

La salud mental y la enfermedad mental: significado conceptual a través de redes semánticas

Sarah García Silberman*

Summary

The purpose of this investigation is to determine the psychological meaning of some concepts related to mental health and mental illness. The semantic network methodology, considered as the most adequate technique for approaching the representation of information in the memory, was used.

The purpose of this work is to obtain a vision of the meaning, of nine linguistic figures related to mental health and mental illness, for an specific group, by means of their consensus conceptualization. The basic premise is that by exploring the psychological meaning of the concepts to its social representation and, as a consequence, some of their behavioral patterns will be approached.

For this purpose, a sample of 120 students of basic and medium education was selected from public schools in Mexico City. They were asked to elaborate a list of words defining each concept. The defining words obtained were quantitatively and qualitatively analyzed, and then integrated in the form of semantic networks, thus providing an approach to the social representation of the concepts within the groups investigated.

In general a great semantic richness was obtained although the networks were significantly larger for three of the concepts: mental health, mental illness and madness. Those concepts referring to neurosis, depression and anguish occupied an intermediate level. The most reduced networks were, in decreasing order, those corresponding to psychiatrists, psychologists and psychosis, which indicate, in a quantitative level, a wide management of the most general concepts, an intermediate knowledge of some of the most common mental illnesses (depression, anguish and neurosis), and less clearness in the definition of psychosis, psychiatrists and psychologists.

With sex as a variable, some significative differences were found among primary school groups; women had a wider semantic management of all concepts. Those differences disappeared in high school, thus indicating that sex is not an important variable regarding the concepts investigated in higher educational levels.

In all cases, semantic richness increases along the school grades. The differences were significant for all the concepts, along the three educational levels studied, except for mental health.

Results show that since childhood, people have a clear and concrete conception of some general concepts related to mental health and mental illness. However, more specific concepts are little understood by children, and only in the first years of highschool they start to define them; a more complete semantic network is not consolidated before senior high school. Considering these results, the development of mental health educational programs for school children is fundamental.

The results obtained are qualitatively valuable as a basis for approaching the social representation of the concepts, thus encouraging the development of more adequated instruments to study their beliefs and attitudes on these matters, as well as the specific needs for information and education of the investigated population.

Resumen

Se realizó una investigación para determinar el significado psicológico de algunos conceptos relacionados con la salud y la enfermedad mental, utilizando la metodología de las redes semánticas, que se plantea como técnica idónea para aproximarse a la representación de la información en la memoria.

* División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, 14370, México, D.F.

El propósito específico fue obtener una visión de lo que significan, para un determinado grupo de sujetos, nueve figuras lingüísticas relacionadas con la salud y la enfermedad mental, por medio de la conceptualización consensual que se hace de las mismas. La premisa básica fue que explorando el significado psicológico de los conceptos, se obtendría un acercamiento a la representación social de los mismos y, en consecuencia, posibles pautas de comportamiento al respecto.

Para este fin, se seleccionó una muestra de 120 estudiantes de niveles básico y medio, que asistían a escuelas oficiales de la Ciudad de México, a los que se pidió que elaboraran una lista de palabras que definieran cada uno de los conceptos. Mediante el análisis cuantitativo y cualitativo de la información obtenida, la cual se integró a manera de redes semánticas, se logró un acercamiento a la representación social de tales conceptos en los grupos estudiados.

En términos generales se obtuvo una gran riqueza semántica, aunque las redes fueron significativamente mayores en el caso de tres conceptos: salud mental, enfermedad mental y locura. En un nivel intermedio se encuentran los conceptos referidos a la neurosis, la depresión y la angustia, y las redes más limitadas fueron, en orden decreciente, la del psiquiatra, el psicólogo y la psicosis. Esto nos podría indicar, a nivel puramente cuantitativo, un manejo más amplio de los conceptos más generales, un conocimiento regular de algunos padecimientos frecuentes en la sociedad (depresión, angustia y neurosis) y menor claridad respecto a la definición de la psicosis, el psiquiatra y el psicólogo.

Al considerar el sexo de los sujetos como variable, se encontraron diferencias significativas a nivel de riqueza semántica sólo en los grupos correspondientes a la primaria, nivel escolar en que las mujeres mostraron un manejo semántico más amplio para todos los conceptos. Estas diferencias desaparecen en los grupos de secundaria y preparatoria, lo que parece indicar que a mayor escolaridad, el sexo deja de ser una variable importante en relación con los conceptos estudiados.

En cuanto a las diferencias por nivel de escolaridad, en todos los casos, la riqueza semántica mostró un claro incremento al ascender el grado escolar. Estas diferencias por nivel escolar fueron significativas entre los tres grados estudiados en todos los casos, con excepción del concepto Salud Mental.

Esta aproximación permitió observar que ya desde la infancia se tiene una concepción clara y concreta de algunos de los conceptos relacionados con la salud y la enfermedad mentales, en particular los de tipo general. Otros conceptos más específicos, sin embargo, son poco comprendidos en esta etapa, y sólo empiezan a ser definidos con alguna amplitud en la secundaria, consolidándose una red semántica más completa hasta el nivel de preparatoria. Con base en esta apreciación, se sugiere que en estos niveles escolares sería fundamental desarrollar programas de educación para la salud mental.

A nivel cualitativo, la riqueza de los resultados obtenidos es fundamental como base para una aproximación a la representación social de los conceptos, que permitirá diseñar instrumentos más adecuados para investigar las creencias y actitudes al respecto, así como las necesidades de información y educación de la población estudiada.

Introducción

De la Fuente¹¹ plantea que la salud mental de la población en México no ha sido adecuadamente atendida por razones que no se limitan a la escasez de recursos ni a la mayor prioridad de otros problemas de salud, sino fundamentalmente a problemas relacionados con la ignorancia, los temores y prejuicios arraigados en nuestra cultura en relación con los trastornos mentales y con quienes los padecen, así como a las creencias prevalentes, en su mayoría injustificadas, de que la ciencia médica aún no cuenta con los conocimientos indispensables para prevenir y remediar este tipo de trastornos. Frente a esta situación, sugiere que la información y la educación pueden contribuir a un positivo cambio de criterios y actitudes por parte de la población, que a su vez genere una mejoría en la atención de tales problemas.

Por su parte, Lartigue³⁴ propone que la mayoría de los trastornos mentales se podrían evitar si la población contara con información elemental, periódica y accesible que le permitiera detectar los problemas desde su inicio y acudir oportunamente a recibir atención.

En este sentido, Parra⁴⁷ afirma que la forma en que los miembros de un grupo conciben la enfermedad mental

puede determinar la manera en que un individuo experimente ese tipo de problemas, los reconozca y decida buscar ayuda para resolverlos. El uso adecuado y oportuno de los servicios de atención a la salud mental depende en gran medida de ello. Adicionalmente, Reetz y Shemberg⁵⁴ establecen que cualquier programa de educación para la salud mental que pretenda ser eficiente, deberá basarse en el conocimiento de las concepciones, creencias y actitudes de la población a la que se dirija.

De acuerdo con tales planteamientos, el estudio sistemático y estructurado de las concepciones, opiniones y actitudes con respecto a la salud y la enfermedad mental resulta de fundamental importancia para el diseño e implementación de programas para la promoción de la salud mental y para la prevención y atención de las enfermedades mentales, incluyendo la óptima utilización de los recursos disponibles, la adecuada planeación de su desarrollo al futuro y la generación de planes eficaces de educación para la salud mental.

Asimismo, este tipo de investigación debe proveer información básica para lograr éxito en la realización de estudios epidemiológicos sobre trastornos mentales, que son muy necesarios en nuestro país. A pesar de la importancia de determinar la extensión y magnitud de los

problemas de salud mental en México, hasta el momento no se han realizado investigaciones epidemiológicas referentes a la distribución de la enfermedad mental a nivel nacional, debido entre otras razones, a que existen problemas conceptuales que obstaculizan el logro de este objetivo fundamental, dificultades específicamente relacionadas con el concepto de trastorno o enfermedad mental, así como con su detección y manejo en la práctica médica general.¹²

Un problema muy importante que debe enfrentarse al realizar estudios epidemiológicos y sociales en el campo de la enfermedad mental es la dificultad para definir adecuadamente los conceptos a estudiar, ya que aún entre los especialistas dedicados al estudio y tratamiento de la salud mental persiste gran divergencia de opiniones, que van desde la definición de la enfermedad mental hasta sus causas y tratamiento. En un análisis de los diferentes enfoques utilizados para definir la salud y la enfermedad mentales, Ruiz⁵⁶ concluye que es prácticamente imposible lograr un acuerdo sobre lo que debe entenderse por cada uno de estos conceptos. Siendo así, no es extraño que algunos estudios relacionados con las opiniones y actitudes hacia los trastornos mentales, hayan encontrado confusión y nociones inciertas sobre su naturaleza.^{37,44}

En consecuencia, es importante saber cómo percibe y define la población a las enfermedades mentales, para poder diseñar adecuadamente instrumentos capaces de ofrecer índices válidos de su prevalencia. Sin embargo, las investigaciones sistemáticas relacionadas con la percepción de la enfermedad mental en México son aún muy escasas.

