequeña prevalencia de la ubicación del soporte gráfico en la página par (15% frente a un 12% de la impar), y sin diferencias significativas ( $\chi^2: 1.05; \beta -1.12; p > 0.05$ ). Prácticamente la mitad de estas ilustraciones ocupan el espacio de dos columnas periodísticas (46%). Con una extensión de entre 50 y 75 líneas y se sitúan en la parte central superior (89% y 77%), de la página par e impar respectivamente. Por tanto, la descripción diferencial de frecuencias apunta al tratamiento de las noticias relacionadas con la enfermedad mental, con artículos sin soporte gráfico en la mayoría de las ocasiones y situados en la parte superior de la página par o impar.

##### **b 1. Extensión de los gráficos en líneas:**

Las noticias son publicadas de manera diferente en cuanto a la extensión en líneas del soporte gráfico ( $\chi^2: 28; \beta 4,6; p < 0.05$ ). Así, Las Provincias y EL País se caracterizan por gráficos de entre 25 y 50 líneas. El ABC y el Levante utilizan un apoyo gráfico de menos de 25 líneas.

##### **b 2. Extensión de los gráficos en columnas:**

Las diferencias significativas en esta variable ( $\chi^2: 58,3; \beta: 13,4 p < 0.05$ ) se expresan para Las Provincias, en artículos con soporte gráfico a 2 columnas, para el ABC a 1 columna, para El País a 3 y 4 columnas y para El Levante a 5 columnas. Lo que sugiere una mayor verticalidad y fragmentación gráfica en los periódicos conservadores frente a una mayor horizontalidad en los progresistas.

##### **b 3. Ubicación del soporte gráfico:**

Las noticias, han mostrado diferencias ( $\chi^2: 67.7; \beta: 4,6 p < 0.05$ ) en esta variable, que se expresan para Las Provincias, tanto para la página par como impar, en la parte superior izquierda. El ABC ubica este soporte, preferentemente, en la página par inferior derecha. El Levante utiliza en la página par, la parte inferior izquierda y en la impar la superior derecha, mientras que El País lo ubica, en la página par y en la zona central inferior.

Pudiendo deducirse de estos datos la preferencia de los periódicos de tirada nacional, en la ubicación del soporte gráfico en la parte inferior de la

pagina par, frente a la prensa de tirada local con mayor heterogeneidad en la inclusión del soporte gráfico, tanto en paginas pares como impares.

Este análisis diferencial nos permite concluir inicialmente, que la variabilidad en la ubicación y extensión de las noticias están relacionadas con el posicionamiento ideológico y el carácter de la tirada de los periódicos de la muestra.

### 5.5.2-Titulares y Lid.

En la fase anterior, se han detectado diversas imágenes de la enfermedad mental, por lo que el análisis diferencial aborda en primer lugar esta heterogeneidad en titulares y su relación con posibles diferencias entre periódicos.

En este sentido, es necesario destacar que todos los periódicos de la muestra asumen por igual en sus titulares, la existencia de las categorías en que son identificadas las enfermedades mentales, ya que no hay diferencias en el tipo de enfermedad ( $\chi^2: 3.06; \beta: -1.2; p > 0.05$ ), ni en la clase de enfermedad ( $\chi^2: 7.92; \beta: -0.36; p > 0.05$ ), ni en la distinción de la misma como hecho fortuito o arrebato ( $\chi^2: 11.8; \beta: -0.05; p > 0.05$ ). Tampoco existen diferencias al considerarla como trastorno o problema ( $\chi^2: 19.8; \beta: 2.27; p > 0.05$ ), ni como locura ( $\chi^2: 2.3; \beta: 0.17; p > 0.05$ ).

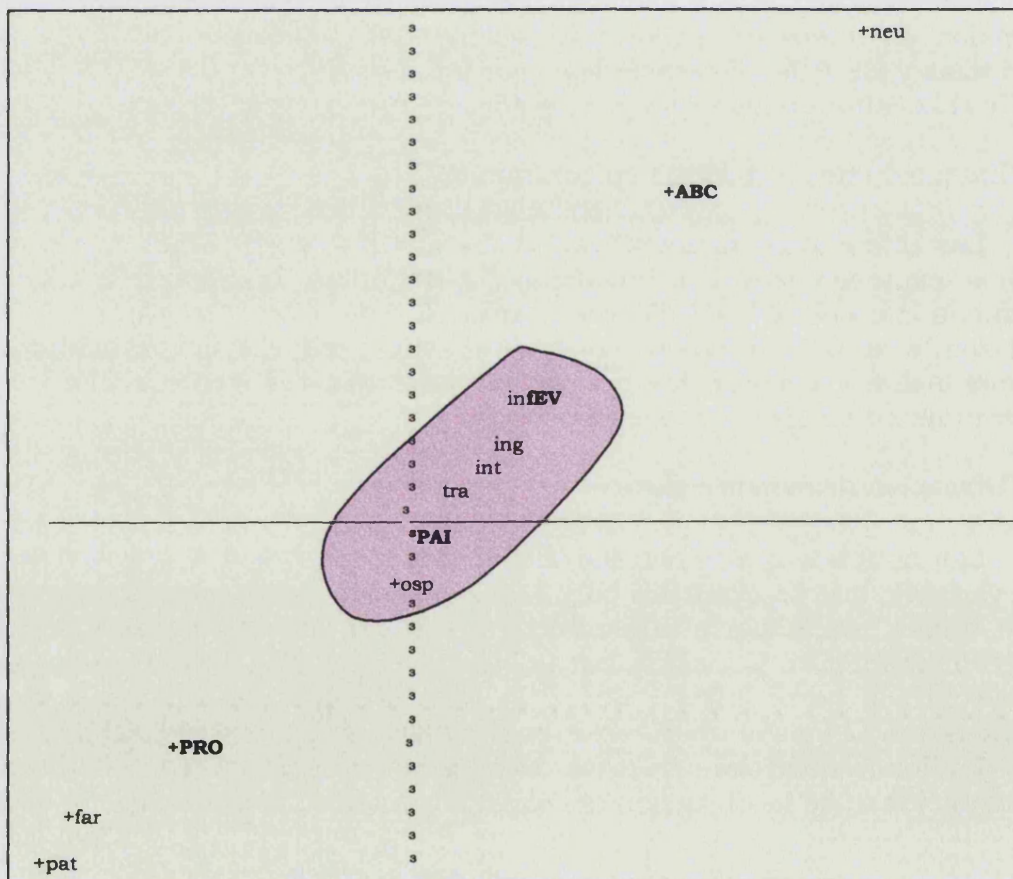


Gráfico 28. El modelo biomédico en titulares y Lid

El análisis estadístico solo muestra una débil diferencia, aunque significativa a  $p < 0.05$ , en el tratamiento del *modelo médico* en titulares y lids ( $\chi^2: 3.51; \beta: 3.09; p < 0.05$ ). El análisis de correspondencias ha dado como resultado dos factores que explican el 97.49 de la varianza. El primero de ellos es el formado por el polo en el que se sitúa El Levante, cercano a *Informe Psiquiátrico* (inf), y que corresponde a una categoría relacionada con los peritajes legales, frente a ABC y el concepto de *Neurología* (neur), significativo de un enfoque orgánico de los trastornos mentales. Este primer factor explica el 75.89 de la varianza. El segundo factor, se caracteriza en un extremo por Las Provincias, definido por *Patología* (pat), que se trata de un concepto bastante general y difuso, y de nuevo el ABC, en el polo opuesto con *neurología*. Este segundo factor explica el 21.60 de la varianza.

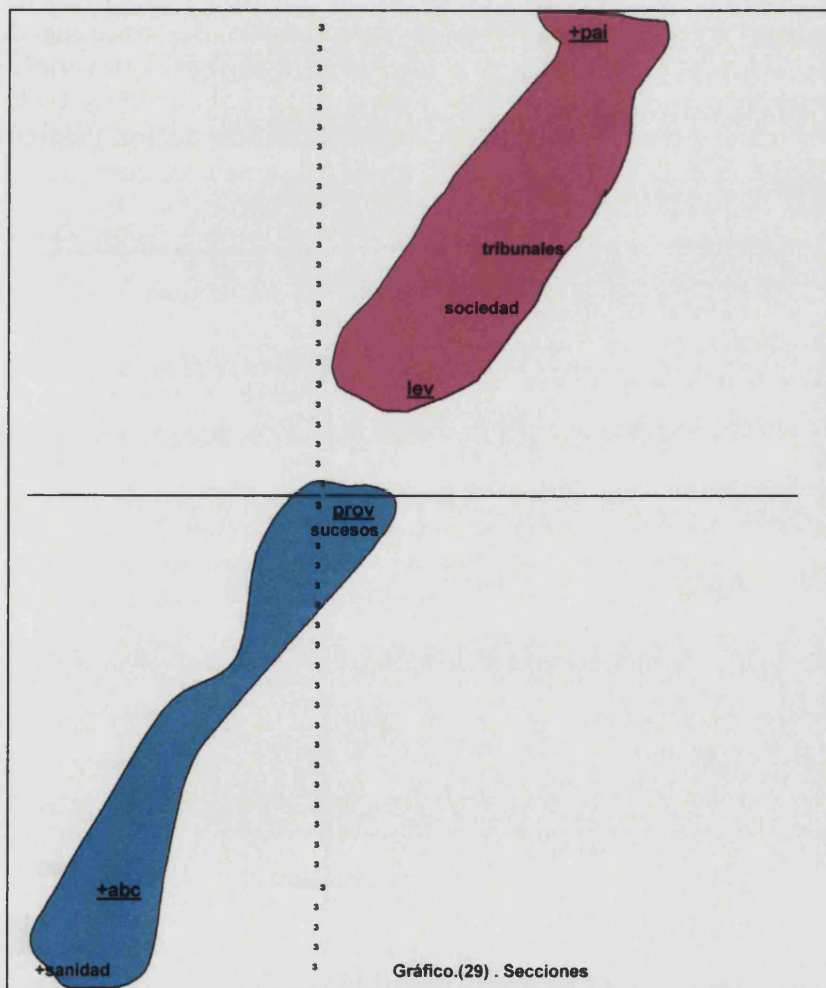
En el cruce de ambos factores, tal y como se ve en el gráfico 28, observamos que *Las Provincias* se sitúa cercano a los *psicofármacos* y *psicopatología*, y el *ABC* resulta caracterizado por la *neurología*. Mientras que el *País* y el *Levante* se encuentran muy cercanos a *Hospitalización, Ingreso, Internamiento y Tratamiento Psiquiátrico*, además el *Levante* resulta más cercano a *Informe psiquiátrico*, dentro de un acercamiento legal de las EM. Constatándose con ello, que los periódicos con posicionamiento progresista, asumen un número mayor de categorías del modelo biomédico

en los titulares y lids de las noticias que publican, que la prensa con posicionamiento conservador.

### 5.5.3- Secciones Periodísticas

En el gráfico (29), podemos observar las diferencias entre los periódicos analizados en referencia a la variable "sección periodística".

Teniendo en cuenta exclusivamente, las categorías más sobresalientes, referidas a *sanidad, sucesos, sociedad y tribunales*. Donde la variable



se define entre dos polos contrapuestos por el posicionamiento ideológico de los periódicos ( $\chi^2$ : 31.13;  $\beta$ : 3.10;  $p < 0.05$ ).

La varianza explicada a partir de dos ejes es del 99.97. En la que el eje formado entre El País y las Provincias, cercanos a *sociedad* y el Levante cercano a *tribunales*, explica el 92.94 del total de la varianza.

Sin embargo, las débiles diferencias significativas en esta variable, sólo deben tenerse en cuenta a efectos descriptivos y de la política editorial de cada periódico. Las categorías de esta variable se resisten a ser comparadas entre sí, porque los periódicos analizados no poseen la misma estructura de secciones periodísticas. En un contexto cualitativo, el simple hecho de que algunos de los periódicos analizados, no tengan una sección específica para *Sucesos*, no deja de ser un importante dato diferencial que debe ser tenido en cuenta si hablamos precisamente de diferencias en las secciones periodísticas como resultado de una determinada línea editorial.

Por tanto, y sólo desde este punto de vista, podemos considerar diferencias significativas entre los periódicos analizados, que sitúan al periódico ABC muy cercano a *Sanidad* y Las Provincias a *Sucesos*, mientras que el Levante se sitúa en *Tribunales* y El País a *Sociedad*.

Realizados los análisis diferenciales de estas las variables de ubicación y titulares, continuaremos en este capítulo la descripción del análisis de correspondencias de aquellas variables que han resultado con diferencias significativas, de acuerdo con el esquema de Leventhal y cols. (1980, 1982, 1984; Hofstadt, 1996) anteriormente expuesto, representando en los gráficos aquellas distancias iguales a 0.0, para  $p < 0.05$  en el análisis estadístico.

#### 5.5.4-Variables de contenido con diferencias significativas entre periódicos:

-Identidad de las enfermedades mentales

-Identidad o nombre y síntomas del trastorno.

-Temas

-Tipo de enfermedad mental

-Objetivación de la enfermedad mental

-Distintividad de la enfermedad mental

-Razón u origen de la dolencia (no).

-Consecuencias de la enfermedad.

-Consecuencias Sociales

-Consecuencias Legales

-Expectativas sobre curso y duración.

-Terapia

-Curación

-Curable/ Incurable

-Identidades representacionales del enfermo mental

- Rol asociado*
- Contacto social*
- Tipo de Residencia*

-Contexto social

- Hecho causal*
- Situación descrita*
- Circunstancias asociadas*
- Antecedentes situacionales*

-Identidades representacionales de las Instituciones implicadas:

-Familia

- Reacción familiar*

-Administraciones (No)

-Asociaciones (No)

-Profesionales

- Campo de actuación profesional*
- Profesión*
- Sector Profesional*

### **& 5.5.5-Identidad de las enfermedades mentales**

#### **5.5.5.1-Identidad o nombre del trastorno.**

-Temas:

Esta variable supone la agrupación de las noticias en diferentes áreas temáticas por la continuidad y relevancia con que se expresa su contenido diferencial. El análisis de los *temas* ha significado detallar el contenido de secciones como Local, Comunidad o Sociedad, quedando al descubierto la orientación real de la mayoría de los artículos y su significado periodístico. Ya que mientras las secciones donde se encuadran las noticias, son un hecho que viene dado por las características editoriales de la muestra, los temas de las noticias han sido agrupados a partir del análisis interjueces sobre la temática predominante en el artículo.

El análisis por periódicos nos describe en Las Provincias, un predominio de los temas de *agresión*, seguidos por las noticias referidas a los aspectos *legales o jurídicos*. Sin apenas diferencias, este periódico centra sus artículos en temas de *servicios sociales, investigación y psiquiatría*.

TEMAS	LAS PROVINCIAS	ABC	LEVANTE	EL PAÍS
LEGAL	106 (25%)	42 (23,5%)	102 (27,9%)	27 (18,5%)
AGRESIÓN	121 (28%)	29 (16%)	90 (24,7%)	25 (17%)
PSIQUIATRÍA	43 (10%)	28 (15,6%)	66 (18%)	32 (22%)
INVESTIGACIÓN	45 (11%)	40 (22%)	23 (6%)	21 (14%)
S. SOCIALES	56 (13%)	7 (3,9%)	37 (10%)	17 (11,6%)
FAMILIA	38 (9%)	15 (8,4)	15 (4%)	14 (9,6%)

Tabla 41. Temas por periódicos

En el ABC, predominan las noticias que definen su línea editorial a partir de artículos centrados en los aspectos *legales* de la enfermedad mental y en temas referentes a la *investigación*, ocupando la *agresión y los temas psiquiátricos* una posición subordinada.

Respecto al Levante, los *aspectos legales y la agresión* ocupan los temas principales, siguiéndole en importancia los contenidos referidos a temas de *psiquiatría*.

El País, destaca en primer término, los *temas psiquiátricos*, y los aspectos *legales* y posteriormente la *agresión*. El perfil diferencial del conjunto temático de la prensa analizada, se concreta en el siguiente resumen:

Las Provincias: *Agresión. Legal*  
 ABC: *Legal. Investigación psiquiátrica*  
 Levante: *Legal. Agresión*  
 El País: *Psiquiatría. Legal*

A partir de los porcentajes relativos del número total de artículos de cada periódico, el eje que articula las noticias sobre enfermedad mental, viene determinado por la presencia de profesionales, conceptos, Instituciones o hechos, donde se mencionan tres aspectos fundamentales que forman la *Triada Temática*:

#### *Legal-Agresión-Psiquiatría*

Las diferencias observadas en los periódicos analizados, apuntan a la importancia de los temas de *sucesos* aparecidos en la prensa muestreada, destacando en importancia como ya se ha mencionado, la prevalencia de la prensa escrita, en reflejar preferentemente, las noticias sobre la enfermedad mental a partir de los hechos donde intervienen claramente figuras y conceptos relacionados con la *Triada Temática* descrita. Donde las categorías de *investigación* (referida fundamentalmente al aspecto sanitario), *servicios sociales, familia, laboral y psicología*, aparecen como complementarios o integrados al eje triádico principal.

La descripción diferencial de los porcentajes citados, resulta ajustada a la existencia de diferencias significativas que caracterizan a los periódicos de la muestra en esta variable ( $\chi^2: 107.59; \beta: 17.06 < 0.05$ ). Las pruebas estadísticas revelan, para un 83.89 de la varianza expresada, la existencia

de dos factores. El primero de ellos explica el 53.88 de la varianza y el segundo eje da cuenta del 36.01 de la misma.

El primer eje se caracteriza por el periódico el Levante cercano a temas *metafóricos*, frente al ABC que se sitúa cercano a *psicología y laboral*, situándose en la zona intermedia, compartidas por todos los periódicos las categorías de *agresión, legal y psiquiatría*.

El segundo eje, esta formado por Las Provincias y *familia*, frente al Levante con *metafóricos*, situándose en la zona intermedia, los temas de *agresión, investigación y legal*. El cruce de ambos ejes, como puede verse en el gráfico, a partir del contenido y orientación de los artículos en 9 categorías, reflejan este análisis:

- Agresión (24%).
- Investigación (12%).
- Sanidad (15%).
- Servicios Sociales (10%).
- Psicología (2%).
- Familia (7%).
- Legal (26%).
- Laboral (1%).
- Metafóricos (3%).

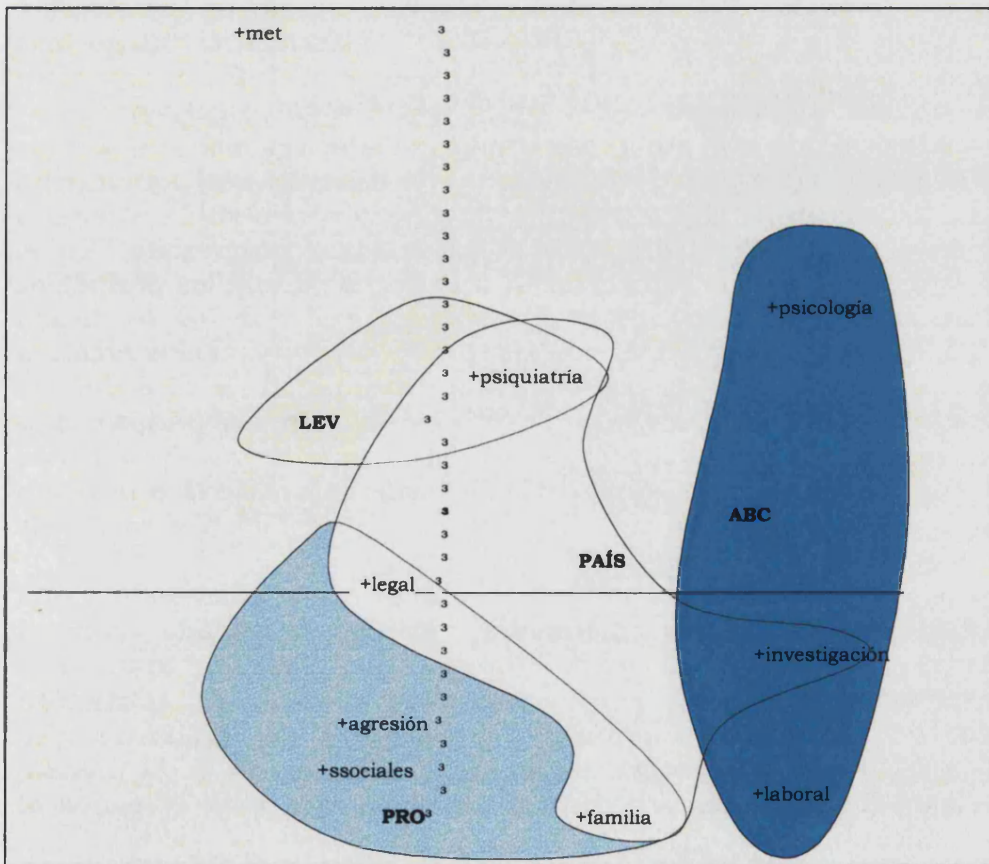


Gráfico 30. Temas en EM



En este sentido, como describe el gráfico 30, Las Provincias resulta el periódico más cercano a *Agresión*, y en segundo lugar a *Servicios Sociales, Familia y Legal*, lo que significa que este periódico centra sus artículos con preferencia al resto de la prensa analizada sobre las noticias en las que figura el tema central de *la agresión*. La presencia de los Servicios Sociales y los problemas que atañen al núcleo familiar, también aparecen cercanos a este periódico. Por último, los *temas jurídicos y legales* consecuentes al suceso, obtienen aquí, la mayor cercanía respecto al resto de periódicos.

El ABC se encuentra cercano a *Investigación, Psicología y Laboral*, ya que en este periódico existe una presencia característica de la problemática referida a la investigación médica y psiquiátrica y en menor medida a los problemas neuróticos de la población, que se compagina con el hecho de que en titulares y lid, asuma un mayor protagonismo la temática relacionada con la neurología, no como representación de problemas de "nervios", sino como base orgánica de los trastornos mentales. La presencia de lo *Laboral*, viene determinada por el interés que el ABC siente, durante los dos años de seguimiento, en dilucidar si el *Síndrome del Norte*, (un estado continuado de estrés y ansiedad en policías que han realizado su servicio en el País Vasco) es una enfermedad profesional o no.

El Levante, resulta el más cercano a *Legal* y muy próximo al concepto de *Psiquiatría*, a la misma distancia que El País. Este último, se encuentra a distancias inferiores a 0.0, cercano a *Psiquiatría e Investigación* y algo más lejos de *Familia y Legal*. De los dos últimos conceptos, El País se encuentra más lejano que Las Provincias.

Este análisis se resume en la confirmación de las relaciones descritas respecto a la Tríada Temática. Desde el punto de vista del posicionamiento ideológico de los cuatro periódicos, destaca la gran y persistente cercanía a los temas de *Psiquiatría* en la prensa de orientación progresista. En el análisis de la cobertura de la tirada, destaca el hecho de que los periódicos autonómicos, estén más cercanos a *Agresión y Legal* que los de tirada nacional. Mientras que los periódicos de tirada nacional, se acercan a *Investigación*, con artículos que expresan una continuidad de la presencia de opiniones profesionales o temas de carácter científico relacionados con la enfermedad mental. Como hipótesis, es necesario señalar que la *agresión* parece estar influenciada por alguna de las características de la muestra o por ambas, dada la mayor cercanía de la prensa autonómica a temas de contenido emocional como el *conflicto familiar y la agresión*.

Estos datos permiten descartar la hipótesis de que pudiera existir una representación social de la enfermedad mental conectada con el conservadurismo y el modelo biomédico, puesto que los datos apuntan a una representación temática de la enfermedad mental, de estructura heterogénea, con un núcleo común, que se nutre de diferentes ejes temáticos, influida por la ideología y el carácter de la tirada de la prensa, donde precisamente, son los periódicos progresistas los más cercanos al modelo biomédico.

Este hecho, refuerza la hipótesis de la existencia de una representación social de la enfermedad mental a partir de diferentes modelos científicos propios de la post Reforma y asumidos de modo compartido y heterogéneo por todos los periódicos en función de su

posicionamiento ideológico y del carácter de la tirada, articulando el núcleo de la misma, el concepto central de *legal-agresión*. La centralidad de la *agresión*, aparece claramente si analizamos porcentualmente las categorías que definen las variables, donde aparece la misma:

-*Como Tema*: La agresión (24%) y legal (26%), con porcentajes prácticamente similares, ocupan el 50 % de las noticias de la muestra.

-*Como hecho causal*: La agresión producida por el enfermo (27%). *Agresión recibida* (7 %) y la *autoagresión* (6 %) determinan en 40 % de las causas de las noticias de esta variable.

-*Como descripción de la situación*: *Agresión a terceros* (25 %), *Agresión a familiares* (19 %), *Autoagresión* (8 %) , *Agresión recibida* (8 %). Lo que resulta de nuevo, en un porcentaje del 50 % de la variable.

-*Agresor, como rol* (21 %) de las noticias de la variable.

Todas estas categorías, están perfilando un enfermo mental que resulta compartir las características de víctima y verdugo a la vez, y que en su globalidad parecen configurar a las diferentes formas de agresión como el elemento clave de la representación social de las enfermedades mentales.

#### -Tipo de enfermedad mental:

Las diferencias en esta variable ( $\chi^2$ : 122.84;  $\beta$ : 5,52;  $< 0.05$ ), explican el 80.17 de la varianza, en dos ejes que la describen con el 51.51 y 28.66, respectivamente. El primero de ellos, está definido por El País y el ABC cercanos a los *trastornos de conducta*, mientras que las Provincias, con *trastornos psiquiátricos*, define el polo opuesto. El segundo eje se encuentra determinado por el País para los *trastornos de conducta* y El Levante para los *trastornos de ansiedad*. El cruce de ambos ejes nos informa de un mayor acercamiento de los periódicos de tirada nacional a enfermedades orgánicas como *el Alzheimer, las demencias o el Parkinson*, mientras que los periódicos autonómicos se encuentran más cercanos a conceptos genéricos e inespecíficos como *trastorno mental, neurosis y psicosis*. Describiendo con ello, la relación entre el carácter de la tirada y el tipo de enfermedad reseñada, así como el menor grado de especialización en la descripción de la EM en la prensa autonómica. Por lo que podemos concluir que a mayor cercanía al *polo de legal-agresión*, existe una descripción más imprecisa de los trastornos mentales y que ambas características son específicas de la prensa autonómica.

Recordemos que un primer análisis de los titulares y texto reseñado (*lids*), sobre la identificación de la enfermedad mental, señalaba la existencia de tres grandes grupos de trastornos: *Esquizofrenia*, enfermedades de origen orgánico como las *Demencias*, y la *Depresión*. Y sin embargo, en el análisis de frecuencias de esta variable, *tipo de EM*, aparecían como predominantes: *Esquizofrenia, Depresión y Trastornos de Personalidad*.

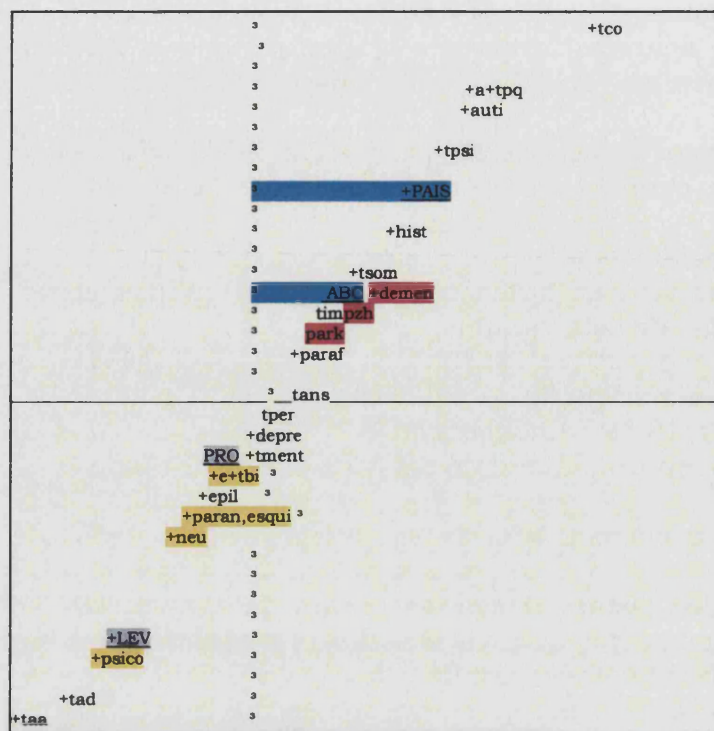


Gráfico 31. Tipos de EM

Esto significa que las *demencias* aparecen menos en las noticias que los *trastornos de personalidad*, pero cuando lo hacen, ocupan una mayor proporción de reseñas y titulares que estos. Observemos ahora en detalle, a partir del análisis de correspondencias y de acuerdo con los contenidos de los artículos, los diferentes tipos de enfermedad identificados en prensa, tal y como figura en el gráfico 31 como resultado de las 26 categorías que componen la variable.

En él, observamos que por periódicos, con distancias de 0.0, Las Provincias se distinguen por su cercanía a los conceptos de *epilepsia*, *neurosis*, *trastorno mental*, *trastorno psicológico*, *trastorno de personalidad* y *trastorno del control de los impulsos (piromanías y ludopatías)*.

El ABC, destaca por su cercanía a los conceptos de *agresión sexual*, *Alzheimer*, *demencia*, *depresión*, *Parkinson* y *trastorno de ansiedad (estrés)*.

El Levante consigue las mayores cercanías, a los significados de *agresión sexual*, *deficiencia mental*, *depresión*, *esquizofrenia*, *paranoia*, *psicosis*, *Trastorno Bipolar*, *drogadicción*, *alcoholismo* y *trastornos de personalidad*.

El País destaca, *la agresión sexual*, *el Alzheimer*, *la demencia*, *la histeria*, *Parkinson*, *parafilias (paidofilias)* y *trastorno de ansiedad (estrés)*.

Como puede observarse, la descripción anterior integra dos polos formados por los periódicos de tirada nacional, frente a la prensa de tirada autonómica, que ya apuntábamos inicialmente. En los primeros, se detecta su cercanía a enfermedades de origen orgánico o neurológico, como Alzheimer, Demencias y Parkinson mientras que en los periódicos locales, existe un abanico más amplio de trastornos, en el que el Levante resulta

más descriptivo que Las Provincias, situándose ambos con preferencia, en el polo de los trastornos neuróticos y las psicosis.

-Objetivación de la enfermedad mental:

( $\chi^2$ : 137.68;  $\beta$ : 8.82;  $p < 0.05$ ), con el 79.71 de la varianza explicada, esta variable, describe aquellos otros conceptos con que son identificados en las noticias, los síndromes que en ellos se mencionan. Así, una esquizofrenia puede ser identificada como una enfermedad, un arrebató o simplemente como locura. En las relaciones entre categorías, han aparecido dos ejes diferentes, explicando el primero de ellos, el 53.27 de la varianza y 26.44, el segundo. En el primer eje, se observa la oposición entre *disminución*, cercano a las Provincias y *secuela*, término cercano al ABC. En el segundo eje, *crisis* cercana al Levante se opone a *lesión* próxima al ABC.

El cruce de ambas dimensiones se ha realizado a partir de las siguientes categorías:

*alteración (alt)* (3%)  
*arrebató/ataque (arr)* (1%)  
*crisis (cri)* (3%)  
*cuadro (cua)* (1%)  
*desequilibrio (des)* (1%)  
*desorden (dso)* (1%)  
*discapacidad (dis)* (7%)  
*disminución (dim)* (1%)  
*enajenación (ena)* (2%)  
*enfermedad (enf)* (27%)  
*incapacitación (inc)* (1%)  
*lesión (les)* (0%),  
*locura (loc)* (5%)  
*perturbación (per)* (3%)  
*problema (pro)* (7%)  
*proceso (prc)* (0%)  
*psicopatología (ppt)* (6%)  
*salud (sal)* (1%), *secuela (sec)* (1%)  
*síndrome (sin)* (1%), *trastorno (tra)* (19%), *tratamiento (trt)* (6%), *mal* (0%).

En el gráfico 32 podemos ver, cómo Las Provincias acumulan los conceptos de *desequilibrio*, *disminución*, *incapacitación*, *discapacidad* y *enfermedad*. Levante y El País aparecen unidos acumulando los conceptos de *enajenación*, *trastorno*, *salud*, *tratamiento*, *crisis*, *perturbación*, *arrebató* y *desorden*. La palabra *mal* se utiliza para identificar el Alzheimer como “el mal del siglo”.

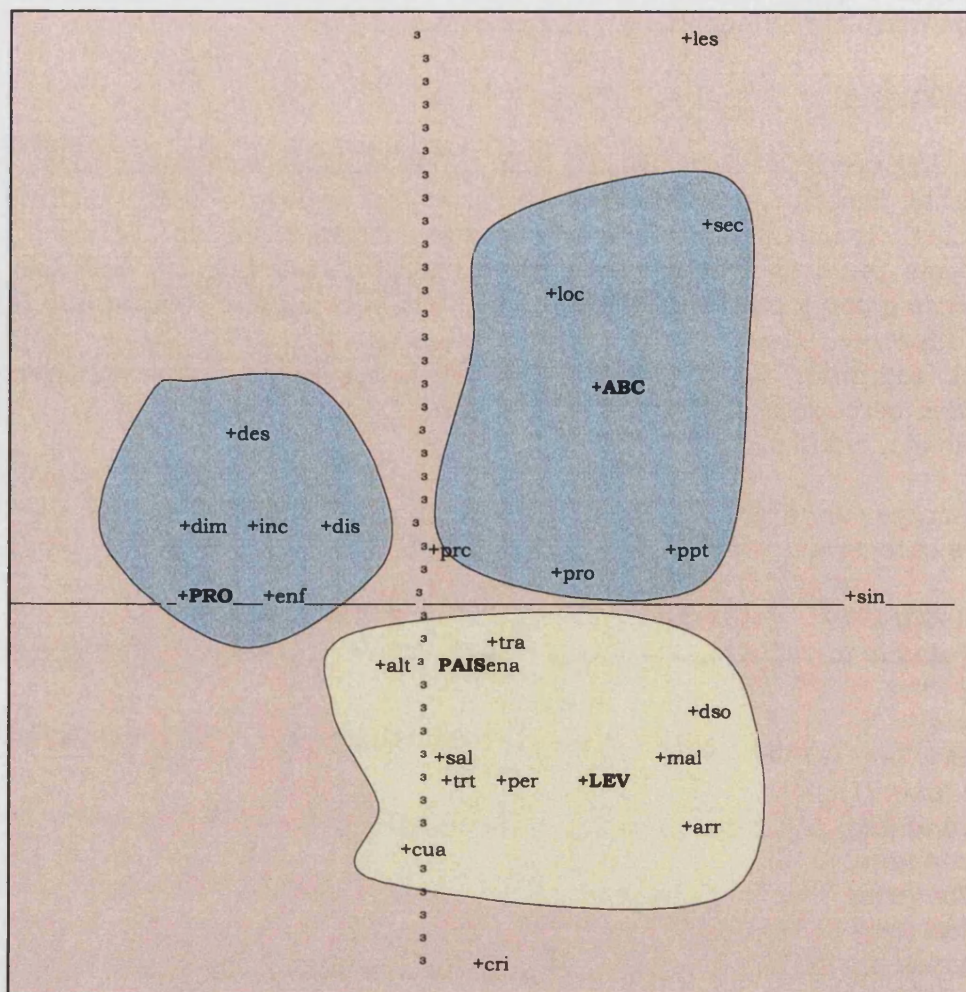


Gráfico 32. Objetivación en EM.

El ABC aparece en el polo de los conceptos de *locura*, *problema*, *secuela* y *perturbación*, junto con los términos más medicalizados de *psicopatología* y *síndrome*.

La carga simbólica en la adjetivación de la enfermedad, resulta explícita en los periódicos conservadores, donde la enfermedad mental aparece como una *incapacitación*, *enfermedad*, *discapacidad*, *problema* y *psicopatología*. Las Provincias matiza esta posición hacia la *discapacidad*, mientras que el ABC, adopta términos técnicos en esta descripción, aunque paradójicamente los simultanea con el término *locura*, que como puede verse resulta característico de este periódico.

Los periódicos progresistas adoptan una línea cercana a la percepción de la enfermedad mental como un hecho puntual, debido a *crisis* o *arrebato* y que es identificado también con el necesario tratamiento en un proceso de *salud*. Por tanto y coherentemente con análisis ya expuestos, los periódicos conservadores se sitúan ante los trastornos mentales en el polo de la *enfermedad* y la *discapacidad*, al contrario que los progresistas que lo hacen en torno a *crisis*, *tratamiento* y *la salud*.

-Distintividad de la enfermedad mental:

Con esta variable hemos identificado las categorías que definen la relación de la enfermedad mental con los paradigmas y disciplinas científicas dominantes. Con diferencias significativas ( $\chi^2: 42.15; \beta: 11.05 p < 0.05$ ), las categorías de esta variable explican el 99.85 de la varianza, en las que el primer eje, define el 79.82 del factor y el segundo solo explica el 20.03.

El primer eje viene definido entre los polos *mental* y *neurología*, los periódicos que se sitúan en ambos extremos son el Levante y el ABC respectivamente. Este factor se define por tanto, entre un concepto general y totalizador y la especialización característica del modelo biomédico, incidiendo en el soporte orgánico de las enfermedades mentales.

El segundo eje se define entre Las Provincias cercano a *psicología* y el Levante situado en el polo de la *neurología*. La contribución de este factor, es muy reducida, constatándose en él, una gran cercanía de los cuatro periódicos al total de categorías de la variable.

La representación de ambos factores y sus categorías, (*psicológica* 17%, *psiquiátrica* 27%, *nerológica* 11% y *mental* 46%), pueden verse en el siguiente gráfico.

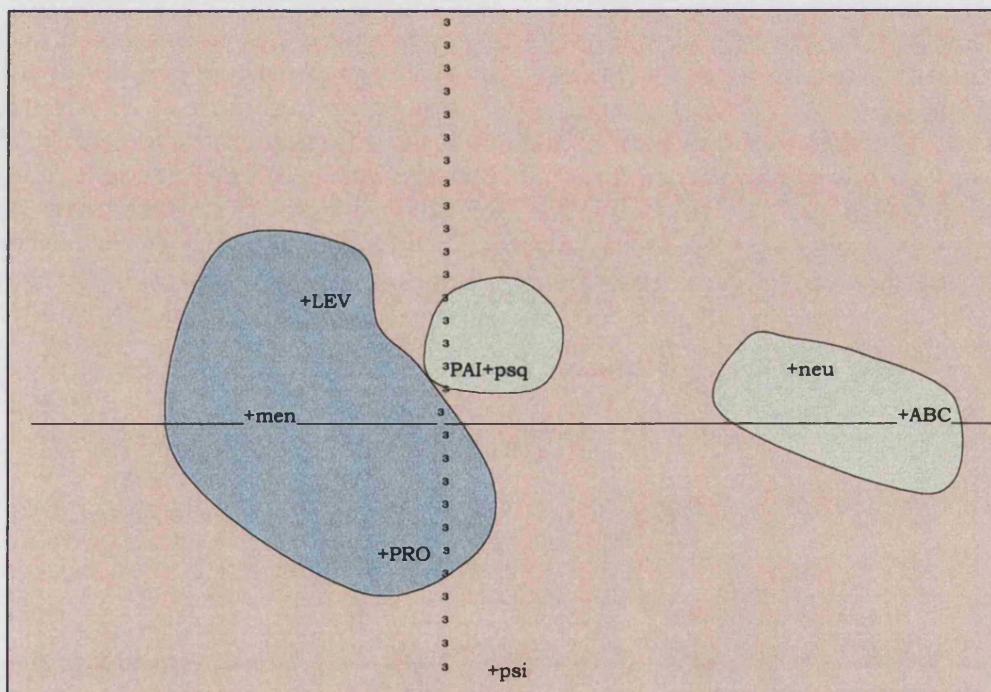


Gráfico 33. Distintividad de las EM.

En el gráfico anterior, podemos observar cómo se distribuye esta variable, que resulta estar formada por los periódicos de tirada nacional en torno al polo *psiquiatría /neurología*, frente a los de tirada local donde predomina la cercanía a *mental*. Esto confirma una mayor especialización en la definición de los trastornos mentales en los periódicos de tirada

nacional, que cursa junto a una menor descripción del abanico de trastornos, así como una mayor presencia del modelo biomédico en ellos.

Los periódicos locales se identifican con términos menos especializados y que engloban las psicosis y las neurosis, revelando con ello, en coherencia con los resultados de la v.18, *tipo de enfermedad*, una mayor amplitud descriptiva de los trastornos mentales, elaborada a partir de conceptos más generalizadores.

#### 5.5.5.2-Razón u origen de la dolencia.

##### -Etiología:

Esta variable ha sido estudiada a través de las categorías de *orgánica* (22%), *infecciosa* (6%), *genética* (27%), *social* (25%), *psicológica* (5%), *psiquiátrica* (2%), *profesional* (4%) y *multicausal* (9%). No resultando del análisis, ninguna diferencia significativa entre los cuatro periódicos ( $\chi^2$ : 27.16;  $\beta$ : 1.34,  $p > 0.05$ ), con una varianza explicada de 83.54.

La visión clásica de la enfermedad mental como producto de “los nervios” no ha resultado confirmada, ya que apenas aparece mencionada como tal en la prensa analizada. Además, los periódicos locales presentan un acercamiento a causas, sociales y psicológicas mientras que en los periódicos de tirada nacional, se observa una mayor proximidad a causas genéticas o psiquiátricas, sin que estas diferencias tengan significación estadística. En este caso, es la ausencia de información predominante sobre la enfermedad mental lo que resulta llamativo. Como representación, el origen de la enfermedad mental, del cual debiera derivarse una línea de trabajo e investigación predominante o integradora, no parece existir. Lo destacable de este hecho, es la definición de los trastornos mentales como *enfermedad*, a la cual no se le atribuye ninguna etiología médica con diferencias, sino más bien una causa y efecto sociogénico: *la agresión*.

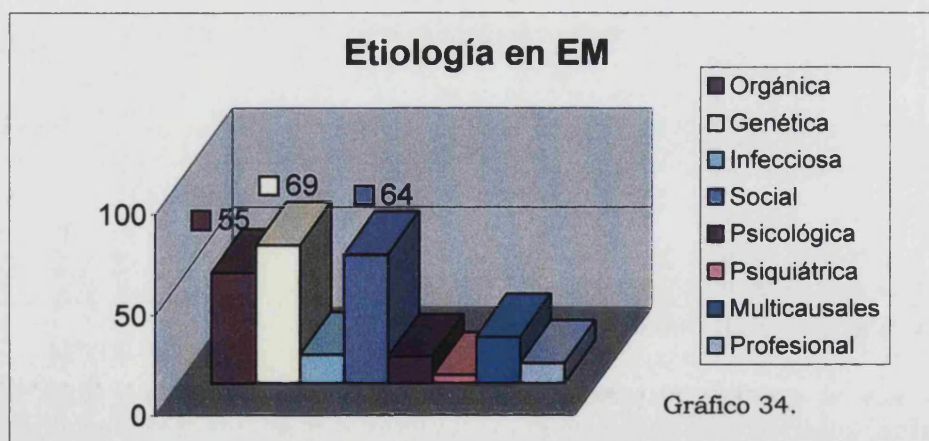


Gráfico 34.

Es conveniente recordar que la disposición del gráfico 34, sólo aparece cuando se toma la muestra en su conjunto, ya que no existen diferencias entre periódicos. Como puede verse, en la muestra aparece claramente un factor etiológico *psicosocial* minoritario, frente a otro *orgánico-genético*

predominante, sin que existan diferencias significativas en la representación de la etiología de las EM en los periódicos de la muestra, lo que significa que la representación en los Medios, incluye tanto conceptos del modelo biomédico como de un modelo psicosocial.

### **5.5.5.3-Consecuencias de la enfermedad.**

El tercer aspecto de la representación de la enfermedad mental se relaciona con las consecuencias de la misma, que hemos dividido en sociales y legales en base al análisis de las noticias:

#### -Consecuencias Sociales:

Esta variable ha resultado con diferencias significativas entre periódicos ( $\chi^2: 132.45; \beta: 16.08 p < 0.05$ ), con el 89.18 de varianza explicada.

Los dos ejes que definen esta variable están conformados por Las Provincias con *integración laboral*, frente al País con *aislamiento social* (54.06 de la varianza). La segunda dimensión esta formada por el País con *aislamiento social* frente a ABC con *problemas o aislamiento laboral* (35.12 de varianza explicada). Por lo que las relaciones entre categorías y periódicos parecen describir una preocupación de los periódicos conservadores respecto a los *problemas y la integración laboral* en los trastornos mentales, frente a un mayor detalle en los periódicos de posicionamiento progresista respecto a la EM como causa de *exclusión social*. La definición de esta variable se configura en torno a trece categorías:

- Rechazo social (rso).* 12%.
- Recursos para la Integración social (ris)* 6%.
- Aislamiento social (ais).* 14%.
- Integración laboral (inl).* 1%.
- Problemas / Aislamiento laboral (pla).* 4%.
- Buen clima familiar (bcf).* 1%.
- Conflicto familiar (cof).* 31%.
- Angustia / Alarma Social (ans).* 3%.
- Temor social (tso).* 6%.
- Indignación social (ids).* 0%.
- Suicidio del enfermo (sui).* 8%.
- Abuso sexual recibido por enfermo (abx).* 4%.
- Abandono del enfermo (aba).* 10%.

En el siguiente gráfico, donde se encuentran representadas ambas dimensiones, podemos observar el agrupamiento de los dos periódicos progresistas en torno a categorías como *aislamiento social*, *rechazo social*, *conflicto familiar* y *suicidio del enfermo*. En el polo conservador observamos que los conceptos más cercanos son *temor y alarma social*. *La indignación social*, es la categoría más cercana a Las Provincias (Gráfico, 35).



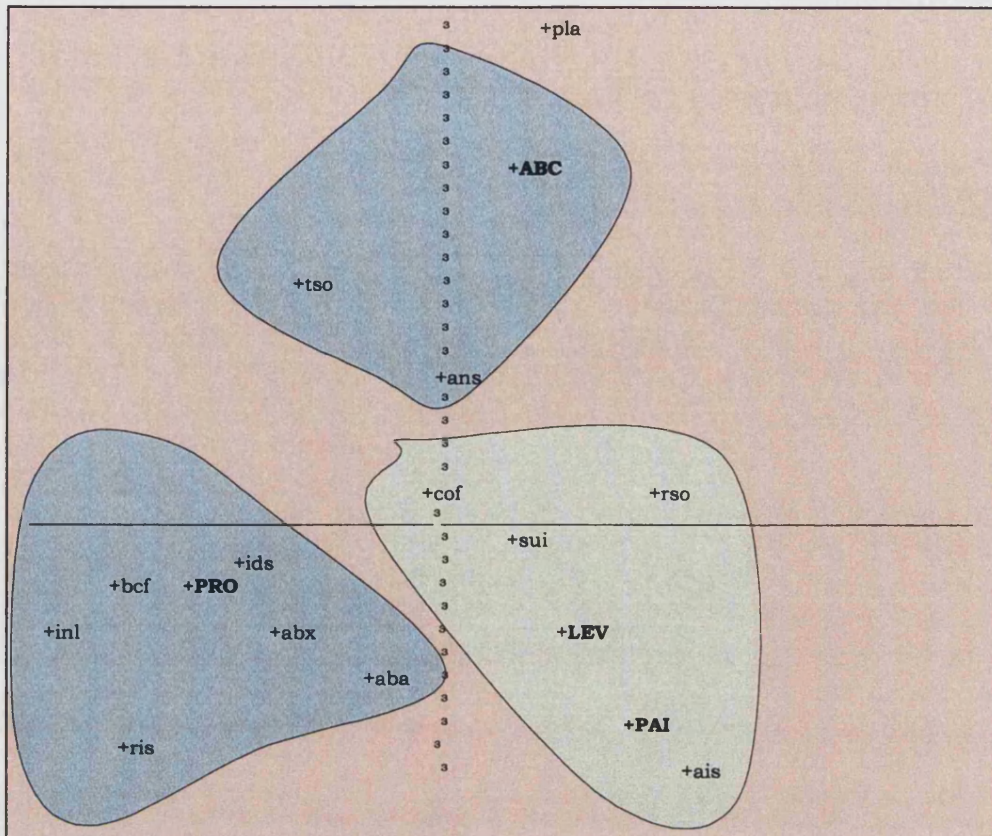


Gráfico 35. Consecuencias sociales

Por tanto, resulta destacable que para el ABC y Las Provincias la consecuencia fundamental de la enfermedad mental es *la alarma social*, mientras que para el Levante y El País, las consecuencias se centran básicamente *en el enfermo*, sobre el que la enfermedad opera como factor de *conflicto y de exclusión social*.

La preocupación específica por los *problemas laborales* de la prensa conservadora, se refiere fundamentalmente a los problemas puntuales de ansiedad de las fuerzas de seguridad del Estado. Y a la conexión con las categorías de *discapacidad y disminución* (variable: *objetivación*), como describiremos a lo largo de la investigación. En cualquier caso, lo que el gráfico nos describe, son las consecuencias sociales de la enfermedad mental reflejadas, bien como *alarma social* o como *aislamiento social*. Lo que parece resaltar de modo evidente, diferencias ideológicas y consecuencias contrapuestas a la hora de abordar la información sobre estos trastornos.

-Consecuencias Legales:

Los periódicos de la muestra han demostrado posicionamientos diferentes en la representación de esta variable ( $\chi^2: 51.46; \beta: 6.65, p < 0.05$ ), para un porcentaje de varianza explicada de 90.50. Donde las categorías se agrupan en dos dimensiones que explican respectivamente el 65.55 y el 24.95 de la varianza.

La primera de estas dimensiones se define por la oposición entre la *eximente legal* (Las Provincias) y la *incapacitación* (El País). El segundo de los ejes está definido por el ABC con *detención policial*, e *incapacitación* para Las Provincias.

En gran parte de las noticias, las consecuencias sociales se presentan junto a consecuencias de otro tipo. De modo preponderante, las consecuencias de los hechos relatados tienen que ver con el sistema legal, por lo que hemos podido identificar ocho categorías relacionadas con este hecho:

- Incapacitación (inc). 3%
- Reclusión Prisión (rec). 8%
- Cambios Legislativos (cle). 7%
- Internamiento Centro Psiquiátrico (icp). 17%
- Ingreso Hospitalario (inh). 9%
- Detención Policial (dpo). 19%
- Procesamiento Judicial (prj). 27%
- Eximente/Atenuante (exa). 10%

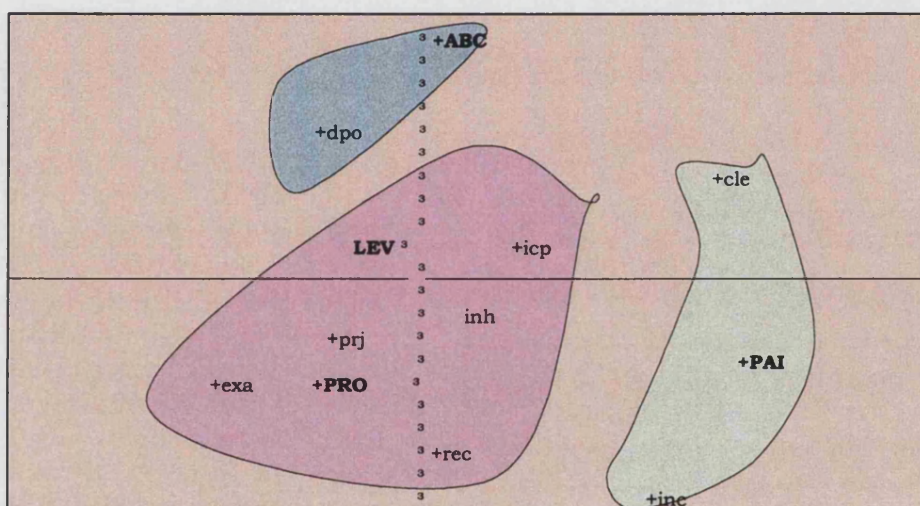


Gráfico 36. Consecuencias Legales en EM

El análisis de distancias que nos da el gráfico anterior, donde se integran las dos dimensiones de esta variable, describe para Las Provincias, su cercanía al *procesamiento judicial*, *eximente*, *ingreso hospitalario* y *reclusión en prisión* como ejes destacables de su línea editorial en cuanto a las consecuencias legales de la enfermedad mental.

Paradójicamente, el orden en que las categorías expresadas se acercan a este periódico, expresa fielmente la ruta legal, consecuente con un hecho violento protagonizado por un enfermo mental. El ABC menciona la *detención policial*, como consecuencia legal más cercana.

En el Levante, al igual que en Las Provincias, resulta característica su cercanía a *detención policial*, *ingreso hospitalario* y *procesamiento judicial*.

A diferencia de Las Provincias, la consecuencia final para el Levante, es la *incapacitación* más que la *reclusión*. Mientras que El País, resulta más cercano a la *incapacitación* y *cambios legislativos*. La conexión de la

judicialización y penalización de la enfermedad mental se hace muy significativa en la información de los dos periódicos autonómicos al encontrarse en ambos y perfectamente descrito, todo el proceso actual médico-legal, inherente a los trastornos psicóticos funcionales.

#### **5.5.5.4-Expectativas sobre curso y duración.**

##### -Duración:

La duración de la enfermedad mental, ha sido descrita a partir de tres categorías, *crónica, temporal y fásica*. Las diferencias encontradas entre los periódicos no han resultado significativas ( $\chi^2: 3.8; \beta:-0.9, p > 0.05$ ), para el 100 % de la varianza explicada. Coincidiendo todos ellos en la duración *crónica* de las enfermedades mentales (83% de las noticias en la variable). Lo que refleja el escaso peso específico de la descripción de los trastornos crónicos frente a los no crónicos, y la inexistencia de interpretaciones científicas en las noticias de prensa, que incidan en el carácter cíclico o fásico de los trastornos mentales.

##### -Terapia:

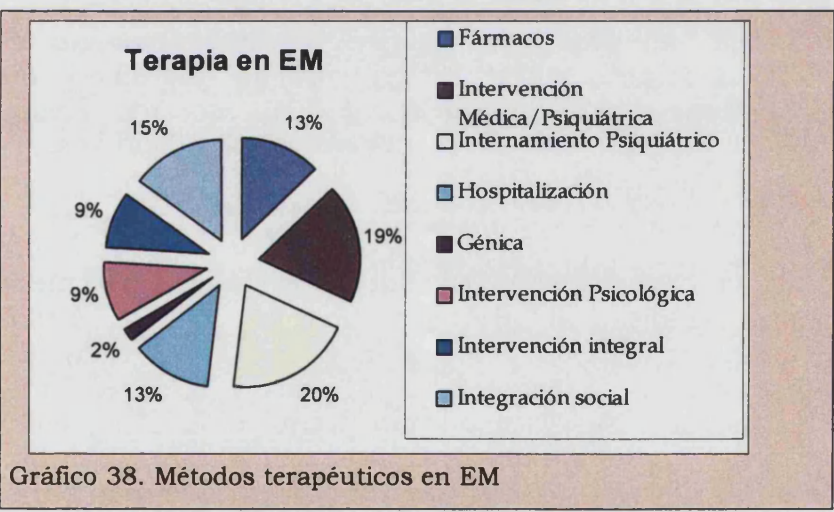
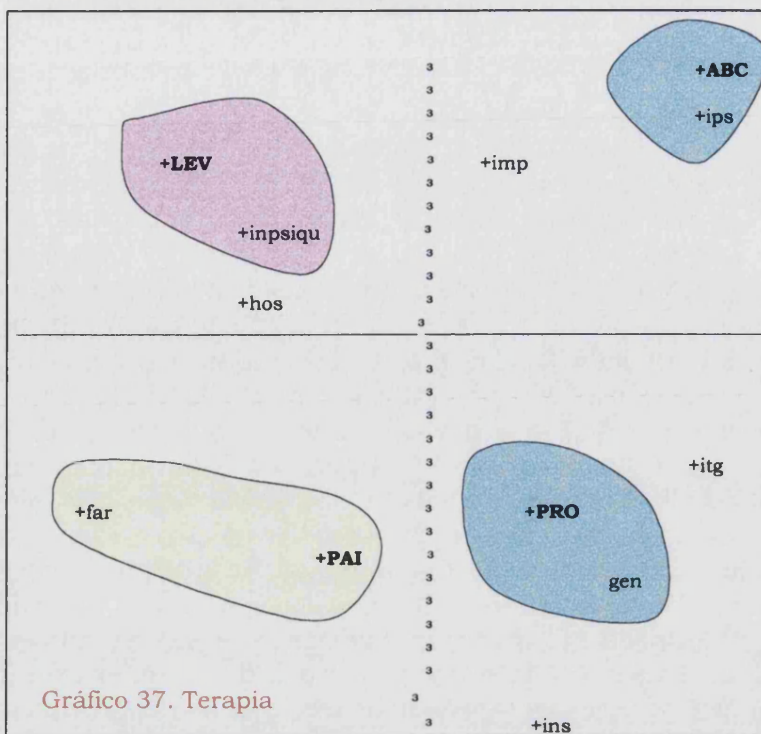
El curso de una enfermedad mental esta íntimamente ligado a la terapia a desarrollar ya que de esta depende, en gran parte, el curso del trastorno, conformando con ello, las expectativas de pacientes y familiares ante la enfermedad. En esta variable se han encontrado diferencias significativas ( $\chi^2: 72.19 ; \beta:11.17; p < 0.05$ ), con el 87.10 de la varianza explicada a través de dos dimensiones. La primera de ellas esta formada por El Levante con *farmacología* frente a ABC con *intervención psicológica* (61.01 de la varianza). La segunda, esta delimitada por el polo formado por el País con *integración social* frente a ABC con *intervención psicológica* (26.09 de la varianza). Por lo que las categorías de esta variable se distribuyen entre la intervención a través de *fármacos* o en su caso, *integración social* frente a la *intervención psicológica*. Es decir, que los periódicos cuanto más hablan de *integración social* o *farmacología*, menos se refieren a la intervención psicológica y a la inversa, por lo que podemos deducir que la terapia psicológica no es complementaria a un modelo psicosocial de integración, sino que se sitúa de manera aislada y preferentemente, a través de la intervención de profesionales libres, como se detallará más adelante. En esta variable se han identificado ocho categorías:

*Fármacos (far).* 13%, *Intervención Médica/Psiquiátrica (imp).* 19%, *Internamiento Psiquiátrico (inp).* 20%, *Hospitalización (hos).* 13%, *Génica (gen).* 2%, *Intervención Psicológica (ips).* 9%, *Intervención integral (itg).* 9%, *Integración social (ins).* 15%.

Las Provincias conforma el polo formado por la *terapia génica, la intervención social e integral y la intervención psiquiátrica*.

El Levante se sitúa cercano a *internamiento psiquiátrico, hospitalización y farmacología*.

El ABC se sitúa en la *intervención psicológica*. Y el País describe los fármacos, el internamiento psiquiátrico, la hospitalización y la intervención integral como medidas terapéuticas de mayor presencia en sus textos. Queda claro que no existe un patrón común a todos los criterios y que las diferencias significativas no parecen conformar o ajustarse a ningún modelo concreto, sino a un conjunto de terapias diferenciadas, donde cada periódico asume terapias distintas pero con el absoluto predominio de la presencia del modelo biomédico y sin que ninguno de ellos, tenga la intervención social como característica dominante y definitoria.



Las Provincias (modelo médico, con la *terapia génica*), el Levante (modelo médico, con el *Internamiento psiquiátrico*), el País (modelo médico, con *fármacos*) y el ABC, que posee ese aire erudito y de profesionalización, que le acerca a tratar las enfermedades como expresión de determinados estamentos profesionales o de la investigación más que como hechos sociales, es el único que menciona la *intervención psicológica* individual de manera característica.

Lo destacable de esta dispersión en los datos, es la constatación de que no existe en la actualidad, un solo modelo sobre la terapia a seguir en enfermedad mental, a pesar de la importancia del modelo biomédico, este no recoge en sí mismo, todas las categorías que definen los aspectos diferentes de la enfermedad mental, donde un apreciable 32 % de las categorías que

definen la información, se refieren a terapias cercanas al modelo de intervención social.

#### -Curación o pronóstico:

La *curación* forma la última variable descriptora de las identidades de la enfermedad mental. Esta ha sido tratada a través de dos categorías, *curable* (13%) o *incurable* (87%), como consecuencia del análisis de los periódicos analizados. Estas categorías han resultado significativas en los cuatro periódicos ( $\chi^2: 28.31; \beta: 14.61; p < 0.05$ ), para el 100% de la varianza en un solo factor, mostrando todos ellos una homogeneidad casi total, al considerar los trastornos mentales como *incurables*. Solo el Levante menciona en sus noticias la reversibilidad de las enfermedades mentales.

Los periódicos de tirada nacional con distancias equivalentes a 00.0, consideran incurables a las enfermedades mentales. Dato que resulta congruente con su mayor orientación a destacar los trastornos mentales dentro de un esquema orgánico, neurológico o génico. La enfermedad mental adopta por tanto, un aire trágico para el enfermo y sus familias que conforma sin duda, la existencia de las personas que deben hacer frente a un trastorno de etiología difusa, de carácter crónico e incurable, o al menos esa es la imagen predominante que se desprende de la prensa analizada.

#### **5.5.6-Imágenes del enfermo mental**

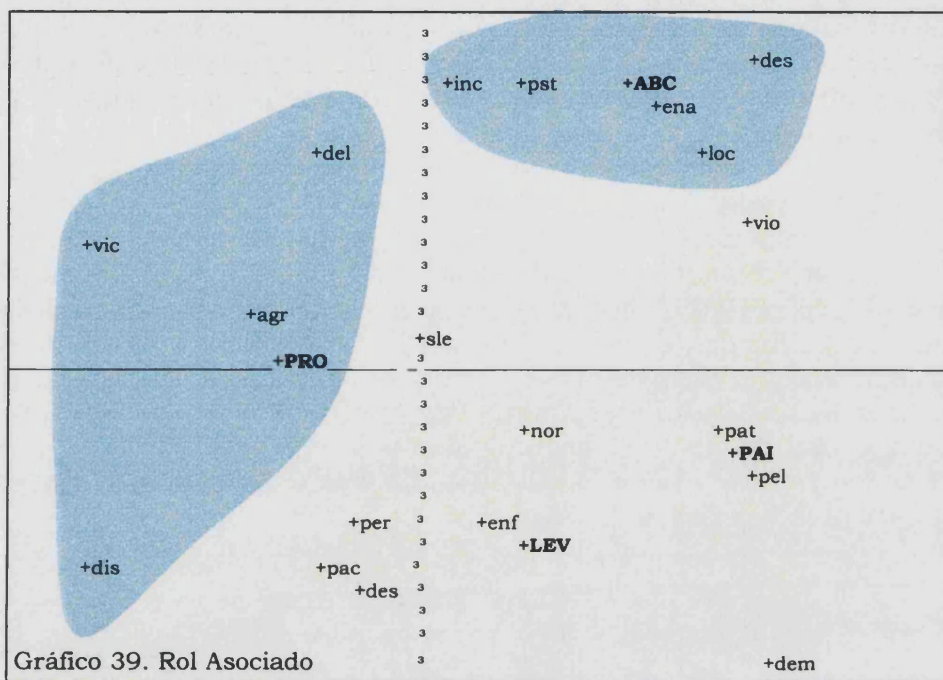
En este apartado, vamos a describir los análisis encontrados en aquellas categorías que enmarcan la imagen de las personas con enfermedad mental y sus características. De las variables que discriminan este elemento de la representación recordemos que *rol asociado*, *contacto social* y *lugar de residencia*, han resultado con diferencias significativas.

#### -Rol asociado:

Nos informa de la categorización en que se encuadra al enfermo mental. Con diferencias significativas entre periódicos ( $\chi^2: 127.72 ; \beta: 10.03; p < 0.05$ ), sus categorías definen el 88.53 de la varianza explicada. Esta viene definida por la existencia de dos factores. El primero de ellos, sitúa a Las Provincias y la categoría de *discapacitado*, frente a El País, con el concepto de *violento* (69.07 de la varianza). El segundo factor (19.46 de la varianza), se define entre *demente* para el Levante y *desequilibrado* para el ABC. El *rol* ha sido descrito a través de 19 categorías encontradas en los periódicos de la muestra. Las categorías utilizadas en esta variable son:

Psicópata	(pst).5%
Paciente	(pat).7%
Normalidad	(nor).0%
Víctima	(vic).7%
Agresor	(agr).21%
Enfermo	(enf).24%
Delincuente	(del).1%
Loco	(loc).4%

Demente (dem).2%  
 Enajenado (ena).1%  
 Perturbado/Trastornado (per).6%  
 Desequilibrado (des).1%  
 Discapacitado (dis).5%  
 Desfavorecido (de).1%  
 Pacífico (pac).1%  
 Incapacitado (inc).1%  
 Peligroso (pel).4%  
 Violento (vio).2%  
 Según la enfermedad (sle).6%



Como puede verse en el gráfico 39, en el cruce de ambas dimensiones puede verse como Las Provincias, considera al enfermo mental como *víctima y agresor, como delincuente y como discapacitado*.

El Levante lo considera como un *enfermo, pacífico, perturbado* y también un *desfavorecido*, que en ocasiones pierde la identidad para adquirir la del síndrome que padece; *“el esquizofrénico”, “el perturbado actuó.”*

Para el ABC el enfermo mental es un *psicópata, un loco, enajenado, desequilibrado y un incapacitado*.

El País, describe el rol del enfermo mental a partir de las categorías de *paciente, demente, peligroso y violento*.

Si el análisis de frecuencias nos describe al enfermo mental como *“un enfermo que agrede”*, las diferencias entre periódicos añaden matices en esta dirección respecto a su imagen, llamando la atención la cercanía en Las Provincias de los conceptos de *agresor y víctima; delincuente y discapacitado*, en un esquema que obedece a una visión del enfermo mental entre la culpabilización y la asistencia social.

El ABC destaca por su especial dureza en estos calificativos, a pesar de mantener en su línea editorial una acentuada presencia de profesionales. Los términos *enajenado*, *psicópata* y *loco* son los más característicos de sus noticias. El País identifica al enfermo mental como *paciente y peligroso*, mientras que en el Levante obtiene los calificativos más benignos de *enfermo y desfavorecido*. Cabe destacar que categorías características del modelo biomédico como *paciente y enfermo*, son agrupadas en torno a estos dos periódicos, al mismo tiempo que sólo en ellos, aparece el concepto de *normalidad* para etiquetar al enfermo mental. El rol del enfermo mental se encuadra ideológicamente, como *agresor y enajenado* para la prensa conservadora (00.1) y como *enfermo y paciente peligroso* para el posicionamiento progresista (00.0). En un continuo, donde las categorías se expresan entre un extremo caracterizado por la *discapacidad* y la *violencia* en su opuesto.

-Contacto social:

Con diferencias significativas, aunque no muy acusadas ( $\chi^2:27.50$ ;  $\beta:4.47$  ;  $p < 0.05$ ), las categorías de esta variable (*aislado*, *integrado* e *institucionalizado*), explican el 99.22 de la varianza, a partir de dos factores. El primero de ellos revela el 70% y el segundo el 29.22 de la misma. El primer factor, está determinado por la oposición entre *institucionalizado* (el País) y *aislado* (ABC). El segundo factor se encuentra situado entre *integrado* (Las Provincias) y *aislado* (El País). En todos los periódicos la categoría con mayor presencia es la de *integrado*.

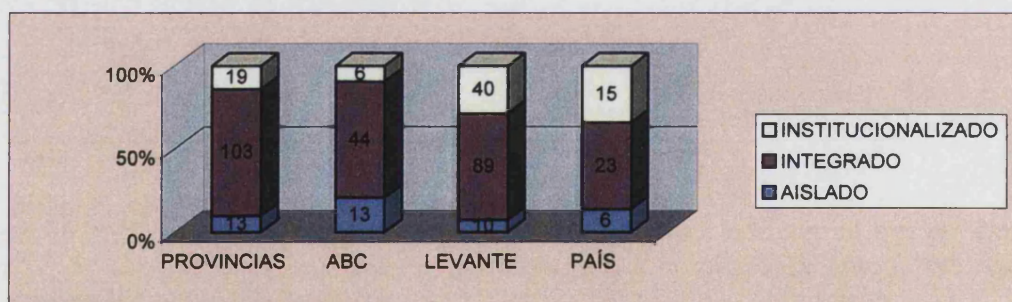


Gráfico 40. Contacto social

El análisis por periódicos de esta variable, y su representación en ambas dimensiones, describe dos extremos diferenciados relacionados con el posicionamiento ideológico y el carácter de la tirada de la prensa analizada, de modo que, la prensa progresista nos habla de un sujeto preferentemente *institucionalizado*. Esto significa que el enfermo descrito en estos periódicos mantiene una relación de dependencia con hospitales, Recursos sociales, prisiones o establecimientos psiquiátricos. Las Provincias sin embargo, se caracteriza por la descripción del enfermo mental como una persona que vive en la sociedad y se encuentra integrado. En este sentido, el Levante también es el más cercano al concepto de *integrado*. Por lo que los periódicos autonómicos preferentemente, describen a un enfermo con un buen ajuste social pero muy relacionado con lo legal y la agresión.

El ABC, sin embargo, se centra en la descripción de un enfermo *aislado*, característico de situaciones de *indigencia, ancianidad y marginalidad social*.

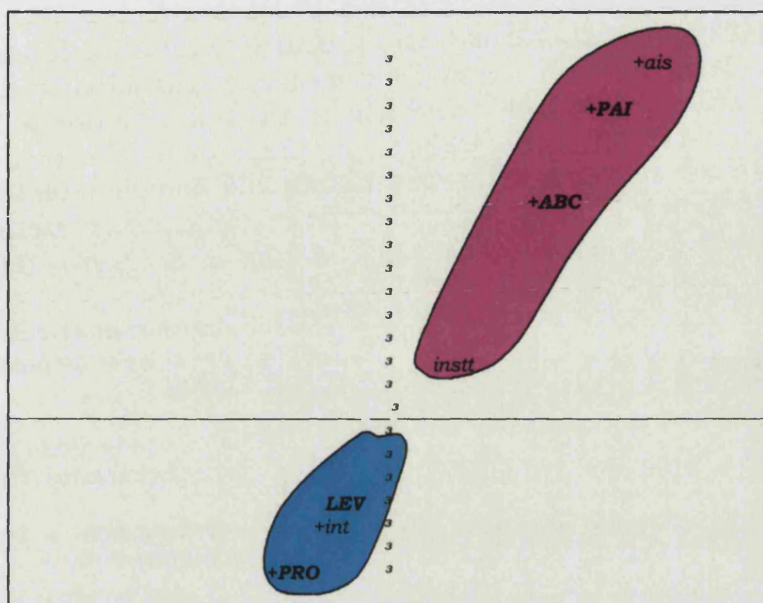


Gráfico 41. Contacto social por periódicos

-Tipo de Residencia:

En esta variable existen diferencias significativas en los periódicos de la muestra ( $\chi^2:15$ ;  $\beta: 3.7$ ;  $p: < 0.05$ ), para una varianza explicada de 99.93. Con dos factores, en el que uno de ellos explica el 90 % de la misma. Estando comprendido por el eje formado por *residencia urbana* (Provincias), frente a *residencia metropolitana* (Levante). Tanto en esta variable como en la anterior, existen diferencias entre las noticias de la muestra, con estadísticos que indican diferencias débiles pero significativas.

En el cruce de ambos factores, solo Las Provincias, ha resultado el más caracterizado por un enfermo que vive en la ciudad, ya que el resto de periódicos se encuentran cercanos a la descripción de situaciones en los que los enfermos son residentes de zonas rurales y metropolitanas.

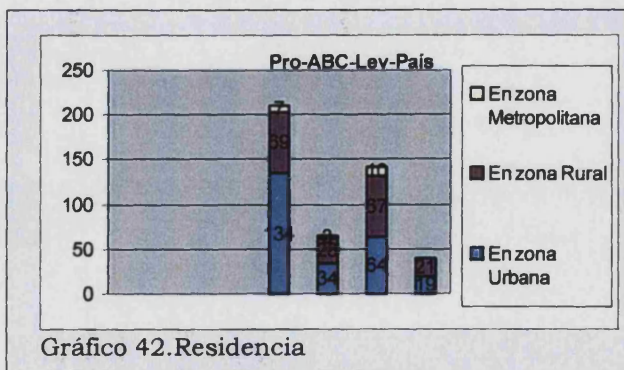


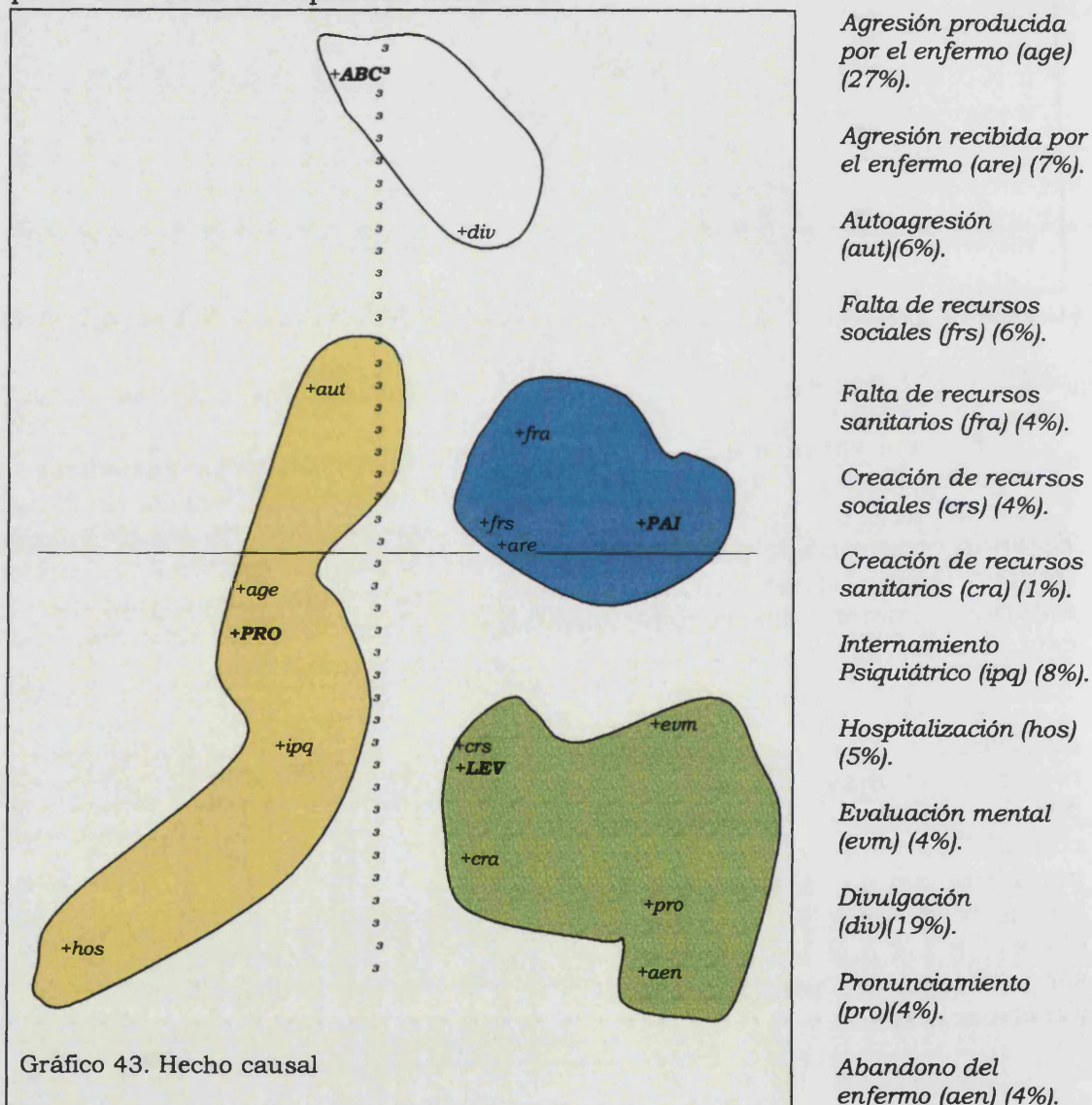
Gráfico 42. Residencia



### 5.5.7-Contexto social:

#### -Hecho causal:

Es el hecho descrito en las noticias como causante o desencadenante de la información, nos informa de la versión de testigos y participantes, al mismo tiempo que describe el origen de la noticia en un contexto donde los agentes sociales son interpretados por el periodista, que a su vez destaca un significado determinante en el origen del proceso. Para ello hemos detectado hasta 13 categorías fundamentales, en las que su representación encuentra diferencias entre los periódicos de la muestra ( $\chi^2: 88.40; \beta: 8.73, p < 0.05$ ) para una varianza explicada del 86.56.



El análisis de correspondencias ha identificado dos factores para esta variable. El primero de ellos explica el 43.82 del total, estando formado por

la oposición entre *hospitalización* (Las Provincias), frente a *abandono del enfermo* (El País). La segunda dimensión esta formada, para el 42.74 de la varianza, por *abandono del enfermo* (Levante) frente a *divulgación* para el ABC. En el gráfico anterior, que expresa conjuntadas ambas dimensiones, podemos ver cómo Las Provincias acumula la *agresión producida por el enfermo* (27 %) y la *autoagresión, la hospitalización y el internamiento psiquiátrico* (8%). En el Levante se acumulan la *agresión recibida, información sobre la creación de recursos sociales y sanitarios, denunciando a la vez la necesidad de los mismos, el internamiento psiquiátrico y la evaluación mental*. En El País se denota su cercanía a *evaluación mental, quejas y pronunciamiento de las familias y falta de recursos sanitarios*. Ambos destacan por su cercanía a la *falta de recursos sociales y sanitarios*. El hecho causal que más destaca el ABC es la *divulgación popular y científica médico-psiquiátrica* (19%).

Se evidencia por tanto, el hecho de que la agresión en todas sus formas, se comporta como una constante en el origen de las noticias sobre la enfermedad mental. En las Provincias, se describe, a partir de las categorías reflejadas, un proceso de agresión e internamiento; mientras que el otro periódico autonómico, matiza esta línea, haciéndose eco de las noticias sobre creación de nuevos Recursos (cosa que en menor medida también hace Las Provincias), pero refiriéndose a la agresión como efecto o acción sobre el enfermo mental. Por su parte el ABC, mantiene un tono divulgativo en sus noticias, como expresión de opinión de expertos o datos demográficos sobre los distintos síndromes. El País y el Levante son los únicos que adoptan un tono crítico, al reflejar las demandas de los ciudadanos y la necesidad de crear recursos, pero no sociales en el caso de El País, sino fundamentalmente, sanitarios.

Lo que sin duda denota el origen de las noticias es que, en su causa o interés periodístico, recoge con absoluta preponderancia a la agresión, donde los distintos periódicos, adoptan posturas contrapuestas sobre sus características y dinámica diferencial.

#### -Situación descrita:

La diferencia entre "*situación descrita*" y "*hecho causal*", consiste en que las categorías de la primera, son tomadas en los periódicos no como hecho causal de la noticia, sino como circunstancias contextuales asociadas al enfermo. Esta variable ha resultado significativa, por lo que existen diferencias entre periódicos, respecto a la situación difundida por las noticias ( $\chi^2$ : 71.06;  $\beta$ : 6.63;  $p < 0.05$ ), para una varianza explicada del 83.03. La variable ha sido expresada a partir de dos factores. El primero de ellos (53.58 de la varianza), esta formado por la categoría *huida del enfermo* (Las Provincias), frente a *normalidad* (El País). La segunda dimensión se define para el 29.45 de la varianza a través de *crisis* (Levante), frente a *accidentes* para el ABC. Doce categorías han sido encontradas en el rastreo de la prensa, para esta variable:

- Crisis (cri). 11%
- Ingreso Hospitalario (inh). 5%
- Agresión a terceros (agt). 25%
- Agresión a familiares (agf). 19%
- Autoagresión (atg). 8%
- Agresión recibida (agr). 8%
- Huida (hui). 3%
- Delitos (del). 11%
- Conductas disruptivas (cdi). 4%
- Normalidad (nor). 3%
- Accidentes (acc). 1%
- Incumplimiento terapéutico (ict). 2%

Las Provincias se encuentra cercana a todas las formas de agresión que contiene la variable, excepto aquella que se refiere a la autoagresión, incidiendo fundamentalmente sobre la agresión a familiares. La autoagresión sin embargo, resulta característica de este periódico cuando se le atribuye la causalidad de la noticia y no cuando esta categoría se menciona en el contexto de la noticia. Las crisis, los delitos y sobre todo las desapariciones y huidas, son los conceptos relacionados con este periódico.

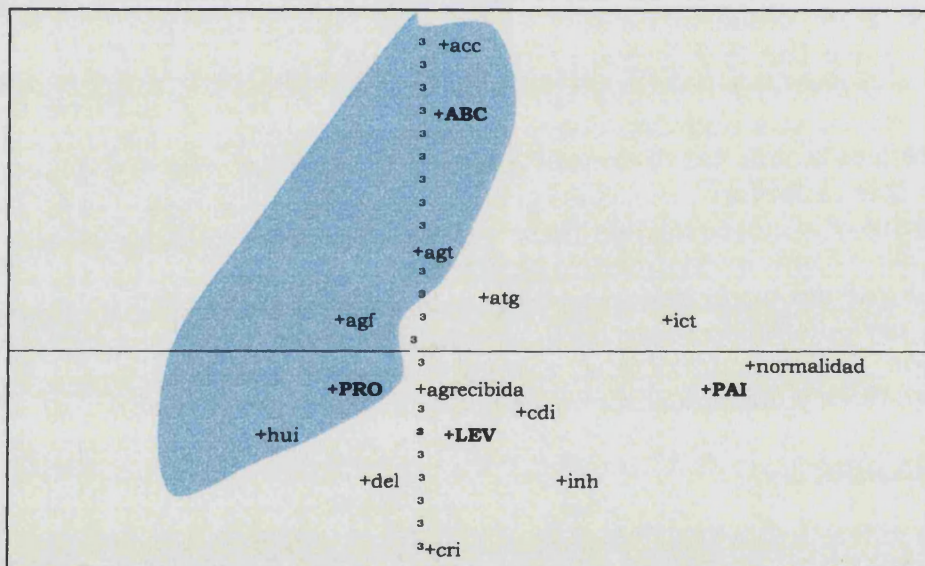


Gráfico 44. Situación descrita

El Levante recoge las categorías de *autoagresión y agresión recibida* como las más cercanas. *La crisis, el ingreso hospitalario, los delitos y las conductas desordenadas o disruptivas* conforman la imagen de las circunstancias que se asocian al enfermo mental. El ABC destaca sobre todo, aquellas categorías que se relacionan con *la agresión a terceros y la autoagresión (suicidios, etc.)*. Los accidentes son los más cercanos a este periódico. Por su parte, El País recoge preferentemente *el ingreso hospitalario y las conductas disruptivas* como categorías descriptivas del contexto.

Cabe destacar que este periódico, es el más cercano a *incumplimiento terapéutico*, lo que significa un salto cualitativo al señalar la inexistencia de adhesión al tratamiento de los enfermos mentales protagonistas del hecho periodístico.

