

El significado psicológico y social de la salud y la enfermedad mentales

Sarah García Silberman*
Patricia Andrade Palos**

Summary

The purpose of this investigation was 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 to approach the representation of information in the memory, was used. Its purpose was to obtain a vision of the meaning, for an specific group, of nine linguistic figures related to mental health and illness, by means of the consensus conceptualization made upon them. The concepts selected were: mental health, mental illness, madness, depression, anguish, neurosis, psychosis, psychologist and psychiatrist. The basic premise is that, by exploring the psychological meaning of the concepts, an approach to its social representation will be obtained and, as a consequence, some of their behavioral patterns with regards to them.

For that purpose, a sample of 160 students was selected from basic, medium and professional 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 terms, a great semantic richness for all the concepts was obtained. Considering the sex as a variable, some significative differences were found among groups only in the primary school, where women had a wider semantic management of all the concepts. However, these differences disappeared in high school students, which indicates that in higher educational levels, the sex is not an important variable in relation to the concepts investigated. As for the educational level, the semantic richness was incremented along the ascending school grades. Those differences were significative in the four educational levels studied in all the concepts.

The results obtained showed that from childhood, people have a clear and concrete conception of some concepts related to mental health and mental illness, particularly those of a general kind. However, more specific concepts are little understood by children, who define them better during the first years of highschool, consolidating a more complete semantic network in the last year of preparatory school and at the university. Considering these results, it is suggested that it is fundamental to develop educational programs for mental health at these school levels.

Finally, at a qualitative level, the results obtained are valuable, as the basis for an approximation to the social representation of the concepts, which will allow the development of more adequate instruments to study the beliefs, and attitudes on this respect, as well as the specific needs of information and education in the investigated population.

Resumen

Se realizó una investigación para determinar el significado psicológico de nueve conceptos relacionados con la salud y la enfermedad mentales, utilizando la técnica de las redes semánticas, que se plantea como idónea para lograr una aproximación a la representación de la información en la memoria. Los conceptos estudiados fueron: salud mental, enfermedad mental, locura, depresión, angustia, neurosis, psicosis, psicólogo y psiquiatra. Adicionalmente, se planteó determinar la posible existencia de diferencias significativas en la conceptualización, en relación con el género y el nivel escolar de los sujetos participantes.

La investigación se desarrolló en una muestra de 160 estudiantes de niveles básico, medio y superior de la ciudad de México. Mediante el análisis cuantitativo y cualitativo de la información obtenida se logró un acercamiento a la representación social de tales conceptos en los grupos estudiados.

En términos generales se obtuvo una gran riqueza semántica para todos los conceptos. Al considerar la escolaridad como variable, tal riqueza mostró un claro incremento en relación directa con el nivel académico de los sujetos. Las diferencias entre grupos por nivel escolar fueron significativas entre los cuatro grados estudiados, en todos los conceptos. Al considerar el género 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, preparatoria y profesional, lo que parece indicar que a mayor escolaridad, el género deja de ser una variable importante en relación con los conceptos estudiados.

Esta aproximación permitió observar que ya desde la infancia se tiene una concepción clara y concreta de algunos de los términos 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 los niveles de preparatoria y profesional. 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 para aproximarse a la representación social de los conceptos estudiados. Se espera que estos resultados sirvan como punto de partida en el diseño de instrumentos más adecuados para investigar las creencias y actitudes al respecto, así como las necesidades de información y educación de la población considerada.

Introducción

Los problemas de salud mental en México, como en la mayoría de los países latinoamericanos, no han sido adecuadamente atendidos por razones que no sé

* Investigadora y Jefe de Proyecto. Departamento de Investigación en Servicios de Salud. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan 14370, México, D.F.

** División de Estudios de Posgrado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

limitan a la escasez de recursos ni a la mayor prioridad de otros problemas de salud, sino que están relacionadas con la ignorancia, los temores y los prejuicios, profundamente arraigados en nuestra cultura, en relación con los trastornos mentales y con quienes los padecen (5,21). Contribuyen a agravar esta situación las creencias prevalecientes, en su mayoría injustificadas, de que la ciencia médica aún no cuenta con los conocimientos indispensables para prevenir y remediar este tipo de trastornos (5,24). Por otra parte, Parra (30) 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. Lo anterior podría explicar las bajas tasas de demanda y utilización de los servicios de salud mental que reportan algunos estudios (17).