Por otra parte, diversos estudios destacan la necesidad de mejorar la imagen y el atractivo de la psiquiatría.^{30,53,70} Desde tiempos remotos, el psiquiatra y el enfermo mental han sido objeto de mitos, estereotipos y ridiculización.¹⁴ Parece ser que la imagen que el psiquiatra proyecta en la sociedad contemporánea es ambigua. Se le admira y se le teme; en el cine y en la prensa se le suele mostrar como el agente de la sociedad que enferma a los débiles y a los inconformes, y no como el que devuelve a la libertad a quienes la han perdido a causa de la enfermedad. Es un hecho que la función que el profesional de la salud mental está llamado a desempeñar en nuestros días, queda condicionada en buena medida por esta imagen.⁴⁹

De lo anterior podemos concluir la necesidad paralela de difundir una imagen y concepción adecuadas y positivas de la psicología y la psiquiatría actuales, sus alcances y limitaciones, así como de los conocimientos que la ciencia médica posee en la actualidad con respecto a las enfermedades mentales y a quienes las padecen, para lo cual es fundamental obtener información específica so-

bre las concepciones que en este contexto prevalecen en los sectores a los que se pretende acceder.

Antecedentes

Actitudes y opiniones sobre la salud y la enfermedad mental

El interés por el estudio de las actitudes y la opinión pública con respecto a la enfermedad y a los enfermos mentales se remonta a los años 50, cuando se desarrollaron los primeros estudios aislados sobre el tema en los Estados Unidos de Norteamérica.^{10,23,43,44,52}

El número de estudios al respecto se elevó notablemente en las últimas dos décadas, al resultar evidente la importancia de las actitudes de la comunidad hacia los enfermos mentales en relación con el éxito o fracaso de los programas de psiquiatría comunitaria.⁴⁵

La mayor parte de los estudios reportados en la literatura internacional sobre este tema se han realizado en países desarrollados y principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica, en donde se han generado numerosas investigaciones sobre percepción y actitudes hacia la enfermedad mental.

En términos generales, los resultados de estos estudios han mostrado más rechazo que aceptación del enfermo mental, en relación con las características de agresividad, impredecibilidad e irresponsabilidad que se le atribuyen,^{20,21,24} así como correlación del grado de rechazo con variables sociodemográficas como el sexo, la edad, el nivel educativo, el nivel socioeconómico, la jerarquía ocupacional y el contacto previo con enfermos mentales.^{1,7,8,19,26,29,31,35,36,57,64,65,69}

Hay algunas revisiones bibliográficas sobre la materia que nos ofrecen un amplio panorama de lo realizado a partir de 1950 en este sentido.^{3,5,33,51,55} Estas revisiones nos permiten ver que los estudios han sido muy escasos en los países en vías de desarrollo. En general en Latinoamérica hay poca información sobre el tema, que se reduce a los estudios realizados por León y Micklin en Colombia;^{37,38} Steffani en Argentina;⁵⁸⁻⁶¹ Penayo en Nicaragua⁴⁸ y Parra,⁴⁷ Casco^{4,6} y Natera^{41,42} en México.

Específicamente en nuestro país, existe poca información sobre las concepciones, las opiniones, y las actitudes de la población en torno a la salud y la enfermedad mentales. El primer estudio sobre las actitudes hacia el enfermo y la enfermedad mental se realizó entre 1981 y 1982⁴¹ utilizando la técnica del informante y la presentación de viñetas. Los autores concluyeron que se había obtenido información muy amplia y que el interés despertado por el tema ameritaba continuar la investigación. Posteriormente el mismo grupo aplicó técnicas e

instrumentos similares para comparar la percepción de la población general con la de profesionistas relacionados con el área,⁴ y para determinar la percepción y actitudes prevalentes entre estudiantes.⁶ Adicionalmente, algunas tesis profesionales se han ocupado del asunto.^{13,25,27}

Los estudios realizados en México han encontrado, tanto en grupos de la población general como en algunos de profesionales de la salud y estudiantes, actitudes positivas hacia la enfermedad y el enfermo mental, así como conocimientos limitados acerca de las principales patologías mentales. El estudio más reciente, realizado por Natera y Casco,⁴² evaluó las actitudes hacia la enfermedad mental en dos grupos de la población general con diferentes niveles socioeconómicos, encontrando que algunas variables sociodemográficas, como el nivel de educación, la edad y el nivel socioeconómico, están relacionadas con las actitudes, positivas o negativas, hacia la enfermedad mental.

Como se ha podido observar, la mayoría de las investigaciones realizadas se han orientado primordialmente a la evaluación de las actitudes y opiniones, con base en instrumentos desarrollados a partir de concepciones o definiciones formales de las enfermedades mentales, basadas en clasificaciones como el DSM-III o el ICD-9, aparentemente sin considerar la posibilidad de que tales conceptos no correspondan a los prevalentes entre la población general.

Es por esta razón que se considera de fundamental importancia desarrollar una investigación que permita conocer cuáles son estas concepciones o representaciones psicológicas de la salud mental y la enfermedad mental, en determinados sectores de la población de nuestro país.

Aun cuando los estudios realizados en México han proporcionado información de suma valía, ya que han considerado a las opiniones y actitudes respecto al fenómeno de la salud y la enfermedad mental bajo un enfoque multifacético, y abordando el problema desde la perspectiva de las representaciones sociales, consideramos que los resultados obtenidos hasta la fecha pueden verse enriquecidos mediante el estudio de los constructos dentro de su contexto cultural específico.

En este sentido, es importante plantear algunos antecedentes teóricos en relación con la metodología empleada.

La representación social de la enfermedad mental

El concepto de representación social o colectiva aparece inicialmente en la sociología, pero su teoría va a ser esbozada en el campo de la psicología social. Moscovici³⁹ define la representación social como la organización durable de las percepciones y conocimientos relativos a cierto aspecto del mundo de los individuos, cuyos com-

ponentes son la información y la actitud. La noción de representación social nos sitúa en el punto donde se intersectan lo psicológico y lo social y se refiere al conocimiento de sentido común, al pensamiento natural; es un conocimiento práctico, socialmente elaborado y compartido.⁴⁰

La representación social se define por un contenido: informaciones, imágenes, opiniones, actitudes y creencias con respecto a un objeto, dentro de un contexto social. Siguiendo la tradición iniciada por Moscovici al estudiar la representación social del psicoanálisis entre la población francesa,³⁹ Herzlich²⁸ analizó las representaciones sociales de salud y enfermedad, también en Francia. En su estudio, Herzlich no encontró casi ninguna referencia espontánea a la enfermedad mental. Jodelet investigó en 1983,³² para su tesis de doctorado, la representación social de la enfermedad mental. Fuera de esto, el tema parece no haber sido abordado en otros contextos desde este punto de vista, no obstante su importancia si aceptamos que la representación social de la enfermedad orienta la decisión de consultar al médico, así como la realización de diversas prácticas individuales y sociales tendientes a lograr y mantener la salud.

El estudio del significado

El estudio del significado de los conceptos y las palabras como medio para aproximarse a los conocimientos y actitudes de la gente, constituye un campo relativamente nuevo y poco explotado hasta la fecha. El significado de un concepto está contenido en sus relaciones con otros conceptos en la memoria. El significado está dado por un proceso reconstructivo de información en la memoria, el cual nos da el conocimiento de un concepto. Este proceso es gradual, va desde pocos a muchos elementos interrelacionados con diversos grados de complejidad.

El principal obstáculo que han enfrentado los estudios del significado, como fenómeno psicológico, ha sido el de la Metodología. Los métodos más frecuentemente utilizados para medir el significado han sido el de las asociaciones libres, el diferencial semántico y más recientemente, el de las redes semánticas.

Las redes semánticas

El origen de esta técnica se ubica dentro del campo de la psicología cognoscitivista, como parte de diversos estudios realizados en torno a la memoria semántica. Concretamente, se plantea como su precursor a Quillian,⁵⁰ quien elabora un programa computacional que simula el funcionamiento de la memoria semántica humana, y plantea que ésta almacena la información en forma de redes integradas en nodos conceptuales. Posteriormente,

Collins y Loftus⁹ confirman la existencia de estructuras informacionales en forma de redes semánticas.

A partir de esta propuesta, Figueroa²² propone ir más allá de los modelos por computadora e inicia el estudio de las redes semánticas naturales en humanos, mediante una técnica para la evaluación del significado a partir de la información contenida en la memoria semántica.

Posteriormente, la técnica ha sido depurada y actualizada, hasta llegar al establecimiento de las categorías semánticas y al uso de algunos métodos estadísticos propuestos por Valdez y Hernández⁶⁶. Las categorías semánticas adicionan a las redes semánticas originales el manejo de relaciones de sinonimia entre las palabras definidoras que utilizan los sujetos para definir a una palabra estímulo.

