

Representación social de la enfermedad mental *

Sabino AYESTARAN **
Darío PAEZ **

INTRODUCCION

Desde hace unos años, la teoría de la representación social se está convirtiendo en el núcleo de una nueva orientación en la psicología social: la orientación cognitivista y sociológica de la psicología social europea.

Hemos querido verificar la utilidad de algunos principios mantenidos por la teoría de la representación social investigando la representación social de la enfermedad mental en determinados grupos sociales de nuestro entorno.

La investigación consta de tres partes:

— Primera parte: Se analiza la influencia de la edad sobre las representaciones sociales. Para ello se comparan entre sí varios grupos de estudiantes pertenecientes a facultades o escuelas universitarias y se comparan las representaciones que tiene el conjunto de los estudiantes con las de sus padres.

— Segunda parte: Se analiza la influencia que ejerce la distancia respecto a la enfermedad sobre las representaciones sociales, comparando el grupo de pacientes con el grupo de familiares y de técnicos. Esta comparación se realiza tanto en los módulos de salud mental como en el Hos-

pital Psiquiátrico Provincial de San Sebastián. Esto nos permite establecer una comparación entre la situación de tratamiento ambulatorio y la situación de tratamiento en régimen de internado.

— Tercera parte: Estudia la evolución de la representación social en los niños y se compara la representación que tienen los niños con la que tienen sus padres. En este artículo no vamos a presentar los resultados correspondientes a esta tercera parte de nuestra investigación para no alargar excesivamente el artículo.

A partir de las muestras utilizadas en las tres partes de la investigación, hemos constituido una muestra unificada de adultos y, utilizando sus respuestas, hemos tratado de verificar la validez de unas hipótesis generales deducidas del análisis de los resultados a que han llegado las investigaciones anteriores sobre la representación social de la enfermedad mental. En concreto, en esta parte general hemos analizado el campo representacional de la enfermedad mental, la asociación entre pertenencia de grupo y la representación social de la enfermedad mental, así como la influencia de la distancia social frente a la enfermedad y la sensibilidad ante ésta.

1. SINTESIS DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE LAS CREENCIAS ANTE LA ENFERMEDAD MENTAL

Aunque una parte de estas investigaciones se hayan realizado bajo otras orien-

(*) Investigación llevada a cabo en el Departamento de Psicología Social de la Universidad del País Vasco (Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación de San Sebastián).

(**) Doctores en Psicología de la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, Universidad del País Vasco.

taciones teóricas, en particular de la teoría de actitudes, hemos sintetizado los resultados sobre las creencias colectivas que constituyen el material primario del que se infieren los constructores como las actitudes.

1.1. *Creencias del público sobre las características de las enfermedades mentales.*

La gran masa de la población no se representa claramente qué es la enfermedad mental. (TOWNSEND, 1975; OMS, 1959, pág. 11; FARIÑA y FISHER, 1982, páginas 40 y 49; NUNNALLY, 1961; HALPERT, 1963.)

Las personas profanas tienden a diferenciar entre los trastornos o enfermedades de los nervios y los locos. Igualmente se da una tendencia a diferenciar entre los enfermos mentales que hay que encerrar y los que no son «verdaderamente» locos (ídem).

Las investigaciones realizadas en los años 60 en USA mostraron que el público reservaba el término de enfermedad mental para los desórdenes psicóticos más graves.

Según las investigaciones de STAR (1955), la locura era la peor de las desgracias que podía llegar a uno. Investigaciones más recientes han mostrado opiniones menos negativas frente a la enfermedad mental sobre todo en relación con un nivel educativo (SÁNCHEZ, 1979, página 387) aunque la etiqueta de enfermo mental genera una percepción negativa (STENRUD y STENRUD, 1980).

Los criterios que definía la enfermedad mental eran la irracionalidad, la pérdida de control de sí, y los comportamientos «anormales». Los elementos comunes parecen ser, el carácter de incomprendibilidad de los comportamientos, la peligrosidad y la impredecibilidad (TOWNSEND, 1975; STEADMAN, 1981, pág. 311).

Investigaciones realizadas en Hispanoamérica y en otros países subrayan que se han observado actitudes más favorables entre las personas más jóvenes y de

posición social y nivel educacional más alto o elevado. Aparentemente las actitudes han mejorado desde 1960 pero diferentes fuentes sugieren que, en el último quinquenio y precisamente por la existencia de una desinstitucionalización indiscriminada en algunos lugares de Estados Unidos, las actitudes se habrían tornado más desfavorables.

Aparentemente las creencias colectivas sobre la enfermedad mental han evolucionado en los últimos años. Sin embargo, esto no implica necesariamente un cambio de los sentimientos y comportamientos reales del público ante la enfermedad mental.

Así en algunas investigaciones se encontró que grupos de sujetos tenían creencias muy diferentes ante la enfermedad mental, pero todos tenían una actitud de rechazo.

Por otro lado, otras investigaciones han mostrado que sujetos que expresan sentimientos favorables y afirman tener una disposición de comportamiento favorable ante los enfermos mentales, en la práctica no lo hacen (FARIÑA y FISHER, 1982, página 49; RABKIN, 1972).

Sin embargo, se ha encontrado que las creencias sobre el carácter de la enfermedad mental explican, parcialmente, los comportamientos de los sujetos ante ésta.

1.2. *Las causas de la enfermedad y las representaciones sociales.*

Han sido encontrados en el público tres concepciones diferentes de la enfermedad mental que explican, parcialmente, el comportamiento de éste:

1.^a) La enfermedad mental como fenómeno sobrenatural, concepción propia de los países en desarrollo y de los inmigrantes de estos países y asociada a una cultura agrícola.

2.^a) La enfermedad mental como fenómeno de causas biológicas, difícilmente curable. Esta concepción está asociada a la población agrícola y a los pequeños pueblos de USA.

3.ª) La enfermedad mental como fenómeno funcional y psicológico. La enfermedad es el producto de una situación negativa. El enfermo sería, parcialmente, responsable de lo que le ocurre y puede ser ayudado. Predominante en las grandes ciudades de USA (KING, 1978, página 422).

En estos contextos la etiología de la enfermedad mental se atribuía a los factores del entorno: problemas del trabajo, económicos y de salud (KAPLAN, 1971, páginas 340-341).

En las sociedades occidentales las representaciones oscilan entre el modelo médico-biológico y el funcional-psicológico. Sin embargo, para casos como el alcoholismo, la toxicomanía, etc., también está presente un modelo moral-punitivo: la «enfermedad» es un fallo moral y el tratamiento es una corrección por el castigo (MELUS, 1980).

En USA el público, los técnicos y los pacientes insisten en las causas y las características externas (comportamientos) y en las causas ambientales de la enfermedad mental. En Alemania, el público, los técnicos y los pacientes insisten en criterios internos (alteraciones de las funciones mentales) y hay una concepción dicotómica de la enfermedad mental: las enfermedades reaccionales que se pueden curar y las enfermedades endógenas que no se pueden curar.

1.3. Diferencias entre representaciones del público y las de los profesionales.

Señalemos que hay también diferencias en las representaciones de la enfermedad mental del público y las de los técnicos. Estos últimos tienden a atribuir un carácter patológico de forma más extendida a los sujetos a partir de criterios psicopatológicos internos. Al contrario, el público profano es más restrictivo en la designación de las enfermedades tratables y estos criterios son más comportamentales y sociales —son las desviaciones graves y los comportamientos ame-

nazantes los que son señalados como enfermedades que hay que tratar (FREEMAN y GIOVANONI, 1969; MORRISON, 1977).

Sin embargo, las investigaciones van a mostrar, en el seno de los profesionales, dos diferentes representaciones de los roles y de la enfermedad mental: la primera es la representación custodial «asimilar», y la segunda la concepción «humanista».

Los técnicos en quienes predomina la representación social asilar, ven a los pacientes en términos estereotipados y muy diferentes de los normales. Los pacientes son caracterizados como irracionales, insensibles, imprevisibles y peligrosos.

Los trabajadores que construyen y participan de una representación custodial de las instituciones ignorarán la perspicacia, la iniciativa y la expresión de los pacientes. Ellos concebirán su rol orientado hacia el control social y la vigilancia: las tareas atribuidas al rol de los técnicos son las de guardar el orden y la limpieza, controlar a los pacientes y desanimarles a hacer uso de su autonomía. Esta representación de la enfermedad y del rol de los técnicos está asociada a las posiciones «inferiores» en las instituciones (enfermeros, asistentes, etc.).

Una segunda representación es la de carácter humanista terapéutica —opuesta a la concepción «asilar», de control—. El rol de los técnicos es percibido como centrado en las respuestas de los pacientes, en alentar la autonomía de estos. En general, los profesionales son más «liberales» y «humanistas» que el estrato de enfermeros. Esto se confirmó en el País Vasco (GUIMÓN, 1983).

Por un lado, los pacientes tienden a representarse la institución bajo un ángulo asilar y de reclusión (ROSENBAUM y otros, 1976; FREEMAN y GIOVANONI, 1969).

La concepción de la enfermedad/salud mental es similar entre los pacientes psiquiátricos y los pacientes no psiquiátricos, pero los más perturbados conciben la enfermedad mental en términos moralizantes. En general, los pacientes psiquiátricos tienen la misma visión negativa y la mis-

ma información sobre la enfermedad mental que los normales (FREEMAN y GIOVANNONI, 1969, pág. 672).

La existencia de estas dos representaciones diferentes puede ser explicada por dos factores:

1.º) El *origen social* de la mayor parte de los enfermos y trabajadores no profesionales (clases populares).

La representación asilar y tradicional de la enfermedad mental de los enfermeros y pacientes no es más que la reproducción de las representaciones predominantes en sus clases sociales de origen que describimos más adelante.

2.º) *Tipo de interacción*: los pacientes y el estrato no-profesional se enfrentan todos los días y de forma permanente con los problemas concretos. Esta situación de desigualdad de poder y de conflicto latente no puede más que conducir a la elaboración de representantes sociales más estereotipadas y «fuertes» de la enfermedad y de las instituciones (SHERIF, 1974).

Por el contrario, los profesionales tienen un contacto más distante con los pacientes y no están obligados a entrar en conflicto con ellos por lo que pueden tener un discurso más liberal. El discurso está de acuerdo, de una parte, con la representación social de la salud y de la enfermedad mental existente en las clases superiores, y de otra, con la socialización secundaria o profesional.

1.4. *Representaciones sociales y conducta ante la enfermedad mental.*

La representación social mágico-religiosa puede inducir un comportamiento ritual colectivo curativo en otros contextos sociales. Pero, en los países occidentales, el dominio de creencias religiosas de la enfermedad está más bien asociado a una actitud fatalista ante ella con la excepción de las toxicomanías, en las que muchos tratamientos institucionales se apoyan en creencias religiosas.

La representación social moral punitiva de las causas de la enfermedad se aplica,

sobre todo, a los trastornos cuya frontera entre lo policial y lo médico no está claramente delimitada.

Esta representación induce un comportamiento de intervención directa y «pedagógica». Esta concepción es muy influyente entre los trabajadores menos cualificados de la salud mental (ROSENBAUM et al., 1976).

La representación social de sentido común de la enfermedad como fenómeno médico-biológico favorece los siguientes comportamientos entre el público: se considera al enfermo como impotente para reaccionar, ya que está dominado por procesos físico-patológicos. Además concibe al enfermo mental como incapaz de cumplir sus obligaciones laborales y familiares.

En el mismo sentido se exime de responsabilidad personal (FARIÑA y FISHER, 1982). En síntesis, el dominio de la concepción médico-biológica asimila al sujeto con problemas psicológicos al enfermo físico.

Entre los familiares de sujetos enfermos mentales, la representación médico-biológica desculpabiliza a la familia, favorece posturas paternalistas y el internamiento del sujeto.

En fin, los sujetos que se representan su situación problemática a partir de la representación mental médico-biológica se desculpabilizan, pero tienen una actitud pasiva y abandonan toda la responsabilidad personal de su situación (FARIÑA y FISHER, 1982); muestran cómo estudiantes socializados en una concepción biologicista de los problemas psicológicos tenían una actitud más fatalista y consumían más medicamentos y sicótrópos que estudiantes socializados en una concepción funcional-psicológica.

La representación social de la enfermedad como fenómeno psicológico funcional concibe al enfermo como más responsable de su situación. Favorece la inserción del sujeto en su familia y en su trabajo. Esta concepción tiende a integrar

el entorno del sujeto en el tratamiento del problema.

Evidentemente, esta concepción culpabiliza más al sujeto y a grupos primarios. Esto hace que la representación social, médico-biológica resurja ante las dificultades que crea el sujeto con problemas de salud mental.

Además, esta última representación social de la enfermedad se apoya en el predominio institucional, pasado y presente de la medicina en el área de la salud mental.

Se podía concluir que las concepciones médico-biológicas y psicológico-funcionales predominan en los países industrializados en general. Ahora bien, ya hemos señalado que determinan representaciones y conductas diferentes. Otro elemento que determina diferencias en las representaciones sociales y las conductas es la pertenencia de clase. Es el que examinamos a continuación.

1.5. Diferencia de clase y representaciones sociales.

Antes de examinar las diferencias provocadas por la estructura de clase, señalemos que en el Estado español, los trabajos realizados ofrecen resultados semejantes a los de otros países.

En particular en la provincia de Vizcaya, OZÁMIZ (1980 en GUIMÓN, 1983) analizó las actitudes ante la enfermedad mental de la población en general. Los resultados en general, fueron convergentes con los datos anteriores.

A nivel de la relación entre la clase social y la actitud ante la enfermedad mental, esta investigación encontró una mayor tolerancia de los sujetos de «status» socio-económico más bajo hacia los pacientes mentales antes de diagnosticarlos.

En cambio, una vez que los sujetos eran etiquetados como «enfermos mentales», aparecían actitudes más desfavorables que en los sujetos de otros «status» socio-económicos (GUIMÓN, 1983). Este resultado es aparentemente contradictorio y no puede ser explicado por una actitud simple —no se puede hablar de una ac-

titud simplemente negativa, ya que se constata que son tolerantes, ni tampoco de una actitud simplemente positiva, ya que consideran a la enfermedad mental como algo negativo—.