Frente a esta situación, se plantea que la información y la educación son los requisitos primordiales para contribuir a un positivo cambio de actitudes, que a su vez genere una mejoría en la atención de tales problemas, gracias a una detección más temprana de los trastornos y a una utilización más adecuada y oportuna de los recursos disponibles (5).

De acuerdo con tales planteamientos, el estudio sistemático y estructurado de las concepciones y creencias, con respecto a la salud y la enfermedad mentales, 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 (18,23,25,32). 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. 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.

Ahora bien, cualquier programa de educación o campaña de promoción para la salud mental que pretendan ser eficientes, deberán basarse en el conocimiento de las concepciones, creencias y actitudes de la población a la que se dirijan (6,8,9,33). Asimismo, el diseño de instrumentos de medición adecuados para la investigación epidemiológica, requiere de un conocimiento previo sobre los principales conceptos manejados por la población. Con el propósito de obtener una aproximación a tales conceptos, se llevó a cabo esta investigación.

El objetivo principal fue integrar un conjunto de redes semánticas que permitieran conocer la manera en que determinados grupos sociales conceptualizan una serie de términos o palabras frecuentemente utilizadas con relación a la salud y la enfermedad mentales. Por otra parte se investigó si tal conceptualización difiere en relación con dos variables sociodemográficas: el género y el nivel escolar de los sujetos. Las nueve figuras seleccionadas fueron: salud mental, en-

fermedad mental, locura, depresión, angustia, neurosis, psicosis, psicólogo y psiquiatra.

Material y método

El estudio se realizó en la zona urbana de la ciudad de México. Se seleccionó una muestra integrada por 160 estudiantes de escuelas oficiales, distribuidos por cuota en relación con el género y el nivel de escolaridad, de la siguiente manera: 40 de 6o. de primaria, 40 de 3o. de secundaria, 40 de 6o. de preparatoria y 40 de 8o. semestre de profesional. En cada nivel escolar, el 50% correspondió al sexo femenino y el 50% al masculino. Todos los sujetos fueron del nivel socioeconómico medio.

Se utilizó la técnica de las redes semánticas, considerada como idónea para acceder a la representación psicológica de la información en la memoria y, mediante el consenso, a la representación social de los conceptos (2,29,31,35). La técnica 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 ponderado que le es asignado a cada una de las palabras definidoras que se generan. Estos valores permiten un análisis cuantitativo y cualitativo de la forma en que los sujetos tienen representada la información. El instrumento fue construido específicamente para esta investigación, tomando como modelo el utilizado en la técnica original de los estudios sobre redes semánticas que han llevado a cabo Figueroa y cols. (11-15).

Resultados

Una vez codificados, los datos se analizaron con base en un procedimiento de análisis de redes semánticas naturales, establecido por Figueroa, González y Solís (14). En primer lugar se obtuvo el total de palabras definidoras para cada concepto estímulo, conocido como valor "J", el cual indica la riqueza de cada red. A continuación se elaboraron categorías conceptuales o semánticas (36), esto es, conjuntos de palabras aisladas o grupos de palabras con relaciones de sinonimia, que se excluyen entre sí debido a las diferencias de significado que ostentan en la vida social.

De esta manera, se agruparon categorías conceptuales que facilitan la explicación de los resultados obtenidos, a partir de valores "JC" de categoría.

En la tabla 1 se presentan los valores JC obtenidos para los nueve conceptos por cada uno de los grupos estudiados. Ordenando los conceptos de mayor a menor de acuerdo con su riqueza semántica general, aparecen en primer lugar con el mismo valor la enfermedad mental y la locura, seguidos por la salud mental y la neurosis; los valores de los otros cinco conceptos decrecen escasamente, con totales de categorías muy similares entre sí.