La metodología de las redes semánticas, en este sentido, se plantea como una aproximación a la explicación de la representación de la información en la memoria. Métodos como el de las redes semánticas se han mostrado como sistemas potentes para la explicación de un problema muy importante, que es el efecto de la influencia de la información que tenemos acerca de algo, con respecto al comportamiento para con ese algo.⁶⁶

Mientras más palabras tenga la red de un concepto, más se conoce acerca del significado del mismo. Los conceptos sin significado para nosotros son aquellos cuya red es muy limitada. Se postula que la posible respuesta al problema del significado está dada por la riqueza de la red semántica y su relación con el proceso reconstructivo de la memoria.²²

Se considera que las redes semánticas pueden tener una aplicación y una interpretación de tipo social, tomando en cuenta su base principal de representación y del significado de los conceptos en la memoria, y la influencia que tiene esto dentro del comportamiento. Las redes semánticas generadas por muestras de grupos sociales, nos ofrecen una posibilidad de visualizar, más allá de los significados o representaciones individuales, una representación social.⁶²

Las diferencias del significado connotativo, aun de aquellos términos que tienen una denotación similar o igual en grupos diversos, constituyen barreras en el proceso de comunicación interpersonal e intergrupala. Estas barreras son muy significativas para analizar y corregir los problemas de comunicación entre grupos diferentes.²

De esta manera, la técnica de las redes semánticas permite conocer cuáles son los elementos específicos de información que tienen los sujetos, y no sólo las interpretaciones o hipótesis que tienen los investigadores respecto de un concepto en particular.⁶⁶

El método de las redes semánticas tiene una base importante en la técnica de las asociaciones libres, mé-

do que según Galton, quien lo desarrolló ampliamente, puede ser peligroso, ya que permite conocer demasiado respecto al modo de pensar y sentir de los individuos.¹⁷ Esta supuesta desventaja, compartida por la metodología de las redes semánticas, es a la vez uno de sus valores primordiales.

Existen ya algunos estudios realizados en México que han probado la validez de las redes semánticas como método para medir o evaluar el significado de los conceptos.⁶⁶

Aunque las redes semánticas no han sido utilizadas aún para investigar el significado psicológico de conceptos relacionados con la salud y la enfermedad mentales, sí se han usado con éxito en relación con otros conceptos.^{15,16,22,66,67}

Valdez y cols.^{66,67} investigaron los conceptos de "rico" y "pobre", encontrando que "sí existe una forma muy particular de aprender la realidad, de concebirla, de entenderla, y ésta debe ser puramente un producto cultural". Estos investigadores encontraron diferencias en cuanto a la riqueza semántica, asociadas al nivel académico, así como algunas diferencias por sexo. Díaz Loving¹⁵ estudió la semántica del amor, y encontró diferencias por sexo y por edad de los sujetos. En otro estudio sobre la configuración semántica del noviazgo, el matrimonio y la infidelidad,¹⁶ también encontró marcadas diferencias por edad y sexo.

Con base en la teoría de las redes semánticas, se propone que conforme mayor sea el número de categorías definidoras generadas por un grupo de sujetos para definir un concepto estímulo, mayor será la riqueza de la red semántica correspondiente y por lo tanto, se tendrá una mejor comprensión y conocimiento del significado del mismo para el grupo en cuestión.

Por medio de esta investigación se pretende obtener una visión de lo que para un grupo de sujetos significan 9 figuras lingüísticas relacionadas con la salud y la enfermedad mentales, a través de la conceptualización consensual que se hace de las mismas. Consideramos que explorando las posibles conceptualizaciones consensuales, esto es, determinando el significado psicológico de los conceptos, se obtendrá un acercamiento a la representación social de los mismos y, en consecuencia, posibles pautas de comportamiento al respecto.

Adicionalmente, este estudio pretende determinar si la representación social de la enfermedad mental y la salud mental difiere en relación con el nivel académico y el sexo de los sujetos.

Método

Sujetos

El estudio se realizó en la zona urbana de la ciudad de México. Se seleccionó una muestra de 120 estudiantes de escuelas oficiales, dividida de la siguiente manera: 40 de 6o. de primaria, 40 de tercero de secundaria y 40 de 6o. de preparatoria. De cada grupo, el 50% fue del sexo femenino y el 50% del masculino. El sistema de muestreo fue no probabilístico, ya que los sujetos se seleccionaron de manera accidental, y estratificado: una tercera parte de cada nivel de escolaridad considerado, y la mitad de cada sexo.

Metodología

Se utilizó la técnica de las redes semánticas como una alternativa metodológica para el estudio del significado psicológico de algunos conceptos relacionados con la salud y la enfermedad mental.

La metodología de las redes semánticas consiste básicamente en pedir a un grupo de sujetos que generen una lista de palabras definidoras de un concepto, y que posteriormente las jerarquicen, de acuerdo con su cercanía al concepto que está siendo definido. El análisis de las respuestas dadas por los sujetos se hace con base en el valor que les fue asignado a cada una de las palabras definidoras que se generaron. Estos valores permiten un análisis cuantitativo y cualitativo de la forma en que los sujetos tienen representada la información.

Instrumento

El instrumento fue construido específicamente para este estudio, tomando como modelo el utilizado en la técnica original de los estudios sobre redes semánticas que han llevado a cabo Figueroa y cols.²²

El instrumento definitivo quedó integrado por 9 reactivos abiertos, correspondientes a cada uno de los conceptos por investigar: salud mental, enfermedad mental, locura, psicosis, neurosis, depresión, angustia, psicólogo y psiquiatra. Cada uno de los conceptos aparece encabezando una página y a continuación una serie de espacios en donde los sujetos deben escribir todas aquellas palabras que consideren que definen a tal concepto, mismas que posteriormente jerarquizarán y calificarán como positivas o negativas. Además se solicitó a los sujetos que anotaran su edad, sexo y grado escolar que cursan, manteniendo el anonimato.

Procedimiento

Las aplicaciones del instrumento se llevaron a cabo dentro de los salones de clases. Una vez ubicados en el salón, se presentaron los investigadores y se dieron las instrucciones y los ejemplos pertinentes.

Instrucciones

Inicialmente se indicó a los sujetos el objetivo de la investigación, consistente en determinar el significado de 9 conceptos comunes. A continuación, se les instruyó verbalmente para que los definieran, utilizando para ello únicamente palabras sueltas, y no oraciones. Podrían utilizar sustantivos, adjetivos o verbos, pero no preposiciones, artículos u otras formas gramaticales. Se dieron ejemplos gráficos por medio del pizarrón a fin de aclarar cualquier duda. Entonces se les pidió que pasaran a la primera página del instrumento, se leyó el primer concepto y se les pidió que a continuación escribieran todas las palabras que se les ocurrieran para definirlo, en un minuto. El tiempo fue medido por el investigador a cargo del grupo.

Una vez que terminaron de definir el último de los conceptos, se les indicó que deberían jerarquizar las palabras definidoras que generaron, dando el número 1 a la que estuviera más cerca del concepto o que lo definiera mejor; el 2 a la que le siguiera en importancia, y así hasta terminar con las definidoras que hubieran escrito para cada concepto. Finalmente se les pidió que calificaran como positiva o negativa cada una de las palabras definidoras expresadas. Se les solicitó la mayor seriedad y trabajo individual (sin copiar), para el éxito de la investigación.

Resultados

Los datos obtenidos se analizaron con base en un programa de análisis de redes semánticas naturales, establecido por Figueroa y cols.²² y por Valdez y Hernández,⁶⁶ para elaborar categorías semánticas (conjunto de palabras aisladas o grupos de palabras con relaciones de sinonimia, que se excluyan entre sí debido a las diferencias de significado que ostentan en la vida social).

En primer lugar se obtuvo el total de palabras definidoras que se dieron para cada concepto-estímulo, conocido como valor "J", el cual indica la riqueza de cada red, para cada uno de los conceptos en cada grupo de sujetos.

En el cuadro 1 aparecen los valores J obtenidos por cada grupo para cada uno de los conceptos investigados.

CUADRO 1
Valores J* para los 9 conceptos en los 6 grupos

	Primaria		Secundaria		Preparatoria		Total		Total			Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	Prim	Sec	Prep	
Salud mental	51	71	71	61	71	74	193	206	122	132	145	399
Enfermedad M	42	45	69	64	86	88	197	197	87	133	174	394
Locura	18	43	58	66	91	94	167	203	61	124	185	370
Neurosis	9	25	52	53	84	100	145	178	34	105	184	323
Depresión	17	32	43	49	75	88	135	169	49	92	163	304
Angustia	18	36	44	48	65	81	127	165	54	92	146	292
Psiquiatra	28	29	44	42	56	90	128	161	57	86	146	289
Psicólogo	23	22	47	42	67	73	137	137	45	89	140	274
Psicosis	8	25	39	41	77	78	124	144	33	80	155	268

* Total de palabras definidoras que conforman la red generada por cada grupo de sujetos.

Como se puede apreciar, se obtuvo una gran riqueza semántica a nivel total para los nueve conceptos, aunque las redes fueron notablemente más amplias en el caso de tres conceptos: salud mental ($J = 399$), enfermedad mental ($J = 394$) y locura ($J = 370$). En un nivel intermedio se encuentran los conceptos referidos a la neurosis ($J = 323$), la depresión ($J = 304$) y la angustia ($J = 292$), y las redes más limitadas fueron, en orden decreciente, las del psiquiatra ($J = 289$), el psicólogo ($J = 274$) y la psicosis ($J = 268$). Esto nos podría indicar, a nivel puramente cuantitativo, un manejo más amplio de los conceptos más generales, un conocimiento regular de los padecimientos más frecuentes en la sociedad (depresión, angustia y neurosis) y menor claridad en cuanto a la definición de la psicosis, el psiquiatra y el psicólogo.