En el gráfico anterior se observa, que la situación descrita por el Levante y El País, recogen variables de tratamiento y médicas, al mismo tiempo que se describe un contexto social donde el enfermo es *objeto* de agresión. En las Provincias y en menor medida en el ABC, aparece un contexto donde el enfermo mental es *agente* de la agresión, involucrado de *huidas, desapariciones y delitos*. Este hecho apunta a un tratamiento diferencial de la prensa respecto a la agresión relacionado con el posicionamiento ideológico de los periódicos de la muestra.

#### -Las circunstancias asociadas a la noticia:

Esta variable nos informa de las diferencias significativas ( $\chi^2$ : 159.18;  $\beta$ : 9.72;  $< 0.05$ ), para una varianza explicada de 90.72, relacionadas con el contexto social a partir de veintiséis categorías recopiladas en el análisis de contenido de aquellas características que poseen una mención secundaria e indirecta sobre los hechos relatados. La existencia de dos dimensiones, determina para el primer factor un espacio entre *psicosis* (Las Provincias) y *prisión* (Levante), para el 58.45 de la varianza. El segundo factor explica el 32.27 de la variabilidad a partir de la oposición entre *prisión* para el Levante y *desórdenes alimentarios*, para el ABC. En la relación siguiente, vemos el conjunto de categorías en su totalidad.

Drogas (dro).6%, Alcohol (alc).5%

Discapacidad Psíquica (dip).4%.

Indigencia (ind).2%.

Neurosis (neu).1%.

Psicosis (psi).2%.

Ambiente social conflictivo (asc).4%.

Ambiente familiar conflictivo (afc).11%

Normalidad (nor). 1%.

Con Medicación (med).5%.

Sin Medicación (smd).1%.

Con tratamiento Psiquiátrico (ctq).13%

Sin atención Psiquiátrica (stq).1%.

Con atención Psicológica (ctp).3%.

Situaciones de estrés/Ansiedad (sea).9%

Discapacidad Física (dif).1%.

Discapacidad sensorial (dis).1%.

Desórdenes alimentarios (doa).0%.

Incapacidad (inc).1%.

Abusos sexuales sobre el enfermo (axe).2%.

SIDA (sid).1%.

Ancianidad (anc). 6%.

Circunstancias ambientales o climatológicas (cac).1%.

Con diagnóstico médico (cdm).16%

Prisión (pri).5%.

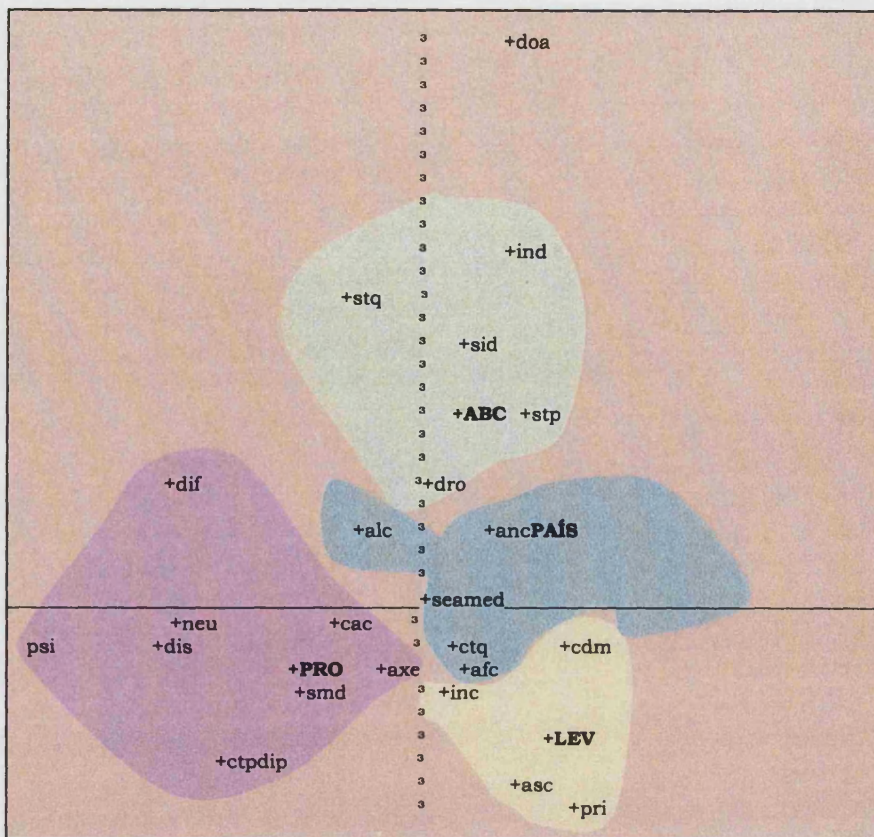


Gráfico 45. Circunstancias asociadas

Tal y como se muestra en el gráfico anterior, Las Provincias satura el polo de la *discapacidad psíquica (0.03)* y *sensorial, la neurosis, la normalidad* (expresando aquí, que el individuo era normal antes de, no como categoría que define al enfermo cuando ya lo es, sino a la situación asociada o precedente al hecho relatado), *sin medicación pero en tratamiento psicológico, de la agresión sexual al enfermo y circunstancias climatológicas.*

El Levante se posiciona cerca del *ambiente social conflictivo(0.02), incapacidad y con diagnóstico médico.*

El País por su parte, se encuentra cercano a *drogas, ambiente familiar conflictivo, con medicación, tratamiento psiquiátrico, estados de ansiedad, sin atención psicológica y ancianidad (00.0).*

Para el ABC, las categorías más cercanas son *las drogas, la indigencia, sin tratamiento psiquiátrico ni psicológico, y SIDA (0.01).*

Independientemente de los matices con que se presenta el contexto de la enfermedad mental, básicamente todos los periódicos comparten que los enfermos mentales están o han sido tratados psiquiátricamente, a pesar de lo cual, los servicios sanitarios no consiguen evitar la aparición de la agresión, debido a la falta de continuidad en la adhesión al tratamiento.

Esta variable confirma el fuerte papel de *la falta de adhesión al tratamiento farmacológico y la presencia del estrés* asociado a los hechos protagonizados por los enfermos mentales. Se constata también, lo

inapropiado de las redes sanitarias actuales para lograr un tratamiento continuado, así como la tensión y conflicto que se desarrolla dentro de las redes familiares y la importancia de las conductas adictivas.

Las Provincias se encuentra muy cercano a la *discapacidad psíquica*, ya que gran parte de la terapia que preconiza desde sus páginas en cuanto a integración social, apuntan a colectivos de personas con deficiencia mental, donde la existencia de las asociaciones de familiares y recursos como los Centros Ocupacionales que aparecen en sus páginas están presentes de modo indiferenciado con la discapacidad por enfermedad mental.

El ABC apunta a situaciones donde la enfermedad mental está presente a una problemática social añadida a ambientes de marginación o de desfavorecidos, asociadas a la *drogadicción*, *SIDA* y a las situaciones de desamparo como las que se dan en la *indigencia* o en la *ancianidad*.

Tanto El Levante como El País, son los únicos en esta variable que destacan la descripción contextual de la enfermedad mental con relación a situaciones de *estrés*, *problemática social* y *ruptura de redes sociales y familiares*.

#### -Los antecedentes situacionales:

Los hechos o situaciones precedentes a la noticia son identificados a partir de diez categorías, que con diferencias entre periódicos ( $\chi^2$ : 83.53;  $\beta$ : 10.88;  $p < 0.05$ ), han resultado con diferencias significativas con una varianza explicada de 90.23, a partir de dos ejes formados por *en núcleo familiar* (ABC), frente a *indigencia* para el País, con el 60.53 de la varianza. El segundo eje explica el 29.70 de la variabilidad, estando formado por las categorías *diagnosticado* para el Levante, y *sin tratamiento psiquiátrico*, para Las Provincias. Por lo que las dimensiones de esta variable describen a los periódicos de tirada nacional, más preocupados por antecedentes situaciones relacionados con lo social, frente a los autonómicos que describen más característicamente, precedentes relacionados con variables clínicas o de tratamiento.

Normalidad (nor) 13%

En Centro Psiquiátrico (ecq) 6%

En Hospital (enh) 5%

En tratamiento Psiquiátrico (etq) 12%

Sin tratamiento Psiquiátrico (stq) 2%

Diagnosticado (dag) 11%

Institucionalizado (ins) 7%

En núcleo familiar (enf) 30%

Prisión (pri) 13%

Indigencia (ind) 2%.

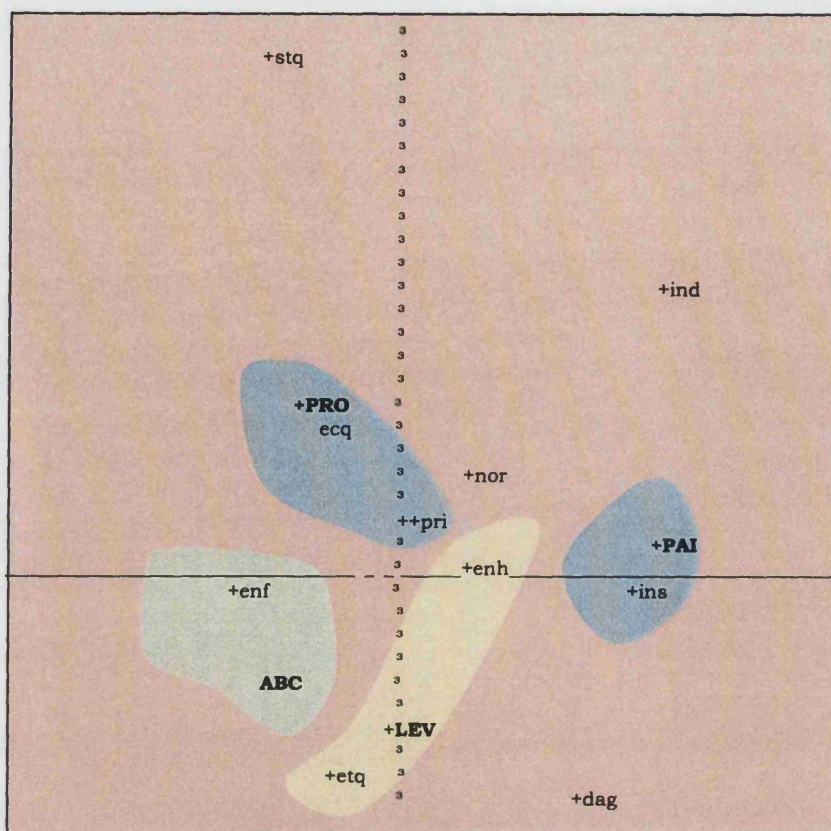


Gráfico 46. Antecedentes de las noticias

La integración de las dos dimensiones de las *situaciones antecedentes* coloca a Las Provincias cercana a *en centro psiquiátrico y prisión*, esto significa que este periódico destaca el hecho de que el enfermo mental está o pasó por estas Instituciones.

El Levante describe el antecedente de la *hospitalización y el tratamiento psiquiátrico*.

El País se encuentra cercano al concepto generalizador de *Institucionalizado*, mientras que el ABC destaca *en ambiente familiar*.

Las Provincias y El País acentúan los antecedentes sólo en el caso de que estén ligados a instituciones cerradas, insistiendo con ello en la reincidencia o persistencia del problema. El Levante los menciona relacionándolos a instituciones sanitarias, mientras que en el ABC predominan los antecedentes familiares de la situación descrita.

La característica cercana a todos ellos es que los enfermos mentales que aparecen en las noticias, mayoritariamente están siendo tratados psiquiátricamente o han sido institucionalizados u hospitalizados. Lo que confirma que no es solo la falta de asistencia, sino las actuales características de la misma, lo que resulta insuficiente en la atención al enfermo mental. La psiquiatrización como modelo de intervención prevalente en la información social que difunden los periódicos, está fuertemente anclada en las noticias analizadas a pesar de sus insuficiencias, por el hecho de ser un referente básico en el pensamiento social, que relaciona

psiquiatría y enfermedad mental, como un binomio indisoluble que estructura su representación.

-Antecedentes atribuidos al hecho:

Esta variable no ha resultado con diferencias significativas ( $\chi^2$ : 6.79;  $\beta$ : -0.74 > 0.05), aunque porcentualmente, la mayor atribución causal referida, es que el contenido de los sucesos relatados es consecuencia de la *enfermedad mental* (60%), y en menor grado, de la discapacidad (11%), la adicción (6%), o la ansiedad (23%). Cabe destacar sin embargo, la confirmación de la fuerte presencia del estrés y la ansiedad en la atribución causal que los testigos de la noticia realizan sobre los hechos relatados, así como la consideración de la existencia de una enfermedad que no es la locura, ni psiquiátrica, ni nerviosa, sino *mental* y sin diferencias para el conjunto de la muestra.

**5.5.8-Identidades de las Instituciones implicadas:**

**5.5.8.1-Familia:**

La familia como institución ha sido estudiada a través de tres variables. Los *ingresos económicos* ( $\chi^2$ :5.67,  $\beta$ : -0.13,  $p > 0.05$ ), *Antecedentes familiares* ( $\chi^2$ : 31.57,  $\beta$ : 0.29,  $p > 0.05$ ) y *Reacción familiar*, de las que sólo esta última ha resultado significativa ( $\chi^2$ : 53.79;  $\beta$ : 5.15  $p < 0.05$ ), con una varianza explicada de 89.38. Respecto a los *ingresos*, como ya sabemos, predominan las familias de bajo nivel económico y no se rastrean antecedentes mórbidos familiares con datos significativos.

La *reacción familiar* ante la enfermedad mental, supone la respuesta explícita de los familiares ante la cercanía de los enfermos mentales, que en la mayoría de los casos son sus propios hijos o cónyuges. Las diferencias se expresan a partir de dos dimensiones, en la que la primera de ellas explica el 55.24 de la varianza y la segunda el 34.14 de la misma. El primer eje está formado por *reclusión en centro psiquiátrico* (Levante), frente a *abuso sobre el enfermo*, del País. El segundo eje esta delimitado por *tensión familiar* en las Provincias, frente a *abuso sobre el enfermo* en el País. Diez han sido las categorías con las que se expresa esta variable:

Solicitud ayuda a la Administración (ava) 22%

Ocultación del enfermo (ocu) 5%

Incapacitación (inc) 1%

Ingreso en Hospital (inh) 9%

Angustia (ten) 7%

Miedo 5%

Tensión 7%

Dolor 2%

Reclusión

Centro Psiquiátrico (icq) 4%

Denuncia policial (dpo) 22%

Abandono (aba) 7%

Apoyo (apo) 7% y Abuso (abu) 2%.



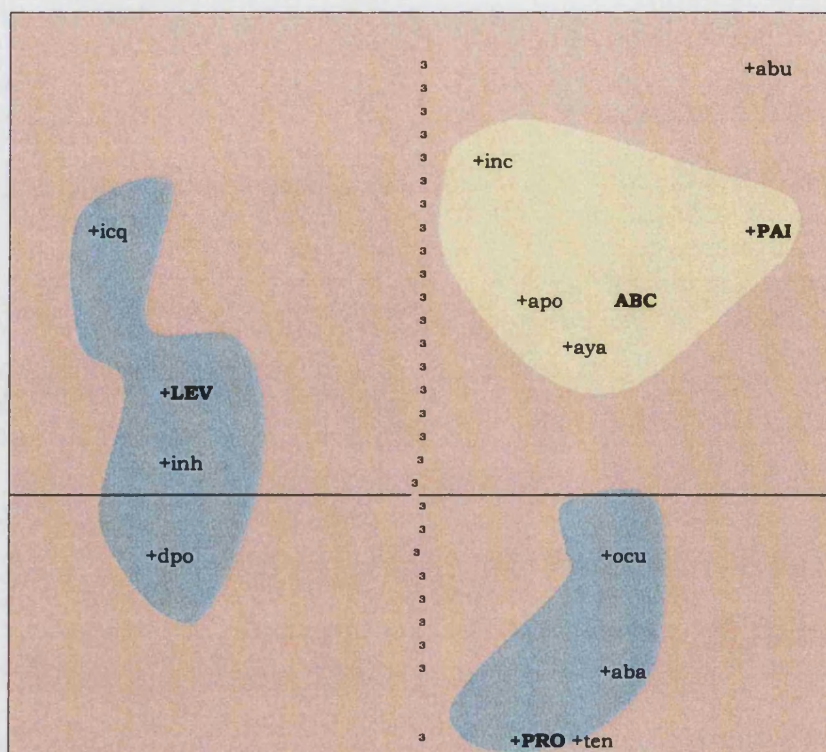


Gráfico 47. Reacción familiar

Los dos ejes integrados nos muestran como Las Provincias se encuentra muy cercano a las reacciones familiares que implican *tensión, dolor y abandono del enfermo*. El Levante resalta el *ingreso hospitalario, la reclusión psiquiátrica y la denuncia policial*.

El País se encuentra relativamente lejos de estas categorías y recoge aquellas peticiones de las familias que se dirigen a la Administración por la generalizada *falta de Recursos*.

El ABC señala *esta misma circunstancia, el apoyo familiar a los enfermos y la incapacitación*.

Los periódicos analizados describen la reacción de las familias desde sus quejas en el ámbito institucional (ABC y El País), hasta el lado más doloroso de la tensión y la angustia continuada ante la enfermedad mental (Las Provincias). Por su parte, el Levante refleja adecuadamente las reacciones más usuales de los familiares en estos momentos, girando los periódicos autonómicos en torno a la problemática familiar y la asistencia sanitaria.

#### 5.5.8.2-Profesionales

##### Campo de actuación profesional:

Esta variable ha resultado con diferencias significativas ( $\chi^2$ : 97.59;  $\beta$ : 13.59  $p < 0.05$ ), para una varianza explicada de 86.88 a partir de dos factores. El primero de ellos está definido por *bomberos* (Levante), frente a *psicología* (el País), para el 53.43 de la varianza, siendo el punto equidistante

de ambos polos, el formado por *abogacía, psiquiatría y neurología*. El segundo factor está formado por *neurología* en el País, frente a *medicina* en Las Provincias, para el 33.45 de la varianza.

Esta variable se refiere al campo de las disciplinas científicas o sociales así como las organizaciones en las que mayoritariamente se encuentran representados los profesionales que intervienen en la enfermedad mental, descritas a través de diez categorías:

- Neurología 5% (neu)
- Psiquiatría. 23% (psq)
- Medicina. 12% (med)
- Biología. 3% (bio)
- Intervención social. 2% (ses)
- Psicología 8% (psi)
- Abogacía 21% (abo)
- Policía 24% (pol)
- Bomberos 2% (bom)
- Educación 1% (educ)

El gráfico 48 describe para los periódicos de tirada nacional, una cercanía manifiesta a los sectores de la sanidad, como la *neurología, biología* (El País) y la *psiquiatría* (ABC). Las Provincias y el Levante de modo diferenciado se encuentran cercanos a *medicina y educación* el primero y *abogados y policía* el segundo.

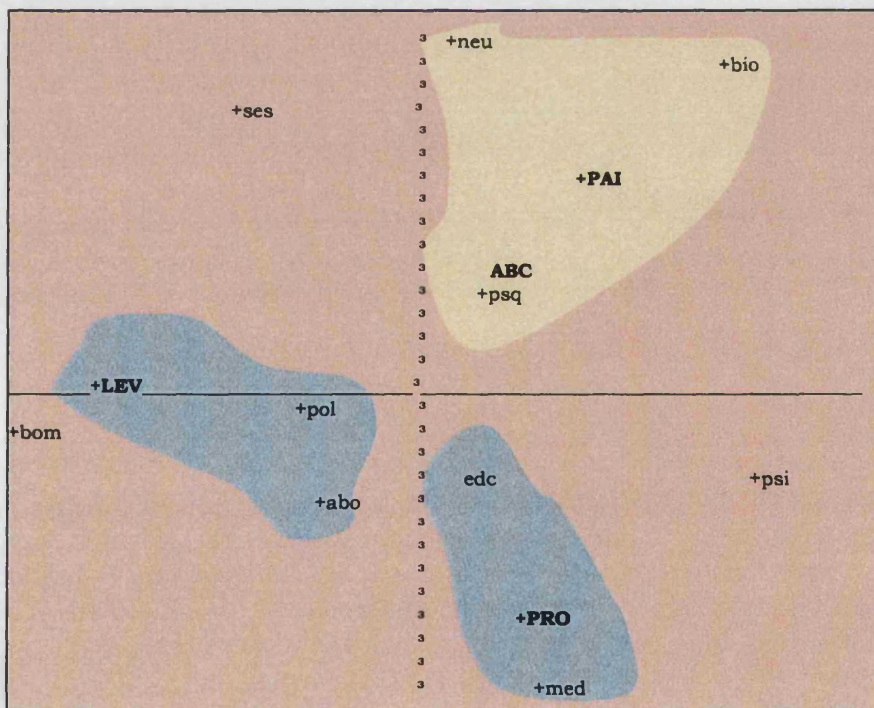


Gráfico 48. Campo Profesional

*Psiquiatras, Médicos, Policías y Abogados* son los profesionales con mayor representación en las noticias sobre enfermedad mental, esto confirma sin lugar a dudas, que el modelo *agresión-legal-sanidad*, está apoyado por la evidencia diaria de las opiniones y actuaciones de estos profesionales en la salud mental. Las personas, ante los problemas que le acarrearán los trastornos mentales, recurren a ellos preferentemente, recibiendo las soluciones que desde estas profesiones pueden generarse, a partir de sus marcos teóricos y de su práctica profesional.

Es de destacar, que el modelo de intervención social apenas tiene presencia a través de sus profesionales más representativos (trabajadores sociales), y que la psicología se encuentra demasiado alejada como para ser un referente en la prensa analizada. Es evidente el alto grado en que los profesionales que aparecen en la muestra, representan o pertenecen a una determinada institución, sin embargo en el caso de la intervención social y la psicología, las redes municipales de servicios sociales no cuentan con programas o Recursos, por lo general, que incidan directamente sobre la enfermedad mental y acojan la práctica de estos profesionales.

El resultado como vemos, es la institucionalización de intervenciones sanitarias y jurídicas claramente insuficientes y la tangencialidad de los profesionales de la intervención psicosocial, como resultado de su falta de soporte institucional. Con ello, se evidencia que la socialización o privatización de los servicios sociales en EM, sólo debería concebirse como complemento y no como sustitución de las redes institucionales, que a la postre, se convierten en las únicas con la continuidad necesaria para afrontar el fenómeno complejo que es el tratamiento de las enfermedades mentales.

En este contexto, es de destacar el papel de los Medios como reproductores del sistema de influencia y poder vigente en la actualidad y su dependencia temática de los modelos institucionalizados, influyendo con ello, en el pensamiento social, ya que en este caso, no se comportan independientemente de los modelos científicos que conforman las representaciones sociales de las enfermedades mentales, sino a partir de la difusión de la representación que poseen los grupos de influencia.

#### -Profesión:

Las distintas profesiones también encuentran diferencias significativas con relación a los periódicos analizados ( $\chi^2: 125.71; \beta: 9.76 p < 0.05$ ), para una varianza explicada del 89.63, a partir de dos ejes formados por *policía local* (Levante), frente a *investigación* para el País (64.26 de la varianza). El segundo eje se define entre *pediatras* para Las Provincias y *bomberos* para el Levante, con un 25.37 de la varianza explicada. La variable a sido delimitada por la recopilación de las categorías siguientes:

Psiquiatras 19% (psq)  
Neurólogos 4% (neu)  
Médicos 10% (med)  
Psicólogos 8% (psi)  
Trabajadores sociales 2% (trs)

Enfermería	3%	(enf)
Investigación	4%	(inv)
Biólogos	0%	(bio)
Abogados	17%	(abo)
Jueces	10%	(jue)
Pediatra	0%	(ped)
Bomberos	2%	(bom)
Maestros	1%	(mae)
Guardia civil	8%	(guc)
Policía nacional	4%	(pna)
Policía local	5%	(plo)
Policía autonómica	1%	(poa)
Prisiones	1%	(pri)
Sacerdotes	1%	(sac)

Del cruce de ambas dimensiones resulta que Las Provincias, se encuentra cercano a *médicos, psicólogos, enfermería, judicatura, pediatría, guardia civil y sacerdotes.*

El Levante, refleja los conceptos de *abogacía, guardia civil, policía nacional y policía local.*

El ABC, se encuentra cercano a *Psiquiatría, maestros, policía autonómica y funcionarios de prisiones.* El País por su parte, se posiciona cerca de *psiquiatría, biología y neurología.*

Las diferencias se deben fundamentalmente, no sólo a la existencia de diferentes profesiones en las noticias, sino también y de modo anecdótico, al diferente cuerpo de policía al que hacen referencia, puesto que básicamente, todos ellos contienen las figuras profesionales propias de un modelo sanitario (periódicos nacionales) frente a un modelo judicializado (prensa autonómica), como muestra el gráfico siguiente.

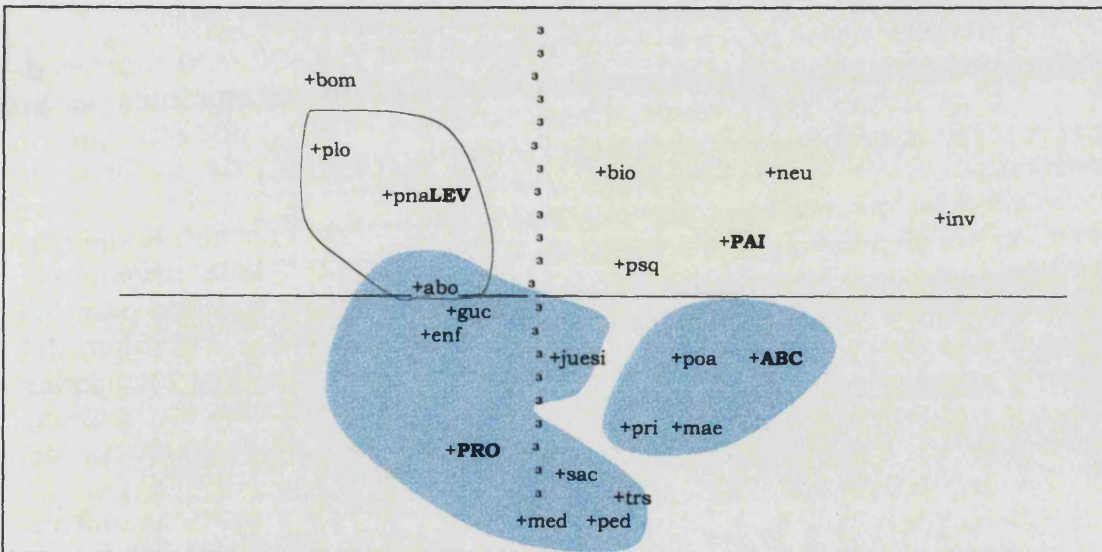


Gráfico 49. Profesiones

En él, puede observarse una determinada distintividad, basada en la especialización de figuras profesionales. Las Provincias recoge el mayor y más amplio surtido profesional, el Levante resulta el más pobre en cuanto a la cita de profesionales como fuente de autoridad científica, pero no como autoridad pública, ya que recoge la actuación tanto de la policía nacional como de la local. El ABC, recoge diferentes profesiones que se relacionan con problemas concretos en sus sectores, tal es el caso de las prisiones o de la educación. El País resulta el que más claramente refleja el modelo médico y sanitario, estando ambos periódicos nacionales muy cercanos a la especialización profesional y a la investigación psiquiátrica.

Profesión	Reseñas nominales			
	Las Provincias	ABC	Levante	El País
Abogados:	16	4	8	8
Médicos:	24	10	3	5
Neurólogos:	3	12	9	9
Periodista:	4			
Psicólogo:	7	8	9	15
Psiquiatras:	27	30	26	46
Pediatra:	1			
Investigadores:	12	11	7	14
Escritores:	1			2
Juez	2		3	6
Trabajadora Social	1			
Sacerdote	1			
Maestros		2		
Psicoanalistas		2		
Toxicólogo		1		
Empresario			1	
Biólogo				1
Ginecóloga				1
Pedagoga				1
Total:	99	80	66	108

\*Nota: La relación nominal y el número de reseñas individuales, figura en los anexos de esta investigación

Tabla 42 . Profesionales

El detalle que se muestra en la tabla anterior, se refiere al número de reseñas por periódico y profesión en los que el profesional es citado por su nombre o se realiza una alusión directa a su actividad u opinión, que no debe confundirse con el porcentaje sobre la variable, de la lista de categorías.

Como puede verse, *los nombres* que conforman e informan la opinión sobre los trastornos mentales, incluyen fundamentalmente a *psiquiatras, neurólogos, médicos ( psiquiatras en su mayoría), abogados y policía* para los cuatro periódicos, confirmando la existencia en las fuentes de opinión, del protagonismo de la actuación medico-legal ya referida. Hay que mencionar la fuerte presencia de *psicólogos*, que nominalmente aportan su opinión, sobre todo en el campo de los trastornos neuróticos y de la conducta, de manera puntual e individual.

La mayor contribución de los profesionales y por tanto la mayor especialización en la información difundida, la obtiene El País, donde un 74% de sus noticias cuentan con la cita o aportación de profesionales y el ABC con un 45%. Los periódicos autonómicos, cuentan con la opinión de los profesionales en un 23% de las noticias (Las Provincias) y un 18% (Levante).

-Sector:

El sector, resulta de la agrupación de las anteriores profesiones en sectores laborales de acuerdo con siete categorías:

Instituto público/privado.2% (ins), Sanidad.32% (san), Justicia.34% (jus), Ser.Sociales.6% (sso), Libres.5 (lib), Asociación profesional.5% (asp), Universidad.17% (unv).

Con diferencias débiles pero significativas entre periódicos ( $\chi^2:31.13$ ;  $\beta: 3.10$   $p < 0.05$ ), para una varianza explicada de 92.23. Esta variable de define a partir de dos dimensiones, explicando la primera de ellas el 50.17 de la varianza, mientras que la segunda lo hace con un 42.06 de la misma.

La oposición entre *institutos de investigación* (ABC) y *profesionales libres* (País), marca la primera dimensión, mientras que la segunda esta formada por *asociaciones profesionales* para Las Provincias frente a *institutos de investigación* para el ABC.

El gráfico 50, al recoger ambas dimensiones nos indica cómo Las Provincias se encuentra cercano a *Sanidad y Servicios Sociales*. El Levante se encuentra cercano a *Justicia y a Profesionales Libres*. El País y el ABC se encuentran muy cerca de *Universidad*.

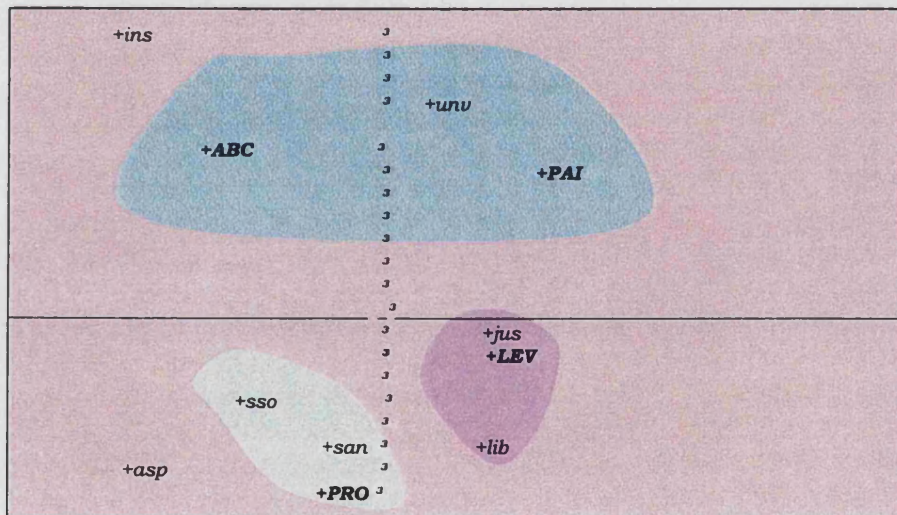


Gráfico 50. Sector Profesional

Por tanto, Las Provincias suele recurrir a profesionales de la Sanidad y de los Servicios Sociales, mientras que el Levante lo hace para Justicia y Profesionales Libres. Sanidad y Justicia son los estamentos más referenciados en las noticias y con mayor presencia en la prensa autonómica. La prensa nacional, busca sus fuentes en los profesionales vinculados a la Universidad, confirmando con ello su pretensión de transmitir información científica y de investigación sobre las enfermedades mentales.

En relación con la descripción de las Instituciones, es necesario destacar que el contenido de las variables: *noticias institucionales* ( $\chi^2: 31.57$ ,  $\beta: 0.29$ ,  $p > 00.5$ ), *acción de las Asociaciones de Familiares* ( $\chi^2: 20,45$ ,  $\beta: 0.58$ ,  $p > 00.5$ ) y los *Recursos que están solicitan* ( $\chi^2: 46.58$ ,  $\beta: 1.76$ ,  $p > 00.5$ ), no han presentado diferencias significativas, por lo que los datos porcentuales y

descripciones ofrecidas en la primera parte del análisis las definen convenientemente.

## **5.6- Características de la muestra e información diferencial**

Analizadas todas las variables que han demostrado diferencias significativas, podemos reflejar algunos de los patrones de cambio que están afectando la información difundida por la prensa escrita relacionados con las dos características que se encuentran reflejadas en la muestra: *posicionamiento ideológico y carácter de la tirada*.

En cuanto a la variabilidad relacionada con el carácter de la tirada de los periódicos, en los de ámbito autonómico observamos en las variables de ubicación, una mayor heterogeneidad en la ubicación del soporte gráfico, frente a los periódicos de tirada nacional donde existe un predominio en la utilización de la parte inferior de las paginas pares. Los temas en la prensa autonómica, se centran fundamentalmente en la agresión y en la imagen del enfermo mental como *agente, receptor y víctima* de la agresión, en contraposición a los periódicos nacionales, donde la temática característica es la difusión de investigación científica y una imagen del enfermo mental como *receptor* de la agresión.

Otra de las características que se relacionan con el carácter de la tirada y con el posicionamiento ideológico, es la mayor judicialización y presencia de la agresión en la temática que recoge la prensa autonómica, frente a los temas de psiquiatría que recogen los periódicos nacionales, aunque esto también es aplicable para los periódicos conservadores y progresistas respectivamente.

El tipo de enfermedad mental que aparece en las noticias de la prensa autonómica responde con mayor profusión a aspectos relacionados con los trastornos neuróticos y problemas psicológicos. Por el contrario, en la prensa nacional, el tipo de EM se caracteriza por su base neurológica y orgánica. De manera coherente, cuando se reflejan en las noticias categorías globales e inclusivas, los periódicos autonómicos etiquetan los trastornos como mentales, psicosis y neurosis, mientras que la prensa de tirada nacional los distingue como "psiquiátricos" y "neurológicos". También, de modo coherente con estos datos, significativamente estos mismos periódicos inciden en la incurabilidad de los trastornos mentales.

Para los periódicos de posicionamiento conservador, la enfermedad mental se relaciona con la discapacidad, la enfermedad y la locura. Los periódicos de posicionamiento progresista se caracterizan por categorías como crisis o salud. En cuanto a la terapia, de modo heterogéneo se encuentran reflejadas tanto la intervención psiquiátrica como la integración social, aunque el modelo biomédico resulta absolutamente hegemónico.

En cuanto a las consecuencias sociales, estas categorías también parecen relacionarse con el posicionamiento ideológico. Así, la prensa de orientación conservadora refleja a la enfermedad mental como causa de alarma social, frente a los periódicos progresistas que se definen en torno a la exclusión y aislamiento social. Las consecuencias legales, sin embargo, se relacionan con el carácter de la tirada, coherentemente con el mayor

contenido que reflejan de las categorías referidas a agresión y legal. Así los periódicos autonómicos muestran con mayor detalle que los nacionales, todo el proceso medico-legal consecuente con la crisis morbosa. Estos últimos, se centran más en cambios legales o en la incapacitación.

El hecho que causa las noticias en la prensa autonómica viene determinado por la agresión y la hospitalización frente a la prensa nacional que se identifica con la evaluación mental y la investigación. Sin embargo, la prensa conservadora refleja en mayor medida al enfermo mental como agente de la agresión, mientras que la prensa progresista lo hace como objeto de la misma. El rol del enfermo mental en la prensa conservadora se relaciona con el loco, agresor y discapacitado, en la progresista aparece como enfermo, paciente o violento. Todos los periódicos reflejan a un enfermo mental integrado o institucionalizado. Los antecedentes reflejados en las noticias, también muestran un tratamiento diferencial. Para la prensa autonómica, se centran en la descripción de variables clínicas como diagnosticado o sin tratamiento, mientras que la prensa de tirada nacional relata antecedentes de tipo social como indigencia o referidas al núcleo familiar.

La reacción familiar reflejada en El Levante y Las Provincias, se refiere al dolor y la tensión familiar, que junto a la hospitalización, caracterizan su posición en esta variable. A este respecto, El País y El ABC, reflejan las reacciones familiares como las quejas ante la Administración por falta de Recursos.

Coherentemente con estos datos, los profesionales que aparecen en la prensa de tirada nacional son fundamentalmente psiquiatras, enmarcados dentro del campo profesional de la neurología y la psiquiatría. Con relevancia especial de aquellos profesionales que representan a las Universidades españolas. Los profesionales de la prensa autonómica se mueven dentro del campo más difuso de la "medicina" y significativamente de la abogacía, con predominio del campo judicial y por consiguiente, dentro de los sectores de sanidad y justicia.

Por último, y sin diferencias entre periódicos, la etiología de las EM es fundamentalmente biológica u orgánica, reflejándose también una causación psicosocial de los trastornos mentales que determinan una imagen heterogénea del campo etiopatogénico. La duración de las EM es crónica. Los hechos se atribuyen a la condición de enfermo mental y al estrés, aunque el perfil responde al de una persona de 25 a 50 años, autónoma, con familia propia e hijos. Las familias reflejadas en prensa suelen tener bajos ingresos. Las noticias institucionales marcan la gran preocupación de este periodo en la creación de recursos sociosanitarios, al mismo tiempo que se describe homogéneamente la solicitud reiterada de recursos, sobre todo de rehabilitación e integración social por parte de las Asociaciones de familiares.

*La descripción de estos datos indica, que los periódicos de carácter autonómico, en contraste con la prensa de tirada nacional, presentan la información desde categorías que reflejan una menor especialización y mayor ambigüedad en la imagen de las EM. Esta, es compensada en la estructura*



*de la información difundida, con la fuerte presencia de la enfermedad mental como agresión en las noticias que publica. Además, muestran una imagen negativa del enfermo mental y reflejan en sus páginas un mayor componente de judicialización de los trastornos mentales. Por lo que el carácter de la difusión de las noticias, esta influyendo sobre el tipo de información ofertada y sobre la representación de las enfermedades y de los enfermos mentales.*

Otra característica de la muestra, hace referencia a los dos posicionamientos ideológicos contenidos en la misma definidos por un polo conservador y otro progresista. En relación con esto, el análisis de los datos en los que existen características diferenciales relacionadas privativamente con este dato, apuntan a una fuerte influencia sobre las variables de ubicación de las noticias. De hecho, hemos podido referir anteriormente, los datos en que los periódicos progresistas utilizan un mayor número de líneas y columnas, así como una mayor extensión y perceptibilidad horizontal en la presencia del soporte gráfico. Contrastando con ello, las noticias de la prensa conservadora ocupan un menor número de líneas y columnas, con un acompañamiento fragmentario y vertical del soporte gráfico.

Para la prensa progresista, el hecho distintivo de las EM es su relación con el tratamiento dentro de un proceso de salud/ enfermedad. Sin embargo, para los periódicos conservadores, las enfermedades mentales se caracterizan por la *discapacidad y la incapacidad* como correlato legal, así como por el viejo e identificativo concepto de *locura*.

Como hemos mencionado anteriormente, es necesario recalcar que El País y El Levante trasladan la imagen de *aislamiento y exclusión social* como consecuencias sociales, a diferencia de los periódicos conservadores que señalan como característica esencial el *temor y la alarma social*. Estos últimos también identifican a los trastornos mentales como *incurables*. Puesto que como hemos visto, este resultado también está relacionado con el carácter de la tirada, hemos realizado un análisis estadístico al respecto, cruzando la variable prensa con dos niveles: *progresista y conservadora*, frente a *curable e incurable* y en otro análisis subsiguiente hemos cruzado de nuevo, *curable e incurable* con la variable prensa, cuyos dos niveles, esta vez, estaban referidos a *autonómica y nacional*, dando los siguientes resultados:

- Prensa autonómica/ nacional: ( $\chi^2$ : 8.67;  $\beta$ : 7.67.  $p < 0.05$ ), para el 100 % de la varianza. Donde la prensa autonómica se caracteriza por *incurable*.
- Prensa progresista/ conservadora: ( $\chi^2$ : 16.97;  $\beta$ : 15.97.  $< 0.05$ ), para el 100 % de la varianza. Donde la prensa conservadora se caracteriza por *incurable*.

Por lo que podemos afirmar, que tanto el carácter de la tirada *autonómica* como la ideología *conservadora* de la prensa influyen sobre la consideración como incurables a los trastornos mentales, existiendo una mayor asociación en la relación entre, *incurabilidad e ideología conservadora*.

El rol de enfermo, también resulta diametralmente opuesto según el posicionamiento ideológico, ya que mientras la prensa conservadora se caracteriza por la difusión de la imagen de un enfermo mental *agresor y enajenado*, la progresista lo etiqueta fundamentalmente como *paciente violento y enfermo*. En este último posicionamiento, el enfermo está *institucionalizado*, mientras que en la prensa conservadora se trata de un agente de la agresión en situación de *marginalidad, aislado* o por el contrario permanece *integrado* socialmente antes de producirse los hechos relatados en las noticias. Hecho que como vemos, parece perfilar un enfermo mental no psicótico, sino al agresor psicópata que padece un trastorno de la personalidad, el popular y temido "*psicópata*", o bien el maltratador familiar.

La situación descrita, es dibujada por la prensa conservadora a través de las noticias que relatan la *agresión a la familia* por parte del enfermo mental, o cuando esta causa accidentes. Para la prensa progresista, es el *internamiento y la agresión recibida* lo que caracteriza a la situación.

Dada la importancia de la agresión en el contexto de los datos que emergen de esta investigación, hemos decidido realizar pruebas estadísticas que nos permitan confirmar si los diferentes tipos de agresión se conectan con los diferentes periódicos de la muestra de manera significativa.

Para ello, hemos agrupado todas las categorías incluidas en la investigación y referidas a la agresión, en un variable que hemos denominado "agresión", que incluye: las categorías referentes a la agresión como *tema*: Agresión producida y recibida por el enfermo y autoagresión; como *consecuencia social*: suicidio y abuso sexual recibido; como *situación descrita*: Agresión a terceros, a familiares, auto agresión y agresión de terceros o recibida; como *rol del enfermo*: agresor y víctima; Como *circunstancia asociada*: Abuso sexual sobre el enfermo y por último como *reacción familiar*, cuando esta se traduce en trato abusivo o de explotación sobre el enfermo. Las categorías de esta variable han sido cruzadas en primer lugar, con los cuatro periódicos que componen la muestra, mostrando la existencia de diferencias débiles pero significativas en el tratamiento de la agresión de las noticias de la muestra ( $\chi^2$ : 63.02;  $\beta$ : 3.85  $p < 0.05$ ), para una varianza explicada del 59.05 y 26.52 de la variable.

Sin embargo, esta relación entre agresión y los diferentes periódicos, puede simplificarse sobre la base de lograr, una percepción clara del enfermo mental y su relación con las características muestrales en cuanto a las diferentes formas de agresión reflejadas en las noticias de la prensa.

Hemos detectado diferencias entre los cuatro periódicos, pero todavía no sabemos si realmente este trato diferencial de la agresión, obedece a factores de la tirada o de la posición ideológica. Tampoco sabemos claramente, si existen diferencias en el rol del enfermo mental, como agresor, como víctima o como autoagresor relacionadas con el carácter de la tirada y el posicionamiento ideológico de la muestra.

A fin de contestar a estas preguntas, hemos recogido las categorías de la variable agresión, en la que, como ya se ha mencionado, se han detectado diferencias significativas, y las hemos agrupado en tres niveles: *agresión*

*producida, agresión recibida y autoagresión*, a fin de cruzarlas con prensa autonómica / nacional y posteriormente, prensa conservadora/ progresista:

- *Variable agresión y prensa autonómica y nacional:*

Este análisis ha dado como resultado ( $\chi^2$ : 6.29;  $\beta$ :3.03  $p < 0.05$ ), para el 100 % de la varianza, la existencia de diferencias significativas, aunque débiles a este nivel de significación. Donde los periódicos autonómicos se sitúan a la misma distancia de la agresión producida y de la recibida, mientras que los periódicos nacionales se caracterizan por la autoagresión.

- *Variable agresión y prensa conservadora y progresista:*

En este análisis se han encontrado diferencias significativas ( $\chi^2$ : 8.17  $\beta$ :4.36,  $p < 0.05$ ) para el 100 % de la varianza, con un mayor grado de asociación. Donde los periódicos conservadores se caracterizan por una *agresión producida por el enfermo*, los progresistas en una *agresión recibida por el enfermo* y un mismo posicionamiento para ambas tendencias frente a la autoagresión.

Por lo que podemos concluir que ambas características de la muestra afectan al trato dado para la agresión, debido a la amplitud con que el tema es tratado por la prensa autonómica, en todas sus vertientes. Pero que cuando analizamos la relación entre el *rol agresivo* del enfermo mental con el posicionamiento ideológico de la prensa analizada, encontramos diferencias significativas y de mayor intensidad, que identifican a la prensa conservadora con la imagen del enfermo mental como *agente de la agresión* y a la progresista con la imagen del enfermo mental como *receptor de la agresión*.

*Encontramos por tanto influencias del posicionamiento ideológico de la prensa analizada en los contenidos de las noticias sobre EM y que se relacionan con una fuerte presencia del modelo biomédico y la psiquiatrización, así como al enfermo, principalmente como receptor de la agresión pero capaz de autoagredirse, en la prensa progresista, frente a la significativa presencia de aquellas categorías que definen al enfermo como un agente agresor, loco, discapacitado, causa de alarma social que agrede principalmente a sus familiares y cercano a situaciones de marginalidad social o definido fundamentalmente por el perfil clásico del psicópata, como características de la prensa conservadora.*

Por lo que la tríada *Legal-Agresión-Sanidad*, presente en todos los análisis realizados de la investigación, resulta influenciada en su expresión, tanto por el posicionamiento ideológico de la prensa como por el carácter de su tirada y en su contenido, por el modelo biomédico con carácter dominante.

De modo persistente, la imagen del loco como un *ENFERMO QUE AGREDE*, emerge poderosamente como la representación moderna del

enfermo mental. Producto sin duda, de la situación generada por el insuficiente desarrollo de la Reforma Psiquiátrica.

### **5.7-Perfil específico de los periódicos analizados**

El análisis de contenido realizado hasta ahora, nos informa sobre las categorías de las variables de ubicación y contenido de todos los periódicos de la muestra. A partir de las pruebas estadísticas realizadas hemos detectado y descrito, aquellas categorías que definen las diferencias entre periódicos. Por ello, podemos en esta sección determinar cuál es el perfil de cada periódico, teniendo en cuenta las categorías de las variables que han resultado con diferencias significativas y que se encuentran más cercanas a cada uno de ellos.

#### LAS PROVINCIAS

Las noticias en este periódico, están encuadradas en la sección de *sucesos*. Los temas predominantes se relacionan prioritariamente con la *agresión, servicios sociales y familia*, lo que le sitúa en una línea editorial *culpabilizadora y asistencial*. Esto resulta coherente con el rol del enfermo mental descrito en sus noticias, en las que el enfermo, que habitualmente ya ha pasado por una institución psiquiátrica o la prisión, aparece acusadamente como *agresor, víctima* y también como *delincuente y discapacitado*.

Centrado en la *enfermedad* y en la *discapacidad*, la terapia que difunden sus páginas sigue la línea mencionada, que determina una preocupación por el *internamiento y la hospitalización* en paralelo a la *integración social del discapacitado*. Este periódico le presta igual atención, tanto a las *"neurosis"* como a las *"psicosis"* en detrimento de otros trastornos de origen orgánico y degenerativo.

Los síndromes psicóticos son etiquetados como *enfermedad mental*, como adjetivo generalizador. Las consecuencias sociales en este periódico se centran en resaltar la *indignación social* consecuente con los contenidos violentos de sus noticias.

Las consecuencias legales fijadas en sus páginas describen con detalle todo el proceso de institucionalización actual, a partir de la judicialización de la enfermedad mental, en el que la *hospitalización o el internamiento* casi siempre es consecuencia de un hecho violento, la *detención policial* y el *procesamiento judicial*. Estas son las circunstancias que se convierten en el hecho causal de sus noticias.

Las situaciones que se describen giran en torno a la *agresión del enfermo mental sobre sus familiares y las desapariciones o huidas*, por el hecho de que el enfermo *no estaba medicándose*; contribuyendo a difundir repetidamente, el carácter incontrolable de las enfermedades mentales. La *discapacidad* vuelve a aparecer como una de las características situacionales más señaladas por este periódico. Las reacciones de los familiares se centran en la *institucionalización psiquiátrica u hospitalización del enfermo y en los sentimientos de dolor y desamparo de las familias*.

Los profesionales que definen la enfermedad mental a través de sus actuaciones, se centran en el campo de la *medicina, la abogacía y las fuerzas del orden*, los protagonistas técnicos que figuran con asiduidad en sus noticias son los miembros de la *policía, la judicatura y la abogacía*, coherentemente con su enfoque de la agresión como factor principal. Los sectores característicos de sus noticias son los de *sanidad y servicios sociales* al no englobarse dentro de "Justicia", a la policía y los abogados libres o no relacionados directamente con la Institución.

### Las Provincias

Temas preferentes:	<u>Agresión, Servicios Sociales, Legal, Familia,</u>
Tipos de enfermedad mental:	<u>Ludopatía, Epilepsia, T. Mental, T. Personalidad, T. Psíquico,</u>
Distintividad de los trastornos:	<u>Psicológicos, Mentales y Psiquiátricos.</u>
Adjetivación:	<u>Enfermedad, Discapacidad, Alteración, Desorden,</u> Incapacitación. Proceso.
Hecho causal:	<u>Agresión producida, Agresión recibida, Auto agresión, Falta</u> <u>de Recursos Sociales y Sanitarios y Creación de los mismos,</u> Internamiento Psiquiátrico.
Consecuencias sociales:	<u>Indignación social, Abuso sexual, Buen clima familiar,</u>
Consecuencias legales:	<u>Procesamiento Judicial, Reclusión Prisión, Ingreso</u> hospitalario, Eximente.
Terapia:	<u>Génica, Integración Social, Intervención Psiquiátrica,</u>
Situación contextual:	<u>Agresión a familiares, Huida, Delito, Agresión recibida,</u> Agresión a terceros, Crisis.
Situación asociada a:	<u>Falta de adhesión a la medicación, Agresión sexual,</u> Discapacidad psíquica y sensorial, Neurosis, Normalidad, Con Tratamiento Psiquiátrico y Psicológico, Circunstancias Climatológicas.
Antecedentes:	<u>En Centro Psiquiátrico, Prisión,</u>
Rol del enfermo:	<u>Agresor, Víctima, Delincuente, Pacífico,</u>
Reacción Familiar:	<u>Tensión Familiar, Abandono,</u>
Profesión:	<u>Medicina, Psicología, Abogacía, Judicatura, Pediatría,</u> Guardia Civil, Sacerdocio.
Campo de Actuación:	<u>Medicina,</u>
Sector Profesional:	<u>Sanidad, Servicios Sociales, Profesionales libres.</u>

Tabla 43. Perfil diferencial de Las Provincias

### EL LEVANTE

Este periódico caracterizado por la presencia del modelo *biomédico, la exclusión social y lo legal*, inserta los artículos sobre la enfermedad mental en las páginas de *Sociedad*, sección no muy diferente a la de sucesos del periódico anterior, pero mucho más heterogénea en cuanto a contenidos. Los trastornos mentales aparecen como un proceso de *salud y enfermedad* donde está muy presente la psiquiatrización, por ello la persona con enfermedad mental, es un *enfermo* categorizado a través de su dolencia. De manera consistente, las terapias que se difunden desde sus páginas, son fundamentalmente la hospitalización y el *tratamiento farmacológico*. La etiología de estos trastornos es *neurológica o psiquiátrica*, en los que la enfermedad es sinónimo de *tratamiento y salud*. Sin embargo el modelo biomédico tan presente en este periódico, distingue a la enfermedad como *psiquiátrica* por detrás de *mental*, que supone como ya hemos mencionado,

un concepto inclusivo de diferentes tipos de trastornos. Las consecuencias sociales que perciben sus lectores son aquellas que se refieren a la enfermedad como *causa de rechazo social y exclusión*, así como *el conflicto familiar que ello produce*. Las consecuencias legales descritas, al igual que en el periódico anterior, se centran sobre *la detención, el procesamiento judicial y la institucionalización psiquiátrica*.

Los hechos que generan sus noticias están determinados por la *agresión recibida por el enfermo mental y la falta de recursos sociales y sanitarios*, así como el eco que alcanzan en sus páginas *la creación de nuevos servicios*, describiendo situaciones en los que la *autoagresión, la agresión recibida y las crisis psicóticas* tienen su consecuente en el *internamiento y hospitalización del enfermo mental*. *El conflicto familiar* y la existencia de *diagnóstico médico*, son constantes que figuran asociadas a la descripción de las situaciones en los dos periódicos autonómicos.

Los precedentes que se hacen constar giran de manera coherente con el historial médico de hospitalizaciones y tratamientos psiquiátricos del enfermo mental y al igual que en el periódico anterior, se señalan la *institucionalización psiquiátrica, el estrés y el dolor familiar*, como la reacción familiar más usual ante la enfermedad mental. Los profesionales citados en este periódico, se incluyen preferentemente dentro de los *Cuerpos y Fuerzas de Seguridad y la abogacía*.

## LEVANTE

Temas preferentes:	<u>Legal y Psiquiatría</u>
Tipos de enfermedad mental:	<u>T. Adictivos. Ag. sexual. D. mental. Depresión. Esquizofrenia. Paranoia. Psicosis. T. Bipolar., T. Personalidad.</u>
Distintividad de los trastornos:	<u>Mentales y Psiquiátricos.</u>
Adjetivación:	<u>Perturbación. Arrebato. Crisis. Enajenación. Problema. Salud. Trastorno. Tratamiento.</u>
Hecho causal:	<u>Crisis. Agresión recibida. Agresión producida. Auto agresión. Falta de Recursos Sociales y Sanitarios y Creación de los mismos. Internamiento Psiquiátrico y Evaluación Mental.</u>
Consecuencias sociales:	<u>Suicidio. Rechazo Social. Conflicto Familiar.</u>
Consecuencias legales:	<u>Procesamiento Judicial. Ingreso Hospitalario. Detención Policial. Eximente. Incapacitación.</u>
Terapia:	<u>Internamiento. Hospitalización. Farmacología.</u>
Situación contextual:	<u>Agresión recibida. Delito. Conductas disruptivas. Crisis. Ingreso Hospitalario. Agresión a familiares. Agresión a terceros.</u>
Situación asociada a:	<u>Ambiente social conflictivo. Con Tratamiento Psiquiátrico. Incapacidad. Con diagnóstico médico. Prisión.</u>
Antecedentes:	<u>En tratamiento Psiquiátrico. Hospitalización.</u>
Rol del enfermo:	<u>Enfermo. Paciente. Normal. Perturbado. Desfavorecido. Pacífico. Según la enfermedad.</u>
Reacción Familiar:	<u>Ingreso Hospitalario. Intern. Psiquiátrico. Detención Policial.</u>
Profesión:	<u>Policia Nacional. Guardia Civil. Policia Local. Abogacía. Enfermería.</u>
Campo de Actuación:	<u>Policia Local.</u>
Sector Profesional:	<u>Justicia. Profesiones Liberales.</u>

Tabla 44. Perfil diferencial del Levante

## EL ABC

Este periódico encuadra las noticias sobre la enfermedad mental en la sección de *sanidad*, con presencia importante de los temas de *psiquiatría e investigación científica*. Centrado en estos síndromes como *enfermedad*, difunde una imagen del enfermo mental como *psicópata, loco o enajenado*, siendo el periódico que más característicamente combina una imagen de *divulgación medicalizada y culpabilizadora* de la enfermedad mental.

La enfermedad mental como consecuencia social, sólo aparece significativamente en la descripción de los trastornos psíquicos que padecen las fuerzas del orden en el País Vasco, por el llamado "Síndrome del Norte" como enfermedad profesional, ante el que se recomienda la intervención psicológica.

Los periódicos nacionales, mencionan las consecuencias legales referidas fundamentalmente a *cambios legislativos y las consecuencias de la detención policial*. Las enfermedades características de este periódico son las relacionadas con la *etiología orgánica*, como las demencias, y la enfermedad en sí misma se objetiva como *discapacidad*. El ABC es el único que incide en el carácter neurológico de las enfermedades mentales, pero no como sinónimo de neurosis sino con relación a la etiología orgánica referida.

El enfermo mental aparece como un *agresor* e involucrado en *accidentes*, normalmente ligado a situaciones de marginalidad como la *drogadicción, la mendicidad y el SIDA*, casi siempre *sin tratamiento psiquiátrico*, contribuyendo con ello a percibir la enfermedad mental relacionada con el fracaso social. *La solicitud de ayuda a la Administración*, es la principal reacción familiar que recoge este periódico. Los campos en los que intervienen los profesionales son la *psiquiatría, la neurología, la biología* y aquellos que trabajan en los *servicios sociales*.

### **ABC**

Temas preferentes:	<u>Investigación</u> . Psicología y Laboral.
Tipos de enfermedad mental:	<u>T. Ansiedad</u> . Ag. sexual. Alzheimer. Demencia. Depresión. Parkinson. Pedofilia.
Distintividad de los trastornos:	<u>Neurológicos</u>
Adjetivación:	<u>Locura</u> . Problema.
Hecho causal:	<u>Divulgación científica y social</u>
Consecuencias sociales:	<u>Problemas laborales</u>
Consecuencias legales:	<u>Detención policial</u> . <u>Ingreso Hospitalario</u> . <u>Pro. Judicial</u>
Terapia:	<u>Intervención Psicológica</u>
Situación contextual:	<u>Accidentes</u> . Agresión a terceros. Auto agresión.
Situación asociada a:	<u>Drogas</u> . Indigencia. Sin tratamiento Psiquiátrico ni Psicológico. SIDA Ancianidad.
Antecedentes:	<u>Enfermedad mental</u> . En tratamiento Psiquiátrico.
Rol del enfermo:	<u>Psicópata</u> . Loco. Enajenado. Incapacitado.
Reacción Familiar:	<u>Solicitud de Ayuda a la Administración</u> . Incapacitación. Apoyo Familiar.
Profesión:	<u>Policía Autónoma</u> . Funcionarios Prisiones. Psiquiatría. Magisterio.
Campo de Actuación:	<u>Psiquiatría</u> . Educación.
Sector Profesional:	<u>Servicios Sociales</u>

Tabla 45. Perfil diferencial de ABC.

## EL PAÍS

El País, sitúa la información sobre la enfermedad mental en el campo de la sección periodística de *Tribunales*, ya que el rol asignado al enfermo mental es el de un *paciente peligroso y violento*, la terapia sin embargo, se instala en un perfil *biomédico y de integración social*, donde se reseñan las causas de la *exclusión, el aislamiento y el rechazo social* del enfermo mental, en el que se ubican también, las llamadas de *ayuda de las familias a la Administración*.

Los trastornos mentales son identificados como proceso, donde son importantes la *salud y el tratamiento psiquiátrico*. Las *evaluaciones mentales* que se realizan, dentro de los procesos judiciales y los pronunciamientos que emiten los familiares por su situación, son los hechos que generan las noticias en el País. El contexto descrito es el de la *hospitalización y el internamiento psiquiátrico*.

*La ancianidad, el alcohol, el ambiente familiar conflictivo y la existencia de tratamiento*, son las circunstancias asociadas a la enfermedad mental, consistentes en hechos, protagonizados por enfermos con precedentes de institucionalización. Al igual que el ABC, este periódico se centra en la *Psiquiatría y en la Justicia*, siendo el que más reseña las opiniones de los *investigadores y personal universitario*.

<b>EL PAÍS</b>	
Temas preferentes:	<u>Psiquiatría, Investigación, Familia, Legal.</u>
Tipos de enfermedad mental :	<u>Hipocondría, Ag. sexual, Alzheimer, Demencia, Histeria, Parkinson, Paidofilia, T. Ansiedad .</u>
Distintividad de los trastornos:	<u>Psiquiátricos, Mentales y Psicológicos.</u>
Adjetivación:	<u>Enajenación, Alteración, Cuadro, Perturbación, Enfermedad, Problema, Salud, Trastorno y Tratamiento.</u>
Hecho causal:	<u>Evaluación mental, Falta de Recursos Sanitarios, y Pronunciamiento Social.</u>
Consecuencias sociales:	<u>Aislamiento y Rechazo Social.</u>
Consecuencias legales:	<u>Incapacitación.</u>
Terapia:	<u>Integración Social, Hospitalización, Internamiento, Farmacología.</u>
Situación contextual:	<u>Incumplimiento terapéutico, Conductas Disruptivas, Ingreso Hospitalario.</u>
Situación asociada a:	<u>Ancianidad, Drogas, Alcohol, Ambiente Familiar Conflictivo, Con Medicación, En Tratamiento Psiquiátrico, sin tratamiento Psicológico, Estados de Ansiedad, Con diagnóstico Médico.</u>
Antecedentes:	<u>Institucionalización.</u>
Rol del enfermo:	<u>Paciente, Peligroso , Normal, Loco, Demente , Violento.</u>
Reacción Familiar:	<u>Solicitud de Ayuda a Administración, Incapacitación, Apoyo Familiar.</u>
Profesión:	<u>Neurología.</u>
Campo de Actuación:	<u>Psiquiatría, Biología.</u>
Sector Profesional:	<u>Justicia, Universidad.</u>

Tabla 46. Perfil diferencial de El País



## 5.8-Diferenciación e ideología en la prensa analizada

A lo largo de todo el proceso de análisis, hemos podido describir aquellas categorías con mayor presencia en las noticias de la muestra. Esto ha supuesto la detección de diferencias significativas en la representación de la EM en los Medios de Comunicación analizados. Esta diferenciación se relaciona con dos características muestrales básicas, el carácter de la tirada de los Medios y el posicionamiento ideológico del discurso periodístico.

Además, hemos detectado la presencia de los conceptos definitorios de dos modelos científicos que definen la representación de los trastornos mentales en interacción con las dos características reseñadas de la muestra. Por lo que las noticias sobre la enfermedad y los enfermos mentales, su contenido y significación, se encuentran ligados a la influencia ejercida por las características estructurales de la prensa analizada, su posicionamiento ideológico y la existencia de imágenes y conceptos provenientes de teorías científicas.

Los presupuestos teóricos que describen como el Medio influye en el mensaje (McLuhan, 1962), así como las formulaciones que proponen las representaciones sociales como una construcción social relacionada con modelos científicos e ideologías dominantes (Moscovici, 1976; Bourdieu, 1980; Rouquette, 1986), que se expresan como campo de tensiones de la interacción social, resultan coherentes con los datos derivados del análisis de esta investigación.

En este contexto, es necesario delimitar con mayor precisión, el papel de las ideologías y su interacción con los modelos científicos, así como su contribución al contenido de las representaciones sociales de la enfermedad mental.

Cuando mencionamos la frase "posicionamiento ideológico", no debe entenderse que asumimos la dicotomía clásica entre derecha e izquierda, sino que más bien, estamos haciendo referencia a la realidad social de unos periódicos que en nuestra Comunidad, han llegado a ser distintivos de diferentes opciones ideológicas contrapuestas y modos de entender la cultura diferentes. En el ámbito estatal, hemos seleccionado obviamente, aquellos periódicos que en la vida nacional, tradicionalmente se encuentran muy identificados, no solo con opciones políticas concretas, sino que también son representativos de una determinada forma de entender las creencias sociales, políticas y culturales, definiéndose en esto, por su polaridad contrapuesta. Y esto es consecuente con la descripción de las ideologías de la sociedad *post*, donde el conservadurismo se relaciona con las creencias y actitudes formalistas y tradicionales, mientras que el progresismo, lo hace con actitudes rupturistas, humanitaristas y de confianza en el dominio de la técnica y en el conocimiento de los profesionales para la solución de los problemas sociales (Seoane, 1993; Seoane *et al*, 1996).

Por otro lado, las hipótesis de partida planteaban la posibilidad de que las Representaciones Sociales actuales de la enfermedad mental, se comporten de modo relativamente independiente de las ideologías, lo que ha encontrado soporte en los análisis diferenciales realizados, mostrando la diferente entidad de las ideologías y las representaciones sociales, así como

la relación de estas últimas, con el formato y la estructura diferencial de los Medios de Comunicación. En este contexto, cabe señalar el hecho de que en un mismo periódico, independientemente de su posicionamiento ideológico, encontramos diversas categorías sobre la enfermedad mental, algunas incluso, contradictorias entre sí, que evidencian un esquema de difusión de la información y la influencia de diferentes elementos muestrales sobre el contenido y ubicación de las noticias. Esto es congruente con estas hipótesis de partida y de hecho, justifica la metodología desarrollada, ya que las Representaciones Sociales detectadas, deben ser un fiel reflejo de las "teorías populares" que, aunque dotadas de cierta lógica social, sin embargo, no tienen porque tener una total homogeneidad interna, semejante a un mismo tronco que une una diversidad de ramas diferentes. La metodología utilizada, refleja fielmente los cambios, caóticos o no, que se producen en la sociedad en torno a los fenómenos culturales, sociales y sus representaciones, sin imponer una estructura racional *a priori* y revelándonos las relaciones entre los contenidos de las noticias y los distintos sistemas de creencias y las diferentes realidades sociales, como partes integradas de hechos culturales e históricos anclados en la representación social de los trastornos mentales. Por lo que describir la heterogeneidad o la coherencia de las representaciones sociales de las EM, asumir la influencia detectada a partir del posicionamiento ideológico de la prensa analizada y la confirmación o no de las hipótesis iniciales al respecto, hacen necesario el análisis de la variable *periódicos*, con dos niveles definidos por el polo conservador y el polo progresista, a fin de cruzarlas con aquellas variables que han resultado con diferencias significativas, con el objetivo de determinar la relación entre ideología y representación y si su influencia sobre las variables de la investigación no es un producto azaroso. Con ello, pretendemos contribuir a la discusión de tres objetivos concretos:

- Descripción del campo de información de las Representaciones Sociales de la EM.
- Independencia de las Representaciones sociales de los sistemas de ideologías, como producto social específico.
- Relación entre ideologías y Representaciones Sociales.

#### 5.8.1- Enfermedad mental / salud mental.

*Extraída de las categorías de la variable "objetivación", ha resultado significativa para  $\chi^2$ : 9.51;  $\beta$ : 8.51;  $p < 0.05$ ; con un solo factor explicativo para el 100 % de la varianza.*

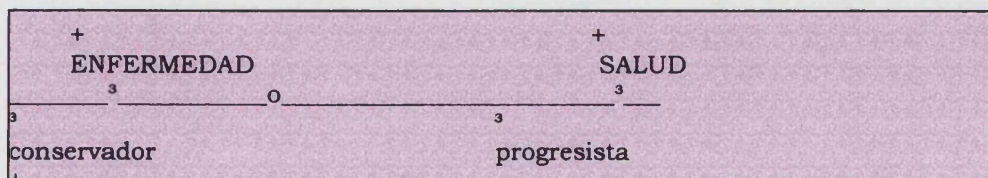


fig (8). Variable: Salud / Enfermedad.

Lo que confirma la posición de los periódicos conservadores respecto a la *enfermedad* en contraposición a la *salud*. Condición que se ve reforzada por los resultados globales del análisis de la variable 19, sobre la *objetivación* de los trastornos mentales.

### 5.8.2-Las secciones periodísticas:

Esta variable ha resultado significativa para  $\chi^2$ : 136.99;  $\beta$ : 31.50;  $p < 0.05$ , con un solo factor explicativo del 100 % de la varianza.

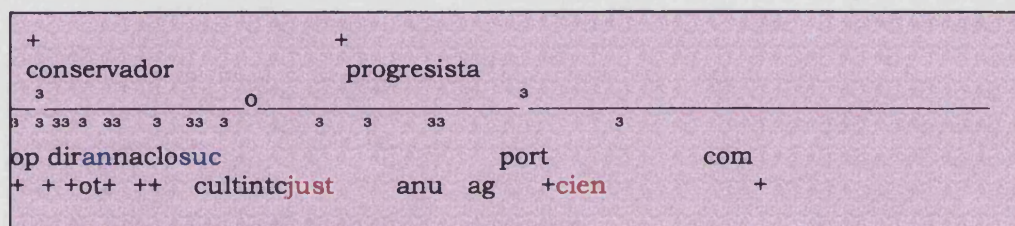


Fig (9). Posicionamiento ideológico y secciones

Este análisis nos muestra claramente, cómo los periódicos conservadores acumulan las secciones de *Sanidad (san)* y *Sucesos (suc)*. Los periódicos progresistas sin embargo, se inclinan al polo formado por *Justicia (just)* y *Ciencia (cien)*. Aunque es necesario recordar que esta variable solo debe interpretarse como preferencia editorial en el encuadre de las noticias, que en realidad no refleja fielmente el contenido temático de los artículos.

### 5.8.3-Los temas periodísticos:

Esta variable ha resultado significativa para  $\chi^2$ : 33.93;  $\beta$ : 9.17;  $p < 0.05$ , con un solo factor explicativo del 100 % de la varianza.

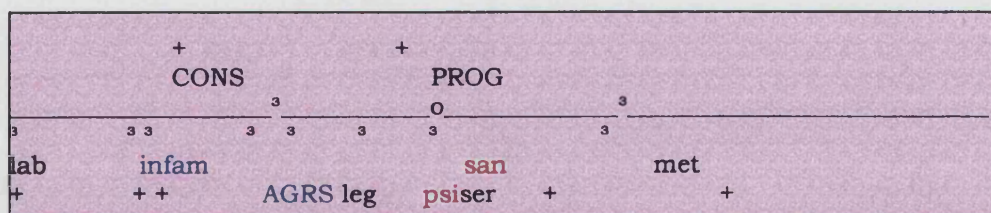


Fig (10) . Posicionamiento ideológico y temas

En los temas periodísticos, donde recordemos que el análisis de contenido es el que determina la agrupación de categorías, nos da como resultado un polo conservador a partir de *Familia (fam)*, *Investigación (in)* y *Agresión (agr)*. El polo progresista se define por *Sanidad (san)* y *Psicología (psi)*. Las categorías de *Servicios Sociales (ser)* y *Legal (leg)* guardan una distancia equidistante entre ambos polos.

5.8.4 El hecho causal de las noticias:

Esta variable ha resultado significativa para  $\chi^2: 31.69; \beta: 5.68; p < 0.05$ , con un solo factor explicativo del 100 % de la varianza.

+			+		
CONS			PROG		
3	3	3	0	3	3
3	3	3	3	3	3
hosp	divul	aenf	frsanevment	pronun	abnd
+	+	autaginterc	arefecrsan+	+	+

Fig (11). Ideología y hecho causal

Los datos confirman que el polo conservador se define por *Agresión producida por el enfermo (aenf)* y *Autoagresión (autag)*, *Falta y creación de servicios sociales (frsoc, crsoc)*. *Internamiento (Inter.)*, *Hospitalización (hosp)* y *Divulgación (divul)*.

A su vez el posicionamiento de la prensa progresista se refleja en *Falta y creación de recursos sanitarios (frsan y crsan)*, *Agresión recibida (arefer)*, así como *Evaluación mental*, de claras resonancias legales, y *abandono del enfermo (abnd)*.

5.8.5-Tipo de enfermedad mental:

Esta variable ha resultado significativa para  $\chi^2: 41.44; \beta: 3.29; p < 0.05$ , con un solo factor explicativo del 100 % de la varianza.

+			+		
CONS			PROG		
3	3	3	3	0	3
3	3	3	3	3	3
trpqui	trpsi	park	anox trimpalzh	dep trans	absex trsc
+	+	+	tsoma+	trpersog++	+

Fig (12). Ideología y tipo de enfermedad

*Anorexia, epilepsia, histeria, hipocondría, juego patológico o piromanía, los trastornos bipolares, las psicopatologías de la personalidad ( trpers) y las demencias*, caracterizan a los periódicos conservadores. Los progresistas, reseñan enfermedades como *paidofilia, trastornos de ansiedad (trans) y alcoholismo*.

La depresión y la esquizofrenia, aunque más cercanos al polo de la prensa progresista, se encuentran en una zona compartida y casi homogénea a ambos posicionamientos. La variable esta definida en el polo conservador, por *trastornos psiquiátricos (trpqui)* y en el progresista por los *trastornos de conducta (trsc)*. Estos datos aparecen formando un espacio representacional que se mueve entre lo psiquiátrico y lo conductual (prensa conservadora vs. progresista).

### 5.8.6-Distintividad de los trastornos mentales:

Recordemos que con las categorías de esta variable, explorábamos la relación entre la descripción de la enfermedad mental en general, definida a partir de las etiquetas que provienen de diferentes modelos científicos, como *neurológico, psiquiátrico, psicológico y mental*. En esta variable, la contribución del posicionamiento ideológico a la distintividad de las enfermedades mentales, resulta significativa pero de menor intensidad que el carácter de la tirada. Con  $\chi^2: 12.61$ ;  $\beta: 5.55$ ;  $p < 0.05$ , para un solo factor explicativo del 100% de la varianza, los periódicos conservadores se caracterizan por su cercanía a *neurológico y psicológico*, mientras que los progresistas se ubican cercanos a *psiquiátrico y mental*.

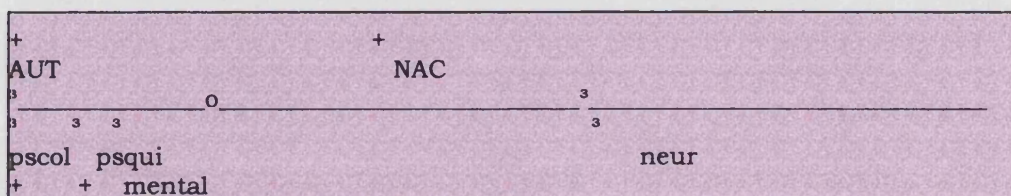


Fig (13). Distintividad y ámbito de la tirada

Al cruzar estas categorías con prensa nacional y autonómica, la enfermedad mental como *trastorno psiquiátrico* es la categoría más definitoria de la prensa autonómica, frente a *trastorno neurológico* en la prensa nacional ( $\chi^2: 18.91$ ;  $\beta: 9.18$ ;  $p < 0.05$ ), para un solo factor explicativo del 100 % de la varianza. Por lo que podemos concluir que ambas características de la muestra influyen de tal modo que hacen inviable una descripción diferencial que no sea específica de dicha interacción, reiterando en esta variable, el mayor peso definitorio del ámbito de la tirada sobre el posicionamiento ideológico de la prensa analizada.

### 5.8.7-Objetivación de la enfermedad mental:

Esta variable ha resultado significativa para  $\chi^2: 51.35$ ;  $\beta: 6.26$ ;  $p < 0.05$ , con un solo factor explicativo del 100 % de la varianza.

El posicionamiento progresista se acerca a *crisis (3), tratamiento (22), psicopatología (17) y salud (18)*.

	CONS			PROG						
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
8	127	13	10	2115	22	20	1718	2	6	23
+	++	+	1991	++	4	++	++	+	+	+

Fig (14). Objetivación e ideología

Los conceptos de *Enfermedad (10), Discapacidad (7), Locura (13) e Incapacidad (11)*, caen dentro de la esfera conservadora, mientras que el de *Trastorno (21)*, se encuentra equidistante de ambos polos. Estos datos resultan coincidentes con los encontrados en los análisis precedentes de la investigación.

### 5.8.8-Terapia descrita:

Esta variable ha resultado significativa para  $\chi^2$ : 25.32;  $\beta$ : 6.93;  $p < 0.05$ , con un solo factor explicativo del 100 % de la varianza.

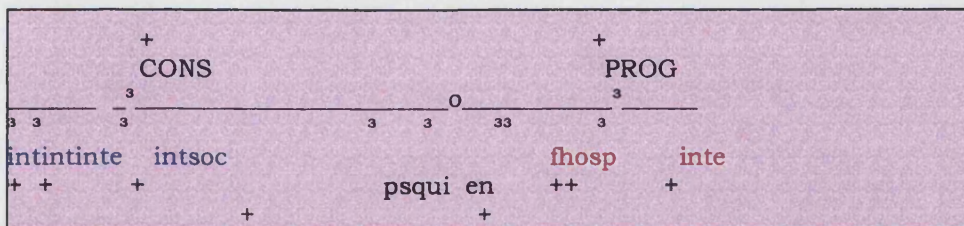


Fig (15). Terapia descrita

El concepto de *Intervención Psiquiátrica (psqui)* se encuentra casi equidistante entre ambos polos, estando sensiblemente cercano al polo progresista (0.01, diferencial). Los periódicos conservadores caracterizan su perfil diferencial saturando *Integración social, Integral y Psicológica (intsoc, intint, intpsi)*. Mientras que los progresistas se ordenan en torno a *Fármacos (farm), Internamiento (intern) y Hospitalización (hosp)*.

En relación con los resultados de esta variable, llama la atención el hecho de que en la descripción del contexto social, sean los periódicos de posicionamiento progresista los que inciden en la enfermedad como causa de exclusión, a la vez que los conservadores son los periódicos que más estigmatizan al enfermo mental y sin embargo, son estos últimos, los que denoten una mayor cercanía a la integración social, mientras que el Levante y El País, saturan la institucionalización sanitaria. Es necesario recordar que no estamos analizando determinadas ideologías, sino su influencia o participación en las representaciones sociales de la enfermedad mental, que como vemos, precisamente se caracteriza por ser una construcción nueva del pensamiento social, relativamente independiente de las significaciones ideológicas originarias de las que participa.

Pero con esto, no sólo constatamos esta independencia, sino también el grado en que la representación de la enfermedad mental se encuentra en proceso de cambio, a partir de la estructuración de los elementos que la conforman. Así, los periódicos progresistas se interesan por la enfermedad mental como causa de exclusión social pero en la terapia, adoptan y transmiten los postulados y acciones del modelo biomédico.

Ideología y modelos de la ciencia, construyen el pensamiento social sobre la enfermedad mental, que como observamos, se ancla en ambos elementos y construye su representación como un nuevo objeto de conocimiento.

Por otro lado, los periódicos conservadores, se centran claramente en la enfermedad y la discapacidad, conceptuando la terapia sobre las minusvalías sociales y los déficits de la población discapacitada desde un punto de vista asistencial e integrador. Donde el objeto de la integración social, no es en sí mismo el enfermo mental, sino el disminuido, el deficiente mental, el dependiente social controlable y pacífico al que se puede insertar y ayudar.

Es por tanto una representación conservadora en la plena extensión del concepto, puesto que también ella, se encuentra anclada en viejas formulaciones todavía presentes en la ideología y el pensamiento social: la Beneficencia decimonónica, donde la discapacidad era un concepto inclusivo y generalizador, y el objetivo, ayudar a las personas en situación de desamparo social. En cualquier caso, la preponderancia del modelo biomédico, es un elemento de tal importancia estructuradora, que la Intervención Comunitaria parece ser todavía la etapa futura de un proceso, que en el pensamiento social, todavía no llega a vislumbrarse.

Nos encontramos por tanto, ante la evidencia de que en una misma orientación ideológica, coexisten informaciones contrarias sobre la terapia de las enfermedades mentales, al operar en la misma, conceptos derivados de diferentes modelos científicos, irreductibles a las ideologías y que informan la representación como un fenómeno de pensamiento social integrador de diferentes sistemas científicos e ideológicos. Verdadero marco de la interacción social, que se comporta diferencialmente de la lógica del pensamiento individual; que no busca reducir la disonancia en su estructura, sino que la refleja como producto de la variedad del pensamiento social en momentos de transición y de cambio como el actual.

#### 5.8.9-Pronóstico:

*Esta variable ha resultado significativa para  $\chi^2$ : 16.97;  $\beta$ : 15.97;  $p < 0.05$ , con un solo factor explicativo del 100 % de la varianza.*

	+		+
	PROG	0	CONS
	3		3
3			3
cur			inc
+			

Fig (16). Pronóstico e ideología

El pronóstico en este caso supone, una variable que afecta a la asunción de conciencia de enfermedad, tanto para el enfermo como para el entorno familiar. En las categorías que definen esta variable, vemos como son los periódicos conservadores los que se inclinan del lado de *incurable* y los progresistas sobre *curable*.

Es obvio que ambos representan dos posiciones antagónicas que afectan el tratamiento social e individual de las enfermedades mentales, suponiendo la frontera entre la rehabilitación psicosocial y la resignación ante la fatalidad o lo inevitable.

Esta diferencia sobre el diagnóstico, contrasta con la homogeneidad en cuanto a la etiología y curso crónico de los trastornos mentales, donde no hay diferencias entre los periódicos analizados.

La etiología, el curso y la curación forman parte esencial de la información sobre la enfermedad mental, sin embargo, en la curación de los trastornos mentales aparecen importantes diferencias a partir del posicionamiento ideológico.

Algunas hipótesis explicativas serían:

-La enfermedad mental es considerada por los periódicos conservadores como incurable debido a su etiología orgánica.

-Los periódicos progresistas la consideran curable porque su representación del trastorno mental obedece al perfil de los trastornos neuróticos.

Sin embargo, si observamos la variable *tipo de enfermedad mental*, encontraremos que existen escasas diferencias entre periódicos, lo que se complementa con ausencias detectables en los perfiles específicos de los periódicos analizados. Incluso, en la *distintividad de los trastornos*, encontramos datos contrarios a estas hipótesis de modo consistente, dada la psiquiatrización de periódicos progresistas y la psicologización en los conservadores. Por otro lado, debemos descartar ambas hipótesis de manera taxativa, puesto que la variable "*etiología*", no ha resultado con diferencias significativas entre ambos posicionamientos.

Pero lo más importante es la consideración de que la representación de las EM no consigue diferenciar tipos de trastornos, en una construcción especular de la dicotomía científica entre psicosis y neurosis, sino que por el contrario, lo que observamos, no son rasgos de las enfermedades mentales, *sino rasgos ideológicos proyectados sobre la imagen de los trastornos mentales*. Son por tanto, *características de las ideologías y la cultura respecto a las EM y no específicas de las propias enfermedades mentales*.

*Cabe concluir, que la curabilidad de la enfermedad mental, es un elemento de su representación social, que obedece a la posibilidad de tratamiento. Y que esto, es característico de la prensa con posicionamiento progresista y la tratabilidad de las EM que implica la orientación comunitaria.*

Los datos consecuentes a los análisis de las variables, apuntan a la presencia compartida por todos los periódicos del modelo biomédico, pero con una magnitud mayor en la prensa progresista. La curabilidad de las EM en la prensa progresista, pone en entredicho las investigaciones que describen las representaciones sociales de los trastornos mentales, prescindiendo de factores ideológicos, al centrarse en explicar su sociogénesis, exclusivamente a partir de modelos científicos, presuponiendo la coherencia interna de los mismos y su traslado automático a la representación social que conforman.