Ahora bien, las investigaciones muestran que los adultos sin educación secundaria son más despectivos respecto a la enfermedad mental. El grupo menos educado es más propenso a caracterizar a un «insano» o «neurótico» como «ignorante», «imprevisible», «débil» e «inútil» (LEVINSON y GALLAGHER, 1964, pág. 177).

La otra característica de las clases subordinadas encontrada en las investigaciones es su tolerancia hacia la enfermedad mental. Sólo consideran enfermedad los casos graves. Pero cuando un sujeto se «vuelve enfermo» optarán por las medidas terapéuticas más autoritarias (ejemplo, internamiento). Además, las personas de clases inferiores suelen practicar por lo general el autodiagnóstico y el autotratamiento, consultando al médico exclusivamente en los casos más graves (COE, 1979; MOSCOVICI, 1976).

También se ha encontrado que las clases populares excluyen los trastornos emocionales del área cultural de la enfermedad mental y por ende toda una serie de fenómenos que los profesionales incluyen en el área de síntomas psicopatológicos; para los sujetos de clases populares no tienen ninguna relación con lo enfermo, el tratamiento médico, etc. (AIACH, 1983).

Lo que no puede explicar una actitud actitudinal básica creemos que lo pueden explicar muy bien las representaciones sociales predominantes entre los miembros de las clases bajas. Sus creencias sobre lo que la salud y enfermedad, determinadas por sus experiencias sociales, explican opiniones aparentemente contradictorias.

1.6. Conductas y representaciones sobre la enfermedad física en las clases bajas y en las superiores.

La clase baja posee poca información sobre las enfermedades, ignora las fun-

ciones corporales y sólo considera síntomas a aquellos que son más graves (COE, 1979).

Para ellos, a diferencia de las clases altas, la salud y la enfermedad se distinguen claramente. Además la enfermedad se reduce a sus manifestaciones exteriores. El enfermarse es «caer enfermos» y se piden remedios materiales rápidos y enérgicos (BOLSTANKI, 1974, págs. 100-101). En ese sentido se explica que las clases bajas son bastante tolerantes ante los síntomas de enfermedad, pero, una vez que se reconoce la existencia de ésta, se pide al médico una intervención enérgica (*Ibid.*).

Igualmente, la vivencia de la enfermedad de las clases bajas es concreta y corporalista. *Concreta* porque si no hay síntomas, la enfermedad se declara inexistente y se abandona el tratamiento. La visita preventiva al médico y los tratamientos del estilo de cambios de vida ante enfermedades sin síntomas son extraños a las concepciones de las clases populares, según investigaciones en Francia (BOLSTANKI, 1974).

Corporalista porque aún las enfermedades con componentes psicológicos se expresan somáticamente. Por ejemplo, la depresión se expresa de manera mayoritariamente corporal en las clases obreras y subproletarias (BEBBINGTON, 1978, página 302; BROWN, 1983). Esto hace que los trastornos «morales» o «emocionales» no entren en el área de «enfermedad».

En cambio, las clases altas, tienen mayor sensibilidad a la sintomatología. Además, para estas clases, la salud y la enfermedad son un continuo, y hay una concepción procesual del estar sano. Si para las clases bajas la enfermedad se agota en sus manifestaciones corporales visibles, para las clases altas la enfermedad no se reduce a sus síntomas.

De ahí que las clases altas acepten mejor los tratamientos preventivos para las enfermedades asintomáticas.

Estas representaciones sociales de la enfermedad son inducidas por y justifican

a la práctica que les induce su posición social.

Un último aspecto es que la representación de la enfermedad concreta, corporalista y discontinua (la enfermedad se nota y es muy diferente del estar sano) se traduce en dificultades para llevar a cabo tratamientos psicoterapéuticos largos con pacientes populares, sin combinarlos con placebos, con tratamientos medicamentosos y/o sin tomar en cuenta, aún en la psicoterapia, los trastornos físicos.

2. METODOLOGIA

2.1. Introducción.

Las representaciones sociales son una *expresión del pensamiento natural*, no formalizado, ni institucionalizado. En otras palabras, las representaciones sociales son las formas de conocimiento de sentido común del público, diferentes de esas formas de conocimiento sistemático e institucionalizado que son las ciencias y las ideologías. Además, para que ciertas creencias tengan las características de las representaciones sociales, deben *centrarse en objetos sociales* (grupos, roles, instituciones).

Una representación o creencia sólo es social si es *compartida* por un grupo y si es *elaborada* por éste. Estas creencias sirven para la comunicación social, intra e intergrupala. Funcionalmente, las representaciones sociales *clasifican* a los objetos sociales y explican sus características, a partir del discurso y creencias de sentido común.

Este conocimiento clasificatorio y explicativo de sentido común sirve para *guiar las interacciones*.

Por último, estas creencias o representaciones *constituyen una realidad social* en la medida que conforman y se apoyan sobre fenómenos recurrentes y considerados colectivamente como reales (MOSCOVICI, 1982, 1976; FARR y MOSCOVICI, 1984; JODELET, 1984).

Dada la importancia de este conocimiento de sentido común para entender la conducta de los sujetos, como una manera de profundizar en la psicología de la enfermedad mental, decidimos estudiar las representaciones sociales de la enfermedad mental, de la locura y de la normalidad. Aplicando a este terreno de conocimiento la definición de la representación social, hemos buscado conocer las *creencias informales de sujetos legos* sobre la enfermedad mental, la locura y lo normal.

Hemos cuestionado a los sujetos sobre casos específicos y sobre *los enfermos mentales como grupo y rol social*.

Para intentar asegurarnos del carácter grupal de las creencias, hemos, por un lado, *retenido las creencias comunes*, y por otro lado, hemos interrogado a *grupos naturales estables*, grupos estables de estudiantes, sus padres, enfermos, familiares de éstos, los técnicos que los tratan, etc. Mediante preguntas inductoras hemos tratado de que el *sujeto se pusiera en situación de diálogo* para operacionalizar el *carácter comunicacional* de las representaciones sociales.

En el mismo sentido de obtener en las respuestas las características de las representaciones sociales, hemos buscado destilar el saber cultural sobre *qué es y cuáles son las causas de la enfermedad mental*, vale decir, hemos intentado extraer las dimensiones clasificatorias y explicativas del discurso de sentido común.

Para comprobar el impacto de las creencias sobre las conductas, hemos hecho *preguntas de acción*, vale decir, hemos intentado ver en qué medida las *representaciones de la enfermedad mental guían las interacciones de los sujetos*.

Por último, hemos interrogado sujetos para *los que la enfermedad mental constituye una realidad social*: enfermos y familiares que lo «viven», sujetos en formación que la estudian, en fin, profesionales que la tratan.

Nuestro trabajo, como todos, tiene limitaciones. Al nivel de operacionalización

de las características de las representaciones sociales, hemos hecho encuestas verbales y entrevistas escritas de carácter individual, cuando hubiera sido más adecuado hacer entrevistas grupales y verbales. A veces las respuestas a las encuestas no han podido ser realizadas en presencia de los investigadores lo que facilita la contaminación de respuestas.

En fin, si bien se han comparado grupos estables naturales, y si los sujetos encuestados son bastante prototípicos, lo que nos permite generalizar los resultados, nuestros sujetos no han sido extraídos aleatoriamente de un universo. Este último hecho nos impide generalizar estadísticamente, con una franja de incertidumbre y un margen de error dado. Ahora bien, estas limitaciones que exponemos, sólo encuadran, no eliminan, las ventajas de nuestra metodología.

Primero, partiendo de una serie de hipótesis sobre la relación entre posición social, representaciones sociales y conductas, las hemos contrastado con los resultados que hemos obtenido de nuestros diferentes grupos, los cuales, a veces, estaban interrelacionados.

Segundo, hemos utilizado un instrumento que emplea, sobre todo, preguntas abiertas, o de elección múltiple, buscando cuadrangular lo menos posible la respuesta de los sujetos.

Tercero, el material de respuesta ha sido analizado por métodos de codificación fiables y algunos computarizados —programa «Tin-Pliopt» de frecuencias de palabras asociadas a un estímulo o pregunta—.

Cuarto, este material ha sido contrastado con tres métodos diferentes: análisis de contenido y examen estadístico bi y tri-variado con la prueba de «Chi» cuadrado; listas de palabras-estímulos y matrices de similitudes (programa «Tin-Tri» índice); y representación espacial en dos dimensiones de la matriz de similitudes, que nos permite establecer si las cercanías o distancias en el campo semántico o representacional sobrepasan a las espe-

radas por el mero azar, en un margen de error dado (programa Kruskall).

2.2. *Los instrumentos utilizados en la investigación.*

La investigación en el campo de las representaciones sociales puede utilizar diversos instrumentos: entrevistas o cuestionarios estandarizados (KAËS, 1970; PÁEZ, 1983); entrevistas semi-estructuradas de respuesta abierta (MOSCOVICI, 1976; PÁEZ, PINILLA e ITZA, 1983); entrevistas no-directas en profundidad (JODELET, 1984; HERZLICH, 1973); asociación libre de palabras a estímulos (DI GIACOMO, 1981; VOGLAIRE, 1984).

La gran desventaja de las entrevistas o cuestionarios estandarizados es que son demasiado rígidos. Se imponen a los sujetos las preguntas y las alternativas de respuesta. Muchas veces el lenguaje utilizado es conflictual para el sentido común del entrevistado, las preguntas no son relevantes y las categorías de respuesta no corresponden a su experiencia social (CICOUREL, 1982, págs. 107-163). En rigor, para tener un cuestionario estandarizado de calidad, habría que hacer un pre-test sobre una muestra representativa, lo que se hace rara vez (BACHER, 1982).

En ese sentido, los otros métodos mencionados cuadruplican menos las respuestas de los sujetos y permiten la emergencia de sus propias representaciones. La gran limitación de estos métodos es la dificultad para analizar las respuestas. Esto implica crear un código, asegurar su fiabilidad y procesar los datos por codificadores entrenados, pero que ignoren las hipótesis para que no contaminen los resultados.

Sin embargo, el desarrollo de técnicas de recuento de palabras computarizadas ha facilitado el trabajo.

Por eso, para analizar las representaciones sociales de la enfermedad mental utilizamos el procedimiento de encuesta verbal o encuesta con respuesta abierta. Las

respuestas escritas o transcritas eran procesadas según ciertas reglas de simplificación del discurso, bastante claras y que alcanzan una alta cuota de acuerdo inter-jueces (ver el anexo 1).

2.3. *Hipótesis y construcción de un campo de representaciones.*

Para construir un mapa o espacio de representaciones sociales aplicamos el análisis de proximidades o métodos de escalamiento multidimensional (ROSS, 1982; CUADRA, 1981, pág. 377; CIBOIS, 1984).

La hipótesis de base para analizar la estructura de las representaciones sociales era la de considerar a éstas como un campo semántico. Este campo semántico estaría compuesto por el total de las palabras-ideas asociadas a cada pregunta o concepto-estímulo. La posición de una palabra o un concepto en ese campo semántico se mediría por la distancia a los conceptos o palabras que lo rodean. Así, dos conceptos-estímulos (loco y normal, por ejemplo), se pueden comparar en relación a los campos semánticos que los sujetos produjeron para cada uno (DI GIACOMO, 1981, págs. 405-406).

El número total de palabras que se habían dado como respuesta a cada concepto-estímulo se calculó para cada pareja de éstos.

El programa TIN hace un recuento de las palabras asociadas a los estímulos.

Así se construye una matriz de frecuencias, con las palabras-estímulos en las columnas y en las filas las palabras asociadas. Así, por ejemplo, en el tablero siguiente vemos la respuesta de 104 profesionales de Centros de Salud Mental belgas a la pregunta «qué es un hombre sano»: 11 corresponde al grupo de psiquiatras; 12 corresponde al grupo de psicólogos; 13 corresponde al grupo de asistentes sociales; 14 al grupo de secretarías, y 15 al personal paramédico. Los estímulos por grupo se sitúan en las columnas. En las filas aparecen las palabras-ideas más frecuentes.

De esta manera, ya se puede tener una visión cualitativa y una base para crear códigos *a posteriori*, pero partiendo de los

significados encontrados más frecuentemente, y no imponiéndolos *a priori*. (Véase el ejemplo siguiente).

Anna I	11	12	13	14	15	Fréq. tot.
1. Adapter	3	11	7		3	24
2. Bien-être	1	9	6	4	5	25
3. Equilibre	6	10	2	1	6	25
4. Malade non	2	3	3		2	10
5. Mental bon	1	5	4	6	4	20
6. Physique bon	4	7	10	5	11	37
7. Psychique bon	2	2	3		5	12
8. Relation bon	3	3	2		2	10
9. Sain	1	9	2	9	3	24
10. Sentir bien	2	4	3	1	1	11
11. Social bon	1		3		3	7
12. Souffrir non	1	3	1		2	7
13. Vivre positif	2	6	2		2	12

2.4. Medidas de distancia en el campo representacional.

Para tener una medida concreta de la distancia/proximidad o disimilitud/similitud de los conceptos, se calcula el número

	11	12	13	14
12	17			
13	19	21		
14	9	10	13	
15	18	15	10	10

ro total de palabras asociadas al mismo tiempo a dos estímulos. Así vemos que el total de palabras comunes a «qué es un hombre sano» para psiquiatras (11) y para psicólogos (12) es de 17 (ver la matriz de frecuencias de similitud).

	11	12	13	14
12	0,480			
13	0,603	0,621		
14	0,391	0,405	0,593	
15	0,614	0,477	0,716	0,430

Estas frecuencias de similitud se transforman en índices comparables mediante

la fórmula siguiente (DI GIACOMO, 1981, página 406):

$$\text{Índice de similitud} = \frac{\text{N.º de palabras comunes}}{\sqrt{\text{N.º de palabras diferentes estímulo 1} \times \text{N.º de palabras diferentes estímulo 2}}}$$

El programa TIN entrega la matriz de estímulos y palabras, la matriz de frecuencias de similitud, el número total de palabras, el número de palabras diferentes y la matriz de índices de similitud.

para psiquiatras) y el estímulo 2 (qué es un hombre sano para psicólogos)

Así vemos que el índice de similitud entre el estímulo 1 (qué es un hombre sano

$$\text{es} = \frac{17}{\sqrt{33 \times 38}} = 0,48.$$

Donde: 17 = N.º de palabras comunes; 33 = N.º de palabras diferentes (estímulo 1); 38 = N.º de palabras diferentes (estímulo 2).