La red más rica fue la que generaron las mujeres de preparatoria para la neurosis,¹⁰⁰ en tanto que la más pobre fue la generada por los varones de primaria para la psicosis.⁸

En cuanto a las diferencias por nivel de escolaridad, en todos los casos la riqueza semántica mostró un claro incremento al ascender el grado escolar. Se aplicó la prueba X^2 (CHI cuadrada) de una vía para una variable

independiente con tres niveles, a las frecuencias obtenidas para cada uno de los conceptos. Estas diferencias por nivel escolar fueron significativas ($\alpha = .01$) entre los tres grados en todos los casos, con excepción del concepto Salud Mental. Esto indica que el nivel de información que se maneja en la memoria semántica es mayor conforme se avanza en el escalafón escolarizado, en concordancia con los resultados de algunas investigaciones previas.⁶⁷

Por lo que respecta a las diferencias entre sexos, a nivel general se encontró una mayor riqueza semántica en el grupo femenino para todos los conceptos, aunque tal diferencia sólo fue significativa ($\alpha = .05$) en el caso de la angustia. Comparando las diferencias entre sexos para cada nivel de escolaridad, se encontró que las mayores diferencias se presentan en la primaria, siendo significativas ($\alpha = .05$) para cinco de los conceptos (locura, neurosis, psicosis, depresión y angustia). Al ascender el nivel escolar, tales diferencias entre sexos desaparecen para todos los conceptos.

A continuación, se elaboraron categorías conceptuales o semánticas, con base en el hecho de que algunos de los conceptos obtenidos como definidores pueden ser sinó-

CUADRO 2
Valores J* para los 9 conceptos en los 6 grupos

	Primaria		Secundaria		Preparatoria		Total		Total			Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	Prim	Sec	Prep	
Salud mental	36	45	42	44	46	45	124	134	81	86	91	258
Enfermedad M	27	31	43	44	47	47	117	122	58	87	94	239
Locura	13	31	41	42	48	51	102	124	44	83	99	226
Neurosis	7	17	36	34	46	57	89	108	24	70	103	197
Psicólogo	15	18	32	32	41	48	88	98	33	64	89	186
Psiquiatra	13	18	24	34	43	49	80	101	31	58	92	181
Depresión	12	23	26	28	47	44	85	95	35	54	91	180
Angustia	9	25	24	33	41	45	74	103	34	57	86	177
Psicosis	3	17	24	32	48	50	75	99	20	56	98	174

* Total de categorías que conforman la red generada por cada grupo de sujetos.

minos. De esta manera, se agruparon categorías conceptuales que facilitan la explicación de los resultados obtenidos, a partir de valores "J" de categoría (cuadro 2).

Como se puede observar en el cuadro 2, a nivel general la riqueza de las redes integradas por categorías semánticas, al reducir el total de las palabras definidoras agrupándolas por categorías, es más uniforme, esto es, se dispersa menos a partir de la media ($X = 202$; desv. st. = 31.0161).

Ordenando los conceptos de mayor a menor de acuerdo a su riqueza semántica general, nuevamente aparecen en primer lugar los mismos tres conceptos: salud mental (258), enfermedad mental (239) y locura (226), pero los otros cinco conceptos se aproximan notablemente, con totales de categorías muy similares entre sí. Esto podría indicar que el manejo más amplio de los conceptos más generales es más aparente que real, y se explica tan sólo por una mayor amplitud de vocabulario a nivel de sinónimos.

En el caso de las categorías semánticas, nuevamente la red más amplia correspondió a la definición de neurosis³⁷ dada por el grupo femenino de preparatoria, y la más reducida a la de psicosis³ por los varones de primaria.

Al analizar las diferencias entre grupos por sexo y nivel de escolaridad, se mantiene el mismo patrón de diferencias entre grupos, con mínimos cambios: nuevamente se observa un claro incremento al ascender el grado escolar. Estas diferencias por nivel escolar fueron significativas ($\alpha = .01$) entre los tres grados en todos los casos, con excepción del concepto Salud Mental.

Por lo que respecta a las diferencias entre sexos, a nivel general se encontró de nuevo mayor riqueza semántica en el grupo femenino para todos los conceptos, aunque tal diferencia sólo fue significativa (.05) en el caso de la angustia. Comparando las diferencias entre sexos para cada nivel de escolaridad, se encontró que las mayores diferencias se presentan en la primaria, siendo significativas (.05) para cuatro de los conceptos (locura, neurosis, psicosis, y angustia). Al ascender el nivel escolar, tales diferencias entre sexos desaparecen para todos los conceptos.

El hecho de que se mantengan los mismos patrones al pasar del análisis por definidoras a la agrupación por categorías demuestra la validez de este último método, que simplifica el análisis de los resultados.

Posteriormente se obtuvieron los valores M para cada concepto, los cuales relacionan la frecuencia de ocurrencia de las palabras definidoras con la jerarquización asignada por los sujetos a cada una de estas palabras, por lo que este resultado indica el valor semántico de cada palabra definidora. Para obtener el valor M se asigna un valor a cada palabra, en base a una escala de diez puntos:

a la palabra que fue jerarquizada con el número 1 se le asigna el valor M de 10, a la jerarquizada con un valor de 2, se le asigna un valor M de 9 y así sucesivamente hasta terminar. En el caso de que el número de palabras definidoras dadas por los sujetos para un concepto haya sido superior a 10, a las jerarquizadas como 11, 12, etc. se les asignará también valor M de 1.

A continuación se ordenaron de mayor a menor todas las categorías de acuerdo con el valor M total. Las que tienen mayor valor M total son las de mayor y más fuerte relación semántica con los conceptos originales. Se seleccionaron las 15 categorías con valor M total más elevado para cada concepto, las cuales integran la red semántica básica del mismo. Estas redes se presentan en los cuadros 3 al 11, indicando los valores M para cada grupo y totales, así como la calificación positiva (+), negativa (-) o neutra (n) dada por los sujetos para cada palabra definidora.

Salud mental

De esta manera, encontramos que la salud mental se define básicamente como salud general, pero se asocia de manera fundamental con la inteligencia. Una parte de las categorías definidoras tienen que ver con los efectos de la salud mental, como son el bienestar, la tranquilidad y el equilibrio, y otra se relaciona con algunos medios para lograrla o mantenerla, como serían el ejercicio, el estudio y la higiene. Varias definidoras se asocian con procesos mentales, como inteligencia, mente y pensamiento; adicionalmente, la salud mental se define como cordura, capacidad, comprensión, así como algo positivo. Las 15 definidoras fueron calificadas como positivas.

Enfermedad mental

Por su parte, la enfermedad mental fue definida primariamente por todos los grupos como locura. En segundo lugar, y a gran distancia de esta definición, se le considera como una enfermedad en general y como una incapacidad. El enfermo mental parece ser visto como tonto, retrasado, anormal, desequilibrado, trastornado y maniático. Aun cuando la asociación con la locura es definitiva, aparecen también algunas definidoras correspondientes a trastornos de la afectividad, como nervioso y triste. Adicionalmente, la enfermedad mental se define como algo malo. Un importante grupo de sujetos manifestó no comprender el concepto, aunque cabe aclarar que este grupo corresponde en su totalidad al nivel de escolaridad primaria. Con excepción de esta categoría, todas las demás fueron calificadas como negativas.

Una comparación de estas dos primeras redes permite encontrar pares de antónimos en más de la mitad de las

definidoras: sano-enfermo, cuerdo-loco, inteligente-tonto, capacidad-incapacidad, tranquilidad-nerviosismo, equilibrio-desequilibrio, bienestar-malestar, positivo-malo, lo cual confirma la precisión y claridad de las redes correspondientes y su asociación como parte de un mismo sistema actitudinal.

Locura

La locura es definida en primer lugar como una enfermedad y a continuación por un claro sinónimo: demencia. El loco es desequilibrado, incoherente, trastornado, maniático, anormal, tonto e incapaz; la locura es un problema mental, asociado con el miedo, la intranquilidad, la desesperación y la soledad. Se confirma la estrecha interrelación entre la enfermedad mental y la locura en la representación social de ambos conceptos, al encontrar que presentan 9 definidoras en común. Para este concepto todas las categorías fueron calificadas como negativas, con excepción de la que define a la locura como algo mental, definidora calificada como neutra.

Depresión

La depresión fue considerada como una enfermedad o malestar, y definida en términos tanto de sus causas como de sus manifestaciones: tristeza, decaimiento, angustia, desesperación, problemas, soledad, inseguridad, miedo, aburrimiento, estrés e incomprensión, sufrimiento y decepción.

Todas las categorías que definieron a la depresión fueron calificadas como negativas.