Así, Ayestaran (1984), relaciona la incurabilidad al modelo biomédico y la curabilidad al modelo psicológico funcional, persuadido de que la representación de los trastornos mentales, realmente identifica etiologías diferentes (causas negativas situacionales, frente a causas biológicas; locura frente a normalidad o enfermedad de los nervios), lo cual puede explicarse en función del traslado a cuestionarios y entrevistas semi estructuradas de sesgos originados por los resultados de investigaciones en otro entorno cultural (citados por Ayestaran: Rabkin,1972; Kaplan 1971), o por proposiciones tendentes a sobrevalorar la coherencia interna de la representación, al reflejar la dicotomía científica neurosis/psicosis y pensar que el pensamiento social se mueve con los mismos procesos que el



pensamiento científico, en el que a una etiología determinada, se corresponde con un pronóstico de curación específico.

Estas investigaciones, que relacionan el modelo comunitario o las teorías psicosociales sobre la etiología de la EM con la curabilidad de las mismas, no están equivocadas, sino que dicha relación no expresa todas las facetas de su representación. Son incompletas si no se conectan los modelos de la ciencia con los sistemas de creencias estructuradas que son las ideologías y el formato de la información, al menos en el análisis de los Media. Así puede explicarse la existencia de la tratabilidad de la EM, aunque el modelo psicológico funcional o el de intervención comunitaria, no sean significativos en la formación del campo de la representación social de los trastornos mentales, o en el mismo posicionamiento ideológico, la enfermedad mental aparezca como curable o incurable, al asumir el mismo ambos modelos científicos, en un esquema de difusión de la información.

Los resultados de nuestra investigación, apuntan a que los propios modelos científicos se encuentran *reconstruidos y despojados* de algunas de sus características "académicas", por la influencia de factores ideológicos y del carácter de la tirada de los periódicos, que también contribuye a la variabilidad de esta categoría en una relación de menor fuerza ( $\chi^2: 8.67; \beta: 7.67; p < 0.05$ ). A la vez, se constata la independencia en algunas de las áreas del campo de información de las representaciones sociales de las EM, como son la *duración y la etiología* (aun si cruzamos, la *etiología*, con prensa conservadora y progresista, seguimos sin encontrar diferencias significativas ( $\chi^2: 7.32; \beta: 0.12. p > 0.05$ ), entre los distintos posicionamientos ideológicos.

El resultado es una serie de categorías, que no resultan de la mera adición de los presupuestos de partida de las ideologías o la ciencia, sino una construcción social nueva, específica, en ocasiones contradictoria que no es reductible a las partes que la conforman. Donde la heterogeneidad en la etiología no impide la concepción de cronicidad, o el enfermo mental, es enfermo, agresor y víctima en una dinámica social que no es científica sino representacional.

#### 5.8.10- Consecuencias sociales:

*Esta variable ha resultado significativa para  $\chi^2: 64.01; \beta: 15.01; p < 0.05$ , con un solo factor explicativo del 100 % de la varianza.*

CONS										PROG		
0										3		
d	f	j	i	b	e	h	l	a	c			
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			

Fig (17). Consecuencias sociales

La lectura estadística, nos indica que en los periódicos conservadores destacan *Alarma social (h)* y *Recursos para la integración (b)*, mientras que en los periódicos progresistas lo hace *Rechazo social (a)*. Esta variable se define entre los polos *aislamiento social (c)* e *integración laboral (d)*, en el polo progresista y conservador respectivamente. Podemos concluir por tanto, que la prensa progresista esta anclada en la enfermedad como causa de la

exclusión, mientras que la conservadora destaca aquellos hechos que incluyen la integración efectiva de la población discapacitada, concepto inclusivo de los discapacitados psíquicos y mentales. Por otro lado, las diferencias significativas nos evocan el etiquetamiento del fenómeno, como un factor de alarma social para el polo conservador y generador de exclusión para el progresista, ante el que hay que tomar soluciones, sean sociales o sanitarias.

Sin embargo, la terapia adoptada como vemos, es diferente en sus móviles. En los periódicos conservadores surge como respuesta ante una amenaza que produce temor o alarma (la agresión producida por el enfermo) o como protección institucional al discapacitado, mientras que en los progresistas, se constata la exclusión social de este colectivo, sin que se muestren actividades y opiniones que faciliten su integración social, como apoyan las conclusiones obtenidas en esta variable y en los datos sobre los hechos que causan las noticias de la muestra. Por otro lado, coherentemente con estos datos, la categoría de *Temor (i)*, *Angustia (h)* e *Indignación social (j)*, saturan el polo conservador, mientras *Aislamiento social (c)*, lo hace en el polo progresista.

El que los periódicos progresistas se asocien a *Internamiento y Hospitalización* y los conservadores a *Servicios Sociales*, es una muestra de que la ideología está estructurando solo en parte, como ya se ha mencionado, la *información* de las representaciones sociales de la enfermedad mental. También es necesario puntualizar, que con diferentes perfiles ambos posicionamientos, mantienen posiciones negativas ancladas en la denuncia y la negación o bien en lo benéfico y el alarmismo, en torno a la imagen de las enfermedades mentales.

Es de destacar, que las *consecuencias legales* de las enfermedades mentales ( $\chi^2: 10.34; \beta: 1.26; p > 0.05$ ), son compartidas sin diferencias significativas por ambos posicionamientos, *la detención, el procesamiento judicial y el internamiento subsiguiente*, forman como ya sabemos, el núcleo definitorio de esta variable.

#### 5.8.11-Situación descrita:

Esta variable ha resultado significativa para  $\chi^2:27; \beta: 4.82; p < 0.05$ , con un solo factor explicativo del 100 % de la varianza.

+						+						
CONS						PROG						
3						3						
0						3						
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
g	c	d	h			a	b	i		l	j	
k	+	+	+	+	f	e	+	+	+		+	+

Fig (18). Situación descrita

En la *situación descrita* los periódicos conservadores acumulan todas las categorías de la agresión en las que el enfermo mental aparece como agente agresor, *Agresión a terceros (c)*, *Agresión a familiares (d)*, *Huida (g)* y *Accidentes (k)*. La criminalización del enfermo mental se completa

incluyéndose en el polo conservador la categoría *Delitos (f)*, como concepto definitorio de las situaciones que se relacionan con la enfermedad mental.

Por su parte los periódicos progresistas se acumulan en *Crisis (a)* e *Ingreso hospitalario (b)*, manifestando con estas categorías la descripción de las situaciones desde el modelo médico. La definición de las categorías de esta variable y su distribución, confirman la fuerte presencia del modelo biomédico en la prensa progresista y la presencia del enfermo mental como agresor, caracterizando a la prensa conservadora.

#### 5.8.12-Rol del enfermo mental:

*Esta variable ha resultado significativa para  $\chi^2$ : 78.77;  $\beta$ : 14.32;  $p < 0.05$ , con un solo factor explicativo del 100 % de la varianza.*

En esta variable, las diferencias encontradas confirman los análisis previos, indicando que el polo conservador, se caracteriza por las categorías de *Agresor (e)* *Psicópata (a)* *Delincuente (g)*, *Discapacitado (m)* y *Peligroso (o)*.

Los periódicos progresistas, se caracterizan por *Paciente (b)* *Enfermo (f)* y *Violento (q)*. El enfermo mental es un enfermo violento, un ser pasivo que puede agredir, cuando como hemos visto en la variable anterior, surge una crisis esquizofrénica; un paciente loco e incontrolable que puede llegar a la violencia. La información que difunde la prensa, es proclive a la formación de actitudes de rechazo social y de autoconcepto negativo. Aparece claramente en el posicionamiento conservador, una imagen casi televisiva del enfermo mental, delincuente y psicópata peligroso, es un agresor en potencia que confirma con ello, que la integración del discapacitado no significa lo mismo que la integración del enfermo mental, aunque aparezcan confundidos en las páginas de sus periódicos.

La prensa progresista señala al enfermo mental, como un tipo especial de paciente sanitario, ya que es un enfermo violento, lo que conforma un posicionamiento muy concordante con el modelo médico y ambos se complementan en la generación y difusión de noticias, en la que la visión negativa y de pasividad de los enfermos mentales, se convierte en el eje de las opiniones y actitudes que pueden generar sus noticias. La dimensión en que se expresa el rol, se sitúa entre las demencias (i) (trastornos de origen orgánico), para la prensa progresista y el etiquetaje del enfermo mental, sobre la base de la enfermedad que padece (r), (prensa conservadora).

	CONS				PROG			
	3	3	3333	33	3	3	3	3
r	d	e		f	b	q	p	i
+	+	g o+maj l		kh n +	+	+	+	+

Fig (19). Rol asociado

#### 5.8.13-Contacto social:

*Esta variable ha resultado significativa para  $\chi^2$ :17.80;  $\beta$ : 11.17;  $p < 0.05$ , con un solo factor explicativo del 100 % de la varianza.*

Este análisis confirma, que los periódicos progresistas reflejan con preponderancia, la imagen de un enfermo mental institucionalizado, mientras que la prensa conservadora lo sitúa, o bien como una persona integrada, o bien en situación de marginalidad. Estos datos resultan coherentes con la mayor presencia de la psiquiatrización en la prensa progresista y los datos sobre agresión, caracterizados por trastornos de personalidad en individuos aparentemente normales, así como la relación que existe entre EM, SIDA, drogas y alcohol en la prensa conservadora.

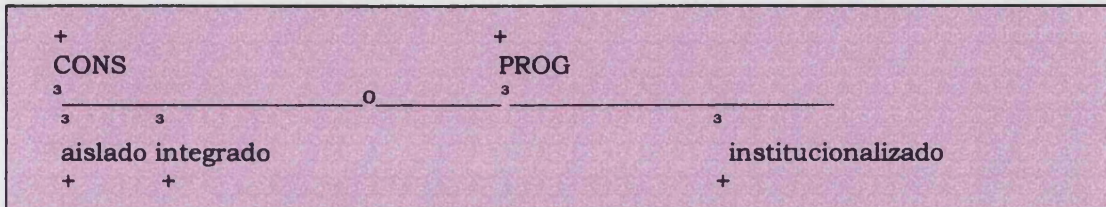


Fig (20). Contacto social.

Cabe concluir que las psicosis crónicas, se definen entre el aislamiento social y la institucionalización, mientras que las psicopatías permanecen integradas en la sociedad, por su propia naturaleza y características específicas.

#### 5.8.14-Residencia:

*Esta variable ha resultado significativa para  $\chi^2:10.28$ ;  $\beta: 5.85$ ;  $p < 0.05$ , con un solo factor explicativo del 100 % de la varianza.*

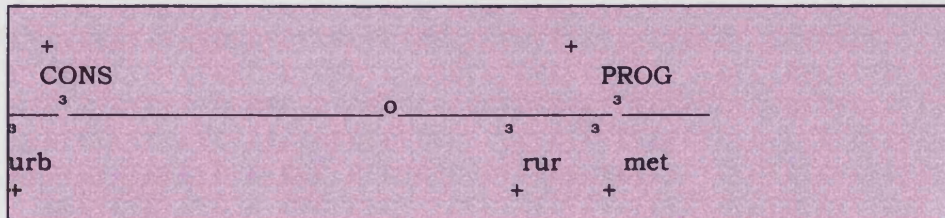


Fig. (21). Residencia

El análisis estadístico, nos indica como los periódicos conservadores se centran en los hechos producidos en las ciudades, mientras que los periódicos progresistas, prestan una especial atención a las noticias que se producen en ambiente rurales o en zonas metropolitanas, confirmando el análisis diferencial previo que apuntaba a este hecho.

Estos datos, contrastan con las investigaciones que propugnan una mayor presencia del modelo biomédico en el entorno agrícola y rural, frente al modelo comunitario, característico de las ciudades (Ayestaran, 1984), ya que la prensa conservadora, portadora de una imagen del enfermo mental agresor e incurable, *refleja predominantemente los hechos y testimonios de los agentes sociales, acaecidos en las ciudades. Por lo que la imagen de agresión e incurabilidad también resulta adoptada por el entorno urbano.*

Como consecuencia de esta observación, puede concluirse que en nuestro país, a diferencia del entorno cultural inmediato, el modelo biomédico es muy característico, tanto de las zonas rurales como de las ciudades.

5.8.15-Circunstancias asociadas:

Esta variable ha resultado significativa para  $\chi^2:89.14$ ;  $\beta: 12.83$ ;  $p < 0.05$ ), con un solo factor explicativo del 100 % de la varianza.

			+ CONS					+ PROG		
			3					3		
			0							
3	3	3 3 3	3 3	33	3 3	333 33 3	3	3 3	3	
f	p	q m r	w k	nc	b	l ñ	g x	y		
+	+	++ +	++	++	+ t	ahuv dj s+	++	+		

Fig (22) Circunstancias asociadas

Las circunstancias asociadas al hecho periodístico, describen los detalles de contexto que rodean y caracterizan a los protagonistas de la noticia. Aquellas que son resaltadas diferencialmente por la prensa conservadora se refieren a la *Discapacidad psíquica (c)*, *Ambiente familiar conflictivo (h)* y *Sin medicación (q)*.

Los periódicos progresistas se caracterizan por señalar un *Ambiente social conflictivo (g)*, *Situaciones de estrés y ansiedad (ñ)* y *Con tratamiento psiquiátrico (l)*, como indicativo de que a pesar de estar en tratamiento, el enfermo había destruido todas las redes sociales, de modo reiterado y notorio.

La interpretación de estos resultados y el examen de las variables anteriores, confirma la inclusión de las dolencias mentales en la categoría de la *discapacidad psíquica*, utilizándose de modo indistinto, sin que ello suponga que las ventajas que los servicios sociales dedican a esta población, aceptada socialmente, y la información al respecto de la prensa conservadora, incluya objetivamente a los enfermos mentales. Las *situaciones de estrés y ansiedad* son recalçadas por la prensa progresista y *el conflicto familiar y social*, vuelven a ser para ambas tendencias, una característica fundamental de las circunstancias asociadas a la enfermedad mental. La prensa conservadora asocia a las EM, situaciones de drogas (a), alcohol (b) y SIDA (u), mientras que la indigencia (d), resulta en un espacio compartido apenas sin diferencias entre ambos posicionamientos.

5.8.16 -Antecedentes situacionales:

Esta variable ha resultado significativa para  $\chi^2:31.42$ ;  $\beta: 7.47$ ;  $p < 0.05$ ), con un solo factor explicativo del 100 % de la varianza.

PROG			CONS		
3			0		
3 3	3 3 3 33	3 3	3		
f g	j c d i b	a h	e		
++		++	+		

Fig (23) Antecedentes situacionales

Los antecedentes situacionales que conforman uno y otro polo, están determinados para los periódicos conservadores por *En núcleo familiar (h)* e *Indigencia (j)*, para los progresistas, lo que añade detalle a su imagen del enfermo como institucionalizado, ya que este resulta tener como precedente situacional el abandono y la indigencia.

Podemos concluir, que *la familia y las condiciones familiares* son importantes para la prensa conservadora, mientras que la progresista relaciona *la exclusión y la pobreza* con los problemas ocasionados por la enfermedad mental, a pesar del perfil del ABC en este sentido.

La situación precedente y consecuente de la enfermedad mental en la prensa progresista, es la exclusión, a diferencia de la prensa conservadora donde la enfermedad mental está precedida de una situación familiar dada; se desarrolla en tensión con las redes familiares y desemboca en alternativas sociales de asistencia e integración social.

Para la prensa conservadora, la situación de exclusión y enfermedad se convierte así, en un asunto que afecta especialmente a la familia como institución.

5.8.17- Noticias Institucionales:

Esta variable ha resultado significativa para  $\chi^2:24.33$ ;  $\beta: 4.53$ ;  $p < 0.05$ ), con un solo factor explicativo del 100 % de la varianza.

Esta variable asume aquellas categorías donde un representante público, realiza una declaración desde el gobierno o desde la oposición política.

CONS			PROG		
3			0		
3 3	3 3 3	3	3 3	3	3
j k	c d e	i	g	b	h
++	++ +		+ f	+	+

Fig (24) Noticias institucionales

El Cierre de los recursos sociales y sanitarios (d y e) satura el polo conservador, mientras que la Falta de recursos sociales (b) y los estudios estadísticos sobre Investigación (h) e incidencia de la enfermedad mental, lo hace con los progresistas. La prensa conservadora es por tanto más receptiva a este hecho social, que el mensaje neutro o técnico de los estudios científicos reflejados en la prensa progresista, que se compensa al señalar la insuficiencia de recursos sociales. La dimensión resultante, evidencia la

falta de relación entre la investigación (h) y la prevención (j), ya que los periódicos progresistas en la medida que se centran en la investigación, minimizan la presencia de la prevención, frente a los periódicos conservadores, donde se da la relación opuesta.

5.8.18-Recursos solicitados por las Asociaciones:

Esta variable ha resultado significativa para  $\chi^2:27.51$ ;  $\beta: 4.48$ ;  $p < 0.05$ , con un solo factor explicativo del 100 % de la varianza.

Con esta variable se definen aquellos recursos que las Asociaciones perciben como necesarios, recursos médicos, comunitarios o residenciales indican sin duda, el modelo que esta detrás de cada solicitud, así como la solución que desean los familiares de los enfermos mentales.

+ CONS				0				+ PROG			
3	33	3		3	3	3	3	3	3	3	3
b	hc					g	f m	l		dk	
+	++	j		i	e	+	+	+		++	

Fig (25). Recursos solicitados por las Asociaciones

Los periódicos conservadores se centran en torno al concepto de Residencias (c) y los progresistas se acercan a Programas de rehabilitación (l).

Las Residencias suponen por lo general, lugares donde la familia tiene un escaso y cada vez más espaciado contacto con el enfermo, donde no se busca como objetivo prioritario la integración social, sino la descarga familiar a través de la semiinstitucionalización que suponen estos Recursos, con una función marcadamente contenedora. Los programas de Rehabilitación son programas de duración determinada, ejecutados fundamentalmente por profesionales de la psicología, que son subvencionados por la Consejería de Bienestar Social y gestionados por las Asociaciones. Normalmente, el objeto de dichos programas es la psicoeducación familiar, las habilidades sociales o programas de ocio y tiempo libre.

5.8.19-Profesionales:

Esta variable ha resultado significativa para  $\chi^2:30.96$ ;  $\beta: 3.06$ ;  $p < 0.05$ , con un solo factor explicativo del 100 % de la varianza.

CONS				0				PROG			
3	3	3	33	3	3	3	3	3	3	3	3
k	r	m	ce			ia	bg	o		l	
+	+	+	++	q	p	f	d j n	+	+		+

Fig (26) Profesionales

Los profesionales que definen ambos polos, están representados por *Psicólogos (d)*, *Trabajadores sociales (e)*, *Enfermería (f)* y *Jueces (j)* para la prensa conservadora y *Neurólogos (b)*, *Psiquiatras (a)*, *Investigación (g)* y *Abogados (i)* para los progresistas.

Estos datos confirman la fuerte presencia de opiniones y actividades médicas en la prensa progresista, mientras que la psicología, representada por profesionales libres, los trabajadores sociales y de enfermería se encuentran cercanos a los periódicos conservadores, que en principio, no se relacionan necesariamente con la intervención social sino con la sanitaria, como indican los resultados de la variable siguiente. La fuerte presencia de los funcionarios del orden público, así como las figuras profesionales de la abogacía y la judicatura, en ambos posicionamientos, refuerzan la idea de un campo compartido por los dos posicionamientos sobre los conceptos que definen lo *legal* en la enfermedad mental.

#### 5.8.20-Campo Profesional:

Esta variable ha resultado significativa para  $\chi^2:31.54$ ;  $\beta: 7.51$ ;  $p < 0.05$ , con un solo factor explicativo del 100 % de la varianza. El campo profesional en los periódicos conservadores, está representado sobre todo, por el campo de la *Medicina (d)*. Los periódicos progresistas se definen también por contenidos médicos de mayor especialización, como la *Neurología (a)* y la *Psiquiatría (b)*. En relación con la variable anterior, los profesionales de la categoría *intervención social*, no figuran en el polo conservador, sino en el progresista (e) con 0.02, lo que confirma que psicólogos y trabajadores sociales aparecen en la prensa conservadora fuera del modelo de intervención comunitaria, ligados al campo de la medicina / sanidad o bien como profesionales libres.

	+ CONS			+ PROG		
	3	3	0	3	3	3
f	c	d		g	a b	i
+	+	+		h	+	+

Fig (27) Campo profesional

#### 5.8.21-Variables de ubicación e ideología:

A partir de las pruebas estadísticas al respecto, hemos encontrado una importante relación entre estructura de las noticias y posicionamiento ideológico. Así, con diferencias significativas ( $\chi^2: 37.36$ ;  $\beta: 16,68$ ;  $p < 0.05$ . 100%  $\theta$ ), el número de líneas en los artículos de la prensa progresista es mayor (más de 75 líneas), que en la prensa conservadora (de menos de 75 líneas).

También el número de columnas ( $\chi^2: 49.15$ ;  $\beta: 22.57$ ;  $p < 0.05$ . 100 %  $\theta$ ) es mayor en la prensa progresista (4 y 5), que en la conservadora (1, 2 y 3).



El soporte gráfico ha mostrado diferencias ( $\chi^2: 28.40; \beta: 12,20; p < 0.05.100\% \theta.$ ), en el numero de columnas, donde la prensa progresista utiliza mayor numero de columnas (3,4 y 5) que la conservadora (1 y 2).

Estos resultados nos permiten concluir, que los periódicos progresistas ofrecen mayor cantidad de información textual y gráfica que los periódicos conservadores sobre los trastornos mentales y que como veremos más adelante, las diferencias son de mayor grado considerando el posicionamiento ideológico de la prensa analizada, que el carácter de su tirada.

### ***Perfil de la prensa conservadora***

- Noticias en las secciones de Sanidad y Sucesos.
- Temas de: familia, agresión e investigación.
- Hecho causal: autoagresión y agresión producida por el enfermo, hospitalización y divulgación.
  
- Tipo de enfermedad mental: esquizofrenia, depresión, trastornos orgánicos.
- Objetivación: Proceso y secuela, enfermedad.
- Línea terapéutica: Integración social del discapacitado
- Pronóstico: Incurable. Grave. Crónico
  
- Consecuencias sociales: Alarma Social
- Situación descrita: agresión a terceros, agresión a familiares, huida y accidentes.
- Circunstancias asociadas: discapacidad psíquica, sin medicación, con atención psicológica.
- Antecedentes situacionales: núcleo familiar.
- Rol del enfermo mental: agresor, delincuente, incapacitado.
  
- Noticias Institucionales referidas: Sobre el cierre de recursos sociales
- Recursos solicitados por las Asociaciones: Residencias
  
- Profesión más característica: Policía
- Sector profesional: Profesionales libres.

Tabla 47. Perfil de la prensa conservadora

### ***Perfil de la prensa progresista***

- Noticias en las secciones de Justicia y Ciencia.
- Temas de: Sanidad y Psicología.
- Hecho causal: falta y creación de recursos sanitarios, así como evaluación mental.
  
- Tipo de enfermedad mental: esquizofrenia, depresión.
- Objetivación: crisis, perturbación, psicopatología y salud.
- Línea terapéutica: fármacos, internamiento y hospitalización.
- Pronóstico: curable-incurable. grave. crónico
  
- Consecuencias sociales: Rechazo social.
- Situación descrita: crisis e ingreso hospitalario.
- Circunstancias asociadas: ambiente social conflictivo.
- Antecedentes situacionales: indigencia.
  
- Rol del enfermo mental: paciente, violento.
  
- Noticias Institucionales referidas: Sobre Investigación
- Recursos solicitados por las Asociaciones: Programas de Rehabilitación
  
- Profesión más característica: Policía
- Sector profesional: Institutos de investigación.

Tabla 48. Perfil de la prensa progresista

## 5.9-El análisis cuantitativo y la estructura de la Representación

Las conclusiones sobre un proceso de análisis descriptivo que es capaz de detectar diferencias significativas, no nos puede llevar como es obvio, a realizar inferencias causales. Por otro lado, en el estudio de la representación social de la enfermedad mental, se requiere que sean tenidas en cuenta, tanto sus zonas en común como sus diferencias, sus zonas de silencio, como aquellas que aparecen claramente interpretables.

Por ello, las conclusiones sólo pueden referirse a las hipótesis de partida, que destacaremos en la conclusión posterior al análisis cualitativo.

Sin embargo, la metodología estadística utilizada, así como la amplitud y naturaleza de la muestra, nos permiten apuntar algunas afirmaciones consistentes con los resultados obtenidos en este análisis cuantitativo.

1. Se constata la presencia de tres modelos informativos de la representación social de la enfermedad mental, a partir de las categorías características de cada enfoque, evidenciadas en los periódicos analizados individualmente y confirmadas a partir de su perfil ideológico:

Modelo Biomédico, con carácter dominante:	Modelo de Intervención Comunitaria, incipiente y poco estructurado:	Modelo de Agresión /Legal:
-Psicopatología	-Integración social	-Agresión
-Proceso	-Discapacidad	-Alarma social
-Enfermedad	-Exclusión	-Incapacitado
-Incurabilidad	-Curabilidad	-Delincuente
-Fármacos	-Salud	-Violento
-Internamiento	-Contexto Familiar	-Policía
-Paciente		-Evaluación mental

Tabla 49. Modelos en EM

2. En todos los casos, el análisis de correspondencias confirma la existencia de *un sólo factor explicativo para cada uno de los modelos, para el 100% de la varianza de la relación entre modelos e ideología.*

-Modelo Médico:  $\chi^2: 26.4; \beta: 8.33. p < 0.05$

-Modelo Comunitario:  $\chi^2:88.96; \beta:37.55. p < 0.05$

-Modelo Agresión/Legal:  $\chi^2: 9.87; \beta:1.58. p > 0.05$

3. El Modelo de agresión/legal no encuentra diferencias significativas al cruzarse con la variable prensa conservadora/progresista (*Beta*, 1.58). Por lo que dicho modelo, resulta ser la base compartida de ambas tendencias ideológicas. El modelo de intervención comunitaria muestra fuertes relaciones con la prensa conservadora y en menor medida con la

progresista. El modelo biomédico se caracteriza por la relación inversa, siendo definido fundamentalmente por el posicionamiento progresista.

4. La representación social resultante del análisis total, de las variables utilizadas, no es enteramente explicable a partir de las diferentes ideologías con las que se relaciona, recibiendo influencias tanto de modelos científicos como de la estructura de la información.

5. El campo semántico de la representación social se configura a partir de las categorías de los tres modelos detectados, donde en los dos siguientes, se han encontrado diferencias significativas.

**Modelo Biomédico:**

( $\chi^2$ : 26.40;  $\beta$ : 8.33;  $p < 0.05$ ), con un solo factor explicativo del 100 % de la varianza.

	+							+
	CONS		0					PRO
	3							3
3 3					3 33 3			3
enf					pfaint			pac
pr+					inc ++ +			+

Fig (28) Modelo biomédico

Se puede ver cómo gran parte de las categorías que definen la enfermedad como referida a la *psicopatología*, *fármacos*, *paciente* e *internamiento psiquiátrico*, están contenidas en el extremo progresista. Con diferencias significativas, el polo conservador esta definido por *enfermedad (enf)* con una importante y elevada tasa de frecuencia.

**Modelo de Intervención Comunitaria**

( $\chi^2$ : 88.96;  $\beta$ : 37.55;  $p < 0.05$ ), con un solo factor explicativo del 100 % de la varianza.

		+						+
		PRO		0				CONS
		3						3
3					3 3 3			3
cur		exc			int			dis
+		+	sal	fam	+			+

Fig (29) Modelo de intervención comunitaria

En este modelo, las características definitorias del mismo, se encuentran repartidas entre ambos modelos, siendo determinado el extremo progresista por *Exclusión (exc)*, como consecuencia social de la enfermedad mental y *Curabilidad (cur)*. En el extremo conservador encontramos

*Integración (int) y Discapacidad (dis)*, que nos vuelve a confirmar la acotación de la integración social al colectivo de discapacitados.

**Modelo de Agresión-Legal:**

( $\chi^2:9.87$ ;  $\beta:1.58$ .  $p > 0.05$ ), con un solo factor explicativo del 100 % de la varianza.

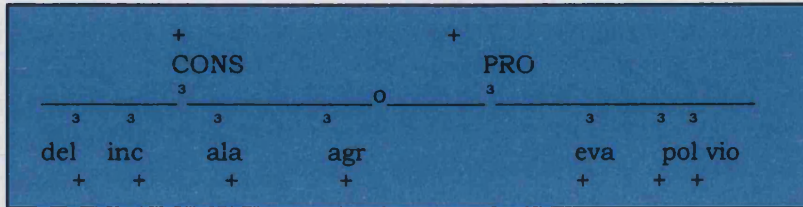


fig (30). Modelo de Agresión-Legal.

En la figura anterior y solo a efectos descriptivos podemos ver la distribución de las categorías en este modelo de los diferentes posicionamientos ideológicos, recordando que esta distribución no es significativa, ya que sin diferencias, ambos posicionamientos comparten este modelo. La descripción gráfica de la representación de la enfermedad y el enfermo mental a partir de las ideologías y modelos científicos en que se insertan estas categorías, nos daría el siguiente campo estructurante:

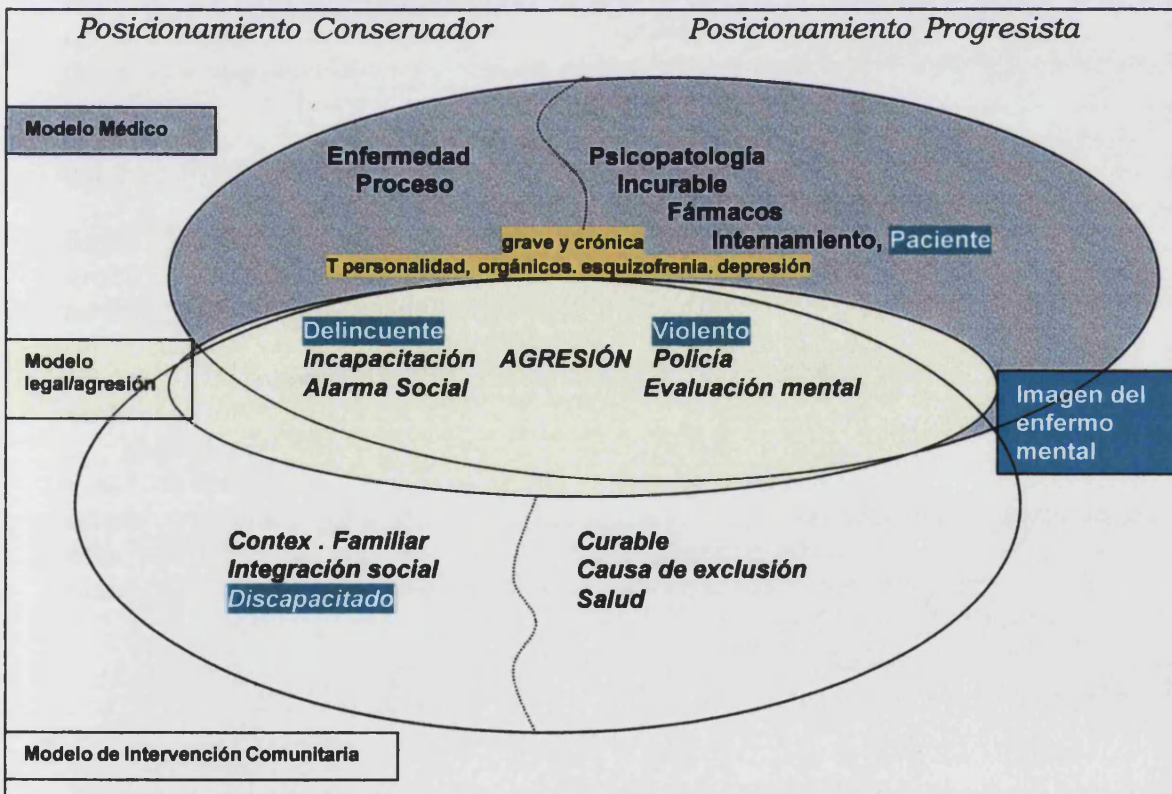


Gráfico 51. Campo semántico de las Representaciones sociales de las EM

6. Se confirma la existencia de la representación social como proceso, en el que las circunstancias sociales cambiantes y en transición, modulan la estructura y coherencia de las categorías periféricas actuales del pensamiento social sobre las enfermedades mentales, generadas a partir de diferentes productos sociales.

Como se puede ver en el gráfico, la actual representación de los trastornos mentales en la prensa escrita, a partir del análisis cuantitativo, nos brinda la visión de imágenes en tensión que auguran un futuro incierto para la integración social del enfermo mental. Mientras que el modelo biomédico es en mayor grado, característico de la prensa progresista, el modelo de intervención Comunitaria es compartido más equilibradamente por ambas tendencias.

La consideración de que el núcleo común para ambos posicionamientos ideológicos, es la agresión, patentiza la latente vigencia social del viejo modelo del "encierro" e incapacitación y su posible reactualización. Todavía influyente en nuestra sociedad y junto con otros condicionantes, sin duda va a determinar significativamente la viabilidad de una solución integral y positiva para los enfermos mentales y sus familias.

## 7. Actitudes

Nuestra investigación, no recoge una parte específica que suponga el estudio directo de las actitudes hacia la enfermedad mental. La actitud como marco de tendencia de la conducta individual, sólo puede inferirse en esta investigación, como resultante de las creencias y valores que devienen de la representación social descrita y que pueden describirse adecuadamente según sus categorías expresen una valoración positiva o negativa de la enfermedad mental, en una interpretación coherente con los trabajos que hemos descrito al respecto en la revisión bibliográfica.

En este sentido, cabe concluir que la valoración de la enfermedad mental resulta expresada preponderantemente como enfermedad, problema y proceso deteriorante, por lo que no podemos esperar actitudes positivas como tendencia social prevalente. La valoración negativa del enfermo mental, como agresor, enfermo y paciente son coincidentes con actitudes de rechazo, exclusión y pasividad, baja autoestima y la no aceptación del rol de enfermo y de las conductas de enfermedad (Ayestaran, 1984. pp. 20-21).

Estas valoraciones negativas deben ser matizadas, con las creencias y valoraciones consecuentes a la enfermedad mental y a los enfermos, como trastorno curable, víctimas y discapacitados, aunque dichas actitudes solo pueden considerarse como emergentes en el grado en que lo es, el modelo Comunitario del que proceden.

## 8. Información

Hemos visto en este último apartado, como *las ideologías* se relacionan con el campo de información de las representaciones sociales. Es importante destacar que cuando existe una relación entre ideología y las variables de la investigación, excepto en la variable *distintividad*, esta

relación resulta mas fuerte que la ejercida por el carácter de la tirada. Pero también hemos observado como la información que la prensa difunde a los grupos sociales, depende de los modelos científicos que reflejan las opiniones y actitudes de los profesionales que recogen sus páginas, y de las iniciativas y medidas institucionales tomadas respecto a la enfermedad mental. En este sentido, la información accesible a los grupos e individuos, nos habla de tres modelos que constituyen en su integración, la representación social de la enfermedad mental. No hablamos en este caso de "representaciones", puesto que el paradigma agresión-legal-sanidad articula y nuclea indisolublemente el resto de categorías que aparecen en la representación.

LEGAL-AGRESIÓN-SANIDAD, son conceptos complementarios que no pueden entenderse sin su mutua participación, al igual que agresión, procesamiento, internamiento y exclusión por separado, significan cosas diferentes a su conjunto, entre los polos de inclusión y exclusión social que definen la enfermedad mental. En realidad, cada concepto del campo representacional es explicado por la interacción de los tres modelos y su significado social proviene de dicha relación compartida, aún en las categorías contradictorias entre sí.

La información suministrada por la prensa, también ha resulta modulada por el *carácter de la tirada* de los periódicos que forman la muestra, influenciando en menor medida que la ideología, *los contenidos de las noticias*, y centrándolos en la agresión y los sucesos en la prensa autonómica, que describe con todo detalle, las consecuencias médico-legales de todo el proceso de internamiento, recogiendo con menor especialización las denominaciones de las enfermedades mentales y sin embargo, con mayor amplitud su diversidad. Mientras que la prensa nacional, describe característicamente, enfermedades orgánicas, con conceptos más ligados a la neurología, centrándose en los cambios legislativos como consecuencias legales deseables y citando a profesionales en número muy superior al de la prensa autonómica y con una gran presencia del mundo de la investigación y la universidad.

*Recordemos que también la estructura impresa de las noticias, ha resultado con diferencias significativas*, como consecuencia del cruce de líneas y columnas de noticias y gráficos para cada periódico de la muestra.

Estas diferencias se concretan en que la estructura de la información se encuentra relacionada con el carácter de la tirada, existiendo diferencias, al cruzar las variables de ubicación con prensa autonómica y nacional y resultando significativas, aunque de nuevo, de menor influencia que la ideología, en las líneas de artículo ( $\chi^2: 28.24; \beta, 12.12; p < 0.05$ ), columnas de artículo ( $\chi^2: 14.63; \beta, 5,32 p < 0.05$ ) y columnas de gráfico ( $\chi^2: 16.92; \beta 6.46; p < 0.05$ ). De lo que se deduce que la prensa autonómica presenta su información en artículos de no más de 75 líneas, siendo mayoritarios los que poseen una extensión de entre 25 y 50 líneas.

En las noticias de la prensa autonómica, presentadas en 3, 4 y 5 columnas, con un soporte gráfico que suele ocupar 2 y 5 columnas, el formato de la información puede describirse como noticias con menor superficie de texto y con mayor presencia de soporte gráfico. La prensa

nacional se caracteriza por artículos de más de 75 líneas, presentados en 1 y 2 columnas, con 1 y 4 columnas de soporte gráfico, por lo que a la inversa de los periódicos autonómicos, existe un mayor espacio para la lectura y un menor volumen de soporte gráfico.

## 9. Campo de representación

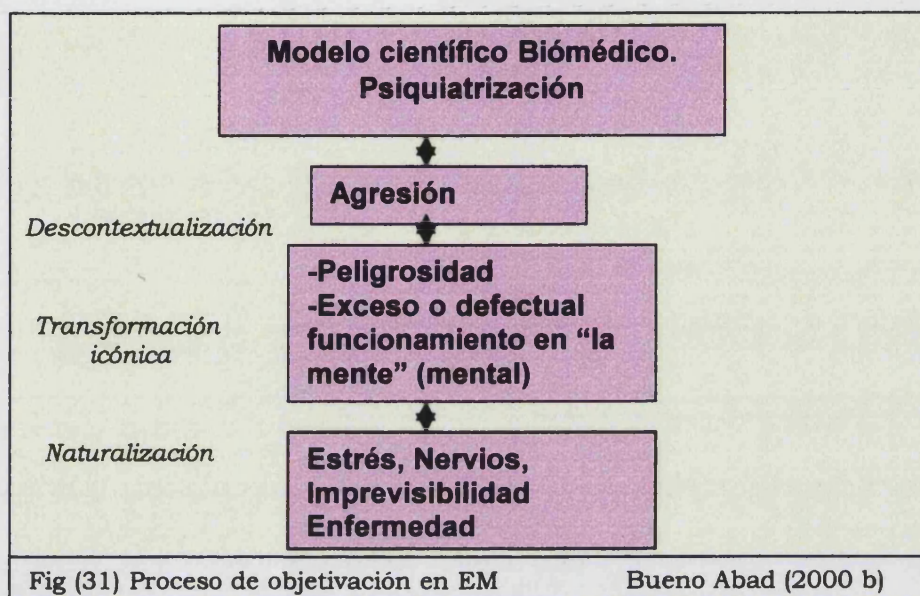
El campo de representación interactúa con la información, actitudes y creencias de la representación y lo hace en una relación cualitativa (Abric, 1994), en la que los conceptos obtienen significados específicos sobre la base de su posición en la estructura de la representación. La representación tiene un núcleo estructurante y una serie de conceptos periféricos más sensibles e inestables (Bueno Abad, 1997), de acuerdo con el grado y variedad de la presión al cambio y a la inferencia social.

En nuestro caso, el núcleo estructurante, estable y que confiere significado a toda la representación es *la agresión*, en todas sus formas y niveles, que afectan al resto de conceptos y determina las actitudes y valoraciones de todo el campo representacional. El resto de categorías periféricas detectadas en la actualidad, cambiarán en la medida en que los modelos científicos contenidos en la representación, se consoliden o cambien de acuerdo con la creación y características de los Recursos, grupos sociales y profesionales que participen en la rehabilitación e integración del enfermo mental. Sólo a partir de las respuestas que den ambos modelos o de su integración, depende la modificación del núcleo estructurante de la representación actual.

## 10. Objetivación

Durante el primer viaje de Colón, las poblaciones indígenas de las Indias, fueron descritas de acuerdo con su comparación a las poblaciones africanas y canarias que este navegante conocía bien (Pagden, 1988). Este proceso por el que la información ambigua y llena de conceptos extraños, se convierte en campo de conocimiento individual y social a partir de su inclusión y comparación con esquemas de conocimientos preexistentes, se realizaba tanto en el siglo XV como en la actualidad, a través de los procesos de objetivación y anclaje que Moscovici (1976), nos describe en su tesis doctoral. La objetivación transforma los conceptos que consideramos incomprensibles o con una insuficiente información, pero ante los que debemos realizar una valoración determinada. La locura como proceso histórico es el concepto que debe explicarse, debe objetivarse para ser comprendido y para ello debe descontextualizarse, eliminando la parte de la información que no resulta comprensible o se juzga superflua por los grupos sociales, a fin de entender este fenómeno social. La *locura* actual, la entendemos a través de la ciencia, que encarna en este sentido, un sistema de creencias y conocimientos que engloba, tanto *la enfermedad como el tratamiento psiquiátrico*, por lo que éste, resulta el núcleo de la *objetivación* vigente de los trastornos mentales. A partir de este hecho, la *descontextualización* elimina la información, en este caso científica, que no es entendible y mantiene aquella que caracteriza esta enfermedad, *la*

*agresión*. El siguiente proceso en el que se apoya la objetivación es la *transformación icónica*, por la que se ve al loco como alguien incompleto, discapacitado a quien le *falta algo en la cabeza*, que no puede controlar lo que hace o lo que piensa. En base a ello y una vez descontextualizada y transformada en imagen, se concluye que es suficiente motivo para que se le supervise o se le encierre dada su *peligrosidad*. Los nervios con anterioridad, *la ansiedad y el estrés* en la actualidad, al actuar sobre la mente o la "cabeza" con *exceso o defecto*, son *naturalmente* la entidad física de la locura.



## 11. Anclaje

El anclaje es el segundo de los procesos que generan las representaciones sociales. En él se produce la acomodación de los nuevos conocimientos a los ya existentes en la sociedad, logrando con esta integración, un nuevo campo de significados relacionados con la instrumentalización que se asigna a la representación, por su capacidad para explicar la realidad social, o más bien, para adaptarse a una realidad sociohistórica dada.

Bueno Abad (2000 b), nos describe el proceso de anclaje en el que la representación vigente de la enfermedad mental se integra en las creencias, valores y modelos científicos preexistentes socialmente en nuestro país (Fig,30). El modelo que se muestra, no es evolutivo ni secuencial, sino descriptivo de todas aquellas creencias y conocimientos que perviven en la representación actual, dotándola de nuevos significados e influyendo el pensamiento social, definiendo las creencias, valores, intereses y conocimientos científicos que generan las interacciones sociales respecto a la enfermedad, la salud y la terapéutica de los trastornos mentales, transformándolos en producto de esa misma construcción social.



Modelo y rol	Institución	Terapia
Demonológico Poseído	Iglesia	Eliminación, Hoguera
Filantrópico Desamparado	Órdenes Religiosas La ciudad	Asilo, Hospital
Médico-Moral Loco, Degenerado	Estado Medicina	Hospital Laico
Médico-Científico Demente, Incontrolable	Universidad Psiquiatría	El Manicomio Esterilización Eliminación
Bio-Médico Enfermo violento, Agresor.	Psiquiatría Ins. Legales Investigación	Sala Psiquiatría Incapacitación Farmacología

Fig (32) Anclaje en enfermedad mental

La objetivación y el anclaje se interrelacionan en mostrar una imagen del enfermo mental como incontrolable y peligroso. La ciencia médica como sistema de conocimiento autorizado, legitimaba el encierro del trastornado a través de los postulados deterministas de la biopsiquiatría y la hospitalización. A partir de este momento, la legalidad supervisa el encierro y lo introduce en el ordenamiento vigente, haciéndolo participe de las normas jurídicas que rigen la convivencia social. Pero ahora el loco, ya no puede ser encerrado, tiene derechos reconocidos y defendidos por el mismo aparato legal, tampoco el encierro funciona al ser destruido en sus raíces por los mismos profesionales de la salud. Y sin embargo, a pesar de ser esquemas y conceptos que obedecen a otros momentos y condicionantes históricos, aplicables solo a parte de la población psicótica, permanece vigente, sólo porque el pensamiento social continúa percibiéndolo así, como modelo básico de la representación social de la enfermedad mental. Como respuesta a este desajuste, el loco en este momento, es un discapacitado, un excluido, pero sobre todo es un enfermo, un enfermo con las características generalizadoras y la peligrosidad de antaño. La ciencia médica asume por tanto su control, y recurre a la legalidad cuando el tratamiento farmacológico y la desinstitucionalización no funcionan. Este conglomerado de creencias e intereses, permanece estable sin que pueda dar respuestas a los problemas planteados, y es en este momento con la Reforma Psiquiátrica, donde surge un nuevo enfoque, incipiente y relacionado con la salud como variable social, la definición del enfermo mental como sujeto social *con discapacidad*, pero que en gran parte de los casos puede ser *integrado*. En este caso, la salud mental no es sólo definida por la psiquiatría, sino también por la psicología y el trabajo social, lo que obliga a

replantear su posición a todo el sistema sanitario y de servicios sociales, sin que se vea muy claro el porqué de dicho esfuerzo, ya que el cuerpo social no dispone de suficientes conocimientos alternativos sobre los trastornos mentales. Conoce su incontabilidad y peligrosidad y se pregunta por qué las Administraciones han cerrado los manicomios y cuáles son las razones por las que estos enfermos deben ser atendidos exclusivamente por la familia. Generando con ello la persistencia de una conceptualización circular que lejos de ser inocua, genera decenas de muertes cada año y miles de millones en gasto público ineficaz. Toda esta Representación es potenciada por el conservadurismo de la ciencia médica, por su lentitud en asumir los postulados de la Psiquiatría Comunitaria y su preferencia por Instituciones como el Hospital, que limitan la acción médica al interior de sus puertas, donde reinan criterios clínicos y farmacológicos controlables y una profesión determinada se erige como la única garante de la salud, pretendiendo que la enfermedad mental se adapte a la sala de psiquiatría o al modelo biomédico, hospitalario y farmacológico. Por esta razón, este modelo científico que ha supuesto importantes mejoras para la sociedad, dado el temor de reconocerse inerte ante la EMC, retorna circularmente a la búsqueda de soluciones propias, que en realidad no posee, por lo que se convierte en sí mismo, en obstáculo permanente para desinstitucionalizar al enfermo mental, para socializar la salud mental. *Por lo que la institucionalización de la rehabilitación e integración social y no del enfermo mental*, es la única vía para instaurar marcos de pensamiento social y prácticas terapéuticas más eficaces e integradoras socialmente. Es posible que esta llamada a la institucionalización de servicios sea considerada como una contradicción con los propios principios de la Intervención Comunitaria, sobre todo, en ese aspecto esencial que la define, consistente en potenciar las redes sociales, transformarlas en apoyo social y dinamizar la sociedad en procesos de cambio autorregulado. Pero plantear la cuestión así, supone un debate falso, ya que dada la actual desprotección de los enfermos y sus familias, plantear que las Asociaciones sean capaces de generar la red asistencial sociosanitaria, financiarla y dinamizarla, supone algo parecido a pretender que una asociación de vecinos construya una red de carreteras o un buque de guerra. Las representaciones sociales de los trastornos mentales, se cruzan aquí con otros sistemas de creencias e ideologías que intentan legitimar la inhibición de los poderes públicos en la generación de una red mucho más completa de servicios sociales para la salud mental. Ninguno de los ámbitos de la Administración está dispuesto asumir un mayor gasto social a cargo de sus arcas o pasar de su acotado papel en la distribución de subvenciones. El reduccionismo de la problemática social de las enfermedades mentales a la agresión, facilita la resolución del problema en dirección al encierro o la incapacitación. Pero el problema no es la agresión en sí, sino la falta de atención a los enfermos mentales y sus familias y el comportamiento injustificable de las Administraciones, que asumen de buen grado políticas reformistas cuando estas suponen ahorro del gasto, pero se olvidan de las mismas cuando obligan al compromiso de costosas inversiones. Estas son en realidad, las condiciones materiales en las que surgen y se desarrollan las Representaciones Sociales de las enfermedades mentales.



## Análisis Cualitativo de la Información

### ✂ ■ ENFERMOS MENTALES

Buenas tardes, Cabinista: Es de aquí de Benicalap, es que van por la calle porque no están bien de la cabeza, porque han cerrado Bétera, que ya se quejan también en **LAS PROVINCIAS**, porque muchos de ellos son enfermos mentales, y han matado a alguien de la familia. Y luego, van también por ahí, sueltos por las calles, y molestan a la gente, porque van pidiendo cigarros, hablando solos y dando empujones a la gente cuando pasan cerca de ellos... A ver si lo de Bétera, el psiquiátrico se abre otra vez, y están allí como solían estar antes los que no estaban bien, y están controlados allí, y no tienen por qué estar sueltos por las calles. Eso es un ahorro de gastos que no tiene que ser. Nada más. Gracias. A ver si lo publicáis.

(Imagen 1). Las Provincias, 10 de diciembre de 1997, miércoles. Sección: el cabinista.

## CAPÍTULO SEXTO: Análisis cualitativo de la información

### 6.1- Descripción de las categorías-criterio orientativas del análisis cualitativo

Este análisis cualitativo se desarrolla a partir de la inclusión en el mismo, de aquellas noticias que contengan las categorías que definen los tres modelos estudiados en el análisis cuantitativo; que guarden un contenido que exprese coherencia y continuidad temática; sean prototípicas de la problemática de los trastornos mentales y contribuyan a clarificar, por su interés, los datos encontrados en la primera parte de la investigación, dentro del esquema de análisis que hemos adoptado desde el inicio de la misma (Leventhal y cols; 1980, 1982 y 1984; Hofstadt, 1996).

En este sentido, antes de realizar el análisis cualitativo resulta procedente describir las categorías más reseñables, a fin de determinar sus características cualitativas y su aportación a la Representación Social de las enfermedades mentales crónicas, advirtiendo que el orden de su presentación, dada la imposibilidad de citar noticias que contengan categorías específicas excluyendo otros aspectos, obedece a la temática relevante que representan y que viene determinada por los *Temas* de la muestra en una exposición que se define por los diferentes niveles del análisis ecológico de los trastornos mentales.

#### 6.1.1-EL MODELO BIOMÉDICO

Modelo médico, con carácter dominante:
--

-Psicopatología
-----------------

-Proceso*
-----------

-Enfermedad*
--------------

-Incurabilidad
----------------

-Fármacos
-----------

-Internamiento
----------------

-Paciente
-----------

El análisis estadístico concluía con la detección de un sólo factor explicativo de la varianza para cada uno de los conjuntos o modelos que definían la representación de las enfermedades mentales.

Recordemos que el modelo médico quedaba expresado a partir de las categorías de:

1) *Psicopatología, proceso, enfermedad:*

Los tres conceptos que forman el enunciado, son los más significativos para definir la enfermedad mental en la muestra de la prensa analizada. La categoría *Psicopatología* para los periódicos progresistas, determina un claro carácter cientificista, consistente en el hecho de considerar la enfermedad como conjunto de síntomas que obedecen a una etiología y curso patógeno. Se inscribe por tanto, en una comprensión especializada de los trastornos mentales dentro de la tradición médica más representativa y clásica.

Por otro lado, lo psicopatológico es utilizado por gran parte de los profesionales de la psiquiatría, como una categoría relacionada con los trastornos de la personalidad o psicopatías diferenciando este concepto del de enfermedad mental. Al mismo tiempo, se evidencia por la relación de los *psicópatas* con la agresión y el entramado legal, la importante presencia de este término en la prensa analizada y sobre todo, la variabilidad de su significado de acuerdo con el contexto de la noticia.

La *enfermedad* sin embargo, es un concepto más holístico, que engloba tanto la patología como la percepción social de la enfermedad mental. De modo que una enfermedad dada, no sólo resulta en la psicopatología que manifiesta, sino que también engloba un conjunto de percepciones y comportamientos tanto sociales como individuales, que llegan incluso a modular la sintomatología patológica.

La categoría *proceso*, es un constructo característico de larga tradición en el modelo biomédico. De hecho, se asocia con psicopatología y sin embargo, se diferencia de él en que presupone la existencia de una consecuencia defectual en la personalidad o la inteligencia, dentro de una enfermedad activa, progresiva y autodestructiva, mal vivenciada por el enfermo (Chinchilla, 1996) .

### 2) *Incurabilidad*:

Excepto *proceso y enfermedad*, recordemos que el resto de categorías definían a la prensa progresista. No todas las enfermedades mentales son incurables, existen muchos trastornos que no pueden definirse de este modo y sin embargo la prensa progresista significativamente, cuando describe la clínica de las enfermedades mentales las considera como incurables.

La incurabilidad de una enfermedad equivale a su cronicidad, lo que es evaluado por la persona enferma y su familia como una amenaza de por vida a los proyectos vitales del enfermo y su entorno. Sin embargo, es un hecho el que ni siquiera todas las esquizofrenias sean incurables y que parte de ellas, progresan de manera episódica y no defectual. Por ello, la categorización indiscriminada de la incurabilidad de los trastornos mentales, no es más que una generalización simplista que condiciona tanto la solicitud de ayuda como la aceptación de la enfermedad (Moos, 1977), determinando y comprometiendo con ello, todo el proceso terapéutico posterior.

### 3) *Fármacos*:

Esta categoría junto con *internamiento* define las dos vías terapéuticas médicas, descritas de manera preponderante en el tratamiento de las enfermedades mentales.

Los medicamentos neurolépticos se suceden en un proceso constante, los efectos secundarios de los primeros "grandes tranquilizantes" han sido sustituidos por los neurolépticos de nueva generación con menores efectos secundarios pero de coste astronómico. Sin embargo, en esquizofrenia la medicación supone un arma eficaz contra la sintomatología positiva y mucho menos efectiva contra la negativa. Además, resulta muy adecuada a los esquemas de una atención sanitaria que concentra su efectividad, en este tipo de terapia episódica sobre lo "agudo".

Alabados por unos, como los medicamentos que permiten la permanencia del enfermo mental en un medio no institucionalizado y denostados por otros, como la "camisa de fuerza" que aturde y cronifica al

enfermo mental, es sin duda uno de los elementos clave de la terapia médica para los trastornos mentales.

En la actualidad, la industria farmacológica forma parte del entramado psiquiátrico (o a la inversa) y en menor medida, también lo es de la rehabilitación social, tanto por su efectividad como por su presencia económica en subvencionar o alentar encuentros de familiares, Programas o Congresos de psiquiatría. Además, es conocida la colaboración continuada y estrecha entre los laboratorios y los profesionales de la atención psiquiátrica, a fin de comprobar la eficacia de los nuevos fármacos en los Centros de Salud Mental.

*La medicación o los fármacos en enfermedad mental, son mucho más que una variable del tratamiento, en la gran mayoría de los casos es el tratamiento en sí mismo.* Muchos de los protagonistas de las noticias que aparecen en los periódicos estaban en tratamiento cuando han cometido hechos luctuosos, lo que expresaría las limitaciones de una terapia basada en fármacos exclusivamente, sobre todo, si nos percatamos de que la administración de los mismos, está mediada por otras variables sociales como *la aceptación de la enfermedad por parte del enfermo, la información a los familiares, las relaciones de ambos con el facultativo y el estigma social de los trastornos mentales.*

La terapia farmacológica que los enfermos mentales crónicos deben tomar de por vida y las propias limitaciones de la estructura sanitaria, determinan una contradicción básica de funestas consecuencias expresada en la incompatibilidad de una asistencia puntual y "a distancia", frente a una enfermedad crónica con eventuales brotes agudos en el entorno social y familiar. En este contexto, existen muchas posibilidades de que los enfermos más reacios a la toma de medicación o de visitar, cada uno o dos meses al psiquiatra, sean derivados de un Centro de Salud Mental a la atención en un Centro de Especialidades, en un proceso de selección de los más dóciles o receptivos al tratamiento farmacológico. Así, el enfermo que más atención necesita, puede verse privado de la asistencia sanitaria y social especializada. Sin medicación y sin conciencia de enfermedad, el enclaustramiento y las dificultades familiares son cada vez mayores sin que esto por lo general, sea suficiente para que el especialista se desplace al domicilio o incluso niegue la posibilidad de informar favorablemente para la demanda de un recurso social ya que usualmente, se esgrime por parte del facultativo frases como: *"si no viene a la consulta, no puedo dar ningún tipo de informe, ya que no lo veo"*. Para las familias, el resultado es que sus hijos y familiares no tienen derechos efectivos sobre la salud, ni sanitarios ni sociales. Así, la efectividad de los fármacos aún sobre la sintomatología positiva, resulta anulada por la acción de las variables que socialmente definen la enfermedad.

A partir de aquí, el camino para la desesperación, la solicitud de internamiento, hospitalización, denuncia e incapacitación se convierte en el *único camino posible y la justificación ética y social, de que la enfermedad mental requiere necesariamente, "naturalmente", soluciones médico-legales de internamiento, convirtiéndose con ello en la única terapia insoslayable y justificada, no por la naturaleza de la enfermedad mental, sino por la naturaleza y las limitaciones de un determinado modelo médico asistencial.*



#### 4) El internamiento:

El Internamiento ha supuesto una de las categorías básicas que definen este modelo. Es necesario destacar, que tanto en el análisis preliminar como en el posterior de los textos que componen la muestra, se ha analizado otro concepto muy relacionado con este pero que sin embargo, se refiere a un hecho más concreto, *la hospitalización*.

En todos los contenidos observados, la hospitalización estaba referida al ingreso en un hospital a partir de una crisis esquizofrénica o de un hecho disruptivo sobre la vida y el entorno del enfermo mental. Sin embargo, el término *internamiento*, es utilizado de modo homologable a la hospitalización por la jerga médica, con la salvedad de que el internamiento adquiere un significado médico legal que va más allá de la atención hospitalaria. Es de destacar, que sea el concepto de "internar" el que ha resultado sumamente descriptivo de la relación entre el entramado legal y el sanitario en los trastornos mentales.

Por otro lado, puede causar perplejidad que los periódicos progresistas se definan a partir de esta categoría, puesto que en sí misma y descontextualizada, obedece a objetivos y formas de actuar contrarios a la integración social.



(Imagen.2). Prácticas terapéuticas en Sâlpêtrière. Gravado de la época. S XIX, Paris.

¿Puede considerarse este hecho como que el *internamiento* es la característica que define a la prensa "progresista" ?

Ante esto, cabe responder que no debemos analizar cada modelo de manera aislada, sino a través del contraste con otros posicionamientos. Para la prensa progresista, en el contexto del modelo de "agresión-legal", que comparte sin diferencias con la prensa conservadora, el enfermo mental es un *paciente-violento*. Este "progresismo" sólo puede entenderse así, como contraposición al enfermo como *delincuente y causa de alarma social* de la prensa conservadora. El internamiento deviene de este modo, en una medida "más social" que la cárcel.

*Reclusión terapéutica*, en un sanatorio, con cuidados psiquiátricos y no en prisión, como corresponde a un enfermo que agrede.

## 5) El paciente

Al analizar esta categoría no puedo dejar de evocar aquellos tiempos ya lejanos del antiguo bachillerato, cuando se nos repetía insistentemente que el sujeto-paciente o pasivo: *es aquel que no ejecuta la acción, sino quien la sufre, quien la recibe*. Esta categoría resultó ser una de las más definitorias en este modelo en la descripción del rol asociado al enfermo mental. De claras resonancias médicas, evoca las relaciones asimétricas entre médico y paciente, entre los que saben (*clero*) y los que no (*legos*).

Señalando la importancia de los sustantivos que identifican y definen socialmente a las personas, recordamos un viejo dicho judío: *el nombre es el hombre*. De hecho, en la comunidad judía, las ceremonias de *cambio de nombre* ante enfermedades graves o *Sinuy Hasem*, se realizan porque intentan dotar de *una nueva naturaleza* a la persona enferma (Fernández,1998). *Paciente, delincuente o discapacitado*, son los tres roles que definen la *naturaleza del enfermo mental* detectados en nuestro trabajo, y que evidentemente, no permiten esperar que de estos roles sociales, los enfermos y sus familiares, puedan producir las conductas de salud, inclusión o autoayuda, inexcusables para la rehabilitación y la integración social. Quizás, cambiando estos nombres pudiéramos modificar la naturaleza misma de la enfermedad y también la del enfermo mental.

### 6.1.2-EL MODELO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Modelo de  
Intervención  
Comunitaria,  
incipiente y poco  
estructurado:

- Integración social\*
- Discapacidad\*
- Exclusión
- Curabilidad
- Salud
- Familia\*

Recordemos que en el modelo médico se han encontrado diferencias significativas entre prensa progresista y conservadora. La prensa progresista asumía en él, un mayor número de categorías definitorias. Sin embargo, en el modelo de intervención comunitaria existen diferencias significativas, pero las categorías se reparten por igual alrededor de ambos posicionamientos.

El análisis cualitativo es especialmente apropiado en estos casos, a fin de determinar contextualmente el sentido y significado de las categorías que se adscriben a uno y otro posicionamiento ideológico.

#### 1) Integración Social, Discapacidad y Familia:

*Integración social*, es un concepto que ha resultado significativo como una de las líneas terapéuticas que se están siguiendo en enfermedad mental y que ha encontrado eco en la tendencia ideológica conservadora.

Está referida a la creación de Recursos como CRIS, Residencias y Centros Ocupacionales, recogiendo a la vez, las orientaciones de los profesionales sobre el tratamiento de los trastornos mentales, frente a otras categorías como *fármacos u hospitalización*.

En este sentido, reseñamos dos cuestiones preferentes. La primera de ellas surge como reflexión del análisis de la variable *tipo de recursos solicitados por las Asociaciones*. En ella, podemos observar que aunque no existen diferencias entre ambas ideologías, los recursos con mayor cercanía a la prensa conservadora se refieren a *Residencias*.

Este tipo de Recursos suponen un apoyo social para las familias y un servicio de larga estancia, que por sus características, se relacionan preferentemente con el respiro familiar, de acuerdo con las funciones propias de un Recurso-Contenedor, más que con la Integración Social. Así, esta última se entiende en su vertiente asistencial, en mayor medida que en su función de integración en redes sociales. En este contexto, *Integración Social* se convierte en apoyo de respiro familiar o de contención social y no en una actividad proactiva y de asimilación de colectivos en riesgo de exclusión.

La segunda de las características a destacar y la más importante, se relaciona con la categoría *discapacitados*. Ambas se encuentran relacionadas en el posicionamiento conservador, reflejando la amalgama existente en la actualidad respecto la población con deficiencia mental. Los colectivos de discapacitados psíquicos o mentales, no son definidos diferencialmente en multitud de ocasiones. La creación de recursos como Centros Ocupacionales o pisos tutelados para los colectivos de discapacitados mentales no posibilita la detección, en gran parte de los casos, sobre el tipo de población concreta al que van destinados.

La prensa conservadora se ha hecho eco desde siempre, de las necesidades del colectivo de personas con deficiencia psíquica y supone para esta orientación un nexo de unión, donde discapacitados "inofensivos", familias e Integración, con toda evidencia se encuentran reflejados en los tres conceptos característicos de la prensa conservadora: *Familia, Integración, Discapacitados*.

Otra circunstancia a tener en cuenta, es el hecho de que el colectivo de enfermos mentales, recibe las ayudas y subvenciones dentro de los servicios que la Administración Autonómica mantiene para la población discapacitada. Los escasos recursos sociales destinados a este colectivo eran hasta hace bien poco, los mismos que genéricamente eran utilizados para las personas con deficiencia mental. Por tanto, las noticias institucionales recogidas en la prensa sobre subvenciones y creación de Recursos Sociales engloban bajo la categoría generalizadora de la discapacidad, a colectivos diferentes cuyos déficits y minusvalías, tienen orígenes y consecuencias muy diversos.

En cualquier caso, cabe resumir que para el posicionamiento conservador, la integración social de las personas con discapacidad merece un esfuerzo como vía contra la exclusión, teniendo gran importancia en esta orientación, el aspecto humano, emocional y familiar del problema.

Considerar que el foco de atención es la familia y no la persona con discapacidad, aunque sería una reflexión relacionada con esquemas clásicos conservadores, no resulta permisible sobre la base de los datos observados, a no ser que realicemos el análisis de la ideología conservadora a partir del esquema ideológico contrapuesto de tipo reduccionista.

## 2) Exclusión, curabilidad y salud.

Frente a la “tutela de la discapacidad” y la problemática familiar que conlleva, el núcleo de la imagen de la Intervención Comunitaria en la prensa conservadora, nos encontramos con tres categorías diferentes que definen el polo progresista.

*Exclusión, curabilidad y salud*, son los conceptos que con significación estadística, se encuentran más cercanos a la prensa progresista.

La *exclusión* supone una categoría que se expresa como consecuente con la enfermedad mental, de este modo se enfatizan negativamente las consecuencias sociales de esta dolencia.

La *curabilidad vs. incurabilidad* no expresaba ninguna diferencia en los periódicos analizados, sólo en el análisis cruzado de la posición ideológica de la prensa examinada se han encontrado diferencias significativas. El hecho de que ambos conceptos, aún siendo contrapuestos (EM curable en el modelo Comunitario, EM incurable en el modelo biomédico), se reflejen en la misma tendencia ideológica, es indicativo de la situación sociogénica de la representación social actual de la enfermedad mental. A la vez que evidencia, la existencia de modelos y posicionamientos científicos que estructuran la representación y explican la realidad más allá de las ideologías.

La *salud*, es una categoría significativa del modelo de intervención Comunitaria. Su inclusión en este modelo y no en el biomédico, no resulta arbitraria si nos atenemos a los criterios que definen la salud en uno y otro modelo. Recordemos que en este último, la salud se define como ausencia de enfermedad, incidiéndose sobre el tratamiento de las disfunciones orgánicas o psíquicas para recuperarlas. En intervención Comunitaria, la salud es la potencialidad que el ser humano tiene para alcanzar un total bienestar bajo la influencia de variables sociales, económicas, psicológicas y sanitarias, en un contexto de relaciones global y totalizador de las relaciones sociales.

Por tanto, la prensa progresista se aleja de esa tutela de las discapacidades conservadora y su problemática familiar, para reflejar como la enfermedad, es causa de exclusión y que esta supone una imposibilidad de adquirir ese estado de bienestar y de desarrollo individual y social que es la salud.

### 6.1.3-EL MODELO AGRESIÓN-LEGAL

Modelo de agresión/ legal
-Agresión
-Alarma social
-Incapacitado
-Delincuente
-Violencia
-Policía
-evaluación mental

A este conjunto de categorías al que hemos llamado de *agresión-legal*, no podemos llamarle con propiedad, un modelo científico, a no ser que desarrollemos una parcial argumentación sobre la científicidad del derecho positivo. Más bien, resulta un fenómeno propio y explícito de la problemática de la enfermedad mental y que junto a la agresión como desencadenante, supone la base compartida de su representación. Ambos posicionamientos ideológicos comparten por igual sus contenidos sin diferencias

significativas y estadísticamente, ha demostrado una existencia propia y diferencial de los modelos científicos analizados. Todo este mecanismo legal de *procesamiento, condena, incapacitación, internamiento o reclusión* se pone en marcha cuando la intervención sanitaria o social, no tiene efecto y se ha generado una situación de *agresión, abandono social o exclusión*.

### 1) La agresión:

Las noticias sobre *la agresión* están determinadas por tres circunstancias determinadas:

-Las diferencias significativas lo son, en función del carácter de la tirada de los periódicos y en mayor medida, por el posicionamiento ideológico de la prensa analizada.

-La agresión, mayoritariamente la producen personas integradas en un contexto familiar.

-Las diferentes formas de agresión implican también, aquellas acciones que el enfermo sufre o se autoinflige, sin embargo el enfermo mental aparece en las noticias analizadas mayoritariamente como *agresor* y no como *víctima*. De hecho, la tendencia no la marcan estas dos categorías en exclusiva, sino *delincuente y agresor* para el posicionamiento conservador y *violento y víctima* para el progresista.

Respecto a la primera consideración, ya hemos constatado como los periódicos de tirada autonómica le prestan una mayor atención a los temas de sucesos y agresión. La información se ve afectada por la necesidad u orientación de esta prensa hacia lo emotivo, puesto que la tirada se comporta como una variable que modifica el contenido de las noticias aparecidas en prensa. El Medio condiciona por su propia estructura la información que difunde. Sin embargo, es el posicionamiento ideológico con un mayor índice de asociación, el que modula la variabilidad de *la agresión* en la prensa analizada.

En cuanto al segundo tema, es destacable que las personas que causan la agresión sean personas casadas, con hijos y en un ambiente familiar determinado. Esto no se ajusta con las estadísticas al respecto, ni con la realidad de un enfermo mental, mayoritariamente solo y con dificultades para construir una familia. Además, debe constatarse el hecho de que parte de la agresión relatada en los periódicos y atribuida a los enfermos mentales en gran medida como veremos, *debería ser redefinida como violencia de género, constituida por altercados familiares que buscan su eximente o atenuante, aduciendo la enajenación mental de sus protagonistas*.

El modelo de agresión-legal resulta así, en un entramado que no sólo refleja los problemas sociales en enfermedad mental y los judicializa, sino que su representación en prensa contribuye a la creación de la imagen de un enfermo mental agresivo, como efecto indirecto de los objetivos e intereses de los profesionales de la abogacía, en la defensa de sus clientes.

La tercera y última consideración hace referencia a la agresión como rol del enfermo, cuya naturaleza esencial es la agresión *hacia el otro*.

La agresión también se produce cuando el enfermo se inflige daños así mismo o cuando se suicida o huye sin rumbo, sin embargo generalmente no aparece como víctima de esta agresión, sino como verdugo.

Siendo la agresión el núcleo representacional y por tanto, resistente al cambio, no es de extrañar que su difusión adopte las formas de comunicación cercanas a la esquematización y generalización propias de la propaganda. La verdadera *naturaleza* del loco le impulsa a la violencia, sólo en ella el enfermo mental aparece como *agente*, mientras que las otras categorías que definen su rol, describen la pasividad de un *paciente*, un *discapacitado*. Como si la única conducta que pueden realizar los enfermos mentales fuera la agresión. Esto, legitima la institucionalización de prácticas terapéuticas de contención, y por extensión, la generalización de la excepción como regla. O lo que es lo mismo, se constata la socialización de la exclusión, a través de la representación social de un enfermo que delinque o es violento, en la que sin diferencias ideológicas participan por igual todos los periódicos analizados.

Por otro lado, la representación social actual de la enfermedad mental, con sus contradicciones, facilita la estabilidad de este concepto molar cargado de emotividad, posibilitando la emisión de juicios y conductas legitimadas a partir de la información emocional contenida en la representación social, en la que la única conducta activa clara que emite el enfermo como tal, es la agresión.

El resto de categorías de este modelo son suficientemente explícitas por sí mismas, derivándose en su totalidad de este núcleo central, al expresarse como la consecuencia legal de un determinado suceso.

Cabe mencionar que la categoría de *evaluación mental*, supone el concepto que legitima las consecuencias legales y marca la frontera entre lo médico y lo legal, entre lo imputable y la irresponsabilidad penal. Sin embargo, la evaluación mental no supone un hecho al margen de las mentalidades con que se aborda, sino que ella misma, esta influida por la representación de los trastornos mentales. En manos de peritos con opiniones contrapuestas sobre la etiología, clasificación y consecuencias conductuales que se derivan de las enfermedades mentales, se convierte en una herramienta jurídica que determina y cierra en última instancia, aquellas situaciones que la sociedad y la ciencia no han sido capaces de definir y tratar por otros medios. Por lo que el proceso social, por el cual la enfermedad mental pasa de ser una cuestión sanitaria a un asunto legal, configura e interrelaciona la totalidad de las categorías periféricas del campo de representación con el núcleo estructurante de la misma.

## **6.2- Las noticias y sus contenidos.**

### **6.2.1 Identidad, Origen y Terapia de las Enfermedades Mentales**

#### **6.2.1.1-El Internamiento Psiquiátrico**

Extendiéndose sobre 21 hectáreas de terreno a las afueras de Lima, se encuentra un complejo de edificios conocidos por todos los peruanos, es el

Larco Herrera. Con 620 camas y 700 empleados, 50 de ellos médicos, constituye el mayor centro psiquiátrico del Perú.

Durante 1989, murieron en él, cincuenta enfermos de hambre y desamparo, aunque este hecho fue negado en su momento por el ministro de Sanidad del momento. Hacia 1997, la nueva mentalidad surgida de las directrices de la OMS sobre la enfermedad mental y la rehabilitación social, abrían los grilletes y las celdas de castigo del Larco Herrera, siendo sustituidas progresivamente por los nuevos psicofármacos y el electroshock.

Las habitaciones han sido adecentadas y los enfermos disponen de catres donde dormir, "algo que puede parecer normal en Europa, pero que no era posible en un país como el nuestro", señalaba su director.



(Imagen.3) El País, 15 de Junio de 1997.

Como se describe en el artículo, los enfermos mentales del Larco Herrera han ido recuperando paulatinamente su condición de seres humanos. En realidad el camino inverso hacia la animalidad, había comenzado tiempo atrás. En el siglo XVI, Las Casas sentenciaba la unidad del género humano en su defensa de los derechos de los indígenas del Nuevo Mundo, con la aseveración siguiente: "Todas las naciones del mundo son hombres, y de todos los hombres y de cada uno de ellos es una no más la definición, y ésta es que son racionales" (Las Casas, 1967).

En esto, Las Casas seguía a Cicerón que, en *De Inventione*, describía como el dominio de la razón y el conocimiento representa la esencia de lo humano. Lo que separa al hombre de las bestias, es su capacidad para comprender el *ordo* divino y universal. La sociabilidad, la cultura y la religión son expresiones de ese raciocinio que le aleja de la animalidad y del mundo de las pasiones.

Sin embargo, la razón humana se expresaba a través de diferentes gradaciones, así el niño, la mujer o el campesino europeo no se separaban demasiado de la mentalidad del indio. El loco, también se encontraba en los intersticios de ese continuo, que en uno de sus extremos, contenía las *similitudes hominis*, (esclavos naturales como los *etíopes*, las poblaciones africanas), en oposición a los santos, los héroes y los grandes gobernantes de Europa.

Apoyando su tesis, Las Casas (*ibíd*) citaba a Aquino, a fin de demostrar que la existencia de Dios no admite que grandes pueblos estén faltos de razón, ya que esto les impediría conocer el plan divino. *“Los hombres que tienen suficiente conocimiento para gobernar sus vidas son la mayoría; y son muy pocos los que carecen de ese conocimiento, a los que se les llama locos e idiotas”*.

La clasificación de seres humanos a partir de su capacidad intelectual, suponía la inclusión de grandes etnias en la familia humana, pero también la exclusión, tutela y reeducación de aquellos seres *locos o idiotas*, que privados de razón, no pueden controlar sus pasiones o gobernar sus vidas.

Además, esta nueva forma de pensar y clasificar hombres, presuponía la existencia en todo ser humano, de condiciones externas (clima y costumbres) y de circunstancias internas (disposiciones humorales), que moldeaban su capacidad de razonamiento (Rosen, 1974; Pagden, 1988), lo que permitía su tratamiento a través de la ciencia. Esto resultó en una etapa de transición donde el modelo demonológico de posesión, las primeras prácticas terapéuticas en hospitales y la cultura asilar, coexistieron hasta mediados del siglo XVII. Sin embargo, la certeza de que la locura podía ser tratada por la sociedad, bien desde la caridad o bien como servicio de la comunidad ciudadana, se expresaba de manera nítida en iniciativas como la de Vives en la ciudad de Brujas (XVI), en la que apareció una nueva forma de entender la atención al enfermo mental a partir de la asistencia pública que las ciudades organizaban en recintos concretos, los *hospitales*, donde los *locos* pudieran ser atendidos con un trato más humano y regenerarse de sus costumbres y de su *insanitas* (Rosen, *Ibid*).

Como ya sabemos, el internamiento psiquiátrico y asilar supuso a largo plazo el fin del modelo demonológico, pero no de las creencias sobre la naturaleza defectual del loco, sobre la incompletud de su desarrollo respecto a los seres racionales. Tampoco supuso una nueva conceptualización del *loco* como un ser humano pleno, con derechos que deben ser respetados y con habilidades que pueden ser potenciadas. Por lo que la *aparición de nuevas prácticas y recursos terapéuticos no supuso la desaparición de las creencias del siglo XVI sobre la naturaleza del enfermo mental, sino que los mismos conocimientos científicos se entremezclaron, se anclaron, con las imágenes y conocimientos que el pensamiento social y los sistemas de creencias, previamente ofrecían sobre el mismo*.



En este contexto, el Larco Herrera es la prueba fidedigna de la tensión entre ciencia y creencias sociales, la expresión palpable de la inutilidad de un enfoque exclusivamente sanitario y psicopatológico de las enfermedades mentales, de la futilidad simplista y pretenciosa, de que nuevos recursos y técnicas, conllevan indefectiblemente nuevas actitudes sociales; en suma, de la existencia de un campo representacional de la enfermedad mental que debe ser acometido complementariamente a la creación de Servicios. De otro modo, los nuevos Recursos quedarán distorsionados en sus objetivos y procedimientos, perfilando un nuevo marco de dependencia y tutela, en la medida que la Reforma Psiquiátrica deja de serlo para convertirse en su caricatura.

La institucionalización psiquiátrica no ha supuesto en sí misma, ninguna contradicción con la imagen del enfermo mental como un ser incompleto o incapaz, sino que ha unido ambos aspectos, complementándose en la práctica. Así, el ingreso en estas instituciones se ve reforzado y legitimado por la declaración de incapacidad o peligrosidad social del enfermo mental. Lo que deviene en la indisoluble asociación entre la imagen negativa del loco como un ser incompleto y la institucionalización psiquiátrica, que de este modo se constituye como la única garante de la política asilar y de contención que de forma *natural*, se deriva de las características de estos enfermos y de la enfermedad mental crónica.

**El ex dictador  
ocultó a un hijo  
oligofrénico en una  
«casa de locos»**

EEE

BUENOS AIRES

Una investigación periodística reveló ayer que el ex presidente argentino Jorge Videla ocultó a un hijo oligofrénico en un centro para enfermos mentales de Buenos Aires, donde en los últimos veinte años han muerto o desaparecido de forma sospechosa más de 3.000 pacientes.

Según la investigación realizada por el diario bonaerense *Página/12*, Videla internó en los años sesenta a Alejandro, uno de sus siete hijos, en la Colonia Montes de Oca, un establecimiento para enfermos mentales de tétrica fama, situado a unos 100 kilómetros al oeste de la capital argentina. Alejandro Videla, a quien se le diagnosticó «epilepsia y oligofrenia profunda», vivió varios años en la denominada *casa de los locos* y murió muy joven en medio del más absoluto silencio de su familia.

(Imagen, 4).

*Levante*, 23, 6, 1998

La noticia siguiente (*imagen 4*), confirma esta función de contención e incluso de exterminio. En ella, se nos informa de cómo el ex dictador Videla, ocultó un hijo oligofrénico en un centro para enfermos mentales de Buenos Aires, del cual desaparecieron de forma sospechosa 3.000 pacientes en los últimos 20 años.

Las noticias sobre el uso de las instituciones psiquiátricas como lugares de contención, donde los enfermos pierden hasta los derechos más elementales, como vemos, no son sólo cosa del S. XVII, sino que resultan una constante en la

**Piden 50 años de cárcel para los tres acusados**

**Juzgan a tres personas por encerrar a 16 enfermos mentales en sótanos**

BARCELONA. (Efa.) — El fiscal pide provisionalmente un total de 50 años de prisión para dos responsables de un geriátrico y un psicólogo acusados del encierro en una residencia de Barcelona de 16 enfermos mentales en condiciones de insalubridad, suciedad y abandono.

El juicio, que se remonta a 1989, se celebrará a partir del próximo martes en el juzgado de lo Penal número 1 de Barcelona. Los acusados son el director del centro, Antonio Jodar, la encargada del geriátrico, Francisca González, y el psicólogo José Joaquín Serrabona.

El fiscal les acusa de 16 delitos de detención ilegal y pide por cada uno de ellos 3 años de cárcel, además de otros 2 años de prisión para el psicólogo por un presunto delito de intrusismo.

Los hechos se remontan al 11 de

junio de 1989 cuando una comisión del juzgado de Instrucción 3 de Barcelona acudió a la Residencia Hogar Valdivieira de esta ciudad para practicar el levantamiento del cadáver de una mujer.

Durante esta diligencia, la comisión judicial constató la existencia de personas con "importantes problemas de salud mental internadas en este centro, sin que ninguno de estos internamientos estuviera emperado por la autorización judicial y sin que constara que fueran voluntarios".

La acusación señala que "dada la incapacidad del centro para atender a dichos enfermos, ya que se trata concebido como residencia geriátrica", estos "eran confinados y encerrados en los sótanos del edificio cuando presentaban crisis de agresividad".

(Imagen, 5). *Las Provincias*, 20, 7, 1997.

prenta de nuestros días, extendiéndose tanto a países subdesarrollados o con falta de libertades democráticas, como a países desarrollados e instituciones de nuestro país, como lo recogen los artículos siguientes.

En la noticia de la *imagen 5* publicada en el diario *Las Provincias*, los enfermos mentales compartían el Recurso con personas de edad avanzada

en un geriátrico de Barcelona. Las crisis y la sintomatología propia de los trastornos mentales, eran mitigadas con el encierro de estos dieciséis enfermos en los sótanos del recinto. Con posterioridad a esta noticia, el juez que dictaminó sentencia, absolvió sin cargos a los responsables del Centro al no ver indicios de delito. El juez del caso, interpretó que puesto que no existía una sentencia de incapacitación ni una autorización judicial al respecto, los enfermos estaban en dicho recurso por propia voluntad y podían marcharse o aceptar el trato recibido, según su libre albedrío.

Bien desde una óptica de libre mercado en las sociedades avanzadas, o como marco de actuación en sociedades no democráticas, la *institucionalización* de los enfermos mentales ha supuesto como norma, la plasmación evidente de mentalidades, actitudes y prácticas que despojan a los enfermos mentales de sus derechos básicos y los confinan junto con otros colectivos en el espacio de la exclusión social y el olvido.



El seguimiento de las noticias aparecidas en prensa, van mostrándonos de manera progresiva y coherente, aquellos aspectos negativos característicos de la institucionalización, que se concretan en:

- a) Pérdida de los derechos fundamentales.
- b) Agresión hacia los enfermos mentales.
- c) Función de contención más que de rehabilitación o "regeneración".
- d) Inclusión indiferenciada en otros colectivos, dentro de una política asilar, donde predomina la improvisación política y las leyes de mercado.