A esta matriz de similitudes se le pueden aplicar diferentes tipos de análisis multivariado: análisis jerárquico, escala multidimensional (MDSCAL), análisis de proximidad de Kruskall, etc.

2.5. El análisis de proximidades de las distancias.

Nosotros hemos aplicado el programa Kruskall, procedimiento ALSCAL o Alternating Least Squares Multidimensional Scaling. Este análisis es una derivación computarizada del análisis de proximidades de Kruskall (ROSS, 1984; DI GIACOMO, 1981).

El programa de Kruskall verifica cómo las respuestas de los grupos o sujetos en relación a ciertos estímulos se sitúan entre ellos en un espacio de dos dimensiones.

El objetivo de esta técnica multivariada es el de obtener la estructura subyacente en una matriz de datos y representar esa estructura dimensionalmente (en dos o tres dimensiones en el caso del Kruskall). Así los puntajes de los sujetos o grupos se representan por puntos de un modelo espacial, de manera tal que los rasgos más significativos se reflejan en las relaciones geométricas entre los puntos. Los resultados que se obtienen con las diferentes técnicas son bastante convergentes (GARCÍA, 1984, págs. 458-459; FLAMENT, 1981).

Para elaborar la representación geométrica o «mapa» se opera de la siguiente manera: se crea un primer mapa arbitrario y se comparan las distancias en él representadas con los valores de los datos originarios; se obtiene así la medida del stress o tensión entre los datos y la representación. Se modifica el mapa de manera ite-

rativa hasta que la tensión sea la menor posible (ROSS, 1982).

El programa Kruskall entrega una estimación del porcentaje de la varianza, de los datos originales que está representada en el mapa. Esto es un índice de la medida en que la representación geométrica reproduce las distancias reales. A este índice se le llama el índice RSQ. También se da el valor del stress. KRUSKALL propone la siguiente interpretación del stress:

- 0,20 = pobre
 - 0,10 = regular
 - 0,05 = bueno
 - 0,025 = excelente
 - 0,000 = perfecto
- (CUADRA, 1981, pág. 409).

Con el índice RSQ y el stress podemos evaluar la fiabilidad del «mapa».

2.6. Test de hipótesis sobre las distancias.

Para contrastar estadísticamente si las distancias o proximidades son significativas, vale decir, para contrastar estadísticamente la hipótesis nula de que las distancias son meras variaciones del azar de una población en la que hoy no hay diferencias reales, se utiliza el coeficiente de similitud interperfil RP de CATTEL. Su fórmula es la siguiente:

$$RP = \frac{EK - \sum Dij^2}{EK + \sum Dij^2}$$

donde: K = número de dimensiones, en este caso 2; EK = dos veces el valor de Chi² en la mediana (0,50) = 2 x 1,386; Dij = es la diferencia entre los puntajes standarizados de los individuos o grupos o estímulos sobre cada dimensión.

Así, los puntajes obtenidos por los estímulos en las dos dimensiones del Kruskall en nuestra investigación eran los siguientes:

	<u>Dimensión 1</u>	<u>Dimensión 2</u>
Chiflado	0,4117	1,4835
Enfermo mental	- 1,1603	- 0,5461
Loco	- 0,5426	0,9990
Tú mismo	1,4827	- 0,7232
Normal	1,8392	- 0,3240
Enfermo mental niño	- 0,9603	- 0,3942
Enfermo mental adulto	- 1,0705	- 0,5450

La D_{12} o distancia entre chiflado (1) y enfermo mental (2) es igual a:

$$\left[\left(\begin{array}{c} \text{Puntaje de 1} \\ \text{en dimensión 1} \end{array} \right) - \left(\begin{array}{c} \text{Puntaje de 2} \\ \text{en dimensión 1} \end{array} \right) \right]^2 + \left[\left(\begin{array}{c} \text{Puntaje de 1} \\ \text{en dimensión 2} \end{array} \right) - \left(\begin{array}{c} \text{Puntaje de 2} \\ \text{en dimensión 2} \end{array} \right) \right]^2$$

En nuestro caso:

$$D_{ij}^2 = [(0,4117) - (-1,1603)]^2 + [(1,4835) - (-0,5461)]^2 = 8,178$$

$$RP = \frac{\Sigma K - \Sigma D_{ij}^2}{\Sigma K + \Sigma D_{ij}^2} = \frac{(2 \times 1,386) - (8,1782)}{(2 \times 1,386) + (8,1782)} = 0,4937$$

El coeficiente de CATTEL varía entre -1 y 1. Los valores positivos indican proximidades significativas y los valores negativos indican distancias significativas. Cuadros de valores de diferencias significativas y positivas han sido establecidos por HOM (1961).

Comparando el valor encontrado con los valores negativos de la tabla, podemos comprobar que el valor encontrado se aproxima al valor de diferencia tendencialmente significativa (0,10).

Con estos procedimientos, a partir de respuestas abiertas, alcanzamos los siguientes objetivos:

- Obtener una lista de las palabras asociadas a los conceptos-estímulos y sus frecuencias. Con ello podemos tener una visión del conjunto de significados asociados a los símbolos que nos interesan.

- Obtener una matriz de las palabras asociadas simultáneamente a dos estímulos, así como una matriz de índices de similitud entre cada par de estímulos.

- Obtener una representación espacial o mapa del campo semántico de las representaciones a partir de la matriz de índices de similitud.

- Obtener una representación estadística sobre la significación de las distancias entre dos conceptos.

De esta manera, tomando en cuenta las respuestas de todos los sujetos a todos los estímulos, logramos construir el campo de representaciones.

3. LAS HIPOTESIS QUE HAN GUIADO NUESTRA INVESTIGACION

A la hora de presentar nuestras hipótesis, tenemos que distinguir las *hipótesis generales* (referentes a la parte general de la investigación) de las *hipótesis específicas* (referentes a las partes específicas de la investigación).

3.1. Hipótesis generales relacionadas con el universo representacional del loco, del chiflado, de sí mismo, del normal y del enfermo mental.

1.^a) La enfermedad mental se define por criterios externos y conductuales.

2.ª) El «loco» es diferente del «enfermo mental». El loco es más estigmatizado y los criterios para definirlo son la rareza y la peligrosidad de su actuación.

3.ª) La representación social de la «normalidad» se opone a la del «enfermo mental» y del «loco». La representación de «sí mismo» se sitúa sobre el eje de la normalidad.

4.ª) La definición de «normal» es social y exterior.

3.2. Las hipótesis específicas.

Corresponden estas hipótesis a las partes específicas de nuestra investigación a las que nos referíamos en la introducción.

a) Primera parte: Influencia de la variable edad sobre la representación social.

1.ª) A mayor edad se tiende a definir al enfermo mental por los problemas que crea en su entorno y hay una representación social más biológico-individual.

2.ª) A menor edad se tiende a definir al enfermo mental por su problemática psicosocial y hay una representación social más relativista de la normalidad y de la enfermedad mental.

b) Segunda parte: Comparación entre pacientes, familiares y técnicos, tanto en el Hospital Psiquiátrico como en los Módulos de Salud Mental.

1.ª) La representación social de los grupos del servicio de asistencia en el Hospital Psiquiátrico estará más cerca del modelo médico-asistencial que la de los grupos de servicio de asistencia en los Centros de Salud Mental.

2.ª) La representación social de la enfermedad mental será diferente según los roles:

- Los enfermos tenderán hacia un modelo psicosocial, aunque seguirán influenciados por el modelo médico.
- Los familiares se resistirán a abandonar el modelo médico.
- Los profesionales fluctuarán entre los modelos.

3.3. Hipótesis generales referentes a la influencia de la posición grupal sobre las representaciones.

1.ª) Los «normales» se representan de manera más homogénea a los «enfermos» y viceversa. Los familiares estarán en una posición intermedia.

Un exogrupo distante socialmente se representa de manera homogénea; el endogrupo o grupo al que se pertenece se representa de manera diferenciada. Podemos deducir que para los normales los enfermos son un grupo diferenciado y se les percibirá más homogéneamente, siendo válido lo inverso para los enfermos (TAJFEL, 1984).

2.ª) Los normales definirán más conductas raras y anormales como enfermedad que los enfermos, ocupando los familiares una posición intermedia.

La evaluación de las características de un grupo o estímulo social complejo se hace a partir de un prototipo de referencia. Por lo mismo, la evaluación de la normalidad o anormalidad de una conducta se hará a partir de un prototipo de normal o enfermo (SHERIF y SHERIF, 1974).

Suponemos que el prototipo de normalidad de los enfermos es más relativizante, dada su propia conducta anormal, y evaluarán una panoplia más amplia de conductas como normales. Lo contrario ocurrirá para los normales.

4. RESULTADOS OBTENIDOS

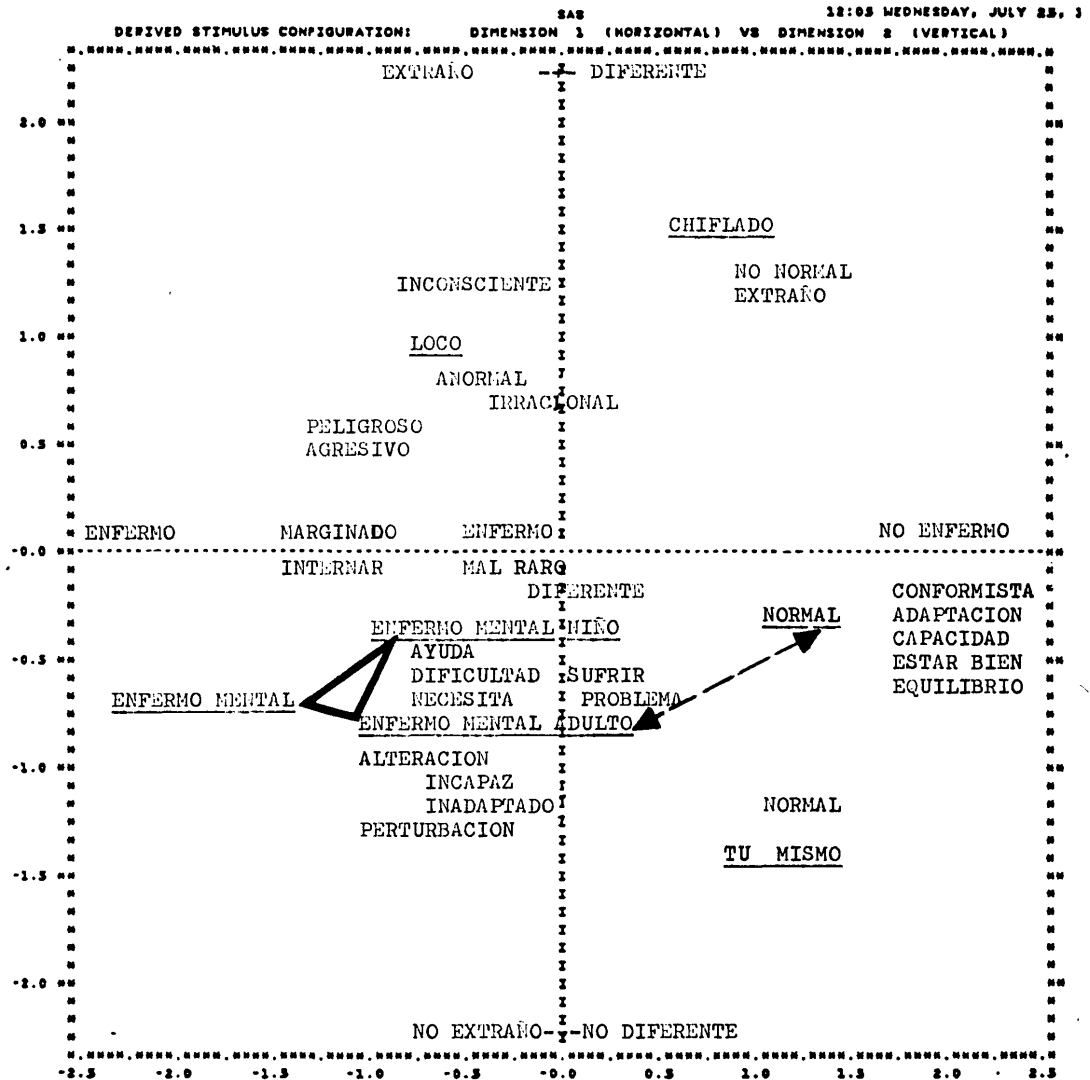
4.1. El campo representacional de la enfermedad mental.

En este apartado recogemos los resultados obtenidos por la elaboración de las respuestas que han dado los adultos que han participado en las tres partes de la investigación: *estudiantes superiores y sus padres*, que forman parte de la muestra de la primera investigación; *los pacientes* que forman parte de la muestra de la segunda investigación; *los padres de los niños* de EGB que forman parte de la mues-

tra de la tercera investigación. El total de los sujetos adultos de esta muestra unificada es de 485.

Las similitudes y diferencias de las respuestas a las diferentes palabras-estímulo están representadas en el gráfico 1.

Gráfico 1



Tablero de coeficientes «RP» de Similitud n.º 1
(Correspondiente al Kruskal del gráfico 1)

	1	2	3	4	5	6	7
2	- 0,407	X					
3	0,252	0,000	X				
4	- 0,424	- 0,433	- 0,436	X			
5	- 0,312	- 0,538	- 0,456	0,387	X		
6	- 0,193	0,943	0,167	- 0,354	- 0,477	X	
7	- 0,389	0,994	0,020	- 0,406	- 0,508	0,963	X

Las cifras en cursiva representan valores significativos.

- 1 = Chiflado
- 2 = Enfermo mental
- 3 = Loco
- 4 = Tú mismo
- 5 = Normal
- 6 = Enfermo mental niño
- 7 = Enfermo mental adulto

Valor de «RP» en dos dimensiones:

$$\begin{aligned}
 + a 0 . 0,5 &= 0,862 \\
 + a 0 . 1 &= 0,736 \\
 - a 0 . 0,5 &= 0,624 \\
 - a 0 . 1 &= 0,536
 \end{aligned}$$

$$\text{Stress} = 0,182; \text{RSQ} = 0,866$$

Las flechas punteadas indican las distancias entre representaciones que son tendencialmente significativas —vale decir que se producirían como efecto del azar en aproximadamente un 10 % de muestras de un universo en el que el valor real de las distancias fuera el mismo—. Las líneas indican las proximidades tendencialmente significativas. Además, en torno a cada estímulo están dispuestas las palabras más frecuentemente asociadas.