La definidora más cercana semánticamente a la depresión fue la tristeza, conceptos que llegan a manejarse generalmente como sinónimos. La siguiente definidora, muy cercana a la primera en el espacio semántico, fue la angustia; cabe aquí aclarar que la psiquiatría considera a estos dos conceptos como dos patologías diferenciadas dentro del marco de los trastornos afectivos, salvo en el caso del trastorno bipolar, en que ambos podrían alternarse; sin embargo, en la muestra ambos conceptos están definitivamente interrelacionados.

Angustia

La angustia se definió en primer lugar por todos los grupos, por medio de una categoría conceptual que la incluye como sinónimo: preocupación. Fue considerada también como una enfermedad y definida, al igual que la depresión, por sus causas y manifestaciones más frecuentes: problemas, inestabilidad, inseguridad, miedo, terror, desesperación, tristeza, soledad, sufrimiento,

opresión, depresión, estrés y enojo. Todas las definidoras agrupadas en las 15 categorías principales fueron calificadas como negativas.

La depresión y la angustia se incluyeron por considerar que son los dos trastornos afectivos más frecuentemente presentes en la población general. Como se puede apreciar, hay claridad en términos de considerarlos como enfermedades. En cuanto a sus manifestaciones, a nivel de la representación social en el grupo investigado, existe gran similitud entre los dos padecimientos, ya que la mayor parte de las definidoras son comunes a ambos (10 de las 15 consideradas). Las definidoras específicas, que podrían corresponder a las características diferenciales de cada trastorno, serían el decaimiento, el aburrimiento y la decepción en el caso de la depresión, y el enojo y el terror en cuanto a la angustia.

Neurosis

Considerada en primer lugar como una enfermedad y altamente relacionada con el nerviosismo, se le asocia también con la locura y el desequilibrio. Se le define como un trastorno relacionado con el enojo, la agresividad, el estrés y la histeria, así como con la desesperación. La neurosis se relaciona con traumas y problemas y se ubica en el cerebro.

Nuevamente, una parte importante de los sujetos de primaria declararon no saber lo que significa este concepto. Esta categoría de ignorancia, al igual que la referente al cerebro, se consideraron neutras; las otras trece categorías de definidoras fueron calificadas como negativas.

Psicosis

La psicosis se define primordialmente como locura aunque también se le considera como una enfermedad; se le asocia a sentimientos desagradables como el miedo, el terror y la desesperación. Es un trastorno, un desequilibrio y un problema ubicado en la mente. Una definición específica que no aparece en ninguno de los demás conceptos del sistema es la de asesino, imagen generada probablemente a partir de los medios masivos de comunicación, que asocian también psicosis con suspenso y acción.

Al igual que los conceptos de enfermedad mental y neurosis, la psicosis fue un concepto no comprendido por un grupo importante de sujetos, todos ellos del nivel primaria. Se relacionó con tres categorías definidoras calificadas como neutras: mental, psicología y acción. Las restantes 11 categorías se calificaron como negativas.

CUADRO 3
Salud Mental

	Primaria		Secundaria		Preparatoria		Total		Total General	Calif
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem		
Sano	114	101	98	28	72	38	284	167	451	+
Inteligente	70	12	60	51	41	68	171	131	302	+
Bienestar		33	35	16	81	92	116	141	257	+
Cuerdo	20		58		66	42	144	42	186	+
Ejercicio	17	68	43	24	8	12	68	104	172	+
Pensar	44	95		16			44	111	155	+
Equilibrio			29	18	33	59	62	77	139	+
Capacidad		15	14	10	48	47	62	72	134	+
Tranquilidad		43	106	30	44	40	93	133	+	
Estudio	27	45	35	15			62	60	122	+
Higiene	10				6	94	16	94	110	+
Pensamiento sano		9	47		29	11	76	20	96	+
Mente	12	33	5	7	6	15	23	55	78	+
Positivo		20		38	2	16	2	74	76	+
Comprensión		45		29		1		74	74	+

* Valores M resultantes de la sumatoria de los valores asignados a cada categoría semántica por los sujetos de cada grupo.

Psicólogo

El psicólogo es en primer lugar un doctor que ayuda, comprende, aconseja y es confiable. Es una persona, un profesionalista y un maestro que estudia, analiza y tiene conocimientos; además es un amigo. De las 15 categorías, una resultó neutra (persona), 2 negativas (loquero y problemas) las 12 restantes se calificaron como positivas.

Es interesante analizar que tanto el psicólogo como el psiquiatra son definidos desde la infancia como loqueros, y que esta definición se mantiene en un lugar destacado hasta los grupos de preparatoria, ya que el concepto de loquero los relaciona definitivamente con el campo de la locura, y puede ser fundamental en el desarrollo de los prejuicios y las actitudes negativas hacia tales profesionalistas.

Psiquiatra

El psiquiatra es también un doctor que analiza, ayuda y resuelve problemas; una persona, profesionalista, estudioso y amigo. A diferencia del psicólogo, el psiquiatra se relaciona con locos y con enfermos, con asuntos de la mente, y da medicinas. Ambos comparten 9 de las 15 categorías definidoras principales, entre ellas la de loquero.

En este caso también el grupo de primaria manifestó no conocer el significado del concepto. Dos categorías (medicinas y mental) se calificaron como neutras, tres como negativas (loquero, locos y enfermos) y las restantes como positivas.

A partir de los valores M totales presentados en los cuadros 3 a 11, se elaboraron las redes semánticas

básicas de los nueve conceptos estudiados, considerando que conforme mayor es el valor M de una definidora, mayor la relación y la cercanía (a nivel semántico) con el concepto. Estas redes nos permiten un acercamiento a la representación social que de los mismos, prevalece en la muestra investigada (figura 1).

En la figura 1 se muestran gráficamente a manera de red, las interrelaciones entre los nueve conceptos investigados; las líneas nos marcan la cantidad de categorías definidoras que se repiten en los diferentes conceptos, mostrando el nivel de relación entre ellos. Así apreciamos que la salud mental tiene relaciones inversas con todos los demás conceptos, que la enfermedad mental está altamente relacionada con la locura, la psicosis y la neurosis, propiciándose la confusión entre estos cuatro conceptos, en tanto que está más alejada de la angustia y la depresión; estos últimos dos conceptos no se identifican con la enfermedad mental, tienen un mínimo contacto con el psiquiatra y el psicólogo, y son poco diferenciados entre sí.

Por su parte el psicólogo y el psiquiatra presentaron muy pocos elementos que los distingan, destacando que al primero se le considera como maestro y consejero, en tanto que al segundo se le relaciona con enfermos y medicinas.

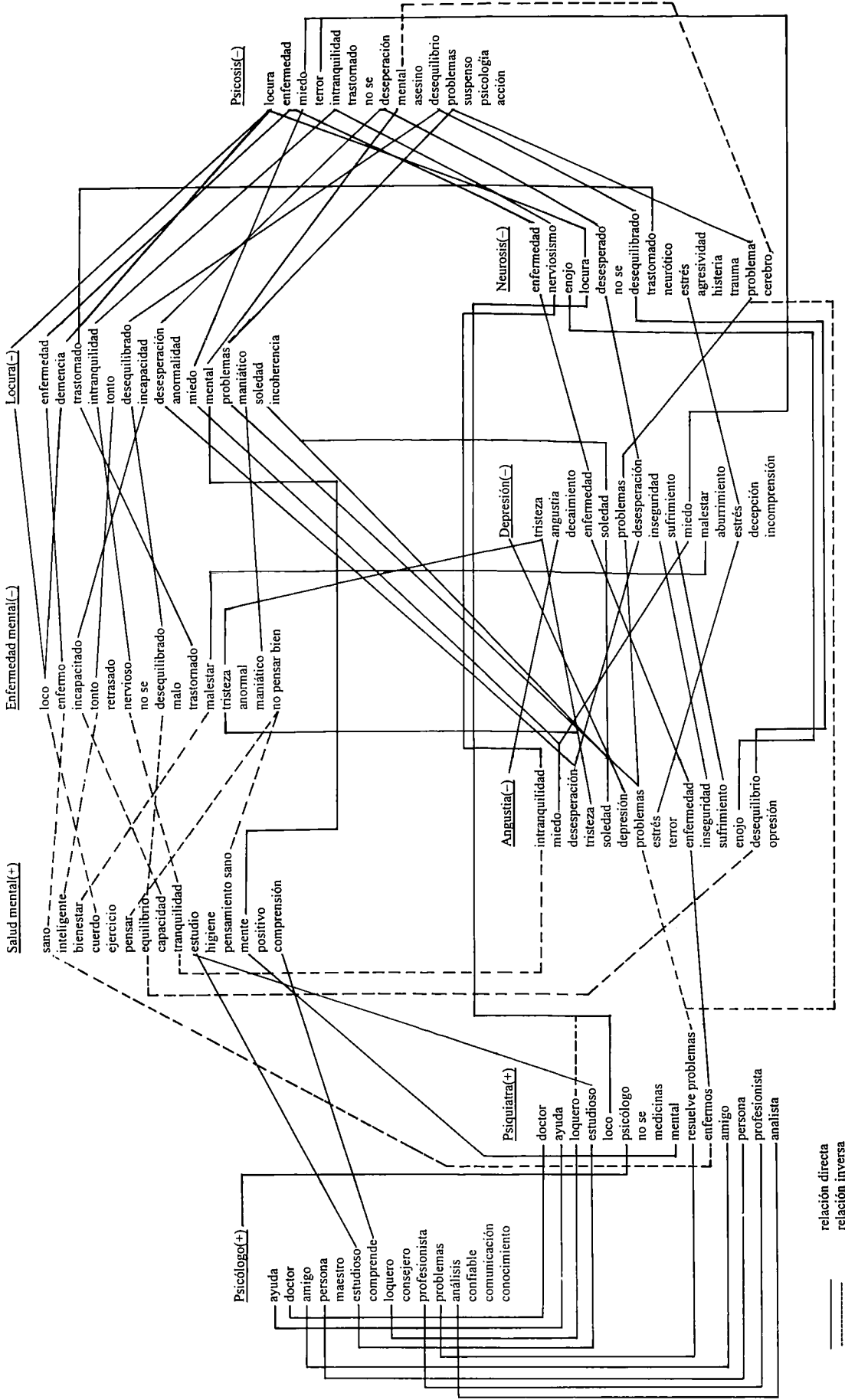


Figura 1. Representación esquemática de las relaciones conceptuales entre nueve redes semánticas asociadas con la salud mental.