Como puede verse en las noticias recogidas por El País (Imagen 6), estas características se extienden más allá de las fronteras nacionales y se manifiestan de modo diferente según la cultura y entorno social donde se reproducen. Pederastia,

drogas, alcohol y pornografía son algunas de las "prácticas terapéuticas" del Hospital inglés de Rampton, en Nottinghamshire. Donde los hechos a pesar de su gravedad, no son denunciados por el personal del Centro sino por uno

de los pacientes. Paradójicamente, la denuncia de un *demente* permitió imponer la cordura a médicos, técnicos y políticos.

Las noticias publicadas en la prensa, no sólo evidencian los problemas de la institucionalización psiquiátrica, sino que también, contextualizan las noticias producidas en nuestra Comunidad, por lo que pueden percibirse estos hechos de modo interrelacionado y no como incidentes aislados o anecdóticos sino constitutivos de un mismo fenómeno social, persistente en el tiempo y globalmente diferenciado en su expresión. En este contexto, la figura del Psiquiatra de Bétera surge paradigmática y representativa de los cambios ocurridos en nuestro país en la atención al enfermo mental.

### 6.2.1.2-Bétera, Forever

A través de la recopilación de 903 noticias publicadas en la prensa desde el año 1973 hasta 1985, Cándido Polo (1999), nos describe estas circunstancias de manera clarificadora y amena. El trabajo de Polo, supone en este aspecto, un valioso precedente cronológico y parcial de nuestra investigación.

En su libro, *Crónica del Manicomio, Prensa, Locura y Sociedad*, se ofrece un análisis de la institucionalización en nuestra Comunidad y también un avance clarificador sobre las consecuencias de la Reforma

Psiquiátrica. Nuestra intención no ha sido recoger información en exclusiva sobre esta institución, por lo que en nuestro caso, el campo de análisis ha resultado ser mucho más global. Sin embargo, las noticias recogidas en este contexto, vuelven a presentar al Psiquiatra de Bétera como un campo de tensiones, donde los intereses y creencias sociales sobre la enfermedad mental, se manifiestan de manera elocuente y de modo coherente con el resto de noticias que hemos descrito en este apartado.

Las noticias que hemos seleccionado, representativas de la dinámica de los problemas de este Recurso de la Diputación, afectan a varios aspectos del internamiento

El juez establece una indemnización de 22 millones para la víctima

## Condenan a cuatro ATS de Bétera por la enferma que se quemó

LARA RIPOLL

El supervisor de enfermería y otros tres ATS del antiguo hospital psiquiátrico de Bétera han sido condenados por una falta de imprudencia leve a una pena de multa de 25.000 pesetas respectivamente por las heridas que se autoprovocó una paciente cuando le prendió fuego a su colchón, mientras estaba atada a la cama por prescripción médica. Los hechos ocurrieron el 23 de junio de 1983, en el pasillo quince.

La sentencia, dictada por el juez sustituto del Juzgado de lo penal número 2 de Valencia establece también una indemnización de 22 millones de pesetas para la víctima, Anabela T. L., quien sufrió quemaduras en el 40% de su cuerpo, además de la amputación del antebrazo derecho y la pierna izquierda. A este respecto, el magistrado ha declarado responsable civil subsidiario a la Diputación de Valencia, por ser la entidad de la que dependía el centro.

La fiscal, que cifraba la indemnización en 25 millones, había imputado en los hechos únicamente al supervisor Francisco Javier A. P., para quien pedía dos años de cárcel por un delito de imprudencia, y a la auxiliar Marta U. G., para quien solicitaba una multa de 30.000 pesetas por una falta.

Pero el abogado de la víctima extendió la acusación a los otros dos ATS que también se encontraban de guardia el día de autos: Bibiano T. A. y Consuelo T. B., y demandaba para todos tres años de prisión. De igual forma, elevaba la indemnización a 100 millones.

La defensa, por su parte, reclamaba la libre absolución al considerar a sus patrocinados exentos de culpa alguna.



Los cuatro acusados el día de la primera sesión del juicio.

El juez, sin embargo, ha declarado probado que todos ellos cometieron una falta de imprudencia al no haber registrado «debidamente» el neceser que le dejaron a Anabela —donde estaba el mechero con el que se prendió fuego—, después de administrarle el sedante ordenado por el médico e inmovilizarla a la cama. Pero puntualiza: lo hicieron «por compasión, por condescendencia o por cualquier otro

sentimiento "noble". Actuación que, en su opinión, «no puede ser calificada de temeraria».

La fatalidad de los extintores

La «tragedia» de Anabela, reconoce el fallo, fue aún mayor por «la fatalidad aleatoria» de que los ATS, tras detectar inmediatamente el incendio, escogieran para sofocarlo unos extintores que estaban vacíos. Y aquí radica la mayor dificultad a la que se ha enfrentado el juez, en el caso de autos: ¿Quién tenía la responsabilidad de mantener los extintores en óptimas condiciones?

El magistrado afirma que, a pesar de que de la convocatoria para supervisores «parece ser que tal misión» era propia de este cuerpo, «en la realidad cotidiana no se debe». Por ello y una vez analizada la prueba testifical, el juez llega a la conclusión de que la responsabilidad de los extintores «recae en todos los trabajadores del pabellón, en atención a la falta de un sistema de detección de incendios automático». La sentencia no se firme y contra ella cabe recurso de apelación.

### «Deplorable estado físico»

Aunque el juez ha considerado «desorbitada» la petición de 100 millones de indemnización, cursada por la acusación particular, sí reconoce en su fallo que Anabela T. L. sufre un «deplorable estado físico», además de su incapacidad permanente y las secuelas. Todo ello lo cita en 22 millones de pesetas, que deberán abonar «mancomunadamente» los cuatro condenados o, en su defecto, la diputación.

(Imagen, 7). Levante, 30 de Abril de 1997.

-El internamiento de los enfermos mentales no garantiza su integridad física.

La noticia, de una enferma que quema su colchón, produciéndose con ello lesiones en un 40% de su cuerpo, incluyendo la amputación de un brazo y una pierna (imagen 7), representan cabalmente el tipo de accidentes que en estos Recursos se producen.

Cándido Polo (*Ibid.*, pp. 181), aludiendo a este respecto a un *lid* de Las Provincias bastante descriptivo titulado "Los muertos del Psiquiátrico", refiere la continuidad de estos sucesos a lo largo del tiempo, sin dejar de señalar que todo ello, no sólo no desembocó en la revisión del modelo, sino que potenció su fortalecimiento con la construcción del muro con que se circunvaló el recinto en 1987. La experiencia de abrir las puertas a los enfermos mentales fracasaba al mostrar la incompatibilidad entre el funcionamiento de los Recursos derivados del modelo de internamiento y los objetivos derivados de la integración social.

*"Algunas empleadas, limpiaron el culo, a una residente con la escobilla del inodoro" (imagen.8)*

Las críticas de FEVAFEM hacia las irregularidades en la gestión de Bétera, evidenciarán la sintonía entre la Administración y la empresa adjudicataria (EULEN), ya que la denuncia de la propia directora del Recurso, acabará con su despido y el traslado de Centro de la protagonista directa del hecho, "cuñada de un ejecutivo de la compañía". Lo que

a la postre, muestra otra característica del internamiento de la Reforma Psiquiátrica en nuestra Comunidad:

Fevafem pide que se aclaren las supuestas vejaciones a un interno

## Las familias de enfermos mentales exigen que se investigue Bétera

La Federación Valenciana de Familiares de Enfermos Mentales ha exigido «una investigación seria» de las supuestas vejaciones sufridas por un interno del centro de crónicos de Bétera denunciadas por la directora, que fue destituida tras ello.

A. GARCIA  
VALENCIA

La Federación Valenciana de Asociaciones de Familiares y Enfermos Mentales (Fevafem) ha exigido «una investigación seria y rigurosa» de los hechos ocurridos en la residencia de enfermos mentales crónicos de Bétera, que llevaron a la destitución de la directora, pese a ser ella la que denunció el suceso. Como informó este diario, G. I. C. notificó a sus superiores en la empresa Eulen —que tiene adjudicada la gestión del centro— y a la Dirección General de Servicios Sociales un supuesto caso de vejaciones a un interno.

De acuerdo con esta versión, algunas empleadas «limpiaron el culo» a un residente con la escobilla del inodoro. Después de trasladar la denuncia a Servicios Sociales, la directora fue destituida y la auxiliar que se consideraba principal responsable de los hechos —cuñada de un ejecutivo de la compañía— fue trasladada de centro. Otras compañeras, que defendieron la versión de G. I. C. también dejaron la residencia.

Por su parte, Servicios Sociales envió a la jefa de sección de enfermos mentales a Bétera



M.ª Luisa García Merita. F. M.

para investigar los hechos, pero ésta, según la directora general María Luisa García Merita, no detectó nada anormal y el asunto quedó zanjado.

### Denuncia sin respuesta

Ante esa actitud, Fevafem se pregunta: «¿Qué es lo que tiene que ocurrir para que ese departamento tenga en consideración una denuncia?» Y añade: «La directora de la residencia

fue despedida, la dirección general se limitó a preguntar al interesado y a interpretar las intenciones de la denunciante. ¿son esas las consecuencias lógicas de una denuncia de esa envergadura? ¿Es así como vela por los derechos de las personas disminuidas?»

Los familiares y enfermos mentales acusan así a los responsables autonómicos de Servicios Sociales de «hacer caso omiso a las denuncias de irregularidades en Bétera». Además de pedir la apertura de una investigación «seria», exigen también participar en la comisión encargada de supervisar el funcionamiento de la residencia. El presidente de la entidad, Fernando Ferrer, ha criticado en más de una ocasión «el ocultismo» que rodea la gestión de este centro.

Fevafem considera, por otra parte, «inadmisibles» y «poco afortunadas» las declaraciones de García Merita. «Su obligación no es interpretar las intenciones de las denuncias —asegura en un comunicado— sino esclarecer los hechos y depurar las responsabilidades».

Asimismo, la entidad le recuerda que deben articularse formas de protección de los derechos de los internos en el centro alternativas a la denuncia directa, puesto que éstos, dadas sus características, están en situación de desprotección y no pueden defenderse por sí solos.

(Imagen, 8). Levante, 8 de Mayo de 1998

- La defensa política e ideológica de la iniciativa privada frente a la pública, que amparándose en su supuesta eficacia, justifica la no asunción por parte de los poderes públicos, de su responsabilidad directa en la creación, gestión y mantenimiento de una necesaria red pública de servicios sociales y sanitarios, reduciendo en la práctica toda la política referente a la salud mental, a la mera concesión de contratos y subvenciones.

El Síndic de Greuges admite a trámite las quejas de la ex directora

## Ex empleados del centro de salud mental de Bétera critican su gestión

**C. N. Valencia**  
El Síndic de Greuges ha decidido admitir a trámite las quejas de varios ex trabajadores del centro de enfermos mentales de Bétera (entre ellos su ex directora) en las que cuestionan la gestión privada de un servicio que depende de

La ex directora del centro de atención a enfermos mentales de Bétera, Gloria Ibáñez, afirma que las presiones recibidas desde que elaboró un informe en el que denunciaba el trato vejatorio hacia un enfermo por parte de una auxiliar del centro concluyó con su destitución como directora, el pasado mes de enero. Un informe que partía del testimonio de dos auxiliares (a las que la empresa no renovó su contrato) que afirmaban haber visto a otra de ellas "limpiar el culo de un enfermo con una escobilla del water".

Tanto Ibáñez como Graciela Orrit, una de las denunciadas, afirman que la Administración (en este caso la Dirección General de Servicios Sociales, de la Consejería de Bienestar Social), hace "caso omiso" a las irregularidades que se cometen en el centro, que ha acabado convirtiéndose en un "aparcadero de locos". Sus quejas se unen a las de otros dos ex empleados del centro, que lamentan

que la Administración haya dejado en manos de una empresa privada la atención socio-sanitaria de los enfermos mentales. Una de la protesta común a todos ellos es que la empresa (Eulen) no tiene especial interés en dotar al centro de suficiente personal para atender a los 80 enfermos, que actualmente quedan al cuidado de cuatro empleados en los turnos de noche.

### Temor a las represalias

Un ex trabajador del centro relató a este periódico que la empresa ejerce "chantajes laborales a todo aquel que abre la boca", y que llegó a entrevistarlos, uno a uno, para preguntarles por su afiliación sindical. "Yo he tenido que ir más de una vez con mi propio coche a recoger a un enfermo a su casa, con el peligro que ello conlleva", explica un antiguo empleado de Bétera, que dice que no pudo contar lo que allí ocurre

la Consejería de Bienestar Social. Su queja principal es el "desinterés" de la Administración por la rehabilitación de los pacientes ingresados en un centro que califican de "aparcadero de locos" y en el que se destituye, dicen, a los empleados que denuncian alguna irregularidad.

hasta que no abandonó su puesto de trabajo. Otra de ellas comenta que la falta de material para realizar talleres impide una buena rehabilitación de los pacientes, a muchos de los cuales se les da el alta antes de tiempo: "Algunos ingresan en el centro por problemas derivados del consumo de drogas, y en cuánto salen a la calle vuelven a recaer", afirma.

Ibáñez, que ha puesto cinco denuncias contra la Consejería de Bienestar Social y una contra la directora general de Servicios Sociales [EL PAÍS intentó ayer y anteaer, infructuosamente, hablar con ella] sostiene la misma teoría que las auxiliares que denunciaron el trato vejatorio hacia un enfermo, y es que la Administración ha optado por quitarse de encima a un colectivo de enfermos que "molestan". "Lo único que no quieren son problemas, no les interesa el trato que reciben los ingresados", afirman. "Y si hablas, te vas a la calle", concluyen.

### -Las consecuencias:

"Bétera, aparcadero de locos".

"La Administración ha optado por quitarse de encima a un colectivo de enfermos "que molestan".

"Lo único que no quieren son problemas, no les interesa el trato que reciban los ingresados. Y si hablas, te vas a la calle".

"El Síndico de Quejas admite a trámite las quejas de la ex directora".

(Imagen.9). El País 3 de Julio de 1998

Trece años después del informe de la comisión ministerial para la Reforma Psiquiátrica, los hechos que siguen apareciendo en los periódicos, demuestran en qué se han quedado sus planteamientos respecto a la rehabilitación social. Bétera, como recurso contenedor de enfermos mentales, junto a animales de laboratorio en el pasado (Polo, *Ibid.*), o como

## Merita dice que el centro de salud mental de Bétera "no es un aparcadero de locos"

**C. N. Valencia**  
La directora general de Servicios Sociales, María Luisa García Merita, salió ayer al paso de las críticas de varios ex empleados del centro de enfermos mentales de Bétera, que la pasada semana denunciaban el desinterés de la Administración por la reinserción de los pacientes. "El centro es perfecto, está limpio y la reinserción es correcta: los enfermos son otros desde que entraron en Bétera", aseguró Merita, quien añadió que el citado centro "no tiene nada que ver con la concepción

de manicomio o aparcadero de locos". Por contra, dijo, se trata de un centro "moderno, de puertas abiertas, donde se realizan muchísimos talleres y con un nivel de rehabilitación altísimo".

Respecto de la plantilla del centro, que cuenta con cuatro trabajadores para atender a 80 enfermos mentales durante el turno de noche, Merita afirmó que el ratio de personal es "perfecto", ya que a esas horas, dijo, los pacientes "duermen". Preguntada por las presuntas vejaciones sufridas por uno de los ingresados, la

directora general dijo que sólo podrían calificarse de "anécdota", y añadió que el Síndic de Greuges, que ha admitido a trámite las protestas de la ex directora del centro, "admite muchas quejas". Tras negar que en el centro, gestionado por una empresa privada, pase "nada raro", Merita afirmó que en 1999 se crearán 200 plazas en centros de día y ocho viviendas tuteladas; se concederán ayudas individuales a los enfermos mentales y se pondrá en marcha un programa de "respiro familiar" para los parientes.



María Luisa García Merita

(Imagen. 10) El País 7 de Julio de 1998.

en la actualidad, compartiendo el lugar con objetos almacenados provenientes del museo de La Beneficencia de Valencia, evidencia de nuevo que ni las intenciones declaradas (imagen 10), ni el hecho en sí mismo de la creación de Recursos pretendidamente rehabilitadores, deja de ser una aplicación exclusivamente nominal, fragmentaria y voluntarista de la Reforma Psiquiátrica. De nuevo, la representación social del enfermo mental como agresor, le incluye en un *colectivo de enfermos que molestan*, contenidos en un *aparcadero para locos*, determinando con ello, tanto la política emanada desde los poderes públicos como *el carácter de la asistencia* que adoptan los recursos en enfermedad mental en este contexto.

Resulta significativo que no exista en la muestra recopilada, ninguna noticia en la prensa conservadora referida a estos hechos, lo que evidencia, o bien su falta de interés ante los temas en los que el enfermo mental aparece como objeto de la agresión, o bien un claro sesgo ideológico en la omisión de aquellas noticias contrarias a la política del Gobierno valenciano actual. En cualquier caso, ambas son características de los fenómenos

descritos por Noelle Neumann (1974), en su modelo sobre la *Espiral de silencio*, consistente en la potenciación o eliminación de aquellos aspectos de la realidad, conflictivos con el campo de intereses y cultura de los Medios de Comunicación, como forma específica de la influencia de los Media sobre la población, potenciando con ello, una selectiva construcción social de la realidad.

Otro de los aspectos destacables en la temática analizada, es la ausencia de declaraciones de los representantes políticos de los partidos de izquierda. De modo que, aunque los hechos relatados inciden directamente sobre políticas sociales y sanitarias, pretendido núcleo diferenciador entre tendencias ideológicas, el conflicto se desarrolla

exclusivamente entre la Administración, empresa privada, profesionales y

DOMINGO 12-1-97

## Italia cierra el nido del cuco

**El Gobierno decreta la clausura de los 76 últimos manicomios del país y la salida de sus 17.000 pacientes**

Roma. Pedro Corral  
Los últimos 76 manicomios en funcionamiento en Italia, con un total de 17.000 enfermos a su cargo, están contando los días para su cierre definitivo. La Ley de Presupuestos del Estado contiene una disposición que obliga a las autoridades regionales a establecer una asistencia alternativa a la reclusión en hospitales mentales. Las asociaciones de familiares de pacientes han recibido la iniciativa con escepticismo.

Los familiares recelan de la propuesta porque temen que suponga realmente el abandono de estos enfermos. El incumplimiento de la normativa de cierre de los psiquiátricos conllevará una dura sanción a las regiones, que dejarán de percibir un porcentaje de la cuota del fondo sanitario nacional: del 0,5 por ciento si no aplican la ley en 1997, y del 2 por ciento si la incumplen también en 1998.

En Italia siguen en activo 63 manicomios públicos y 13 concertados, con un total de 17.068 enfermos, de los que 10.000 son pacientes crónicos incapaces de vivir por sí solos. El presupuesto anual de estos hospitales sumaba unos 12.000 millones de pesetas. La ley establece como alternativa a los psiquiátricos una red regional de casas familia, residencias sanitarias asistenciales, servicios de atención al enfermo y ambulatorios a domicilio.

Los primeros que experimentarán esta nueva asistencia son los 2.500 pacientes a cargo de los 21 hospitales mentales que debían cerrar sus puertas el pasado 31 de diciembre, de acuerdo con el proyecto elaborado por el Ministerio de Sanidad y las autoridades regionales. El cierre de los últimos manicomios en Italia representa la batalla final de una larga guerra emprendida hace veinte años por los poderes públicos contra la dramática situación en la que se encontraban los pacientes de muchos de estos centros.

La norma recogida en la Ley de Presupuestos para 1997 tiene su origen en la Ley Basaglia de 1978, que toma el nombre del desaparecido psiquiatra italiano promotor de la llamada desinstitucionalización psiquiátrica. Basaglia fue director del manicomio de Trieste, que cerró sus puertas como tal en 1980, convirtiéndose en el primer caso en el mundo. Sus aparatos de electroshock, camisas de fuerza y cinturones de castigo se exponen en un museo vecino desde septiembre de 1995, como ejemplo de una página negra de la

historia de la medicina psiquiátrica. El modelo de Basaglia, asumido por la OMS como proyecto piloto, fue exportado a numerosos países, incluido España, con consecuencias a veces nefastas, como el abandono de los enfermos y su condena a la miseria de la vida callejera. La población de los hospitales psiquiátricos en Italia ha descendido desde 1978 de 100.000 pacientes a los 17.000 antes citados.

### 600.000 esquizofrénicos

Las asociaciones de familiares de pacientes no han tardado en expresar sus reservas y temores ante el cierre final de los manicomios, por el temor de que pueda abrir la puerta al abandono y la desatención de los hasta ahora internados. Pero la mayor preocupación se refiere a la necesidad de atender al creciente número de enfermos mentales en Italia. Los esquizofrénicos italianos, por poner un ejemplo, suman un ejército de angustia y confusión de más de 600.000 personas. Según algunas estadísticas, el 95 por ciento de los desequilibrados italianos vive con sus familias, pero la mayoría sufre en el calvario de las calles la lenta agonía de sus vidas.

A cerrar filas con los familiares ante la nueva disposición, ha acudido pronto el órgano del Vaticano, L'Osservatore Romano, que ha recordado que las familias de los enfermos están preocupadas y desean que no se repitan los errores del pasado. Las familias son conscientes de no poder afrontar solas un problema tan grave. Nadie llorará los manicomios, convertidos demasiado a menudo en verdaderos campos de concentración para miles de desafortunados. Pero pocos parecen entusiasmados por como se está procediendo al desalojo de los pacientes, añade el periódico de la Santa Sede, que critica el término de «residuos manicómicos» que la nueva ley aplica poco respetuosamente a la persona que sufre.

(Imagen. 11). ABC, 12 de Enero de 1997.

Familiares de Enfermos Mentales (FEVAFEM), sin que ello requiera la atención de estos representantes públicos. Afirmando con ello su ausencia significativa de la problemática que afecta a los agentes sociales de la Reforma Psiquiátrica.

En realidad, hechos similares justificaron las primeras críticas modernas al funcionamiento de las instituciones manicomiales debidas fundamentalmente a los psiquiatras Cooper (1971) y Basaglia (1972), fundadores de lo que ha venido en denominarse el movimiento antipsiquiátrico. Conscientes de las contradicciones de un modelo de salud mental basado en el internamiento psiquiátrico, estos autores, reclamaban un cambio radical en este modelo. Sus argumentos se basaron en la protección de los derechos del enfermo mental y en la creación de recursos intermedios de atención sociosanitaria, dentro de una crítica global de las relaciones sociales y económicas, de las que consideraban a la enfermedad mental un mero reflejo de los mecanismos de alienación social.

Sin embargo, a pesar de que Italia ha sido uno de los países pioneros en la transformación de sus estructuras asistenciales, como vemos en el artículo del ABC (imagen.11), todavía quedaban en los psiquiátricos italianos en fechas tan tardías como 1997, unos 17.000 enfermos mentales.

La noticia a la que hacemos referencia, destaca en titulares este hecho, así como la preocupación de los familiares ante la desinstitucionalización de los enfermos mentales. A pesar que el ABC ha resultado ser uno de los periódicos con mayor presencia de profesionales en sus páginas, en este caso, la fuente de la cual se nutre el artículo es *L'Observatore Romano*, el periódico de la Santa Sede, que en esta ocasión, advierte de la preocupación de las familias y del posible abandono social que pudiera derivarse de la Reforma.

En este sentido, llama la atención el carácter ambivalente de la noticia. Por un lado, se advierte que *"nadie llorará a los manicomios, a menudo verdaderos campos de concentración"*, por otro, nos informa del posible *"abandono de los enfermos y de la preocupación y el escepticismo de las familias"*.

Sin existir un posicionamiento descalificador de ninguna posición, sí que advierte que, el modelo de Basaglia ha sido trasladado a nuestro país a través de las directivas de la OMS, *"con resultados a veces nefastos"*. Sin embargo, es obvio que la desinstitucionalización psiquiátrica en España, no sigue el modelo de Basaglia, ni siquiera el de la OMS, sino que más bien, responde a la amortización puntual de gasto sanitario, con la desaparición de camas para el cuidado de crónicos, sin que se haya creado una red asistencial alternativa eficaz.

La falta de un acercamiento positivo hacia la Reforma y también realista, sin minimizar los problemas de la desinstitucionalización, es sustituida en el periódico conservador por una descripción, pretendidamente aséptica, que se centra sobre todo en los derechos de los familiares, en la que la problemática de los enfermos mentales como seres humanos, todavía se muestra ausente de su argumentación.

Como podemos ver, *pacientes, desequilibrados, enfermos mentales, esquizofrénicos y residuos manicomiales*, son las categorías que describen a los enfermos mentales. Un perfil desdibujado, homogeneizador y global,

relacionado indefectiblemente con el psiquiátrico y el internamiento cuyo fin, paradójicamente, causa preocupación y reserva y que contiene un velado mensaje: *la desinstitucionalización es igual al abandono*. ¿Para qué abrir las puertas de los manicomios si según el propio artículo, aún el 95 % de los enfermos que viven con sus familias, “*sufren en el calvario de las calles, la lenta agonía de sus vidas*” ?.

La información crítica sobre los hechos luctuosos sufridos por los enfermos mentales en su internamiento y que hemos podido constatar, se encuentra ausente en la prensa conservadora. Los temores de la desinstitucionalización sin embargo, si aparecen en sus páginas en un esquema de *difusión* de la información escrita, característico de los elementos definidos por Moscovici (1976), y que en realidad, nos informa de un posible conflicto en la defensa de aquellos servicios hospitalarios gestionados por estamentos eclesiales y el Estado italiano. Con una desafortunada traslación a nuestra cultura, ya que entre otras cosas, nuestro gobierno nunca ha aprobado ninguna ley estatal sobre salud mental, verdadero eje del conflicto relatado.

### **6.2.1.3-La tipología de los trastornos mentales**

El concepto de *psicopatología* asume como tal, una amplia diversidad de significados sociales atribuidos a los trastornos mentales. Aunque la psicopatología siempre describe trastornos diferenciados, como conjuntos de síntomas específicos, en ocasiones se utiliza como un concepto intercambiable y generalista, añadiendo con ello, ambigüedad en la descripción de los trastornos mentales. En realidad, la psicopatología en la prensa analizada puede estar identificando de manera específica una esquizofrenia, una depresión, una fobia, una demencia e incluso un trastorno de personalidad, aunque en este último caso, sería más conveniente hablar de psicopatía. En ocasiones, por el contrario, no se aplica a ninguna enfermedad concreta y sí a todas ellas en general. Esto es similar a hablar de *cardiopatías* referidas globalmente a las enfermedades del corazón, facilitando en este caso, una imagen de enfermedad que se ubica en el entorno difuso de la *psiqué* y a cuya disfunción se le atribuyen hechos de todo tipo. Así, en Las Provincias del 30 de Abril de 1988, se podía leer:

*“Piden ocho meses de cárcel para un joven que abuso de una niña... La víctima aseguró que su agresor le tocó los genitales por encima de la ropa e intentó besarle en la boca, mientras le quitaba los pantalones... El fiscal aplicó a su demanda de pena una eximente incompleta debido a la psicopatología compatible con retraso mental en grado leve...”*

De nuevo Las Provincias, en un artículo fechado el 14 de Mayo del mismo año, se hace eco en los mismos términos de un hecho similar:

*“...Un joven de Fortaleny que padece una grave psicopatología, negó ayer al tribunal de la sección primera de la Audiencia de Valencia haber violado a una vecina suya en presencia de sus dos hijos pequeños. el agresor*



que se cubría el rostro con una media, fue identificado porque la víctima aseguró que quien le atacó, hablo en todo momento valenciano, tenía la cara de formas redondeadas, los ojos rasgados y vestía una camisa azul... Lo cual indujo a la víctima a creer que era Ramón su asaltante... En su defensa, (del acusado)... hoy testificarán 25 personas que supuestamente le acompañaron a Benidorm en una excursión, el mismo día en que se produjo la agresión”.

En los dos artículos autonómicos, se diferencia perfectamente entre agresor y víctima y en ambos casos, el agresor es una persona con una grave enfermedad mental. En ellos, volvemos a encontrar la relación entre psicopatología y agresión, aunque no se nos describa la naturaleza de la afección ni su relación directa con la agresión, generando con ello un concepto categorizador e inclusivo que afecta negativamente a todas las personas que padecen un trastorno psíquico, que generaliza y relaciona el crimen con la psicopatología, en una descripción que de aplicarse a otras situaciones, causaría asombro y perplejidad ya que no observamos noticias como “un dentista cojo provoca una infección en cuatro de sus pacientes” o “un industrial *miope*” estafa a sus clientes”. La razón por la que se cita a la psicopatología es por que se la considera la causante principal de los hechos, el origen de la agresión, aunque paradójicamente no se constate tal supuesto ni se defina su origen concreto, puesto que “se da por demostrado” exclusivamente por su evocación.



**Violencia en el cine**

**Matones y asesinos en la gran pantalla**

(“Violencia en el cine”. Vicente Sanchis. 224 páginas. 1.995 pesetas. Editorial La Máscara.)

Vicente Sanchis es un historiador cinematográfico de incabables conocimientos y buena prosa, especialmente cuando puede cuidar sus escritos, sin las terribles urgencias del periodismo. Lo demuestra aquí, con este erudito recuento, ameno y reflexivo a la vez, sobre las más destacadas películas con matones y asesinos, filmes que han impactado a generaciones de todos los tiempos. Chantajistas, ladrones, extorsionadores y psicópatas hambrientos de carne humana (el Hannibal Lecter de “El silencio de los corderos” es la portada del volumen) pueblan las páginas de este indispensable libro de consulta sobre la violencia en el cine. Con numerosas fotos.

(Imagen 12). Las Provincias, 18 de Enero de 1997.

No parece importar que no sepamos si se trata de un violador, un paidófilo, un deficiente, un esquizofrénico, un depresivo, o sencillamente un delincuente con antecedentes psiquiátricos. La categoría “psicopatología”, resulta lo suficientemente potente y evocadora para los periodistas, como para incluir en ella a todo tipo de personas y enfermedades mentales.

De lo que no cabe duda, es que estas agresiones, no se ajustan a la violencia provocada por los trastornos mentales crónicos y que en mayor medida flota en ambos artículos la figura social del *loco psicópata*, con una fuerza de categorización social de tal magnitud, que no sólo minimiza los posibles trastornos reales sino que afecta al propio contenido del artículo. De hecho, en el mismo, no se habla del supuesto agresor (presunción de inocencia), sino del testimonio de los testigos de la defensa que “supuestamente” le acompañaron a..”(presunción de culpabilidad), extendiendo la categorización negativa como vemos, no sólo a la persona afectada por la

psicopatología, sino también a las personas cercanas a él que por “contagio”, parecen haber perdido su credibilidad o la razón. La imagen del psicópata, la similitud conceptual entre psicopatología y psicopatía y los prejuicios

latentes sobre esa figura del loco, que existe en todos nuestros pueblos, parecen estar a la base de una imagen social que cobra más fuerza que la de veinticinco testimonios directos de personas que en este caso, la contradicen.

-Las psicopatías, llamadas genéricamente trastornos de personalidad implican una categorización clínica diferente a los trastornos psicóticos. De hecho, en los trastornos de la personalidad no existe una pérdida del juicio de realidad, no hay una confusión entre el mundo real y un mundo delirante, sino que la persona con este trastorno, siendo sin duda un enfermo mental, no es sin embargo un psicótico, no es un esquizofrénico o un depresivo delirante. Conoce la importancia de sus juicios pero su carácter le marca tendencias de actuación anormales, que dependiendo del trastorno concreto le llevan a un mundo de suspicacias, dobles sentidos, frialdad emocional y aislamiento social.

La persona con trastorno de personalidad no es en absoluto, el psicópata del cine y la televisión. Muchos de ellos, salvando la existencia de posibles complicaciones orgánicas, responden bien a la terapia, aunque esta suele tener una aplicación compleja. Incluso, muchos de estos trastornos no sólo pasan desapercibidos, sino que en ocasiones, su sintomatología es interpretada por el tejido social como una cualidad socialmente deseable, en mayor medida que como un síntoma morboso (el amor al detalle, a la puntualidad y la dedicación al trabajo, característico del trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, es un ejemplo de ello).

En algunos casos, la falta de tratamiento puede hacerles cometer actos que dentro de su visión del mundo, no implican necesariamente la autorepresión o condena moral y castigo propios de los actos reprobables que pueden llegar a cometer. Si tuviéramos que resumir el patrón de conducta anormal de las psicopatías, lo describiríamos en tres líneas generales del modo siguiente:

- Se sienten las responsabilidades y las relaciones cotidianas a través de la inflexibilidad.
- La frustración rige las apreciaciones sobre el sí mismo y sobre el entorno.
- La salud se ve resentida por las conductas manifiestas inadaptativas.

La continuidad y persistencia de estos rasgos a lo largo del tiempo, determina realmente la incapacidad de la persona para ser feliz y aprovechar los recursos que el entorno puede proporcionar. En la medida que estas conductas y actitudes son persistentes, la persona se ve limitada tanto en el desarrollo de su personalidad como en sus capacidades de afrontamiento ante el estrés, aumentando con ello la vulnerabilidad, no sólo en cuanto a trastornos de personalidad, sino también a la aparición de trastornos asociados.

Actualmente, el DSM IV revisado identifica hasta diez trastornos diferentes de la personalidad que se codifican en el eje II. Estos trastornos tienen en común un patrón estable e inflexible tanto de experiencia interna como de relaciones con el entorno. De inicio temprano o al comienzo de la edad adulta, permanecen de manera raificada a lo largo de toda la vida del

sujeto, siendo sus comportamientos no coincidentes con los patrones aceptados de la cultura de la Comunidad en la que viven, aunque por lo general se muestran integrados y respetuosos con las normas sociales, a excepción de aquellos trastornos de tipo disocial.

Otro de los criterios distintivos de los trastornos de personalidad es la extensión de este patrón de hacer, sentir y pensar, a una generalidad de situaciones diferentes, proporcionando malestar significativo o conductas de evitación muy limitantes para el sujeto. *Además, para que exista un trastorno de personalidad, debe descartarse la existencia de una dolencia física o mental como causante del cuadro sindrómico.*

Según la clasificación de Millon (1994), la gravedad de las psicopatías estaría determinada por dos grupos de afecciones, sin embargo su relación con la agresión se conecta en la mayoría de los casos con variables sociales que potencian y seleccionan aquellos aprendizajes que refuerzan un tipo específico de personalidad anormal:

-Como muy graves:

Trastorno esquizotípico  
Trastorno Límite  
Trastorno paranoide

-Graves:

Trastorno antisocial  
Trastorno narcisista  
Trastorno histriónico  
Trastorno por dependencia  
Trastorno por evitación  
Trastorno obsesivo compulsivo  
Trastorno esquizoide

Los trastornos de tipo esquizoide, paranoide, límite y antisocial, son susceptibles de aparecer con mayor frecuencia que el resto ligados a hechos delictivos, similares a los ocurridos a lo largo de 1997 y 1998.

Como la puesta en libertad de Fco. López Maillo, autor de más de cien violaciones y que se negó a recibir tratamiento, a pesar de lo cual fue excarcelado después de 10 años de condena, aunque la misma ascendía inicialmente a seiscientos años. Algunos de los artículos que se dedicaron al caso, describía la situación así:

*“Al psiquiatra forense, no le cabe ninguna duda. Francisco López Maillo rechaza las normas sociales. Si necesita dinero, roba. Si necesita sexo, viola. Y necesita mucho sexo, al menos según los informes de los forenses, que le registraron elevadísimos niveles de testosterona. Leopoldo Ortega Monasterio lo examinó antes del juicio. Actúa sin compasión, ordenadamente.....”*

*Después de un estudio complejo concluyeron que se hallaban ante un trastorno antisocial de la personalidad... Carecía de recursos económicos y se había criado en un entorno marginal, de forma que aprendió a robar. Las*

pruebas hormonales dieron altos niveles de testosterona, prueba de una hipersexualidad marcada, de manera que se acostumbro a violar”.

Los psiquiatras reclaman iniciativas legales: “¿Cómo va a ir una bomba ambulante por las calles de Barcelona sin que se pueda hacer nada?”.

Alonso Fernández que ha tratado la psicología del violador y el sexo violento.. ha catalogado hasta cuatro tipos de violadores. El agresivo... el orgásmico... el sádico y el adictivo. Ante la posibilidad de castración quirúrgica Alonso Fernández reacciona airadamente “es una barbaridad y además innecesaria. Existen sustancias como el acetato de ciproterona... es un proceso químico reversible, que permite el aprendizaje de conductas más adecuadas”..

(ABC. 18 de Octubre de 1998)

El reportaje resulta atrayente porque resalta todo aquello que perfila a la enfermedad mental como factor convulsionante de los supuestos y creencias sobre el control social. El papel de la biología (que produce violadores) y el medio ambiente (que produce ladrones), los fármacos, la cirugía eugenésica, los cambios legislativos o la modificación de conducta, en un episodio que parece un remedo fiel del film, *La naranja mecánica* de Kubrick. Solo que en este caso, estamos hablando de trastornos mentales que no son de naturaleza psicótica, sin que por ello se proceda a una clara diferenciación de las imágenes que el pensamiento social posee sobre la locura y la psicopatía y sus consecuencias.

Dos meses después, otro psicópata tristemente famoso, ocupaba las paginas de las Provincias “Joaquín Ferrándiz Ventura, autor confeso de los asesinatos de cinco mujeres, refleja que padece una psicopatía y un trastorno

de la personalidad de tipo esquizoide, según manifestó ayer Rosa Edo, su abogada defensora” (Imagen. 13)

Es difícil saber si la noticia se debe a un desliz de la abogada, quizás interesada en magnificar los posibles eximentes de su defendido o se trata por el contrario, de desinformación manifiesta en este caso, del

Según la abogada del asesino de las cinco mujeres de Castellón

### Joaquín Ferrándiz padece una psicopatía y necesita ser tratado en un psiquiátrico

VALENCIA/CASTELLÓN. (De nuestra Redacción y Efe.) — El informe psicológico realizado a Joaquín Ferrándiz Ventura, autor confeso de los asesinatos de cinco mujeres en Castellón, refleja que padece una psicopatía y una alteración de la personalidad de tipo esquizoide, según manifestó ayer Rosa Edo, su abogada defensora.

La letrada dijo que el dictamen preliminar realizado por los forenses coincide con las apreciaciones del informe psicológico y agregó que los expertos han señalado que Joaquín debe recibir tratamiento, aunque para eso habrá que esperar a que sea juzgado por los cinco crímenes y otros dos intentos de homicidio que se le imputan.

El “asesino en serie”, de 35 años, fue detenido el pasado mes de septiembre por el asesinato de la



FOTO ARCHIVO  
Joaquín Ferrándiz Ventura.

más idóneo es que ingrese en un centro penitenciario psiquiátrico.

Según los autos de procesamiento, tras asesinar el 2 de julio de 1995 a la joven Sonia Rubio, Joaquín estranguló a Francisca S.L. y a continuación trasladó su cadáver hasta un camino de Villarreal conocido como Vora Riu.

Un mes más tarde, el imputado hizo lo mismo con Natalia A. y una semana después estranguló a Mercedes V.A. Los cuerpos de las tres prostitutas fueron hallados casualmente entre enero y febrero de 1996.

El 14 de septiembre de 1996, el acusado mantuvo una relación afectiva con la joven Amelia Sandra García Costa, a quien estranguló en el interior de su coche. A continuación —según el auto— Joaquín trasladó el cadáver de la mu- chacha hasta una partida de Onda

(Imagen 13) Las Provincias. 12/12/98.

periodista.

Pero el hecho es que, como por arte de magia, la psicopatía y el trastorno de personalidad se han convertido en dos entes separados que se acumulan entre sí y poseen naturalezas diferenciadas. La imagen de las psicopatías aún es susceptible de mayores confusiones, así en el artículo de

las Provincias del 3 de diciembre de 1988, en la sección de Tribunales podemos leer:

*“Juzgan a un padre paidófilo que abusó de la menor de sus hijas...el fiscal considera una circunstancia atenuante el trastorno de personalidad (paidofilia) que sufre Antonio R.C..”*

Sin embargo, la paidofilia es considerada en los manuales diagnósticos (DSM IV, pp. 508 y 540) como un trastorno de la identidad sexual (parafilias) que no debe confundirse con los trastornos de personalidad. Como vemos, en la prensa de ámbito autonómico la generalización e imprecisión son dos de las características que presiden y sesgan la información sobre los trastornos de personalidad, a las que hay que añadir una tercera característica, la ambigüedad en la descripción y diagnóstico del trastorno, lo que potencia sin duda, imágenes heterogéneas de las enfermedades mentales en el pensamiento social con una naturaleza y perfil, cuya mayor característica es la multiplicidad de categorías e imágenes para un mismo trastorno y su relación con actos violentos, lo que facilita la transmisión del esquema general, *mental-agresión*. En relación con esto, podemos leer en el ABC de 30 de enero de 1997:

*“Tercer día del juicio del rol, los psiquiatras creen que no es imputable; los psicólogos afirman que sabe lo que hizo... Las psicólogas Blanca Vázquez y Susana Esteban consideran...que es un psicópata primario.. Los diez especialistas tanto en psiquiatría como en psicología que asistieron a la sesión de ayer coincidieron en afirmar que se encuentran ante un caso difícil... La mayoría de los psiquiatras coinciden en que es un esquizofrénico”.*

En relación con este mismo caso, leemos en *Las Provincias del 1 de febrero de 1997*: *“El cerebro del crimen del rol desacredita a los psiquiatras y dice no recordar los hechos...ya al final de su intervención, el presunto asesino, sobre cuyo estado, (no se ponen de acuerdo psiquiatras y psicólogos), pidió perdón por su continua sonrisa..... Luis López Ramos (abogado de la defensa), pidió que se le exima totalmente de culpa, por enfermedad mental, y que sea internado en un psiquiátrico, “por motivos de seguridad, dada su peligrosidad”*

Días más tarde, en el *Levante de 19 de Febrero del mismo año*, se nos informa del desenlace:

*“El tribunal condena a 42 años al asesino del rol tras concluir que es un psicópata....padecía un trastorno de personalidad, aunque mantenía intactas, su voluntad y sus facultades intelectuales.....su abogado defendía que padecía esquizofrenia...”*

El caso del asesino del rol resulta altamente revelador, destacando dos hechos que por su persistencia afectan sin ninguna duda, la imagen de los trastornos mentales y que ponen al descubierto la importante contribución tanto del sistema de justicia, como de las imágenes que la prensa traslada de los diagnósticos del modelo médico en la construcción de la

representación social de las enfermedades mentales y la culpabilización de las personas afectadas por trastornos psicóticos, que se deriva de estas características:

- *La prensa se hace eco de la disparidad de criterios de los profesionales en realizar diagnósticos diferenciales entre esquizofrenias y trastornos de personalidad.*
- *La mecánica procesal exime al enfermo mental y no a la persona con trastorno de personalidad, por lo que existe una fuerte tendencia legal a maximalizar la atribución de peligrosidad a la esquizofrenia (psicosis) y minimizar dicha atribución respecto a los trastornos de personalidad (psicopatías).*
- *Los profesionales del periodismo, más acusadamente en la prensa autonómica como sabemos, utilizan categorías generalistas que no permiten distinguir claramente los diferentes tipos de enfermedades que se reflejan en las noticias sobre enfermedad mental, validando con ello conceptos generales y homogeneizadores como "mental".*

En el caso de Fco. López Maillo, la referencia a altos niveles de testosterona y su relación causal con hábitos de violación compulsiva, merece una pequeña reflexión, dada la fuerte presencia de la agresión en las imágenes de la enfermedad mental y el hecho, como ya conocemos, de que todos los periódicos sin diferencias, opten preponderantemente por una explicación causal de los trastornos mentales fundamentalmente biológica. Lo que llevaría a aceptar como axioma, que la enfermedad mental y la agresión son hechos fijados, estables y no tratables, originados por la determinación de la herencia genética.

En la actualidad, los debates sobre la agresión en seres humanos versan en torno a dos argumentos concretos, la existencia de una pulsión primaria a la agresión o innata, y la existencia de la agresión como pulsión secundaria o aprendida, sobre todo, en el curso evolutivo de la juventud. El debate se centra también, en la existencia, tanto de mecanismos inhibidores como elicítadores de la agresión y sus características sociales o biológicas.

Eibesfeldt (1986), uno de los mayores investigadores sobre la agresión intraespecífica (agresión a un congénere), expone: *"No existen pruebas terminantes de una pulsión innata para la agresión, pero una serie de importantes indicios abogan por su aceptación"* (Pág. 123). Previamente nos informa que: *"La hormona sexual masculina aumenta la disposición para la agresión"* (Pág.55). Las pruebas a que nos remite el autor son trascendentales:

*"Esto explica por qué reptiles, aves y mamíferos se vuelven tan ariscos en época de apareamiento (nótese que los seres humanos no tenemos "épocas de apareamiento" específicas)...los polluelos de pavo (¿?), tras recibir dosis de testosterona, comienzan a luchar con sus congéneres (p.55).*

(Los signos de interrogación son nuestros).

Sin embargo, en unas líneas anteriores se nos había advertido de un pequeño detalle:

*“En muchos de estos experimentos de estimulación cerebral, no se ha investigado si el estímulo provoca dolor o desagrado, generando por esta vía un efecto secundario, en cierto modo: la agresión”* (Pág.56).

Por lo que más adelante, este investigador nos tranquiliza describiendo como él, no observó en los pollos de pavo, reptiles, aves y mamíferos *ninguna reacción de desagrado, huida o dolor.*”

Por otro lado, Eibesfeldt nos habla sobre las funciones antagónicas de una misma sustancia en la estimulación cerebral: *“La noradrenalina, en fin, activa la agresión afectiva y paralelamente inhibe la agresión de captura”* (Pág. 35). No podemos entender por qué este investigador, no nos ofrece también una imagen del ser humano como genéticamente altruista y pacífico, ya que como menciona, la misma base biológica heredada simultáneamente predispone a los seres humanos tanto a la inhibición de la agresión como a la emisión de la misma.

Toda esta hueca e inconexa parafernalia determinista inicial, concluye sorprendentemente en la Pág. 51, con la siguiente aseveración: *“El antropólogo Freeman defiende nuestra misma opinión: “Una aproximación interaccionista al estudio de la agresión lleva a la conclusión general de que el comportamiento agresivo está determinado por ambas variables, internas y externas, y profundamente influido por el aprendizaje”.*

Por lo que nos quedamos como habíamos empezado, ¿Existe una pulsión primaria hacia la agresión determinada genéticamente, o bien existe una multicausalidad ?.

La imagen en prensa sobre la contribución de las variables biológicas y ambientales, como hemos visto, dista mucho de asemejarse a esta última aseveración multicausal; el robo es producto del aprendizaje y la privación social y sin embargo, la violación es producida por el alto nivel de testosterona. No olvidemos, que el sesgo determinista de las categorías encontradas no viene expresado en este caso por factores sociales, sino biológicos. Lo que subraya la importancia en los conceptos al uso, del modelo biomédico. Y ello, a pesar de que las máximas correlaciones en factores de personalidad, no se deben a variables biológicas, sino a variables sociales que relacionan características de padres e hijos, referidas a sectas religiosas y partidos políticos (Lewontin *et al*, 1987).

Evidentemente, resulta necesario ser un genetista recalcitrante para buscar la heredabilidad del progresismo o de la religión episcopalista.

Sin duda, la imagen de los diferentes trastornos mentales que se difunde en los medios de prensa, resulta una descripción esquemática y determinista, *objetivada*, diría quizás Moscovici. Que genera, *a partir de las imágenes de las teorías científicas*, un producto social nuevo: Las representaciones sociales actuales sobre la naturaleza, efectos y terapia de los trastornos mentales.

-Los trastornos de ansiedad.

La heterogeneidad en el contenido de los artículos, cuando se describe la sintomatología de los trastornos, no sólo se limita al caso de las psicopatías. Así, la noticia publicada el jueves, 25 de septiembre de 1997, en el periódico ABC, nos informa que:

*“Ana Maria G.T, de 19 años, fue juzgada ayer por un delito de homicidio frustrado al intentar matar a su propia madre, a la que asestó varias puñaladas con un cuchillo de cocina para matarla. Como consecuencia de su obsesión neurótica de que ésta le odiaba. El fiscal y la defensa piden el internamiento de la muchacha en un centro psiquiátrico”...”La acusada a recibido tratamiento psiquiátrico desde los 12 años y presenta un conjunto de rasgos neuróticos y paranoides que definen una personalidad básicamente desajustada”..”Entre el 6 y 7 de Abril, sufrió una crisis de estrés y ansiedad, en la que desarrollo ideas de tipo paranoide sobre que su madre la odiaba y quería que muriera”...”El fiscal pide la absolucón de la acusada, al aplicar la eximente completa de enajenación mental y solicita su internamiento por un periodo no inferior a diez años en un centro psiquiátrico”.*

Aquí, la enfermedad mental es una “obsesión neurótica”, “rasgos neuróticos y paranoides” de una “personalidad desajustada” y que aunque existe un tratamiento psiquiátrico previo y por tanto indicios de un trastorno de larga evolución, es originada a partir de una “crisis de estrés y ansiedad”.

En este texto, es la sentencia la que define el tipo, curso y curación del trastorno ya que no podemos discernir que afección concreta es la referida.

No sabemos si se trata de un trastorno de personalidad, o bien de un problema de neurosis obsesiva continuada; el inicio de una esquizofrenia o incluso, la concurrencia de diferentes trastornos mentales, anidados en un trastorno ansioso. Destacan en dicha descripción, la indefinición de las características neuróticas, psicóticas o bien caracterológicas del caso. Sin que ello suponga en esta ocasión, un debate entre profesionales, a la vez que se consensua jurídicamente el internamiento, en una mezcla de condena y rehabilitación difícil de definir.

Si se trata de un estado neurótico obsesivo y dada la eximente completa sobre el hecho perpetrado, ¿Qué ocurre si se produce una mejoría sustancial antes de dicho plazo?. O por el contrario, finalizados los diez años y si es una enferma mental crónica, ¿Debe continuar en el centro penitenciario o ser excarcelada?.

Como vemos, la agresión esta vez a familiares, aparece de manera continuada y en relación con el estrés, la ansiedad y el internamiento psiquiátrico.

Además, en este caso, la ansiedad es descrita como generadora de la psicopatología delirante, trasladando una *imagen social* en la que las enfermedades mentales parecen estar ligadas etiológicamente a situaciones de *ansiedad* continuadas. Aunque la descripción del hecho nos permite aventurar el papel secundario del estado ansioso, en un cuadro sindrómico de naturaleza diferente.



No todos los artículos se caracterizan por la ambigüedad en la descripción de los trastornos mentales. Parte de ellos, identifican claramente a las enfermedades mentales y ofrecen datos concretos sobre la sintomatología y epidemiología de las mismas.

### Los trastornos de ansiedad afectan al 10 % de la población valenciana

EUROPA PRESS

VALENCIA

Un 10 % de la población de la Comunidad Valenciana sufre trastornos de ansiedad a lo largo de su vida, según datos recogidos por la Conselleria de Sanidad a través de las unidades de salud mental.

Estas unidades atendieron durante 1996 un total de 30.695 primeras consultas, de las que 10.905, cerca del 33%, corresponden a trastornos de ansiedad. Los datos indican que uno de cada trescientos valencianos fue atendido por primera vez de un cuadro de ansiedad a lo largo del pasado año en diferentes centros de salud mental.

Por provincias, las unidades de salud mental atendieron 5.047 primeros casos de ansiedad en Alicante (1 de cada 204 alicantinos); 1.040 en castellón (1 de cada 320 castellonenses) y 4.818 en valencia (1 de cada 350 valencianos). Por áreas de salud, el mayor número de primeros casos atendidos corresponde al área metropolitana de Valencia, seguida del área de Alcoi.

Entre los trastornos de ansiedad más comunes se encuentran los ataques de pánico, que presentan como síntomas la taquicardia, palpitaciones, presión en el pecho y dificultades para respirar y que genera en la persona que las padece sensación de pérdida de control, y en los casos agudos de locura y muerte. Las crisis tienen curación con tratamientos farmacológicos.

(Imagen, 14). Levante, 4 de Enero de 1998.

En la noticia de la imagen 14, podemos observar aquellas noticias que no sólo tipifican las enfermedades mentales, sino que también ofrecen datos sobre su incidencia ofreciendo al mismo tiempo una descripción de la sintomatología, así como una indicación sobre la terapia a seguir. En este caso, los datos provienen de los sistemas sanitarios de salud mental. Coherentemente con el *modelo médico sanitario*, "las crisis tienen curación con tratamientos farmacológicos."

Es conveniente resaltar como en esta noticia, de nuevo se relaciona la *ansiedad con casos agudos de locura*, con lo que se refuerza la representación de los trastornos de ansiedad y su conexión con la locura, sin que podamos deslindar en Prensa la separación nítida entre *enfermedades de los nervios y locura* detectada clásicamente en otras investigaciones.

Este hecho, resulta por tanto, una característica específica de las representaciones sociales de la enfermedad mental en la prensa escrita, que como ya observamos en el análisis de la variable *objetivación de la EM*, es descrita en un marco generalista, como enfermedad o trastorno, sin que aparezcan diferencias significativas en la *etiología* de las mismas y bajo el concepto global y heterogéneo

de *mental*, como categoría predominante en la descripción de su *distintividad*.

-La *depresión*, ha sido una de las enfermedades mentales con mayor presencia en la prensa escrita. En las noticias referidas a este trastorno del estado del ánimo, abundan los artículos que inciden sobre una completa descripción del trastorno, así como sobre su incidencia y gravedad. Esta circunstancia obedece a una creciente preocupación en los Medios por este tipo de dolencia y las consecuencias incapacitantes que la misma origina.

En la noticia de la imagen 15, podemos observar como la depresión es identificada como un trastorno grave. "La depresión no es un hecho banal. Su evolución es peor de lo que hasta ahora se pensaba". Sin embargo, a pesar de su gravedad, el contenido del artículo evidencia la insuficiencia e inadecuación del tratamiento impartido por el sistema sanitario, "que en la mayoría de los casos prima los ansiolíticos, que no se corresponden con una presencia equivalente de síntomas ansiosos en los pacientes".

Estas acciones poco eficaces generan un gasto farmacológico innecesario.

Sorprendentemente, y coincidiendo con nuestras tesis sobre la insuficiente e inadecuada atención ofrecida desde el modelo biomédico:

*“en el mejor de los casos, alargará la duración del cuadro depresivo”.*

Las personas, según el texto de la noticia y *“en el mejor de los casos”*, aumentamos el riesgo de alargar nuestros problemas depresivos si acudimos al tratamiento médico.

## Los médicos de familia apenas dedican 16 minutos de consulta para detectar una depresión

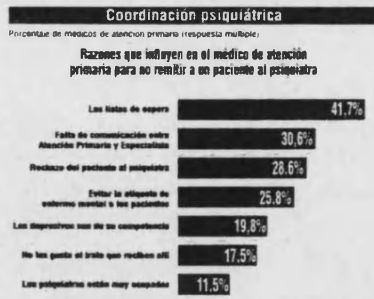
LUCIA ARGOS, Madrid  
La detección de la depresión por médicos de cabecera, como propugnarán los expertos hace 25 años, topa en España con dos

carencias: el tiempo de consulta y la formación de los generalistas. En los centros de salud se dedican solo 16 minutos al paciente depresivo y se sale con una receta de

ansiolíticos, no indicados para muchos de ellos. Son datos del Libro Blanco sobre La calidad asistencial de la depresión, patrocinado por varias sociedades científicas.

Una de las conclusiones del trabajo, elaborado a base de entrevistas y encuestas a 252 médicos de Atención Primaria y a 300 especialistas, es que los primeros, la puerta de entrada a la sanidad para todo paciente, apenas detectan un 30% de las depresiones. Esta enfermedad, valorada cada vez más por los especialistas por lo invalidante que resulta para quienes la padecen, se calcula que afecta al 18% de la población en los países industrializados.

Los propios médicos de familia se quejan de que no tienen ni tiempo ni medios para detectar una depresión. Según el informe, el 65% de los generalistas apenas tienen 16 minutos de consulta para averiguar que un dolor de espalda, un insomnio o unas simples molestias gástricas lo que en realidad esconden es un cuadro depresivo. “La depresión no es un hecho banal. Su evolución es peor de lo que hasta ahora se pensaba”, insistía ayer en la presentación del estudio el especialista de Psiquiatría, Juan José López-Ibor. El informe sostiene que “solo un 25% de las depresiones se cura a corto plazo. El



Fuente: Libro Blanco sobre la calidad asistencial de la depresión en España, 1997. EL PAÍS

resto requiere un seguimiento prolongado sembrado de recaídas. En consecuencia, López-Ibor aseguraba que “un tratamiento precor puede salvar la vida a un paciente”.

El tratamiento que mayoritariamente se está recetando en

los centros de salud es a base de fármacos y, de ellos, priman los ansiolíticos “que no se corresponde con una presencia equivalente de síntomas ansiosos en los pacientes”, dicen los redactores del informe. “Esto significaría actuaciones terapéuticas

poco eficaces y un gasto farmacológico innecesario que, en el mejor de los casos, alargará la duración del cuadro depresivo”, agregan. El recurso a otras terapias psicológicas “no está bien resuelto todavía en España”, reconoce López-Ibor. Lo que es un hecho es el aumento en la incidencia de la depresión en los últimos años, sin que los expertos se atrevan a explicar bien las causas. Afecta más a mujeres que a hombres, si bien López-Ibor plantea que quizá no haya tales diferencias por sesos a juzgar por la cantidad de varones que recurren al alcohol como solución de sus tristezas.

Los ancianos y las parejas en procesos de divorcio también son carne de depresión. Aunque existen tantas manifestaciones como individuos, quienes la padecen tienen algunos rasgos comunes aparte de su posible predisposición hereditaria. “Son personas con gran afán de trabajo, con autocontrol y esmero por cumplir con las normas sociales”, explica el psiquiatra. “El rivalizar en al que le importa todo un bledo, esos no se deprimen nunca”.

(Imagen 15). El País, 29 de Abril de 1997.

dico. Sin duda, el contenido de este artículo haría las delicias de críticos del modelo médico como Feyerabendt.

Aunque no propugnemos un retorno a Platón, como es el caso de este ensayista, es evidente que los datos referidos justifican sobradamente la crítica epistemológica del método y su tratamiento respecto a los trastornos mentales.

Las consecuencias sociales, se resumen en artículos como el publicado por el Levante, el 13 de mayo de 1997:

*“Un 60% de los pacientes con depresión nunca acude a la consulta del médico”.*

*“Un 25% de los facultativos de primaria derivan siempre estos casos a los especialistas por: falta de tiempo, dificultad para manejarlos o deficiente formación”.*

Si los trastornos mentales, aparecen en prensa preponderantemente como una enfermedad, ¿Por qué un 60% de los pacientes no acuden a ser tratados por un facultativo?. La respuesta a esta pregunta no puede ser formulada a partir exclusivamente de las deficiencias del modelo sanitario, sino en la categorización social previa de los trastornos mentales de la que el mismo forma parte y que a través de los Medios, relaciona la psicosis con todo tipo de trastornos, incluidos los referentes a la ansiedad o los estados de ánimo, al describirlos a partir de categorías generales que extienden el estigma de la locura al resto de afecciones psíquicas.

Como hemos visto, las enfermedades mentales no acaban de desligarse nítidamente en los Media de sus connotaciones con la locura, por lo que las conductas y solicitudes de ayuda especializada se encuentran condicionadas por variables socioculturales que evocan el estigma social de

los trastornos mentales y que afectan la comprensión social, incluso, de aquellas dolencias psíquicas (estrés, ansiedad, depresión), que no adoptan necesariamente el perfil de las psicosis crónicas.

-Las demencias, y en concreto el Alzheimer, son otras de las tipologías que han resultado con una fuerte presencia en los Medios. A pesar de la consideración social que supuestamente reciben tanto la familia como las personas mayores, como instituciones características de nuestra sociedad, artículos como el aparecido en el Levante del 22 de septiembre de 1998, nos informan que:

*“El 20% de la población acabará demente”*

*“La familia es una de las grandes afectadas por la enfermedad de Alzheimer ya que, en su mayoría no reciben ninguna ayuda económica para la atención sociosanitaria de unos pacientes que exigen atención las veinticuatro horas del día”.....”Uno de los datos más relevantes es que el 87 % de los pacientes no recibe ayuda económica”.*

A pesar que las demencias, pueden deberse a cualquier causa que altere la citoestructura cerebral, la enfermedad paradigmática que las define en este momento, es el Alzheimer. Una enfermedad que anunciada en titulares con un tono alarmista como el citado, está afectando no sólo a los pacientes que la padecen sino que se extiende en su influencia a las redes sociales y familiares. También en este caso, los sistemas sanitarios o las ayudas sociales aparecen como insuficientes, en un cuadro político preocupante de total improvisación ante los trastornos mentales en general.

Cacabelos, director del Centro de Investigaciones Biomédicas EuroEspes, advierte en el mismo artículo que una política adecuada, *“Ahorraría al Estado unos 400.000 millones de pesetas al año.”*

La insuficiencia del modelo asistencial para el tratamiento de las enfermedades mentales es compensada en el artículo, con la mención de la inversión desde el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales *“de 1.800 millones de pesetas en un Plan específico contra el Alzheimer, parte de ese dinero se dedicará a ayudar a las ONG que atienden enfermos”.*

La recalcitrante perseverancia en un modelo asistencial entre la improvisación y lo benéfico, dejando preferentemente en manos del voluntariado y organizaciones sin ánimo de lucro, la atención a enfermedades que requieren una fuerte preparación profesional y una importante dotación en estructuras sociales y sanitarias, prefiguran la política adoptada en enfermedad mental, sin que las indicaciones sobre el ahorro real de la rehabilitación, parezcan merecer una mínima reflexión por parte de los poderes públicos. A pesar de lo cual, la realidad de las enfermedades mentales se muestra tozuda e inaplazable ya que:

*“Los expertos prevén que el número de enfermos de Alzheimer se duplique en los próximos años, esta enfermedad afecta al 15% de las personas mayores”...”La edad y los factores genéticos son dos de los*

*principales factores que predisponen a la aparición de esta enfermedad, sin olvidar otros como la marginación, el alcoholismo y la drogadicción”.*

*“Según los estudios recientes, el coste de los recursos sanitarios y de atención domiciliaria de los pacientes con diagnóstico de la enfermedad en España se cifran en unos 3,2 millones de pesetas anuales por persona”.*

*“El trabajo del cuidador puede durar años, durante todo el día, lo que obliga en muchos casos al abandono de su vida laboral para concentrar todos los esfuerzos sobre el enfermo”.*

*ABC, 21 de septiembre de 1997.*

En esta misma línea El País del 27 de Abril de 1998, nos informa que:

*“Es en las familias con menores medios en las que recaen todos los cuidados del paciente, mientras que en aquellas con más recursos se tiende a su institucionalización... “Según el estudio, las demencias supondrán la factura sanitaria más elevada en los próximos 25 años”.*

En este caso, las enfermedades mentales ponen al descubierto la existencia de discrepancias entre el lenguaje y los hechos. No estamos ante la pretensión de que las familias ayuden y completen los servicios públicos, sino ante la pretensión de que las familias desempeñen sin medios, los servicios que deberían desarrollar las Instituciones. Como vemos, nuevas palabras para expresar viejas ideas que se resumen, como expresan los Medios, en la institucionalización privada en las familias con medios frente a socialización de la pobreza y la enfermedad, de las familias más pobres.

*-La esquizofrenia, es la enfermedad que ha obtenido en nuestro estudio una mayor presencia porcentual. El artículo siguiente (Imagen 16), nos informa de datos epidemiológicos sobre la incidencia y prevalencia de este trastorno mental. La incidencia de la misma se sitúa entre 15 y 30 nuevos casos al año por cada 100.000 habitantes y su prevalencia en el mundo, alcanza los 52 millones de personas. Según el artículo, en España la cifra de personas con esquizofrenia se sitúa en torno a las 300.000.*

El artículo señala al *factor genético* como el principal causante de la misma, aunque su expresión varía en función de condiciones ambientales, una de las cuales de importancia fundamental, es que el paciente esté bien *tratado farmacológicamente*. Los rasgos que definen este trastorno y que se encuentra descrito en la noticia citada expresan los criterios generales del modelo médico de la enfermedad.

En este sentido, Adolfo Calle, Presidente de la Sociedad Valenciana de Psiquiatría nos informa al respecto, en una noticia aparecida en el periódico *Las Provincias del 24 de agosto de 1998:*

*“La esquizofrenia es una enfermedad mental grave, también llamada psicosis, o lo que la gente llama locura”... “Existe una base familiar aunque no hereditaria en el sentido mendeliano: El 60% de los esquizofrénicos no tiene antecedentes en su familia”..*

"Los esquizofrénicos no tienen su inteligencia disminuida y su memoria permanece normal"... "A pesar de ello, algunos esquizofrénicos no tienen síntomas obvios, pero su falta de metas, les hace descender en la escala social, hasta convertirse en vagamundos".. "El tratamiento se basa en la medicación, principalmente de neurolépticos. Actualmente no es necesaria la hospitalización en un 70% de los casos, siempre que sean tratados por un psiquiatra..."

## PSIQUIATRÍA

### 52 millones de personas padecen esquizofrenia

M. S. Madrid  
La esquizofrenia está considerada una de las enfermedades mentales más graves. Afecta a 52 millones de personas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se estima que cada año se diagnostican entre 15 y 30 nuevos casos por 100.000 habitantes. En España hay unos 300.000 esquizofrénicos.

Según Enrique Baca, jefe del servicio de psiquiatría del hospital Puerta de Hierro, de Madrid, que intervino recientemente en una reunión científica sobre este problema, la prevalencia de esta patología es constante a lo largo de la historia y en todos los países, independientemente de las razas y las condiciones medioambientales.

Como señaló Jacobo Mintzer, profesor del Instituto de Psiquiatría de Charleston, en Carolina del Sur (Estados Unidos), el principal factor causante de la enfermedad es el genético y éste es inmodificable y similar en cualquier región del mundo.

"Pero el pronóstico", añadió, "si es variable en función de las condiciones en las que el enfermo se desarrolle. Si está bien controlado médicamente y vive en un entorno familiar y social favorable, su evolución será mucho mejor".

Sobre esta idea abundó Demetrio Barcia, catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad de Murcia, y director de un estudio sobre la calidad de vida del esquizofrénico. "Es fundamental", resaltó, "que esté bien tratado farmacológicamente".

(Imagen 16). El País, 10 de febrero de 1997

En la imagen 17, el Levante nos informa de otro dato relacionado con la esquizofrenia, consistente en que un 28% de los ingresos hospitalarios referentes a la salud mental obedecen a esta dolencia. Lo característico de este periódico es el de ofrecer una correcta aproximación a la posible etiología multicausal del trastorno.

Así, después de reconocer su origen desconocido hace referencia a las distintas teorías sobre su etiología que se barajan seriamente en el mundo científico: la relación de la enfermedad con un posible componente hereditario, infecciones prenatales o problemas madurativos en el SNC así como la existencia de variables sociales y ambientales.

La incidencia para este periódico se sitúa en una media de un caso nuevo al año por cada 1.500 habitantes, con una prevalencia para el trastorno de 30.000 personas en nuestra Comunidad.

De los artículos mencionados destaca sobre todo, la descripción del trastorno a partir de su perfil médico psiquiátrico, fundamentado en la etiología hereditaria y la terapia ejercida a través de fármacos que se constituye en sustituto de la hospitalización. Sin embargo, es importante reseñar algunas características constitutivas de la representación de este modelo científico en la prensa analizada.

En primer lugar, es reseñable la disparidad de cifras en cuanto a la incidencia y prevalencia de los trastornos esquizofrénicos. Los estudios al efecto, sitúan la prevalencia vida de la esquizofrenia en un 1% de la población, que puntualmente se distribuyen en un 0,8% para adultos menores de 45 años y un 0,2% para mayores de dicha edad (Klerman, 1986). Algunos investigadores la cifran en un mayor porcentaje, cercano al 1,5 % (Chinchilla *et al*, 1996, p.18). La prevalencia también está sujeta a la variación en cuanto a los resultados en estudios europeos, situando las diferencias en una horquilla entre el 0.2 y el 0.9%.

Por lo que si aceptamos la cifra del 1% como prudente, en nuestro país, en torno a 400.000 personas sufrirían de esquizofrenia en este momento, pudiendo esperarse un aumento de entre el 0,15 % y el 0,3 % en la incidencia anual de nuevos casos. Sin embargo, los datos sobre la incidencia en nuestra Comunidad (imagen 17), nos advierten de 66 nuevos casos diagnosticados por cada 100.000 habitantes, lo que duplica las cifras de nuevos casos al año, anunciadas por la OMS (imagen 16).

¿Aumento vertiginoso de la esquizofrenia en nuestra Comunidad, o mejora de los mecanismos de diagnóstico?. Quizás ambas cosas, en un contexto preocupante de insuficiencia y descoordinación en la atención al enfermo mental.

En segundo lugar, la importancia de la herencia genética es considerada de diferentes formas sin homogeneidad. Bien como el factor fundamental sobre el que el ambiente incide en su expresividad genética, ya que dicha herencia "es inmodificable y similar en cualquier país del mundo" (imagen 16). O bien, sólo se menciona como base hereditaria no explicable a través de la acción de un gen dominante (Adolfo Calle). O sencillamente, se reconoce la disparidad de teorías para la etiología de este trastorno (imagen 17).

A pesar de la multiplicidad de estos enfoques, el resultado de dicha tendencia en este modelo se resume en que la base para la terapia debe corresponder a su etiología biológica, consistente en la administración de *neurolépticos* bajo control *psiquiátrico*. Una vez detectado el defecto en la estructura biológica u orgánica, su eliminación nos permite curar la enfermedad o combatir sus síntomas, al menos en la medida suficiente para sustituir el hospital por fármacos en la mayoría de los casos, en un esquema clásico biomédico de las enfermedades mentales.

Sin embargo, la esquizofrenia no es inmutable "en cualquier país del mundo". La carga genética de la esquizofrenia es rastreada a partir de estudios que relacionan diagnósticos, familias, tasas de incidencia y de prevalencia. Pero estos conceptos a través de los que se explica la herencia, están cruzados de variables temporales, geográficas, sociales y culturales. Es difícil ponerse de acuerdo sobre la heredabilidad de una enfermedad, cuando no existe en los estudios al efecto, un consenso mínimo sobre los rasgos diagnósticos esenciales que definen el trastorno (Eaton 1986, en Chinchilla *et al*, 1986).

En tercer lugar, la imagen en prensa referida a su sintomatología tampoco resulta ajustada a la realidad. Adolfo Calle nos describe algunos de sus síntomas recordándonos que en los enfermos esquizofrénicos "la

### La esquizofrenia supuso el 28% de los ingresos en servicios de salud

LEVANTE-EMV

VALENCIA

Los ingresos por esquizofrenia suponen un 28% del total de los realizados en los servicios de salud mental dependientes de la Conselleria de Sanidad, según informaron fuentes de Presidencia de la Generalitat Valenciana.

La esquizofrenia es una patología mental de origen desconocido, aunque en su inicio parece existir cierta relación con infecciones intrauterinas o alteraciones en la maduración del sistema nervioso central, así como un importante componente genético.

La enfermedad afecta por igual a hombres y mujeres y se manifiesta, entre los 18 y los 30 años, con característicos delirios, alucinaciones y manías persecutorias. Fruto de esas alteraciones en el orden lógico y desestructura mental que causa la esquizofrenia, los enfermos oyen voces en su cabeza a las que se ven obligados a obedecer y desarrollan sus propios mecanismos con el "mundo real".

En la Comunidad Valenciana existen 30.000 personas que padecen esta enfermedad psíquica, según datos de la unidad de coordinación de salud mental de la Conselleria de Sanidad. En 1996 se diagnosticaron en los centros públicos 2.015 nuevos casos, lo que supone una media para las tres provincias de un nuevo caso por cada 1.500 habitantes.

(Imagen 17). Levante, 12 de Abril de 1998

*memoria permanece normal*”, cuando sabemos que precisamente, la atención y la memoria se ven afectadas seriamente en las esquizofrenias y forman el núcleo de los déficits cognitivos más estudiados (Cornblatt, 1992, 1994; Cutting, 1985; Payne 1983; Hemsley, 1995; Frith, 1995; Ochoa y Vázquez, 1989; Braff, 1991). Estos dos últimos citados por Aldaz y cols (1996).

A pesar de ello, la imagen de la esquizofrenia es la de una dolencia genéticamente heredada y farmacológicamente tratada, que gracias a los adelantos de la ciencia permite que un 70 % de los pacientes no necesiten *hospitalización*. Por la que algunos de los enfermos “*por falta de metas en la vida*” y no por falta de Recursos y servicios de salud, se convertirán en vagamundos, ¿En el sentido *mendeliano* de la expresión?

Como vemos, la consideración de que la esquizofrénica es el trastorno con mayor presencia en los Medios, no le libra un ápice de tener una imagen heterogénea para su incidencia, prevalencia, etiología y sintomatología. Las contradicciones inherentes al modelo médico (es él quien nos informa sobre estas características), se unen al trabajo de los sistemas judiciales y de los propios informadores, en esa construcción social que hemos convenido en llamar Representación social de la enfermedad mental, marcada por la predeterminación biológica de una agresión impredecible.

#### **6.2.1.4-La Genética de la enfermedad mental.**

Genética es el título de la obra de Suzuki y Knudson (1991), que nos describe los adelantos de la ciencia en ingeniería genética al mismo tiempo que nos alerta de las posibles consecuencias negativas de una mala utilización de los mismos, o bien de fijar y transmitir objetivos absolutamente ilusorios en el desarrollo e investigación de estos impresionantes avances científicos. En ella, nos advierten que para el lego la ciencia se asocia con una jerga de conocimientos incomprensibles que potencia el sentimiento común, de que la evaluación de los adelantos científicos, es una tarea ajena a la supervisión social y por tanto debería responder al control de los propios científicos. Pero la ciencia en sí misma y los conocimientos que de la investigación se derivan, se encuentran inmersos en un contexto social determinado que los transforma:

*“¿ No podemos aceptar que la mayoría de los esfuerzos científicos están al servicio de la Comunidad?. La respuesta es no, por una serie de motivos: La razón más importante es que los dos mayores usuarios del conocimiento científico son, hoy, la industria militar y la privada \*. De este modo el poder destructivo y el lucro son los móviles principales que guían la explotación de los nuevos conocimientos. Las consecuencias a largo plazo de tipo ambiental o social, que tienen las innovaciones científicas, pocas veces se contemplan frente a dichas prioridades”. “Hay otra razón por la que los científicos no actúan siempre en interés del público. En la jerarquía de científico, mantener el estatus o promocionarse son cosas que dependen de publicar continuamente y obtener subvenciones de investigación” (Ibid., pp. 21-22).*

\* NOTA: En nuestro país, en el año 2001, el 40% la inversión I+D se realizó en el sector militar. Entre el 65 y el 80% de los presupuestos de investigación del Ministerio de Sanidad, fueron aportados por la industria farmacéutica. El País 30 de octubre de 2001.

Aunque la reflexión sobre la ciencia como un engranaje determinante del conocimiento social en la sociedad contemporánea, tiene sus derivaciones para el análisis, en el campo de la filosofía de la ciencia, lo que nos atrae aquí, es la observación de que la transformación de las ideas científicas en su representación social, no puede explicarse como obra exclusiva del esquematismo de los “legos”, que simplifican y vacían de contenido las teorías de la ciencia. Ni se deben únicamente a problemas de lenguaje en la traslación del vocabulario científico a los Media, sino que en parte, son producto directo de la actitud de los científicos, originado en su necesidad de acomodarse a los requerimientos de los Medios de Comunicación, simplificando las propias teorías, esquematizando sus conceptos o reiterando investigaciones no novedosas a fin de conseguir importancia social y recursos económicos para las correspondientes líneas de investigación.

*Por lo que las representaciones sociales de los modelos de la ciencia, no son un proceso de simple degradación de la información imputable a los Media, sino el producto social peculiar de las actitudes y conductas de científicos y ciudadanos frente a la interacción social, intereses de grupo y la difusión del conocimiento a través de los Medios de Comunicación.*

Ya hemos visto como los presupuestos del modelo biomédico, se esquematizan y vacían de contenido en la explicación de las enfermedades mentales, tanto en su incidencia, como en la etiología y síntomas propios del trastorno, como consecuencia del esfuerzo que realizan los investigadores para mantener una presencia social en los Medios, así como a las imprecisiones y ambigüedades inevitables en todo campo de investigación. Sin embargo, también hemos constatado la importancia de lo biológico en la EM y su correlato terapéutico, en la importancia del tratamiento a través de fármacos. El foco de atención sobre esta cuestión, es doble para nuestra investigación. Por un lado, este modelo prácticamente convierte en testimonial la representación de la investigación psicosocial y la rehabilitación como método terapéutico. Pero lo más importante, es que los enfermos y sus familiares ante la falta de alternativas, ocasionadas precisamente por la hegemonía de este modelo, ven en la genética la salvación milagrosa y rápida de sus problemas, dentro de una comprensión simplificadora de la ciencia y esquemática de la intervención psiquiátrica.

Todos los días, los Medios se hacen eco de la cuestión. No pasará mucho tiempo, sin que la ciencia descubra el gen de la esquizofrenia, gracias al cual, una simple inyección se dirigirá como una certero proyectil hacia la diana génica solucionando el problema de manera definitiva. Estas son las esperanzas de un gran número de familiares respecto al conocimiento biomédico.

Las derivaciones sociales de esta manera de pensar son de indudable importancia. Las terapias psicosociales, cualitativamente son aceptadas como alternativas temporales ante el próximo milagro científico, las causas de la enfermedad son externas e inevitables y la terapia no necesita de ningún ajuste en la vida del enfermo ni en el comportamiento de la familia o la sociedad mas allá, de la resignada esperanza en la omnipotencia de la ciencia y la psiquiatría, y en la aparición de ese bala génica que se podrá comprar con dinero en las farmacias de cualquier ciudad.



Es por ello, que la imagen de los adelantos genéticos en EM adoptan en su representación las características de los sistemas sociales de creencias estructurados que trasmudan el conocimiento científico en pautas de comportamiento y actitudes que de modo creciente, se asemejan en sus consecuencias al falseamiento de la realidad que provocan las ideologías.

*“ESQUIZOFRENIA GENÉTICA: Un amplio estudio estadístico realizado durante 15 años por el Instituto John Hopkins y publicado por la revista “Nature Genetics”, sugiere que la esquizofrenia, trastorno que afecta a un uno por ciento de la población, puede tener un origen genético. Según los investigadores, el gen involucrado, aún sin identificar, podría encontrarse en el cromosoma 13.”*

*ABC del 3 de septiembre de 1998.*

La gratuidad de la noticia resulta más que evidente, no sólo porque en realidad no se identifica ningún gen concreto, sino porque los estudios publicados sobre la herencia genética que incluyen el estudio del cromosoma 13, todos ellos con resultados negativos, han sido publicados ya por distintos autores desde 1991. A los estudios del citado cromosoma hay que añadirles, con resultados similares, investigaciones sobre el cromosoma 5, 11, 12, 15, 9, 21 y 22 entre otros ( Chinchilla y cols, 1996. pp. 28-33).

El hecho resulta más preocupante si cabe, cuando los investigadores de la genética de las EM conocen perfectamente que *“se ha señalado la existencia de alteraciones cromosómicas en la población en general sin traducción clínica en el individuo ( aunque pueden afectar a la herencia), por lo que en un trastorno como la esquizofrenia que afecta al 1% de la población, las aberraciones cromosómicas encontradas pueden ser debidas simplemente al azar”.* (Ibáñez Cuadrado, 1997, p.64).

Este mismo autor aludiendo al análisis del genoma, advierte: *“La acción de los genes no explicaría por sí misma la etiología del trastorno, por lo que se considera que existen otros factores de riesgo no genéticos (o ambientales) para su desarrollo”*( Ibid., pp.72).

*“Los psiquiatras creen que la melancolía tiene un origen genético”*

*Paykel, expresó que aunque el termino de melancolía es antiguo, hoy se utiliza para describir una depresión clínica grave, ya que tiene más aspectos de enfermedad biológica que de enfermedad producida por acontecimientos sociales”.*

*-Levante, 7 de Noviembre de 1997.*

*“ La herencia genética influye en el 60 % de las enfermedades mentales.*

*La herencia genética influye en un 60 % en algunas enfermedades mentales, dijo ayer el profesor Jerónimo Saíz”..... “Saíz explicó que se hereda la predisposición a padecer ciertos trastornos mentales, aunque hay un 40% de factores que pueden ser culturales, afectivos o del entorno de la persona”.*

*-Las Provincias, 21 de febrero de 1998.*

El determinismo del primer artículo, que separa depresión grave (biológica) de la depresión reactiva o social, es consistente con los resultados de nuestra investigación que describen una separación nítida entre lo biológico y lo social en la etiología de los trastornos mentales.

No estamos por tanto ante un modelo predominante, basado en la interacción genes-ambiente, sino ante declaraciones que inciden en el perfil más clásico del modelo biomédico. Este sesgo, se ve incluso en aquellos artículos donde no aparece claramente un enfoque estrictamente biológico, y que sin embargo, queda difuminado por los propios esquemas del informador. Nótese que no es lo mismo que *un 60 % de las enfermedades mentales tengan un origen genético*, que *el 60 % de los factores presentes en la etiología de algunas enfermedades mentales tienen un origen genético*. En cualquier caso, ambas aseveraciones no pasan de ser simplificaciones indemostrables en este momento, por lo que objetivamente estamos ante un mecanismo de *desinformación* por la imprecisión, tanto de los modelos científicos que se transmiten, como por los esquemas distorsionadores preexistentes en los informadores de las noticias analizadas.

*“Avalancha de hallazgos genéticos sobre el autismo, el síndrome de Down y la sordera, los tres genes identificados arrojan importante luz sobre estas enfermedades.. “ Ratonés súper musculosos con ingeniería genética”.*

-ABC, 1 de mayo de 1997.

*“La herencia genética predispone a la adicción al juego”.. “En la sesión de ayer también se presentaron los resultados del primer estudio genético sobre ludopatía que se ha hecho en España. No obstante, la doctora Ángela Ibáñez, del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, destacó que no se puede hablar de un gen de la ludopatía.. “ los jugadores que presentan cuadros más graves son los que tienen los antecedentes familiares más graves y es donde hemos detectado mayor frecuencia de estos genes”.*

-El Levante, 6 de Noviembre de 1997

Las características más notorias de estas noticias se resumen en la traslación inmediata de probabilidades a certezas y de conexiones relacionales a esquemas de causación-efecto, en un esquema que repugna los presupuestos metodológicos más simples y que a la postre, menoscaban los resultados de este campo tan importante de investigación, como es la biopsiquiatría.

A la vista del valor real de las investigaciones, surge la evidencia de que las imágenes de la etiología genética de los trastornos mentales, se encuentra influenciada activamente por los investigadores, que fuerzan y trasladan a los Medios de Comunicación una representación de sus investigaciones ocasionada por los móviles que describía Suzuki, más que por su intrínseco valor científico, prefigurando las representaciones sociales, no como un proceso de comunicación defectual y simplificador, sino como resultado de la activa construcción social del conocimiento a través de la acción de los grupos sociales, que en este caso, condiciona y potencia una

explicación biológica por encima de otras teorías, conformando esquemáticamente en esta dirección la representación social de las EM.