Si examinamos la representación gráfica de los dos factores extraídos de la matriz de similitud de respuestas a las palabras-estímulo —¿Qué es un loco? ¿Qué es un enfermo mental? ¿Qué es un enfermo mental explicado a un niño? ¿Qué es un enfermo mental explicado a un adulto? ¿Qué es una persona normal? ¿Qué eres tú mismo?—, vemos cómo las respuestas de los sujetos confirman nuestras hipótesis.

Así, vemos que hay una distancia tendencialmente significativa entre normal y enfermo mental. Por otro lado, enfermo mental, enfermo mental para un adulto,

enfermo mental para un niño, están significativamente cerca. En cambio, normal y tú mismo, están cerca, pero no significativamente. Normal y tú mismo están lejos, aunque no significativamente, de loco y chiflado. Igualmente, loco y el conjunto enfermo mental (EM EMA, EMN) están en una distancia media.

En síntesis, «normal» se opone a «enfermo»; «chiflado» a «enfermo»; «loco» aparece en una zona próxima a «enfermo mental». «Chiflado» está en una zona próxima a «loco», pero no lejos de «normal». Los conjuntos más claros son las proximidades de las representaciones de «enfermo» que se oponen a «chiflado» y a «normal».

Si consideramos las palabras, con frecuencias más importantes, asociadas a cada representación, vemos cómo se dibujan dos dimensiones: Una primera dimensión, vertical, opone lo extraño, lo no normal, a lo que es común, corriente. Una segunda dimensión, horizontal, opone lo enfermo (loco, enfermo mental) a lo normal.

Examinemos el análisis de contenido a partir de una codificación de las respuestas por sus significaciones (ver el gráfico 2).

Comparando el contenido más global de las respuestas de los sujetos, encontramos lo siguiente:

Gráfico 2a
Respuesta de los sujetos normales y enfermos reunidos,
a las preguntas: N = 485

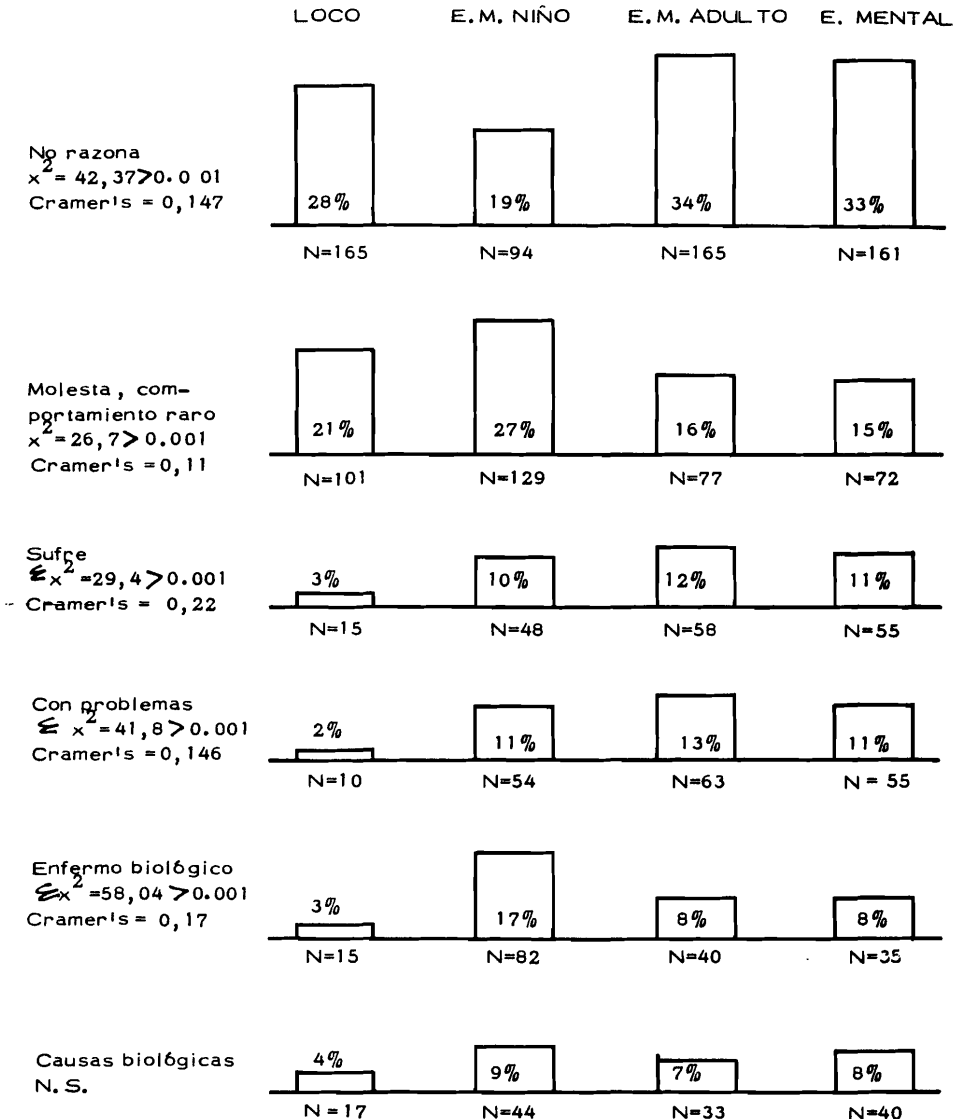
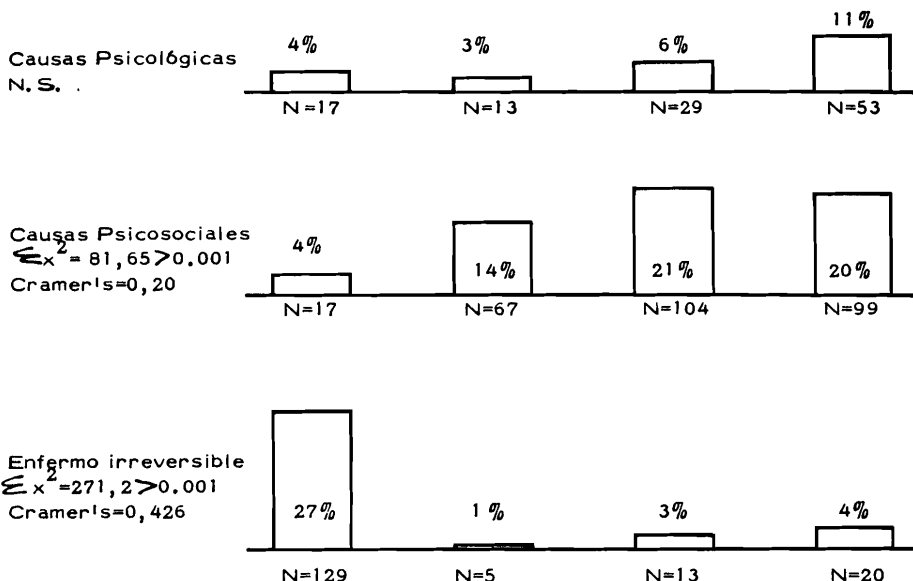


Gráfico 2b



— El enfermo mental explicado a un adulto es muy similar al enfermo mental en general. Esta categoría tipifica al enfermo mental como alguien que no razona, que molesta al entorno con su conducta rara y cuya enfermedad es causada por problemas relacionales y ambientales.

— Cuando se explica a un niño lo que es un enfermo mental se insiste en su conducta rara, en su carácter de enfermo que necesita ayuda y se mencionan menos las causas psicosociales.

— El loco se presenta como la culminación irreversible de la enfermedad mental con un matiz peyorativo y se insiste más en que molesta al entorno, a semejanza del enfermo mental explicado al niño. Se hace menos hincapié en que sufre y en que tiene problemas.

A nivel de contenido, la representación de «normal» es la siguiente:

- Una definición de conformismo social (35 %).
- Una definición de bienestar físico-

mental y de capacidad de desarrollarse en la vida (30 %).

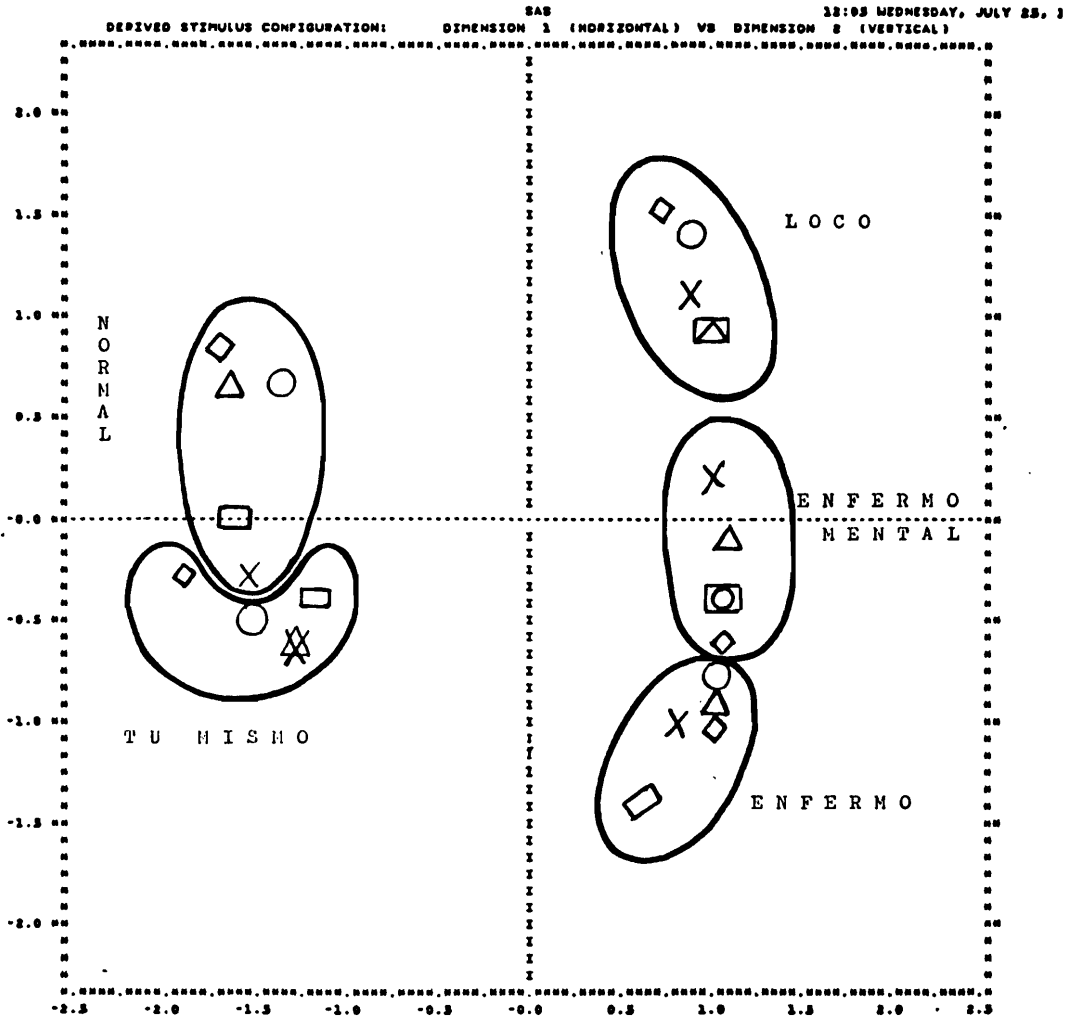
En cuanto a la representación de «sí mismo», los sujetos se definen así:

- Como normales (42 %).
- Como normales con problemas (31 %).
- Sólo un 15 % se define como desequilibrado y enfermo mental.

Vemos cómo el universo simbólico representacional de nuestros sujetos confirma nuestras hipótesis, aunque hay que destacar que el rasgo de agresividad que caracterizaría al «loco», de acuerdo a nuestra segunda hipótesis, no aparece tan manifiesto.

Que este mapa representacional no es meramente idiosincrático o un producto de la unificación de grupos heterogéneos de nuestra investigación, lo muestra el hecho de que unas dimensiones y resultados similares se encontraron en Italia (con estudiantes) y en Bélgica con técnicos de la Salud Mental (ver gráfico 3).

Gráfico 3



Interprétation de la matrice des similitudes inter-groupes de annatous, par l'analyse du KRUSKALL.
Configuration finale en 2 dimensions (Stress = 0,223).

Posiciones en una representación gráfica de las respuestas-palabras asociadas a qué es un loco, qué es normal, qué es un enfermo mental y qué es un enfermo. Posiciones diferenciadas por profesión: psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, secretarías y personal para-médico (logopedas, etc.). Trabajadores de Centro de Salud Mental belgas (francófonos).

Légende:

- ◇ : psychiatres; ○ : psychologues; △ : assistants sociaux;
- : secretares; × : paramédicaux.