CUADRO 4
Enfermedad mental*

	Primaria		Secundaria		Preparatoria		Total		Total	Calif
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	General	
Loco	122	154	138	64	124	79	384	297	681	
Enfermo	50	80	44	7	15	50	109	137	246	—
Incapacitado	29	3	8		79	75	116	78	194	—
Tonto	20	25	35	15	74	21	129	61	190	—
Retrasado	45	42	14	37	49		108	79	187	—
Nervioso	34	30	27	29	20	30	81	89	170	—
No se que significa	99	47					99	47	146	n
Desequilibrado			30	17	22	63	52	80	132	—
Malo		32	9	7	13	70	22	109	131	—
Trastornado		7	18	19	38	18	56	44	100	—
Malestar		29	19		20	26	39	55	94	—
Tristeza			13		20	58	33	58	91	—
Anormal		10	5		54	18	59	28	87	—
maniático		35	23			6	23	41	64	—
no pensar bien	36	9		10			36	19	55	—

* Valores M resultantes de la sumatoria de los valores asignados a cada categoría semántica por los sujetos de cada grupo.

CUADRO 5
Locura*

	Primaria		Secundaria		Preparatoria		Total		Total	Calif
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	General	
Enfermedad	47	91	179	70	143	46	369	207	576	
Demencia	132	163	25	39	59	54	216	256	472	—
Trastornado		10	34	34	59	83	93	127	220	—
Intranquilidad	10	52	16	35	17	28	43	115	158	—
Tonto	27	23	10	49	34	6	71	78	149	—
Desequilibrado			22	18	35	44	57	62	119	—
Incapacidad		10			59	51	59	61	120	—
Desesperación			7	36	28	38	35	74	109	—
Anormalidad		27	9	29	32		41	56	97	—
Miedo	20	24	14	8	5	12	39	44	83	—
Mental		10	15		26	29	41	39	80	n
Problemas		9	6	17	14	34	20	60	80	—
Maniático	25	49					25	49	74	—
Soledad				53		11		64	64	—
Incoherencia					34	23	34	23	57	—

* Valores "M" resultantes de la sumatoria de los valores asignados a cada categoría semántica por los sujetos de cada grupo.

Conclusiones

Los resultados obtenidos indican que desde edades tempranas, existe una representación psicológica de la salud y la enfermedad mentales, que no parece ser negativa ni errónea, sino sólo incompleta, lo que sugiere que las labores educativas en tales edades podrían ser sencillas y exitosas.

En relación con el problema general de investigación, respecto al momento en que empieza a formarse el sistema de actitudes hacia la salud y la enfermedad mental, esta aproximación nos permite ver que ya desde la infancia se tiene una concepción general clara y concreta

de algunos de los conceptos que integran el sistema, los cuales se enriquecen a nivel de definidoras semánticas al avanzar la formación escolar, por la lógica ampliación del vocabulario, pero manteniéndose dentro del mismo tipo y similar cantidad de categorías. Otros conceptos, por el contrario, son poco comprendidos en esta etapa, y sólo empiezan a ser definidos con alguna amplitud en la secundaria, consolidándose una red semántica más completa hasta el nivel de preparatoria.

Micklin y León,³⁸ al estudiar las bases culturales de las imágenes sobre las causas de los trastornos psicológicos, destacan la importancia de determinar si tales imágenes se aprenden con base en las experiencias y cono-

CUADRO 6
Depresión*

	<i>Primaria</i>		<i>Secundaria</i>		<i>Preparatoria</i>		<i>Total</i>		<i>Total</i>	<i>Calif</i>
	<i>Masc</i>	<i>Fem</i>	<i>Masc</i>	<i>Fem</i>	<i>Masc</i>	<i>Fem</i>	<i>Masc</i>	<i>Fem</i>	<i>General</i>	
Tristeza	126	96	118	162	110	199	354	457	711	–
Angustia	26	76	98	111	162	150	286	337	623	–
Decaimiento		73	60	39	37	83	97	195	292	–
Enfermedad	10	38	29	29	61	24	100	91	191	–
Soledad	8	12	27	36	27	70	62	118	180	–
Problemas		5	16	51	43	27	59	83	142	–
Desesperación	10		28	44	27	24	65	68	133	–
Inseguridad				38		58		96	96	–
Sufrimiento	14		9	9	24	32	47	41	88	–
Miedo		6	35		14	32	49	38	87	–
Malestar			31		19	12	50	12	62	–
Aburrimiento	36		8		14		58		58	–
Estrés		17	17		20		37	17	54	–
Decepción			8	30		14	8	44	52	–
Incomprensión			6	29	13		19	29	48	–

* Valores "M" resultantes de la sumatoria de los valores asignados a cada categoría semántica por los sujetos de cada grupo.

CUADRO 7
Angustia*

	<i>Primaria</i>		<i>Secundaria</i>		<i>Preparatoria</i>		<i>Total</i>		<i>Total</i>	<i>Calif</i>
	<i>Masc</i>	<i>Fem</i>	<i>Masc</i>	<i>Fem</i>	<i>Masc</i>	<i>Fem</i>	<i>Masc</i>	<i>Fem</i>	<i>General</i>	
Intranquilidad	184	182	150	158	241	207	575	547	1122	–
Miedo	145	30	155	35	46	125	346	190	536	–
Desesperación	29	59	24	96	73	103	126	258	384	–
Tristeza	39	68	48	50	47	98	134	216	350	–
Soledad		65	38	25	27	68	65	158	223	–
Depresión	55	9	9	49	24	23	88	81	169	–
Problemas		8	8	24	48	23	56	55	111	–
Estrés			43	34	20		63	34	97	–
Terror	6	8	27	16		18	33	42	75	–
Enfermedad			22	22	19	6	41	28	69	–
Inseguridad		9	16	6		33	16	48	64	–
Sufrimiento	8		7	11	21	12	36	23	59	–
Enojo		28	15	6	7		22	34	56	–
Desequilibrio			7		24	10	31	10	41	–
Opresión				4		37		41	41	–

* Valores "M" resultantes de la sumatoria de los valores asignados a cada categoría semántica por los sujetos de cada grupo.

cimientos adquiridos en la edad adulta o si son producto de estereotipos desarrollados durante los años formativos de la infancia.

De acuerdo con nuestra investigación, sólo algunos conceptos se forman antes de los 12 años de edad y se mantienen a lo largo de la adolescencia, en tanto que la mayor parte empiezan a integrarse a lo largo de la adolescencia, durante los años de la educación media, etapa que por tanto resultaría fundamental para desarrollar campañas de educación para la salud mental.

Desde la primaria, los sujetos definieron a la salud mental como salud, inteligencia, bienestar, tranquilidad y cordura; el ejercicio, el pensamiento y el estudio, como elementos fundamentales para la salud mental, pierden

importancia al llegar al nivel de preparatoria, mientras que se agrega como definidora el equilibrio, que aparece en la secundaria y adquiere su mayor peso en la preparatoria.

En cuanto a la enfermedad mental, se observa que desde la infancia empieza a asociarse estrechamente con loco, enfermo, incapaz, tonto, retrasado y nervioso, definidoras que se mantendrán en primer lugar en todos los grupos estudiados. Las categorías que se agregan al avanzar el nivel escolar son desequilibrado, malo y trastornado. Cabe destacar que la asociación de enfermedad mental con maldad tiende a desarrollarse después de la infancia.