Esta representación, no es una imagen efímera y puntual sino que forma parte del significado atribuido a la ciencia por el pensamiento social y que encuentra su relevancia en los Medios de Comunicación. La persistencia del modelo génico en la agenda de la prensa escrita, es claramente constatable a través de titulares antecedentes y posteriores a nuestra investigación, esta vez, reiterando los análisis del cromosoma 22, para la esquizofrenia:

*“Consiguen una terapia génica contra el mal de Parkinson...la estrategia del equipo norteamericano consistió en inyectar, directamente sobre los tejidos cerebrales afectados de un grupo de ratas, un virus del resfriado común, que previamente había sido manipulado para que transportara el gen responsable del factor neurotrófico GDNF”.*

-ABC, 8 de Febrero de 1996.

*“Hallan un nuevo gen relacionado con el Alzheimer”*

-Provincias, 1 de marzo de 1998.

*“Un nuevo tratamiento elimina los síntomas de la esquizofrenia en ratas”*

-El Mundo, 28 de agosto de 1998.

*“Descubierto el primer gen implicado en la esquizofrenia”*

-ABC, 20 de marzo de 2001.

*“Una leve alteración en un sólo gen provoca un tipo de esquizofrenia”*

-El País, 27 de marzo de 2001.

*“Identificado el primer gen relacionado con la esquizofrenia”*

-El Mundo, 21 de marzo del 2001.

Un gen para cada tipo de esquizofrenia; genes *descubiertos* una y otra vez; experimentos con increíbles ratas esquizofrénicas (ratas delirantes o alucinadas suponemos), superratones y pollos de pavo; herencia dominante desde un modelo mendeliano o herencia poligénica en interacción con el ambiente; estudios genéticos basados en la dopamina, a los que se enfrentan las investigaciones sobre otras sustancias como el glutamato, a su vez, descubierto *de nuevo* como agente relacionado con la esquizofrenia (El Mundo, 28/8/1998) y a pesar que dicha relación, es conocida desde 1987 (Chinchilla y cols, 1996, p. 41; Saiz *et al*, 1997, p 25). Hipótesis genéticas que forman el argumento fundamental de la etiología en las EM, aunque:

*“Conviene recordar, sin embargo, la dificultad que entraña la identificación de genes implicados en la fisiopatología de una enfermedad tan compleja como la esquizofrenia.*

## **Los fisioterapeutas confían en el futuro de la terapia génica**

TOLEDO. (Efe.)— El presidente de la Asociación Nacional de Fisioterapeutas, Ramón Fernández Cervantes, afirmó ayer en Toledo que “la terapia génica supone la gran esperanza para el siglo XXI, en el que se incrementarán las patologías favorecidas por la alteración del medio ambiente y por el estrés”.

Fernández, durante la inauguración del XI Congreso Nacional de Fisioterapia, que se celebra en Toledo desde ayer hasta mañana día 4, indicó que “la genética será en los próximos años uno de los pilares de la terapéutica, que ayudará a la prevención y cura-

ción de enfermedades y malformaciones por medio de la modificación de las funciones celulares”.

En este congreso, en el que participan 450 profesionales de toda España, se presentarán los principales avances metodológicos en el campo de la fisioterapia.

El presidente de la Asociación de Fisioterapeutas señaló que “unos 300 millones de personas sufren algún tipo de enfermedad mental favorecida por el estrés que provoca la desintegración de las viejas costumbres debido, entre otras razones, a los grandes desplazamientos de población”.

(Imagen 18). *Las Provincias*, 9 de mayo de 1998.

*El genoma humano contiene entre 70.000 y 100.000 genes; de ellos cerca de la mitad se expresan sólo en el cerebro y cualquiera de ellos podría estar relacionado con este trastorno.” (Ibáñez Cuadrado, *Ibid.*).*

Los adelantos genéticos, amplificados y difundidos por los Medios aparecen como la nueva panacea, extendiéndose a todas

las ramas del conocimiento científico (incluso a la fisioterapia) y formando parte del marco referencial que sobre las enfermedades mentales asumen los grupos sociales.

*“La gran esperanza del siglo XXI”, “Pilar de la terapéutica que ayudará a la prevención y curación de enfermedades” (Imagen, 18).*

La exploración de la herencia genética, sin duda supone uno de los hechos más importantes que el devenir científico nos deparará en el próximo futuro. Pero no son los adelantos y descubrimientos de la genética lo que analizamos aquí, sino la discrepancia entre sus logros reales y la imagen que de la misma se da en los Medios, ya que ha resultado una característica fundamental del campo de información contenido en la representación social de la enfermedad mental, tanto por su predominio porcentual como por ser compartida sin diferencias por todos los periódicos de la muestra.

La fuerte presencia de la genética y su expresión biológica y orgánica, también nos ilustra sobre el carácter de las representaciones sociales, como producto cultural inserto en un determinado sistema de creencias sociales con el que interactúa. Representaciones sociales que transformamos en actitudes y conductas ante la enfermedad y que internalizamos a través de los supuestos de nuestra propia cultura, formando un marco categorial que refleja la búsqueda de una nueva mitología, esta vez, basada en los avances de la ciencia y que se resume en la erradicación milagrosa de las enfermedades mentales del acervo genético humano. La ciencia como creencia, como sistema de conocimientos socialmente representado, nos obliga a reflexionar sobre la falsedad de unas virtudes generadas intrínsecamente en el proceso de comunicación social, más que en la realidad de los laboratorios.

La erradicación de las enfermedades mentales, requiere la terapia génica de las células germinales, que no limita los beneficios y los posibles efectos secundarios perversos al organismo individual, característico de la terapia en células somáticas. Los cambios genéticos en la herencia, a partir de la manipulación de células germinales, determinan una terapia global con cambios que una vez introducidos afectarían irreversiblemente al resto

de generaciones venideras. Es en este marco, donde los conceptos de “defecto”, “eugenesia”, “categorización social” o “congénitamente peligroso”, transforman la ciencia en variables sociales y estas en biológicas.

No existen específicamente genes “malos o buenos”, que puedan ser eliminados bajo apriorismos, sino la expresión diferente de los mismos, en interacción con el ambiente. Así, un gen que no se comporta como deseamos en un determinado ambiente (anemia falciforme), puede ser absolutamente valioso en otro contexto social o ambiental.

En segundo lugar, los errores y la imperfección en la herencia genética es una característica inapelable de los procesos hereditarios humanos y por tanto perdurable. En tercer lugar, la eliminación de un gen recesivo implica su eliminación, no sólo en aquellos sujetos que lo han expresado, sino en todos aquellos que incluso permanecen asintomáticos, en programas de rastreo y eugenesia génica de incalculables proporciones en extensión y costo. Por último, el carácter poligénico e interconectado a otros rasgos genéticos de nuestra herencia y al ambiente, implicaría eliminar un rasgo defectuoso a través de reparaciones de complejidad absolutamente increíble y de efectos secundarios impredecibles provocando que los efectos secundarios indeseados, multipliquen los errores médicos y sociales de forma exponencial y se extiendan por todo el acervo génico de futuras generaciones (Suzuki *et al*, 1991).

Solo la transformación de los postulados científicos en sistemas de creencias y en este caso, la representación social de la etiología biológica de los trastornos mentales, como producto de unos determinados patrones culturales y de intereses grupales, puede explicar la perseverancia extraordinariamente reiterativa y la calidad acrítica de las noticias referidas a las investigaciones sobre la genética de la esquizofrenia.

Por otro lado, la consideración de las representaciones sociales como sistema de creencias sociales y actitudes que interactúa en un marco histórico dado, no puede obviar que la limpieza génica en esquizofrenia, se basa en los trabajos pioneros de Ernst Rüdin. Sus estudios sobre la herencia genética en esquizofrenia dejaron de ser teorías y se convirtieron en las leyes nazis de esterilización en 1933, a partir de su trabajo a las ordenes directas de Himmler, jefe de la GESTAPO, en el Grupo de Trabajo de Expertos en Herencia del Reich alemán.

Las investigaciones de Rüdin fueron proseguidas por su alumno F. J Kallman, verdadero promotor de los estudios sobre las correlaciones entre lazos familiares y probabilidades de padecer esquizofrenia. En el congreso de Berlín de 1936 para la Ciencia de la Población y en su obra posterior, Kallman abogó por la decidida esterilización hasta de los parientes sanos de los esquizofrénicos. En 1938, a su llegada a los Estados Unidos, repitió que los esquizofrénicos son “fuente de ladrones inadaptados, de excéntricos asóciales y del tipo más bajo de delincuentes criminales” (Lewontin *et al*, 1987). Algunos años más tarde, Kallman se convertía en el presidente de la *American Society of Human Genetics*.

Los estudios de Kallman aparecen aún hoy, en cualquier manual sobre la herencia en esquizofrenia como prueba de la susceptibilidad genética del trastorno, a pesar de la metodología y resultados altamente

defectuosos de sus investigaciones (Ibáñez Cuadrado, 1997; Llinares 1996; Lewontin *et al*, 1987).

Es una gran suerte disponer de los conocimientos que la genética está suministrando para la prevención y tratamiento de las enfermedades que hasta ahora se consideran crónicas e incurables. Sin embargo, las derivaciones de estas nuevas técnicas hacen necesario un adecuado control social de sus aplicaciones. Lo que fundamenta nuestro interés en el análisis de su representación social actual y sus relaciones con aquellos sistemas de creencias, que implican un predominio de la concepción social del dominio técnico de los expertos sobre la salud y la enfermedad.

Su imagen en la etiología de las EM, es una manifestación específica del entramado cultural en el que la misma se inserta, advirtiéndonos del esquematismo y simplificación de su representación social. A la vez que se relaciona con los rasgos de un modelo científico que favorece la estigmatización social y la categorización negativa del enfermo mental al enfocar unidireccionalmente, la etiología y naturaleza de estos trastornos hacia las bases biológicas u orgánicas de la conducta humana.

La consideración del enfermo mental como un enfermo que agrede y el reduccionismo de estos trastornos a su psicopatología, y de esta a sus orígenes genéticos u orgánicos, no puede llevar más que a la reedición de las palabras de Mark y Ervin, que en su libro *Violence and the brain* (1970), explicaban:

*“Si las condiciones del medio ambiente son inadecuadas en el momento determinante, el desarrollo anatómico será irreversiblemente defectuoso, a pesar de que las condiciones del medio sean corregidas más tarde”.....”Podría ser que el ambiente fuese el origen del comportamiento violento relacionado con la disfunción cerebral, pero una vez que esta a quedado afectada de modo permanente, no se podrá nunca más modificar el comportamiento violento del individuo mediante la manipulación de influencias sociales y psicológicas. Todos los métodos para rehabilitar a estos individuos violentos, como la psicoterapia o la educación, o para mejorar su carácter, enviándolos a prisión o proporcionándoles afecto y comprensión, son irrelevantes o inútiles. Es la propia disfunción cerebral lo que debemos considerar, y sólo reconociendo esto puede esperarse una modificación de la conducta”*( Lewontin *et al*,1987. p.205).

Con ello, se tiende a legitimar la falta de compromiso de los agentes y grupos sociales y de las Instituciones en la gestión de la salud y la enfermedad mental, más allá de las rápidas y milagrosas soluciones génicas y farmacológicas. Aunque las alucinaciones tengan una base biológica, su contenido, magnitud, desarrollo e implicaciones sociales, así como la desigualdad, la desinstitucionalización amortizadora y la exclusión social desde luego, *no están en los genes*.

#### **6.2.1.5-La farmacología de las enfermedades mentales**

Afortunadamente, en la actualidad muchos psiquiatras discreparían de los razonamientos de Mark y Ervin, aduciendo la importancia de los

fármacos para eliminar o atenuar las alucinaciones y los delirios (consideración que compartimos) y no sólo el comportamiento agresivo. Sin embargo, el hecho es que la conducta agresiva es uno de los criterios psiquiátricos fundamentales para la elección del tratamiento farmacológico de por vida en el contexto de las esquizofrenias. La Conferencia de Consenso de Brujas de 1991 sobre enfermedades mentales, fijó los siguientes criterios sobre el tratamiento farmacológico:

- Un brote esquizofrénico: Tratamiento durante uno o dos años
- Más de un brote: Tratamiento durante cinco años
- Más de un brote e intentos de suicidio o agresividad: Toda la vida.

De este modo la terapia farmacológica y su estabilidad en el tiempo, se determinan, al menos formalmente por la sintomatología, pero también por la agresión. La terapia de los trastornos mentales a diferencia de la etiología de los mismos, se basa como hemos visto y con diferencias en la prensa analizada, *en el internamiento, en la intervención psiquiátrica y en la integración social.*

El internamiento se refiere tanto, al de carácter hospitalario como al institucional, que junto a la farmacología integran la *intervención psiquiátrica* para los trastornos mentales. De hecho, en algunos de los artículos que ya han aparecido (Demetrio Barcia, Adolfo Calle), puede verse como dicha intervención se resume en la supervisión de la toma de los correspondientes antipsicóticos. Es necesario recordar que los fármacos obtenían un porcentaje del 13% sobre las categorías de la variable *terapia*, con el mismo porcentaje que *hospitalización* y dentro de las cuatro primeras categorías en que se define dicha variable.

La terapia farmacológica tiene importantes apoyos y detractores, en este sentido se ha argumentado que es la herramienta esencial para transformar el problema social de la salud mental en un problema privado o familiar, ya que antes de la era neuroléptica era necesaria la existencia de establecimientos de control, pero ahora la familia o el propio sujeto con la medicación adecuada, puede permanecer controlado en casa por la "camisa de fuerza" neuroléptica. Por otro lado, se acusa a esta terapia de ser en realidad un gran negocio de las industrias químicas que reducen el problema a lo meramente farmacológico, cuya efectividad es producto de los Medios en mayor medida que la realidad de sus efectos.

Pero también se esgrime que la inserción y la rehabilitación social sólo han sido posibles a partir de los avances de la farmacopea en esta última "década del cerebro", y los teóricos de la intervención social la potencian como parte del tratamiento, reduciendo sus críticas a aquellos planteamientos que la consideran como la única variable a seguir en la terapia. Al mismo tiempo, la calidad de vida del enfermo esquizofrénico no es comparable si se sigue un tratamiento antipsicótico o no. Ya que en este último caso, el enfermo está mucho más expuesto al reingreso hospitalario.

La hospitalización, cuando tiene carácter forzado e involuntario, significa para el enfermo una importante ruptura vivencial además de desconfianza en las relaciones familiares de apoyo social. Este ingreso, puede implicar las ataduras a la cama hospitalaria o la restricción de visitas

durante un tiempo determinado y como resultado final, el rechazo del enfermo a la hospitalización psiquiátrica. Una buena adhesión al tratamiento farmacológico puede evitar el carácter deteriorante de estas hospitalizaciones. La terapia farmacológica se fundamenta en la acción de sus principios activos, en los diferentes sistemas de neurotransmisión cerebral sobre los que actúan. Sin que sepamos muy bien por qué, los antidepresivos y los antipsicóticos producen una serie de efectos diferentes, según la función y el neurotransmisor afectado. La acción de los neurolépticos se centra principalmente en los síntomas positivos de la esquizofrenia, actuando fundamentalmente sobre los sistemas dopaminérgicos o noradrenérgicos, por lo que los efectos terapéuticos sobre los problemas cognitivos o sintomatología negativa son prácticamente inexistentes, indirectos o muy limitados.

Pero la terapia farmacológica supone para el análisis de la enfermedad mental mucho más que la descripción de sus efectos. En realidad, la medicación con antipsicóticos, supone la tercera revolución en psiquiatría después de los trabajos de Pinel y el psicoanálisis de Freud, siendo por ello en este momento, la característica fundamental de esta disciplina. Los manicomios, en parte, han desaparecido por la creencia en la eficacia de que estos "*grandes tranquilizantes*" iban a controlar las crisis esquizofrénicas, permitiendo el fin del encierro de por vida, que los enfermos mentales podían esperar de la situación anterior a la introducción de la clorpromazina (Davis, 1986).

Sin embargo, entre el 30 y el 40 % de los enfermos, aún con adhesión al tratamiento neuroléptico, continua presentando crisis esquizofrénicas a lo largo de la enfermedad. El estudio de Loebel de 1992, encontró que aún entre los pacientes con un sólo episodio psicótico y con tratamiento farmacológico, el 14 % de ellos seguían presentando crisis un año después de presentarse la enfermedad. Los problemas de la terapia farmacológica pueden resumirse en tres bloques concretos: los fracasos terapéuticos por su falta de eficacia, el índice de recaídas y de ingresos hospitalarios en aquellos pacientes con abandono del tratamiento neuroléptico (36,5%), y por último, los abandonos producidos por los importantes efectos secundarios de los antipsicóticos (Ayuso, 1997).

Las razones que dificultan el tratamiento medicamentoso se encuentran de nuevo en variables psicosociales (Stoudemire, Thomson 1983, Ayuso 1997), en la que destacan las actitudes y creencias respecto al tratamiento y la enfermedad:

*-El enfermo no posee una conciencia de enfermedad que le haga susceptible a sus características y complicaciones.*

*-El paciente no cree o no reconoce la gravedad de la enfermedad y las consecuencias sobre su vida.*

*-El enfermo está sometido a carencias y obstáculos para la toma de medicación (efectos secundarios, calidad de la atención psiquiátrica, costo de la medicación, transporte al consultorio, etc.).*





-Creencias erróneas sobre la medicación.

-Insuficiente información o motivación por parte del médico.

-La actitud del cónyuge o de los cuidadores principales respecto a los fármacos y la enfermedad.

Falta de información, creencias erróneas y actitudes negativas a cargo del propio enfermo o sus cuidadores respecto los antipsicóticos y la enfermedad en general, son los rasgos esenciales de carácter *psicosocial* que definen la falta de adhesión *individual* al tratamiento farmacológico. Conductas y actitudes indivi-

duales que las personas integran en sus repertorios vivenciales a partir de la información obtenida en las relaciones interpersonales y los Media, que se transforman en variables clínicas y estas en variables sociales en una interacción ilimitada.

Hemos comprobado que existen una serie de categorías que definen la terapia en general de las EM, sin embargo, ¿Existe una imagen social concreta en los periódicos que defina el tratamiento farmacológico?

*“Cientos de pacientes afectados por la enfermedad de Alzheimer podrían curarse en breve, gracias a la ayuda de las drogas descubiertas recientemente y que favorecen la memoria” (Imagen 19).*

La enfermedad, esta vez Alzheimer, puede curarse *“en breve”*. Los descubrimientos que presagian dicho resultado son obra de *“James McGaugh, director del Departamento de neurología de la Universidad de California, cuyos experimentos con ratas han demostrado que el tipo de memoria a largo plazo, aumentaba con la toma de estos nuevos medicamentos”*, pero, ¿Quiénes son los patrocinadores de este tipo de curas milagrosas?. En este sentido la noticia del Levante cita a los grandes laboratorios *“SmithKline, Beecham, Sanofi y Ciba-Geigy”*. La apuesta parece ser suculenta puesto que tal y como nos informa el mismo artículo, el gasto mensual por usuario, con los nuevos fármacos asciende a *“300.000 ptas, cantidad sensiblemente inferior a lo gastado en hospitales o servicios de asistencia domésticos”*.

Las píldoras milagrosas, los genes melancólicos, las ratas delirantes, pollos de pavo agresivos y ahora el dinero, parecen ligados indisolublemente a esta faceta del conocimiento científico.

En cualquier caso, podemos ya adelantar tres características al respecto:

- a-Mensaje esperanzador sobre lo beneficioso de las drogas.
- b-Relación entre las bases biológicas y la medicación neuroléptica.
- c-Intervención farmacológica como sustituto de la estancia hospitalaria y de los servicios sociales.

*-El País, 13 de Octubre de 1997:*

*“La molécula del estado de ánimo..... “A la serotonina o su carencia, se le han atribuido no sólo las depresiones, el apetito incontrolado y las disfunciones obsesivo compulsivas, sino también el autismo, la bulimia, las fobias sociales, el síndrome premenstrual, la ansiedad y el pánico, las migrañas, la esquizofrenia e incluso la violencia extrema”....”El psiquiatra de Northwestern University, James Stockard, lo expresa de una manera más poética: “El estado de ánimo de una persona es como una sinfonía y la serotonina es como la batuta del director”....“ Otras sustancias químicas nos ayudan a percibir el nivel de agua en un vaso; la serotonina nos ayuda a decidir si nos parece que está medio lleno o medio vacío”.*

En este artículo impagable de coleccionista, El País, el día 13 de Octubre de 1997 nos informa, que un exceso o defecto (un detalle sin importancia que no es necesario precisar) en la serotonina, es la causante no sólo de la esquizofrenia, sino también del autismo. Amén de la migraña, la fobia social, el síndrome premenstrual y otras zarandajas menores como la violencia extrema. Pero además, cada vez que usted ve un vaso medio lleno o medio vacío, es la serotonina quien nos ayuda a golpe de batuta wagneriana, a determinar que es lo que en realidad vemos. ¿Que fue primero, el huevo o la serotonina?, Depende de la serotonina que tuviera el huevo, evidentemente.

Sorprende que después de estas aseveraciones, en el mismo artículo leamos: *“ A pesar de los avances, sólo se está empezando a comprender cómo actúa la serotonina”...”en lo que se refiere a la depresión, la bulimia, la obesidad y el resto de las enfermedades relacionadas con la serotonina, nadie está seguro de qué parte del cerebro es la relacionada con ellas y por qué funcionan exactamente los medicamentos.”*

En este texto prototípico, podemos detectar dos características más de la imagen de la farmacología de las EM:

d-Imagen de las drogas como panacea milagrosa, basada en creencias acríticas sobre sus efectos, funcionamiento y efectividad.

e-Traslación de conexiones relacionales a conexiones de causa y efecto.

En *El País* del lunes 20 de abril de 1998, podemos leer lo siguiente:

*“Los psiquiatras alertan sobre los riesgos del creciente consumo de ansiolíticos. En 1995 se vendieron en España más de 23 millones de cajas de tranquilizantes”....“Dar ansiolíticos es la respuesta del sistema sanitario, que actúa como proveedor y que tiene que ver con el dar algo al paciente, que como paga tiene que recibir. Y los médicos de cabecera recetan para casi todo ansiolíticos, manifiesta Ana Romero, psiquiatra del Hospital Clínico de Madrid.”*

*-Las Provincias, 29 de Junio de 1997:*

*“En España se venden anualmente mil millones de comprimidos que crean dependencia....Por ejemplo sólo del antidepresivo fluoxetina, en 1996 se vendió por un importe superior a 6.000 millones de pesetas. ...el estrés y la poca disponibilidad horaria de los médicos generan una prescripción abusiva de psicofármacos, bien acogida entre los usuarios, que muchas veces prefieren la solución rápida de una pastilla que el esfuerzo lento de una reflexión o el sacrificio personal”.*

*-ABC, 19 de Noviembre de 1998:*

*“El diagnóstico correcto de la depresión dispara la venta de fármacos en España.... “facultativos y especialistas en psiquiatría consideran el incremento de ventas un signo de que la depresión ha empezado a diagnosticarse correctamente”.*

*-El País. 20 de abril de 1998:*

*“Comprar tranquilidad...Las farmacias españolas vendieron en 1995, casi 24 millones de envases de benzodiazepinas. Uno de los ansiolíticos más conocidos movió en 1996 unos 800 millones de pesetas....” los médicos no tienen tiempo de atender bien a los pacientes. Y como la gente va disparada les dan ansiolíticos y punto; se supone que hay que darles algo y así se gana tiempo y tranquilidad, zanja el farmacéutico”.*

Del análisis de estos últimos cuatro artículos, se deducen algunas de las características que hay que añadir a las hasta ahora descritas:

f-Los fármacos son una respuesta específica en extensión y grado, relacionada con el modelo de diagnóstico y atención biomédico.

g-Los Medios advierten en un tono general sobre los efectos negativos de los psicofármacos, sobre todo aquellos riesgos relacionados con la dependencia, y los profesionales que los señalan en mayor medida son los psiquiatras.

Lo que ya no puede sorprendernos es que las personas esperen soluciones milagrosas y rápidas de los psicofármacos, ¿No son esas, las

premisas que se extraen de las declaraciones al respecto?, ¿Se puede basar el modelo biomédico, casi exclusivamente en la medicación y esperar al mismo tiempo que las personas no crean en su omnipotente y milagrosa eficacia?, ¿Si realmente se quisiera dimensionar adecuadamente la importancia de los fármacos, cómo podría pervivir la actual atención psiquiátrica?

Hay una característica más que debemos señalar, no por la notoriedad de su presencia, sino por su ausencia palpable en los periódicos de la muestra. Y es la referente a noticias concretas sobre los fármacos específicos relacionados con la terapia de las psicosis. Creemos que ello es debido a que la investigación se desarrolla en un plazo temporal concreto, en la que la muestra recoge los años 1997 y 1998. Precisamente en la década de los noventa, aparecen en el mercado con cierto auge, sustancias como la risperidona y la holanzapina, que van a marcar el inicio de los neurolépticos de segunda generación con un pretendido efecto sobre los síntomas negativos y la aparición de un menor número de efectos secundarios (*El Mundo*, 13,10.94). En este sentido, el País, en un artículo del 14 de Diciembre de 1999, firmado por las farmacéuticas Encarnación Cruz, Marta Alcaraz y Antonio Espino, jefe de servicio de Salud Mental de Majadahonda, consideraban, aún en una fecha tan tardía, que: *“Se trata de medicamentos jóvenes en el mercado, por lo que los estudios realizados con ellos incluyen todavía pocos pacientes, han sido en general de corta duración y no han evaluado suficientemente parámetros tan importantes como el efecto sobre la calidad de vida y la mejoría en la capacidad social y funcional de estos pacientes.”*

Para estos profesionales, la acción sobre los síntomas positivos es similar a la de los antiguos fármacos no pudiéndose asegurar una mayor eficacia sobre la sintomatología negativa ni la aparición de efectos secundarios sólo visibles de forma insoslayable, cuando los medicamentos llevan ya un tiempo en el mercado. Es oportuno recalcar un aspecto interesante descrito en el mismo artículo: *“Es necesario considerar, además, otros efectos de estos fármacos sobre la sociedad y el propio sistema de salud. Un punto de debate es el coste de estos nuevos antipsicóticos, 50 veces más que los fármacos tradicionales. Siendo responsables de que el gasto en este grupo de fármacos haya aumentado de forma espectacular de 4000 millones de pesetas en 1995 a 21.000 millones de pesetas el año pasado”.*

*“Es preciso terminar recordando, una vez más, que el tratamiento farmacológico, no es más que una parte del tratamiento global de esta enfermedad, que necesita de medidas psicológicas, de rehabilitación social y laboral y de apoyo familiar sostenidas en el tiempo para obtener resultados satisfactorios. Si sabemos que al año de tomar medicamentos para su psicosis más de la mitad de los pacientes esquizofrénicos los han abandonado, es obvio que estamos ante un problema médico sanitario que todavía ningún fármaco ha resuelto satisfactoriamente”.*

Las cosas no han cambiado desde entonces, con una dinámica asombrosamente parecida a la aparición en el mercado de nuevos modelos

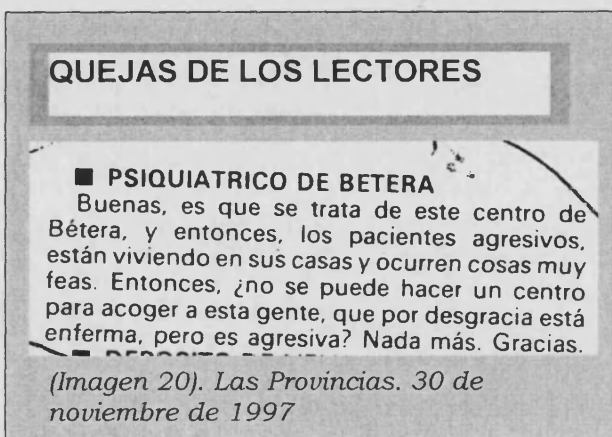
de automóviles, los laboratorios siguen sorprendiéndonos con nuevos medicamentos o los mismos en un nuevo formato (gotas, comprimidos, inyectables, etc.).

14 de Mayo de 2001-Solidaridad Digital: *“Un laboratorio anuncia un prometedor fármaco contra la esquizofrenia.*

21 de Julio de 2001- ABC. Salud: *Tecnología frente a esquizofrenia, (sobre la risperidona, esta vez inyectable).*

Sabemos sin embargo, que dichos fármacos se encontrarán con las barreras psicosociales de las actitudes y creencias negativas sobre la enfermedad mental de sus potenciales usuarios y el desconocimiento en su uso de las familias. Posiblemente esto conlleve a que los nuevos fármacos los tomarán aquellos enfermos que ya toman medicación, cambiaremos medicamentos baratos por caros, comprobaremos su efectividad en los enfermos, convertidos así en los nuevos ratones de las industrias farmacéuticas, pero las causas psicosociales de su fracaso seguirán sin acometerse, a pesar de que supondría una atenuación del sufrimiento de las familias y los enfermos, una rebaja en el gasto referente a hospitalización y farmacia y con toda seguridad, menos titulares referidos al horror cotidiano de la improvisación política y la violencia que por ser previsible, resulta ya absolutamente injustificable.

#### **6.2.2 -La agresión en los trastornos mentales**



Hemos constatado que la agresión como característica esencial de los trastornos psicóticos, ha supuesto una constante en la imagen del rol que el enfermo mental ha adquirido en los Medios de Comunicación. Su consideración y descripción, junto con las consecuencias legales de los actos violentos, han formado los temas con mayor presencia de la prensa analizada. Durante el análisis

cuantitativo pudimos ver que las categorías que conformaban la agresión incluían agentes y víctimas, en papeles hasta cierto punto intercambiables, pero que establecían al enfermo mental como agresor de una violencia diferencial ante los otros, ante sí mismo, ante la familia, e incluso podían convertirse en objeto de la misma.

Por otro lado, la agresión aparece relacionada con otras circunstancias sociales como estrés, ansiedad, alcoholismo y drogadicción. Al mismo tiempo, la imagen de un enfermo que agrede pero integrado socialmente en un ámbito previo de normalidad social, no parece congruente con la situación del enfermo mental que vive solo o en la casa paterna. Por tanto,

en este apartado describiremos la agresión como un factor sujeto a la variabilidad de los elementos detectados en la fase precedente del análisis.

No es nuestra intención transformar lobos en corderos, ni endulzar los hechos espeluznantes que en ocasiones relata la prensa. Más bien al contrario, pretendemos describir la agresión en enfermedad mental como la crónica negra que realmente es, pero con el convencimiento de que esta tragedia que no cesa, es evitable.

### *-La autoagresión:*

La agresión producida por los enfermos mentales no es unidireccional ya que no se dirige exclusivamente sobre el *otro*, sino que la propia persona enferma la dirige de muchas formas contra sí mismo. Esto sólo es sorprendente para el profano, que cataloga esta expresión de la enfermedad bajo el arquetipo del asesino televisivo o el psicópata, que nunca agrede contra sí mismo.

*La mano fue hallada en un parque de Madrid*

## **Un esquizofrénico se corta la mano y la esconde para no reimplantarla**

MADRID (Europa Press.) — Un individuo esquizofrénico se autoseccionó en la madrugada de ayer su mano derecha con una sierra, en pleno parque de Arganzuela (Madrid). Luego la escondió bajo unos arbustos del parque, con el fin de evitar que el órgano amputado le fuera reimplantado.

Cuando los sanitarios llegaron al parque, el infortunado individuo afirmó que su mano era "mala", por lo que había decidido cortársela. Probablemente por su delicado estado de salud mental, el corte lo llevó a cabo, además, con bastante lentitud, motivo por el cual sangró mucho.

Sobre las cinco y media de esta madrugada, el SAMUR recibió una llamada telefónica de uno de

los guardas jurados que vigilan el parque de Arganzuela. Un individuo se hallaba sangrando abundantemente por una herida en el brazo derecho.

### **Perdió mucha sangre**

El portavoz del SAMUR dijo a Europa Press que cuando los facultativos de este servicio llegaron al parque encontraron a la víctima, Jesús Arranz, de 50 años de edad, que tenía amputada la mano derecha, a la altura de la muñeca, y que había perdido mucha sangre.

Tras practicarle una primera cura de urgencia para detener la hemorragia y estabilizar sus constantes vitales, le trasladaron al Doce de Octubre.

En la imagen 21, Las Provincias del 25 de marzo de 1998, nos informa de cómo "un individuo esquizofrénico se autoseccionó la mano derecha con una sierra, con bastante lentitud, por lo que sangró mucho". La razón: "su mano era mala".

En este hecho podemos ver sin ninguna duda, la existencia de los efectos sobre la persona de la sintomatología delirante y alucinatoria de las psicosis crónicas.

El Levante de 26 de febrero de 1997, nos informa de otra autoagresión, esta vez, el

(Imagen 21). *Las Provincias*, 25 de marzo de 1998.

protagonista es un preso del pabellón de depresivos.

*"El centro temía que pudiera colgarse pero no le quito el mechero. Un interno de Fontcalent se prende fuego en una celda para suicidas."*

En este caso el interno, aún en una "celda especial para suicidas" se pudo autolesionar, quemándose el 90 % de su cuerpo.

En la imagen 22, se nos muestra el caso de un joven de 17 años, con "episodios convulsivos y crisis violentas" y un trastorno mental moderado.

*"Mi hijo se pone muy agresivo, ha atentado tres veces contra mí. Es un peligro dejar en la calle a estas personas". Hay días que tiene dos o tres crisis. Según afirma su madre".*

El enfermo de 17 años, sufre crisis violentas desde hace 4 meses

## «Quiero que me ingresen en algún centro para curarme»

ANA ALONSO

**MADRID**  
Petra Donoso busca desde hace cuatro meses un sanatorio donde ingresar a su hijo de 17 años, que padece una enfermedad moderada con crisis violentas y trastornos de conducta. «No encuentro ninguna residencia. Yo no tengo dinero para pagar un centro privado, pero creo que el Estado tiene que crear centros para atender a personas con problemas como mi hijo», comenta Petra Donoso. «Tengo 17 años y quiero que me ingresen en algún centro para curarme», señala su hijo.

El menor ya ha estado ingresado en la unidad psiquiátrica del Hospital Peset de Valencia, pero tras nueve días le dieron el alta. «Dicen que las pruebas salen bien y que no lo pueden tener más tiempo ingresado. Pero mi hijo se pone muy agresivo. Ya ha atentado tres veces contra mí. Ayer mismo me hirió la mano, y a la mañana siguiente no se acordaba. Es un peligro dejar en la calle a estas personas», asegura Donoso. Desde niño ha sido agresivo y ha tenido problemas de integración en el colegio. Pero no fue hasta hace cuatro meses cuando comenzó a sufrir crisis violentas. Y a diario.

«Hay días que tiene dos y tres crisis», según afirma su madre. El Centro de Salud Mental de Catarroja atiende a este paciente en sus episodios convulsivos, pero cuando son más graves su madre lo lleva al Hospital Peset. «Lo tienen unas horas en observación, pero luego le dan el alta», explica. En algunos de estos ataques es necesario atarlo con correas a la cama. Incluso ponerle camisa de fuerza, según asegura Donoso. «Tiene la mentalidad de un niño, pero el cuer-



El joven quiere ingresar para curarse de sus crisis. s. ESCOBAR

po de un adulto. Es muy fuerte», añade. Además, los fármacos le han provocado engordar tres kilos en una semana, según asegura la madre. Cuando se encuentra bajo los efectos de estas crisis, el enfermo atenta contra sí mismo de forma inconsciente. «Coge cristales y se corta los brazos. También se ha hecho heridas en la espalda», explica su madre. Por eso, los médicos le han aconsejado que escondan todos los cuchillos y objetos que puedan cor-

tar. Pero esta madre denuncia que los facultativos no quieren ingresar hasta que no cometa un atentado contra alguien. «Me han dicho que haga una denuncia contra mi hijo, pero yo, como madre, no puedo. Hasta que no golpee a alguien y lo denuncie no van a hacer nada», critica. Donoso recalca que necesita con urgencia encontrar un centro que atienda a su hijo porque teme que operearse. «Si me ingresan, ¿quién va a cuidar a mi hijo?», se pregunta.

(Imagen 22) Levante, 25 de septiembre de 1998.

“Cuando se encuentra bajo los efectos de esta crisis, coge cristales y se corta los brazos, también se ha hecho heridas en las piernas”.

“Me han dicho que haga una denuncia contra mi hijo, pero yo como madre no puedo. Hasta que no golpee a alguien y lo denuncie no van a hacer nada”.

Es probable que el adolescente en cuestión, padezca una esquizofrenia temprana inserta en una deficiencia mental. Pero lo preocupante que se desprende de las palabras de la madre, es que ni ella ni el enfermo, cuatro meses después de la primera crisis, saben o han sido informados sobre la gravedad del problema al que realmente se enfrentan.

También queda patente la delgada línea de la agresión, primero hacia uno mismo o la propia familia, si esto no acarrea ninguna

consecuencia terapéutica, la agresión se extiende a otros y se agrava en sus manifestaciones. Estas familias humildes, debido a la falta de información y Recursos, lejos de reajustar el trato con su familiar e informarse de que en la fecha del artículo, aún no existía ningún centro en Valencia “para curar a su hijo”. Más que manifestar un deseo de rehabilitación, solicitan el encierro de su familiar “que no debe estar por la calle”, como consecuencia del desconocimiento y el miedo. Miedo a la agresión cotidiana y al sufrimiento sin esperanza en la que están miles de familias en todo el Estado. Aunque quizás, todo esto sea dramatizar y en realidad no se trate de un problema social y sanitario sino de un problema de los propios enfermos y sus familias por su “falta de miras”.

### -La agresión sobre el enfermo mental:

En el artículo siguiente podemos ver como la agresión también es dirigida contra los enfermos mentales e incluso, en contra de los “psicópatas”, ya que una enferma mental de 25 años con esquizofrenia y un trastorno de personalidad, es prostituida por su padre en las playas de Pinedo.

### **Condenado por prostituir a su hija esquizofrénica**

La Audiencia de Valencia ha condenado a cuatro años de prisión a José M. H., acusado de un delito de inducción a la prostitución al ofrecer a su hija de 25 años, diagnosticada de esquizofrenia y trastorno de personalidad, a varios hombres para que mantuvieran relaciones sexuales con ella. Los hechos ocurrieron el 4 de agosto de 1997 en la playa de Pinedo y el acusado ofreció a varios hombres, entre ellos un guardia civil que iba de paisano, que su hija «les hiciera felaciones a cambio de 1.500 ó 2.000 pesetas».

(Imagen 23) Levante, 9 de Julio de 1998.

Pero la agresión también acompaña la etiología de los trastornos mentales. Así, Las Provincias del 22 de octubre de 1998, nos informa que: *“El agresor insultó reiteradamente a su mujer y amenazó con darle cuatro puñaladas. La víctima tuvo que ser atendida en un centro médico de la localidad presa de un ataque de nervios”.* *“La mujer de 43 años, que ha estado en tratamiento psiquiátrico con anterioridad a consecuencia de las agresiones del marido...”*

La agresión como vemos, convierte a enfermos mentales en víctimas y a víctimas en enfermos mentales. A hijos en agresores de sus madres y a estas, en denunciantes de sus hijos.

Todo ello inserto en un contexto social, donde la etiología esquizofrénica o no, sólo forma una pequeña parte de un entramado social y sanitario, en el que problema de la agresión no se percibe en todas sus facetas sino a través del elemento totalizador, esquemático y simplista, contenido en el rol de un enfermo que agrede, un enfermo que no puede estar en la calle por que es un peligro. Para cuya solución se esgrimen los psicofármacos, la institucionalización psiquiátrica y la denuncia policial.

### *-La agresión a familiares:*

Pero la agresión que más se refleja en los periódicos de la muestra se relaciona con la agresión a familiares y a terceras personas. No es difícil encontrar noticias relacionadas con la agresión. Los periódicos analizados en la investigación abarcan un total de 730 días, las noticias relacionadas con la agresión y sus derivaciones legales suponen un total de 542. Por lo que cada 1.3 días, en alguno de los periódicos de la prensa analizada aparece un artículo relacionado con la agresión y la enfermedad mental o con sus correlatos legales.

*“La estranguló obsesionado por la sospecha de que le engañaba. UN JUEZ SALDA CON 6 AÑOS EL ASESINATO DE UNA MUJER A MANOS DE SU MARIDO”....”pocos meses después comenzaron las desavenencias entre la pareja debido al alcoholismo que sufría la mujer y sus profundas depresiones. Las discusiones entre ambos fueron aumentando junto a los trastornos de personalidad que sufría el acusado”.*

*-Levante, 13 de Enero de 1998.*

En la noticia precedente observamos algunas de las circunstancias presentes en la acción agresiva psicótica, que de manera reiterada, va ha presentar varios *trastornos asociados*. En este caso, trastorno de personalidad y la adicción al *alcohol*, en casos anteriores la deficiencia mental.



*“DETIENEN A UN JOVEN TRASTORNADO QUE AMENAZÓ A SU MADRE CON UNA TOALLA....La Guardia Civil detuvo a un joven que sufre un trastorno mental....R.R.R de 19 años y en estado muy violento, pretendía acabar con su madre con una toalla....El joven que sólo tiene un 66 por ciento del coeficiente mental normal...fue detenido y llevado al pabellón de psiquiatría del Hospital General de Valencia, aunque quedó en libertad poco después”.*

*-Las Provincias, 19 de Agosto de 1998.*

Aunque no sabemos si el joven referido tiene un trastorno mental, lo que de modo reiterado aparece en la prensa es la existencia asociada de varios trastornos y de manera especial, la deficiencia psíquica.

En cualquier caso, deficiencia psíquica no esta exenta de episodios de agresividad. Por el contrario, el retraso mental implica en ocasiones, conductas agresivas e incontroladas (enfermedad de Morquio), en otras circunstancias como la relatada, pueden asociarse a enfermedades mentales, donde la propia deficiencia psíquica se convierte en un obstáculo añadido para la adopción de conductas de enfermedad. Es reseñable que en la prensa, nunca aparece como “*un deficiente, agrede a...*”, sino que el protagonismo de la agresión se produce siempre por la condición de enfermo mental y no por la condición de minusválido psíquico. Para nosotros, es un claro indicativo del grado de integración social conseguido por este colectivo, que como vemos, se ha realizado sin que haya sido un obstáculo para la misma, la relación con la agresividad que pudiera tener de dicha dolencia.

*“ENVÍAN AL PSIQUIÁTRICO AL ASESINO DE CREVILLENTE....El presunto parricida de Crevillente que el pasado lunes se entregó a la Guardia Civil autoinculpándose de la muerte por estrangulamiento de su madre....el joven padecía continuas crisis nerviosas, posee algún tipo de esquizofrenia.*

*-Levante, 4 de Febrero de 1998.*

*“EL PELUQUERO DE ONTENYENT LE DIJO A SU MUJER: <¡HA LLEGADO LA NAVIDAD¡> ANTES DE DEGOLLARLA....Roberto Vidal pronunció esta frase antes de degollar a su mujer, Adela Caballero, con el mismo cuchillo de cocina que después utilizó para suicidarse....Roberto sufría desde hace tiempo trastornos psíquicos -depresiones y brotes esquizofrénicos-..hace tan sólo unos días provocó un accidente de trafico, en el que pretendía acabar con su vida....En el citado hecho los agentes le tomaron declaración, ya que insistió en dejar constancia de que intentaba suicidarse..”*

*-El Levante, 27 de Diciembre de 1998.*

*“Un hombre mata a su mujer con un cuchillo en Ontenyent y después se suicida...el hombre había sufrido depresiones y ataques de esquizofrenia en diversas ocasiones.”*

*-El País, sábado 26 de Diciembre de 1998.*

*“El parricida de Ontenyent sufría un trastorno de personalidad...El ayuntamiento prestará asistencia psicológica a los tres huérfanos..”*

*-El País, 27 de Diciembre de 1998.*

En los artículos sobre el parricida de Ontenyent volvemos a encontrar algunos de los factores característicos de este tipo de agresión: *La agredida en el seno familiar es una mujer, existe un estado previo de fuerte labilidad emocional en el enfermo y el tipo de enfermedad permanece difuso, variando de una noticia a otra y de un periódico a otro.* También queda de manifiesto como las Administraciones locales y sanitarias no poseen un mecanismo de actuación frente a estos hechos que eviten sus dramáticas consecuencias. Por otra parte, estos homicidios suelen acabar con el suicidio del enfermo.

*“DENUNCIA A SU COMPAÑERA TRAS UNA PELEA...T.C. aseguró, antes de acudir a comisaría en compañía de los agentes, que su mujer le había golpeado, aunque algunos de los policías confirmaron que el también había pegado a su mujer...Miguel Ángel reconoció que había sido denunciado repetidas veces por su compañera sentimental por malos tratos, aunque justificó las denuncias, porque su mujer está “en tratamiento psiquiátrico”.... La pareja se conoció en un centro de desintoxicación.....señaló que su mujer ha recaído de nuevo en el mundo de las drogas y que por eso, “ya le han retirado la custodia de otra hija que tenía”.*

*-El Levante, 5 de Enero de 1998.*

*“Un esquizofrénico, propina una paliza a su mujer en Alicante... Un hombre de 35 años fue ingresado el jueves por la noche en el Hospital Psiquiátrico de Alicante.....”se encontraba ebrio y violento, padecía esquizofrenia y se negaba a tomar los medicamentos”.*

*-El Levante 18 de Julio de 1998.*

*“MATÉ A MI TÍO PORQUE ME DIJO QUE YO LE IVA A CONTAGIAR EL SIDA Y ME DIO EL IMPULSO...Eduardo A.H que padece esquizofrenia comparece ante un jurado.....Le expulsaron del ejercito por abusar de las drogas y el alcohol...Su mujer le dejó, estuvo en tratamiento psiquiátrico y además contrajo el virus del SIDA.”*

*-El Levante, 17 de junio de 1998.*

*“EL HOMICIDA DE VALENCIA SUFRÍA DESDE 1992 UN TRASTORNO MENTAL Y ESTABA EN TRATAMIENTO....Jaime Palop Blas, el vecino de Enguera (Valencia) que el jueves mató a sus padres y a un conocido y luego se suicidó, sufría un trastorno delirante, según la coordinadora de la Unidad de Salud Mental de Játiva.....Palop no recibía ningún tipo de medicación.....”estos pacientes son los últimos en reconocer que tienen un problema y no aceptan ni diagnósticos médicos ni medicaciones”.*

*-ABC, 11 de Octubre de 1997.*

En este último bloque de noticias, la agresión aparece acompañada de *drogas, alcohol y falta de adhesión a la medicación*. Este aspecto concreto resulta clarificador, ya que el sistema médico legal vuelve a mostrarse totalmente inadecuado con aquellos enfermos que se resisten a la toma de fármacos, para los que la atención ambulatoria es sin duda insuficiente ante la enfermedad crónica.

*“AFIRMA QUE MATÓ A SU MADRE PORQUE ERA <DIOS>.....N.C..que abandonó recientemente un sanatorio psiquiátrico y que afirma ser Lucifer.....fue empujado, según afirmó “por voces que le daban la orden de matar a Dios antes de medianoche”, por que sino sería el fin del mundo”.*

*-El Levante, 23 de marzo de 1998.*

*“QUEMA EL ROSTRO A SU MARIDO TRAS INTENTAR CORTARLE EL PENE....La mujer estaba harta de sus infidelidades..La agresora había estado ingresada recientemente en un centro psiquiátrico...”.*

*-El Levante, 21 de marzo de 1998.*

*“UN PERTURBADO MENTAL MATA A SU MADRE TRAS UNA RIÑA EN NOVELDA....Los vecinos explicaron que el detenido ha estado tres veces ingresado en un psiquiátrico..” -El Levante, 21 de Noviembre de 1998.*

*“ASESINA A SU COMPAÑERA, José A.R. de 63 años de edad, acusado de haber matado a puñaladas a su compañera sentimental...el detenido se encontraba bajo tratamiento psiquiátrico...”*

*-El Levante, 19 de febrero de 1998.*

Las noticias que aparecen en este bloque, nos confirman que la *agresión se produce en una crisis psicótica, donde los móviles obedecen a la sintomatología delirante*. Por otra parte, se producen *en recidivas con una intervención psiquiátrica reciente*, donde las altas clínicas y el mismo tratamiento resultan claramente inapropiados e insuficientes.

Es posible que se argumente que estos datos obedecen a aquellos casos donde fracasa el sistema por lo que deberíamos centrarnos en aquellos donde el sistema resulta efectivo. Sin embargo, resulta evidente que el sistema sanitario actúa satisfactoriamente cuando el perfil del usuario se ajusta a las características *del dispensario de risperidona* en que se ha convertido. Funciona sólo en aquellos casos en los que precisamente, su intervención no resulta prioritaria, donde el enfermo se toma la medicación de manera continuada, donde sus síntomas prevalentes no son los positivos, (alucinaciones y delirios) y además se encuentra protegido por relaciones familiares efectivas de apoyo y protección social.

Pero el sistema debería prepararse para los casos donde el enfermo, no acepta la toma de medicación, desea trabajar y consumir y se encuentra sin redes sociales de apoyo y de integración. De otro modo, la sociedad no

podrá acometer el gigantesco problema que significa la desaparición más o menos temprana de la generación de cuidadores, que en este momento ya se encuentra entre los 65 y los 75 años.

Por otro lado, los rasgos de este sistema no pueden considerarse iatrogénicos o de daño colateral impredecible en la intervención psiquiátrica, sino que sus contradicciones e insuficiencias son realmente características consustanciales y persistentes de las limitaciones e insuficiencias del modelo médico de intervención hospitalaria.

Un primer análisis de la auto agresión y la agresión en el medio familiar nos suministra las siguientes características generales:

- El objeto de agresión, por lo general es *una figura femenina*, en concreto la madre o la compañera.

- Existe una continuidad en la presencia de factores debidos a *estados de inestabilidad emocional*, que pueden formar parte de la sintomatología del propio trastorno en mayor medida que responder a un elemento externo o independiente de la misma. Por el contrario, las agresiones descritas como *ataques de nervios* muy posiblemente se estén refiriendo realmente a un *estado alterado* por crisis esquizofrénicas continuadas y persistentes, debidas a la exacerbación sintomatológica de la propia enfermedad más que a estados de ansiedad o estrés debidos al contexto social. De ser así, estaríamos ante una mayor incidencia de la agresión, en los casos de psicosis con componentes emocionales o de tipo esquizoafectivo.

- En las noticias aparecidas en prensa sobre la agresión, existe una fuerte presencia de *trastornos asociados*, como los *trastornos de personalidad y la deficiencia mental*, que juegan un papel favorecedor de los hechos agresivos al empeorar el pronóstico de las enfermedades mentales.

- La agresión se da por lo general, en medio de un *estado de recidiva y crisis esquizofrénica*. Sin que los episodios previos merezcan la consideración de las autoridades, hasta que no se produce un asesinato u homicidio y *sin que la hospitalización puntual o de respiro y el tratamiento farmacológico puedan contener esta situación*.

- En los trastornos de personalidad, aunque en ocasiones son señalados como tales, sólo un seguimiento continuado de la noticia permite diferenciar la *agresión psicótica de la agresión mórbida* de las psicopatías.

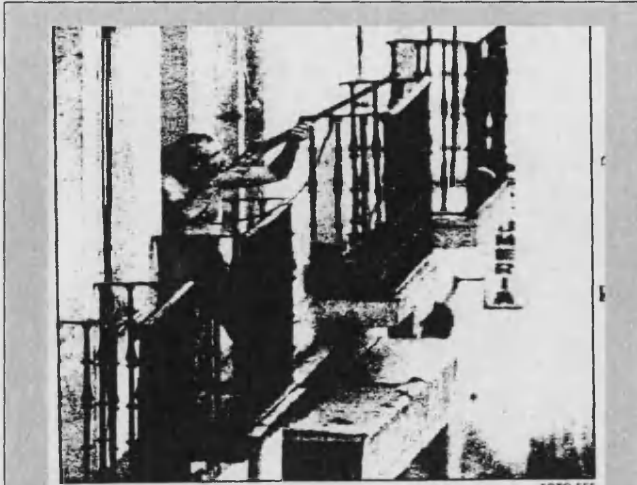
- *Por último, la drogadicción y el alcoholismo*, están muy presentes en la agresión protagonizada o sufrida por las personas con enfermedad mental.

-*La agresión a terceros:*

Hasta aquí hemos visto las características de la agresión psicótica dentro del seno familiar. Pasamos ahora a analizar la agresión a terceros, a

fin de poder describir si coinciden las características generales o por el contrario, asumen rasgos diferenciales y específicos.

En este sentido, observamos en la imagen 24, la locura tomando cuerpo bajo la apariencia de su imagen social más temida. En ella, *la locura* aún bajo tratamiento psiquiátrico, sale armada al balcón de las noticias en una escena que recuerda profundamente nuestra guerra civil. Sin embargo,



**Un vecino de Bilbao se atrincheró en su casa.** Un vecino de Bilbao que permaneció ayer cuatro horas atrincherado en su vivienda armado con una escopeta de caza, y que disparó en dos ocasiones sin causar heridos, fue finalmente reducido y detenido por la Euzkadi a las 14.20 horas. J. S. S., que se encuentra en tratamiento psiquiátrico, salió armado al balcón de su casa tras mantener una discusión con un vecino.

(Imagen 24). Las Provincias, 5 de Abril de 1998.

la fotografía pertenece a otra guerra más cotidiana, librada entre la psicosis y la realidad; entre enfermos, familias, psiquiatras y policías, en la que en esta ocasión, afortunadamente no hay heridos.

**-DOS AÑOS DE CÁRCEL PARA UN JOVEN CON PROBLEMAS PSÍQUICOS QUE ACUCHILLÓ A OTRO...** El Tribunal de la sección tercera de la Audiencia de Valencia, atenúa sensiblemente la pena, al estimar probado que Enrique padece un trastorno congénito esquizoide o paranoide de la personalidad, que se vio agravado en el momento de los hechos por la ingestión de

bebidas alcohólicas"... -Levante, 3 de Enero de 1997.

**-“DETENIDA UNA DEMENTE QUE INTENTO AGREDIR A UN HOMBRE PORQUE SE QUEDÓ MIRÁNDOLA...** la detenida estaba sobre un turismo ocasionando importantes desperfectos. Fue entonces cuando un transeúnte se paró a mirarla atónito. La mujer interpretó esto como una agresión,, bajó del coche y se dirigió hacia el hombre, contra el que esgrimió un cuchillo de cocina con el que intento agredirle..” -Levante, jueves 2 de enero de 1997.

**-“COMIENZA EL JUICIO CONTRA UN HOMBRE QUE PLANEABA VIOLAR A STEVEN SPIELBERG”.** (Noticia aparecida en la sección de espectáculos, moda y televisión).

-Las Provincias, 19 de febrero de 1998.

**-“MATA DE UN NAVAJAZO EN UNA CALLE DE ARGANDA AL DEFENSOR DE UNA MUJER A LA QUE ACOSABA....**El supuesto homicida tenía un historial clínico de esquizofrenia y había sido denunciado en más de 200 ocasiones por acoso y actitudes obscenas. El ayuntamiento de la localidad, así como los familiares más cercanos había solicitado sin éxito su internamiento...:Cipriano estaba bajo tratamiento psiquiátrico pero hacía unos meses que había suspendido la medicación..”

-ABC, 4 de Octubre de 1997.

*“LA FAMILIA DEL HOMBRE QUE APUÑALÓ A UN ÁRBITRO CRITICA EL ABANDONO DE LOS ENFERMOS MENTALES...” Solicitamos por todos los medios posibles el auxilio necesario para que el enfermo fuese sometido a un tratamiento médico adecuado. Como prueba de ello, obra en el Juzgado de instrucción nº 9 de Valencia una demanda con fecha de sábado, día 14 de junio, donde se solicitó urgentemente el internamiento del enfermo, petición que no fue atendida y que trajo como consecuencia el lamentable suceso”...*

*-Las Provincias, 18 de junio de 1997.*

*“CLAVA SIETE VECES UN CUCHILLO A UN CURA PORQUE <ERA EL ANTICRISTO>.....una mujer asestó ayer siete puñaladas al párroco de la iglesia del barrio de Garrido, en Salamanca...Los hechos ocurrieron sobre las 11 horas, cuando la mujer que está en tratamiento psiquiátrico acudió al despacho del cura”.*

*-El Levante, 30 de enero de 1998.*

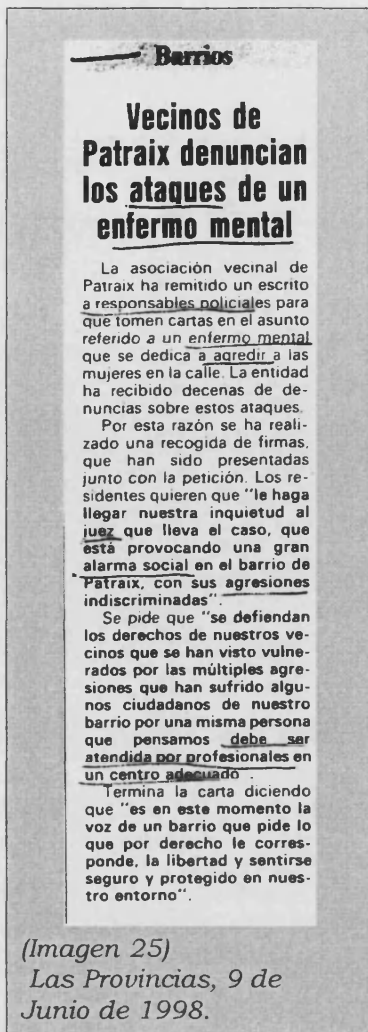
Esta última agresión, acaecida dentro del grupo de actos cometidos en estado de delirio, resulta especialmente útil para ilustrar la contribución cultural de las creencias religiosas al contenido de los sistemas psicóticos delirantes. *El seis*, es el símbolo del Anticristo (Apocalipsis, 13.18), es el número que representa el mal, lo incompleto. Por el contrario, *el siete* es el símbolo de la cólera divina, de lo completo. “Y oí una voz fuerte procedente del santuario decir a los siete ángeles “Vayan y derramen sobre la tierra los siete tazones de la cólera de Dios”. (Apocalipsis, 16.1). Siete veces fue apuñalado el párroco, el falso profeta, el anticristo, ni una más ni una menos, tal y como marca el plan divino de la *Revelación*.

Las noticias sobre la agresión a terceros corroboran las características generales de la agresión detectadas en el análisis previo, siendo ostensibles al menos tres rasgos definitorios:

*-Aunque algunas de las personas agredidas lo son en función de la notoriedad de su rol social ( Spielberg, arbitro o cura), un gran número de agresiones son indiscriminadas.*

*-La agresión psicótica, a diferencia de la agresión morbosa, se produce en el contexto de una crisis o recidiva.*

*-Se confirma de nuevo, que frente a la enfermedad mental no se posee ningún mecanismo eficaz, ni judicial, ni médico, que permita abordar con eficacia, una serie de homicidios y asesinatos, que podríamos llamar con toda propiedad “muertes anunciadas”, en las que el papel de las Administraciones sería definido según la jurisprudencia anglosajona como de “homicida indolente”, al no evitar hechos que sin duda son de su responsabilidad y competencia.*



Aunque no la compartamos, no puede extrañarnos como la noticia siguiente describe el miedo y rechazo social al enfermo mental.

En el caso de la noticia reflejada en la imagen 25, son los vecinos de un conocido barrio de Valencia los que se sienten alarmados por los ataques a mujeres a cargo de un enfermo mental, caso que esta provocando una *gran alarma social*.

En el artículo, los vecinos se sienten mermados en sus derechos ciudadanos y solicitan que dicha persona sea atendida en un Centro por profesionales adecuados. En realidad, tres meses después, estos mismos vecinos se opondrán con éxito, a que en su barrio se abra un centro de rehabilitación en régimen abierto (Pág. 299). Cabe preguntarse por tanto, ¿Qué tipo de recursos demandan los vecinos como adecuados y dónde?.

*Preocupación, alarma social y falta de respeto a los derechos sociales y civiles de sanos y enfermos, no aseguran el contenido rehabilitador e integrador de la Reforma Psiquiátrica, que como vemos, se muestra ineficaz frente a los problemas derivados de la agresión.*

*-La agresión morbosa:*

El análisis cualitativo de la agresión, nos permite describir al menos, dos bloques diferenciados. La agresión psicótica que hemos definido hasta aquí en sus características generales, y la que hemos llamado agresión morbosa, determinada por dos características esenciales:

*-Se produce en un contexto de conflicto o desequilibrio psíquico no reductible a un estado psicótico, pero que resulta representada con categorías aplicadas asiduamente a los trastornos mentales crónicos, sin que en la mayoría de los casos, existan referencias a antecedentes psicóticos previos.*

*-En parte, supone una construcción de los mecanismos legales de defensa, que configura esta violencia dentro de un proceso de morbilidad transitoria con fines exculpatorios. La violencia doméstica también aparece significativamente dentro de esta categoría.*

*"DRAMA FAMILIAR CON TRES MUERTOS EN UNA FINCA DE ALBACETE POR LA LOCURA DE UN NONAGENARIO...mató a tiros de escopeta a su mujer e hija, hirió a su yerno y luego se ahorcó en un poste. Nada hacía presagiar este desenlace al ser personas consideradas como muy normales...Por el momento se desconocen los móviles de tan brutal agresión, si bien ha circulado la hipótesis de una posible enajenación mental transitoria*

*del anciano. Así mientras la Policía y vecinos de la familia aseguran que el anciano no tenía perturbadas sus facultades mentales, otras fuentes indicaban que pudo sufrir un ataque de locura.*

*-ABC, 1 de Octubre de 1998.*

*“UN ANCIANO MATA A TIROS A SU MUJER Y SU HIJA EN ALBACETE Y LUEGO SE AHORCA, el Comisario Jefe de Albacete, Antonio Moreno Luzón, adelanto que la causa puede ser una desavenencia familiar o un ataque de demencia del anciano. Aunque los vecinos del agresor señalaron que se encontraba bien físicamente y que no se conocía disputa familiar alguna.*

*-El País, 1 de Octubre de 1998.*

En el artículo precedente, vemos como opera la representación de la agresión morbosa. A pesar de que la policía y vecinos afirman el perfecto estado del anciano, el entorno social de la familia intenta explicar a través de la locura la causa de esta agresión irracional. Por otro lado, ABC usa en sus titulares el concepto de locura como categoría explicativa de cualquier agresión fortuita e inesperada, mientras que El País, en un tono mucho menos sesgado, se hace eco de opiniones que consideran posibles “ataques repentinos de demencia senil”. En resumen, en el contexto social que reflejan ambos artículos, la agresión incontrolable es entendida y descrita como consecuencia de una enfermedad mental cuya existencia no se constata.

*“UN GUARDIA CIVIL ENLOQUECIDO MATA A SU MUJER Y A UN HIJO, HIERE A OTRO Y LUEGO SE SUICIDA..el matrimonio que vivía en Granada, estaba en trámites de separación. Los que conocían al agente aseguran que era de trato correcto, pero tenía un carácter violento con su familia, a la que pegaba.*

*-ABC, 6 de Junio de 1997.*

En este episodio de violencia doméstica, observamos como al agresor se le etiqueta de enloquecido. Confirmando con ello la polisemia peyorativa del concepto de locura como falta de control, agresión e imprevisibilidad.

*“UN SOLDADO ISRAELÍ HIERE A SEIS PALESTINOS EN UN ATAQUE INDISCRIMINADO AL ZOCO DE HEBRÓN. Noam Friedman: No estoy loco ni me arrepiento, pues los palestinos son enemigos de Israel...El ministro de seguridad Interior, Avigdor Kahalani, había declarado ayer tarde que Friedman sufre de problemas mentales.*

*-Levante 2 de Enero de 1997.*

En el texto del Levante, no es ya la violencia domestica la que es descrita en clave de locura incontrolable, sino la violencia política, debido a



la tensión militar y a la animadversión étnica y religiosa entre israelíes y palestinos.

El doble asesino se sentía infravalorado

## El guardia vaticano mató al comandante y a su esposa en un arrebatado de locura

El cabo que el lunes asesinó al comandante de la guardia suiza del Papa y a su esposa actuó en un arrebatado de locura al sentirse infravalorado por su jefe, según afirmó ayer el portavoz del Vaticano.



Página 5 El Papa, con los dos asesinados.


(Imagen 26) Levante, 6 de Mayo de 1998.

En la portada del Levante de 6 de mayo, observamos de nuevo como el impulso criminal es definido como un arrebatado o ataque de locura.

El asesinato, dentro de este esquema se produce por una pérdida momentánea del auto-control. Sin embargo, incluso los agresores que

planifican sus actos declaran estar bajo ese impulso incontrolable:

**“EL ASESINO DE TORREVIEJA DICE QUE ACTUÓ POR DESPECHO Y VENGANZA...el ex policía nacional que mató de un disparo a un niño de siete años e hirió de gravedad a su abuela...dijo ante el juez que había llevado a cabo los crímenes por despecho y venganza y alegó trastorno mental a pesar de reconocer que lo había estado planeando desde hacía días”.**



El ex policía nacional reconoció que había planeado el asesinato

**El asesino de Torrevieja dice que actuó «por despecho y venganza»**

(Imagen 27) Levante, 15 de julio de 1997

Es evidente que este ex policía conoce las propiedades salutíferas de la enajenación mental. Pero, ¿Existe realmente ese impulso criminal e incontrolable, definido como locura transitoria por los tribunales?.

**“LA MAYORÍA DE LOS DELINCUENTES NO SUFREN TRASTORNOS MENTALES....La inmensa mayoría de las personas que delinquen en España no sufren ninguna enfermedad o trastorno mental que pueda servir como eximente de sus acciones en un juicio...Los psiquiatras José Cabrera Fomeiro, director de la Agencia Antidroga de Madrid y José Carlos Fuertes, director de la unidad de investigación del Hospital Militar de Burgos, autores de “Psiquiatría y Derecho, dos ciencias obligadas a entenderse”, rechazaron que en sociedades como la española existan los criminales natos, personas que por patologías mentales no puedan evitar delinquir. Es más, según el director de la Agencia Antidroga de Madrid, sólo el 2% de los españoles que sufren la enfermedad mental más grave -la esquizofrenia- son delincuentes...”** -Las Provincias, 30 de Enero de 1998.

**“EL FISCAL PIDE 16 AÑOS PARA EL JOVEN QUE ASESINÓ A SU VECINA, la defensa sin embargo, reclamó la absolución por trastorno mental**

transitorio”..El abogado sostuvo que el estrés provocado por una multa de tráfico hizo aflorar en Víctor Jesús, “la bestia que todos llevamos dentro”.

-El Levante, 2 de Abril de 1998.

“EL JURADO ESTIMA QUE EL HOMICIDA DE GANDIA SUFRÍA “ESTRÉS EMOCIONAL”... Víctor Manuel, M.B., el joven de 19 años que mató y quemó a una vecina en un garaje de Gandia...actuó bajo estrés emocional que le disminuía en cierto grado, sus facultades mentales. Así la condena podría ser reducida porque el joven sufrió un trastorno mental transitorio. El acusado declaró durante el juicio que vivía una situación de gran tensión y nerviosismo después de ser multado con 10.000 ptas. al viajar acompañado de su novia en un ciclomotor.”..

-El País, 4 de Abril de 1998.

“EL JUEZ CASTIGA CON OCHO AÑOS DE CÁRCEL AL JOVEN DE GANDIA QUE ESTRANGULÓ A SU VECINA”...el juez ha aplicado la atenuante de confesión de los hechos y la eximente incompleta de trastorno mental transitorio...”

-El Levante, 9 de Abril de 1998.

“EL JOVEN QUE MATÓ A SU VECINA, SABIA LO QUE HACIA”...era consciente en todo momento de sus actos y no padece ni ha padecido ningún trastorno mental ni de la personalidad, según manifestaron ayer en la segunda sesión del juicio con jurado contra el procesado, los psiquiatras que le examinaron. Víctor Jesús ya fue juzgado en Abril, aunque el TSJ anuló la sentencia y ordenó repetir la vista”...

-El Levante, 11 de noviembre de 1998.

Impulso incontrolable, estrés o tensión son los nuevos conceptos en que se objetivan los trastornos mentales. La manifestación física de la locura, capaz de sacar “la bestia que todos llevamos dentro” y que todos los abogados conocen bien, incluso mejor que los psiquiatras según parece.

“EL JURADO DECLARA CULPABLE AL PARRICIDA DE SEVILLA. el jurado que ha enjuiciado en Sevilla a José L.T, por matar a su compañera sentimental Celsa M. P. de un disparo por la espalda en 1996, lo ha declarado culpable de asesinato con la atenuante de trastorno mental transitorio..”

-El Levante 31 de Enero de 1998.

El parricida de Bonrepós, Vicente M. N (imagen 28), asesinó a su mujer de un certero disparo con una escopeta de fabricación propia. Para su abogado sin embargo, “el disparo se produjo, con la intención de asustar, ya que es una persona muy de pueblo. No esta loco, pero tiene problemas psicológicos de suficiente envergadura”.



(Imagen 28) Levante, 21 de Enero de 1998.

Las acusaciones defendían por el contrario, que el reo era muy listo y capaz de engañar a los forenses. La defensa solicitó la eximente por alteración mental, solicitud que fue desatendida esta vez, pero que no consigue desanimar a los maltratadores, que ven en ella la legitimación de que su estado de frustración y celos sea un motivo suficiente para atenuar sus condenas.

**“EL HOMBRE QUE QUEMÓ A SU MUJER EN GRANADA, INTENTARÁ ALEGAR ENAJENACIÓN MENTAL EN EL JUICIO”.**

*-Levante, 8 de Diciembre de 1998.*

El bloque de artículos que representan la enfermedad mental como un hecho social relacionado con lo jurídico y la agresión, ha supuesto un 49% de las noticias de la muestra. Pero la violencia representada en los Medios, obedece a diferentes características que no son imputables en toda su extensión, a enfermedades mentales crónicas de carácter psicótico como la esquizofrenia. En este sentido, el análisis cualitativo ha descrito con mayor detalle lo que en principio, sólo eran frecuencias cuantitativas. Y en él, hemos podido constatar la existencia de una cultura legal que busca la eximente o atenuante ante los crímenes producidos en el contexto familiar, (10% del total de los artículos de la muestra), así como la fuerte presencia de los trastornos de personalidad en las noticias que giran en torno a la agresión (7% de las noticias), frente a la esquizofrenia, que queda reflejada en un 12 % de las mismas. Por otro lado, hemos constatado la contribución de los problemas de drogadicción y alcoholismo relacionados con las EM, (12% de los artículos de la muestra).

Todos estos datos apuntan a la agresión como un fenómeno social relevante y multifactorial que sólo en parte, puede ser explicado por la agresión psicótica de los enfermos mentales crónicos. Sin embargo, de manera predominante la enfermedad mental es definida a través de la agresión y a la inversa, a partir de las características con que los Medios difunden su representación. A ello, contribuyen significativamente la existencia de problemas diagnósticos en los peritajes judiciales, la insuficiencia del modelo médico, la falta de información específica de los profesionales de la prensa, la excesiva acentuación de lo general y emotivo, sobre todo en los periódicos de tirada autonómica, y por último, a la acción intencionada de los profesionales de la abogacía, que a fin de lograr un eximente judicializan la enfermedad mental y psiquiatrizan el delito.

Pero estas consideraciones permanecen soterradas bajo la potente imagen de un enfermo mental que agrede. De hecho, la agresión no sólo centra gran parte de las noticias sino que también define poderosamente el rol y la identidad del enfermo mental.

"Ese no es payo ni gitano: Es un demente".

El agresor no es payo ni gitano, no pertenece a ninguna etnia determinada, sino a un tipo específico de raza: *el loco*.



(Imagen 29) El País, 20 de Julio de 1998.

eran investigadores de campo que bajo la supervisión de D.L Rosenhan investigaban el sistema de salud mental.

Gran parte del grupo fue hospitalizado y siguiendo la experimentación, una vez pasado un pequeño tiempo en el hospital psiquiátrico, los investigadores comunicaron que estaban bien y que no tenían ningún tipo de síntomas. Ni los médicos ni el personal auxiliar les hicieron el menor caso, fueron tratados como objetos y dados de alta después de un considerable periodo de tiempo. Algunos de ellos, salieron de las Instituciones con completos historiales médicos donde se diagnosticaba y describía su psicosis de manera detallada. De hecho, la conducta de tomar notas en un miembro del equipo durante su estancia en el Hospital, fue etiquetada como "conducta compulsiva de escritura". Cuando Rosenhan

Las palabras de Aquino sobre la clasificación de hombres por su capacidad para usar la razón, los escritos de Foucault sobre la necesidad históricamente construida, de mantener colectivos que asuman los miedos y los problemas sociales y la identidad individual como construcción social, no podían tener un correlato más claro que la noticia de El País del 20 de julio de 1998.

Imagen gráfica, viva y constatable de la pervivencia en nuestra sociedad de los viejos esquemas y mentalidades en los que se ha anclado el pensamiento social, y de la función de la agresión como detonante estereotípico y núcleo estructurador de la representación social de las enfermedades mentales.

### 6.2.3-El rol de los enfermos mentales

En 1973, en las instituciones mentales de la soleada California, aparecieron algunos sujetos declarando oír voces que les indicaban lo que debían hacer. En realidad

comunicó a los facultativos los detalles del experimento y advirtió que sus colaboradores podrían aparecer de nuevo, las admisiones hospitalarias de esquizofrénicos disminuyeron ostensiblemente (Rosenhan, 1973).

El grupo de Rosenhan puso en evidencia el papel social asignado a los enfermos mentales, la categorización social negativa de todas sus conductas a partir de la psicopatología de los trastornos mentales y también, la construcción social de las enfermedades mentales a través de la actuación de las instituciones psiquiátricas.

Esta investigación, evidenció como el rol del enfermo mental prefigura en los sanos, una serie de conductas y actitudes que actúan como respuesta a determinados estereotipos. Y lo que es más importante, si la realidad no se adecua a ellos, se actúa para que esa realidad heterogénea se ajuste a su representación social.

En este sentido, el rol del enfermo mental en las noticias analizadas ha resultado identificado fundamentalmente como el de enfermo y agresor, paciente, víctima, según su diagnóstico, discapacitado, trastornado y enajenado. Muchas de estas categorías ya han aparecido en los artículos que hemos visto relacionándose con la agresión y la imprevisibilidad. Por lo que en este apartado analizaremos en detalle, por su conexión con el modelo de intervención social, el rol de *discapacitado* y también la valoración social de las categorías con las que se define al enfermo mental.

Una de las investigaciones más importantes desarrolladas hasta la fecha, que describe las relaciones entre estereotipos y rol en el contexto de las enfermedades mentales, es la realizada en Montreal sobre *Las actitudes y las creencias en torno a las personas con enfermedad mental y las personas con deficiencias psíquicas* (Dorbil y Benoit, 1999). En su fase cualitativa y a través entrevistas semiestructuradas, descubrieron que el personal de las instituciones psiquiátricas trasladaba el estereotipo de "peligroso" para los pacientes con enfermedad mental y "dóciles" para las personas con deficiencia psíquica. En consecuencia, el personal auxiliar femenino prefería ostensiblemente trabajar en recursos para deficientes psíquicos. El trato dado a estos últimos, fue descrito como *femenino, maternal y comprensivo*, frente al trato dado para los enfermos mentales calificado como de *control*. Por otro lado, este estudio demostraba que tanto a las personas con enfermedad mental como a las personas con deficiencia psíquica, después de pasado un tiempo en recursos de acogida, se les llamaba *chavales, chicos, pensionistas o residentes*, en categorías que independientemente de su carácter infantilizador o excluyente, *eran una construcción categorial propia de las instituciones de atención al enfermo mental*.

En este contexto, sabemos que las categorías que en este momento definen a los enfermos mentales a partir de su relación con las Instituciones, se refieren evidentemente al modelo biomédico, con conceptos como *paciente o enfermo*. También hemos detectado que la categoría que define preferentemente al enfermo mental dentro del discurso judicial es la de *trastornado o enajenado*. Por tanto, coherentemente con los resultados de nuestra investigación cabe plantearnos si existe un rol determinado para los enfermos mentales desde el modelo de Intervención Comunitaria.

En nuestra Comunidad, la rehabilitación e integración social de los enfermos mentales es asumida por la Consejería de Bienestar Social, dentro de la Dirección General para la Atención al Discapacitado (Decreto 132 / 1996, de 7 de julio, del Gobierno Valenciano). Estamos por tanto, ante las circunstancias sociales que hacen prever la emergencia de una nueva categorización, ya que existe una Institución, grupos sociales y profesionales y un concepto "nuevo" para la EM: *La discapacidad*. Pero realmente, ¿Qué hay detrás de la palabra *discapacitado*?

### Enfermos mentales

Buenas tardes: Referente a un artículo, sobre que las calles de Valencia están repletas de deficientes mentales, firmada por el periodista Rafa Diranzo, tengo que decirles que en parte sí y en parte no. Camas para enfermos mentales, las hay en todos los hospitales públicos de Valencia, no solamente en el Hospital General y en algunos, según límite de estancias. Gracias.

(Imagen 30) *Las Provincias*, 2 de diciembre de 1997. (El Cabinista)

En la noticia que acompaña al margen este texto, podemos ver una de las características fundamentales de la representación de la discapacidad con relación a los enfermos mentales: En ella se describen como sinónimos intercambiables tanto a la enfermedad mental como la deficiencia mental.

En el artículo de *Las Provincias* del domingo, 25 de octubre de 1998, podemos leer de nuevo, la misma ambivalencia:

*"VALENCIA CLAMA POR LA INTEGRACIÓN LABORAL DE LOS ENFERMOS MENTALES....Las principales asociaciones españolas de ayuda a las personas que sufren algún tipo de discapacidad psíquica....solicitaron el compromiso de la sociedad para hacer realidad la igualdad en el acceso de los enfermos mentales a un puesto de trabajo digno..... En este sentido desde hace unos meses, diez discapacitados psíquicos trabajan en distintas dependencias de la Consejería de Bienestar Social".*

El asociacionismo de los familiares de enfermos mentales (FEVAFEM, FEAFES, etc.) esta organizado independientemente de las conocidísimas Asociaciones de Minusválidos Psíquicos (ASINDOWN, ASPRONA, etc.), sin embargo, en las noticias aparecen como un todo indiferenciado donde la discapacidad psíquica se entiende como enfermedad mental (lo que es correcto), pero no a la inversa, al considerar la enfermedad mental como discapacidad psíquica y a esta última como sinónimo de deficiencia mental.

En la imagen 31, podemos ver como las discapacidades psíquicas, se utilizan de modo intercambiable a los discapacitados mentales y al retraso mental. La fotografía que acompaña el texto no es suficiente para discernir si las viviendas tuteladas se dirigen a la integración de los discapacitados psíquicos o mentales. Es el texto quien indirectamente nos aclara tal cuestión al mencionar que esta iniciativa pertenece a la asociación Asprona para minusválidos psíquicos. La discapacidad y la valoración de las minusvalías se encuentran reguladas en nuestro país, a través del RD 1723/81 y la Orden de 5 de Enero de 1982 y del 8 de Marzo de 1984 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social que en su capítulo XIII, bajo la discapacidad producida por los trastornos mentales, incluye tanto la deficiencia mental como la enfermedad mental. Por lo que el concepto de discapacidad por trastorno mental incluye tanto a los deficientes psíquicos como a los enfermos mentales. Su correlato en los Medios se resuelve en que

no existe una diferencia clara entorno a los límites entre la discapacidad mental frente a la psíquica, ni entre la enfermedad mental y la deficiencia mental.



En las Provincias del 2 de Abril de 1997, leemos:

“EL 26 Y 27 DE ABRIL SE CELEBRARÁ LA FERIA DE PRIMAVERA A BENEFICIO DEL DEFICIENTE.....pretende recaudar fondos para ayudar a las asociaciones valencianas que trabajan con las personas que sufren alguna deficiencia mental... por la integración social y laboral de los niños y jóvenes afectados por alguna discapacidad mental... para que los valencianos volvamos a demostrar nuestra solidaridad, en este caso con los discapacitados mentales...”

Como vemos, la mayoría de los artículos asimilan las condiciones de discapacitado mental y psíquico y estas con la deficiencia mental. Por lo que el modelo de integración social reflejado en los Medios obedece en gran parte, a las iniciativas que tradicionalmente ocupan las Asociaciones de deficientes psíquicos, refiriéndose sólo tangencialmente a medidas de integración social para los enfermos mentales. La asunción institucional de la atención a los enfermos mentales a través del servicio de atención al discapacitado, no sólo parece no servir a la diferenciación entre estos dos colectivos, sino que por el contrario, tiende a crear un concepto homogeneizador de ambos, bajo la categoría de “discapacidad mental”, en la que parece caber todo.

Tradicionalmente los enfermos mentales han compartido recursos sociales con otros colectivos, en residencias para la tercera edad o en centros para los deficientes psíquicos. Sabemos que existen frecuentemente casos que comparten ambas dolencias, e incluso recursos sociales compartidos por deficientes psíquicos, alcohólicos, drogadictos o cualquier

otro colectivo afectado por la patología social de la exclusión, en recursos “contenedor” e inespecíficos.

De hecho, en nuestra Comunidad podemos definir esta forma de actuación como clásica y tradicional. Ya en 1983, E. Bargues, A.T.S y alcalde de Godella en ese momento, elegido diputado para los servicios psiquiátricos, después de su primera visita al Hospital Psiquiátrico de Jesús afirmaba que, “*La mitad de los ingresados no son enfermos mentales*” (Polo, *Ibid.*, p. 198).

En este contexto, la imagen de los enfermos mentales como discapacitados psíquicos y la falta de Recursos sociales específicos, alientan la creación de Servicios, sobre todo en el ámbito municipal, que bajo la apariencia de centros de servicios sociales especializados o multifuncionales, desvirtúan en la práctica, la rehabilitación psicosocial de los enfermos mentales. Acudo a mi experiencia profesional para recalcar que el tratamiento para las personas con psicosis crónicas no se asemeja en absoluto, a la intervención con discapacitados psíquicos. Estos Centros, que en la actualidad se encuentran a punto de empezar a funcionar (Sagunto, Játiva, etc.), no resolverán el problema de la enfermedad mental en las localidades que los promueven, más allá de lograr estancias puntuales de una mínima parte de la población psicótica (un enfermo mental cronicado y sobre medicado, puede resultar tan “dócil” y ausente como una persona con deficiencia mental).

En cualquier caso, el rol de *discapacitado* para el enfermo mental, dada su significación actual, aunque se relaciona con la intervención social, no esta suponiendo como en principio se podría pensar una categoría definitoria de un nuevo modelo de intervención comunitaria, al menos desde el enfoque kuhniano de las revoluciones paradigmáticas de la ciencia, “*La aparición de una nueva teoría rompe con una tradición de práctica científica e introduce otra nueva que responde a reglas distintas, lo mismo que a un universo de discurso diferente*”, (Kuhn, 1971).