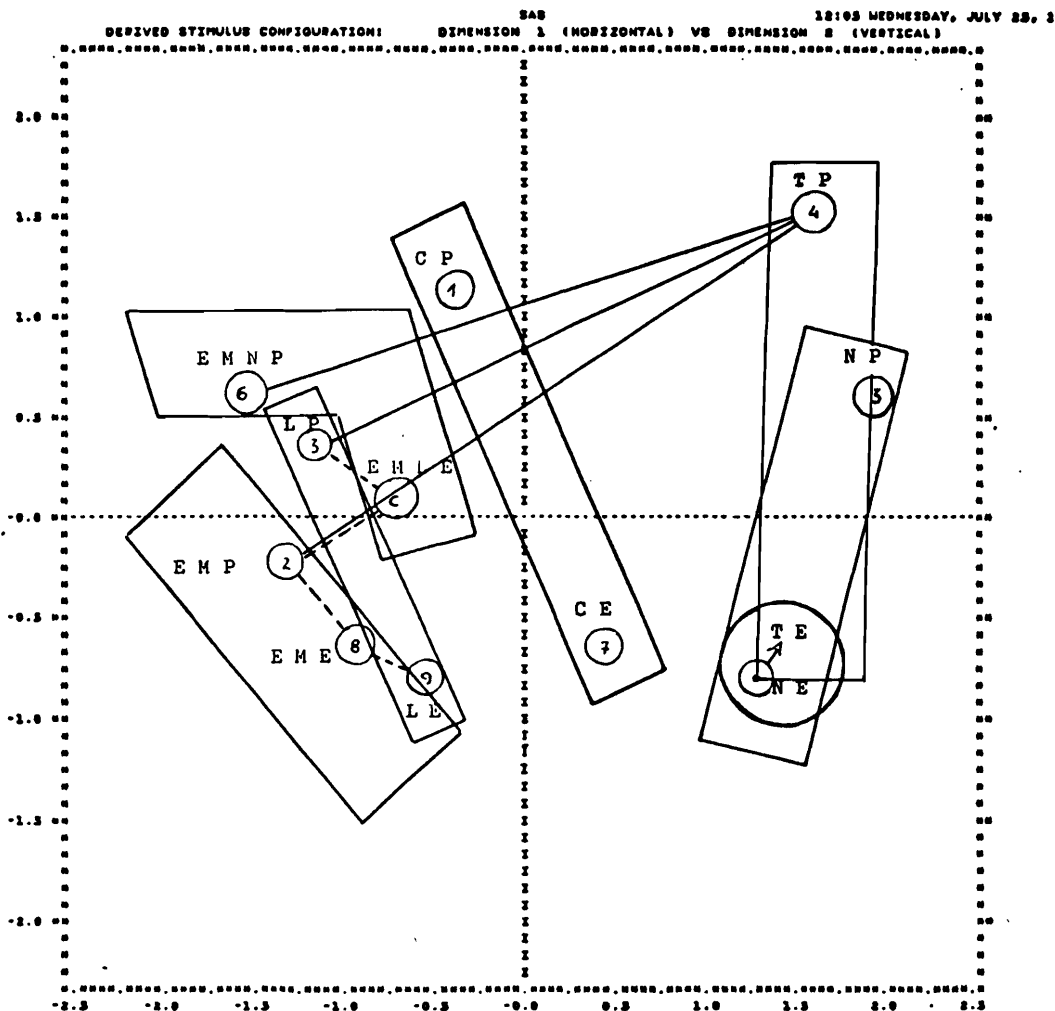
4.2. *Resultados específicos correspondientes a la 1.ª y 2.ª partes de la investigación.*

4.2.1. Primera parte: Relación entre la edad y la representación social.

A) Campo representacional.

Para estudiar la relación entre la edad y la representación social hicimos un análisis comparativo de las respuestas de 200 estudiantes superiores con las respuestas dadas por sus padres-madres cuyo número asciende a 92 (ver el anexo n.º 1).

Gráfico 4



Representación gráfica en dos factores de las matrices de similitudes de las respuestas de: a) Estudiantes superiores = E y b) sus padres = P, a las preguntas: qué es un chiflado = C; enfermo mental = EM; loco = L; tú mismo = T; normal = N y enfermo mental explicado a un niño = EMN.

Tablero de coeficientes «RP» de Similitud N.º 2
(Correspondiente al Kruskall del gráfico 4)

	A1	A2	A3	A4	A5	A7	71	72	73	74	75
A2	-0,058										
A3	0,400	0,663									
A4	0,019	-0,535	-0,406								
A5	-0,194	-0,456	-0,398	0,357							
A7	0,440	0,279	0,794	-0,437	-0,494						
71	-0,291	0,177	-0,072	-0,456	-0,145	-0,350					
72	-0,254	0,224	0,289	-0,579	-0,460	-0,056	0,405				
73	-0,343	0,556	0,065	-0,589	-0,435	-0,230	0,605	0,897			
74	-0,466	-0,247	-0,382	-0,483	-0,077	-0,537	0,662	-0,085	0,101		
75	-0,463	-0,240	-0,378	-0,482	-0,077	-0,533	0,672	-0,077	0,110	1,000	
77	0,229	0,821	0,810	-0,387	-0,291	0,391	0,277	0,593	0,398	-0,163	-0,156

Todas las cifras en cursiva son significativas.

- A1 = Chiflado - Padres.
- A2 = Enfermo mental - Padres.
- A3 = Loco - Padres.
- A4 = Tú mismo - Padres.
- A5 = Normal - Padres.
- A7 = Enfermo mental niño - Padres.
- 71 = Chiflado - Estudiantes.
- 72 = Enfermo mental - Estudiantes.
- 73 = Loco - Estudiantes.
- 74 = Tú mismo - Estudiantes.
- 75 = Normal - Estudiantes.
- 77 = Enfermo mental niño - Estudiantes.

A partir del Kruskall general padres-estudiantes y el tablero de coeficientes correspondiente (ver *gráfico 4*), constatamos que existen *dos zonas delimitadas*, una a la izquierda y otra a la derecha. En la zona de la izquierda está la representación gráfica del enfermo mental explicado a los adultos (EM), del enfermo mental explicado a niños (EMN) y del loco. En la zona de la derecha vemos que están las representaciones gráficas del normal y tú mismo.

Vemos, pues, que se reproduce el campo representacional general.

A nivel de las similitudes subrayamos los siguientes datos:

— La representación del enfermo mental casi coincide para ambos grupos.

— La representación del loco en los padres se aproxima a la del enfermo mental explicado a los niños, mientras que la representación del loco en los estudiantes se aproxima a la del enfermo mental explicado a los adultos.

— La representación de «tú mismo» aparece como próxima a la del normal en ambos grupos, más próxima en el grupo de los estudiantes que en el de los padres.

A nivel de análisis de contenidos (véase ARZAC, 1984) podemos destacar los siguientes datos:

— Respecto a la representación de «normal», ambos grupos coinciden en considerarse como normales, pero los padres establecen una mayor oposición entre «normal» y «no normal», mientras los estudiantes relativizan más el concepto de normalidad.

— Respecto a la representación de «enfermo mental», los padres insisten más en que el enfermo mental *no razona* y, a la hora de explicar el origen de la enfermedad mental, recurren más a factores biológicos. Los estudiantes insisten más en que el enfermo mental *presenta una conducta rara que molesta al entorno* y en que el enfermo mental por problemas psicosociales y ambientales, aunque en este punto las diferencias entre ambos grupos no sean significativas.

— Respecto a la representación de «chiflado», ambos grupos comparten el núcleo proposicional común «anormal», pero considerado como fuera de la norma, sin matiz patológico. Para los padres, además, el chiflado tiene una conducta rara, es maniaco, consciente y está cerca del loco en el Kruskall. Para los estudiantes, el chiflado es extravagante, normal, y en menor porcentaje, enfermo mental, lo cual explica su posición en el Kruskall cerca del normal, pero acercándose también al enfermo mental.

— En cuanto al loco, para los padres el loco es una persona que no razona, está perturbado cognitivamente, es peligroso y ello es debido a causas biológicas, ambientales y psicosociales. Para los estudiantes, el loco es la culminación irreversible de la enfermedad mental, está perturbado cognitivamente, molesta al entorno con su conducta rara, y ello es debido a causas psicológicas, ambientales y psicosociales.

Concluyendo, podemos afirmar que, a nivel del campo representacional, existen grandes convergencias entre ambos grupos, en el sentido de que ambos grupos colocan al «normal» cerca de «tú mismo» y lejos del «enfermo mental». A nivel de

contenido, hemos indicado algunos matices diferenciales. Luego, nuestras hipótesis no se confirman totalmente en este punto, aunque es cierto que los resultados apuntan en la dirección de nuestras hipótesis —en particular la visión más relativista de la normalidad de los estudiantes y su visión más psicosocial de la locura—.

B) Representaciones sociales y opiniones de conducta.

Con el fin de contrastar la hipótesis de que las representaciones sociales orientan y guían la conducta social, hicimos cuatro preguntas cerradas: tres de opinión de conducta y una específica sobre las causas de la enfermedad mental.

Teniendo en cuenta la convergencia observada a nivel del campo representacional, se podía esperar que en las respuestas a estas cuatro preguntas cerradas se diera, igualmente, una gran convergencia entre ambos grupos, con un matiz más relativista y psicosocial entre los jóvenes.

Efectivamente, en lo referente a las causas de la enfermedad mental, los padres y los estudiantes coinciden en decir que las causas más importantes son los problemas psicológicos; en segundo lugar, ambos grupos colocan «las dificultades relacionales y causas ambientales»; en tercer lugar, los factores biológicos. El orden de prioridad es el mismo para ambos grupos, pero hay un porcentaje mayor de estudiantes que de padres que insisten en los problemas psicológicos y en las dificultades relacionales y causas ambientales como causas de la enfermedad mental.

Pasando a las preguntas sobre opinión de conducta, a la primera pregunta: ¿Quién decide que una persona es enferma mental?, ambos grupos coinciden en que son los técnicos de salud mental quienes deciden que una persona es enferma mental; en segundo lugar, se deja la decisión a la familia y al entorno extrafamiliar y social, dejando ambos grupos, y con porcentajes bajísimos; en tercer lugar, «al

mismo enfermo» como capaz de decidir sobre su problemática.

A la pregunta: ¿Qué clase de tratamiento debiera recibir un enfermo mental?, ambos grupos coinciden en el orden de preferencias, aunque en cada categoría el porcentaje de padres y de estudiantes varíe significativamente:

— En primer lugar, ambos grupos eligen el tratamiento ambulatorio de carácter psicológico y la terapia familiar.

— En segundo lugar, la participación en un grupo de terapia y el aprendizaje de nuevas conductas. Aquí el porcentaje de estudiantes es significativamente mayor que el de los padres.

— En tercer lugar, se indica el internamiento como medio de tratamiento, con porcentajes bajos en ambos grupos, siendo el porcentaje de los padres significativamente superior al de los estudiantes.

— En cuarto lugar, se indica, igualmente con porcentajes muy bajos, el tratamiento farmacológico, siendo el porcentaje de padres superior al de estudiantes.

A la pregunta: ¿Qué esperas de un tratamiento?, los padres confían más en una recuperación total que los estudiantes; éstos sólo esperan una mejoría considerable.

4.2.2. Segunda parte de la investigación: Distancia con respecto a la enfermedad, rol social y representación social.

Con el fin de contrastar la hipótesis sobre la relación entre rol social y representación social de la enfermedad mental, analizaremos las respuestas de pacientes, familiares y técnicos de Centros de Salud Mental y del Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial de San Sebastián, a las preguntas-estímulo: «¿Cómo explicaría usted lo que es un enfermo mental a un niño?» «¿Cómo explicaría usted lo que es un enfermo mental a un adulto?» (ver anexo 2).

En el *gráfico 5* tenemos la representación gráfica en dos factores de las matrices de

similitud de las respuestas dadas por los pacientes, familiares y técnicos de Centros de Salud Mental y del Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial de San Sebastián.

En una primera lectura del Kruskal representado en el *gráfico 5*, resaltamos dos dimensiones:

— a la izquierda los tres grupos de Hospital,

— a la derecha los tres grupos de Centros de Salud Mental.

Vemos tres conjuntos significativamente juntos:

— Enfermo mental para técnicos de Centro y pacientes de Centro.

— Enfermo mental a niño y enfermo mental a adulto para los familiares de Centro — que además tienden a estar próximos de enfermo mental a niño de técnicos de Centro.

— Enfermo mental y enfermo mental a niño para pacientes y familiares de Hospital.

A nivel de las distancias, vemos que la representación del enfermo mental para técnicos de Hospital se opone a algunas representaciones de familiares y técnicos de Centro.

Esto nos lleva a interpretar que nos encontramos ante dos universos representacionales diferentes de la enfermedad mental.

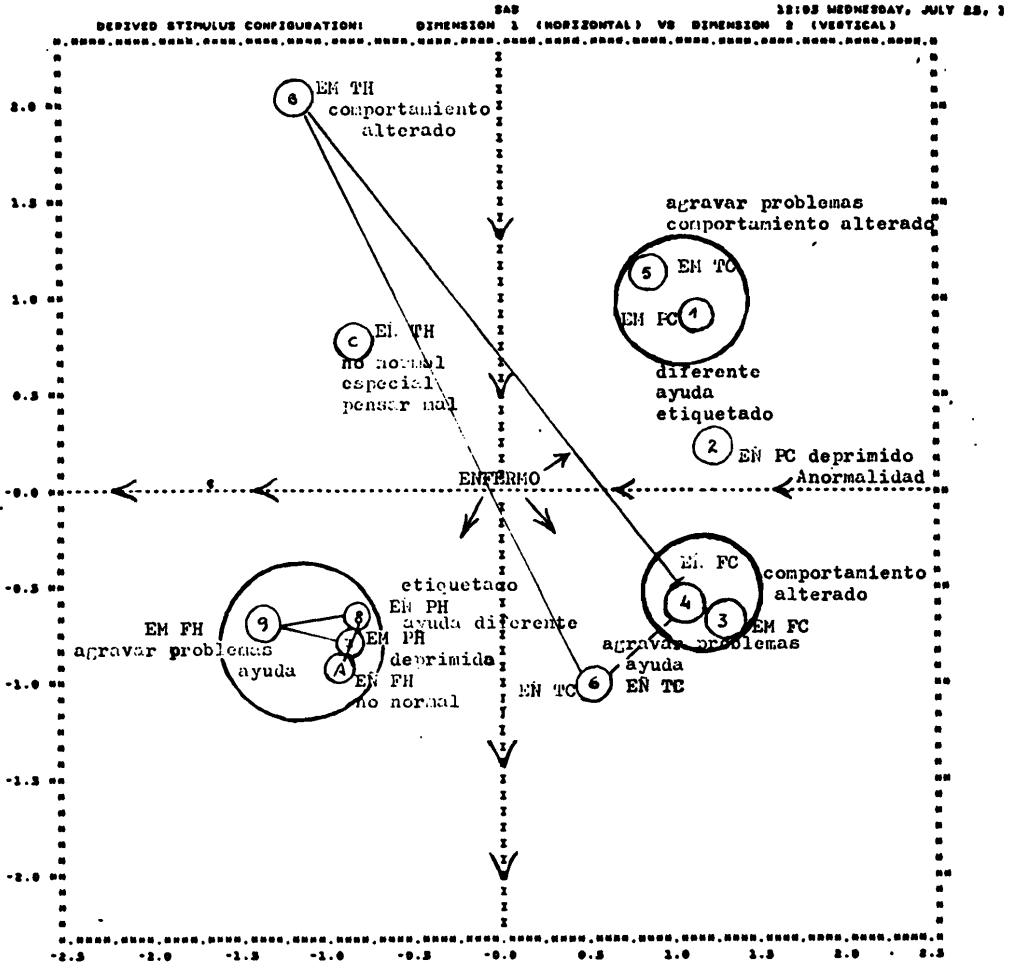
Como núcleo proposicional común a cinco de los seis grupos representados, con excepción de los técnicos de Hospital, hemos situado la palabra «enfermo», por ser la que tiene una frecuencia más alta en la tasa de respuestas de familiares y pacientes del servicio de asistencia psiquiátrica como en técnicos, familiares y pacientes de Centros de Salud Mental.