SALUD MENTAL Y ENFERMEDAD MENTAL A TRAVES DE REDES SEMANTICAS

CUADRO 8
Neurosis

	<i>Primaria</i>		<i>Secundaria</i>		<i>Preparatoria</i>		<i>Total</i>		<i>Total</i>	<i>Calif</i>
	<i>Masc</i>	<i>Fem</i>	<i>Masc</i>	<i>Fem</i>	<i>Masc</i>	<i>Fem</i>	<i>Masc</i>	<i>Fem</i>	<i>General</i>	
Enfermedad		15	133	66	122	127	255	208	463	-
Nerviosismo	28	62	34	126	73	117	135	305	440	-
Enojo	63	44	49	35	31	75	143	154	297	-
Locura	9		60	59	57	31	126	90	216	-
Desesperado		9	15	47	46	22	61	78	139	-
No se que significa	30	90					30	90	120	n
Desequilibrado			20	20	44	34	64	54	118	-
Trastorno			23		51	44	74	44	118	-
Neurótico	68	14		10	4	20	72	44	116	-
Estrés		9	20	20	30	33	50	62	112	-
Agresividad				10	42	15	42	25	67	-
Histeria				34		33		67	67	-
Trauma			16	16	16	19	32	35	67	-
Problemas				27	26	12	26	39	65	-
Cerebro			28		11	13	39	13	52	n

* Valores M resultantes de la sumatoria de los valores asignados a cada categoría semántica por los sujetos de cada grupo.

CUADRO 9
Psicosis

	<i>Primaria</i>		<i>Secundaria</i>		<i>Preparatoria</i>		<i>Total</i>		<i>Total</i>	<i>Calif</i>
	<i>Masc</i>	<i>Fem</i>	<i>Masc</i>	<i>Fem</i>	<i>Masc</i>	<i>Fem</i>	<i>Masc</i>	<i>Fem</i>	<i>General</i>	
Locura		14	93	94	104	102	197	210	407	-
Enfermedad		8	80	85	115	77	195	170	365	-
Miedo	43	19	41	21	40	58	124	98	222	-
Terror	20	70	36	18	17	34	73	122	195	-
Intranquilidad		24	18	10	40	45	58	79	137	-
Trastornado		3	21	10	29	72	50	85	135	-
No se lo que significa		110						110	110	n
Desesperación			27	15	44	23	71	38	109	-
Mental		17	9		9	43	18	60	78	n
Asesino		5	16	9	39		55	14	69	-
Desequilibrio			15	13	12	23	27	36	63	-
Problemas			6	6	32	17	38	23	61	-
Suspense	8	38		10			8	48	56	-
Psicología					20	18	20	18	38	n
Acción		37						37	37	n

* Valores M resultantes de la sumatoria de los valores asignados a cada categoría semántica por los sujetos de cada grupo.

La locura es un concepto familiar desde la primaria, que ya la asocia con demencia y enfermedad, pero a mayor nivel escolar se agregan definidoras más complejas, como trastornado, desequilibrado, incapaz e incoherente.

Los trastornos afectivos, depresión y angustia en particular, también son comprendidos y ampliamente definidos desde el primer nivel de escolaridad estudiado, aunque la riqueza semántica y conceptual es notablemente más amplia al avanzar la escolaridad. Mientras que en la primaria la depresión es básicamente tristeza y aburrimiento, en la preparatoria ya es también decaimiento, enfermedad, desesperación e inseguridad.

Por su parte, la angustia a los 12 años es preocupación, miedo, depresión y tristeza, en tanto que a mayor

escolaridad ya es también una enfermedad que conlleva desesperación, soledad y problemas.

La neurosis y la psicosis, como clasificación más general de los tipos de enfermedades mentales, son conceptos desconocidos a nivel de la primaria, que sólo relaciona a la neurosis con los neuróticos, el enojo y el nerviosismo, y a la psicosis con el miedo y el terror; a mayor nivel de escolaridad, ya ambos conceptos se definen como enfermedad asociada con la locura y la desesperación. Aparecen ya también conceptos estereotipados negativos como la agresividad, y en el caso específico de la psicosis, la imagen del asesino. Ambos conceptos parecen equivalentes y no hay una distinción clara entre ellos.

CUADRO 10
Psicólogo*

	Primaria		Secundaria		Preparatoria		Total		Total General	Calif
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem		
Ayuda	84	46	85	138	66	119	235	303	538	+
Doctor	73	87	113	70	105	34	291	191	482	+
Amigo			35	33	30	86	65	119	184	+
Persona		41	14	37	16	24	30	102	132	+
Maestro		18	25		46	38	71	56	127	+
Estudioso	8		23		46	44	77	44	121	+
Comprende			19	40	34	22	53	62	115	+
Loquero	28	7	31	12	26	8	85	27	112	-
Consejero		8				99		107	107	+
Profesionista	20		25		20	10	65	10	75	+
Problemas	19	44			10		29	44	73	-
Análisis				9	37	25	37	34	71	+
Confiable			10	8	39	14	49	22	71	+
Comunicación				35		14		49	49	+
Conocimiento		35	7				7	35	42	+

* Valores "M" resultantes de la sumatoria de los valores asignados a cada categoría semántica por los sujetos de cada grupo.

CUADRO 11
Psiquiatra*

	Primaria		Secundaria		Preparatoria		Total		Total General	Calif
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem		
Doctor	89	62	163	69	135	105	387	236	623	+
Ayuda	56	67	70	113	49	109	175	289	464	+
Loquero	82	19	37	20	50	24	169	63	232	-
Estudioso	105		13	19	22	43	140	62	202	+
Loco	10	36	8	27	54	15	72	78	150	-
Psicólogo	8	24	7	20	25	27	40	71	111	+
No se que significa		90						90	90	n
Medicinas		9	17	3	32	27	49	39	88	n
Mental		5	15	8	10	50	25	63	88	n
Resuelve problemas	55	5			4		59	5	64	+
Enfermos		7		16	26	22	26	45	71	-
Amigo			39	8	7	16	46	24	70	+
Persona		8	4		25	31	29	39	68	+
Profesionista	8	8	27		25	11	60	19	79	+
Analista				10		47		57	57	+

* Valores "M" resultantes de la sumatoria de los valores asignados a cada categoría semántica por los sujetos de cada grupo.

Por último, en cuanto al psicólogo y al psiquiatra, se observa también el incremento cuantitativo a nivel de descriptores al ascender el nivel escolar. En los grupos de primaria parece ser más conocido el psiquiatra que el psicólogo, aunque ambos se definen como doctores que ayudan, resuelven problemas, son estudiosos y son conocidos como loqueros; no hay distinción entre ambos especialistas. En los niveles posteriores ya hay mayor familiaridad y se les considera amigos. El psicólogo es también un maestro y un consejero, confiable y comprensivo. La principal diferencia entre ambos se plantea en términos de que el psiquiatra se asocia con medicinas.

A partir de los resultados obtenidos, se observa claramente que hay ciertas categorías semánticas que se pre-

sentan de manera consistente, independientemente de la edad, el sexo y el nivel escolar, lo que permite afirmar, en concordancia con los hallazgos de Valdez,^{66,67} que existe una manera particular de aprehender la realidad, de concebirla, entenderla y explicarla, el cual debe ser un producto puramente cultural, como ha sido planteado por Díaz Guerrero.¹⁸

En relación con las variables sexo y escolaridad, a nivel cuantitativo encontramos una diferencia entre los sexos, a nivel de riqueza semántica, solamente a nivel de la primaria, la cual se pierde en la secundaria y la preparatoria. Se asume por tanto que en la edad adulta, el sexo no ser una variable importante en relación con los conceptos estudiados. La escolaridad en cambio, sí se asoció

con diferencias entre los grupos en la mayor parte de los conceptos estudiados.

Es importante destacar que entre los grupos estudiados, los resultados sugieren que aún no se han desarrollado estereotipos negativos importantes, y que además, se posee una cantidad considerable de información sobre el tema, superior a la que podría haberse esperado a edades tan tempranas. Esto resulta positivo y alentador en términos de que las labores de educación y prevención para la salud mental, en estas etapas, no tendrían que enfrentarse con la necesidad de modificar actitudes negativas ya arraigadas, sino tan sólo reforzar, clarificar y ampliar la información con que ya se cuenta.

A nivel cualitativo, la riqueza de los resultados obtenidos es fundamental como base para una aproximación a la representación social de los conceptos, que permitirá diseñar instrumentos más adecuados para estudiar las creencias y actitudes al respecto, así como las necesidades de información y educación de la población estudiada.