En este caso, no existe un discurso diferente sino la reproducción de viejas prácticas en intervención social, que no sólo no innovan la atención al enfermo mental sino que incluso pueden llegar a vaciar de contenido la Reforma. Y esto es así porque, la creación de nuevos Recursos para los enfermos mentales no garantizan por sí solos que se produzca un cambio en su representación social, sino que por el contrario, los esquemas del pensamiento social actual, pueden llegar a transformar estos recursos sociales incipientes y poco definidos, tanto en sus funciones como en sus objetivos, transformándolos en instituciones para la cronicación y no en Recursos para la rehabilitación e integración social.

Es necesario puntualizar que la conceptualización de los enfermos mentales como *discapacitados*, tampoco impide la aparición de un modelo de intervención social comunitaria aplicable a la EM. Y dado que los nuevos paradigmas y modelos científicos asumen gran parte del vocabulario y conceptos de otros paradigmas anteriores, no podemos negar rotundamente que no estemos ante la base conceptual de una nueva forma de intervención en EM, o mejor dicho, de la naciente aplicación de la Intervención Comunitaria en el campo de las psicosis funcionales crónicas.

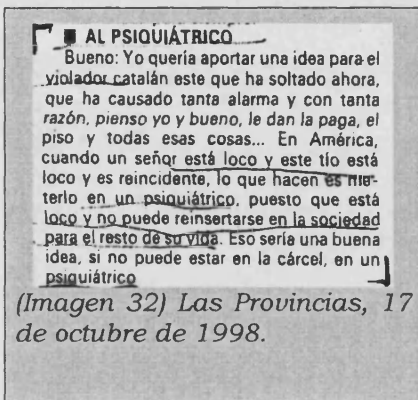


Pero esto se decidirá, en la medida en que los profesionales de los nuevos recursos sociales de salud mental, opten claramente por objetivos específicos de carácter comunitario, que estos resulten terapéuticamente eficaces, y que por último, la comunidad científica acepte *la lógica interna* de estos modelos como valiosa para la acumulación del conocimiento científico.

Cosa que en estos momentos no pasa de ser una suposición optimista, dada la importancia y prevalencia de la psiquiatrización sanitaria y sus orientaciones orgánico farmacológicas, la importancia de la agresión como núcleo que estructura la representación social, y un embrionario modelo de intervención comunitaria, que en la actualidad sólo se percibe en sus rasgos e intenciones más generales.

### **6.2.3.1- Rol y valoraciones sociales**

Hemos visto como las categorías que definen la locura dependen en gran parte de los casos, del contexto social en el que se insertan. Palabras como loco, demente o enajenado están haciendo referencia a distintas realidades pero en ocasiones, se utilizan de modo intercambiable, como conceptos que en el fondo explican la esencia de un hecho imprevisible. Las palabras que describen a las enfermedades mentales, a partir de la heterogeneidad del discurso social, adoptan significados diferentes pero en todos ellos podemos ver la valoración negativa que los grupos sociales les otorgan.



(Imagen 32) Las Provincias, 17 de octubre de 1998.

En la imagen 32, podemos observar la valoración reflejada en prensa de un ciudadano respecto a los locos y el manicomio. Se apela a una cultura *superior*, en este caso la americana, para argumentar que el *violador de Barcelona* es un loco, un asesino reincidente y que por tanto su lugar esta en el Psiquiátrico. En realidad, la psicopatía del violador de Barcelona no es

interpretada diferencialmente de las psicosis funcionales crónicas o locura. Lo que evidencia no sólo la utilización de conceptos homogenizadores y extensivos, sino también la valoración peyorativa del loco y del manicomio, así como la pervivencia dentro de los esquemas actuales del pensamiento social de los contenidos y funciones más estereotípicos de dicha institución.

Pero no sólo el violador o el asesino irrecuperable son etiquetados como enfermos mentales. En la opinión de un lector de la sección Cartas al Director del diario El País (Imagen 33), los terroristas de ETA también se comportan como lo haría un esquizofrénico, con conductas imprevisibles y contradictorias.



(Imagen 33) El País, 24 de Diciembre de 1997

un castigo más que como una acción médica. Por ello, cuando desde la sociedad se pide el internamiento para los enfermos mentales, se realiza desde la consciencia de su barbarie, pero también desde el profundo temor a la agresión incontrolada del loco, que en el imaginario social, es capaz de comportarse como un violador, un terrorista o un asesino irrecuperable.

En una opinión reflejada en la sección Cartas al Director, en el diario ABC del 6 de septiembre de 1998, titulado: *ESQUIZOFRENIA*, se nos informa:

*“70.000 mujeres fallecen por llevar a cabo los ¡25 millones de abortos! que se registran en el mundo. Sin embargo, no se hace ninguna mención de los 25 millones de niños sacrificados que los mismos suponen. En verdad, decía el celebre doctor Lejeune – que descubrió el síndrome de Down- que nuestra sociedad es una sociedad enferma, esquizofrénica, pues mata a niños sanos”*

La sociedad esta esquizofrénica, pues tiene un comportamiento contradictorio, se preocupa de las mujeres o por los animales en peligro de extinción, pero no de los niños. Pero sobre todo, es esquizofrénica porque...*mata a niños sanos*. En la sección de Opinión del ABC del 20 julio de 1997, un artículo titulado *PSICÓPATAS*, refiriéndose de nuevo al terrorismo, expresa:

*“Deben ser considerados como psicópatas y, en calidad de tales, ser tratados de por vida en manicomios premodernos, tipo Charenton (recuerden <Marat/Sade> de Peter Weiss) o el Arkham Asylum de <Batman>, con celdas como zulos de los que ellos utilizan, parecidas a las ocupadas por Renfiel, el cazador de moscas vivas, en el tremendo <Drácula> de Stoker”.*

El encierro psiquiátrico de por vida dentro del imaginario colectivo, se configura de nuevo como un castigo merecido, un recurso reivindicado como lugar propicio para las psicopatías a las que las prácticas terroristas son equiparadas.

Todas estas valoraciones negativas sobre síndromes concretos, se realizan al amparo de una categorización superior, relacionada con la cordura como definición de la naturaleza del ser humano. La falta de salud mental desvaloriza los actos de las personas y minusvalora su cualidad humana. Así, el sábado 23 de mayo de 1998 y a raíz de una propuesta municipalista del alcalde socialista de la Coruña, podemos leer en el diario Levante: *"Fraga <duda> de la salud mental del socialista Francisco Vázquez"*.

Pero las descalificaciones a través de conceptos relacionados con la enfermedad mental no se limitan a la descalificación personal sino que también afectan a las conductas de solicitud de ayuda profesional.



*"IU invita al ex presidente del Gobierno a acudir al Psiquiatra.....Antonio Romero, aseguro ayer que el ex presidente del gobierno Felipe González "demuestra tener problemas patológicos", por lo que le invito a acudir al psiquiatra"*

*-Levante, 19 de febrero de 1998.*

Además, la categorización social negativa de las EM no se circunscribe solamente a las descalificaciones políticas, sino que se extienden a otros campos de la vida social.

En el Levante del 13 de junio de 1998, podemos leer lo siguiente:

*"UN CONSEJERO DE LA JUNTA ANDALUZA DICE QUE CELA < ESTÁ UN POQUITO ALZHEIMER>...añadió que lo único que ha conseguido es demostrar que "el premio Nóbel está un poquito "gagá", Alzheimer, y le ha patinado un poco el disco duro que tiene en su mente".*

En el Levante del 14 de junio de 1998, el periodista J.J Millás, en un comentario sobre los presupuestos del Estado, comenta:

*"ESQUIZOFRENIA PRESUPUESTARIA.....Es lo malo de ser de derechas y de izquierdas a la vez, que acaba uno esquizofrénico perdido".*

*"ESQUIZOFRENIA FUTBOLÍSTICA....por la noche no te dejan conciliar el sueño los pitidos y las tracas de los más escandalosos y ruidosos....Esto es esquizofrenia pura."*

*-Levante, 30 de mayo de 1998.*

*"ROSA MONTERO: ESCRIBIR NOVELAS ES LA AUTORIZACIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA..En este sentido todos los novelistas somos unos grandes disociados, así como todos los humanos estamos habitados por miles de personajes"..*

*-ABC, 20 de mayo de 1997*

La enfermedad mental aparece siempre como una desvaloración negativa de la persona que la sufre, motivo de castigo, causa de hechos impredecibles o de conductas incoherentes y desordenadas, confundida con poéticos o cinematográficos trastornos de personalidad múltiple, pero siempre amenazando directamente la identidad de la persona etiquetada como enferma mental. La categorización social negativa de la EM se extiende a la política, la literatura, el cine o el deporte, descalificando no sólo al enfermo mental, sino también, a las prácticas de intervención psiquiátrica y creando con ello un verdadero obstáculo social para la adopción de conductas individuales de enfermedad y la asunción de la terapéutica del trastorno.

#### **6.2.4- Contexto social de las enfermedades mentales**

En el periódico ABC del jueves, 10 de abril de 1997, en la sección de sanidad, podemos leer una noticia que describe la esquizofrenia en los siguientes términos:

*“DOCTOR: YO ESTOY MUERTO; El uno por ciento de la población mundial sufre esquizofrenia, una enfermedad que produce delirios, angustia y aislamiento del medio. La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica que impide llevar una vida normal a quien la sufre. Produce alucinaciones, delirios, angustia y un aislamiento progresivo del medio. El tratamiento psiquiátrico exige mantener una medicación toda la vida, pero los graves efectos secundarios que ocasiona provocan el rechazo de muchos pacientes. Los fármacos más recientes (risperidona) son una esperanza para los 52 millones de enfermos.....es una enfermedad mental grave, pero tal como explica Jacobo Mintzer, psiquiatra de la universidad de Charleston, se trata principalmente de un problema de adaptación”*

Existen diferentes problemas para la adaptación o integración de los enfermos mentales a la normalidad. Como menciona el artículo el primero de ellos se relaciona con la sintomatología de la esquizofrenia, no sólo por que las alucinaciones y delirios (síntomas positivos), contribuyen a crear un mundo propio donde el enfermo no distingue entre la internalidad y la externalidad de los hechos, sino también por que estos síntomas se acompañan de aislamiento, abandono personal, desgana vital, embotamiento afectivo y ensimismamiento (síntomas negativos). En segundo lugar, los enfermos pierden costumbres sociales e higiénicas, difícilmente respetan los horarios o las convenciones que en muchas situaciones sociales son la norma usual. Por último, los problemas en la memoria y la atención forman el tercer conjunto de características que acentúan la tendencia a la *exclusión social* imputables a la propia enfermedad

El segundo de los problemas que dificulta su integración social, como menciona la noticia, está contenido en los efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos, que constituye una característica debida específicamente al tratamiento psiquiátrico. Estos efectos colaterales varían de un fármaco a otro, un breve resumen de los mismos nos hace

comprender la importancia de los mismos. Entre los efectos secundarios que pueden aparecer durante el primer mes después de iniciar el tratamiento, encontramos:

*-Parkinsonismo:*

Temblor en las manos y extremidades o rigidez muscular

*-Acatisia:*

Balaceo de piernas, incapacidad para permanecer sentado, paseos.

*-Discinesia:*

Movimientos involuntarios de las extremidades, lengua, boca o mandíbula, chasquidos, fruncimiento de ceño, parpadeo extremo.

*-Síndrome neuroléptico maligno:*

Rigidez muscular grave, pérdida de consciencia y aumento de temperatura que precede al coma

*-Distonía:*

Contractura de la musculatura sobre todo de cuello o movimientos involuntarios de globo ocular (ojos hacia arriba).

*-Amenorrea*

*-Galactorrea*

*-Impotencia*

*-Disminución de la libido*

*-Confusión*

*-Sequedad de boca*

*-Estreñimiento*

*-Visión borrosa*

*-Retención urinaria*

*-Taquicardia*

*-Retardo en la eyaculación o desaparición de la misma*

*-Glaucoma*

Los efectos secundarios de los *nuevos* antipsicóticos como las Dibenzodiazepinas (*Leponex, Etumina*) y el Benzosoxazol (*Risperdal, Ziprexa*) son:

*-Considerable aumento de peso*

*-Agranulocitosis*

*-Pigmentación cutánea*

*-Sarpullidos*

En muchos casos, la falta de eficacia de estos nuevos fármacos, determina que al enfermo se le administre un combinado de estos y de los antiguos, con lo que los efectos secundarios no desaparecen.

El tercer elemento que favorece la exclusión de los enfermos mentales se resume en la falta de Recursos para la rehabilitación e integración social.

Por último e interrelacionado con los anteriores, encontramos el cuarto y último bloque de circunstancias que afectan a la integración social del enfermo mental en la estigmatización social, materia donde se inscribe nuestra investigación. Estigma social como producto de los contenidos e imágenes con los que el pensamiento social representa los trastornos psicóticos. La categorización negativa de la enfermedad mental no es un

hecho banal, sus consecuencias, no sólo han conllevado la institucionalización y el desamparo posterior, sino que aún en nuestros días nos llegan los ecos de la exclusión más extrema, el exterminio.

*“El programa (nazi) consistía en censar, llevar a los hospitales y después matar a los enfermos mentales que “no tenían derecho a la vida.”*

*“Posteriormente, con el ansia de ser más eficientes, los nazis prefirieron eliminar a esos*

*Eran de niños y jóvenes, enfermos mentales, que fueron asesinados*

### **Cerebros de víctimas del “terror científico” nazi serán enterrados con toda solemnidad en Viena**

VIENA (Colpisa-AFP) — Unos 400 cerebros de víctimas del “terror científico” nazi serán enterrados con todas las solemnidades en Viena antes que termine este año, según indican fuentes oficiales en la capital austriaca.

Según el profesor Heinz Eberhard Gabriel, director del Hospital Psiquiátrico de Viena, donde se conservan los cerebros, estos son los restos mortales de cientos de niños y jóvenes asesinados por los nazis en la clínica psiquiátrica para niños y jóvenes de Spiegelgrund en Viena.

En esta clínica el “programa de eliminación” llevado a cabo en el conjunto del territorio dominado por el Tercer Reich que tuvo como víctimas a miles de enfermos mentales fue aplicado a niños y adolescentes.

#### **Aún vive uno de los asesinos**

Un ex médico en jefe de la clínica de Spiegelgrund cuando se realizaba el “programa de eliminación”, el profesor Heinrich Gross, vive todavía, retirado en Viena, y aún realiza informes psiquiátricos en Austria, indicó el doctor Alexandre Friedmann.

El consejero de Salud del Ayuntamiento de Viena, Sapp Rieder, justificó la sepultura de los cerebros señalando que la forma en que se conservan “no es apropiada a nuestra época”.

Entre 1938 y 1945 el régimen nazi realizó en el territorio del Tercer Reich un vasto “programa de



Los cerebros permanecen dentro de estos frascos.

FOTO AP

“eutanasia”. El programa consistió en censar, llevar a los hospitales psiquiátricos y después matar a los enfermos mentales que “no tenían derecho a la vida”. Los enfermos recibían “tratamientos médicos” que en breve les provocaban la muerte, informándose a sus fami-

liares que habían fallecido de forma “accidental” o debido a “su enfermedad”. Posteriormente, con el ansia de “ser más eficientes”, los nazis prefirieron eliminar a esos enfermos en las cámaras de gas especialmente instaladas en los hospitales psiquiátricos.

*El ministro alemán de AAEE agotó sus esfuerzos sin ablandar al Kremlin (Imagen 34) Las Provincias, 20 de febrero de 1997*

*enfermos en las cámaras de gas especialmente instaladas en los hospitales psiquiátricos”. “Un ex médico en jefe de la clínica de Spiegelgrund, cuando se realizaba el programa de eliminación, el profesor Heinrich Gross, vive todavía, retirado en Viena, y aún realiza informes psiquiátricos en Austria, indicó el doctor Alexandre Friedmann.”*

Las intervenciones fueron entre 1944 y 1963

### **Suecia obligó a practicar la lobotomía a 4.500 enfermos**

EFE

ESTOCOLMO

Un total de 4.500 ciudadanos suecos, entre enfermos mentales y minusválidos, sufrieron lobotomías impuestas por el Estado entre los años 1944 y 1963, según el programa *Norra Magasinet* de la televisión sueca SVT, que fue emitido ayer.

Tal como adelanta la agencia nacional de noticias TT, el programa denuncia que el verdadero número de personas que sufrieron dicha intervención cerebral fueron 4.500, y no 2.000 como anteriormente había reconocido la Dirección Nacional del Servicio Social.

La mayoría de las personas a quienes se practicó la operación quirúrgica eran enfermos mentales, pero también hubo niños minusválidos.

Una de las consecuencias de la revelación sobre las intervenciones será la eventual deman-

da de una compensación económica del Estado sueco por parte de quienes sufrieron las lobotomías.

“A mí no me sorprende que sean 4.500 casos, me parece una cifra bastante realista”, declaró Dan Eriksson, diputado democristiano, quien durante años ha presentado mociones al Riksdag (Parlamento), para que se les abone una compensación a las víctimas de lobotomías.

El diputado Eriksson manifestó que “es incomprensible que el tema haya despertado tan poco eco en el Parlamento, pero esto se debe a que se trata de un grupo débil, al que le cuesta hacerse oír”.

“Se puede comparar este caso con el de quienes fueron esterilizados a la fuerza a los que ahora se prometió una indemnización”, dijo el parlamentario Eriksson.

Se equivocan totalmente aquellos que limitan la ejecución de atrocidades semejantes a la Alemania nazi de 1940. El Levante del siete de Abril de 1998, nos informa de lobotomías impuestas por el estado sueco a personas con enfermedad mental. Intervenciones que duraron hasta fechas tan tempranas como 1963.

*(Imagen 35) El Levante, 7 de Abril de 1998.*

Sin embargo, la privación de los derechos ciudadanos al colectivo de personas con enfermedad mental, aunque en la actualidad ya no tiene los rasgos de genocidio masivo, continúa siendo una constante que de forma periódica aparece en las noticias de la prensa. Así, el País de 22 de Febrero de 1998, nos informa:

*“UCRANIA PURGA A LOS RESPONSABLES PSIQUIÁTRICOS DE LOS EXPERIMENTOS CON NIÑOS ABANDONADOS...Las autoridades de Ucrania están haciendo rodar cabezas por los casos de abusos psiquiátricos en enfermos y niños abandonados que investiga la Unión Europea. Vitali Lisovenko, director del hospital psiquiátrico Pavlov de Kiev, donde se redactaban diagnósticos falsos de los pacientes para apropiarse de sus bienes, ha sido despedido...”unas operaciones cerebrales que tienen como objetivo “cambiar la personalidad del paciente”, en palabras de los propios doctores que las practican”.*

Por otra parte y dentro del entorno occidental, la década de los ochenta supuso un cambio en la atención a los enfermos mentales que como consecuencia, generó una nueva situación caracterizada por su relación con la exclusión social y la pobreza. Estas consecuencias son descritas en el ABC del 30 de octubre de 1997, del modo siguiente:

*“EL CIERRE DE LOS PSIQUIÁTRICOS CONVIRTIÓ EN MENDIGOS A MÁS DE LA MITAD DE SUS ENFERMOS...Estos centros clausurados en 1984, nunca fueron sustituidos por Residencias. Gran parte de los mendigos que deambulan por nuestras ciudades son enfermos mentales. La Reforma Psiquiátrica de 1984 les dejó en la calle al decretar el cierre de los manicomios. Trece años después, la mayoría de estos enfermos viven de la caridad pública, y parece que no se encuentra una solución estable a su dramática situación. El abandono es tal que cada año algunos pierden la vida debido a las heladas de las noches de invierno. Según un estudio realizado por el doctor Luis Loren Torres, psiquiatra del Hospital Real y Provincial de Nuestra Señora de Gracia, de Zaragoza, el 65% de los mendigos de esta ciudad padecen trastornos mentales. Los más frecuentes son el alcoholismo (31%), trastornos afectivos (13%), esquizofrenia (10%) y paranoia (8%). Estos datos son extrapolables a la mayoría de ciudades españolas, tal y como demuestra la coincidencia de resultados con otros dos estudios llevados a cabo en Madrid y en Gijón.*

En nuestra Comunidad, que en la actualidad parece prototípica del mítico *Levante feliz*, los datos confirman las peores previsiones. Así, en el ABC del 17 de octubre de 1998, citando lo que este periódico llama *“las cifras de la vergüenza”*, se describe el problema del siguiente modo:

*“EL PORCENTAJE DE POBRES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA SUPERA LA MEDIA NACIONAL....CARITAS (autor del informe)...aboga por una mejor distribución de los recursos, que, según ellos, debía arrancar con un ataque a todos los factores que originan situaciones de penuria, como la imposibilidad de acceder a una educación básica, el desempleo, las*

*distinciones sexuales, el absentismo laboral o la discriminación por minusvalías y enfermedades.....otras medidas de erradicación de la pobreza como la prevención, tratamiento y seguimiento de adicciones, intervención en el ámbito judicial e intervención en el área de salud mental....”*

Es necesario considerar que la desinstitucionalización psiquiátrica ha supuesto una nueva situación para los enfermos mentales que a la vista de las noticias y las investigaciones al respecto, ha convertido al enfermo mental de un *excluido* encerrado, a un *excluido* social, indigente y desprotegido.

En la medida en que la iniciativa de lucro privado y el voluntarismo asociativo sustituye la iniciativa pública, *la pobreza* y la enfermedad mental empiezan a configurarse como un binomio indisociable que se expresa no sólo desde una pretendida etiología social de las enfermedades mentales sino también como su consecuencia más notoria.

Este conjunto *enfermedad mental-pobreza*, que sustituye al binomio anterior *enfermedad mental-psiquiátrico*, se configura como un fenómeno social que trasciende las fronteras nacionales y prefigura un nuevo mapa de la exclusión en el que la combinación de las enfermedades crónicas y la pobreza asume un creciente protagonismo.

*“TRASTORNOS MENTALES Y POBREZA..uno de cada cuatro casos de trastornos mentales en ciudadanos británicos está asociado a un nivel de vida bajo, según concluye un estudio realizado por doctores del Royal Free Hospital School of Medicine de Londres y de la Universidad de Gales en Cardiff.”*

*ABC, 29 de enero de 1998.*

*“EL PARO Y EL SIDA PRECIPITAN LAS ENFERMEDADES MENTALES CRÓNICAS....problemas de este fin de siglo, como el alto índice de paro, presente incluso en las sociedades más desarrolladas, y el SIDA, son factores que precipitan las enfermedades mentales crónicas, como la esquizofrenia y las paranoias crónicas...” -El País, 10 de mayo de 1998.*

*“EL 10% DE ENFERMOS DE SIDA DESARROLLA DEMENCIA...grave, que puede llevarles a síndromes maniaco depresivos e incluso al suicidio, según manifestó el psiquiatra José Catalán”*

*-Levante, 11 de noviembre de 1997*

Pero la exclusión, como contexto social en el que se desarrollan las enfermedades mentales, tiene otros rasgos definitorios a parte de la pobreza. Uno de esos aspectos es el rechazo institucional a la creación de recursos sociosanitarios por la presión vecinal, que no desea tener cerca de sus hogares este tipo de Recursos. Las razones de este *rechazo social* deben buscarse en las características negativas centradas en la agresión, que configuran la Representación Social de las enfermedades mentales.



Esto es evidente en el artículo de las Provincias, que reproducimos seguidamente:

*“El problema arranca de lo ambiguo del término, “como enfermos mentales pueden acudir al centro para su reinserción personas que pueden ser peligrosas para la zona”. “En estas barriadas tenemos cementerio, crematorio y ahora faltaba el centro para enfermos mentales.”*



Finalmente la protesta vecinal inclinó la actitud de las autoridades municipales y autonómicas y el Centro no se llevó a cabo.

El rechazo vecinal todavía fue más patente en el pueblo valenciano de Godella, que se negó a la permanencia de una clínica psiquiátrica que acogiera entre sus pacientes a trece reclusos, enfermos mentales, excarcelados por la reforma del Código Penal.

*“EL AYUNTAMIENTO INSTA AL JUZGADO DE PATERNA A QUE FUERCE EL TRASLADO DE LOS PACIENTES. EL TSJ ORDENA EL DESALOJO DE LA CLÍNICA DE ENFERMOS MENTALES DEL CONVENTO DE GODELLA...LOS VECINOS SALEN VENCEDORES EN SU LUCHA CONTRA LA CLÍNICA SAN ONOFRE...Así mismo, Serra (la alcaldesa), ha declarado que fueron duros los sucesos de aquellos días de junio del año pasado, cuando llegaron los enfermos y se produjeron importantes incidentes, pero que el PP ha actuado en todo momento dentro de los límites de la legalidad para intentar solucionar la situación de malestar que causó la*

*instalación de la clínica entre los vecinos”.*

*-Levante, 23 de mayo de 1997*

Aunque la batalla legal, aparentemente, sólo afectó a la licencia de actividades y construcción de la clínica, en cuyo tramite y a juzgar por las circunstancias posteriores, la actuación municipal no parece estar “dentro de los límites de la legalidad” como afirmaba la Presidenta de la Corporación, el telón de fondo apenas disimulado, en el que subyace la causa del conflicto, es evidentemente, el miedo vecinal a la agresión y a los enfermos mentales excarcelados.

*“Serra pudo negar la licencia a la residencia de enfermos mentales de forma arbitraria..LA FISCALÍA HALLA INDICIOS DE PREVARICACIÓN DE LA ALCALDESA DE GODELLA HACIA LA CLÍNICA SAN ONOFRE...los hechos que deberán ser juzgados se desarrollaron entre los meses de julio a diciembre de 1996...Mientras tanto, el traslado de esos enfermos a Godella, entre los que había 13 ex reclusos del establecimiento psiquiátrico penitenciario de Fontcalent (Alicante), desencadenaba airadas protestas y manifestaciones de los vecinos, que no los querían en el pueblo”...*

*-El Levante, 19 de noviembre de 1997.*

### **El Hospital Provincial de Castellón necesita camas para enfermos mentales**

La falta de camas en el Hospital Provincial de Castellón ha obligado a mezclar enfermos mentales con otros pacientes que no sufren este tipo de patologías, lo que ha despertado algunas voces de protesta dentro de este recinto sanitario.

Según fuentes de la Policía Local, ello ha sido debido a la gran afluencia de visitantes a las Fiestas de la Magdalena: “Algunas de estas personas padecen enfermedades mentales y, por este motivo, las internamos en la Unidad de Psiquiatría del hospital. No son peligrosas, pero es mejor que estén controladas por si generan algún problema en días en los que hay tanta gente por las calles”.

Esto, en palabras del médico psiquiatra de guardia, “ha provocado un incremento de los pacientes, que no cabían en las salas, por lo que los hemos redistribuido por otras dependencias del hospital”.

(Imagen 37) Las Provincias, 20 de marzo de 1998.

La presión vecinal de rechazo a los enfermos mentales se hace insostenible cuando al estigma de la enfermedad mental se le añade el hecho de pertenecer a la población reclusa, confirmando en el pensamiento social la relación entre agresión y trastornos mentales.

Los ciudadanos no desean cerca de sus casas Residencias, Centros de rehabilitación o internamiento, pero la cuestión es que tampoco desean a los enfermos mentales en las calles de la ciudad. El internamiento puntual es la solución para la ciudad de Castellón, al menos, durante las fiestas de la Magdalena. En un artículo, que haría las delicias de un psicoanalista, se nos informa que:

*“SEGÚN FUENTES DE LA POLICÍA LOCA.....debido a las fiestas de la Magdalena: “algunas de estas personas padecen enfermedades mentales y, por este motivo, los internamos en la Unidad de Psiquiatría del Hospital. No son peligrosas, pero es mejor que estén controladas por si generan algún problema en días en los que hay tanta gente por las calles”.*

*-Las Provincias, 20 de marzo de 1998.*

¿Sólo en las fiestas de la Magdalena necesitan los enfermos mentales hospitalizarse?, ¿La hospitalización sigue siendo un mecanismo de control?, ¿Activa la fiesta de la Magdalena, algún mecanismo, genético por supuesto, que desencadena una mayor peligrosidad social de los enfermos mentales?.

Estas preguntas nos causan cierta zozobra y perplejidad, pero la noticia es real. Conocemos como algunos psiquiatras se niegan a autorizar internamientos de enfermos y los problemas judiciales que se aducen. Pero sin embargo, al llegar la fiesta de la Magdalena estos problemas desaparecen y toda la población psicótica controlada por una policía local o loca o enloquecida, es ingresada en el hospital, en un internamiento *festivo* totalmente absurdo. Si los enfermos mentales son peligrosos, lo serán también cuando no haya fiesta y si se pretende proteger a los ciudadanos, habrá que hacerlo también fuera de las fiestas de la Magdalena y si no es

así, ¿A qué viene este ingreso masivo?. En nuestra geografía local (Jalance), aún quedan “fiestas de los locos” donde la locura subvierte por un día el orden social y reina a todos los efectos. Sin embargo, en las “fiestas de los cuerdos” y en la cotidianeidad de nuestras ciudades, el enfermo mental es excluido, rechazado o internado de nuevo de manera increíble y atropellada en las salas de psiquiatría de los hospitales generales. Pero sólo por un tiempo, un momento, que sirva de respiro familiar, de control social. Las dos principales funciones que en la actualidad cumple la hospitalización psiquiátrica.

De manera puntual y cíclica, nuestras ciudades engalanadas para fiestas populares, retoman el encierro de los locos. Como en el siglo XIV, en esta nueva época del *Decorum* urbano y humano, la locura sigue siendo algo que debe camuflarse, ocultarse, como un hecho que no encaja dentro de la modernidad y ante el que se reacciona con los viejos esquemas que la sociedad y las instituciones han practicado ancestralmente. Señal inequívoca de que la representación social de los trastornos mentales todavía no ha supuesto un cambio cualitativo en el pensamiento social, ni actuaciones reseñables más allá del empleo de la policía y el hospital psiquiátrico.

Otro aspecto fundamental del contexto social de las enfermedades mentales, viene dado por las relaciones que enfermos y familiares establecen con las instituciones de Justicia. Aunque como hemos visto, son los asuntos puramente procesales relacionados con la agresión los aspectos más definidos en Prensa de dicha relación, existen otros rasgos con menor presencia, aunque no menos importantes, que también tienen su reflejo en la prensa escrita. Entre ellos podemos citar los problemas de *incapacitación*, la excarcelación de enfermos mentales a raíz de los cambios en el Código Penal y las derivaciones sociales causadas por la ambigüedad de los diagnósticos y sus consecuencias legales sobre la inimputabilidad de las personas involucradas en tales hechos.

*“EL DEFENSOR DEL PUEBLO DETECTA IRREGULARIDADES AL INCAPACITAR A LOS INTERNOS DEL PSIQUIÁTRICO..el informe atribuye las disfunciones procesales al alto número de peticiones de internamiento.*

*El Defensor del Pueblo indicó que la nueva regulación dada por el Código Penal, debería haber sido acompañada y completada por la correspondiente normativa sanitaria y asistencial, de tal forma que se pueda coordinar la salida de estas personas de los centros psiquiátricos penitenciarios, con su ingreso en centros hospitalarios o asistenciales de la red pública, ya que en muchos casos estos enfermos carecen de familias de acogida”.*

Pero nos preguntamos, ¿A qué red pública se refiere el Defensor del Pueblo?

*“En principio se pensó en ingresarles en el Hospital Psiquiátrico de La Santa Faz, pero el rechazo frontal de los vecinos de esta localidad abortó el proyecto...la excarcelación obligó a un traslado rápido a la Casa de Reposo de San Onofre en Quart de Poblet, el ingreso de estos enfermos se realizaba de*

*manera provisional ANTE LA AUSENCIA DE RECURSOS HOSPITALARIOS PÚBLICOS DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA..a la campaña ciudadana en contra se le unió el requerimiento del juzgado de Quart, exigiendo el desalojo de las instalaciones..... el porcentaje de pacientes que resultan muy peligrosos para la sociedad después de haber cumplido su estancia en prisión es mínimo y oscila aproximadamente alrededor de un 10% de los pacientes externados”....”los largos periodos de internamiento de los pacientes no han contribuido a la correcta integración de los mismos en la sociedad civil...”*

*-El Levante, 20 de septiembre de 1997.*

Excluidos del entorno urbano, de las calles, y sólo aceptados temporalmente en las salas de psiquiatría, la situación de los enfermos mentales en las cárceles, tampoco resulta muy halagüeña. Una noticia fechada el 15 de octubre de 1998, en el periódico Levante nos describe una llamada de atención del sindicato UGT de la Administración Pública:

*“Cientos de enfermos mentales de la prisión Valencia II conviven con el resto de internos en una situación de riesgo para los funcionarios y para los propios enfermos, que por su debilidad, son objeto del tipo de abusos, propios del submundo carcelario. Según FSP-UGT, sólo en el centro de cumplimiento hay más de doscientos internos en esta situación, por lo que propone la creación de unidades específicas para atenderlos y el replanteamiento de los psiquiátricos penitenciarios...Según el sindicato, la salud mental debería tener un tratamiento, cuanto menos, similar al de los enfermos del SIDA, “pero claro, como en principio, esta enfermedad no se contagia con el mismo poder”, no se hace nada, dicen..”*

*-El Levante 15 de octubre de 1998*

Como vemos, la situación de los enfermos mentales, sujetos a un trastorno contagioso, aunque *“en principio, no se contagia con el mismo poder que el SIDA”*, no tienen hueco en las instituciones penitenciarias, pero tampoco parecen tenerlo fuera de ellas. Sin recursos sociales y sanitarios y rechazados por la población, son un colectivo condenado de por vida, no sólo a la cronicidad de su enfermedad sino también, a una endémica y persistente exclusión social, como si a través de ella, se pretendiera incluso su desaparición física. Otro de los problemas legales que afectan a las instituciones judiciales es el proceso de incapacitación e internamientos decretados o involuntarios. En este sentido, el Levante de 15 de enero de 1997, declaraba en sus páginas:

*“Las competencias, atribuidas al Juzgado de primera instancia nº 13, suponen unos 1.200 asuntos anuales. EL CGPJ CREA EN VALENCIA UN JUZGADO EXCLUSIVO PARA TRAMITAR INTERNAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS E INCAPACIDADES”*

Como vemos, los 1.200 casos de internamiento obligatorio e incapacitación dan una buena perspectiva de la magnitud del problema legal y de la multidimensionalidad de las enfermedades mentales, irreducible al tratamiento psiquiátrico de su patología y que describe reiteradamente, la conversión de problemas clínicos en problemas legales y a la inversa. La transformación de problemas legales en clínicos también resulta un hecho concreto, ya que otro de los problemas que inciden sobre la asistencia a los enfermos mentales proviene de los conflictos provocados por la desconexión entre Administraciones y la existencia de los derechos fundamentales de los enfermos mentales cuando estos se niegan a recibir tratamiento.

*“Algunos se niegan a recibir tratamiento y constituyen un peligro. SOLICITAN CAMBIOS LEGALES PARA CONTROLAR A ENFERMOS COMO EL HOMICIDA DE ENGUERA..El presidente de la Sociedad Valenciana de Psiquiatría. Adolfo Calle, reivindicó ayer la necesidad de cambios legales que otorguen a los psiquiatras la capacidad para ordenar ingresos de determinados enfermos mentales que se niegan a recibir tratamiento y que constituyen por ello, un peligro para sus familias y el resto de ciudadanos...”Existen ocasiones en que vemos que una persona ha de ingresar en un centro en beneficio de él y de la sociedad y no podemos hacerlo contra la voluntad del paciente...añadió que los jueces no pueden ordenar ingresos hasta que los enfermos no hacen algo, y entonces ya es tarde...”*

*-Las Provincias, 14 de octubre de 1997.*

De nuevo, el problema resaltado por los profesionales en el tratamiento a los enfermos mentales es el peligro que puedan acarrear, pero si no existiera tal peligro y dada su conciencia delirante, ¿No debería plantearse el problema de igual modo?. Por otro lado, es absolutamente falso que la psiquiatría no pueda promover este tipo de acciones.

La Ley General de Sanidad del 14 de Abril de 1986 en su artículo 10, apartado 6, regula el consentimiento previo del usuario ante cualquier tipo de intervención médica, a excepción de que:

- La no intervención suponga un riesgo para la salud pública*
- Cuando el usuario no este capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a la familia o personas allegadas.*
- Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar daños irreversibles o existir peligro de fallecimiento.*

Este artículo debe considerarse complementario al 211 del Código Civil, que especifica que el internamiento requerirá una autorización judicial previa, “salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la adopción de dicha medida”.

A las razones que pueden generar un internamiento forzado se unen las contenidas en la Resolución 1029/1994 de la Asamblea Parlamentaria

del Gobierno de Europa, que considera lícito el internamiento sin previa autorización judicial, cuando:

- Existe riesgo grave para el paciente o para los demás.
- Riesgo para el paciente derivado de que la ausencia de la medida pueda dar lugar a un deterioro de su salud.

Por añadidura, *Las Jornadas Psiquiátrico-Legales 2001 de la Consejería de Bienestar Social, Subsecretaría de Justicia y la Consejería de Sanidad*, ratificaban en su resumen final que los ingresos involuntarios obedecían a criterios médicos y requerían soluciones médicas, independientemente de su autorización judicial posterior.

No existe por tanto, un vacío legal respecto a quién debe iniciar un ingreso involuntario ni en que supuestos. La imagen que traslada el Presidente de los psiquiatras valencianos no es más que una pose, que trata de evitar la asunción de responsabilidades que de llevarse a cabo, colapsarían todos los recursos sanitarios en un breve periodo de tiempo. El precio de esta desidia profesional e institucional, es el motor que alienta la aparición de nuevos casos de auto y heteroagresividad, que en goteo continuo, van minando la salud de los enfermos mentales y sus familiares, en un círculo de agresividad y abandono que se retroalimenta y refuerza en cada una de las noticias sobre la agresión que los Medios difunden entre la población.

Por último, en este entramado médico legal, ¿Cuáles son los esquemas culturales, mejor dicho, cuál es la representación social con la que los abogados afrontan las psicosis funcionales?, para responder a esta pregunta es mejor dejar hablar a uno de los abogados del "juicio del rol":

*"< PSICOSIS> O <EL SILENCIO DE LOS CORDEROS>....Es la diferencia -explica Javier Saavedra, abogado de la acusación particular- entre Norman Bates, de "Psicosis" y Annibal Lecter de "El silencio de los corderos". El primero no sabe lo que hace cuando asesina y, cuando se da cuenta de ello, una vez superado el delirio, se ve muy afectado y se aflige. El segundo es perfectamente consciente de lo que hace, planea sus crímenes y no se duele de ellos. Este es el caso de Javier Rosado."*

*-ABC, 2 de Febrero de 1997.*

#### **6.2.5- Familia, Instituciones, Asociaciones, Profesionales y la Enfermedad Mental**

*-Las familias:*

La preocupación por la familia y por los colectivos de discapacitados, supone una de las prioridades de los últimos gobiernos democráticos valencianos.

Así, Marcela Miró, anterior Consejera de Bienestar Social del Gobierno Valenciano y que como consecuencia imagino, de su óptima labor en dicha Consejería, ocupa en la presente legislatura la Presidencia de las Cortes

Valencianas, declaraba el 1 de diciembre de 1997 en el periódico las Provincias:



(Imagen 38) Las Provincias, 1 de diciembre de 1997

“NUESTRA PRIORIDAD FUNDAMENTAL ES PROTEGER A LA FAMILIA COMO UNIDAD BÁSICA DE CONVIVENCIA”... debemos priorizar los que se encuentran en una situación más acuciante: Ancianos, menores abandonados, toxicómanos, discapacitados, deficientes mentales, etc...somos partidarios de que el Bienestar Social no esté en el Estado, ni siquiera lo reparta el Estado, es algo de la misma sociedad.”



(Imagen 39) Las Provincias 27 de agosto de 1998.

-Mi hijo es un loco, lleva un mes sin comer y me matará algún día....esta madre de Albal lucha desde hace años porque el Gobierno o quien sea se haga cargo de su hijo Pedro Antonio....sólo harán algo cuando mate a alguien..No lo podemos tener en casa, mis hijas están siempre asustadas y con miedo...su psiquiatra no quiere visitarlo en casa y nadie, ni el juzgado, me quiere ayudar para que mi hijo ingrese en un centro especializado, como hace la gente que tiene dinero en los centros privados...Mi hijo no es un enfermo mental, es un loco y hasta que no haya sangre no se lo llevarán....”

Esta madre, bien podría preguntarse, ¿Qué familia desea proteger la Consejera?. Desde luego a la vista de la permanencia de los acontecimientos, no se trata de las familias de los enfermos mentales. En ese caso, ¿Qué discapacitados deben priorizarse?. Tampoco parece que en esta ocasión se estuviera refiriendo a los enfermos mentales. Mas aún, ¿De qué calidad es la riqueza y el bienestar que se reparte por la sociedad?:



-El 84 % de las 800.000 personas que padecen en nuestro país una enfermedad mental crónica, vive en sus hogares al cuidado de sus familias.

-El 65% de los cuidadores de estos enfermos son sus madres.

-El 50% son amas de casa.

-El 26% de los familiares llevan entre 10 y 15 años cuidando al enfermo.

-El cuidado de estos enfermos requiere de un mínimo de 50 horas a la semana.

-El 32% de las familias tiene unos ingresos mensuales de entre 100.000 y 150.000 ptas.

-Por término medio se gastan alrededor de 30.000 ptas mensuales en cuidar al enfermo, sin contar la medicación.

Estos datos provienen de la FEAFES, con motivo del Día Mundial de la Salud Mental. Su Presidente, Francisco Morata subraya:

“Que uno de los aspectos más preocupante es el futuro de los enfermos cuando falten sus madres, que son quienes, en el 84% de los casos se encargan del cuidado de estos enfermos....Otro dato del estudio que llama la atención es que el 75,4 por ciento de las familias que cuidan a estas personas reconoce que su papel de cuidador ha afectado su estado de salud, y que el 21,6 por ciento admite sentirse aislado socialmente.

-ABC, 9 de octubre de 1998.



¿Socialización del Bienestar? o ¿Privatización de la riqueza y socialización de la pobreza?, en cualquier caso, demasiado serio para hacer demagogia familiar o minimizar su gravedad. La dificultad que entraña la enfermedad mental, no parece soportar la incoherencia entre los discursos huecos y la realidad, declaraciones de intenciones o proyectos de futuribles por mucho más tiempo:

*“LOS FAMILIARES CRITICAN A LA ADMINISTRACIÓN POR EL ABANDONO QUE SUFREN SUS HIJOS..ENFERMOS MENTALES, ESOS GRANDES DESCONOCIDOS...Era horroroso, explica Luisa, cuando entraba en crisis se ponía violento. Me pegaba y, como estaba descontrolado, se dedicaba a destrozar todo el mobiliario de la vivienda, recuerda. Esa fue la única razón por la que Luisa decidió que tenía que separarse de su hijo. Sin duda es la situación más dolorosa que puede vivir una madre. Separarse de la persona que más quiere....Para mí la Comisión de Tutelas es un engaño...en un año ni se acercaron por la casa donde vivía...además descuidaron por completo su medicación....Se cerró Bétera y se iban a crear centros alternativos. ¿Dónde están?. Dicen que tienen los planos pero que yo sepa los enfermos mentales no pueden vivir en el interior de un boceto..”.*

*-Las Provincias, 18 de agosto de 1997.*

En las cartas al Director del diario El País y bajo el título de MADRES DE ENFERMOS MENTALES, leemos:

*“La Administración pública no ha planificado ninguna intervención para evitar que se deterioren hasta convertirse en enfermos crónicos...muchas familias están padeciendo situaciones dramáticas y desesperadas como consecuencia de la total falta de recursos que cubran las necesidades de asistencia domiciliaria, residenciales, de ocupación y trabajo y de ocio y tiempo libre....ESTAMOS ANIQUILANDO EL ÚNICO SOPORTE QUE TIENEN LOS ENFERMOS Y ENFERMAS MENTALES DESDE 1986: SU FAMILIA.*

*.. Por todo esto, creo que ha llegado la hora de romper silencios personales, familiares y profesionales. Denunciar y exigir con contundencia una solución en todos los foros y niveles que sea necesario.*

*Madres de enfermos y enfermas mentales, nosotras asumimos todos los cuidados y responsabilidades de por vida según dicen las estadísticas. Ha llegado la hora de dejar de sufrir calladas la cruz que nos han impuesto”.*

*-El País,22 de septiembre de 1997.*

En la portada del Levante de 27 de febrero de 1997, aparecía una pequeña reseña en la parte inferior izquierda de la página:

*“UN PADRE ALERTA AL JUEZ DE QUE SU HIJO ES PELIGROSO...un vecino de Valencia ha alertado al juez mediante un escrito que su hijo esquizofrénico es un peligro para los ciudadanos, ya que se ha vuelto violento lleva un hacha y suele comprar cuchillos. El padre se declara impotente para controlar a su hijo...el padre reconoce que a pesar de los reiterados ingresos*

*en la unidad de psiquiatría del hospital Doctor Peset “ha entra en un estado de gravedad y tiene un carácter violento y agresivo, ya que se niega a tomar la medicación...En la actualidad la familia vive en un callejón sin salida, ya que no tiene recursos para pagarle una residencia privada y la Administración carece de centros para alojar a estos pacientes....Mi hermano es víctima de su enfermedad y del sistema, porque no hay derecho a que cierren un psiquiátrico sin abrir otro. Ahora, los locos están sueltos por la calle y no pasan más desgracias por que Dios no lo quiere”.*

*-Portada y Pág.32 de El Levante de 27 de febrero de 1997.*

*“EL ENFERMO MENTAL RECIBIÓ UNA FUERTE PALIZA EN UN BAR DE SU BARRIO....EL JUEZ ARCHIVA EL CASO DEL PADRE QUE ADVIERTE QUE SU HIJO ES PELIGROSO..”*

*-Levante, 18 de marzo de 1997.*

Tanto el análisis cuantitativo como cualitativo de las noticias, nos advierten de algunas circunstancias que rodean la problemática familiar de la post Reforma y que consideramos necesario recalcar:

*-Las familias en general, no perciben la ayuda necesaria de la Administración, a la que consideran en parte responsable.*

*-Los órganos sanitarios y judiciales están colapsados y resultan ineficaces ante la falta de coordinación y la inexistencia de recursos.*

*-La familia y sobre todo las madres, se configuran como el objeto central de la heteroagresión familiar.*

*-Las familias no poseen medios para contratar recursos privados.*

*-La propia familia califica de violento y agresivo al enfermo mental que por lo general ha sido hospitalizado repetidamente y solicita claramente la existencia y reapertura de instituciones manicomiales o de régimen cerrado.*

El miedo que las familias sienten no es injustificado, sabemos que en los casos donde existe agresión, son las figuras familiares las que la sufren en primer lugar. Así en el Levante de 10 de octubre de 1997, leemos:

*“UN PERTURBADO MATA EN ENGUERA A SUS PADRES Y A UN AMIGO Y LUEGO SE SUICIDA....le habían diagnosticado esquizofrenia paranoide....LA MADRE TENÍA MIEDO.....Rosa se había quejado en alguna ocasión de que su hijo tomaba muchas pastillas” debido a los problemas psiquiátricos que padecía. En el pueblo si que se comentaba que el asesino tenía problemas de nervios”.*

*-El Levante, 10 de octubre de 1997. Portada y Pág. 18,19 y 20.*

Después de esta noticia, recordamos la incriminación de la madre de Albal, advirtiendo que “*sólo después de que haya sangre se haría algo por parte de las autoridades*”. Lo que sí parece claro, es que en aquellas familias en las que concurren circunstancias de mal pronóstico o no existen habilidades mínimas para manejar las crisis esquizofrénicas, en numerosas ocasiones, la agresión resulta una profecía autocumplida y esperada, sin que el goteo de muertes y asesinatos, aparentemente, sea suficiente para modificar o reformar radicalmente la atención a los enfermos mentales.

Las noticias que hemos seleccionado de la muestra, son sólo algunas de las que hubiéramos podido reproducir, pero en todas ellas, la situación que se describe nítidamente apunta sin duda, a la necesaria creación de un Ley de Salud Mental de ámbito estatal, donde de una vez por todas se fijen los fondos suficientes para la atención socio sanitaria, las competencias y responsabilidades en áreas como la Educación, Justicia, Trabajo, Sanidad o Servicios Sociales, así como la adecuada coordinación entre la Administración Local y Autonómica. Otra de las reflexiones que se producen en la lectura continuada de estas noticias, es lo que podríamos llamar “*el segundo error histórico institucional*”.

El primer error histórico de las instituciones en la atención a los enfermos mentales, lo cometió el anterior gobierno socialista al considerar de manera simplista, que la desinstitucionalización psiquiátrica se transformaría automáticamente en integración social, y que a lo sumo, serían suficientes los recursos generales, que en ese momento se destinaban a los minusválidos psíquicos. El error de la Administración actual, desde mi punto de vista, resulta de pensar que la población española va a generar recursos propios y a capitalizar Asociaciones, que a su vez, con una mínima ayuda presupuestaria, creen por sí mismas Recursos sociales de rehabilitación. La mentalidad estatista europea, está muy lejos de la forma de pensar anglosajona, y la estructura crediticia, administrativa y presupuestaria de nuestro país tampoco resulta favorable a este tipo de planteamientos un tanto pueriles (en dos años de seguimiento, sólo aparecen cuatro entidades bancarias con ocho referencias relacionadas con la discapacidad mental), por lo que las familias siguen esperando del Estado, una respuesta difícil de producirse, dadas las consideraciones ideológicas de la actual Administración, a la vez que esta, espera de una política meramente asistencial y economicista, la creación y gestión social de unos Recursos, que nuestro tejido social no puede producir.

Dejando al margen esta pequeña digresión sobre mentalidades y expectativas sociales y políticas, que el lector, espero me sabrá perdonar, es necesario recalcar un punto de especial interés. Una lectura en detalle de las noticias, nos informa de la diferencia entre *el enfermo mental* y *el loco* (imagen 39). El enfermo mental psicótico cuando alcanza la máxima expresión de agresividad incontrolable, “*no es un enfermo mental, es un loco*”. Por otra parte, en ocasiones, el enfermo mental sí resulta identificado socialmente como una persona con problemas “*de nervios*” (El Levante, 10 de octubre de 1997). Esto apunta a que el pensamiento social, dispone de diferentes imágenes para etiquetar la gravedad de las enfermedades mentales, que van desde la *locura*, siguiendo con la *enfermedad mental*, para terminar con el “*problema de los nervios*”.

Desde nuestro punto de vista, esta no es una representación que distinga entre psicosis y neurosis, ya que como vemos se aplican por igual al mismo síndrome. Sino que son categorizaciones que varían de acuerdo con *la proximidad de los agentes sociales al trastorno y la percepción de incontrolabilidad y agresividad con que este resulta percibido. Por lo que no estaríamos ante una diferenciación de síndromes, mentales/nervios, sino ante una gradación definitoria de la agresión para todos ellos.* Las psicosis, las neurosis o las psicopatías serían categorizadas a través de un continuo donde la locura es la máxima expresión de esa agresividad incontrolable, la enfermedad mental supondría un acercamiento y agresividad percibida, de nivel intermedio o difuso, y las enfermedades de los nervios, serían una categoría generada por un nivel neutro de agresión y propio de una lejanía suficiente del trastorno.

Utilizamos aquí el concepto de lejanía-proximidad, como lejanía emotiva, valoración actitudinal que se deriva del efecto directo sobre la vida y la identidad de las personas, como consecuencia de la intensidad y duración de su relación con los trastornos mentales. Por lo que la posición social ante las EM y la cercanía actitudinal de las personas ante las mismas, se convierte en un factor de diferenciación personal en la expresión de las Representaciones Sociales, así como un factor individual que incide en su variabilidad, modificación y desarrollo.

#### *-Las Asociaciones de Familiares:*

Son una de las instituciones características y genuinas del paisaje social posterior a la Reforma Psiquiátrica y la expresión más fiel del modelo de intervención comunitaria. No sólo porque suponen una iniciativa de carácter asociativo, sino porque realmente generan en este campo, la expresión social del control a las Instituciones públicas, así como la solicitud constante de creación de recursos sociosanitarios de rehabilitación e integración social. En el ámbito estatal, FEAFES supone la federación de todas las asociaciones de las autonomías del Estado, y a nivel autonómico FEVAFEM encarna ese Asociacionismo para toda la Comunidad Valenciana.

Sabemos, a partir del análisis cuantitativo, que son dos las características fundamentales de sus actividades. En primer lugar, la *solicitud de Recursos* a las diferentes Administraciones y en segundo lugar, el *control en la gestión pública* de las Consejerías de Sanidad y Bienestar Social. Al menos, estas son las perspectivas que nos ofrecen de manera señalada, los artículos de prensa que forman la muestra.

*“LOS FAMILIARES DE DISCAPACITADOS DENUNCIAN QUE EL GOBIERNO HA INCUMPLIDO LOS ACUERDOS PARA CONSTRUIR SIETE CENTROS...LA GENERALIDAD DESVIÓ SESENTA MILLONES DESTINADOS A UN CENTRO DE ENFERMOS MENTALES A OTRAS PARTIDAS....Desesperanza. Con esta palabra resumió el presidente de la Federación Valenciana de familiares de enfermos mentales (FEVAFEM), Fernando Ferrer, el sentimiento existente en este colectivo por el incumplimiento por parte de la Dirección de Servicios Sociales de la Generalidad de los acuerdos alcanzados en 1996 para la construcción en la*

*Comunidad de siete centros de rehabilitación e integración social (CRIS) de estos enfermos....el colectivo más olvidado de la Administración, concluyó.. (F.Ferrer)”.*

*-El Levante 31 de mayo de 1997.(Portada y página 31)*

*“LOS FAMILIARES DE ENFERMOS MENTALES CRITICAN A GARCÍA MERITA...La Federación Valenciana de Familiares de Enfermos Mentales (FEVAFEM) ha criticado el desvío de los presupuestos de la Generalidad destinados a la construcción de centros de rehabilitación psico-social...que considera que estos enfermos y sus familias se encuentran en una situación dramática debido al “desinterés y discriminación” por parte de la directora general de Servicios Sociales, Maria Luisa García Merita....las asociaciones se verán obligadas al cierre de sus centros y servicios debido a la falta de liquidez económica como consecuencia del retraso de las resoluciones de ayudas.”*

*-ABC, 8 de junio de 1997.*

En estos artículos podemos apreciar, por un lado la preocupación por la construcción de nuevos recursos psicosociales (CRIS), el control sobre la gestión presupuestaria de la Administración y también la existencia de centros y servicios gestionados por las propias Asociaciones que se ven en la necesidad de cerrar por la demora de las subvenciones para el mantenimiento de estos recursos.

En las Provincias del sábado, 11 de octubre de 1997, podemos leer el siguiente titular:

*“LOS FAMILIARES DE LOS ENFERMOS MENTALES RECLAMAN CENTROS DE DÍA Y DE REINserCIÓN...El Presidente de la Federación Valenciana de Familiares de Enfermos Mentales (FEVAFEM), consideró que uno de los problemas de que la Generalidad no ponga en marcha el plan de salud mental es “la descoordinación entre las consejerías de Bienestar Social y Sanidad respecto a lo que son recursos alternativos a la hospitalización....FEVAFEM solicita a los representantes de los Medios de Comunicación que eliminen el estigma de peligrosidad que pesa sobre los enfermos mentales, ya que en la mayoría de los casos son personas totalmente pacíficas....Fernando Ferrer llegó a calificar la actuación de esta Residencia de Bétera de oscurantista...”*

*-Las Provincias, 11 de octubre de 1997.*

En el artículo anterior, se manifiestan dos elementos importantes y que son percibidos por el movimiento asociativo como problemáticos, consistentes en:

-La imagen que los Medios difunden sobre los enfermos mentales, ligada fundamentalmente a la agresión.

-La dificultad de desarrollar iniciativas legales y políticas por la descoordinación entre la Consejería de Bienestar Social y la Consejería de Sanidad, que se resuelve en la existencia de una situación de conflicto y ambigüedad en la asunción de competencias entre la atención médica sanitaria y la intervención psicológica y comunitaria.

### S.O.S. de una madre de una hija esquizofrénica

Soy madre de una enferma de esquizofrenia.

Os preguntaréis algunos qué es eso. Hace 6 años yo tampoco sabía lo que era esa enfermedad mental. Pero un día, ¡maldito día!, mi hija, que entonces tenía 17 años, empieza a sentir anomalías en su persona y a hacer cosas raras.

Buscamos a los mejores psiquiatras privados que nos decían y empezamos a gastar todo el dinero que habíamos ganado durante muchos años. Aunque cada visita nos costaba lo que se dice un ojo de la cara, no nos importaba porque nos daban esperanzas con sus tratamientos. Pasó el tiempo y viendo que no había mejoría, nos pusimos en contacto con una asociación de enfermos mentales (AFEM) y allí encontramos apoyo moral y nos asesoraron de cómo debíamos tratarla. Nos dimos cuenta de que no éramos los únicos padres y que no estábamos solos.

La asociación nos ayuda, ya que la Administración no es demasiado generosa. A veces las madres nos sentimos impotentes al ver que un día normal es para ellos un mes de deterioro y estas personas necesitan como todo el mundo que se les pongan los medios necesarios para reconstruir su vida.

Las familias hacemos todo lo que podemos y más, pero no es suficiente. Pedimos talleres ocupacionales, residencias... y las respuestas son siempre promesas. No hay centros para todos, las

listas de espera para optar a plazas de taller en las mismas asociaciones es de casi dos años, no hay actividades adaptadas para ellos en su entorno habitual.

Pedimos y no hay respuesta. Yo sólo sé que además de nuestra responsabilidad como familiares, también a la Administración le corresponde hacer mucho y ¿qué hace? Sólo promesas.

Por favor, a quien corresponda. Atenderlos antes de que sea demasiado tarde.

Pido a Dios que nos dé fuerzas a los miles de familias para poder seguir adelante.

Lola Oleaque (Massanasa)

(Imagen 41) Las Provincias, 30 de octubre de 1998

Junto a estos dos rasgos específicos, es necesario destacar el papel de las Asociaciones como primer contacto de las familias que sufren la enfermedad de algunos de sus miembros. En este sentido, en las Provincias de 30 de octubre de 1988, leemos como después de buscar ayuda médica, esta madre nos relata que *"Pasó un tiempo y viendo que no había mejoría, nos pusimos en contacto con una asociación de enfermos mentales (AFEM) y allí encontramos apoyo moral y nos asesoraron de cómo debíamos tratarla"*.

*"La Asociación nos ayuda, ya que la Administración no es demasiado generosa...Las familias hacemos todo lo que podemos y más, pero no es suficiente. Pedimos talleres ocupacionales, residencias...y las respuestas son siempre promesas."*

En este contexto, es necesario destacar una característica que sólo se percibe con la sutileza que proporciona haber realizado la lectura de cientos de artículos, pero que resulta visible en las noticias que hemos seleccionado en esta fase cualitativa.

Una particularidad consistente en el diferente lenguaje y actitud de las familias que afrontan la esquizofrenia a través de los sistemas sanitarios y jurídicos, frente a aquellas familias que han recurrido al Asociacionismo como soporte de apoyo social.

En las primeras, se observa un lenguaje inapropiado (aún en familias con un largo contacto con la enfermedad, he escuchado referirse a la esquizofrenia con términos como *la cristofenia*),

que incluso en ocasiones, resulta más exacerbado que el de la propia sociedad. Palabras como "loco" o "peligroso" e "internamiento", referencias a "enfermedades de los nervios", o el afrontamiento de la enfermedad como un castigo o condena insufrible, contrastan con el lenguaje de las familias asociadas, que por lo general manejan adecuadamente los conceptos de esquizofrenia, cronicidad, o centros de rehabilitación, observándose al mismo tiempo, como las quejas ante la Administración se transforman en actitudes críticas y orientadas a la demanda de Recursos. Esta riqueza proporcionada por las redes sociales, no se percibe profusamente en las noticias analizadas, pero está muy presente en toda la temática analizada a

partir de su contrastación. Este hecho, junto a la conceptualización del enfermo mental como un discapacitado que requiere una atención específica, resulta palpable en estas familias como consecuencia de la labor de las Asociaciones, generando con ello, las bases del modelo de Intervención Comunitaria en el impulso de sus objetivos más característicos:

*-Incidir sobre la enfermedad a partir de la intervención de las redes sociales existentes, (programas de psicoeducación familiar y grupos de ayuda mutua).*

*-Transformación de la frustración individual y aislada, en opciones de cambio de las instituciones sociales y los servicios públicos.*

Estos dos elementos, ejemplifican las diferencias entre el concepto genérico de intervención social y el de intervención comunitaria y unen al mismo tiempo, los dos enfoques que esta última adopta. Como servicio planificado o "interventivo" (*top-down*), y como potenciación de los sujetos a partir de las redes sociales existentes (*bottom-up*), al objeto de provocar un cambio individual, incremental o cultural (Sánchez, 1996).

Sin embargo las Asociaciones, al asumir la gestión directa de servicios, dada la inexistencia de los mismos, asumen también, la contradicción latente entre las iniciativas que promueven cambios sociales y aquellas basadas en la redistribución de la riqueza existente. Ya que mientras las primeras requieren liderazgo y generan conflicto, las segundas requieren planificación, aportación técnica y consenso social.

En la actualidad, parece que son los presupuestos autonómicos y su cuantía, el criterio diferencial que bascula la situación de uno a otro de los extremos mencionados, y con ello, arrastra la actuación de las Asociaciones a un papel meramente complementario a la gestión administrativa de la Administración, o bien, a una acción reivindicativa de cambio social de carácter más radical.

Por otro lado, la gestión directa de un número cada vez mayor de servicios, crecientes en su complejidad técnica y funcional, puede agotar las líneas de intervención basadas en la potenciación de individuos y de las redes sociales a través del apoyo, la autoayuda y la reivindicación social, verdaderos principios aglutinadores del movimiento asociativo. Si esto se produce, los requerimientos administrativos de las Instituciones Públicas y la pérdida de los criterios derivados de la "terapia comunitaria", pueden vaciar de contenido los Recursos sociales creados, haciendo que la pervivencia de su funcionamiento como "contenedores" sea más importante que sus contenidos, desarrollo y objetivos de integración social.

Otro de los elementos a destacar del movimiento Asociativo es la gran diversidad y fragmentación de entidades que de manera directa o indirecta se ven afectadas por los problemas derivados de la enfermedad mental. Hasta 94 asociaciones o entidades sociales diferentes con 366 referencias, se han contabilizado en el seguimiento de las noticias, lo que por otra parte, muestra un paisaje muy rico en cuanto a la interacción social, a la vez que ejemplifican como los trastornos mentales son de una indudable

importancia social, al afectar directa o indirectamente tan gran número de agentes sociales.

*-Las Instituciones Públicas:*

Son otro de los focos de atención que perfilan la acción de los agentes sociales en torno a la EM. Las Administraciones públicas han basado su actuación durante los años en que se ha desarrollado esta investigación, en generar un fuerte impulso en la creación de una red de centros de rehabilitación e integración social. En la mayoría de las ocasiones, la creación de estos recursos ha requerido de un esfuerzo compartido por la Administración, Entidades Bancarias, Asociaciones de Familiares y o Administraciones Locales. En este momento, existen en nuestra Comunidad siete Centros de Rehabilitación e Integración Social (CRIS), tres en Alicante (Alicante, Villena y Elche), dos en Castellón (Castellón y Vinaroz) y dos en Valencia ciudad, lo que suponen en torno a 600 plazas para la rehabilitación de los enfermos mentales, dentro de los recursos subvencionados por la Consejería de Bienestar Social. Durante la investigación, algunos de estos recursos no existían. Por ejemplo, los dos creados en Valencia comenzaron a funcionar en Diciembre del 2000 y abril del 2001, respectivamente. Por lo que las declaraciones institucionales todavía se refieren a proyectos, donde se destaca el impulso de la Administración actual frente al olvido y el desmantelamiento de las estructuras sanitarias del anterior gobierno socialista.

*“LA CONSEJERA DE BIENESTAR SOCIAL, Marcela Miró aseguró que la red de Centros de Rehabilitación e Integración Social para enfermos mentales (CRIS) cubrirá el vacío asistencial a estos pacientes en la Comunidad Valenciana, heredado del anterior gobierno”.*

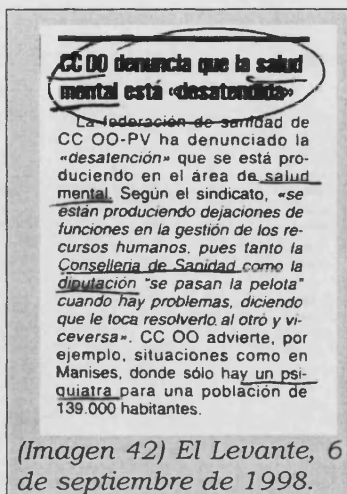
*-ABC, 18 de agosto de 1997.*

Los años transcurridos desde 1985 al 2000, son quince años de atascos, denuncias, retrocesos e iniciativas vacilantes que culminarán con la aparición en fecha tan próxima como Junio de 2001, del último Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana. En realidad, este último Plan supone la consecuencia lógica de la actividad institucional que se desarrolló durante estos años, y esta actividad, es la que preponderantemente refleja la prensa de ese período.

*“EL SÍNDICO DE AGRAVIOS CONSIDERA URGENTE UN PLAN DE SALUD MENTAL. LIZÓN DENUNCIA LA FALTA DE ATENCIÓN A MENORES Y ENFERMOS MENTALES..La recomendación del Síndico de agravios sobre el plan de salud mental se arrastra desde su informe de 1996. El informe recuerda los graves problemas que surgieron en las localidades de Quart de Poblet y Godella cuando el centro de San Onofre acogió a los enfermos mentales excarcelados de Fontcalent y denuncia “la improvisación y la falta de coordinación de las distintas administraciones ante una situación en la que existía sobrado tiempo para atenderla.-El País, 10 de junio de 1998.*



En ambas noticias podemos ver dos de las características que marcan la actuación de la Administración. En primer lugar, *la creación de recursos psicosociales*, sobre todo, la Consejería de Bienestar Social. En segundo lugar *la descoordinación en la tipología, funciones y competencias de los recursos* y de las distintas Administraciones implicadas en la atención a los trastornos mentales.



En la noticia al margen, es la sección sindical de sanidad de CC.OO., quien da la voz de alarma, calificando de "desatención y dejación de funciones" en la gestión de los RR HH para la atención a los enfermos mentales. Al mismo tiempo, se vuelve a señalar la descoordinación administrativa como causa de la no solución de los problemas, lo que permite que la Consejería de Sanidad y la Diputación Provincial "se pasen la pelota" de las responsabilidades.

*La descoordinación entre Administraciones, la creación de Recursos de integración social, las iniciativas políticas para la consecución de un nuevo Plan de Salud Mental junto con la defensa de las empresas privadas y su introducción en el sector*, son los cuatro rasgos distintivos de las actuaciones institucionales durante este período.



Este último aspecto, es resaltado sobre todo por la prensa progresista, ya que se encontraron ciertas ramificaciones, que de manera indirecta, relacionaban al Gobierno central conservador con la concesión de determinados servicios a una empresa concreta del sector.

En titulares destacados y en primera plana, el Levante destaca que para la gestión del Centro Específico para Enfermos Mentales de Bétera, se le ha concedido a EULEN, un contrato que ronda los 663 millones de pesetas. En la página 21 del mismo periódico, un artículo que ocupa toda la página, nos informa de que los contratos de la Administración con EULEN en esas fechas, suponen ya una cifra de 856 millones de pesetas.

Resaltando el aspecto político del hecho, el periódico nos informa de la amistad personal del propietario de EULEN con el Presidente del Gobierno y de la relación contractual que Jaime Mayor Oreja y su hermano tuvieron en el pasado con la citada empresa.

Esta, se defiende alegando sus contratos con autonomías socialistas y lo oneroso de mantener un recurso como Bétera con una plantilla de 33 personas y sólo 17 usuarios (los excarcelados de Fontcalent).

Por último, este diario señala como una residencia de Massanasa para disminuidos psíquicos pasó de manos públicas a EULEN por un procedimiento de urgencia, que el columnista señala como una concesión "a dedo".

La privatización de los servicios sociales especializados y la intervención en ayudas presupuestarias para el mantenimiento de Centros gestionados por Asociaciones, suponen la concreción de la política institucional en materia de atención a los enfermos mentales. Si bien, la socialización de los servicios públicos es una meta loable, la sustitución de la iniciativa pública por el lucro y el voluntarismo, en un sector en el que no existe un núcleo estable de servicios públicos al que la iniciativa privada complete, supone en la práctica, mayores problemas en la creación de un perfil homogéneo de los Recursos dependientes de la Consejería de Bienestar Social, dispersos entre empresas privadas y Asociaciones de familiares. Esta heterogeneidad en la estructura de plantillas, objetivos terapéuticos,



(Imagen 44) El Levante 15 de Abril de 1997

orientaciones empresariales y salarios, se concretó al año siguiente con los sucesos de Bétera y la destitución de la directora del Recurso.

Las vejaciones a un interno, de las que ya nos hemos hecho eco anteriormente, suponen "el despido de la directora del centro después de que ésta denunciara en Servicios Sociales un supuesto caso de vejaciones a un interno. La Generalidad ha defendido la acción de la compañía y, además, ha trasladado de centro a una de las empleadas implicadas en los hechos".

En el artículo se señala que a el jefe de los servicios sociosanitarios de EULEN -Luis Roldan- se le reconoció en una reunión interna la veracidad de los hechos, lo que motivó el despido de la directora (una A.T.S) y el traslado de la presunta responsable de la acción, una auxiliar -cuñada de Luis Roldan-.

COMUNIDAD VALENCIANA Levante

La empresa que gestiona la residencia de enfermos mentales crónicos de Bétera ha despedido a la directora del centro después de que esta denunciara en Servicios Sociales un supuesto caso de vejaciones a un interno. La Generalitat ha defendido la acción de la compañía y, además, ha trasladado de centro a una de las empleadas implicadas en los hechos.

Se denuncia en Servicios Sociales un caso de vejaciones a un interno

## Destituyen a la directora de enfermos mentales de Bétera

ALFONS GARCIA

La empresa que gestiona la residencia de enfermos mentales crónicos de Bétera, Eulen, ha despedido hace unas semanas a la directora del centro, G. I. C., después de que esta denunciara ante sus superiores y ante la Dirección General de Servicios Sociales de la Generalitat un supuesto caso de vejaciones a un interno. Así lo ha confirmado a este diario la responsable autonómica de este departamento, María Luisa García Merita, quien preside la institución de la compañía, que también ha trasladado de centro a una de las empleadas presuntamente implicadas en los hechos.

Según ha podido saber este diario, la ahora ex directora del centro denunció en noviembre ante el jefe de los servicios sociosanitarios de la empresa en Valencia Joaquín Roldán, que algunas situaciones le reprochaban en un resumen que «habían inspirado el culto» a un residente con la excusa del ruido. Se da la circunstancia de que este interno padece una afección degenerativa con inconsciencia de sus actos.

La consecuencia de estos hechos, considerados como «muy graves» por G. I. C., fue el traslado de una auxiliar «cuidada» de Joaquín Roldán a la residencia de ancianos de la Canyada, que también pedía en esta firma. Esta empleada negó haber cometido cualquier irregularidad en la citada reunión interna.

La directora, explicó García Merita, consideró que no se adoptaron todas las medidas oportunas, dada la trascendencia de los hechos y, por ello, los puso en conocimiento a finales de enero de la Dirección General de Servicios Sociales. Eulen, mientras tanto, decidió destituir de su cargo y después a G. I. C. al considerarla, según lo Merita responsable de lo sucedido. Como agravante, añadió que más de una institución se había quejado también de la gestión de la directora.

El titular de Servicios Sociales quitó hierro a los hechos denunciados y aseguró que no han podido ser probados. «La jefa de sección de enfermos mentales hizo dos visitas al centro y no detectó nada anormal, incluso el propio interno, que no está denunciado, negó que esas vejaciones hubieran ocurrido. Al final, la denuncia se quedó en lo que la ex directora ha dicho porque nadie lo ha corroborado. Yo, desafortunadamente, creo que no ha pasado nada», aseguró.

A la hora de buscar una explicación, apuntó la posibilidad de que se trate de rencillas internas o de un malentendido. García Merita indicó asimismo que, a su entender, ni se debería haber trasladado a una auxiliar a la Canyada, puesto que «se le ha hecho parecer culpable. Lo hicieron antes de echar a la directora, lo cual prueba la voluntad de eludir la responsabilidad», agregó.

Tras la salida de G. I. C., que es ATS, la empresa, cuya dirección en Valencia se negó a comentar estas incidencias, ha colocado en el puesto de directora a la que hasta ahora realizaba las funciones de psicóloga.



Entrada al recinto del psiquiátrico. Levante-EMV

(Imagen 45) El Levante 11 de Abril de 1998

Seguridad, la Psiquiatría y la Abogacía, los tres sectores profesionales de mayor relación con las enfermedades mentales. La calidad de dicha relación varía según su rol profesional. Sin embargo, la agresión supone de nuevo una característica constante de dicha relación.

paginas 20 y 29



El detenido había atacado a su madre.

## Cinco policías heridos al reducir a un esquizofrénico

Página 22

(Imagen 46) El Levante (Portada) 2 de abril de 1998.

esquizofrenia, arremetió contra ellos con un cuchillo de cocina que llevaba escondido..”

-Levante 9 de octubre de 1997.

En cualquier caso, la Consejería no abre un expediente informativo sino que confirma explícitamente la gestión de esta empresa. Aún en situaciones en las que se encuentra comprometida la calidad de la atención a los enfermos mentales, el apoyo de la Administración a la iniciativa privada, resulta una constante de esta etapa, en la que Bétera, vuelve a ser la tipificación paradigmática de las contradicciones sociales en torno a la enfermedad mental.

### -Los profesionales:

Ocupan el último análisis de los agentes sociales sobre los que ha versado el estudio cualitativo desde una óptica ecológica, donde la realidad es una construcción compartida por la acción de estos protagonistas sociales. Como sabemos, son las Fuerzas de

“PARA REDUCIRLO FUERON PRECISAS 3 INYECCIONES. UN ESQUIZOFRÉNICO HIERE A DOS POLICÍAS EN VALENCIA..El enfermo mental. Antonio O.C. de 39 años, convive con su padre, un hombre de avanzada edad, quién reclamó la presencia de una ambulancia al observar que su hijo se encontraba muy alterado. Cuando el equipo médico llegó al domicilio, los facultativos se vieron obligados a requerir ayuda policial, ya que el enfermo se encontraba “en estado de gran excitación y violencia”...Los agentes intentaron tranquilizarlo, pero el enfermo, con antecedentes de

La imagen 46, ilustra la continuidad de la actuación policial en las acciones que involucran a los enfermos mentales en crisis. Estas intervenciones son por lo general, simultáneas a la acción de los equipos médicos de urgencias. Los policías uniformados, el equipo y los vehículos médicos con sus luces destellantes, forman la imagen habitual que todo familiar recuerda de manera imborrable.

Pero no sólo son los familiares quienes quedan impactados por este despliegue necesario, también los vecinos asumen con perplejidad que algo serio y amenazante convive en su cercanía cotidiana. Por último, el propio enfermo dependiendo de su estado y al menos en las primeras hospitalizaciones, ve confirmados sus temores sobre conspiraciones contra él, en las que acaba involucrando a las fuerzas de seguridad, al personal médico e incluso al propio familiar que ha puesto en marcha tal dispositivo. Las consecuencias de todo ello, se plasman en el rechazo a la hospitalización y el tratamiento psiquiátrico, en una espiral de agravamiento y cronificación de los síntomas, o bien, el enfermo adquiere cierta experiencia en el autocontrol de su sintomatología mientras dura este episodio, para reactivarla de nuevo en cuanto se siente seguro en casa, después de una breve visita al hospital. Y es que el enfermo esquizofrénico aprende, de manera psicótica, ha manejar su enfermedad evitando lo que para él son amenazas y agresiones hacia su nueva identidad, que le proporciona borrar todas sus frustraciones junto con un omnipotente y delirante dominio sobre el entorno, no sujeto ya a las convenciones y limitaciones que obliga la realidad cotidiana.

En el personal sanitario, la relación alcanza matices diferentes y abarca un número mayor de roles profesionales, indicativo de una mayor amplitud de esta profesión con la problemática de las enfermedades mentales, en la que no siempre el enfermo es el agresor.

*“LE SOMETIERON A UN MÉTODO REVOLUCIONARIO DE RAYOS GAMMA. JUZGAN A DOS MÉDICOS ACUSADOS DE LA MUERTE DE UN JOVEN NEURÓTICO...El ministerio fiscal pidió ayer cuatro años y dos meses de prisión para dos médicos de Barcelona acusados de causar la muerte a un joven que fue tratado con un “método revolucionario” de rayos gamma para curarle la neurosis obsesiva...el doctor alegó que el riesgo era mucho menor que con una intervención clásica, es decir utilizar el bisturí y abrir la cabeza...el doctor aseguró que la operación fue muy bien, pero aseguró que “el cerebro actúa como le da la gana”. - El Levante, 5 de junio de 1997.*

Noticia sorprendente en todos los sentidos, tanto por los años de condena, como por calificar de clásica una intervención quirúrgica para afrontar un trastorno obsesivo y sobre todo, causa de perplejidad, producida al constatar que *“el cerebro actúa como le da la gana”*. Posición muy diferente a la reflejada en los Medios por los miembros de esta profesión, en situaciones más halagüeñas, y totalmente incoherente con la actitud de seguridad y firmeza con que se acomete el tratamiento de las bases orgánicas de los trastornos mentales.



(Imagen 47) El Levante, 3 de diciembre de 1997.

“Casi todo el personal que está en la unidad de psiquiatría ha sido lesionado”.

Tanto en el desarrollo de mi profesión como en mi condición de familiar de enfermo mental, siempre he tenido la percepción de la labor del personal sanitario y de las fuerzas del orden, como de profesionales implicados absolutamente en su trabajo, sólo de este modo puede explicarse su dedicación frente a la escasa dotación de medios de que disponen. De hecho, las salas de psiquiatría albergan hoy, por la penuria de recursos, enfermos cronicados y resistentes al tratamiento que se apartan del perfil correspondiente al enfermo

agudo para el que han sido diseñadas estas salas de psiquiatría.

Esto resulta confirmado por las propias auxiliares (imagen 47), que afirman: “Ni la sala reúne condiciones ni hay suficiente personal para atender a los pacientes..indican las trabajadoras lesionadas, quienes describieron la unidad como “una jaula” de 56 metros cuadrados en las que hay seis habitaciones con dos camas y cuarto de baño y comedor”.

“Los ideólogos de la Reforma psiquiátrica no han sabido conciliar la atención al paciente, el espacio hospitalario y la seguridad del personal de enfermería”.

Son por tanto, condiciones objetivas que contribuyen sin duda al rechazo de la hospitalización psiquiátrica por parte del enfermo mental.

La labor de los profesionales de la sanidad, que en ocasiones, son la única ayuda con que cuentan los enfermos y sus familias, algunas veces queda reflejada en los Medios. Así, en las Provincias del 12 de diciembre de 1998, en la sección “El Cabinista”, leemos:

“ GRACIAS AL HOSPITAL DE SAGUNTO...porque mi hijo estuvo en psiquiatría y es una gente maravillosa, estupenda, encantadora, las enfermeras, los psiquiatras, estupendos. No como lo que había ayer en La Primera de los psiquiátricos en el programa “Digan lo que digan”, soy una madre que tengo a mi hijo con esquizofrenia mental y mi hijo está muy bien gracias a ellos....”

Sin embargo, ha pesar de felicitaciones puntuales a los profesionales implicados en la atención al enfermo mental, podemos detectar que el rol que ocupa cada uno de ellos determina las características de su relación con los trastornos mentales.

Las agresiones a policías y al personal auxiliar de enfermería, nos hablan de dicha diferenciación. En la medida que el profesional tiene una cercanía mayor a la atención cotidiana de la salud mental. Lo que a la postre, confirma los trabajos mencionados hasta aquí, y que demuestran un repertorio de actitudes y conductas diferentes ante la enfermedad mental, dependiendo del rol profesional, cercanía al trastorno y formación académica recibida (Ayestaran, Arzac, Taboada, 1985; Dorbil y Benoit, 1999; López Ibor, 2000). Así mismo, es importante destacar que la insuficiencia del modelo de hospitalización, contribuye a simbiotizar la agresión y la enfermedad mental, lo que genera una demanda de soluciones jurídicas y de seguridad, aún entre los propios profesionales de la sanidad.

Una de las figuras profesionales de mayor relieve es sin duda, la figura del *psiquiatra*. Muchos de los doctores que hoy ocupan las cátedras de psiquiatría o puestos de responsabilidad en la red de hospitales públicos, vivieron e impulsaron la reforma psiquiátrica en nuestra Comunidad. Otros sin embargo, rechazan incluso la intervención psicológica paralela al tratamiento con psicofármacos o bien reducen la integración social a salidas puntuales de ocio o actividades deportivas grupales en el mejor de los casos. Algunos más, aplican decididamente programas de rehabilitación, sobre todo, la IPT de Roder (1995), muy cercano en su formulación inicial, a los esquemas de la etiología y rehabilitación orgánica y funcional, propios del modelo biomédico. Sin embargo, la aceptación de que la atención a la enfermedad mental, al menos en sus aspectos de rehabilitación e integración social, se desarrolle no ya fuera del hospital, sino fuera incluso del sistema sanitario, a través de prestaciones y servicios de Bienestar social, es todavía hoy una actitud incipiente y poco extendida. A ello contribuye sin duda, el escaso peso que tiene en el currículo académico la Psiquiatría Comunitaria, de naturaleza opcional en nuestras universidades; el escaso desarrollo de la Psicología de Salud y la falta de mejora suficiente en las teorizaciones de la Psicología Comunitaria. Si estas son variables de tipo cultural, no es menos cierto que el sistema sanitario carece de estructuras de media y larga estancia, así como de dispositivos de coordinación interna y externa, a la vez que la propia estructura de servicios sociales, con la que deberían coordinarse dichos servicios sanitarios, esta aún hoy por construir. Por ello, adquiere importancia relevante, no sólo la construcción de dichos recursos, sino también la elaboración y desarrollo de programas formativos compartidos entre la red social y la sanitaria para el personal de la futura red asistencial.

En cualquier caso, el desgajamiento de la EM de la red sanitaria plantea dudas en cuanto a las resistencias de los profesionales de la salud respecto a su estatus profesional, lo que augura no pocos conflictos de competencias. Esto, unido a los problemas de coordinación entre Administraciones, no sólo entre el área sanitaria y de servicios sociales, sino también en el ámbito local y autonómico, dada la autonomía municipal y la ambigüedad de las disposiciones en servicios sociales sobre la creación de recursos especializados para los enfermos mentales, dibujan un panorama poco halagüeño para el inmediato futuro.

Por otro lado, la situación de los profesionales contratados por las Asociaciones y empresas privadas, con una endémica inseguridad contractual y económica y los problemas de coordinación con el sistema sanitario, predispone a su aislamiento y a la fragmentación teórica y procedimental, que no hace más que agravar y justificar los celos que los profesionales de la sanidad, empiezan a abrigar sobre la pretendida eficacia de los Recursos sociales. Si dicha dispersión y descoordinación no resultan atajadas en el ámbito estatal por una ley de salud mental o al menos, no se afrontan con rigor desde el Plan de Salud Mental autonómico, quizás fuera preferible, que previo reciclaje formativo, la rehabilitación e integración social retornara de nuevo al sistema sanitario, único capaz de garantizar servicios públicos y atención continuada a los enfermos mentales y sus familias. En cualquier caso, la relación del psiquiatra con la enfermedad mental, se define a través de las relaciones que caracterizan al experto con el objeto de estudio.