En la ordenada hemos inferido el parámetro «ayuda» que va de menor a mayor ayuda en la dirección de arriba-abajo. En este sentido creemos interesante resaltar los siguientes aspectos:

A nivel de contenido tanto los técnicos

Gráfico 5

AYUDA



Representación gráfica de dos factores de las matrices de similitudes de las respuestas de: pacientes de Centros = PC; familiares de éstos = FC; técnicos de Centros = TC; pacientes del Hospital = PH; familiares de éstos = FH; y técnicos del Hospital = TH; a las preguntas: qué es un enfermo mental = EM; cómo explicaría lo que es un enfermo mental a un niño = EN.

de Hospital como los de Centro de Salud Mental cuando explican lo que es un enfermo mental a un adulto dejan entrever una posición más neutra, de menor ayuda, posiblemente por su rol de profesional de la salud mental.

Sin embargo, cuando se dirigen al niño, en los dos casos, aunque en diferente pro-

porción, tienden a utilizar la palabra «ayuda» muy especialmente los técnicos de ambulatorio, en los cuales resalta su aproximación a los familiares de Centros de Salud Mental, que manejan dicho término dentro de un contexto que interpretamos más proteccionista hacia el enfermo mental. (Los test de análisis de contenido con-

Tablero de coeficientes «RP» de Similitud N.º 3
(Correspondiente al Kruskal del gráfico 5)

	A1	A2	A3	A4	A5	A7	71	72	73	74	75
A2	0,707										
A3	0,063	0,567									
A4	0,061	0,574	0,972								
A5	0,916	0,489	-0,089	-0,058							
A7	-0,184	0,167	0,639	0,751	-0,256						
71	-0,384	-0,264	-0,168	-0,066	-0,375	0,239					
72	-0,361	-0,239	-0,150	-0,045	0,350	0,253	0,997				
73	-0,487	-0,420	-0,375	-0,301	-0,465	-0,083	0,830	0,814			
74	-0,392	-0,268	-0,162	-0,059	-0,384	0,257	0,998	0,991	0,814		
75	-0,383	-0,505	-0,637	-0,611	-0,232	-0,622	-0,486	-0,470	-0,458	-0,500	
77	-0,105	-0,187	-0,358	-0,292	0,030	-0,268	0,079	0,120	0,081	0,047	0,230

Todas las cifras en cursiva son significativas a nivel de 0,1 ó 0,05.

A1 = EM Adulto	}	Pacientes Centro de Salud Mental
A2 = EM Niño		
A3 = EM Adulto	}	Familiares Centro de Salud Mental
A4 = EM Niño		
A5 = EM Adulto	}	Técnicos Centro de Salud Mental
A7 = EM Niño		
71 = EM Adulto	}	Pacientes Hospital Psiquiátrico
72 = EM Niño		
73 = EM Adulto	}	Familiares Hospital Psiquiátrico
74 = EM Niño		
75 = EM Adulto	}	Técnicos Hospital Psiquiátrico
77 = EM Niño		

Stress = 0,29; RSQ = 0,58.

trastan dicha diferencia con un Chi cuadrado significativo.) (Ver MARTÍNEZ DE TABOADA, 1984.)

Respecto a los pacientes de Centros de Salud Mental, éstos se sitúan muy cerca de sus técnicos en la explicación de enfermo mental a un adulto. Dentro de una postura que inferimos más autónoma, de menos demanda de ayuda, que evolucio-

na igualmente en sentido contrario cuando se refieren a un niño.

Los pacientes del servicio psiquiátrico hacen una demanda más clara de ayuda dentro de una posición que interpretamos como más dependiente.

Como hemos mencionado anteriormente y dentro de este ámbito más terapéutico o curativo y paternalista, se interpreta igual-

mente situados a los familiares del servicio de psiquiatría como a los de Centro de Salud Mental (y a sus técnicos refiriéndose al niño).

En la abscisa hemos inferido como parámetro la palabra «no normal», yendo de derecha a izquierda de menor a mayor posición.

Los grupos de los Centros de Salud Mental describen al enfermo mental dentro de unas coordenadas de menor normalidad (reafirmado por el análisis de contenido). Los técnicos, los pacientes y los familiares que están dentro de este ámbito describen y definen al enfermo mental como una persona normal con problemas, que induce a pensar en una mejor posibilidad de intercomunicación.

En cuanto a los grupos del servicio de psiquiatría, definen al enfermo mental como alguien diferente, de comportamiento alterado en el caso de los técnicos y como alguien no-normal por los propios pacientes y familiares, lo cual lo interpretamos como una posición menos cercana al enfermo mental más deteriorado, de patología más grave, y por lo tanto, con mayores dificultades de comunicación.

Podemos concluir diciendo:

— Que el mundo representacional del Hospital Psiquiátrico es diferente al de los Centros de Salud Mental. El primero, probablemente por su función de control de crisis y pacientes más deteriorados, se acerca más al modelo médico; el segundo, partiendo de un tratamiento del enfermo en su hábitat habitual, se enmarca más dentro del modelo psicosocial. Esta primera conclusión estaría de acuerdo con nuestra primera hipótesis.

— En cuanto a la segunda hipótesis de que la representación social de la enfermedad mental sería diferente según los roles, creemos que sólo se confirma parcialmente, ya que, en general, las representaciones de pacientes y familiares no se diferencian de manera significativa. Hemos visto cómo la influencia del modelo médico está presente tanto en enfermos como en familiares. Los enfermos,

sobre todo aquellos tratados en régimen ambulatorio, evolucionan más fácilmente hacia un modelo psicosocial de mayor responsabilidad, mientras que los familiares, especialmente aquellos que optaron por medidas de internamiento de los pacientes, se muestran mucho más reacios a abandonar el modelo médico.

4.3. *Psicosociología de la representación social, grupos y enfermedad mental.*

Aplicaremos a la representación de la enfermedad mental los principios generales de la representación intergrupo, en particular el llamado proceso de categorización o de clasificación de los objetos sociales (TAJFEL, 1973 y 1983). Aunque evidentemente no intentamos explicar en su totalidad el fenómeno de la enfermedad mental en base a estos procesos de representación y de categorización.

El grupo de los «normales» tiene como referencia interna la normalidad y como exogrupo o grupo de referencia externa los «anormales» o enfermos. Inversamente, suponemos que los enfermos mentales conforman un grupo, desvalorizado y al que los sujetos se resisten a identificarse, pero, grupo al fin. Este grupo tendrá como referencia más cercana la normalidad y su exogrupo serán los normales. Finalmente, existe un tercer grupo intermedio, a medio camino de los «normales» y a medio camino de los «enfermos»: son los familiares o próximos a los enfermos. Estos tienen una identificación cruzada. Pueden decir: «ellos, los enfermos» y «nosotros, los normales». Pero también pueden decir: «nosotros, los de la familia X» dentro de la cual hay un enfermo.

Para esta parte de la investigación hemos dividido el grupo de estudiantes, sus padres y los padres de niños de EGB en normales y familiares de enfermos, utilizando como otro grupo el grupo natural de enfermos. Para operacionalizar nuestra investigación, hemos comparado las respuestas de los sujetos «enfermos» (sujetos que están realmente en tratamiento)

con las de los sujetos sin enfermos en la familia (grupo de normales) y con la de los sujetos que tienen algún enfermo en la familia (grupo artificial). Estos dos últimos grupos fueron constituidos a partir

de los estudiantes superiores, sus padres y los padres de los niños.

A nivel de la definición de la normalidad, los resultados del *gráfico 6* son muy significativos.

Gráfico 6a

¿ QUE ES UNA PERSONA NORMAL ?

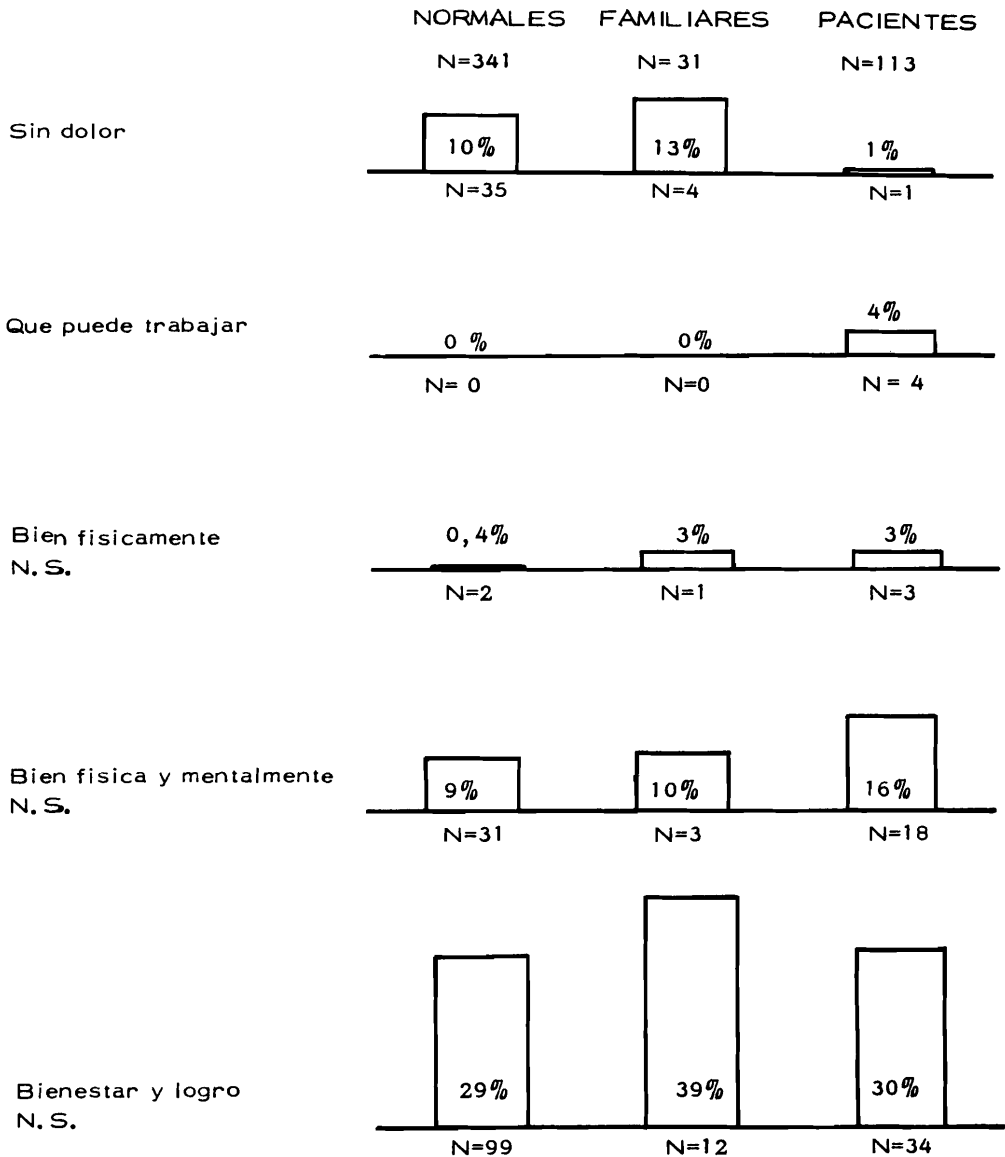
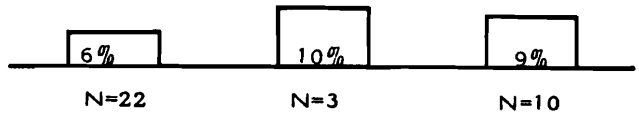
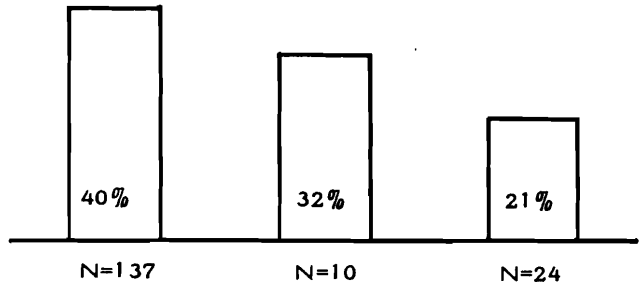


Gráfico 6b

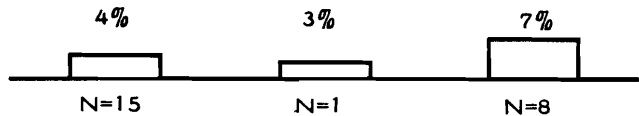
Aparentemente bien
N. S.



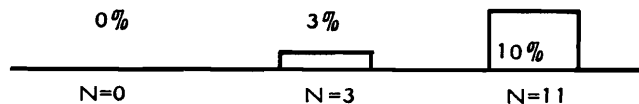
Conforme normas
 $\chi^2 = 13,4$ 0.02
Cramer's = 0,166



No hay N. S.



No sabe
No responde



Recordemos que a nivel general, la definición más frecuente era la de conformismo social; luego venía la definición de normal como un estado de bienestar y de capacidad para desarrollarse.

Como vemos en el gráfico 6, la definición de conformismo —que es una definición o representación implícitamente crítica de lo normal— la adoptan más los «normales» que los «familiares» y que los pacientes.

Es como si la proximidad a la enfermedad aumentara una visión a-crítica de la normalidad —una visión más homogénea y estereotipada de los normales—.