Referencias

1. AYUSO JL, SAIJ J: A comparative study of the psychiatric nurses' attitudes towards mental patients. *International Journal of Social Psychology*, 24(1):47-52, 1978.
2. BACK KW, BUNKER S, DUNNAGAN CB: Barriers to communication and measurement of semantic space. *Sociometry*, 35:347-356, 1972.
3. BHUGRA D: Attitudes toward mental illness: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80:1-12, 1989.
4. CASCO M, NATERA G: Percepción de un grupo de profesionistas hacia la imagen que la comunidad tiene de la enfermedad mental: comparación entre ambas poblaciones. *Salud Mental*, 9(2):70-77, 1986.
5. CASCO M, NATERA G, HERREJON ME: La actitud hacia la enfermedad mental, una revisión de la bibliografía. *Salud Mental*, 10(2):41-50, 1987.
6. CASCO M: Percepción y actitud ante los problemas de salud mental entre jóvenes de educación media superior. *Salud Mental*, 13(2):18-23, 1990.
7. CLARK A, BINKS N: Relations of age and education to attitudes towards mental illness. *Psychological Reports*, 19:649-650, 1966.
8. COHEN J, STRUENING EL: Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64(5):349-360, 1962.
9. COLLINS AM, LOFTUS EF: A spreading activation theory semantic processing. *Psychological Review*, 5:85-88, 1975.
10. CUMMING E, CUMMING J: Closed Ranks: An Experiment in Mental Health. Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1957.
11. DE LA FUENTE R: Acerca de la salud mental en México. *Salud mental*, 5(3):22-31, 1982.
12. DE LA FUENTE JR: Enseñanza e investigación en salud mental en América Latina: Prioridades e implementación. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 31:269-273, 1985.
13. DE LA SERNA MT: Análisis del concepto de enfermedad mental en una comunidad suburbana. Tesis doctoral. Universidad Iberoamericana, México, 1982.
14. DEWAN MJ, LEVY BF, DONNELLY MP: A positive view of psychiatrists and psychiatry. *Comprehensive Psychiatry*, 29(5):523-531, 1988.
15. DIAZ LOVING R, CANALES L, GAMBOA M: Desenredando la semántica del amor. En: AMEPSO (Ed): *La Psicología Social en México*, Vol. II. México, 1988a.
16. DIAZ LOVING R, GAMBOA M, CANALES L: Exploraciones en la configuración semántica del noviazgo, el matrimonio y la infidelidad. En: AMEPSO (Ed): *La Psicología Social en México*, Vol. II. México, 1988b.
17. DIAZ GUERRERO R, SALAS M: El Diferencial Semántico del Idioma Español. Ed. Trillas, México, 1975.
18. DIAZ GUERRERO R: Psicología del Mexicano. Ed. Trillas, México, D.F., 1982.
19. DOHRENWOOD BP, CHIN-SHONG E: Social status and attitudes toward psychological disorder: The problem of tolerance of deviance. *American Sociological Review*, 32(3):417-433, 1967.
20. EKER D: University students' attitudes toward mental patients in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23:264-266, 1988.
21. EKER D: Attitudes toward mental illness: recognition, desired social distance, expected burden and negative influence on mental health among Turkish freshmen. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24:146-150, 1989.
22. FIGUEROA JG, GONZALEZ EG, SOLIS VM: Una aproximación al problema del significado: las redes semánticas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13(3):447-456, 1981.
23. GARTLY B: Attitudes toward, and incidence of, mental disorder: a research note. *The Southwestern Social Sciences Quarterly*, (June):27-37, 1957.
24. GIOVANNONI JM, ULLMANN LP: Conceptions of mental health by psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychology*, XIX(4):398-400, 1963.
25. GONZALEZ SR: La actitud hacia la enfermedad mental. Tesis de Licenciatura. UNAM, México, 1986.
26. GRAVES GD, KRUPINSKI J, STOLLER A, HARCOURT A: A survey of community attitudes toward mental illness. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 5:18-28, 1971.
27. GUTIERREZ E: Actitud de la comunidad hacia la enfermedad mental. Tesis profesional. UNAM, México, 1983.
28. HERZLICH C: Santé et Maladie. Analyse d'une Représentation Sociale. Mouton, Paris, 1969.
29. HOLLINSHEAD A, REDLICH FC: Social Class and Mental Illness: A Community Study. John Wiley and Sons Inc., Nueva York, 1985.
30. INGHAM J: The public image of psychiatry. *Social Psychiatry*, 20:107-108, 1985.
31. INSUA A: Actitud hacia el enfermo mental en grupos sociales con diferente nivel de instrucción. *Psicología Médica*, 3:319-329, 1964.
32. JODELET D: Civils et Bredins: représentations sociales de la maladie mentale et rapport à la folie en milieu rural. Tesis de doctorado, Paris, 1983.
33. JOHANNSEN WJ: Attitudes toward mental patients: a review of empirical research. *Mental Hygiene*, 53:218-220, 1969.
34. LARTIGUE MT: Una aproximación al diagnóstico del estado actual de la salud mental en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 1(1):27-41, 1985.
35. LEHTINEN V, VAISANEN E: Social-demographic aspects in the attitudes towards mental illness in a Finnish population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 55:287-298, 1977.
36. LEHTINEN V, VAISANEN E: Attitude toward mental illness and utilization of psychiatric treatment. *Social Psychiatry*, 13:63-68, 1978.
37. LEON CA, MICKLIN M: Opiniones comunitarias sobre la enfermedad mental y su tratamiento en Cali, Colombia. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 17(6):385-395, 1971.

38. MICKLIN M, LEON CA: Cultural bases of images of causation in psychological disorder: A Colombian survey. *International Journal of Social Psychiatry*, 24(2):79-94, 1978.
39. MOSCOVICI S: El Psicoanálisis, su Imagen y su Público. Colección Temas Básicos, París, Francia, 1979.
40. MOSCOVICI S: Psicología Social. Ed Paidós, España, 1986.
41. NATERA G y cols: Percepción de la enfermedad mental a través de historietas. *Boletín de la Oficina Sanitaria de Panamá*, 98(4):327-338, 1985.
42. NATERA G, CASCO M: Actitudes hacia la enfermedad mental en población general y en un grupo de profesionales de la salud. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, México, 1991.
43. NUNNALLY J: The communication of mental health information: A comparison of the opinions of experts and the public with mass media presentation. *Behavioral Science*, 2:222-230, 1957.
44. NUNNALLY J: Popular Conceptions of Mental Health: Their Development and Change. Holt, Rinehart and Winston, Nueva York, 1961.
45. OLADE RA: Attitudes toward mental illness: A comparison of post-basic nursing students with science students. *Journal of Advanced Nursing*, 4:39-46, 1979.
46. OSGOOD CE, SUCI GJ, TANNENBAUM PH: The Measurement of Meaning. The University of Illinois Press, EUA, 1971.
47. PARRA F: Perceptions of mental illness in Mexico: A descriptive study in the city of Chihuahua. *International Journal of Social Psychiatry*, 33(4):270-276, 1987.
48. PENAYO U y cols: Community attitudes and awareness of mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78:561-566, 1988.
49. PEREZ-RINCON H: Entrevista al Dr. Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 12(1):50-54, 1989.
50. QUILLIAN M: Semantic Memory. En Minsky M (Ed): Semantic Information Processing. Cambridge, Mass, MIT, 1968.
51. RABKIN J: Public attitudes toward mental illness: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 10(fall):9-33, 1974.
52. RAMSEY G, SEIPP M: Attitudes and opinions concerning mental illness. *Psychiatry Quarterly*, 22:428-444, 1948.
53. RAWNSLEY K: Psychiatry in jeopardy. *British Journal of Psychiatry*, 145:573-578, 1984.
54. REETZ M, SEMBERG KM: Fifth and sixth graders' attitudes toward mental health issues. *Journal of Community Psychology*, 13:393-401, 1985.
55. RUIZ M, SERRANO V, SANCHEZ E: Historia de las actitudes hacia la enfermedad mental. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 16(4):285-293, 1988.
56. RUIZ RH: Acerca de los conceptos de salud y enfermedad. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 22:267-276, 1976.
57. SPIRO HR, SIASSI I, CROCKETTI G: Ability of the public to recognize mental illness: An issue of substance and an issue of meaning. *Social Psychiatry*, 8:32-36, 1973.
58. STEFFANI D: Escala de actitudes hacia la enfermedad mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 23:202-207, 1977.
59. STEFFANI D: Actitud hacia la enfermedad mental y nivel socioeconómico. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 25:282-287, 1979.
60. STEFFANI D: Influencia del nivel socioeconómico sobre las actitudes hacia la enfermedad mental. *Salud Mental*, 7(3):25-28, 1984.
61. STEFFANI D: Autoritarismo y actitud hacia la enfermedad mental. *Salud Mental*, 8(2):27-30, 1985.
62. SUMMERS GF: Medición de Actitudes. Ed. Trillas, México, 1976.
63. SZALAY L, BRYSON A: Psychological meaning: Comparative analysis and theoretical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*. 30(6):860-870, 1974.
64. TRUTE B, LOEWEN A: Public attitude toward the mentally ill as a function of prior personal experience. *Social Psychiatry*, 13:79-84, 1978.
65. TRUTE B, TEFFT B, SEGALL A: Social rejection of the mentally ill: A replication study of public attitude. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24:69-76, 1989.
66. VALDEZ JL, HERNANDEZ AE: Padre, madre, dios y virgen: Redes semánticas. Convergencias conceptuales. Tesis Profesional. UNAM, México, 1986.
67. VALDEZ JL, MARTINEZ VR: El significado psicológico de rico y pobre en 4 grupos de estudiantes de distinto nivel académico, usando redes semánticas. En: *La Psicología Social en México*, Vol. II, AMEPSO, México, 1988.
68. VALDEZ R, BARRERA P: Estereotipo: Generador de prejuicio. En: *La Psicología Social en México*, Vol. II, AMEPSO, México, 1988.
69. WIG NN y cols: Community reactions to mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61:111-126, 1980.
70. YAGER J y cols: Medical students' evaluation of psychiatry. A cross-country comparison. *American Journal of Psychiatry*, 139(8):1003-1009, 1982.