En la fotografía, el presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Norman Sartorius, con el dedo levantado y marcando la dirección, a partir de la autoridad del experto, nos advierte que:

*“El 50% de las enfermedades mentales se puede prevenir”, mejorando las condiciones sociales, contaminación ambiental y la atención perinatal; abo-*

gando por terapias farmacológicas y técnicas psicoanalíticas para afrontar las enfermedades mentales (en EE UU, sólo los médicos pueden ostentar la especialidad de psicoanalista). Indicando que sólo el 5 ó 6 % de todos los síndromes de Alzheimer pueden explicarse genéticamente. Por último, en relación con la esquizofrenia señala que:

*“Las diferencias sin embargo, pueden estar en el tratamiento y la integración social de los afectados. Así, en zonas agrícolas es más fácil que el enfermo mental se integre porque puede realizar un trabajo de ese tipo, hecho que no ocurre en las zonas urbanas. Faltan todavía 20 años para que la salud mental deje de estar estigmatizada”.*

Como vemos, el Presidente saliente de la Asociación Mundial de Psiquiatría se muestra preocupado por la integración social del enfermo mental y el estigma social que agrava y transforma la enfermedad.

Paralelamente a estas declaraciones, López Ibor, presidente electo de la Asociación Mundial de Psiquiatría, nos recuerda la autoridad moral y aleccionadora del experto: *“La permisividad por el consumo de drogas a*

*umentado las enfermedades mentales. Añadió que esta actitud con las drogas "ha traído como consecuencia una patología que se deriva del abuso de sustancias, de la dependencia de las mismas y las complicaciones psíquicas y físicas que se derivan de esto, como el SIDA....las enfermedades mentales ligadas al consumo de drogas son las psicosis y la esquizofrenia, además de las demencias, que han tenido una especial repercusión entre los enfermos de SIDA."*

La etiología de la enfermedad mental obedece en parte, a una variable relacionada con la moral social: la permisividad frente a las drogas. El experto, advierte sobre las consecuencias de dicha actitud social: esquizofrenia, psicosis, demencia y SIDA. Es cierto que existen síndromes específicos que generan cuadros psicóticos a las personas que consumen drogas, también es cierto que dicho consumo, puede ser el detonante para la aparición de la esquizofrenia y que en el último año de su enfermedad y en estados terminales, entre los enfermos del SIDA abundan las demencias. En lo que expreso mi desacuerdo es en que dichos hechos se deban a una pretendida permisividad social. Creo que se puede defender, con argumentos igualmente sólidos, que es precisamente su prohibición lo que está generando la incontabilidad de sus consecuencias y la ignorancia sobre su gravedad. *La Ley Seca en EUA* potenció y reforzó la industria y cultura del alcohol. Quizás, la falta de control en la distribución de las drogas ilegales facilitan esa misma mitificación social para los estupefacientes. En cualquier caso, el hecho es que relevantes psiquiatras aportan en sus juicios profesionales, clasificaciones morales que relacionan *permisividad, drogas y enfermedad mental*.

Creencias morales, ética personal y juicio profesional, en una representación médico-moral de las enfermedades mentales que se trasmite a través de los Media.

En realidad, López Ibor tiene todo el derecho para realizar este juicio ético sobre las conductas sociales, aunque dichos juicios coincidan en parte con los criterios morales de una sociedad ajena a la nuestra como es la americana. En la que, en una encuesta de investigación (Borenstein, 1992), citada por el propio López Ibor (2000), el 58 % de los americanos encuestados consideraban a la esquizofrenia, como una consecuencia de la herencia, la falta de disciplina, el alcohol y las drogas.

En nuestro caso, sólo constatar como la psiquiatría en estos importantes aspectos, centra sus esfuerzos en la terapia de corte psicoanalítico y en los fármacos, impregnando todo ello, de un juicio moral ejemplarizante e implícito en sus juicios profesionales.

Aunque los intentos de aplicar la terapia psicoanalítica al tratamiento de las enfermedades mentales han resultado fallidas reiteradamente y han sido abandonadas por la psicología desde 1960 (ver el magnífico trabajo de Vallina y Lemos, 2001), paradójicamente, es la figura del psicólogo la que comúnmente es representada en prensa como relacionada con dicha técnica y los trastornos neuróticos.





(Imagen 49) El País, 3 de octubre de 1998.

**“VOY AL PSICÓLOGO, PERO NO ESTOY LOCO”.**

Este titular expresa claramente la relación actual de la psicología con las llamadas psicosis funcionales crónicas.

En el artículo, se nos informa sobre las afecciones que ocupan la labor de los psicólogos, **“Relatos referidos a conflictos de pareja, frustraciones laborales, estrés, problemas de aprendizaje e incluso a propósito de afianzar nuestra propia creatividad”.**

Fernando Chacón, Presidente del Colegio de Psicólogos de Madrid, explica porqué existe un aumento en la demanda de los servicios de los psicólogos: **“En los últimos cinco años la presencia de los psicólogos en los medios de comunicación aumentó muchísimo, y eso ayudó a que la gente tenga una imagen más correcta de nuestro trabajo”.**

A través de la opinión de diferentes expertos, la noticia desgana las causas más habituales para ir al psicólogo: **el estrés y la ansiedad**, los problemas afectivos y los trastornos de alimentación. En nuestra investigación la imagen del psicólogo responde a este perfil. Un perfil que considera ajustado el Presidente del Colegio madrileño y que implica una relación tangencial e indirecta de los psicólogos con las psicosis crónicas.

En realidad, la intervención psicológica se realiza en esta área desde una intervención privada, como profesional independiente y centrada específicamente en la intervención sobre **problemas de nervios**. De hecho, gran parte de los nuevos psicólogos que se incorporan a los Centros de Salud Mental, ambulatorios y hospitales, son restringidos a esta área de actuación o en el mejor de los casos, a la administración de test para confirmar los diagnósticos psiquiátricos de demencia. Es demasiado temprano para describir el impacto que puede tener la incorporación de psicólogos (PIR) al sistema de salud pública. Pero no cabe duda, de que la consecuencia más inmediata es la **medicalización** de la psicología, precisamente en un momento en el que resulta perentorio la **socialización** de la psiquiatría.

En cualquier caso, el sistema PIR se ve como un avance para aquellos profesionales que piensan haber ganado cuotas de influencia frente a la propia competencia interna en el campo de la intervención clínica. Sin embargo, muchos psicólogos sin el PIR, con gran experiencia en el campo de la rehabilitación psicosocial en los CRIS o los CEEM (Recursos tan novedosos que no pueden entrar en el plazo de homologación profesional contenido en el decreto PIR), están ya supervisando el programa de prácticas PIR. Legitimar dicha especialización, a partir de personas que no la poseen, no parece muy coherente. Tal hecho nos lleva a una situación equiparable a repartir carnés de conducir por examinadores que no lo tienen. Por lo que la intervención psicológica en la rehabilitación e integración social de las enfermedades mentales, se encuentra aislada en un terreno de nadie y extremadamente dependiente de un esquema interventivo restringido a los servicios sociales y dentro del área de la discapacidad mental. Esta circunstancia contrasta con una mención triunfalista, sin duda, lo más cercano que hemos visto a un texto propagandístico, en la página 6 del cuaderno informativo "Recull" del Colegio Oficial de Psicólogos del País Valenciano, de agosto de 2001, nº 115, donde se nos informa que:

*"El Colegio Oficial de Psicólogos del País Valenciano, ha participado activamente en la elaboración del Plan Director de Salud Mental y Atención Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana, consiguiéndose que se tuviera en cuenta dentro del mismo, una ampliación importante de las plazas de psicólogos, que deberán estar incluidos en los Centros de Salud Mental, potenciándose nuestro rol profesional en las reuniones mantenidas."*

Sin embargo, en el texto del citado Plan no se regula en ningún momento el número de plazas de ninguna categoría laboral. Por otra parte, las plazas correspondientes a la función pública, vienen determinadas por las leyes de presupuestos y las ofertas de empleo público subsiguientes, sin que exista tampoco, ninguna mención de algún acuerdo en ese sentido. De hecho, el texto no contiene ningún compromiso económico ni presupuestario de planificación en la extensión y temporalidad del gasto, a excepción de la promesa de finalizar su implantación en el 2004.

Pero la razón esencial por lo que traemos a colación este tema, es para evidenciar que el Colegio de Psicólogos no percibe ni menciona a sus propios profesionales que trabajan en los CRIS, CEEM o Centros de Día para enfermos mentales, a pesar de que dichos recursos sí que figuran en el texto del Plan. Y sobre todo, que la hospitalización de la psicología que anteriormente apuntábamos, produce a los ojos de este Colegio, "la potenciación del rol profesional" del psicólogo.

Aunque para la dirección de los recursos psicosociales de rehabilitación en EM, la Consejería de Bienestar Social exija la titulación de psicología, convirtiendo con ello, a estos profesionales, en una de las figuras centrales de la Reforma, resulta clarificador que los propios profesionales de esta disciplina, consideren su acercamiento a las estructuras sanitarias como legitimador de su rol profesional. En la práctica, esto supone "activamente" una renuncia explícita por parte de las organizaciones oficiales que aglutinan a estos profesionales de constituirse en agentes

sociales activos en la potenciación de un modelo de intervención psicosocial, a fin de generar un corpus de conocimientos teóricos homogéneo y objetivos multidisciplinares relacionados con la orientación comunitaria, para la terapia de los trastornos mentales. Renuncia que, sin duda, se relaciona con la presencia hegemónica y la estabilidad social y profesional que proporciona el modelo biomédico.

*La abogacía y la judicatura* son las dos profesiones que representan los aspectos legales de las noticias sobre enfermedad mental recogidas en los periódicos. Hemos visto como los abogados, no sólo se mueven en una realidad determinada por la agresión, sino que también, ellos mismos actúan como agentes sociales que a través de su profesión, generan o contribuyen a generar, una imagen concreta de los trastornos psicóticos.

No estamos diciendo que los profesionales *crean* la enfermedad mental, de hecho, no compartimos un determinismo cultural que niegue la existencia misma de la patología psicótica, al estilo de Foucault. Lo que decimos es que la imagen de los trastornos mentales, su representación, sí es una construcción social de los grupos e individuos que participan en dicho fenómeno, a través de la defensa de sus intereses y postulados profesionales. No deseamos introducir esquemas maniqueos ni enjuiciamientos morales, es más, pensamos que la gran mayoría de los profesionales y técnicos de los cuerpos de seguridad, de la sanidad y la abogacía, desean un cambio estructural y cualitativo de gran alcance. La descripción que hacemos se centra en poner al descubierto aquellas actitudes y orientaciones que suponen un reduccionismo monopolizador en la asistencia al enfermo mental y sus repercusiones sobre la gestación de ese pensamiento social, que en imágenes periodísticas, construye un aspecto crucial y socialmente muy difundido de la representación social de las enfermedades mentales.

En este sentido, señalamos que la estructura legal actual, genera conductas y actitudes en los miembros de la abogacía que alientan la relación entre agresión y psicosis, desculpabilizan las enfermedades mentales no psicóticas y psiquiatrizan la violencia social, potenciando con ello, un núcleo figurativo centrado en la agresión y por ende, su extensión como característica principal, al resto de los trastornos mentales. Recordemos que porcentualmente, el eje temático "*legal*" se sitúa ligeramente incluso por encima de "*agresión*", convirtiéndose con ello, en uno de los temas que los Medios reflejan con mayor profusión y asiduidad.

En la práctica, la acción de abogados y jueces no se reduce a los aspectos penales de las EM. Sin embargo, en el periodo elegido para la recogida de la muestra, sabemos, que las noticias que hablan sobre incapacitación o cambios legislativos, obedecen a referencias indirectas, o bien no son protagonizadas por los profesionales del derecho.

Por otro lado, al reflejar los contenidos de la agresión, también hemos visto las actitudes y opiniones de estos profesionales, su dependencia y manejo de los peritajes judiciales y sus declaraciones sobre las consecuencias legales y efectos de los trastornos mentales. Por esta razón, señalaremos aquí una noticia que gráficamente resume la relación entre la

desculpabilización de la violencia de género, la enfermedad mental, la etiología biológica y la acción de los fármacos.

*“UN ABOGADO EXCULPA A UN ASESINO ACHACANDO SU LOCURA A UNA ENZIMA. Mató a su amante mientras recibía un tratamiento para una rodilla. El Tribunal de apelación ha desestimado la petición de absolución de un condenado a 17 años por matar a su amante, en la que afirmaba que al cometer el crimen tenía alterado su equilibrio psíquico, por el aumento en el nivel de una enzima, la Creatina Kinasi. Los abogados basaban la petición de absolución en que recientes estudios médicos han desvelado que aumentos considerables del nivel de Creatina, pueden estar relacionados con diferentes psicosis. Los defensores estaban convencidos que cuando Ortolina mato a su amante se encontraba al menos, “medio enfermo de mente”. Un psiquiatra del Hospital de Milán, que mantiene que la CPK no puede ser considerada como la causa desencadenante de una alteración psíquica”.*

*-El Levante, 11 de enero de 1997.*

El caso de la “enzima asesina”, materializa la conducta profesional de buscar el eximente a través de la argumentación de las enfermedades psicóticas. Estas enfermedades son causadas por sustancias químicas, que tienen su origen en procesos patológicos naturales o drogas y fármacos sintéticos, lo que resulta suficiente para que, en caso de no poder negar la culpabilidad del cliente, al menos lograr su absolución o eximente. Pero lo más importante no es este hecho, que en realidad sólo es un ejemplo de las anteriores noticias que hemos analizado. Lo verdaderamente sorprendente es que para este abogado, la mera demostración de la existencia de una “medio enfermedad de mente”, es equiparable a la explicación de una agresión homicida. Aunque la CPK, creara estados puntuales de alteración psíquica, ¿Cuál es el argumento por el cual se evidencia que dicha alteración convierte en homicida a quien la padece?.

La actuación profesional que relatamos, contiene un hecho valioso de carácter práctico, ya que demuestra como se imponen a las relaciones intergrupales, las representaciones sociales de la enfermedad mental, a partir de la actuación de los profesionales involucrados en alguno de sus aspectos. Por otra parte, vuelve a confirmar que, precisamente, esa representación está estructurada a través del concepto de la *agresión activa del enfermo mental*, junto al que aparecen vínculos relacionados con el poder de los fármacos sobre la conducta; con la causación orgánica y lo involuntario; con lo incontrolable o ansioso; y materializado en ese lugar ignoto que es la mente de los sujetos.

Porque la verdadera locura está en la mente, no reside en el mundo del carácter o el de la personalidad. El órgano en el que reside la razón (debe haber uno), es el cerebro. Solo la afección de dicho órgano puede deslegitimar e incapacitar a una persona. La razón es lo que nos convierte en humanos y su falta, en locos; Aquino *dixit* y el Gobierno del Poder Judicial también:

**El Poder Judicial jubiló por incapacidad permanente a 26 magistrados en ocho años**

El Consejo busca mecanismos eficaces de medición y control de la salud mental de los jueces

El Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) ha jubilado en los últimos meses a los jueces por incapacidad permanente de 26 magistrados...



Mayoría de edad...

El Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) ha jubilado en los últimos meses a los jueces por incapacidad permanente de 26 magistrados...

El Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) ha jubilado en los últimos meses a los jueces por incapacidad permanente de 26 magistrados...

(Imagen 50) El País, 16 de agosto de 1998.

**“LOS INFORMES FAVORABLES OBLIGARON A LEVANTAR LA SUSPENSIÓN A UN JUEZ DE “PERSONALIDAD ANÓMALA”.**

El Servicio de Inspección comprobó que, en un juicio de divorcio, en lugar de admitir o denegar la petición de la esposa, de que un psicólogo emitiera un dictamen y explorara a una menor, el juez dijo ser licenciado en psicología y practicó ambas pruebas. En otros casos de sus juzgados, actuó como perito calígrafo....Entre otras irregularidades... mantuvo detenidas durante 24 horas a tres personas sin justificar porqué.....Uno de los médicos psiquiatras diagnosticó que en la exploración psicopatológica no se había producido ningún hallazgo que pudiera mermar su total capacidad en el ejercicio de juez de primera instancia e instrucción. Una psicóloga apreció en el juez rasgos marcados, pero siempre sin constituir anormalidad alguna. Un médico forense negó que el juez padeciera ninguna enfermedad mental... el juez lamentó que se cuestionara su capacidad y señaló que su único problema es “ser un modesto ajedrecista y un maratoniano popular”

-El País, 16 de agosto de 1998.

Sería ridículo que tener una personalidad anómala, fuertemente marcada por el ajedrez y la popularidad que da correr en el maratón, o ampliar las perspectivas profesionales hacia la psicología y el peritaje caligráfico, fueran causa para incapacitar laboralmente a un juez, ¡hasta ahí podríamos llegar!

Esta noticia, pone en evidencia que los problemas de salud mental, afectan a más personas que aquellas a las que la pobreza, la falta de metas, o las drogas condenan a la exclusión. Pero también, pone de relieve el trato diferencial de los diagnósticos psiquiátricos cuando el enfermo mental posee un estatus social elevado. Y esto no es una apreciación inferencial sino de la propia Inspección del CGPJ.

“Sáez explica así las dificultades que encuentra el CGPJ en los expedientes de incapacitación: El problema es que hay casos en que los médicos dicen que el juez no es incapaz, pero detectamos que no reúne las condiciones para enjuiciar”.

El mismo periódico, en portada, nos señala que “*existen notables dificultades legales para incapacitar a un juez*”. Y en la columna situada en la misma página 21, un abogado y ex diputado, nos dice que “*si Justicia somete a revisión a sus profesionales, los jueces se subirían por las paredes*”.

Paradójicamente, existen dificultades legales para incapacitar a los incapacitadores, sobre todo, si en el proceso topamos con un juez “*marcadamente*” psicoajedrecista. Pero lo fundamental, es como la prensa describe un trato diferencial respecto a los enfermos mentales, ya que como vemos, la enfermedad mental se tolera cuando es sufrida por personas con un rol profesional reconocido socialmente.

La frase “*ni payo ni gitano, sino loco*”, no tiene parangón ni réplica en “*ni médico, ni juez, sino loco*”. Realmente, suena tan mal la una como la otra, sin que por ello podamos evitar que la realidad de la enfermedad mental sea una construcción social diferencial, dependiente en parte de la estructura social, el rol profesional y la calidad emocional de la propia posición respecto al campo de tensiones que envuelve a los trastornos mentales. Y sólo para darnos cuenta que, en esa antinomia, pervive la edad Media y su categorización social, donde en un extremo está el loco, cercano a las *similitudes hominis* y a la ciega agresión inesperada o bestial, y en la otra, la normalidad, sin que en este razonamiento bipolar y esquemático que nos proporciona cierta segura distancia de la enfermedad mental y lo anormal, quepa un gran intermedio, donde sin excepciones, “*el cerebro puede hacer lo que le da la gana*”.

### **6.3-Conclusiones. Los sueños de la razón**

A lo largo de todo el análisis cualitativo, las imágenes del Larco Herrera nos persiguen de manera indeleble, conscientes de que su origen se encuentra en la reclusión y en el método bienintencionado de la caridad humana, pero también en las pretensiones de la razón científica, en el juicio ponderado y respetado de los que en un tiempo determinado, gozaron de la consideración de expertos.

Actualmente y como norma, esta actitud no es ya imputable a la ciencia, que trata, no de controlar la realidad, sino que modestamente aspira a acercarse en el mayor grado posible a la descripción de hechos que permitan asumir mayores cotas de conocimiento humano. Nos referimos por tanto, a las creaciones de la razón *instrumental*, aquella que se legitima moralmente por la eficiencia y la eficacia económica de sus resultados en resolver un *problema* social.

Llegados a este punto de nuestra investigación, nos planteamos las siguientes preguntas. Si la Administración fue sensible a las opiniones de una minoría de psiquiatras referente a la desinstitutionalización de los enfermos mentales en 1984, ¿Por qué no lo es ahora, para la creación de recursos sociales y sanitarios?. Si en 1984 se deseaba la integración del enfermo mental, ¿Porqué incluso hoy, el producto más sobresaliente de la Reforma es la exclusión y desamparo de los enfermos mentales?. Si el objetivo fundamental en la política de bienestar social es la protección a la familia y a los excluidos, ¿Por qué se consiente, como si fuera algo *inevitable*

y natural, las decenas de muertes “anunciadas” de mujeres, madres de personas con enfermedad mental?.

Michael Foucault (1972), nos advierte que la sociedad siempre busca colectivos a los que cargar la responsabilidad de los problemas sociales, actuando como pantallas sociales que legitimen un reforzamiento del poder económico, moral o político. La locura legitimaba a su contrario, el buen burgués. La reacción contra lo irracional, las pasiones desenfrenadas y la vagancia, legitimaron al ciudadano laborioso y al trabajo dignificador. Sin embargo, los argumentos de Foucault, similares a los de Marvin Harris (1991), para explicar la persecución de las brujas en la Edad Media, no aparecen en nuestro contexto, o al menos, los colectivos utilizados para esa función no son hoy los enfermos mentales. Nadie parece echarles la culpa de que la economía vaya mal, o de que nuestro coche se averíe, o de que nuestras mujeres no tengan hijos. Pensamos que el problema de la enfermedad mental en la actualidad, es precisamente ese, su falta de asignación de valor. La verdad es que el enfermo mental, no le *sirve* a la sociedad moderna, ni siquiera para excusarse de problemas y dificultades.

Su nuevo estatus de enfermo, tampoco le sirve a la Sanidad actual, centrada en el tratamiento ambulatorio para legitimarse como sistema necesario, sino que más bien, la deslegitima por el carácter crónico y recidivante de estas dolencias. Por último, el enfermo mental, no trabaja ni tampoco... vota.

Pero la *molestia* de la agresión sigue ahí, convirtiéndose en un problema de orden público de primera magnitud que provoca inquietud, miedo y alarma social. En realidad, no es la enfermedad mental lo que legitimaría una vuelta al Encierro, sino la agresión y la incurabilidad que *naturalmente* le acompañan. Si no les sirve la Seguridad Social y no pueden estar tranquilos en casa, ¿Por qué no les encierran?. Es por eso que las Administraciones están deseosas de volver a la institucionalización de los enfermos mentales. Una institucionalización formalmente diferente, pero que responsabilice a los propios familiares de los problemas inherentes a la contradicción de asumir Recursos sociales contenedores (al fin y al cabo, los familiares de las *brujas*, también pagaban los haces de leña de la hoguera y el convite subsiguiente de los inquisidores), con los mismos contenidos de incurabilidad, cronicidad, peligrosidad e imprevisibilidad de antaño, propios de enfermos irrecuperables, pero esta vez, bajo el ropaje de la modernidad y el reformismo. Desde esta óptica, las respuestas a las preguntas planteadas no pasan por contestar porqué no se abren más recursos sociosanitarios, sino ¿ Porqué se cerraron realmente los manicomios ?.

Antonio Espino, psiquiatra y coautor del libro *La psiquiatría en la España de fin de siglo*, nos da una respuesta convencional que todos los profesionales compartimos sobre la Reforma Psiquiátrica:

*“Aquí desde el principio, la reforma psiquiátrica tiene un componente ideológico muy fuerte y una gran radicalidad, porque está vinculada al mayo de 1968 y a la lucha antifranquista” (El País, 8 de noviembre de 1998).*

Es cierto que la Reforma fue iniciada por un gobierno progresista y los profesionales que la apoyaron coincidían en su mayoría con las tesis antifranquistas y de defensa de los derechos civiles. Pero, si obedecía a postulados ideológicos donde la institucionalización psiquiátrica debía ser sustituida por recursos sociales y sanitarios públicos, que protegieran el derecho a la salud de todos los ciudadanos, ¿Por qué no se ha dado esta sustitución?. Antonio Espino, reconoce algunas claves:

*“La Reforma psiquiátrica que debía abolir los viejos manicomios y sustituirlos por una red de atención sociosanitaria destinada a la inserción del enfermo mental, esta a medio camino”...*

*“El viejo manicomio ya no existe, pero los hospitales psiquiátricos se resisten a perder su papel central en la red asistencial y se ha iniciado un proceso de externalización de pacientes que no ha ido acompañado de la creación de una red suficiente de servicios asistenciales.”*

¿Por qué no se invirtió el ahorro producido en la amortización de camas psiquiátricas, para la creación de estos Recursos?, ya que estamos hablando de cifras nada despreciables:

*“En 1978, España tenía 41.942 camas psiquiátricas de internamiento, unas 100 por cada 100.000 habitantes. Según el informe del Defensor del Pueblo en 1993, la red de hospitales de día era de 7 plazas por cada 100.000*

*En 1996, mientras Cataluña se gastaba 2.500 ptas. por habitante en salud mental, el País Vasco gastaba 7.500. Ese mismo año Holanda gastaba 24.000. ”*

*(El País, 8 de noviembre de 1998).*

*“La Comunidad Valenciana tiene una de las tasas más bajas de todo el Estado en número de camas por cada 10.000 habitantes. Frente a 1,5 camas disponibles en Cataluña por cada 10.000 habitantes, la Comunidad se sitúa en una tasa del 0,7 ”. (El Levante 17 de Abril de 1997).*

Como vemos, el impulso institucional para la Reforma marcó rápidamente un ahorro en el número de camas hospitalarias, pero aún hoy sigue sin reflejarse en la creación de estructuras sociales y sanitarias alternativas a la Institucionalización psiquiátrica. No sólo el Hospital psiquiátrico sigue *“resistiéndose a perder su papel central”*, sino que en muchas Comunidades como Cataluña, *“Los viejos manicomios se llaman ahora psiquiátricos, pero siguen llenos de pacientes que llevan allí años” (El País, 8 de noviembre de 1998).*

La Reforma psiquiátrica fue impulsada para eliminar el gasto sanitario derivado de la enfermedad mental crónica. Lo que ha progresado de ella es el perfil desdibujado del abandono y la exclusión, junto con una incipiente reinstitucionalización encubierta que se reconoce en *la falta de estructuras alternativas, la persistente centralidad del hospital psiquiátrico y la falta de asunción de iniciativas políticas de rehabilitación e integración social.*



Ramón Noguera Hosta, Presidente del Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría, en el artículo citado de El País, confirmaba que ni siquiera es sólo un problema económico sino de decisión política:

*“El problema no es sólo de recursos económicos, aunque también. Los psiquiatras que impulsaron la Reforma tienen conciencia de cenicienta, porque la salud mental, salvo excepciones, no ha sido considerada prioritaria por las Administraciones”.*

No, los problemas de la Reforma no han sido la improvisación ni la falta de Recursos, sino más bien, la previsión y planificación sistemática de la eliminación de los recursos hospitalarios existentes y la no inversión en recursos sociales ni siquiera de la cantidad amortizada. De hecho, la política global de reducción del gasto sanitario a partir de la reducción de camas hospitalarias, continua en la actualidad.

El colectivo Lluís Alcanyis, en un artículo del Levante de 2 de Octubre de 2001, haciendo referencia a lo que ellos llaman la dilapidación del “patrimonio público sanitario”, nos informan que la Comunidad Valenciana está a la cola de dieciocho autonomías en el número de camas hospitalarias (3.1 por cada mil habitantes), y que entre 1995 y el 2000, el sector público ha perdido 300 camas en nuestra Comunidad.

Por otro lado, el primer Plan de Salud Mental de la Generalidad data del año 1991. A pesar de que en dicho Plan ya figuraba el objetivo de la integración social de los enfermos mentales, dos años después seguían sin existir ningún tipo de recurso sociosanitario en nuestra Comunidad. Sin embargo, eso no impidió que las camas psiquiátricas siguieran descendiendo a 7 por cada 100.000 habitantes en 1993 y hasta el 0,7 en 1997.

La ideología y la ciencia subliman de nuevo la razón *instrumental*. La Reforma psiquiátrica no sólo *servía* para reducir el gasto sanitario sino que además lo justificaba. Han pasado 16 años desde el impulso dado a la Reforma por la Comisión Interministerial de 1985 y todavía hoy el hospital psiquiátrico asume la centralidad de la atención al enfermo mental. Pero las contradicciones de esa política son ya palpables y cada vez más insoportables para enfermos, familiares y profesionales que se encuentran divididos y frustrados respecto a la valoración de la Reforma desarrollada.

*“Los especialistas se encuentran insatisfechos por la rehabilitación de los enfermos mentales”. ( Word Online. Salud 7.6.2000)*

*“El Consejo Europeo de Psiquiatría afirma que la sanidad mental en España es escandalosa y sangrante”. (Salud Digital. 8.6.2000).*

En este sentido el Dr. Beneyto, un profesional comprometido con la Reforma, explicaba en el mismo artículo:

*“De promedio en la sanidad pública española existe la octava parte de camas y trabaja la quinta parte de psiquiatras y la décima parte del personal de enfermería”.*

Este hecho incontrovertible marca la realidad de la asistencia en salud mental para todo el Estado:

*“Cáritas pide la urgente integración social del enfermo mental que carece de hogar” (El Día Digital. 6.8.2000).*

*“No hay Centros para los enfermos mentales crónicos en Alicante”. ( La Verdad Digital.8.9.2000)*

*“Que la Reforma no sea un simple lavado de cara” ( El País Digital, 30.1.2001)*

*“Crítica a los pocos Recursos en salud Mental en Cataluña” ( EL Mundo, 8.4.2001)*

*“Un maniaco depresivo puede estar 10 años sin diagnosticar según los expertos” (Madrid E.P. 29.5.2001).*

*“La falta de recursos sociosanitarios amenaza los objetivos de la Reforma Psiquiátrica”. (ABC. Sevilla, 10.10.2000)*

Incluso aquellas familias que sufren casos extremos, abogan ya por la reinstitucionalización de sus familiares. La sociedad tampoco ha mejorado la representación social del enfermo mental. Gabriel Inclán (Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco), reconoce que el estigma de los trastornos mentales es todavía hoy un problema sin resolver:

*“ Destacó que “la lucha fundamental es evitar la marginación y quitar esa imagen negativa que significan las enfermedades mentales. Es fundamental que seamos capaces de quitar el estigma que significa ser enfermo mental” (Europa Press.14 de septiembre de 2001).*

Esta categorización negativa y de peligrosidad, genera el rechazo a “tenerlos sueltos por las calles”, y provoca el miedo y la alarma social. Un concepto muy sensible para los poderes públicos. Este es el contexto social en el que podemos entender las directrices que en nuestra Comunidad emanan del Plan de Salud Mental aprobado en el año 2001 por la Generalidad Valenciana.

Los Planes de Salud Mental suponen una oportunidad para orientar la dirección de la atención sociosanitaria y de los Recursos destinados al tratamiento de la enfermedad mental. De hecho, como mínimo, deberían ser el compromiso público de la Administración sobre los límites y programación del gasto, los objetivos y el cronograma de las acciones emprendidas y la resolución de los problemas de coordinación interadministrativa. Los precedentes de este Plan, se remontan a 1995 en el que a raíz de las denuncias de un gran número de familias sobre la atención

a los enfermos mentales, Arturo Lizón, Síndico de Quejas o Agravios de la Comunidad Valenciana (cargo autonómico análogo al de Defensor del Pueblo a nivel estatal), instó de oficio a la Generalidad para que pusiera en marcha un nuevo Plan de Salud Mental que sustituyera en la práctica, el incumplimiento del Plan elaborado por la Administración socialista en 1991. Este Plan, aunque acertaba en las líneas básicas de la integración y la rehabilitación social, nunca dispuso de un desarrollo presupuestario mínimo, por lo que no se pusieron en marcha ninguna de las iniciativas que contenía.

Dos años después de la iniciativa de Lizón, el Gobierno valenciano presentaba un borrador para un nuevo Plan de Salud Mental. En su presentación al Pleno de la Diputación Provincial, la oposición (PSOE), lo calificaba de *"El Plan de salud mental del PP es una cataplasma llena de interrogantes"*. Señalando algunas de sus insuficiencias: *"graves, en materia de prevención, cuidados paliativos, tratamiento del dolor y formación del personal...nada habla de los enfermos crónicos ni de los catalogados como peligrosos, ni de cómo atender los problemas que estos generan en el entorno familiar". Otras patologías mentales como el alcoholismo o las drogodependencias son ignoradas completamente en el borrador..tampoco hace alusión alguna a las peritaciones judiciales.."*

-El Levante, 15 de enero de 1997.

El 17 de Abril de ese mismo año, el borrador del Plan todavía seguía siendo un proyecto a debate, hasta el punto que las Cortes valencianas por unanimidad aprueban una moción que instaba al Gobierno valenciano a que *"en el transcurso de 1997, presente el Plan director de salud mental"*. (El Levante, 17 de Abril de 1997).

El conseller de Sanitat destitue al responsable del programa, que sólo cuenta con una persona en plantilla

### Farnós rebaja de categoría el Plan de Salud Mental pese a un informe que destaca carencias asistenciales

**VALÈNCIA.** El conseller de Sanitat, Joaquín Farnós, ha decidido rebajar el rango al Plan de Salud Mental de la Comunidad Valenciana que el mismo defendió a su llegada a la conselleria y desde ese mes el ambicioso programa ha quedado relegado a una simple unidad de coordinación de salud mental, que depende de la dirección para la gestión de atención primaria.

Farnós ha tomado esta decisión a pesar de que la Comunidad Valenciana se encuentra por debajo de la media nacional en cuanto a cantidad de personal asistencial por paciente según recoge un reciente informe del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El estudio destaca que en esta comunidad autónoma existen muchas unidades de atención psiquiátrica, pero que éstas "sólo tienen muy malos datos de diagnósticos y perseguidos especializados".

El estudio del ministerio unido a la Comunidad Valenciana es los últimos puestos de España, junto con la comunidad extremeña y por debajo de Andalucía.

Este descenso de categoría de la salud mental, propugnado por el conseller de Sanitat, ha llevado implícita la destitución del anterior responsable del programa, Arlindo Zaragoza, que el mismo conseller ocupó como cargo de confianza para que pusiera en marcha esta iniciativa.

Los razones de su destitución no los conoce ni el propio afectado como manifestó el doctor Zaragoza a Levante-EMV. «Arlindo no me ha dado» expresó el psiquiatra a la prensa del porqué de su cese.

Al parecer, el motivo hay que buscarlo en la entrada en vigor del nuevo programa del programa de salud mental que a parte de ser remodelación cuenta con un funcionamiento al frente del mismo, responsabilidad que ha recaído en Alberto Domínguez, antiguo adjunto del ex director del plan.

La destitución de Zaragoza coincide con el propósito de la conselleria de eliminar del programa a las personas que no estuvieran vinculadas con la administración sanitaria. Se planteó el inicio de vinculadas con el doctor Zaragoza ya que el Plan de Salud Mental tenía una escasa plantilla con tan sólo dos personas.

En la actualidad, la plantilla de la nueva unidad de coordinación de salud mental sólo tiene un empleado, el propio Domínguez. De ese modo, también en la conselleria se cumple el diagnóstico que resalta el ministerio de «falta de personal asistencial».

Paralelamente al programa de salud mental, crease una comisión de psiquiatría que está formada por un representante de cada uno de las provincias de la Comunidad Valenciana y dos miembros de la Diputación de Valencia, que han trabajado en diseñar un programa comunitario de atención psiquiátrica para los dos millones de personas.

A la preparación de que se ha hecho cargo el responsable del Plan de salud mental, el subsecretario

**Joaquín Farnós.**

de sanitat Rubén Merges manifestó: «En un libro de libre de opinión, a una persona la nombro directamente el conseller» ha sido creado directamente por el propio conseller este departamento forman parte de sus competencias. Merges concluyó su comentario diciendo que «la gente está de por vida en un punto».

(Imagen 51) El Levante, 16 de Abril de 1997.

tenía una exigua nómina, con tan sólo dos personas. En la actualidad, la plantilla de la nueva unidad de coordinación de salud mental sólo tiene un empleado, el propio Domínguez". El Levante, 16 de Abril de 1997

Y aunque esta unanimidad, permitía abrigar buenos presagios, la verdad es que la oficina del Plan, que contaba con sólo dos funcionarios, veía reducida su plantilla a un sólo empleado justo el día antes de aprobarse dicha moción.

*"La responsabilidad (del Programa) que ha recaído en Alberto Domínguez...ya que el Plan de salud mental*

Después del borrador y de esta novedosa y revolucionaria política de Recursos Humanos, casi un año más tarde el Plan seguía siendo un proyecto. El 26 de marzo de 1998 (imagen 52), el Síndico de Agravios volvía a plantear la cuestión:

*“Lizón advierte que los enfermos no reciben la ayuda sanitaria y social a la que tienen derecho”.*

*“La situación de abandono y la inexistencia de recursos socioasistenciales de carácter público era tal, que las familias se veían avocadas a recurrir a instituciones privadas, hasta que se les acababan los medios para costearse este tipo de asistencia”.*



(Imagen 52) El Levante, 26 de Marzo de 1998.

*“Por todo ello, el Síndico considera que debe darse la máxima prioridad a la aprobación del Plan de salud mental, con el rango suficiente de vinculación jurídica y presupuestaria”.*

El Síndico ponía el dedo en la llaga, señalando *“lo que parece una disminución del impulso político que animaba su aprobación hace dos años”.*

Por último Lizón, abordaba uno de los rasgos fundamentales de la Reforma:

*“Mantener una adecuada y eficaz coordinación entre las dependencias autonómicas y entre las distintas administraciones con competencias en la materia, con especial incidencia en los niveles municipales”.*

Este mismo año, volvía a presentarse un nuevo borrador del Plan de salud Mental, que inmediatamente es descrito en el *Levante de 2 de mayo de 1998* del modo siguiente:

**“EL DOCUMENTO NO INCLUYE ESTIMACIÓN PRESUPUESTARIA NI LOS PLAZOS PARA LLEVARLO A LA PRÁCTICA. EL GOBIERNO HACE UN PLAN DE SALUD MENTAL POR DEBAJO DE LA MEDIA NACIONAL”...**

El periódico cita diferentes indicadores por debajo de la media nacional, en el marco del 2002, fecha contemplada en el propio Plan.

Objetivos del Plan 2002.	Media nacional 2002
5,2 psiquiatras por 100.000 hab.	5.4.

2,79 psicólogos por 100.000 hab.	2,8.
0,8 camas de agudos por 10.000 hab.	1,03.
1,75 a 2 camas de media y larga estancia por 10.000 hab.	3,79.

*“El Plan no incluye estimación presupuestaria ni cronograma de actuaciones, lo que a juicio de CC.OO. y N.I, resta credibilidad al Proyecto y lo deja en una mera declaración de intenciones”.*

Tres de las tres indicaciones que señalaba el Síndico quedaban por cumplir:

- Marco Jurídico del Plan.
- Dotaciones Presupuestarias.
- Coordinación entre Administraciones.

Realmente, si consideramos que un Plan tiene su razón de ser precisamente en estos tres aspectos, es difícil calificar positivamente el proyecto que se presentó en 1998. Por otra parte, la noticia incluía una advertencia de CC OO sobre la más que probable generación de problemas de coordinación entre la Consejería de Bienestar Social y Sanidad.

## **UGT denuncia que Sanidad quiere volver al viejo modelo de los manicomios**

J. C., Valencia  
 La Consejería de Sanidad, que dirige Joaquín Farnós, prevé construir tres centros hospitalarios —uno por provincia— de media y larga estancia para enfermos mentales, según consta en el nuevo Plan Director de Salud Mental. Ayer, desde UGT se aseguró que la intención de Sanidad es reabrir “manicomios provinciales, sin tener en cuenta los mandatos de la Ley General de Sanidad, en acercar la asistencia sanitaria a los ciudadanos e integrar los problemas mentales en la sociedad”. Según el sindicato la pro-

puesta de Farnós supone “apartar los problemas de la salud mental para que no lo sean”. La intención de Sanidad es atender en estos centros a los enfermos crónicos. El sindicato señala que la falta de atención a estos enfermos surge de la falta de presupuesto para poder atenderles. Al margen de las discrepancias sobre el Plan de Salud Mental, UGT también destaca que carece en la actualidad de estimación de costes y sobre todo de un planteamiento de financiación, no dimensiona con claridad los recursos humanos entre otras ausencias.

(Imagen 53) El País, 12 de agosto de 1998.

Dos meses después, en julio de 1998, se presentaba al Gobierno valenciano la propuesta del Plan, que era saludado por UGT, cuatro semanas más tarde, como un “Intento de volver al viejo modelo de los manicomios”.

El 29 de septiembre de 1998, en el periódico el Levante, CC.OO. se incorporaba a la crítica, señalando algunas de las carencias del Proyecto:

*“No establece prioridades de actuación... deja sin resolver el problema de integración de los servicios de salud mental de las*

*administraciones locales en una red asistencial única del SVS. Persiste la acción sanitaria y lo social por separado, sin articulación de los mecanismos que posibiliten la coordinación entre la Consejería de Sanidad y la de Bienestar Social, que impide en la práctica la atención sociosanitaria....No se mencionan para nada las fuentes de financiación ni la dotación presupuestaria destinada al Plan de Salud mental..”*

Gregori Sabater, firmante del artículo, califica el Plan de “contrarreforma” para reimplantar un modelo obsoleto basado en “disminuir el número de unidades de agudos en los hospitales generales y concentrarlas en menos centros con mayor número de camas, Crear tres unidades de media

estancia (entre 120 y 170 plazas), en las tres capitales de provincia ¿son los nuevos manicomios?. Centralizar las decisiones en las direcciones territoriales y no en las áreas de salud.. no se detecta una preocupación por evitar el deterioro progresivo y la cronificación, poniendo el énfasis en la rehabilitación una vez que se ha cronificado. Introduce la psiquiatrización de los sin techo...Por último Sabater, termina señalando entre otras consideraciones "que no se vuelva a un modelo asistencial hospitalocentrista y de concentración de servicios".

Así, el análisis cualitativo de la representación social que de la enfermedad mental difunden los Medios, no sólo señalan la preeminencia del modelo biomédico, sino también la reedición del viejo modelo manicomial, adaptado a una nueva realidad social y que formalmente se traduce en la falta de coordinación en el desarrollo de un modelo integral sociosanitario; La centralidad del hospital psiquiátrico; La concentración de decisiones en órganos administrativos (las Direcciones Territoriales), y no en criterios profesionales (Áreas de Salud); En la falta de compromisos políticos y jurídicos para la ejecución de inversiones públicas, y sobre todo en su expresión más notoria: *la práctica sistemática de la negligencia institucional*.

Si la enfermedad mental no se aborda como un problema cultural, legal, sanitario, educativo y social; si se reduce a la intervención sanitaria; si no participan las administraciones locales en la descentralización y mantenimiento de Recursos, el nuevo Psiquiátrico aparecerá en escena con todas sus viejas contradicciones, aunque quizás en esta ocasión los familiares y los profesionales le vean con condescendencia, o ya no tengan fuerzas suficientes para impedir que la razón económica potencie la aparición del nuevo monstruo con un rostro más amable que ya se perfila nítidamente y que a la postre, prolonga la exclusión social de los enfermos mentales.

**"LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL SE ESTÁ PLANTEANDO REABRIR HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS COMO EL DE BÈTERA para atender los casos absolutamente necesarios, según indico ayer Eloy Velasco, sub-secretario de Justicia. Velasco reconoció, en declaraciones a Radio Nacional de España, que ha habido otras épocas en**



(Imagen 54) El Levante, 30 de Abril de 1998.

las que el planteamiento era que la psiquiatría se debía acercar a los afectados y a sus familiares.

Sin embargo, aseguró que el planteamiento político ahora, es distinto.”.....el responsable de Justicia anunció que se está planteando reactivar grandes hospitales como el de Bétera..”

-Levante 28 de Abril de 1998.

El verdadero sentido de esta aparente contradicción, debe entenderse como el resultado de la parcialidad con que cada Administración defiende sus propias áreas de responsabilidad y dentro de un esquema que evidencia la necesaria intervención legislativa de la Administración Central en la ordenación de criterios y Recursos para la salud mental.

Sin embargo, el análisis cualitativo no sólo confirma las líneas generales que en la fase cuantitativa definían las representaciones sociales de la enfermedad mental, sino que además, apunta a que dicha Reforma se agotó en el mismo momento en que finalizó su principal objetivo: la legitimación de la reducción del gasto sanitario. De hecho, e independientemente de las intenciones declaradas de las diferentes administraciones, *el caso es que el desarrollo de la desinstitutionalización psiquiátrica ha conseguido hacer más verosímil y creíble para el pensamiento social, la imagen de peligrosidad y violencia de los enfermos mentales.*

Esta situación dura ya demasiado tiempo y se da con demasiada intensidad como para considerarla un “olvido o error”, es por el contrario, la plasmación práctica de una determinada política sobre la salud mental. Su producto cultural son imágenes que en la conciencia de las personas evocan al enfermo mental como un “enfermo peligroso”.

La *objetivación y el anclaje social de estas conciencias* individuales, forman, como diría Moscovici, la actual representación social de los trastornos mentales que esta investigación nos ha permitido describir parcialmente a través del análisis de su difusión por los Medios de Comunicación.



(Imagen 55).El País, domingo 8 de noviembre de 1998

## CAPÍTULO SÉPTIMO: Discusión y análisis de futuro

---

### 7.1 La iconología social

Cualquier ciudadano puede entender lo que significan conceptos como la religión, las actitudes o las ideologías, fácilmente se percibe su utilidad y todos estamos familiarizados con su significación y eficacia desde el uso que la cotidianeidad nos da. Sin embargo, pocas son las personas que perciben la noción de representación social. A diferencia de las anteriores formulaciones, expresamos su significado a partir de conceptos cercanos como estados de opinión, mentalidades, actitudes colectivas o imágenes, que no consiguen expresar el significado real que para las ciencias sociales obtienen las representaciones. Solo después de percibir que existen esas realidades simbólicas compartidas, que no son ideologías, ni religiones ni siquiera actitudes o imágenes mentales, el investigador social asume la importancia del concepto de representación, sin que pueda ya prescindir de él, en el análisis de los hechos sociales. Aún así, se percibe claramente la importancia de su valor, al mismo tiempo que se constata con preocupación la difícil descripción del concepto, entre los productos y los procesos sociales, entre lo individual y lo social, agrupando el símbolo y el significado en una misma construcción cognitiva no exenta de una carga valorativa que nos recuerda su valor emocional y también, que la asignación final de sentido depende del contexto social en el que se produce. Diferenciar y describir los productos simbólicos originados en la interacción social precisa de un método característico, que conciba la creación cultural como un conjunto de productos y procesos iconológicos o portadores de significado.

Panofsky (1979), el gran teórico del análisis de las imágenes y los símbolos del arte, nos recuerda la diferencia entre iconografía e iconología. El término *iconografía* hace referencia en el mundo del arte a la descripción de las relaciones entre formas y temas, para nosotros, esa relación se expresa entre categorías y temas. En el ámbito del arte, esta relación constituye la alegoría de una obra, en nuestro caso, esta relación determina las imágenes de una representación. La *iconología* por el contrario, es la asignación de significado a esa descripción relacional de regularidades simbólicas constituidas por las imágenes. Es la diferencia entre describir y entender, entre el análisis y la síntesis, entre la forma externa y el contenido latente, porque cuando se describen los símbolos y las imágenes de la humanidad, se describen también de manera indisociable, a los hombres y mujeres que las producen. Así, el cuadro de Da Vinci, *La última cena*, a nivel iconográfico, son sólo trece personajes envueltos en un tema sacro; Paso necesario para entender la representación, pero insuficiente. Solo cuando establecemos el significado de las relaciones entre categorías y tema, percibimos realmente lo que estamos viendo; la moral y forma de pensar de una época determinada, junto a los rasgos de una personalidad y una conducta individual. Así, el campo que estudia las representaciones sociales deviene en la orientación teórica y metodológica que profundiza en la iconología de las interacciones sociales, por la que las tendencias y



expresiones simbólicas compartidas, muestran el significado moral y normativo de las interacciones sociales en torno a un objeto significativo para la comunidad.

La metodología iconológica incluye una fase previa iconográfica de exploración y análisis de las regularidades categoriales, de las semejanzas y desigualdades significativas, para que en la fase iconológica posterior, recurramos a un análisis sintético, en cuyo proceso de reconstrucción percibimos el significado formado por todo el conjunto de imágenes representacionales, que en contraste con el estudio de los signos, no se basa en la convención social sino el contexto material y social en el que adquieren su significado.

El significado de la locura en nuestra sociedad, revela la moral, lo justificable, la normalidad de lo aceptable, cimentada en la *razón instrumental, práctica y cientifista* de una sociedad que subordina la comprensión de la salud y la enfermedad mental, al debe y al haber de un libro contable, en el que la agresión, es un dispositivo representacional que justifica el encuadre de los enfermos mentales crónicos en la columna del olvido y la irrecuperabilidad.

## **7.2 El método. Brujas e Inquisidores.**

Los antiguos teóricos del arte, llamaban a esa relación entre concepto y tema, que describimos como imágenes de la representación, con el nombre de: *invenzioni*. Esto nos recuerda el riesgo de validar esa tendencia social que existe todavía hoy, propia del romanticismo en que vivimos, que se manifiesta en la revalorización de lo subyacente, de la individualidad, los estados de conciencia, las creencias, y los sentimientos, como valores absolutos y verdaderos pilares de la realidad, a la vez que identifica el progreso y la tecnología como algo nefasto, que aparta a los seres humanos de su verdadera naturaleza y los introduce en una especie de *falsa conciencia* que hay que liberar a través del abandono de la ciencia y de la razón.

La gente es lo que ocurre en su conciencia individual, nos dicen los nuevos santones de este pensamiento débil, que relativiza los hechos sociales como un mero reflejo de esa conciencia particular. No existe para este nuevo idealismo postmoderno, ni verdades ni mentiras científicas, ni realidad material, solo relativismo social y estados de conciencia personal que hay que potenciar, recuperar, aflorar y extender, ya que piensan que solo cambiando primero las conciencias se podrá transformar la realidad.

La investigación social, desde este punto de vista se centra en la descripción no comprometida de los hechos sociales, o por el contrario, se subvierte el respeto a la validez y fiabilidad metodológica, confundiendo la necesaria coherencia del discurso que guía la investigación científica y que debe ser justificada, con la simple legitimación teórica de la subjetividad personal del investigador y de los sujetos sociales.

*Sin embargo, investigar es redefinir categorías o validarlas en su relación con las condiciones materiales en las que se desenvuelve el pensamiento social.* Foucault (1973), nos advierte de la subjetividad de la categorización de la realidad. Citando a Borges, en algunas de las categorías

que éste utiliza en su fantástica enciclopedia china, nos describe clasificaciones de animales como: *Aquellos pertenecientes al emperador, los innumerables, los sueltos, los fabulosos, los pintados con un finísimo pincel de pelo de camello...*, situándonos con ello, frente al problema de las categorizaciones sociales y científicas y la posible arbitrariedad de las mismas. En este contexto, los sujetos sociales pueden convertirse en una especie de inquisidores modernos, que al aplicar a la realidad, sus propios esquemas de pensamiento no solo encuentran *brujas* sino que al buscarlas, las crean, tanto en calidad como en cantidad. De hecho, los hombres de los siglos XV al XVII, encontraron quinientas mil brujas por toda Europa y con ello, conmovieron las conductas y las vidas de todo su entorno social. Esta clasificación, no solo afectó a aquellas personas estigmatizadas sino que también supuso la aceptación por todo el tejido social, de realidades que implicaban cambios de actitudes, conductas y atribuciones sobre los hechos que envolvían sus vidas y que en última instancia, servían para legitimar los poderes de esa época. Al mismo tiempo, la categorización social fortaleció un orden basado en categorías ligadas a la biología y a la moral, a partir de la pureza de sangre y a la limpieza de los propios actos. Así, durante ese mismo siglo XVII, la nobleza y el alto clero en que se dividía la sociedad estamental de aquel tiempo, relegaban a los pintores y escritores al rol social de artesano. Esto significaba una menor importancia social y el pago de impuestos y tributos, de los que estaban exentos los nobles. El rechazo de estos artistas a ese rol, ocasionaba un proceso examinador, en el que a través de *probanzas*, se determinaba una genealogía limpia y también una limpieza de oficio o profesión (Gállego, 1972). Si el artista probaba que no tenía ascendientes conversos o semitas y si su pintura siempre había tenido dignos comitentes, podía pasar del rol social de artesano a la de miembro de una Orden nobiliaria. El ejemplo más notorio de este proceso en nuestro entorno cultural, es Velázquez y sus intrigas para transformarse de artesano en artista, de gremialista en académico, de posibles ascendientes judíos a cristiano viejo (Pérez Sánchez, 2000). *Este verdadero cambio en la naturaleza humana a partir de procesos sociales*, era sancionado con la autorización de los poderes de entonces y conllevaba una nueva posición social y si se le permite la expresión, incluso un nuevo destino individual. De este modo, la categorización social no solo modifica la posición de las personas y los recursos de que va a disponer en su trayectoria vital, sino que también afecta la naturaleza y conducta de los seres humanos.

La aplicación de categorías para el conocimiento y ordenación de la realidad, supone en sí misma la creación de una ontología latente que no se percibe directamente de la realidad, pero que se introduce en nuestros esquemas cognitivos de pensamiento e influyen sobre nuestra conducta. Así la categorización social, crea esquemas de conocimiento, actitudes y representaciones que influyen la vida de las personas, incluso, aunque uno tenga el talento de Velázquez. Pero no podemos olvidar que *estas imágenes siempre tienen su encarnadura en las condiciones materiales que intentan legitimar, ya que a la postre, describen el orden moral de lo que es bueno para pensar, sentir y hacer dentro de esa materialidad.*

A veces, es la razón y la ciencia las que cambian las categorizaciones sociales y con ello, fuerzan la transformación de esa realidad material. Así,

en la Enciclopedia, Diderot y d'Alembert, en la referencia: *antropofagia*, especificaba: *Véase, eucaristía, comunión, altar*. La simple categorización en ese nuevo árbol del conocimiento que estaban construyendo, supuso una completa reordenación del saber y de la percepción de la realidad.

Muchos otros hombres de conocimiento han encontrado sus brujas particulares, también en el campo de la investigación de las representaciones sociales. Moscovici (1976) en su tesis doctoral, señala que uno de los aspectos relevantes de las representaciones sociales del psicoanálisis, es la pérdida del sentido teórico original de la libido, que no aparece como tal en su representación, generando con ello una disgregación de los conceptos de la teoría psicoanalítica y con ello la transformación de una teoría científica en una representación social:

*“Sucede que los valores dominantes de nuestra sociedad se oponen al reconocimiento de las pulsiones sexuales como fuerzas esenciales de la personalidad”....Si se elimina o niega la libido y su función, epistemológica o real...la teoría psicoanalítica se transforma en un conjunto de relaciones que pueden tener cierta autonomía y ocasionalmente, integrarse en otra concepción.... Sin la teoría de la sexualidad, el psicoanálisis se vuelve socialmente aceptable, y descartado este principio fundamental, el grupo procede a una reorganización de la topografía de los conceptos sobre la base que más le conviene”...(Pág.83).*

La observación de que sólo el 1% de los sujetos mencionaba la libido, es explicada por Moscovici como el hecho que posibilita la conversión de la ciencia en pensamiento social.

En 1934, Wilhem Reich escribía, estando todavía en Alemania, un pequeño trabajo que denominó *Materialismo Dialéctico y Psicoanálisis*. En la página 54 y 55 de su edición española (1974, Edit. Siglo XXI), podemos leer:

*“El psicoanálisis se hunde cuando no se adapta a la sociedad burguesa, es cierto, pero cuando se adapta experimenta lo mismo que experimenta el marxismo en manos de los socialistas y reformistas, a saber: perece por que se le mella, sobre todo por el desprecio del que es objeto su teoría de la libido”.*

Reich a lo largo de las notas a pie de página incluye en la transformación del psicoanálisis, por la desvirtuación de la teoría de la libido, a psicoanalistas como Adler, Jung o Rank, a los que después de etiquetar como secesionistas, los hace responsables de dicha transformación por su contribución a la reelaboración mermada de la libido, como concesión al orden burgués.

Precisamente, este es el núcleo de la explicación que Moscovici dará treinta años más tarde como característica estructurante de la representación social del psicoanálisis, para su transformación de teoría científica a pensamiento social, o lo que es lo mismo, la explicación de su *“adaptación a la sociedad burguesa a través del desprecio a la teoría de la libido.”*

Aunque no negamos que las personas encuestadas por Moscovici apenas describían el concepto de la libido, es evidente que la *interpretación*

de tal hecho, se fundamenta en las premisas ideológicas de Reich, al que Moscovici sin duda, tuvo acceso en las lecturas preliminares a su tesis doctoral. En este caso, el investigador francés encontró lo que deseaba encontrar.

En otras ocasiones, es el *canon* teórico autoaplicado, el que permite encontrar lo que se busca. Tal es el caso de Bourdieu (1997.b) y su radical estructuralismo. La utilización de conceptos tan queridos para él, provenientes de su propia reelaboración teórica, como son el "*habitus*" y "*el campo de tensiones*", que hacen desaparecer la voluntad y la conciencia individual, para transformar la actividad humana, la biografía personal, en "*un modo peculiar de envejecimiento de las redes sociales*" (*Ibid.* pp. 384-385).

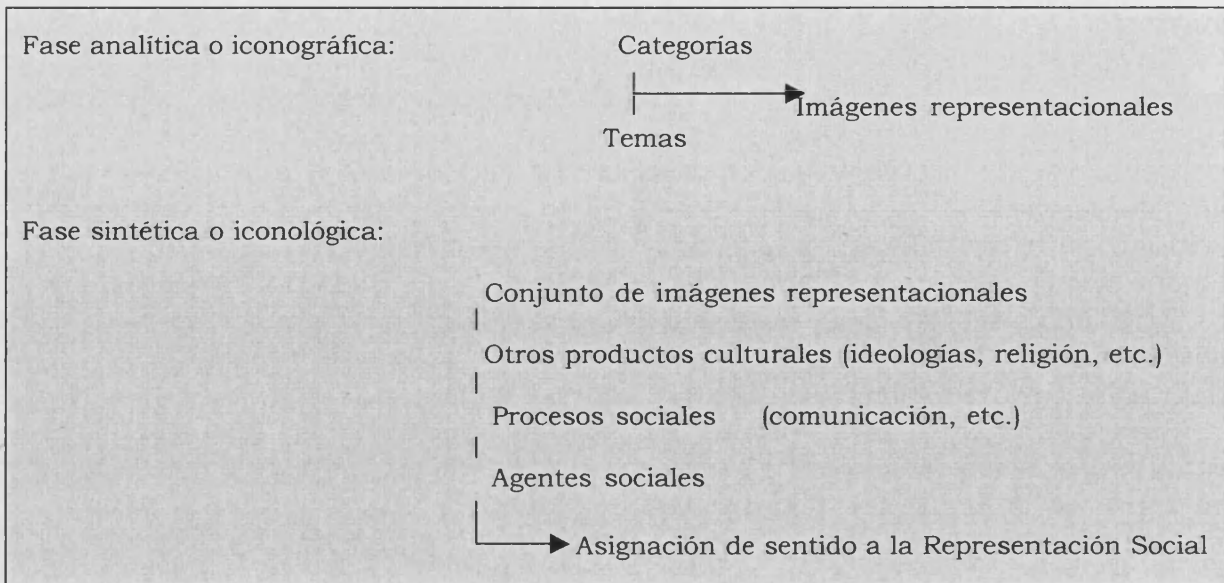
Pero en nuestro caso, no hemos buscado estructuras sociales ni conciencias individuales, sino que nuestro interés se centra precisamente, en definir los procesos sociales en las que se *objetiva* la conciencia individual.

Sin renunciar al compromiso de exponer las implicaciones de los resultados de la investigación, nos hemos dotado de una metodología que aúna tanto el enfoque cuantitativo como cualitativo en el análisis de los datos examinados, como único método capaz de conjugar la tensión entre teoría y hechos, entre la autorreflexibilidad y libertad frente al rigor y la coherencia (Rodríguez, 1989). Tampoco hemos escatimado el número de categorías a registrar, sin imponer previamente ninguna, a fin de reducir el riesgo de construcciones teóricas ajenas a la realidad de la prensa analizada. Las hipótesis de partida, poseen un rango lo suficientemente amplio como para orientar sin lastrar la investigación, ni generar características a priori que desvirtúen sus resultados, como es usual en aquellas investigaciones sobre las representaciones sociales, que a través de cuestionarios o categorías, imponen esquemas prefijados por los propios investigadores.

Sin embargo, nuestra posición de observadores, no es similar a la del lector de alguno de los periódicos de la muestra, sino a la de aquel que observa sistemáticamente, a fin de detectar regularidades, similitudes y diferencias a través de un método replicable. Por ello, la discusión de los resultados se refiere a un objeto social (la enfermedad mental), que trasciende las características de cada Medio analizado, sin que su especificidad pueda ser reductible a los contenidos singulares de cada uno de los periódicos de la muestra, sino a nuestra peculiar y metódica ubicación como observadores de la prensa escrita.

En nuestra investigación, nos hemos sentido más cercanos a una labor de reconstrucción dialéctica, crítica, diría Habermas (1973), en la que sin fijar apriorismos, damos fe de las imágenes que definen los trastornos mentales en los Medios de Comunicación. Por ello, cada noticia ha sido tratada como si estuviéramos leyendo uno de esos retablos medievales o polípticos, donde detrás de pequeñas y numerosas puertas se encontrarán imágenes muy expresivas por sí mismas, pero que alcanzan su verdadera comprensión en el propio proceso de observación del conjunto, cuando se relacionan entre sí y con la imagen central a la que nos conduce el hilo temático de la propia representación. Esto, nos alienta a pensar que las brujas que hemos encontrado no son específicas de nuestra investigación, no son *invenzioni*, sino que materializan realmente las creencias y

representaciones que forman el marco en el que se desenvuelve el pensamiento social respecto a las enfermedades mentales en la actualidad.



33. El método social iconológico

### 7.3 Discusión de las hipótesis de partida

El supuesto de partida de la investigación se centraba en los efectos de la Reforma Psiquiátrica y cómo los mismos eran reflejados por los Medios de Comunicación. De este supuesto inicial se derivan algunas suposiciones generales e hipótesis concretas que es necesario sintetizar en esta última parte de la investigación.

#### 7.3.1- La Reforma Psiquiátrica:

En este sentido, las variables analizadas sobre *temas, rol del enfermo mental e instituciones* implicadas en la Reforma, nos describen cómo efectivamente, la desinstitucionalización está teniendo efectos en la población, centrados en una percepción claramente sobresaliente del enfermo mental como un enfermo violento y causa de alarma social.

Fundamentalmente, los efectos de la Reforma se deben a su restricción a aquellos aspectos relacionados con la amortización del gasto sanitario, y la falta casi absoluta de inversiones en la red de asistencia sociosanitaria. La consecuencia más destacada de la Reforma se resume en:

*Una mayor credibilidad social en la peligrosidad del enfermo mental y la insatisfacción de familias y profesionales en el desarrollo de la Reforma, lo que genera las bases para una reacción de carácter institucionalizador.*

La representación social de los trastornos mentales se encuentra por tanto, enmarcada en la acción que las instituciones, grupos sociales e individuos adoptan en este marco concreto de relaciones sociales.

Una vez establecida una representación, el cambio de esas estructuras sociales no le afecta directamente, sino que esas nuevas estructuras y relaciones son interpretadas de acuerdo con la representación social vigente.

Este es el caso de los nuevos Recursos sociales, que tienden a ser considerados como un aspecto más de la atención paternalista a los discapacitados psíquicos o bien una nueva forma de custodia o control. Es así como sin variar el núcleo central de la representación, esta se nutre en su periferia, de categorías diferentes y en ocasiones contradictorias, que nos informan de los intereses, necesidades y conocimientos de los agentes sociales implicados en el proceso, y que ofrecen una imagen heterogénea del enfermo mental, que en este caso, se conectan con la apertura a un incipiente modelo de intervención social, la importancia del modelo biomédico y una fuerte presencia de la agresión, que predomina y estructura toda su representación.

Desde nuestro punto de vista, este hecho pone en entredicho los supuestos teóricos de la Reforma, así como el perfil y objetivos de los Recursos que se puedan crear en este contexto social. El desarrollo de la Reforma ha supuesto un agravamiento del estigma del enfermo mental, sólo matizado por su consideración de discapacitado y sin que ello suponga visiblemente, un cambio cualitativo de signo positivo en la comprensión de su rol social.

### 7.3.2-El núcleo estructurante de la Representación Social. La agresión:

La primera hipótesis que se ha visto confirmada por la investigación, consiste en el hallazgo de un núcleo central de la representación social de los trastornos mentales, en dos niveles diferentes de análisis.

Como contenido *temático*, la prensa analizada no posee un núcleo homogéneo sino un eje representacional definido por lo que hemos venido en llamar la *Triada Temática*, formada por los temas de Legal, Agresión y Sanidad. A la vez, como concepto estructurador del campo de representación, hemos encontrado en la muestra (el 50 % de las noticias describen sucesos violentos y sus repercusiones legales) y sin diferencias entre ambos posicionamientos ideológicos, a la *agresión* como elemento central de la misma.

Sabemos, que todos los periódicos, estructuran la información a partir de la difusión de este núcleo representacional y podemos afirmar que dicha representación en los Medios, se ve influida en su contenido por el ámbito de la tirada, donde los periódicos autonómicos se encuentran temáticamente más cercanos al binomio agresión-legal, mientras que la prensa de tirada nacional se acerca a sanidad-legal. Pero es el posicionamiento ideológico de la prensa analizada quien determina en mayor grado el papel del enfermo mental y define su relación con la agresión, al estar significativamente más cercana la prensa conservadora al rol de agente agresor, y la progresista a la de receptor de la agresión. Por otro lado, hemos podido distinguir una construcción social y legal de la misma, a partir de la actuación de los diferentes agentes sociales, que nos permite diferenciar entre la agresión psicótica y la agresión morbosa, aunque ambas suelen aparecer indiferenciadas en la prensa escrita.

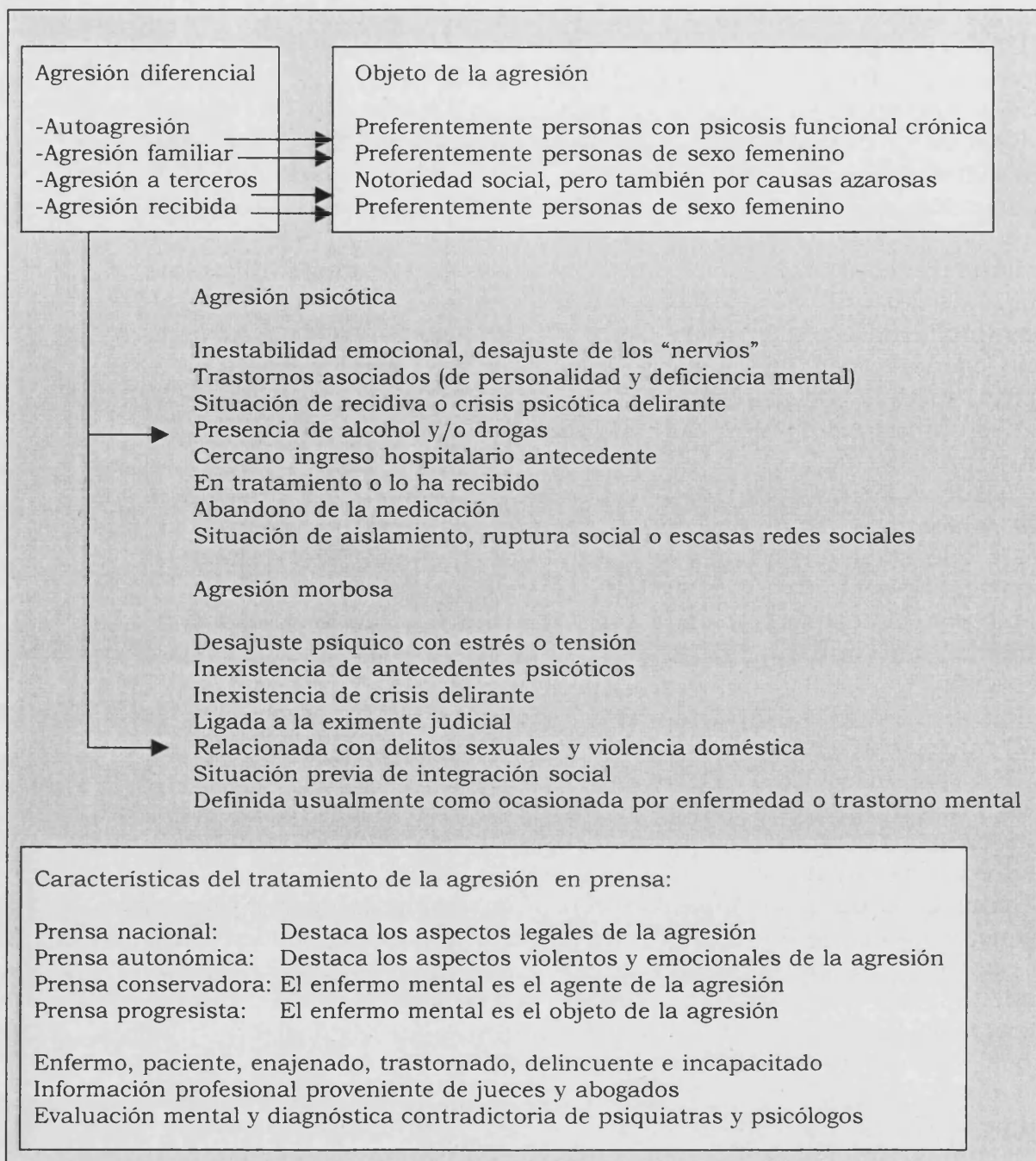


Fig. 34 Agresión y Prensa

### 7.3.3- La presencia del modelo Biomédico:

La segunda de las hipótesis de partida, predecía la presencia dominante del modelo biomédico, lo que también se ha visto confirmado.

La presencia del modelo biomédico es realmente dominante, y ello, se muestra claramente en las categorías definitorias de la enfermedad mental y en la intervención de las figuras profesionales analizadas.

La asiduidad con que la prensa refleja este modelo en la etiología, terapia, curso y sintomatología de la EM y a la persona con una afección mental, como un enfermo o paciente, describen a la enfermedad, la

hospitalización, lo biológico, los fármacos y al médico psiquiatra como uno de los conjuntos de categorías más definitorios de los trastornos mentales en los Medios de Comunicación.

- Enfermedad o trastorno mental
- Grave
- Crónica
- Causas genéticas y orgánicas
- Incurable
- Imprecisión en la descripción de su tipología, curso, sintomatología e incidencia
- Terapia basada en el dominio técnico y la eficacia de la farmacología como panacea, en la investigación demostrativa de relaciones causales y en el internamiento psiquiátrico
- Enfermo como paciente
- Información profesional médica y psiquiátrica

Fig. 35 El modelo Biomédico en la prensa

Es un modelo hegemónico, respecto al modelo de intervención comunitaria, pero no respecto a su importancia en la representación social, que de modo fehaciente se forma y estructura en torno a la agresión y sus correlatos legales. Sabemos por otro lado, que es la prensa con un posicionamiento progresista, aquella que lo refleja en mayor medida en casi todas sus categorías y que también, el carácter de la tirada, se relaciona con un mayor detalle en su representación, al utilizar la prensa nacional un mayor número de aportaciones de profesionales frente a un repertorio categorial menos definido y menos especializado de la prensa autonómica.

#### 7.3.4-La presencia del modelo de Intervención Comunitaria:

La hipótesis anterior, tenía su correlato teórico en la existencia de un modelo complementario o antagonista de la intervención psiquiátrica. En realidad, este supuesto estaba alimentado por nuestra pretensión inicial de comprobar la existencia de dos modelos científicos como estructurantes del campo de representación. En este sentido, la existencia del esquema dominante agresión-legal, desplaza este modelo, a una presencia cuya importancia no era la esperada al inicio de la investigación.

En este sentido, es cierto que hemos podido constatar la existencia de categorías que definen a las enfermedades mentales dentro de parámetros de la rehabilitación psicológica e integración social. También existe una imagen etiopatogénica de estos trastornos, que proviene del modelo funcional psicológico y que propugna causas sociales y externas en la aparición de las enfermedades mentales. Por otro lado, las asociaciones de familiares tienen un protagonismo apreciable como nuevos agentes sociales en la Reforma, que impulsan y representan la vertebración de la sociedad y los objetivos de potenciación de las redes sociales. Además, el propio enfermo mental es identificado y definido de acuerdo a tres enfoques diferentes; el enajenado, producto del modelo legal-agresión; el enfermo o paciente, originado por el modelo biomédico y el discapacitado, correlato de un enfoque de intervención social. Por último, al menos en nuestra Comunidad, es la Consejería de Bienestar Social la que asume un mayor protagonismo en la creación de Recursos de carácter social.



Sin embargo, frente a estos hechos, este modelo apenas resulta representado en el discurso de los profesionales que definen los trastornos mentales. La acción de las Asociaciones, todavía esta centrada en lo que podríamos llamar un tratamiento paliativo y de prestación de servicios a los familiares, donde la potenciación del enfermo mental como agente de su propia integración todavía no se vislumbra. Por lo que no podemos decir que exista un modelo de intervención comunitaria emergente, a no ser que reduzcamos dicho modelo, a la participación de las familias en la problemática social de las enfermedades mentales. Si lo hiciéramos así, sería difícil distinguir cualquier movimiento social de los movimientos comunitarios. Por otro lado, la categoría de discapacitado y excluido, como hemos visto en el análisis cualitativo, implica un trato que evoca la terapéutica de intervención social, pero no una emergencia en la potenciación de las redes sociales ni en la producción teórica o presencia de conceptos, que aun mencionando la integración social, puedan ser identificados como específicos de una intervención comunitaria significativa y novedosa en este campo.

- Enfermedad o trastorno mental
- Grave
- Crónica
- Causas sociales
- Posibilidad de curación
- Imprecisión en la descripción entre enfermo mental frente discapacitado psíquico
- Terapia basada en la integración social con carácter asistencial y voluntarista
- Enfermo como discapacitado, disminuido y excluido
- Información no profesional sino asociativa

Causas que dificultan la integración:

- Sintomatología
- Efectos secundarios de los fármacos
- Información generalista e imprecisa sobre la enfermedad y sus efectos
- Estigma social del enfermo mental, que se extiende al tratamiento psiquiátrico y a las familias.
- Insuficiente desarrollo de la Reforma Psiquiátrica

Fig. 36 El modelo de Intervención social en prensa

En el sentido que animaba nuestras hipótesis iniciales, y sobre la base de los resultados del análisis, nos parece ajustado confirmar la fuerte presencia del modelo biomédico, que a pesar de su preeminencia no define por sí solo a los trastornos mentales, compartiendo la definición en prensa de las afecciones psíquicas, con un conjunto de conceptos jurídico-legales definitorios de la agresión y sus consecuencias, y de categorías específicas de un modelo de intervención social, que aunque presente, no se caracteriza todavía por un perfil de actuación comunitaria.

### 7.3.5-La dinámica de la Representación social:

La tercera de nuestras hipótesis suponía una representación social en proceso de transformación, que aún integrando ambos modelos, presentara suficientes diferencias entre los periódicos de la muestra como para caracterizar una representación social en evolución.

En este sentido, la presencia de categorías propias de un modelo de intervención social –único elemento previsiblemente innovador respecto a las representaciones anteriores-, no tiene la suficiente significación ni cualitativa ni cuantitativa como para determinar que se ha producido una evolución de la representación social en ese sentido. Por lo que no podemos confirmar que la prensa analizada se mueva entre estos dos modelos, sino que más bien, las pruebas y análisis realizados en el apartado 5.3 y siguientes de la investigación, nos informan de una fuerte heterogeneidad de la representación de los trastornos mentales, si consideramos cada periódico de manera individual.

Las diferencias entre los periódicos forman binomios diferenciales entre los elementos de la *triada temática*, mientras que en sus categorías se detectan imágenes diferentes de distintas corrientes científicas, sin que las mismas se encuentren integradas. Es decir, que las categorías que forman el perfil diferencial por periódicos, no forman un cuerpo de significados coherentes, sino que en cada periódico se asumen, incluso de manera “incoherente”, conceptos como el de enfermo y agresor, discapacitado y peligroso, exclusión social e institucionalización, enfermedad y locura, etiología orgánica y también social, etc. Es así como realmente se le aparece al lector de cada periódico.

A partir de este análisis preliminar, hemos podido detectar aquellas categorías en las que las variables que definen la representación de la enfermedad, presentaban similitudes y diferencias, sobre la base de los modelos científicos con que se relacionan, constatando la presencia de factores unitarios explicativos de la varianza entre los periódicos analizados.

Por lo que en relación con nuestra hipótesis, podemos mantener que existen diferencias significativas entre los periódicos analizados en los conceptos y categorías que definen a la enfermedad mental. Pero este cambio, sucede en la periferia del núcleo representacional. Las categorías de discapacitado, excluido, enfermo, o agresor encuentran sentido bajo la cobertura del concepto general de enfermedad mental, que precisamente por su inespecificidad, se transforma en un concepto polisémico que dota de significado, la heterogeneidad de las categorías periféricas.

La presencia, de conceptos como exclusión o discapacidad, así como la acción de las asociaciones de familiares como nuevos agentes sociales, nos permite constatar una evolución de la representación de la enfermedad mental limitada a sus aspectos periféricos y enmarcada en una débil presencia de estas categorías en las frecuencias de la muestra. *Por lo que la evolución de la representación de la enfermedad mental se produce, no en dirección a un campo compartido por dos modelos científicos, sino a la sustitución progresiva de lo biomédico por la agresión y sus consecuencias legales, como característica esencial de la representación social actual.*

Podemos confirmar por tanto, la especificidad de una representación generalista de las enfermedades mentales y peyorativa del enfermo mental, similar a las encontradas en otras investigaciones sobre los Medios y EM (Abrego,1989; I.A.S.A.M,1987), y que caracterizan negativamente los rasgos esenciales de la Reforma Psiquiátrica. Por tanto, es una Representación social que efectivamente responde y evoluciona a los cambios e intereses de los actuales grupos sociales implicados en los trastornos mentales, que con importancia se definen en este caso, a través de la agresión y su relación con el sistema legal y sanitario.

Sin embargo, en relación con nuestra hipótesis de partida, no podemos mantener que la representación de los trastornos mentales, sea una integración de solo dos modelos. Aunque como sabemos, ambos están presentes en la prensa analizada, las categorías que los definen, no guardan una relación de coherencia interna, a excepción de las relaciones entre el modelo bio médico y el modelo que hemos definido como de agresión legal.

Hemos detectado el perfil diferencial de cada periódico de la muestra que se resume en un acercamiento de Las Provincias a la *Agresión*, el Levante a *Legal*, el ABC a *Investigación* y El País a *Psiquiatría*. Pero estos temas no se desarrollan de manera aleatoria o azarosa, sino que se expresan a partir de modelos científicos y estructuras sociales características e identificables. Así, el eje temático *legal*, no encuentra su estructura en el vacío, sino en su relación con la *agresión*. Del mismo modo, la *investigación* no se produce de manera aséptica, sino que viene referida a parámetros que como hemos constatado, están determinados fundamentalmente por el modelo biomédico. Por lo que estos temas, son expresados a través de conceptos, imágenes y categorías relacionados con los modelos que están en la base de su representación, sin que en la misma, pueda observarse por periódicos, una presencia relevante y significativa del modelo de intervención comunitaria.

El enfermo mental, es fundamentalmente, un enfermo que agrede, no un enfermo excluido, o un excluido que agrede. Los trastornos mentales, objetivamente, son trastornos o enfermedades, y la problemática que rodea a las dolencias psíquicas, es predominantemente legal. La topografía de los trastornos mentales recoge categorías de diferentes grupos sociales y modelos científicos, pero como hemos visto, los periódicos analizados solo presentan homogeneidad temática en la centralidad de la agresión, como núcleo estructurante de la representación social de los trastornos mentales.

#### 7.3.6- Estructura y contenido del mensaje:

Nuestra cuarta hipótesis propugnaba la existencia de diferencias significativas en los periódicos de la muestra, tanto en los mensajes como en el tratamiento formal de las noticias con un comportamiento relativamente independiente al posicionamiento ideológico de la prensa analizada.

Respecto a las variables de contenido, el 53% de las variables analizadas reflejan un contenido diferencial, mientras que 17 de las 36 iniciales (47%), han resultado con contenidos compartidos sin diferencias, por todos los periódicos de la muestra. En este sentido, el mensaje más homogéneo que se difunde sobre los trastornos mentales a través de los

Medios se refiere a la gravedad de las enfermedades mentales y a su duración crónica, así como al perfil demográfico del enfermo mental.

Respecto a la etiología, existen tres categorías, que sin relacionarse entre sí, informan por igual de esta característica, la causación genética, la orgánica y la social. Bajo el epígrafe de enfermedad mental, la prensa difunde mensajes sobre su etiología, que no necesariamente son específicas de síndromes concretos. Por lo que podemos mantener que a partir de los Medios, los agentes sociales poseen un marco informativo, que potencia una gran variabilidad individual en sus actitudes y conductas respecto a la etiología de los trastornos mentales, de acuerdo con su posición emocional y social respecto a las mismas.

Sobre la base de estos resultados podemos determinar la agenda que comparten todos los Medios en cuanto a la imagen de los trastornos mentales:

-En cuanto a la enfermedad mental se centra de modo persistente en la información sobre una dolencia *crónica, grave y originada por causas internas (biológicas) o bien por causas externas (sociales) y que se caracteriza por la agresión que provocan quien la padecen.*

-Respecto a la imagen del enfermo mental, la agenda informativa se expresa sin diferencias en la descripción de, *un hombre, entre 25 y 50 años, con hijos, familia propia, autónomo y que una vez producido el hecho, los agentes sociales lo atribuyen a un trastorno mental.* Por lo que podemos afirmar, sin negar la existencia de lo que hemos llamado "agresión psicótica", que el enfermo mental esta soportando en este momento, la autoría de hechos que corresponden a la violencia social y que son reelaborados en este sentido por las redes y estructuras sociales.

-La imagen de la familia, que sin diferencias aparece en los Medios, es la de una familia con bajos ingresos familiares, de la que no consta información significativa sobre antecedentes de enfermedad mental. Por lo que la problemática de la agresión en los trastornos mentales, se encuentra sólidamente ligada a la insuficiencia de recursos. Es fácil imaginar que para algunos, esto confirma la relación entre pobreza y enfermedad mental, sin embargo, la profundidad del problema es todavía mayor al considerar que la propia enfermedad mental, es un factor de empobrecimiento de las familias que la afrontan, dada la falta de recursos asistenciales.

-La acción de las Asociaciones de familiares se centra en la *integración social de estos enfermos a partir de sus demandas ante la administración sanitaria y de servicios sociales.* Los recursos utilizados son fundamentalmente Centros de Rehabilitación e Integración Social, pero sin descartar, recursos específicos que no se concretan y que abarcan todo el espectro sociosanitario de la atención a los enfermos mentales.

-La Administración Central, debido a la persistente presencia de *órganos judiciales* (Justicia es el sector predominante) y fuerzas de seguridad, resulta la más involucrada en la problemática de los trastornos

mentales. Circunstancia profundamente significativa sobre las consecuencias reales que en nuestro país está teniendo la Reforma Psiquiátrica.