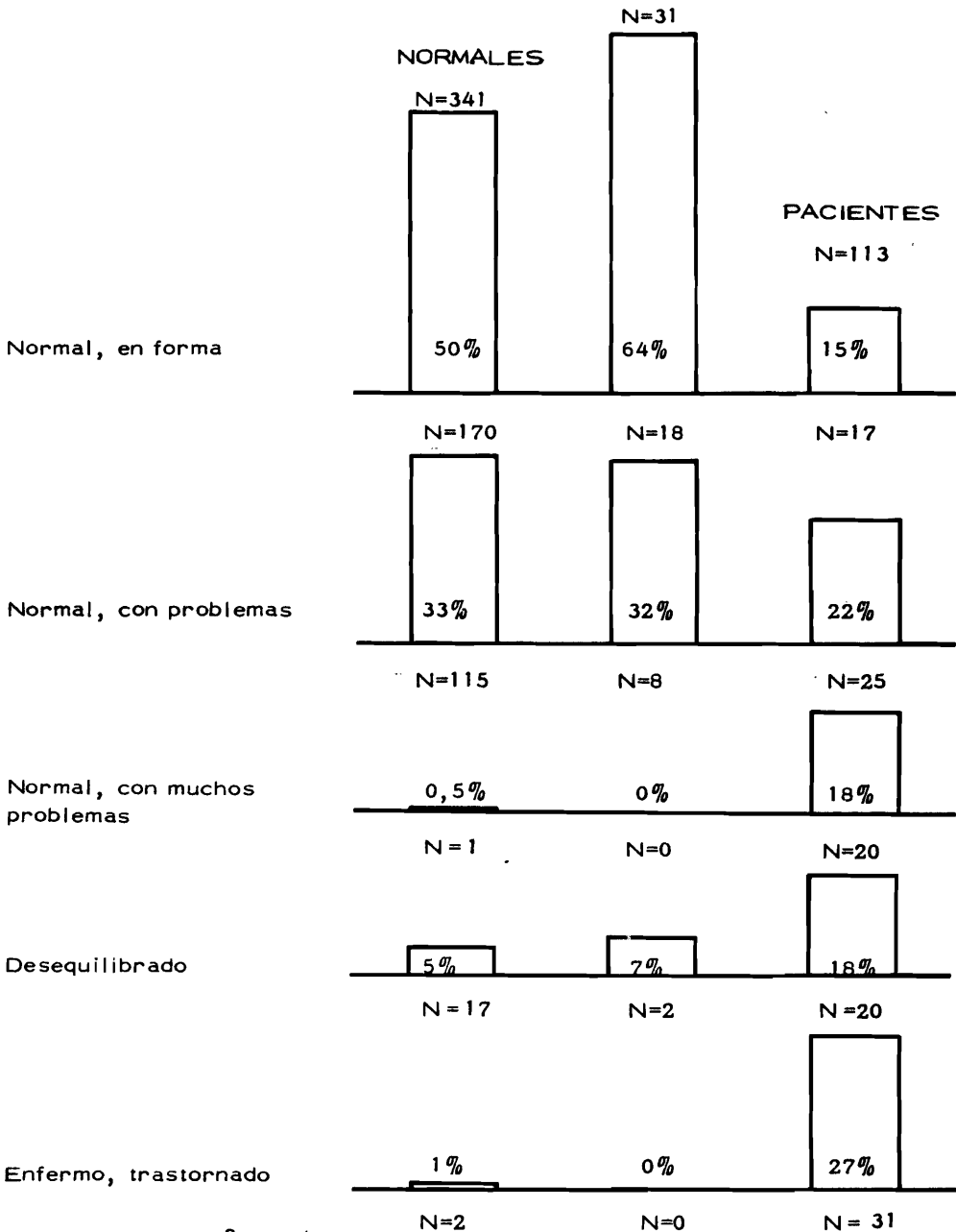
Respecto a la representación de sí mismo (ver gráfico 7), los pacientes tienden a identificarse como enfermos, trastornados, desequilibrados, mucho más que los normales y los familiares. Estos, los familiares, tienden a definirse como más normales, como si quisieran reforzar su identidad «no enferma». Señalemos también que una minoría de los pacientes se designó claramente como enfermo mental y la mayoría se definió como enfermo a veces trastornado, desequilibrado, con muchos problemas, etc.

Debemos señalar como limitación de nuestros resultados que los grupos de fa-

Gráfico 7

¿ QUE ERES TU MISMO ?

FAMILIARES



$\chi^2 = 122,45 > 0,001$ (tablero simplificado)

Cramer's $\phi = 0,37$

miliares y enfermos no están asociados directamente en la realidad, así como que los enfermos no pertenecen exactamente al mismo estrato social que los «normales» y «familiares». Pese a ello, podemos retener como datos indicativos que los enfermos tienen una visión menos crítica de la normalidad y que los enfermos se identifican más con la anormalidad.

4.4. *Distancia social ante la enfermedad mental y conducta ante ésta.*

A nivel descriptivo, las investigaciones indican que los familiares de los enfermos tienden a interpretar los síntomas como expresiones normales de stress. También se encontró que los pacientes compartían las creencias y estereotipos generales sobre la enfermedad mental, pero no se los aplicaban a sí mismos (COCKHERHAM, 1979).

Como hemos dicho, hipotetizamos que los enfermos y familiares dada su proximidad a la enfermedad mental, serán más insensibles —o tolerantes si se quiere— ante conductas anormales, que sujetos más distantes —que calificarán más extensamente a conductas anormales como enfermedad mental—.

Vale decir, a mayor distancia social de la enfermedad mental, si será más sensible ante conductas anormales, que se interpretarán como indicio de enfermedad mental —en ese sentido se es más intolerante—.

Insistimos que lo de sensible o intolerante se usa sin connotaciones de presencia o ausencia, de empatía, etc.

Como metodología, hemos presentado una serie de escenarios e historietas sintomatológicas a pacientes y sus familiares de los Centros de Salud Mental de Vizcaya y Guipúzcoa, así como al grupo de estudiantes superiores, sus padres y los padres del grupo de niños. Este último grupo constituía el grupo de «normales», excluyendo a los sujetos que tenían familiares enfermos.

Estos debían elegir qué medida tomar ante el sujeto de cada historia sintomatológica.

Hemos validado las historietas sintomatológicas presentándoselas a 12 psiquiatras y psicólogos de los Módulos de Salud Mental de Vizcaya, quienes calificaron homogéneamente a todos los sujetos de las historias como enfermos a tratar en terapia.

Hemos analizado los datos dicotomizando las respuestas (llevar/ no llevar a un profesional al sujeto de la historieta).

En síntesis, a mayor cercanía de la enfermedad, menos se tiende a llevar al sujeto de la historia sintomatológica a un profesional. Todas las diferencias son estadísticamente significativas (ver los *gráficos 8a y 8b*).

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la estructura de las representaciones sociales sobre la enfermedad mental, deducible de las investigaciones sobre las creencias populares en torno a la enfermedad mental, se han visto confirmadas en lo esencial.

En el campo representacional de los sujetos del País Vasco entrevistados, la identidad personal y la definición normal convergen y se oponen a la enfermedad mental. Sin embargo, la peligrosidad no es asignable como atributo a la locura.

Posteriormente, hemos visto cómo sujetos jóvenes adultos tenían parcialmente representaciones e intenciones de conducta más relativistas y psicosocial ante la enfermedad mental que sus padres. Igualmente, confirmamos que las técnicas de hospital tienen una representación más médica que de control social de la enfermedad mental.

Además, confirmando que las representaciones se ordenan en la posición y pertenencia grupal, y no solamente en un saber cultural común, hemos confirmado empíricamente que sujetos «normales» y familiares de enfermos asignaban de ma-

Gráfico 8a

PORCENTAJES QUE LLEVARIAN A UN PROFESIONAL AL SUJETO DE UNA HISTORIA DE SINTOMAS

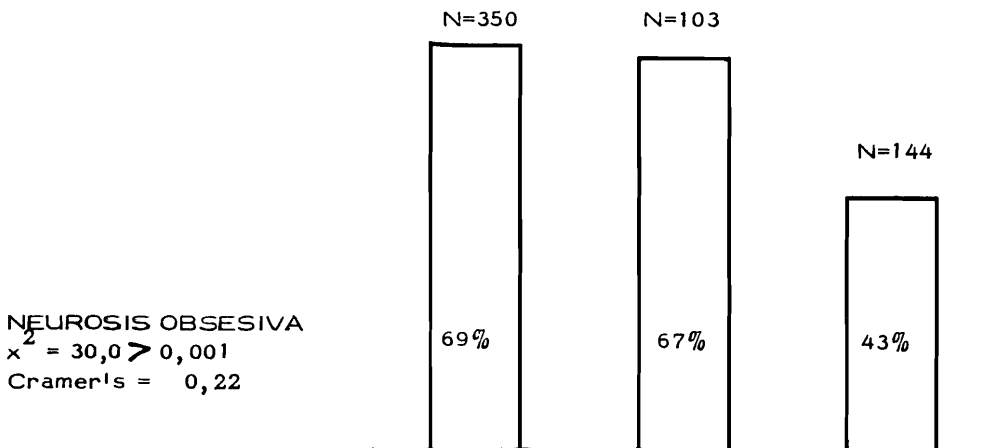
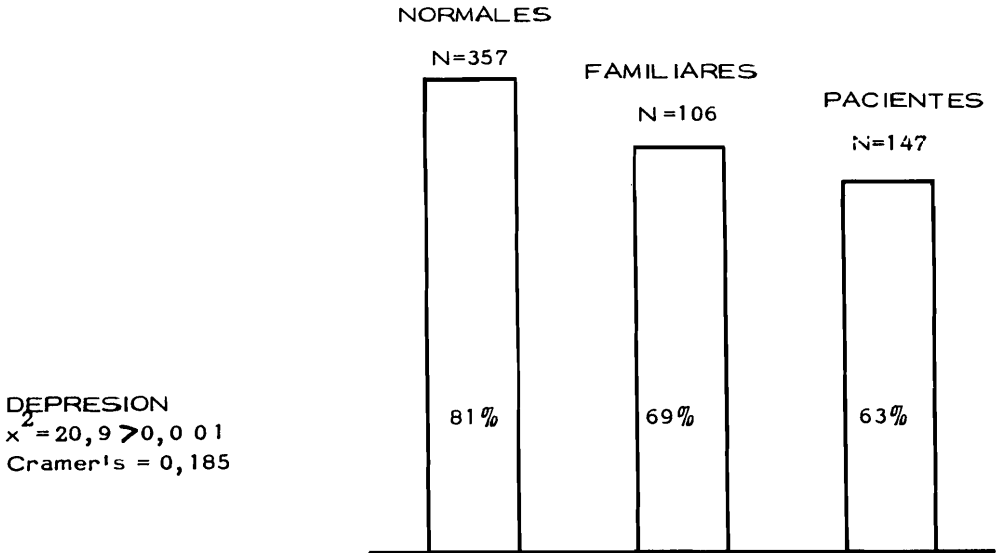
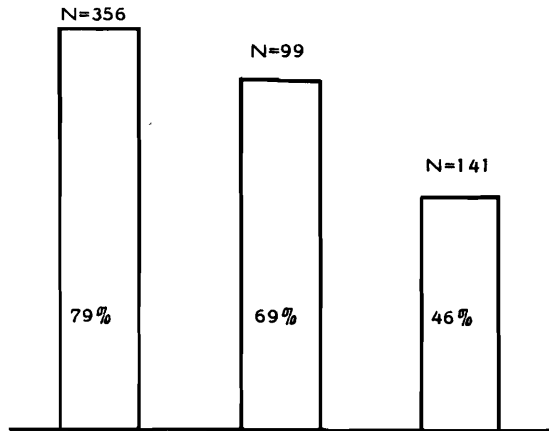
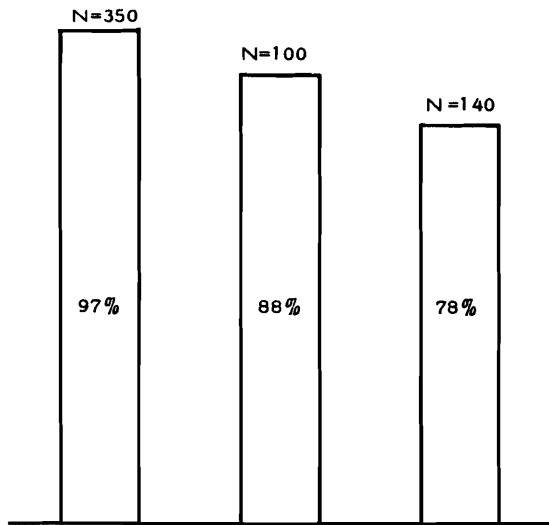


Gráfico 8b

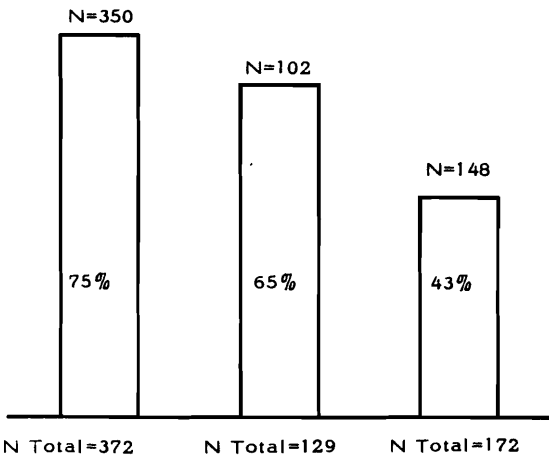
ESQUIZOFRENIA mitigada
 $\chi^2 = 53,58 > 0,001$
Cramer's = 0,299



PARANOIA
 $\chi^2 = 42,63 > 0,001$
Cramer's = 0,268



ALCOHOLISMO
 $\chi^2 = 48,04 > 0,001$
Cramer's = 0,282



nera significativamente más marcada un sentido de enfermedad a historias de conductas «anormales». En cambio, los enfermos, bien compartiendo un saber cultural o creencias colectivas comunes, anclando el prototipo de enfermedad en su experiencia, son más restrictivos y designan a un campo menor de conductas anormales como enfermedad mental.

Anexo 1

Descripción de la muestra de padres-madres:

— Sexo:	
41 varones	44,1 %
51 mujeres	75,5 %
— Origen:	
63 de Euskadi	67,7 %
26 de fuera de Euskadi	13 %
3 del extranjero	3,2 %
— Profesión:	
6 estudios superiores	6,52 %
16 estudios medios	17,39 %
10 obreros especializados	10,86 %
3 obreros no especializados	3,26 %
16 empleados	17,39 %
1 estudiante	1,08 %
40 amas de casa	43,47 %
1 Técnico en Salud Mental	1,08 %

Descripción de la muestra de estudiantes:

Descripción de cuatro muestras de estudiantes de 50 sujetos cada una; 200 en total pertenecientes a:

- Estudiantes de 5.º de Psicología: 50 sujetos.
- Estudiantes de 6.º de Medicina: 50 sujetos.
- Estudiantes de 4.º de Ingeniería: 50 sujetos.
- Estudiantes de 3.º Diplomados en Enfermería: 50 sujetos.

Para realizar este estudio comparativo entre los cuatro grupos de estudiantes se tuvo en cuenta que los estudiantes de Psicología, Medicina y Enfermería tenían una información específica sobre la enfermedad mental, aunque diferente cada uno de ellos, según los estudios realizados.

El grupo de estudiantes de Ingeniería se eligió en virtud de su falta de información específica sobre la enfermedad mental.

— Sexo:	
98 varones	49 %
101 mujeres	50,5 %
— Origen:	
165 son de Euskadi	82,5 %
31 de fuera de Euskadi (resto de España)	15,5 %
1 del extranjero	
— Edad:	
174 tienen edades entre 19 y 25 años	87 %
19 tienen edades entre 26 y 32 años	9,5 %
7 tienen edades entre 33 y 52 años	3,5 %

INSTRUMENTO DE MEDIDA

Se elaboró una encuesta que consta de cinco preguntas cerradas y seis abiertas con sus correspondientes códigos.

Aplicación del instrumento de medida

A los cuatro grupos de estudiantes se les eligió acudiendo a los centros universitarios correspondientes y explicándoles la investigación, así como solicitando su colaboración.

Los padres rellenaron la encuesta en su casa, que fue llevada y entregada luego por los estudiantes.

Anexo 2

Muestra de pacientes, familiares y técnicos.

Pacientes de Hospital: 55 y de Centro: 57
Familiars de Hospital: 52 y de Centro: 26
Técnicos de Hospital: 21 y de Centro: 10

(Teniendo en cuenta que los técnicos que consta cada Centro son cuatro y fueron encuestados tres.)

INSTRUMENTO DE MEDIDA

Formulamos a:

- Los familiares nueve preguntas, de las que dos de ellas eran abiertas.

- Los pacientes nueve preguntas abiertas.
- Los técnicos ocho preguntas de las cuales dos de ellas eran abiertas.

En este trabajo se presentan sólo las dos respuestas abiertas comunes.

Las preguntas a los familiares y técnicos se hicieron a través de un cuestionario que se les entregó en mano.

A los pacientes de ambos Centros se les pasó de modo verbal e individualmente.

BIBLIOGRAFIA

- AÏACH, P.: *Aproximación sociológica a los datos de morbilidad en Osasunketa*. 1983.
- BACHER, F.: *Les Enquêtes en Psychologie*, Lille, Presses Universitaires. 1982.
- BOLSTANKI, LUC.: *La découverte de la Maladie*, Paris, Centre de Sociologie Européenne. 1972.
- *Puericultura y Moral de Clases*, Barcelona, Ed. Laia, 1974. Prime Education et Moral de Classe, Paris, Mouton, 1969.
- BROWN, E. H. et HARRIS, T.: *Social Origins of Depression*, London, Tavistock Publications. 1978.
- BROWN, G.: *Ansiedad y Depresión en la sociedad actual in Sociología de la Salud*, Eds. del Gobierno Vasco. 1983.
- CIBOIS, Ph.: *L'Analyse factorielle*, Paris, P.U.F. 1983.
- *L'Analyse des Données en Sociologie*, Paris, P.U.F. 1984.
- CLAUSEN, J. A.: *Sociology of mental disorder*, in H.E. Freeman, S. Levine and L.G. Reeder, Handbook of Medical Sociology, págs. 145-165. 1963.
- COHEN, J., STRUENING, E. L.: *Opinions about mental illness: Hospital Social atmosphere profiles and their relevance to effectiveness*. Journal of Consulting Psychology, págs. 292-298. 1964.
- COCKERHAM, W.: *Labeling Theory and Mental Disorder: A synthesis of Psychiatric and Social Perspectives in Studies in Symbolic Interaction*, Vol. 2, USA, Jai Press. 1979.
- COE, R.: *Sociología de la Medicina*, Madrid, Alianza Editorial. 1979.
- CUADRAS, M.: *Métodos de análisis multivariante*, Ed. Universitaria, Barcelona. 1981.
- DE ROSA, A. M.: *L'Imagine del malato di mente in soggetti in eta evolutiva*, Psicologia dello Sviluppo, págs. 126-130. 1981.
- *Immagine del «matto», della persona «normale» e di se attraverso. La tecnica del disegno*. XIX Congreso degli Psicologi Italiani. La società Transparente, 22-26. Septiembre. 1981.
 - *La rappresentazione sociale del «folle» e della «follia» in soggetti in eta evolutiva*. XIX Congresso degli Psicologi Italiani, 22-26. Septiembre. 1981.
- *The image of «Madam» as perceived socially by children and their parents*, 20 Th Congress of Applied Psychology. 1-12. July. 1982.
- DI GIACOMO, J. P.: *Aspects méthodologiques de l'Analyse des representations sociales, Cahiers de Psychologie Cognitive*, 1 (4), págs. 397-422. 1981.
- DOHREWEND, B. P.: *Sociocultural and Social Psychology factors in the genesis of mental disorders*, Journal of Health and Social Behavior, 16, págs. 365-392. 1975.
- DUMONT, P.: *Rapport sur «Classe Sociale et Maladie Mentale de Hollingshead y Redlich»*, Seminaire Psychologie et Societé. 1979.
- DURÁN, M. A.: *Desigualdad Social y Enfermedad*, España, Ed. Tecnos. 1983.
- ERON, L. & PETERSON, R.: *Abnormal Behavior: Social Approaches*, USA, Annual Review of Psychology. 1982.
- FARIÑA, A.; FISHER, J. D.: *Beliefs about mental disorders. Findings and implications in Gifford, W. y Mirels H. L.* (Eds). Integration of Clinical and Social Psychology, New York, Oxford University Press. 1982.
- FARR, R.; MOSCOVICI, S.: *Social Representations*, Cambridge, Cambridge University Press. (Eds). 1984.
- FISHER, J.; FARINA, A.: *Consequences of beliefs about the nature of mental disorders*, Journal of Abnormal Psychology, 88, págs. 320-322. 1979.
- FLAMENT, C.: *L'Analyse de similitude: une technique pour les recherches sur les representations sociales, Cahiers de Psychologie Cognitive*, 1 (4), págs. 373-396. 1981.
- FREEMAN, H.; GIOVANNONI, J.: *Social Psychology of Mental Health in Lindzey and Aronson Eds*. Handbook of Social Psychology, Addison-Wesley, Pub. Co. 1969.
- FREIDSON, E.: *Profession of Medecine*, New York, Harper and Row, Barcelona, Eds. Peninsula. 1978.
- FRIED, M.: *Social Problems and psychopathology*, in Kaplan, Mental Illness as a Social Problem. 1971.
- GARCIA, M.: *Socioestadística*, Madrid, Eds. CIS. 1984.

GUIMÓN, J.: *El apoyo comunitario en la Asistencia Psiquiátrica en Osasunketa*. Sociología de la Salud. Gasteiz, Departamento de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1983.

HALPERT, H.: *Public opinions and Actitudes about Mental Health*, U. S. Public Health. Service Pub, n.º 1.045, Washington. 1963.

JODELET, D.: *Représentation sociale: Phénomènes, Concept et Theorie*, in MOSCOVICI, S. *Psychologie sociale*, Paris, P.U.F. 1984.

KAPLAN, B.: *Mental Illness as a social problem in O. Smigel: Handbook on the study of Social Problems*, New York. 1971.

KING, L.: *Social and Cultural influences on Psychopathology*, USA, Annual Review of Psychology. 1970.

LEVINSON, D.; HOLLAGHER, E.: *Patienthood in the Mental Hospital*, Boston, Houghton, Mifflin Co. 1964.

MORRISON, J. K.: *Demythologizing mental patients attitudes toward mental illness: An empirical study*. *Journal of Community Psychology*, 4, páginas 181-185. 1976.

MORRISON, J. K.; TETA, D. C.: *Increase of positive self-attributions by means of demythologizing seminars*. *Journal of Clinical Psychology*, 33, páginas 1.128-1.131. 1977.

MORRISON, J. K.: *Changing negative attributions of mental patients by means of demythologizing seminars*. *Journal of Clinical Psychology*, 33, páginas 549-551. 1977.

MORRISON, J. K.; NEVID, J. J.: *Demythologizing the attitudes of family caretakers about mental illness*. *Journal of Family Counseling*, 4, páginas 43-49. 1976.

— *Demythologizing the service expectancies of psychiatric patients in the community psychology*. *Journal of Family Counseling*, 13, págs. 26-29. 1976.

MORRISON, J. K.; MADRAZO PETERSON, R.; SIMONS, P.: *Attitudes toward mental illness: A conflict between students and professionals*. *Psychological Reports*, 41, págs. 1.013-1.014. 1977.

MOSCOVICI, S.: *Introduction à la Psychologie Sociale*, Larousse Université, Sciences Humaines et Sociales, Paris. 1972.

— *La psychanalyse, son image, son public*, P.U.F. Paris. 1976.

— *The coming era of social representations*, in Codol J. P., LEYENS, J. Ph., *Cognitive analysis of social behavior*, The Hague, Martinus, Nijhoff. 1982.

MELUS, A.: *Actitudes ante el alcoholismo, Drogalcohol*, Vol. VII, n.º 1. Enero. 1982.

NUNNALLY, J. C.: *Popular conceptions of mental health*, Holt, Rinehart and Winstong, New York. O.M.S.: *Psychiatrie Sociale et attitudes de la Collectivité*, Genève, rapport Technique, n.º 177. 1959.

OSASUNKETA, eta Gizarte Segurantzarako Saila: *Sociología de la Salud: Primeras Jornadas de Sociología de la Salud*, Gasteiz, Departamento de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1983.

PÁEZ, D.: *Sociedad y Psicosis in Colat. Así buscamos rehacernos*, Perú, Eds. Celadez. 1980.

— *Sociologie et Psychologie Sociale*, U.C.L. Louvain la Neuve, SIC, Fac. de Psycho. 1962.

PÁEZ, D.; PINILLA, P.; ITZA, L.: *Psicosociología de las Enfermedades Mentales: Representaciones sociales e interacciones en los Módulos de Vizcaya in Osasunketa eta Gizarte Segurantzarako Saila*. 1983.

RABKIN, J. G.: *Opinions about mental illness: A review of the literature*, *Psychological Bulletin*, 77, páginas 153-171. 1972.

RODRÍGUEZ, L. A.: *Actitudes hacia la Enfermedad Mental y la Psiquiatría en Galicia*. *Rev. Documentación Social*, n.º 47, págs. 139-154. 1982.

ROSEBAUM, M., et al.: *Attitudes toward Mental Illness and Role conceptions of Psychiatric patients and staff* *Journal of Clinic Psychology*, págs. 167-173. 1976.

ROSS, J.: *Elaboración de escalas multidimensionales de actitudes*, in SUMMERS, G. *Medición de actitudes*, México, Trillas. 1982.

SHERIF, M.: *Conflicto y Cooperación, in Torregrosa (Ed.). Teoría e investigación de la Psicología Social Actual*, Madrid, Instituto de la Opinión Pública. 1974.

SHERIF, M.; SHERIF, CW.: *La perspectiva del Juicio e Implicación Social en el estudio de las actitudes, in Torregrosa (Ed.). Teoría e investigación en la Psicología Social Actual*. Madrid, Instituto de la Opinión Pública. 1974.

SMITH, J. J.: *Psychiatric hospital experience and attitudes toward «mental illness»*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, págs. 302-306. 1969.

STAR, S.: *The public's ideas about mental illness*, University of Chicago National Opinion Research. 1955.

STEADMAN, H.: *Critically Reassessing the Accuracy of Public Perceptions of the Dangerousness of Mentally*. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, páginas 310-316. 1981.

STENRUD, R.; STENRUD, A.: *Attitudes toward successful individuals with and without histories of psychiatric hospitalization*, *Psychological Reports*, 47, páginas 495-498. 1980.

TAJFEL, H.: *Differentiation between social groups: Studies in the social psychology of intergroup relations*, Academic Press, London. 1978.

— *La categorisation sociale*, in S. Moscovici, *Introduction à la Psychologie Sociale*, Larousse Université, Sciences Humaines et Sociales, Paris. 1972.

— *Grupos Humanos y Categorías Sociales*, España, Herder. 1984.

TOWSEND, J.: *Cultural Conceptions, Mental Disorders and Social Roles: a comparison of Germany and América*. *American Sociological Review*, 40, December, 1975, págs. 739-752.

— *Psychiatry vs. Societal Reaction and Social Behavior*, 21, págs. 268-278. 1980.

RESUMEN

Este artículo presenta, en primer lugar, las bases teóricas y metodológicas de las representaciones sociales y, en segundo, datos empíricos acerca de las representaciones sociales de la enfermedad mental en el País Vasco.

El análisis bivariado y multivariado de los conocimientos de sentido común de la enfermedad mental, confirma la hipótesis de la teoría de las representaciones sociales. Las representaciones de «normal» y de «sí mismo», cobran significado por oposición a la de «enfermo mental».

La distancia social y la pertenencia de grupo influencia la representación de la conducta desviada: los «normales» perciben la conducta anormal como enfermedad mental y los «enfermos mentales» perciben significativamente menos la conducta anormal como enfermedad.

SUMMARY

This article presents, first, theoretical and methodological basis of social representations and, second, empirical data about mental illness's social representations in the Bask Country.

Bivariate and multivariate data analysis of common sense knowledge about mental illness confirms hypothesis of the social representation's theory. Normal and self representations gets meaning by opposition to the mentally ill.

Social distance and group's appartenance influences the representation of deviant behavior: «normals» perceive abnormal behavior as mental illness, and «mentally ill» perceive significantly less abnormal behavior as illness.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad mental; Estereotipo; Representaciones sociales; Psicología Social.