Los representantes públicos que asumen el protagonismo, son sin embargo, los representantes de la *Consejería de Asuntos Sociales*, que invariablemente informan sobre *la falta y creación de Recursos sociales y sanitarios*. Aunque la hegemonía de la atención a los enfermos mentales descansa en la Consejería de Sanidad, como vemos, esta no muestra como institución, ningún protagonismo especial como impulsora de la Reforma o de la coordinación entre Administraciones.

-*Los profesionales* que en mayor medida definen la representación social que los Medios difunden, son los psiquiatras y en segundo lugar los miembros de la abogacía y la judicatura. Spitzer, Williams y Skodol (1980), nos relatan como los profesionales de los seguros y los psiquiatras, influyen con sus intereses de grupo, en los pronósticos de los trastornos mentales, en su taxonomía, en su terapia, e incluso en su definición a través de los conflictos de intereses que se libraron en torno a las categorías del DSM-III, donde la Asociación Americana de Psiquiatría sostenía que todos los problemas mentales eran problemas médicos. Una traducción general de estos planteamientos equivale a la influencia de lo que hemos llamado una imagen hegemónica del modelo biomédico, por la que los Medios, difunden la representación de las afecciones mentales como enfermedades psiquiátricas. Muchos de estos profesionales no opinan así, sin embargo la representación en los Medios, preponderantemente obedece consecuentemente, a la influencia de psiquiatras y abogados en la representación de las enfermedades mentales.

Este breve resumen, nos indica aquellas variables que aunque de manera evidente, se relacionan con alguno de los tres modelos que se han detectado en esta investigación, *no han sido influidas por el carácter de la tirada ni el posicionamiento ideológico de los periódicos de la muestra*. El resto de variables se han comportado de modo diferente sobre la base de estas dos características de la muestra. Por lo que podemos aseverar que el supuesto que alentaba las anteriores hipótesis ha resultado confirmado en su totalidad, al encontrar variables que se comportan de modo *relativamente independiente al posicionamiento ideológico de la prensa analizada*.

La existencia de variables definitorias de la enfermedad mental que se expresan independientemente del posicionamiento ideológico de los Medios, confirman las teorías que inciden en que las representaciones sociales no son reductibles enteramente a los sistemas ideológicos, o dicho de otro modo, las ideologías no explican por sí solas la representación simbólica de un fenómeno social. En este contexto, es fundamental destacar, que el núcleo de la representación social de la enfermedad mental, definido por la agresión, es compartido sin diferencias por todos los posicionamientos ideológicos de la prensa analizada, aunque no es este el caso, para la expresión de las diferentes formas de agresión que aparecen en los periódicos de la muestra.

En cuanto a las variables de ubicación, la localización de los artículos, tanto en páginas pares como impares, en su parte superior o inferior aparecen sin diferencias entre periódicos, y la extensión de las líneas del gráfico, no han resultado influenciadas en sus diferencias ni por el posicionamiento ideológico de la prensa ni por el carácter de su tirada. Mientras que la extensión del texto y gráfico si han resultado influidas por ambas variables.

### 7.3.7- Nuevas necesidades, nuevos grupos sociales:

El segundo supuesto que se deriva de las hipótesis de partida, referente a la presencia de grupos sociales, profesionales e instituciones con nuevas necesidades y discursos sociales como expresión del auge e influencia de la intervención comunitaria, solo ha podido ser confirmado parcialmente, ya que mientras se observa una mayor presencia de las instituciones de servicios sociales y asociaciones de familiares con nuevas necesidades y objetivos, es muy problemático calificar de nuevo discurso, sus postulados. A lo sumo, son las Asociaciones de Familiares las que representan más adecuadamente esta tendencia, sin que la misma represente, al menos en los Medios, una concepción cualitativamente diferente de la enfermedad y el enfermo mental. Los conceptos de discapacitado o excluido, más bien, parecen anclados en el esquema propio de la tutela y el paternalismo destinado a los disminuidos psíquicos. Por otra parte, como ya hemos mencionado, la ausencia de las figuras profesionales representativas del modelo de intervención comunitaria, confirman que aunque presente en los Medios, la rehabilitación e integración de los enfermos mentales, no supone todavía un discurso estructurado, claro y concurrente o contrario del modelo bio médico.

### 7.3.8-Las características de la prensa y el contenido del mensaje

Por último, el supuesto de que la variabilidad de las noticias en su contenido y forma, se relaciona con las características de la tirada de los Medios analizados, a resultado confirmada por la investigación.

Baste recordar cómo los periódicos de tirada nacional se muestran más cercanos a un tipo determinado de enfermedades orgánicas, al aspecto referente a la investigación psiquiátrica, a una mayor especialización y una mayor extensión en el contenido textual de las noticias. Frente a una menor superficie escrita y una mayor receptividad a la agresión, junto con una menor presencia de los profesionales en los periódicos autonómicos. Sin embargo, es necesario destacar que en todas las variables con las que hemos cruzado ideología y carácter de la tirada, el posicionamiento ideológico de la prensa analizada ha mostrado una mayor influencia que la cobertura de la tirada. Por otro lado, todas las variables de ubicación que contribuyen a la diferenciación formal de las noticias, se han visto influenciadas por el carácter autonómico o nacional de la tirada, aunque también en este caso, su contribución es de menor magnitud que el posicionamiento ideológico de la prensa muestral.

Por tanto, es necesario concluir que en este momento, quince años después de iniciada la Reforma Psiquiátrica, la representación de los trastornos mentales en la prensa escrita, conlleva fundamentalmente, una imagen global e inespecífica de las enfermedades mentales y una categorización negativa y estigmatizante del enfermo mental, expresada a través de una estructura tridimensional, formada por el modelo de agresión-legal, el modelo bio médico y un modelo de intervención social, que no puede llamarse todavía con propiedad, comunitario, puesto que no solo carece de la presencia de los profesionales representativos de este modelo (Zaragozá, 2001, p.62), sino que también carece de algunos de sus rasgos esenciales, como son la Integración-Normalización y la Implicación-Participación, elementos fundamentales de este modelo, centrados en el papel activo del propio enfermo mental en su integración social (Bueno Abad, 1996.b).

Dicha representación, se encuentra muy influenciada por el posicionamiento ideológico de los Medios y en menor medida por el carácter de la tirada. Junto a esto, destacar que casi el 50% de las variables de contenido son comunes a los periódicos analizados, repitiéndose de modo sistemático en la agenda de los Medios, una imagen del enfermo mental ajena a la naturaleza y características de las psicosis funcionales crónicas.

Por tanto, la Reforma Psiquiátrica tal y como se está desarrollando en nuestro país, debe apuntarse al menos, dos logros significativos:

La privación de servicios de salud a personas que los necesitan por las enfermedades mentales que padecen, y la *naturalización* cada vez más completa y verosímil de la agresión como característica destacable de la enfermedad y del enfermo mental.

A las nuevas brujas de nuestro siglo, no se les quema, basta con dejar que ellos mismos lo hagan mientras se mira para otro lado, basta con desnaturalizarles, con darles una nueva imagen conveniente y desaparecerán, entre los colectivos de la exclusión y el desamparo social.

#### **7.4 -La conducta y las Representaciones sociales**

La interacción humana resulta posible sólo si pensamos que los demás se comportarán previsiblemente como respuesta a nuestras actitudes y conductas. Es así como llegamos a almacenar y usar repertorios de conductas que usamos en los diferentes escenarios sociales. Si por el contrario, pensamos que la conducta individual obedece a factores imprevisibles, emocionales, azarosos e irracionales, deberíamos olvidarnos de esos mapas cognitivos y hábitos sociales que guían nuestra conducta, ya que cada día deberíamos enfrentarnos a interacciones nuevas y absolutamente desconocidas.

Sin embargo, sabemos que las conductas se enmarcan en códigos simbólicos compartidos, que expresan contenidos provenientes de un fondo cultural común. Es ahí donde se enmarcan las relaciones entre las creencias culturales, económicas y políticas y su relación con la personalidad individual y la conducta (Adorno, 1950).

Simmel (1976), fue el primero que situó los procesos en que las creencias sociales obedecían a condiciones materiales y estas a

condicionamientos culturales en una reciprocidad sin fin. La construcción y contenido de las de representaciones sociales obedecen a esta relación dialéctica, son productos de grupos sociales y de la interacción de los mismos, que en nuestro caso, han resultado claramente reconocibles. Obedecen por tanto a causas materiales, analizables e identificables, pero una vez impulsadas a la dinámica social, adquieren contenidos diferentes, capaces de desencadenar conductas y actitudes individuales imprevisibles para los grupos en que se originó su génesis.

Por ello, las representaciones sociales, transforman condiciones materiales concretas en productos culturales y a su vez, en actitudes y conductas individuales. Simmel (1997), apuntó algunos elementos por los que los sistemas formales dan paso a la intersubjetividad individual, al señalar que la identidad individual se construye a través del sentimiento de pertenencia a grupos sociales concretos. La autorreflexión sobre la propia identidad se realiza a partir del espejo con que los demás nos devuelven nuestros actos. De este modo el yo y el grupo social se funden en un todo interaccionista de actitudes, cogniciones y creencias.

Por otro lado, el ser humano no es en parte social y en parte individual, sino que es parte y todo a la vez, agente y observador, producto y elemento de la sociedad, por lo que decide dentro del marco social sus conductas, como síntesis de ambos opuestos, por lo que esa intersubjetividad esta imposibilitada de quedarse al margen del pensamiento social.

Por último Simmel, profundiza en cómo las estructuras sociales dependen de las prenociones y creencias de los individuos, a la vez que estas, se encuentran insertas en el conocimiento previo que de ellas tienen los individuos. Estamos por tanto, ante la resolución de la tensión entre lo social/individual a través de estereotipos y representaciones sociales que forman los aspectos cognitivos y psicosociales de la estructura social (Rodríguez Ibáñez, 1989).

En este contexto, las conductas de enfermedad y su relación con variables sociales y estructurales han sido analizadas desde diferentes enfoques. Estos modelos explicitan y describen cómo el contexto social afecta a procesos regulatorios, biológicos y cognitivos del comportamiento de salud. Los más significativos son descritos por Rodríguez Marín (1995), que cita el modelo de Creencias sobre la Salud, de Becker y Maiman (1975), en el que las conductas de salud están supeditadas a la información que las personas tienen sobre la enfermedad. En el que los sujetos están motivados al verse vulnerables ante la enfermedad, donde las conductas de salud están condicionadas a que exista un convencimiento de la bondad y eficacia del tratamiento, y a la vez, que no existan dificultades sociales y económicas para la puesta en práctica de dicho comportamiento. De este modo, las conductas respecto a una determinada enfermedad, están relacionadas con las variables sociales que nos informan sobre el tipo, curso, gravedad y terapia de un trastorno; las variables demográficas y psicosociales; así como la información que nos llega del medio a través de la familia, amigos y Medios de Comunicación.

Otro de los modelos citados por Marín, es el de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein (1980), donde se describe que las conductas ante la



enfermedad obedecen a una valoración personal ante la misma (actitud ante la conducta a emitir), a partir de la evaluación de la información recibida. El otro componente está determinado por la presión social que el sujeto cree que va a recibir si asume o no dicha conducta. Variables individuales y variables normativas o sociales, que influyen en el campo semántico de la representación social de los trastornos mentales, conformando actitudes y creencias sociales que inciden directamente en la adopción de conductas de prevención, rehabilitación o adhesión continuada al tratamiento.

Por último, la Teoría de la Acción Social de Leventhal, Meyer y Nerenz (1980), enriquecida con las aportaciones de Bandura (1987), supone la descripción de la influencia de los factores del contexto social, en la permanencia y cambio de las conductas de salud. La motivación e intercambio de información sobre metas posibles, a partir de la interacción con las redes sociales, determinan la permanencia o cambio de hábitos o la adopción de nuevas conductas. Así, la interdependencia social, la conexión del guión que la persona tiene sobre su enfermedad y los guiones de amigos, familia y Medios, generan procesos de información-motivación, que se apoyan en la expectativa sobre los resultados, la auto-eficacia percibida y el establecimiento de metas.

En la figura 29, podemos ver, integrados, los elementos básicos de este modelo y la información proveniente de la influencia de los Medios, su relación con la evaluación individual, así como su conexión con las conductas de enfermedad y la sintomatología psicótica.

En este instante de la investigación ¿Qué podríamos decir sobre la información que les llega a las personas de las enfermedades mentales?. El estigma social de la enfermedad mental, se extiende al enfermo, a su familia y como hemos visto, aun hoy, incluso a los tratamientos psiquiátricos al uso. Es difícil no aceptar que el enfermo mental rechace su enfermedad como primera medida de autoprotección, que no desee tomar la medicación ni acudir al psiquiatra; hasta aquí, creo que está siguiendo las primeras líneas de un guión que inicialmente todos compartiríamos. En este primer momento, ni el enfermo ni la familia sabe lo que realmente ocurre, existe miedo y perplejidad por parte de ambos. Ante esto, la Medicina no suele dar información adecuada, hasta que el diagnóstico médico es fidedigno. Pero en ese momento, los delirios están ya muy consolidados, posiblemente haya existido una par de hospitalizaciones y la relación entre profesionales, familiares y enfermos este rota o haya adquirido un desarrollo psicótico y desadaptativo.

A partir de este momento, la rehabilitación social, reconstruirá las potencialidades del individuo, su identidad y autoestima como paso previo o simultáneo a la integración social. Pero para ello, el enfermo mental debe obtener información de profesionales, familiares y Medios que sea congruente con esa acción. La autoeficacia no puede potenciarse en un Recurso de manera aislada y con un horario prefijado, sino que todo el tejido social debe orientarse en esa dirección. Sin embargo, lo que esta investigación ha encontrado, es el desarrollo y afianzamiento de ese estigma social de la enfermedad mental y la agresión como característica esencial de los enfermos mentales, junto a un reducido discurso comunitario y frente a la generalidad y vigencia del modelo biomédico, que como hemos visto en la

acción de sus Instituciones representativas, está ausente completamente en el impulso para la creación de Recursos sociales de Rehabilitación e Integración Social.

Por ello, apuntamos como hipótesis para otras investigaciones de campo, que la Representación Social de los trastornos mentales existente en la actualidad, alienta conductas de rechazo hacia el tratamiento, desinformación a las familias, y estereotipos, creencias y prejuicios potenciadores de la exclusión social hacia los enfermos mentales. Al mismo tiempo, señalamos que dichas circunstancias se asientan sobre condiciones materiales y culturales ligadas a su representación social. Ambas son reversibles, mejorables y modificables en la medida en que se conocen y se desee hacerlo.

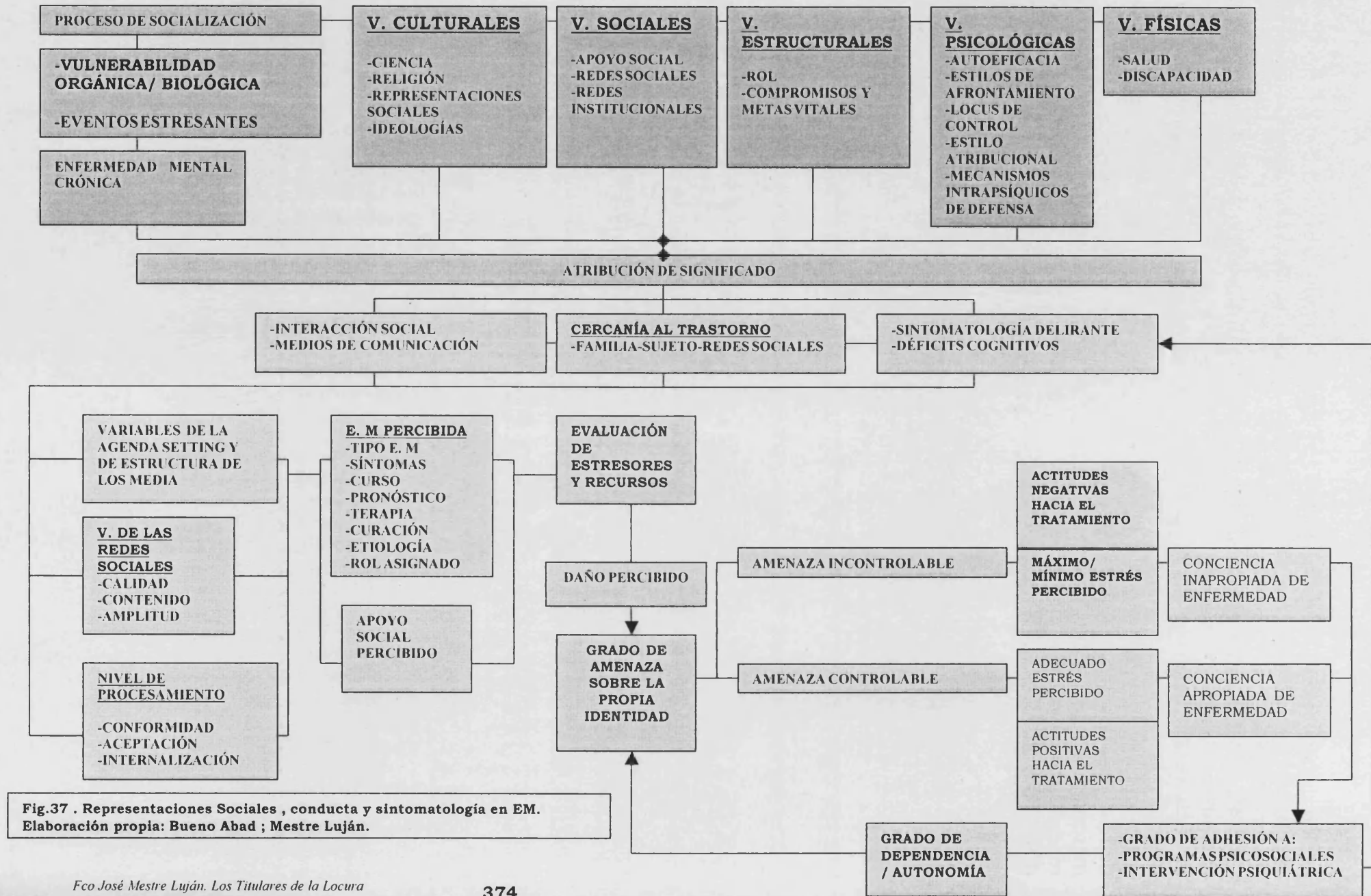


Fig.37 . Representaciones Sociales , conducta y sintomatología en EM.  
Elaboración propia: Bueno Abad ; Mestre Luján.

## 7.5-Imago Praeentis

Durante el siglo I después de nuestra era, el Imperio de Augusto, se había extendido y pacificado a lo largo de todo el mundo de entonces. El emperador era conocido a través de sus retratos, que eran reproducidos hasta la saciedad y enviados a lo largo y ancho de las provincias y naciones del imperio. La influencia del César era conocida a través de sus imágenes, no era necesaria su presencia física, ya que su imagen debía ser igualmente respetada como si realmente formara parte de su persona y poder.

La continua repetición de estas efigies y la diversidad de aspectos con que era representado, poco tenían que ver en última instancia con la persona misma de Augusto, pero las imágenes que simbolizaban el poder de Roma, cumplían su función social a pesar del ya lejano parecido con la realidad original. En cualquier caso, el emperador estaba "*imago praeentis*", *presente a través de sus imágenes*.

Nuestra investigación también ha dibujado la imagen reelaborada socialmente de la locura en nuestro contexto social. La prensa, al igual que aquellos artesanos que copiaban el retrato del emperador de otras copias sin conocer el original, han captado y reelaborado como aquellos, el sentido y significado de los trastornos mentales a través de las noticias que escriben.

Al igual que entonces, el hecho social que nos ocupa se presenta con diferentes ropajes y funciones según los intereses y necesidades de los grupos sociales que interactúan bajo la cobertura de su información. El dibujo de las enfermedades mentales está presente en toda la red social a través de los Medios y su original, es ahora mismo una construcción de variables clínicas y sociales, en la que destaca por encima de otras consideraciones, la imagen presente en la agenda de los Medios, de una enfermedad que produce conductas violentas en quien la padece.

Sabemos que dichas imágenes corresponden a conocimientos y prácticas de diferentes grupos sociales y paradigmas científicos, así como a la acción u omisión de las Instituciones Públicas. Esto significa que se asientan en características e intereses materiales bastante mundanos y previsibles. Por tanto, la exclusión social que se deriva de esta representación puede ser atajada con la creación y mantenimiento de Recursos sociosanitarios y con un importante esfuerzo educativo y de prevención. Esto se traduciría sin duda en un curso y tratamiento diferente de los trastornos mentales. Pero ambas medidas deben ser impulsadas de modo simultáneo y ampliarse a las áreas educativas, sociales, sanitarias, jurídicas y laborales de nuestra sociedad, en una labor ingente de coordinación entre Administraciones a todos los niveles, con especial importancia en la administración local, como la institución más cercana al ciudadano y descentralizadora de las prestaciones y servicios sociales.

Durante este año se ha desarrollado una iniciativa que debe ir en esa dirección, ya que ha sido publicado el nuevo Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana. En él, se contempla por primera vez, la necesidad de hacer un esfuerzo para contrarrestar el estigma social de los trastornos mentales, está asesorado por psiquiatras, psicólogos

y la Federación de Asociaciones de Familiares de la Comunidad Valenciana, que a partir de este momento son en cierto modo, corresponsables de sus contenidos, desarrollo y aplicación. Pero este nuevo Plan se perfila como una herramienta de centralización administrativa y sanitaria, no fija órganos de coordinación descentralizada (áreas de salud) entre la administración sanitaria y de servicios sociales, ni tampoco entre los servicios sociales de base, especializados y de salud. Por último y lo que resulta más inexplicable, no contiene ningún compromiso explícito de financiación para los recursos, ni ningún calendario de inversiones al respecto. Es en realidad, una reedición mejorada de los anteriores Planes, pero que mantiene su defecto principal, la falta de un compromiso con rango legal entre la Administración y sus administrados.

De hecho, coincidiendo con el final de esta investigación, los Medios de comunicación audiovisuales, se hacían eco de la expulsión de los enfermos mentales de un piso tutelado en Aldaya, por motivo del rechazo vecinal a su presencia, evidenciando con ello, que la creación de Recursos no generará por sí sola la integración social, si no va acompañada de una ambiciosa y extensa planificación que integre el compromiso y coordinación institucional. Parejo a esta situación, la prensa se hacía eco del recorte en un 50% de los fondos destinados a la creación de Recursos para discapacitados y enfermos mentales. De doce Centros para discapacitados y cuatro para enfermos mentales, los presupuestos autonómicos para el 2002 reducen su número a dos Recursos para discapacitados y dos para enfermos mentales, situados ambos en Benidorm. (*El País*, 19 de noviembre de 2001). Además, este periódico nos informa de una línea de actuación que ya nos resulta familiar: *“Los créditos para la construcción de estos Recursos (fondos del FEDER con un montante de 14.818 millones), han sido reducidos y sustituidos por convenios para que sean las asociaciones de familiares las que asuman el peso de las obras.”*

Es posible que tengamos que llamar a este Plan, el Plan Calípides, ya que al igual que este histrión de la antigua Roma, puede ser capaz de moverse sin siquiera avanzar un solo paso. Sin embargo, la enfermedad mental sigue siendo en la actualidad el más grave problema sociosanitario al que se enfrentan nuestras sociedades. En nuestro caso, hemos aportado elementos para entender sus mecanismos sociales de representación, la imago praexentis que de nuestra propia naturaleza, nos devuelve la sociedad y la ciencia.

Valencia, Enero de 2002





## Bibliografía

Abric, J. C., (1971): *Experimental study of group creativity: task representation, group structure and performance*, *European Journal of Social Psychology*, vol. 1 y 3.

Abric, J.C., (1984): *A theoretical and experimental approach to the study of social representations in a situation of interaction*. En R. Farr y S. Moscovici (Eds.), *Social representations*, Cambridge University Press.

Abric, J.C., (1989): *L'étude expérimentale des représentations sociales*. En D. Jodelet (Ed.), *Les représentations sociales*, París, Presses Universitaires de France.

Abric, J.C., (1993): *Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations*. Paper of Social Representation, 2, 75-78.

Abric, J.C., (1994): *L'Organisation interne des représentations sociales: Système Central et Système Périphérique*. En Guimelli C. *Structures et transformations des représentations sociales*. Universités de Lausanne et de Genève. (ed.): Delachaux y Niestlé.

Abrego, I., (1989): *Enfermedad mental y asistencia psiquiátrica en la prensa escrita asturiana (1973-1987)*. Consejería de Sanidad de Asturias .

Adorno, T.W. et al., (1950): *The Authoritarian personality*. Edit Harper. Nueva York.

Ajzen, I. y Fishbein, M., (1980): *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Edit. Englewood Cliffs, Prentice Hall.

Akiskal, H.S., (1997): *El espectro clínico predominante de los trastornos bipolares*. En Vieta, E. y Gastó C. (Dirs.), de *Trastornos Bipolares*. Edit. Springer, Barcelona.

Aldaz, J. A y Vázquez, C., (1996): *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Edit. Siglo XXI, Madrid.

Alvarez, E., (1995): *Sintomatología depresiva en la esquizofrenia*. En Gutierrez, M.; Ecurra J.; Pichot P. (eds.). *Esquizofrenia: Entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico*. Ediciones en Neurociencias. pp. 97-105.

Alvira, F.; Avia, M. D.; Calvo, R.; Morales, J. F., (1979): *Los dos Métodos de las Ciencias Sociales*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid.



Allport, G.W., (1968): *The historical background of modern psychology*. En G. Lindzey y E.Aronson (dirs.), *The handbook of Social Psychology*. Vol. I. Reading Mass.: Addison-Wesley.

Anthony y Liberman., (1992): *Principles and practice of psychiatric rehabilitation*, en R.P Liberman (Ed). *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, Boston: Allyn and Bacon.

Apfelbaum, E., (1967): *Représentations du partenaire et interactions à propos d'un dilemme du prisonnier*, *Psychologie française*, vol 12.

Arzac, Ferreira. Angela., (1985): *Influencia de las variables información y edad sobre las representaciones sociales de la enfermedad mental*. En Ayestaran, S., 1985. *Psicología de la enfermedad mental: Ideología y representación social de la enfermedad mental*. Edit. Universidad del País Vasco. Bilbao.

Ayestaran, S., (1985): *Psicología de la enfermedad mental: Ideología y representación social de la enfermedad mental*. Edit. Universidad del País Vasco. Bilbao.

Ayestaran, S y Paez, D., (1986): *Representaciones Sociales de la enfermedad mental*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 6 pp. 95-128.

Ayuso, Gutiérrez, J.L., (1997): *La recidiva esquizofrénica, causas y prevención*. En Saíz Ruiz Jerónimo. *Esquizofrenia, Enfermedad del cerebro y reto social*. Edit. Masson, Barcelona.

Bachrach, L. L., (1988): *Defining chronic mental illness: A concept papers*. *Hospital and Community Psychiatry*, 39. pp. 383-388.

Bandura, A., (1987): *Pensamiento y Acción*. Edit, Martinez Roca, Barcelona.

Barrón, A., (1992): *Apoyo social y salud mental*. En Alvaro, José. L. et al., *Influencias sociales y psicológicas en salud mental*. Edit: Siglo XXI. Madrid.

Basaglia, F., (1972): *La Institución negada*. Edit. Barral, Barcelona.

Beck, A., (1979): *Terapia cognitiva de la depresión*. Edit. Descleé de Brouwer. Bilbao

Bellelli, G., (1987): *La représentation sociale de la maladie mentale*. (Edit.) Liguoni, Nápoles.

Berelson, B., (1942): *The effects of Print upon Public Opinión*. En D.Waples (eds.): *Print, Radio and film in a Democracy*, Chicago, Univ. Chicago Press, pp. 41-66.

- Berger P.L & Luckmann T., (1997): *La construcción social de la realidad*. Edit Amorrortu Editores, Buenos Aires
- Bertelsen, A., (1992): *Twin Research*, en Mendlewitz, J. Hippus, H.(eds.). *Genetic research in psychiatry*. Springer-Verlang, Berlín.
- Birchwood, M. y Tarrrier, J., (1995): *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Edit Ariel, Barcelona.
- Bishop, J y Waldhloz, M., (1992): *Genoma*. Edit. Plaza y Janes. Barcelona.
- Bleuler, M., (1971): *Die entsehung der schyzophrenie*. Edit. Hans Huber. Berna.
- Braff, D.L., (1991): *Information proccesing and attentional abnormalities in the schizophrenic disorders*. En P. A. Magaro (comp.), *Annual Review of Psychopathology*, Vol 1. Cognitive Bases of Mental Disorders, pp. 262-307. Newbury Parck (Ca): Sage.
- Brewer, M y Cramer, R., (1985): *The psychology of intergroup attitudes and behavior*, *Annual Review of Psychology*, 1985,36, 219-243.
- Bronfenbrenner,U., (1979): *The ecology of human development*. Cambridge, MA.: Harvard, University Press.
- Bourdieu, Pierre., (1997.a): *Sobre la Televisión*, Editorial Anagrama. Barcelona.
- Bourdieu, Pierre., (1997.b): *Las Reglas del Arte. Génesis y estructura del campo literario*. Editorial Anagrama. Barcelona.
- Bourdieu, Pierre., (1980): *Le Sens pratique*, Edit. De Minuit. París.
- Bourgeois, M. L., (1999): *Les schizophrénies*. Edit. PUF, París.
- Brown, R. et al., (1972): *Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication*. *British Journal of Psychiatry*, nº 121. pp. 241-258.
- Budd, R. y Spencer, C., (1985): *Exploring the role of personal normative belief in the theory of reasoned action*, *European Journal of Social Psychology*, vol. 14, pp. 69-78.
- Buelga, S., (1993): *Un programa de intervención con familias disfuncionales: Hacia una integración social*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.
- Buendía, J. M., (1985): *El tratamiento de la enfermedad mental. Su representación social en la población murciana*. *Psiquis*, pp. 3-85.

Bueno Abad, J. R., (1990): *Psicología Comunitaria*, Editorial La Nau Llibres. Valencia

Bueno Abad, J. R., (1996): *Estudio longitudinal de la presencia de la mujer en los medios de comunicación de prensa escrita*. Edit. La NAU, Valencia.

Bueno Abad, J. R., (1996.b): *Hacia un modelo de servicios sociales Comunitarios*, Edit.: Popular. Madrid.

Bueno Abad, J. R., (1997): *Memorie du Diplome*. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, París.

Bueno Abad, J. R., (1997 b): *La representacions sociale de l'inadaptation et les etudiants de travail social*. Colleege Internationale de Psychologie Cognitive. Valencia.

Bueno Abad, J. R., et al., (2000): *Análisis comparado en los Programas de Inserción y Exclusión Social*. En José Ramón Bueno Abad (Dir.), Programa Intensivo Sócrates-Erasmus, Universidad de Valencia. Edit. Reproexpress.

Bueno Abad, J. R., et al., (2000 b): *Exclusión social en las enfermedades mentales*. En José Ramón Bueno Abad (Dir.), *Exclusión Social en el Programa La Universitat als Pobles*. Universidad de Valencia, en prensa.

Buzzard, E. F., (1930): *Discussion of the diagnosis and treatment of the milder forms of the manic-depressive psychosis*. Proc R. Soc Med, nº 23. pp. 881-883.

Cabruja, T., (1988): *La imagen popular de la locura*. En Ibáñez, T. (coord.). *Ideologías de la vida cotidiana*. Edit. Sendai, Barcelona.

Castells Manuel., (1997): *La era de la información. Vol I*, Edit. Alianza Editorial, Madrid.

Castilla del Pino, C., (1998): *El delirio, un error necesario*. Ediciones Nobel, Barcelona.

Clemente, Miguel., (1992): *El análisis de contenido: Características generales y análisis categorial*. En *Psicología Social, Métodos y Técnicas de investigación*, coord. Miguel Clemente Díaz. Edit. Eudema, Madrid.

Clemente, M; y Santalla, Z., (1990): *El documento persuasivo: Análisis de contenido y publicidad*. Deusto (Eds.), Bilbao.

Codol, J. P., (1970 a): *Influence de la représentation d'autrui sur l'activité des membres d'un groupe experimental*, L'année psychologique, 70.

Codol, J. P., (1970 b): *La représentation du groupe: son impact sur les comportements des membres d'un groupe et sur leurs représentations de la tâche, d'autrui et de soi*. Bulletin de Psychologie, 24.

Colodrón, A., (1990): *Las esquizofrenias, Síndrome de Krapelin-Bleuler*. ED Siglo XXI. España.

Cooper, D., (1971): *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Edit. Piados, Buenos Aires.

Cornblatt, B. A., et al., (1992): *Childhood attentional dysfunctions predict social deficits in unaffected adults at risk for schizophrenia*. British Journal of Psychiatry, 161. pp. 59-64.

Coudin, G., (1979): *La maladie mentale au Congo: contributio à l'étude d'une représentation sociale en situation d'acculturation*. Tesis de tercer ciclo. Universidad de Paris V.

Crow, T.J., (1980): *Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine*. Britis Journal Psychiatry, 137. pp. 383-386.

Cutting, J., (1985): *The psychology of schozophrenia*. Edit. Churchill Livingtone, Edimburgo.

Chinchilla Moreno A; Anasagasti, J.I.; Sopelana, P., (1985): *IV Congreso Mundial de Bio Psiquiatría*. Filadelfia.

Chinchilla Moreno A., (1996): *Las esquizofrénias*, Eds. Masson, Barcelona.

Chinchilla Moreno A., (1997): *Tratamiento de las depresiones*, Eds. Masson, Barcelona.

Chomsky, N; Herman, E., (1990): *Los guardianes de la libertad*. Edit. Crítica. Barcelona.

Da Rosa, A. S., (1984): *Psychogenetics aspects in social representration of mad person and madness*. En Ayestaran S. (Ed.) *Psicosociología de la enfermedad mental: Ideología y Representación social de la enfermedad mental*. III Curso de verano en San Sebastián.

Da Rosa, A. S., (1987): *The social representations of mental illnes in childrens and adults*. En Doise, W. y Moscovici, S. (Eds.). *Current issues in European Social Psychology II*. University Press, Cambridge.

DeNelsky, G.Y. y Boat, B.W., (1986): *A coping skills model of psychological diagnosis and tratament*. *Professional Psychology Research and Practice*, nº 17.4. pp. 322-330.

Di Giacomo, J. P., (1987): *Fonction sociale et individuelle des Représentations sociales*. En G. Bellelli (Edits.): *La Représentation Sociale de la Maladie Mentale*, Colloque International, Nápoles et S. Maria di Castebbate. Nápoles.

Davis, J.M., (1986): *Fármacos antipsicóticos*. En Kaplan, H. I Sadock. B. J (Eds.). *Tratado de Psiquiatría*. Edit. Salvat. Barcelona.

Doise, W., (1973): *Relations et représentations intergroupe*, in S. Moscovici, *Introduction a la psychologie sociale*, Larousse, París.

Doise, W., (1984): *Les relations entre groupes*, in S. Moscovici, *Psychologie Sociale*, P.U.F., París.

Dorvil, H; Benoit, M., (1999): *Représentations sociales et conditions de vie des peronnes âgées classées malades mentales ou déficientes intellectuelles en résidence d'accueil*. *Santé Mentale au Québec*, vol XXIV, n° 2.pp: 229-252.

DSM IV (1995): Edit. Masson, Barcelona.

Durkheim, Emile., (1950): *The rules of sociological Metod*. Edit. Free Press, Chicago.

Durkhem, Emile., (1951): *Suicide: A study in Sociology*. (Edts.) Glencoe, I. 11.: The Free Press.

Eibesfeldt, Iraneus, Eibl., (1986): *Guerra y Paz*. Edit. Salvat S.A. Barcelona.

Ewart, C. Q., (1991): *Social Action Tehory for a Public Healt Psychology*. *American Psychologist*.46, pp. 931-946.

Fariña, A., Fisher, J. D., (1982): *Beliefs about Mental Disorders Findings and Implications in Gifford, W. y Mirels H. D.*. *Integration of clinical an Social Psychology*, Edit. New York, Oxford, University Press.

Fabregat Navarro, V., (1996): *Esquizofrenia, estacionalidad y teoría viral*. En Chinchilla Moreno A. *Las esquizofrenias*, Barcelona, Edit. Masson.

Fehater, N., (1985): *Attitudes, values and attributions: explanations of unemployment*, *The Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 48, pp. 876-889.

Fenton, W.S., (1994): *Antecedents, symptoms, progresión, and long-term outcome of the deficit syndrome in schyzoprhenia*. *Am J. Psychiatry*, 151. pp. 351-356.

Fernández Martorell, Mercedes., (1998): *Los judíos ante la enfermedad. La ceremonia del cambio de nombre*. En Trabajo Social y Salud. Marzo. n° 29 (Eds.) Asociación Española de Trabajo Social y Salud, Tarragona. pp. 45-58.

Fishman, M., (1980): *Manufacturing the News*. University of Texas Press. Austin. EUA.

Flament, C., (1971): *Image des relations amicales dans les groupes hiérarchisés*, *L'année psychologique*, 71.

Flament, C., (1979): *Du biais de L'équilibre structural à la représentation du groupe*, Acta del comunicado al Coloquio sobre representaciones Sociales celebrado en París ese mismo año. MSH.

Flament, C., (1987): *Pratiques et représentations sociales*, en J. L. Bauvois, R. V. Joule y J. M. Monteil (eds.), *Perspectives cognitives et conduites sociales*, Cousset, DeVal.

Flament, C., (1989): *Structure et dynamique des représentations sociales*. En D. Jodelet (Ed.): *Les représentations Sociales*. París: Presses Universitaires de France.

Foucault, Michael., (1972): *Historia de la locura en la época clásica*. Edit. Fondo de Cultura Económica, Madrid.

Foucault, Michael., (1973): *El orden de las cosas. La arqueología de las ciencias humanas*. p.XV .Nueva York.

Frith, Ch. D., (1995): *La esquizofrenia, un enfoque neuropsicológico cognitivo*. Edit. Ariel, Barcelona.

Furnham, A., (1982): *Why are the poor always with us? Explanations for poverty in Britain*. *British Journal of Social Psychoogy*, 21. pp. 311-322.

Furnham, A., (1984): *The protestant work ethic a review of the psychological litterature*, *European Journal Of Social Psychology*. Vol 14, pp. 363-366.

Gállego, Julián., ( 1972): *Velázquez*. Enciclopedia de Historia del Arte. Tomo 7.p: 116. Edit. Salvat. Barcelona.

Generalidad Valenciana (2001): *Plan Director de salud mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana*. Edit. Generalidad Valenciana. Valencia.

Gerbner, G ; Tannenbaum, P. H., ( 1962): *Media Mass Censorship and the Portrayals Mental illnes: Some effects of Industry-Wide Controls in Motion Pictures and the Television*. En W. Schramm. (Edit), *Studies of Innovation and of Communications to the Public*, Palo Alto, Stanford University Press.

Gerbner, G. ; Morgan, M.; Signorielli, N., (1982): *Programming ealt Protrayal: What Viewers See, Say and Do*. En D. Pearl, L. Bouthilet; J. Lazar (Eds.): *Television and behavior: Ten Years of Scientific Progress and Implications for the Eighties*, U.S Government Printing Office, Washington. Vol 4. pp. 291-307.

Gergen, K., (1989): *Inducción and Construction Inquiry: Teetering between Worlds*. European Journal of social Psychplogy, Vol. 19.5. pp. 309-320.

Giner, Salvador., (1985): *Sociología*. Edit. Península, Barcelona.

Gotesman II.; Mcguffin, P.; Farmer, A. y cols., (1987): *Human Genetics*. en Vogel, F.; Sperling, K. (edit.), *Proceedings of the 7 th International Congress of Berlin*. pp. 458-465.

Guimelli, C., (1989): *Pratiques nouvelles et transformation sans rupture d'une représentation sociale: la representation de la chasse et de la nature*, en J.L Bauvois, R V. Joule y J.M Monteil (eds.), *Perspectives cognitives et conduites sociales*, Vol. 2. Cousset, DeVal.

Habermas, J. y Luhmann, N., (1973): *Teoria della società o tecnologia sociale*, Edit. Etas Kompass. Milán.

Harre, L.; Secord, P.F., (1972): *The explanation of Social Behavior*. Edit. Basil Blackwell. Oxford.

Harris, Marvin., (1991): *Vacas, Cerdos, Guerras y Brujas. Los enigmas de la cultura*. Edit. Alianza Editorial. Madrid.

Hemsley, D.R., (1995): *La esquizofrenia: Modelos explicativos*. En A. Belloch, E. Sandín y F.Ramos (comps.), *Manual de psicopatología*, Vol 2.Edi. McGraw Hill. Madrid.

Herzlich, C., (1969): *Santé et maladie. Analyse d'une Représentation Sociale*, (Edit.) Mouton, París.

Herzlich, C., (1975): *La representación social*, en S. Moscovici (ed.), *La introducción a la psicología social*, (ed.) Planeta, Barcelona.

Hewstone, M. y Jaspars, J., (1982): *Intergroup relations and attribution proceses*, en H Tajfel (ed.): *Social identity and intergroup behaviors*, Cambridge University Press.

Hewstone M., (1989): *Attributional bases of intergroup conflict*. En W. Stroebe y cols., (eds.): *The social psychology of intergroup conflict*, Edit. Springer, Berlín.

Hobbs, N., (1964): *Mental healt's third revolution*. American Journal of Orthopsyquiatry, 34, pp. 822-833.

- Hoebel, E.A; Weaver.T., (1985): *Antropología y experiencia humana*. Edit. Omega, Barcelona.
- Hofstadt, Román, C. J., (1996): *La representación de la enfermedad, el caso de la hipertensión arterial*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma, Fac. de Psicología, Dep. de Psicología Social y Metodología, Madrid.
- House, A. et al., (1987): *Depressive syndromes in the year following onset of a first schizophrenic illness*. British Journal Psychiatry, 151. pp. 773-779.
- I.A.S.A.M, Instituto Andaluz de Salud Mental, (1987): *Salud Mental y Prensa*, Sevilla. Consejería de Salud y Servicios Sociales.
- Ibáñez, García, T., (1988): *Ideologías de la vida cotidiana*. Edit. Sendai, Barcelona.
- Ibáñez, García T., (1989): *El conocimiento de la realidad social*. Barcelona, Edit. Sendai.
- Ibáñez, Cuadrado, A., (1997): *Genética de la esquizofrenia*. En Saiz Ruiz Jerónimo., *Esquizofrenia, Enfermedad del cerebro y reto social*. Edit. Masson, Barcelona.
- Itza, L. Pinilla, P. y Paez, D., (1987): *Representación social de la enfermedad física y mental*. En Paez, D. *Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social*. Edit. Fundamentos Madrid.
- Jablensky, A., (1986): *Epidemiology of schizophrenia: An european perspective*. Schizophrenia Bulletin.12. pp. 57-72.
- Jablensky, A. y cols., (1992): *Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures: A world Health Organization ten-country study*. Psychol Med. nº 22 suppl 20: pp. 1-97.
- Jahoda, G., (1988): *Critical notes and reflections on social representation*. European Journal of Social Psychology, Vol. 18, número 3, páginas 195-210. Edit Charles smith.Oxford and New York.
- Jaspars, J. y Hewstone, M., (1984): *La theorie de l'attribution*, in S. Moscovici, *Psychologie Sociales*, P.U.F., París.
- Jodelet, D., (1983): *Civils et bredins: représentations sociales de la maladie mentale et rapport à la folie en milieu rural*. Tesis Doctoral. EHESS. París.
- Jodelet, D., (1979): *La Représentation du corps*. (Edit. EPHESS). París.
- Jodelet, D., (1986 a): *La representación social: Fenómenos, conceptos y teoría*, en S. Moscovici, *Psicología Social*, vol. 2, Edit. Paidós, Barcelona.



Jodelet, D., (1986 b): *Fou et folie dans un milieu rural français: une approche monographique*. En Doise, W y Palmonari, A. L'étude des représentations sociales. Edit. Delachaux et Niestlé. Neuchâtel.

Jodelet, D., (1989): *Follies et représentations sociales*. Edit. Presses universitaires de France, Paris.

Kaes, R., (1968): *Images de la culture chez les ouvriers français*. Edit. Cujas. Paris.

Kadushin, C., (1982): *Social density and mental health*. En C. Marsen y N. Lin (Eds.), *Social structure and networks analysis*. Beberly Hills, CA.: Sage.

Kaplan, B., (1971): *Mental Illness as a Social Problem*, Edit. C. Smigel: *Handbook on the study of Social Problem*. Nueva York.

Kavanagh, D.J., (1992): *Recent developments in Expressed Emotion and schizophrenia*. British Journal of Psychiatry. n° 160, pp. 601-620.

Kay, S.R., (1987): *The positive-negative dimension in schizophrenia: its validity and significance*. Psychiatry Dev. vol. 2, pp. 79. L.A.

Kelley H.H y Michela J.L, (1980): *Attribution theory and research*, Annual Review of Psychology, 31. pp. 457-501.

Kendell, R. E., (1989): *Clinical Validity*. En I. N. Robins y J. E. Barrett (eds.), *The validity of psychiatric diagnosis*. Nueva York. Raven.

Kessler, R.C., Price, R.H y Worthmann, C. B., (1985): *Social factors in psychopathology*. Annual Review of Psychology, 36. pp. 531-572.

Korchin, S.J., (1976): *Modern clinical psychology. Principles of intervention in the clinic and community*. Basic Books. Nueva York.

Kuhn, T., (1971): *The structure of scientific revolutions*, Eds. University of Chicago Press.

La Piere, R. G., (1967): *Attitudes versus actions*, en Readings in attitude theory and Measurement, comp. M.Fishbein, New York, John Wiley. pp. 26-31.

Las Casas, Bartolomé de., (1967): *Apologética historia sumaria (1551)*. Edit. Edmundo O'gorman. Mexico.

Lantéri, Laura, G., (1974): *La cronicité dans la psychiatrie française moderne*. Anales ESC; 27 (3). óiS: 665.

Lazarsfeld. P. F; Berelson. B; Gaudet. H., (1944): *The people's Choice: How the voters makes Up is Mind in a Presidential Campaign*. Edits. Duel, Sloan& Pearce. Nueva York.

Lazarus, R. S. y Folkman, S., (1984): *Procesos cognitivos y estrés*. Edit. Martínez Roca, Barcelona.

Leff J. y cols., (1990): *The International Pilot Study of Schizophrenia: Five-year follow-up findings*. En Hafner H, Gattaz WF, (Eds.), *Search for the Causes of Schizophrenia*, Vol. 2. Springer-Verlag. Berlín.

Leventhal, H; Meyer. D; Nerenz, D., (1980): *The common sense representations of illness danger*. En Rachman, S. (ed.), *Contribution to the medical psychology* (vol,2). Pergamon Press, Oxford.

Leventhal, H; Nerenz, D; Straus. A., (1982): *Self regulation and the mechanisms of symptom appraisal*. En Mechanic, D. (Ed.), *Symptoms, illness behavior, and helping seeking*. Nueva York, Product.

Leventhal, H; Nerenz, D; Steele, D., (1984): *Illness representations and coping with health threats*. En Baum, A; Taylor, S. E y Singer, J. E. (Ed.), *Handbook of psychology and health*. Vol. IV: *Social Psychological aspects of health*. Hillsdale, N. J. Erlbaum.

Lewin, K., (1939): *Field theory and Experiment in Social Psychology: Concepts and Methods*. *American Journal of Sociology*. Vol. 44. 6. pp. 868-897.

Lewontin, R.C.; Rose , Steven.; Kamin, Leon. J., ( 1987): *No esta en los genes. Racismo, Genética e Ideología*. Edit. Critica. Grijalbo. Barcelona.

Liberman RP., (1978): *Rehabilitación Integral del Enfermo mental*. Crónico Edit. Martínez Roca, Barcelona.

Liddle, P.F., (1987): *The symptoms of chronic schizophrenia: a reexamination of the positive-negative dichotomy*. *Britis Journal of Psichiary*, 151. pp. 145-151.

Liddle, P.F. et al., (1992): *Patterns of cerebral blood flow in schizophrenia*. *Britis Journal of Psichiary*, 160. pp. 179-186.

Lipiansky, E.M., (1979): *L'Ame Française ou le National-Libéralisme*, Edit. Anthropos, París.

Loebel, A.D. y cols., (1982): *Duration of psychosis and outcome in first-episode of schizophrenia*. *Am J Psychiatry*, 149. pp. 1183-1188.

Lóizaga, Patricio., (1996): *Diccionario de pensadores contemporáneos*. Emecé Editores. Barcelona.

López-Ibor, J. J., et al., (2000): *La esquizofrenia abre las puertas*. (Edit) Asociación Mundial de Psiquiatría. Madrid.

Lotumba Ntote, A; Fortín, J.; Bergeron, H.; Gagnon, A.; (1999): *Les agressions en milieu psychiatrique. Vécu et perceptions des intervenants du Pavillon Roland-Saucier du Complexe hospitalier de la Sagamie*. En Santé Mentale au Québec, Vol XXIV. nº 2, Edit. Ministerio de la Salud y de Servicios Sociales de Canadá, Québec.

Llinares, Zaragoza, C., (1996): *Etiopatogénia. Genética de la esquizofrenia*. En Chinchilla Moreno A.,: *Las esquizofrénias*, Eds. Masson, Barcelona.

MacWire, W.J., (1985): *Attitudes and attitude change*, en G Lindzey y E. Aronson (eds.), *The handbook of social psychology*, Nueva York. Random House, Vol 2.

Madrigal, Vilchez, A.Y., (2000): *Presencia y repercusión del SIDA en la prensa escrita. Acercamiento a un estudio intercultural entre Nicaragua y España*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.

Martínez García, Fco. M. y García Ramírez M., (1992): *Técnicas y procedimientos para el estudio de las representaciones sociales*, en Psicología Social, Métodos y Técnicas de investigación, coor. Miguel Clemente Díaz. (Edit.) Eudema, Madrid.

Martínez de Taboada, C. y Herreros, L., (1985): *Estudio comparativo de las representaciones sociales de la enfermedad mental*. En Ayestaran, S. *Psicología de la enfermedad mental: Ideología y representación social de la enfermedad mental*. Edit. Universidad del País Vasco. Bilbao.

McLuhan, Marshall., (1962): *The Gutenberg Galaxy: The Making of Typographic Man*, Edit. University of Toronto Press. Toronto.

Mead, G.H., (1934): *Mind, self, and society*. (Eds.) Chicago University Press, Chicago.

Mednick, S.A et al., (1988): *Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic*. Arch Gen Psichyaty, vol. 45. pp. 189-192.

Melus, A., (1982): *Actitudes ante el Alcoholismo*. Drogalcohol, Vol. VII, nº 1, Enero.

Millon, T., et al., (1994): *La personalidad y sus trastornos*. Edit. Martinez Roca, Barcelona.

Minas, I. H. et al., (1992): *Positive and negative symptoms in the psychoses: Multidimensional scaling of SAPS and SANS items*. Schizophrenia Researchs, 8. pp. 143-156.

Moliner Pascal; Tafani, Eric., (1997): *Attitudes and social representations: a theoretical and experimental approach*. European Journal of Social Psychology. Vol. 27, pp. 687-702.

Monroe, S. M., (1983): *Social support and disorder: Toward an untangling of cause and effects*. American Journal of Community Psychology, nº 11. pp. 81-97.

Morice, R. e Ingram, J.C.L., (1982): *Language analysis in schizophrenia: Diagnostic implications*. Australian and New Zealand Journal of Pschyatry, nº 16. pp. 11-21.

Moos, R.H, (1977): *Coping with physical illnes*. Edits. Plenum, New York.

Mosse, George L., (1997): *La Cultura Europea del siglo XIX*. Editorial Ariel Historia. Barcelona

Moscovici, S., (1976): *La psychanalyse, son image et son public*. Edit. Presses Universitaires de France. París. Edición en castellano, Edit. UEMUL

Moscovici, S., (1976): *Social influence and social change*. Londres, Academic.

Moscovici, S., (1984): *The phenomenon of social representations*, R. Farr y S. Moscovici (eds.), *Social Representations*, Cambridge University Press.

Moscovicci, S y Farr., (1984): *Social representación*, Cambridge: Cambridge University Press.

Moscovici, S., Vignaux, G., (1994): *Le concept de themâta*, Ch. Guimelli, *Structures et transformations des représentations sociales*. Edit. Delachaux. et Niestlé, Lausanne.

Murray C.J.L; López, A.D., (1996): *The Global Burden of disease, OMS*. En López Ibor J. J. y O. Cuenca (comps.), *La esquizofrenia abre las puertas*, AMP 2000. Edit. Aula Médica, Madrid.

Musitu, G., (1993): *Dimensiones de la Comunidad*. En Intervención colectiva en Servicios Sociales, pp. 135-154. Centre Cultural Bancaixa, Valencia.

Musitu, G; Herrero, J y Lila, M., (1994): *La familia ante las nuevas demandas sociales: La incorporación de la mujer al mundo laboral*. Instituto de la Mujer, (Eds.) Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid.

Musitu, G; García, F y Gutiérrez, M., (1995): *Autoconcepto forma-A*.(Edits.) TEA, Madrid.

Musitu, G; Herrero, J y Gracia, E., (1996): *Salud y Comunidad, Evaluación de los Recursos y Estresores*. (Eds.). Universidad de Valencia. CVS.

Nelson, H.E. *et al.*, (1990): *Cognitive functioning and symptomatology in chronic schizophrenia*. Psychological Medicine, nº 20. pp. 357-365.

Noelle, Neumann.E., (1973): *Return to the concept of Powerful Mass Media*. Studies of Broadcasting, vol 9. pp:67-112.

Noelle, Neumann. E., (1974): *The Spiral of silence. A Theory of Public Opinion*. Journal of Communication, nº de Primavera, pp. 43-52.

Noelle, Neumann. E., (1978): *El doble clima de opinión: La influencia de la televisión en una campaña electoral*. Revista española de investigaciones Sociológicas, Vol. 4. pp. 67-101.

Noelle, Neumann. E., (1980): *The Spiral of Silence-Public Opinion.-Our Social Skin*. Edit. University Chicago Press. Chicago.

Nuechterlein, K. H.; Dawson M. E.; Ventura, J.; Fogelson.; Gitlin, M. y Mintz, J., (1991): *Testing vulnerability models: Stability of potential vulnerability indicators across clinical state*. En H. Haffner y W. F. Gattaz (comps.), *Searchs for the causes of schizophrenia*. Vol. 2, pp. 177-191. Edit. Sringer-Verlag. Heilderberg.

Organización Mundial de la Salud., (1973): *Report of International Pilot Study of Schizophrenia*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud., (1979): *An International Follow-up Study*. Wiley.

Oriol Rojas J., (1998): *Representaciones sociales o la orientación hermenéutica en la psicología*, Revista de Psicología Social (13).

Paez, D., (1983): *Psicosociología de las enfermedades mentales: representaciones sociales e interacciones en los módulos de Vizcaya*. En Osasunketa (Ed.), *Sociología de la salud*. Gobierno Vasco. Vitoria.

Paez, D.; Ayestaran, S., (1985): *Representaciones sociales de la enfermedad mental*, en S. Ayestaran, *Ideología y Representación Social de la enfermedad mental*, Edit. Universidad del País Vasco, Bilbao.

Paez, D., (1986): *Salud Mental y factores psicosociales*. Edit. Fundamentos. Madrid.

Paez, Darío., (1986): *Características, función y proceso de formación de las representaciones sociales*. (eds.), *Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social*. Edit. Fundamentos Madrid.

Pagden, Anthony., (1988): *La caída del hombre natural*. Edit. Alianza Editorial, Madrid.

- Palmonari, A. y Doise, W., (1986): *Caractéristiques des représentations sociales*, en W. Doise y A. Palmonari ( eds.,) *Textes de base en psychologie: L'étude des représentations sociales*. Delechaux y Niestlé. París.
- Panofsky, Erwin., (1979): *El significado en las artes visuales*. Edit. Alianza, Madrid.
- Payne, R.W., (1973): *Cognitive abnormalities*. En H. J. Heysenk (comps.). *Handbook of abnormal psychology*. Eds. Pitman, Londres.
- Pérez, Sánchez, Alfonso, E., (2000): *Pintura Barroca en España. 1600-1750*. Edit. Cátedra. Madrid.
- Polo, Cándido., (1999): *Crónica del manicomio, Prensa, Locura y Sociedad*. Edit. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios, Madrid.
- Potter, J.; Litton. I., (1985): *Some problems underlying the theory of social representations*. *British Journal of social Psychology*. Vol. 24, pp. 111-138. Ed. The University of Manchester, U.K.
- Quiros Fernández, Fernando., (1998): *La estructura internacional de la información*, Edit. Síntesis, Madrid.
- Rahe, R.H., (1974): *The pathway between subjects recent life changes and their near-future illness report: Representative results and methodological issues*. En B.S. Dohrenwend y B. P. Dohrenwend (comps.), *Stressful life events: Their nature and effects*. Edit. Wiley. Nueva York.
- Ramonet, Ignacio., (1998): *La tiranía de la comunicación*. Editorial Debate, S.A. Madrid.
- Reardon, Kathleen, K., (1981): *La persuasión en la comunicación* .Edit. Piados. Barcelona.
- Robert, P. y Faugeron, C., (1978): *La justice et son public. Les représentations sociales du système penal*. Edit. Masson. París.
- Roder, V. et al., (1995): *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Edit. Ariel, Barcelona.
- Rodríguez Abelardo., (1997): *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*, Madrid, Edit. Pirámide.
- Rodríguez Gómez, Gregorio, et al., (1996): *Metodología de la investigación cualitativa*, Málaga, Edit. Aljibe.
- Rodríguez Ibáñez, José E., (1989): *La perspectiva sociológica. Historia, teoría y método*. Edit. Taurus. Madrid.

- Rosen, George., (1974): *Locura y sociedad*. Edit. Alianza Editorial, Madrid.
- Rosenberg M. J. & Hovland C.I., (1960): *Cognitive, Affective and Behavioral Components of Attitudes, en Attitude organization and change*. Edit Yale University Press, New Haven.
- Rosenhan, D. L., (1973): *On Being Sane in Insane Place*. Science n° 179, pp: 250-258.
- Rouquette, M. L., (1986): *La comunicación de masas*. En Moscovici, S. *Psicología social vol. II*. Edit. Piados. Barcelona.
- Rouquette, M. L., (1994): *Une classe de modèles pour l'analyse des relations entre cognèmes*. Ch. Guimelli, *Structures et transformations des représentations sociales*. Edit. Delachaux et Niestlé, Lausanne.
- Rouquette, M. L., (1997): *Séminaire sur la Représentation*. "Communications de masse et représentations sociales". Québec, Canadá.
- Sanders. G. S., (1982): *Social comparison and perceptions of health and illness*. En G. S. Sanders y J. Suls (Eds.) *Social Psychology of health and illness*, Hillsdale, N. J: Erlbaum.
- Saíz Ruiz Jerónimo., (1997): *Esquizofrenia, Enfermedad del cerebro y reto social*. Edit. Masson, Barcelona.
- San Martín, H. y Pastor, V., (1984): *Salud Comunitaria*. Edit. Díaz de Santos. Madrid.
- Sánchez, Vidal, Alipio., (1996): *Psicología Comunitaria, Bases conceptuales y métodos de Intervención*. Edit. EUB, Barcelona.
- Sartori, Giovanni., (1998): *Homo Videns, La sociedad teledirigida*. Ediciones Taurus. Madrid.
- Schinnar, A. P. et al., (1990): *An empirical literaturereview of definitions of devere and persistent mental illness*. American journal of Psychiatry, 12. pp. 1602-1608.
- Schurnans, M. N., (1985): *Enjeux d'ombre et de lumière. représentations de maladie mentale*. En Ferrarotti, F.Fischer, W. y Schurnans, M. N. *Cheminevements sociologiques. Effets de sens*, vol. 3. pp. 25-28.
- Seligman, E.P.M., (1982): *Attributional style among depressed patients*. J.A.P, Vol. 91, 2. pp. 102-108.
- Seoane, J., (1993): *Las viejas creencias de la sociedad post*. Psicothema, vol 5. Suplemento pp 169-180.

Seoane, J. Garzón, A., (1996): *Las formas democráticas de vida*. Boletín de Psicología, nº 52, septiembre. pp: 115-128.

Shaw, E., (1979): *Agenda setting and Mass communication Theory*. Gazette International Journal for Mass Communication Studies, vol XXV, 2.

Shepherd J, et al., (1989): *The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics*. Psychol Med Monograph Supplement 15. Cambridge University Press, Cambridge. En López Ibor J. J. y O. Cuenca (comps.), *La esquizofrenia abre las puertas*, AMP 2000. Edit. Aula Médica, Madrid.

Serna, Justo., (1999): *¿Perjudica Bourdieu a los historiadores?* Revista Historiar trimestral. pp. 120-149. Octubre; Editorial L'avenç, SL, Barcelona.

Shorter, E., (1999): *Historia de la psiquiatría*. Edit. Médicas. Barcelona

Simmel, G., (1976): *Filosofía del dinero*. Edit. Instituto de Estudios Políticos. Madrid.

Simmel, G., (1977): *Sociología*. vols. Y y II. Edit. Revista de Occidente. Madrid.

Spitzer, R, L. Williams, J.B.W, Skodol, A.E., (1978): *DSM III: The major achievements and an overview*. American Journal of Psychiatry, nº 35. pp: 151-164.

Strachan, A. M., (1986): *Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia. Toward protection and coping*. Schizophrenia Bulletin, 12 (4) 678-698.

Suzuki, David; Knudtson, Peter (1991): *Genética*, Edit. Tecnos, Madrid.

Taylor, S.E., (1990): *Health psychology: The science and the field*. American Psychologist, 45 (1), pp: 40-50.

Towsend, J., (1975): *Cultural conceptions, Mental disorders and social roles: And comparison off Germany and America*. American sociological Review, 40. Diciembre, pp. 739-752.

Tylor E.B., (1871): *Primitive Culture*. Edit. Murray, Londres.

Vallejo Ruiloba, J., (1997): *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Edit. Masson, Barcelona.

Vallina Fernández, Oscar; Lemos Giráldez Serafin, (2001): *Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia*. Psicothema. Vol. 13, nº 3, pp.1



Vázquez, C. y Ochoa, E. *et al.*, (1989): *Cognición y esquizofrenia: Memoria, pensamiento y lenguaje*. Monografías de Psiquiatría, nº 1. pp. 32-39.

Wagner, W. y Elejabarrieta, F., (1995): *Representaciones Sociales*, en J. Fco. Morales *et al.*, *Psicología Social*. Edit. McGraw Hill, Madrid.

Warner, R. y Girolamo, G., (1996): *Esquizofrenia, epidemiología de los trastornos mentales y de los problemas psicosociales*. Publicaciones de la OMS, Edit. Meditor, Madrid.

Weber, Max., (1984): *La ética protestante*. Edit Sarpe, España.

Wing, J.K., (1966): *Five year outcome in early schizophrenia*. Proc R, Soc. Med.59, pp. 17-18.

Wolf, Mauro., (1994): *Los efectos sociales de los Media*. Editorial Piados, Barcelona.

Wolf, Mauro., (1996): *La investigación de la comunicación de masas*. Editorial Piados, Barcelona.

Zaragozá Pascual, Gustavo., (2001): *Los Servicios Sociales Municipales. Luces y Sombras de un Sistema*. Edit. Universidad de Valencia. Cuadernos de Investigación.

Zubin, J. Spring, B., (1977): *Vulnerability a new view of schizophrenia*. En Journal Abnormal Psychology, 86 (2). pp.103-126.

## **ANEXOS**



# FICHA DE SEGUIMIENTO

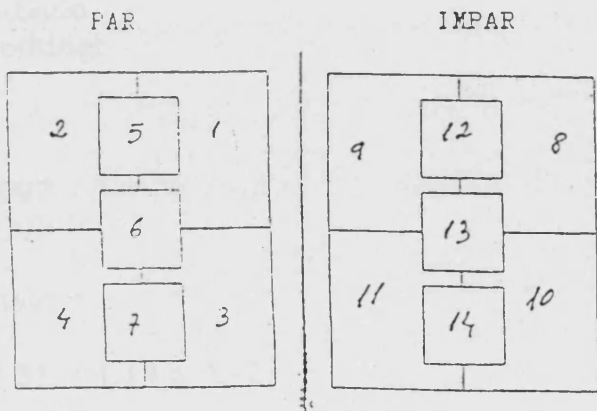
(Por noticia)

DATOS DE IDENTIFICACION

- NOMBRE DE LA PERSONA O GRUPO:.....
- NOMBRE DEL PERIODICO:.....
- FECHA DEL PERIODICO:.....
- Nº DE LA NOTICIA:.....

VARIABLES DESCRIPTIVAS

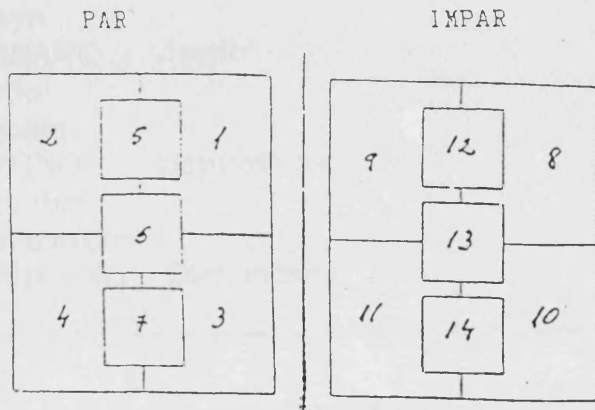
- NOMBRE DEL PERIODISTA QUE INFORMA.....
- TITULAR DE LA NOTICIA.....
- .....
- GENERO (ver normas).....
- EXTENSION:
  - nº de líneas .....
  - nº de columnas .....
- POSICION Y Nº DE PAGINA (señalar en el cuadro)



- SOPORTE GRAFICO. (señalar en el cuadro)

Extensión de la Fotografía:

- nº de líneas .....
- nº de columnas.....





**CATMEPES (2001)**

**Cuestionario de Análisis de los Trastornos Mentales en la Prensa Escrita**

**(A) Variables de Ubicación**

V.1, Nombre Periódicos

- 1.1 ABC
- 1.2 El País
- 1.3 Las Provincias
- 1.4 Levante

V.2, Día de la Semana

- 2.5 Lunes
- 2.6 Martes
- 2.7 Miércoles
- 2.8 Jueves
- 2.9 Viernes
- 2.10 Sábado
- 2.11 Domingo

V.3, Año

- 3.12 1997
- 3.13 1998

V.4, Día del Mes

Del 1 al 31. ( 4.14 a 4.45)

V.5, Mes

- 5.46 Enero
- 5.47 Febrero
- 5.48 PRIMAVERA Marzo
- 5.49 Abril
- 5.50 Mayo
- 5.51 VERANO Junio
- 5.52 Julio
- 5.53 Agosto
- 5.54 OTOÑO Septiembre
- 5.55 Octubre
- 5.56 Noviembre
- 5.57 INVIERNO Diciembre

## V.6. Origen de las noticias

- 6.58 Redacción
- 6.59 Europa Press
- 6.60 EFE
- 6.61 EFE/EUROPA PRESS
- 6.62 COLPISA
- 6.63 COLPISA/AFP
- 6.64 COLPISA/EFE
- 6.65 EP/AFP
- 6.66 AP/AFP
- 6.67 OTR/PRESS
- 6.68 EP
- 6.69 AGENCIAS
- 6.70 FAX/PRESS
- 6.71 EF/EP
- 6.72 EF/EP/AEP
- 6.73 OTR/EP
- 6.74 SERVIMEDIA
- 6.75 AP/EP
- 6.76 EFE/AG
- 6.77 SALUD PRESS
- 6.78 AFP
- 6.79 AP/EP
- 6.80 REUTER

## V.7, Sección

- 7.81 Otros
- 7.82 Página de cierre
- 7.83 Contraportada
- 7.84 Anuncios. Institucionales
- 7.85 Anuncios. Publicitarios
- 7.86 Agenda
- 7.87 Agenda de Medios Comunicación
- 7.88 Agenda de radio
- 7.89 Agenda de televisión
- 7.90 Cultura y Espectáculos
- 7.91 Deportes
- 7.92 Economía y laboral
- 7.93 Sucesos
- 7.94 Sanidad /Salud
- 7.95 Religión
- 7.96 Economía
- 7.97 Ecología
- 7.98 Sociedad
- 7.99 Local y Comarcas
- 7.100 Comunidad

- 7.101 Nacional
- 7.102 Editorial
- 7.103 Art. Opinión
- 7.104 Cartas al Director
- 7.105 Internacional
- 7.106 Portada
- 7.107 Tribunales / Justicia
- 7.108 Política
- 7.109 Educación
- 7.110 Entrevistas
- 7.111 Ciencia

#### V.8, Extensión Artículo, Líneas

- 8.112.1.....25
- 8.113.25.....50
- 8.114.50.....75
- 8.115.75.....100
- 8.116. Más de 100

#### V.9, Extensión Artículo, Columnas

- 9.117.1 columna
- 9.118.2 “
- 9.119.3 “
- 9.120.4 “
- 9.121.5 “

#### V.10, Página Artículo

- 10.122 Página Par
- 10.123 Página Impar

#### V.11, Posición del Artículo

- |        |                    |
|--------|--------------------|
|        | Par                |
| 11.124 | Superior Izquierda |
| 11.125 | Superior Derecha   |
| 11.126 | Inferior Izquierda |
| 11.127 | Inferior Derecha   |
| 11.128 | Central Superior   |
| 11.129 | Central            |
| 11.130 | Central Inferior   |
|        | Impar              |
| 11.131 | Superior Izquierda |
| 11.132 | Superior Derecha   |
| 11.133 | Inferior Izquierda |
| 11.134 | Inferior Derecha   |
| 11.135 | Central Superior   |



- 11.136 Central
- 11.137 Central Inferior

V.12, Página Gráfico

- 12.138 Página Par
- 12.139 Página Impar

V.13, Extensión Gráfico, Líneas

- 13.140 Menos de 25
- 13.141 25-50
- 13.142 50-75
- 13.143 75-100
- 13.144 Más de 100

V.14, Extensión Gráfico, Columnas

- 14.145.1 Columnas
- 14.146.2 “
- 14.147.3 “
- 14.148.4 “
- 14.149.5 “

V.15, Posición Gráfico

- Par
- 15.150 Superior Izquierda
- 15.151 Superior Derecha
- 15.152 Inferior Izquierda
- 15.153 Inferior Derecha
- 15.154 Central Superior
- 15.155 Central
- 15.156 Central Inferior
- Impar
- 15.157 Superior Izquierda
- 15.158 Superior Derecha
- 15.159 Inferior Izquierda
- 15.160 Inferior Derecha
- 15.161 Central Superior
- 15.162 Central
- 15.163 Central Inferior

**(B) Variables de Contenido**

V.16, Temas en Noticias

- 16.164 Agresión
- 16.165 Investigación

- 16.166 Psiquiatría. Sanidad
- 16.167 Servicios Sociales
- 16.168 Psicología
- 16.169 Familia
- 16.170 Legal
- 16.171 Laboral
- 16.172 Metafóricos

#### V.17, Hecho o causa

- 17.173 Agresión producida por el enfermo
- 17.174 Agresión recibida por el enfermo
- 17.175 Autoagresión
- 17.176 Falta de recursos sociales
- 17.177 Falta de recursos sanitarios
- 17.178 Creación de recursos sociales
- 17.179 Creación de recursos sanitario
- 17.180 Internamiento Psiquiátrico
- 17.181 Hospitalización
- 17.182 Evaluación mental
- 17.183 Divulgación
- 17.184 Pronunciamento
- 17.185 Abandono del enfermo

#### *1. Identidades representacionales de la Enfermedad Mental*

#### V.18, Tipos de EM

- 18.186 Abuso Sexual
- 18.187 Alzheimer
- 18.188 Anorexia/Bulimia
- 18.189 Autismo
- 18.190 Demencia
- 18.191 Deficiencia Mental
- 18.192 Depresión
- 18.193 Esquizofrenia
- 18.194 Epilepsia
- 18.195 Histeria
- 18.196 Neurosis
- 18.197 Parkinson
- 18.198 Paranoia
- 18.199 Psicosis
- 18.200 Parafilias (Pedofilia)
- 18.201 Trastorno Bipolar
- 18.202 Trastorno Mental
- 18.203 Trastorno Psíquico
- 18.204 Trastorno Psiquiátrico
- 18.205 Trastornos Adictivos, alcohol
- 18.206 Trastornos Adictivos, drogas

- 18.207 Trastornos de Personalidad
- 18.208 Trastornos de Ansiedad, estrés, fobias, TOC
- 18.209 Trastornos Somatomorfos (Hipocondría)
- 18.210 Trastorno de control de impulsos  
(Piromanía, Juego patológico)
- 18.211 Trastorno conductual

#### V.19 Objetivación

- 19.212 Alteración
- 19.213 Arrebato / Ataque
- 19.214 Crisis
- 19.215 Cuadro
- 19.216 Desequilibrio
- 19.217 Desorden
- 19.218 Discapacidad
- 19.219 Disminución
- 19.220 Enajenación
- 19.221 Enfermedad
- 19.222 Incapacitación
- 19.223 Lesión
- 19.224 Locura
- 19.225 Perturbación
- 19.226 Problema
- 19.227 Proceso
- 19.228 Psicopatología
- 19.229 Salud
- 19.230 Secuela
- 19.231 Síndrome
- 19.232 Trastorno
- 19.233 Tratamiento
- 19.234 Mal

#### V.20, Distintividad

- 20.235 Psicológico
- 20.236 Psiquiátrico
- 20.237 Neurológico
- 20.238 Mental

#### V.21, Diagnóstico

- 21.239 Leve
- 21.240 Grave
- 21.241 Muy grave

#### V.22, Etiología

- 22.242 Orgánica

- 22.243 Genética
- 22.244 Infecciosa
- 22.245 Social
- 22.246 Psicológica
- 22.247 Psiquiátrica
- 22.248 Multicausales
- 22.249 Profesional

V.23, Duración

- 23.250 Temporal
- 23.251 Crónica
- 23.252 Fásica

V.24, Terapia

- 24.253 Fármacos
- 24.254 Intervención Médica/Psiquiátrica
- 24.255 Internamiento Psiquiátrico
- 24.256 Hospitalización
- 24.257 Génica
- 24.258 Intervención Psicológica
- 24.259 Intervención integral
- 24.260 Integración social

V.25, Curación

- 25.261 Curable
- 25.262 Incurable

V.26, Consecuencias sociales

- 26.263 Rechazo social
- 26.264 Recursos para la Integración social
- 26.265 Aislamiento social
- 26.266 Integración laboral
- 26.267 Problemas / Aislamiento laboral
- 26.268 Buen clima familiar
- 26.269 Conflicto familiar
- 26.270 Angustia /Alarma Social
- 26.271 Temor Social
- 26.272 Indignación Social
- 26.273 Suicidio del enfermo
- 26.274 Abuso sexual recibido por enfermo
- 26.275 Abandono del enfermo

V.27, Consecuencias legales

- 27.276 Incapacitación

27.277	Reclusión Prisión
27.278	Cambios Legislativos
27.279	Internamiento Centro Psquiátrico
27.280	Ingreso Hospitalario
27.281	Detención Policial
27.282	Procesamiento Judicial
27.283	Eximente/Atenuante

## *2. Identidades representacionales del enfermo Mental*

### V.28, Contacto social

28.284	Aislado
28.285	Integrado
28.286	Institucionalizado

### V.29, Sexo

29.287	Varón
29.288	Mujer

### V.30, Edad

30.289	Menor de 25
30.290	Entre 25 y 50
30.291	Más de 50
30.292	Adulto
30.293	Joven

### V.31, Residencia

31.294	En zona Urbana
31.295	En zona Rural
31.296	En zona Metropolitana

### V.32, Hijos

32.297	Con hijos
32.298	Sin Hijos

### V.33, Situación familiar

33.299	Solitario
33.300	Familia paterna/materna
33.301	Familia Propia
33.302	Familia Extensa

#### V.34 Situación descrita

- 34.303 Crisis
- 34.304 Ingreso Hospitalario
- 34.305 Agresión a terceros
- 34.306 Agresión a familiares
- 34.307 Autoagresión
- 34.308 Agresión recibida
- 34.309 Huída
- 34.310 Delitos
- 34.311 Conductas disruptivas
- 34.312 Sujeto de abandono
- 34.313 Accidentes
- 34.314 Incumplimiento terapéutico

#### V.35, Rol Asociado al Enfermo

- 35.315 Psicópata
- 35.316 Paciente
- 35.317 Normalidad
- 35.318 Víctima
- 35.319 Agresor
- 35.320 Enfermo
- 35.321 Delincuente
- 35.322 Loco
- 35.323 Demente
- 35.324 Enajenado
- 35.325 Perturbado/Trastornado
- 35.326 Desequilibrado
- 35.327 Discapacitado
- 35.328 Desfavorecido
- 35.329 Pacífico
- 35.330 Incapacitado
- 35.331 Peligroso
- 35.332 Violento
- 35.333 Etiquetado por el trastorno

#### V 36 Autonomía

- 36.334 Dependiente
- 36.335 Autónomo

#### V.37, Circunstancias asociadas

- 37.336 Drogas
- 37.337 Alcohol
- 37.338 Discapacidad Psíquica
- 37.339 Indigencia
- 37.340 Neurosis

- 37.341 Psicosis
- 37.342 Ambiente social conflictivo
- 37.343 Ambiente familiar conflictivo
- 37.344 Normalidad
- 37.345 Con Medicación
- 37.346 Sin Medicación
- 37.347 Con tratamiento Psiquiátrico
- 37.348 Sin atención Psiquiátrica
- 37.349 Con atención Psicológica
- 37.350 Sin atención Psicológica
- 37.351 Situaciones de estrés/Ansiedad
- 37.352 Discapacidad Física
- 37.353 Discapacidad sensorial
- 37.354 Desordenes alimentarios
- 37.355 Incapacidad
- 37.356 Abusos sexuales sobre el enfermo
- 37.357 SIDA
- 37.358 Ancianidad
- 37.359 Circunstancias ambientales o climatológicas
- 37.360 Con diagnóstico médico
- 37.361 Prisión

#### V,38. Antecedentes Situacionales

- 38.362 Normalidad
- 38.363 En Centro Psiquiátrico
- 38.364 En Hospital
- 38.365 En tratamiento Psiquiátrico
- 38.366 Sin tratamiento Psiquiátrico
- 38.367 Diagnosticado
- 38.368 Institucionalizado
- 38.369 En núcleo familiar
- 38.370 Prisión
- 38.371 Indigencia

#### V,39. Antecedentes Atribucionales

- 39.372 Enfermo Mental
- 39.373 Discapacitado
- 39.374 Adicción
- 39.375 Estado de estrés/Ansiedad

### *3. Identidades representacionales de las Instituciones Implicadas*

#### *3.1-Familia*

#### V.40, Ingresos familia

- 40.376 Ingresos altos

40.377 Ingresos medios  
40.378 Ingresos bajos

#### V.41, Antecedentes Familiares

41.379 Neuróticos  
41.380 Psicóticos  
41.381 Psiquiátricos  
41.382 Neurológicos

#### V.42, Reacción familiar

42.383 Solicitud ayuda a la Administración.  
42.384 Ocultación del enfermo  
42.385 Incapacitación  
42.386 Ingreso en Hospital  
42.387 Angustia  
42.388 Miedo  
42.389 Tensión  
42.390 Dolor  
42.391 Reclusión Centro Psiquiátrico  
42.392 Denuncia policial  
42.393 Abandono  
42.394 Apoyo  
42.395 Abuso

### 3.2-Administraciones

#### V.43, Administraciones

43.396 Ayuntamientos  
43.397 Diputaciones  
43.398 Admón. Autonómica  
43.399 Admón. Central  
43.400 CEE  
43.401 Org. Internacionales

#### V.44. Sector Administraciones

44.402 Admón. Sanitaria  
44.403 Admón. de Justicia  
44.404 Admón. de Servicios Sociales  
44.405 Fuerzas de Seguridad

#### V.45, Representantes Públicos

45.406 Admón. Local  
45.407 Consejería de Sanidad  
45.408 Consejería de Asuntos Sociales



45.409	Consejería de Empleo
45.410	Consejería de Cultura
45.411	Ministerio de Sanidad
45.412	Ministerio de Asuntos Sociales
45.413	Ministerio de Defensa
45.414	Ministerio del Interior
45.415	Ministerio de Justicia
45.416	Oficina Defensor del Pueblo
45.417	PSOE
45.418	PP
45.419	UV
45.420	IU
45.421	NI

#### V.46, Noticias Institucionales

46.422	Falta de recursos sociales
46.423	Falta de recursos sanitarios
46.424	Creación de recursos sociales
46.425	Creación de recursos sanitarios
46.426	Cierre de recursos sociales
46.427	Cierre de recursos sanitarios
46.428	Proyecto o ejecución de cambios legislativos
46.429	Estudios sobre enfermedad mental
46.430	Demanda de participación
46.431	Información para la prevención
46.432	Información institucional presupuestaria

#### *3.3 Asociaciones de familiares.*

#### V,47. Acción de las Asociaciones

47.433	Centradas en la integración Social
47.434	Centradas en la integración Laboral
47.435	Centradas en el funcionamiento de la Admón. Sanitaria
47.436	Centradas en el funcionamiento de la Admón. de Servicios Sociales
47.437	Centradas en el funcionamiento de las empresas privadas
47.438	Centradas en cambios legislativos
47.439	Centradas en investigación

#### V,48. Recursos solicitados por las Asociaciones

48.440	CRIS
48.441	Centros Específicos
48.442	Residencias
48.443	Hospitales de Día
48.444	Hospitales de Media Estancia
48.445	Salas de Psiquiatría

- 48.446 Ser. sociales comunitarios
- 48.447 Subvenciones
- 48.448 Centros ocupacionales
- 48.449 Centros especiales de empleo
- 48.450 Vivienda protegida
- 48.451 Programas rehabilitación
- 48.452 Centro de Día

### 3.4 Profesionales

#### V,49. Campo de actuación profesional

- 49.453 Psiquiatría
- 49.454 Medicina
- 49.455 Biología
- 49.456 Intervención social
- 49.457 Psicología
- 49.458 Abogacía
- 49.459 Policía
- 49.460 Bomberos
- 49.461 Educación
- 49.462 Neurología

#### V,50. Profesión

- 50.463 Psiquiatras
- 50.464 Neurólogos
- 50.465 Médicos
- 50.466 Psicólogos
- 50.467 Trabajadores sociales
- 50.468 Enfermería
- 50.469 Investigación
- 50.470 Biólogos
- 50.471 Abogados
- 50.472 Jueces
- 50.473 Pediatra
- 50.474 Bomberos
- 50.475 Magisterio
- 50.476 Guardia civil
- 50.477 Policía nacional
- 50.478 Policía local
- 50.479 Policía autonómica
- 50.480 Prisiones
- 50.481 Sacerdotes

#### V,51 Sector profesional

- 51.482 Sanidad
- 51.483 Justicia

51.484	Servicios Sociales
51.485	Libres
51.486	Asociación profesional
51.487	Universidad
51.488	Instituto investigación

V, 52 Empresas Privadas

52.489	Bancarias
52.490	De Servicios
52.491	De Investigación Farmacológica
52.492	Otras

CATMEPES. (Bueno Abad; Mestre Luján, 2001).