TABLA 1
Valores JC* para los 9 conceptos en los 8 grupos

Conceptos	Primaria		Secundaria		Preparatoria		Profesional		Total			Total			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	Prim.		Sec.	Prep.	Prof.
Enfermedad M	22	29	42	41	43	44	61	60	101	104	35	61	66	94	145
Locura	13	30	44	41	52	50	55	61	100	107	33	61	76	88	145
Salud Mental	30	39	39	41	34	40	55	54	95	92	53	62	53	80	127
Neurosis	7	15	34	35	42	48	44	57	82	95	18	56	64	79	123
Psicólogo	16	16	29	30	35	45	50	62	76	99	27	46	55	81	123
Psicosis	3	16	24	28	44	48	46	51	76	90	16	41	67	74	118
Depresión	10	21	25	30	44	41	47	45	77	76	24	37	65	74	110
Angustia	7	21	21	27	40	40	36	54	64	86	23	35	63	71	109
Psiquiatra	12	16	25	33	38	48	46	52	71	82	21	41	64	69	104
Total	120	203	283	306	372	404	440	496	742	831	250	440	573	710	1108

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

TABLA 2
Media y desviación estándar de los valores JC por género y escolaridad

Escolaridad	Masculino		Femenino		Total	
	X*	DE**	X*	DE**	X*	DE**
Primaria	13.3333	7.8881	22.5556	7.8756	27.7778	10.7163
Secundaria	31.4444	8.0707	34.0000	5.4365	48.7778	10.5386
Preparatoria	41.3333	5.1424	44.8889	3.6345	63.7778	6.1423
Profesional	48.8889	6.9353	55.1111	5.1735	77.6667	5.7735
Total	82.4444	12.4464	92.3333	9.5568	123.1111	13.9479

* Media

** Desviación estándar

TABLA 3
Diferencias* entre los grupos en relación con los valores JC

Conceptos	Escolaridad		Género		Escolaridad/Género	
	CHI2	Prob.	CHI2	Prob.	CHI2	Prob.
Enfermedad M.	27.4063	p > .01	0.0439	no sign.	0.8865	no sign.
Locura	26.1860	p > .01	0.2367	no sign.	6.2536	no sign.
Salud Mental	7.8387	p > .05	0.0481	no sign.	0.9530	no sign.
Neurosis	37.3226	p > .01	0.9548	no sign.	2.2434	no sign.
Psicólogo	28.9139	p > .01	3.0229	no sign.	0.6888	no sign.
Psicosis	42.4444	p > .01	1.1807	no sign.	7.1051	no sign.
Depresión	32.9200	p > .01	0.0065	no sign.	4.0518	no sign.
Angustia	32.2500	p > .01	3.2267	no sign.	5.6188	no sign.
Psiquiatra	30.2103	p > .01	0.7908	no sign.	0.3042	no sign.
Total	233.8505	p > .01	5.0356	p > .05	12.6360	p > .01

* Prueba CHI cuadrada

TABLA 4
Diferencias * por género en relación con los valores JC. Comparación independiente en cada nivel de escolaridad.

Conceptos	Primaria		Secundaria		Preparatoria		Profesional	
	CHI2	Prob.	CHI2	Prob.	CHI2	Prob.	CHI2	Prob.
Enfermedad M.	0.9608	no sig.	0.0120	no sign.	0.0115	no sign.	0.0083	no sign.
Locura	6.7209	p > .01	0.1059	no sign.	0.0392	no sign.	0.3103	no sign.
Salud Mental	1.1739	no sign.	0.0500	no sign.	0.4865	no sign.	0.0092	no sign.
Neurosis	2.9091	no sign.	0.0145	no sign.	0.4000	no sign.	1.6733	no sign.
Psicólogo	0.0000	no sign.	0.0169	no sign.	1.2500	no sign.	1.2857	no sign.
Psicosis	8.8947	p > .01	0.3077	no sign.	0.1739	no sign.	0.2577	no sign.
Depresión	3.9032	p > .05	0.4545	no sign.	0.1059	no sign.	0.435	no sign.
Angustia	7.0000	p > .01	0.7500	no sign.	0.0000	no sign.	3.6000	no sign.
Psiquiatra	0.5714	no sign.	1.1034	no sign.	1.1628	no sign.	0.3673	no sign.
Total	21.3282	p > .01	0.8981	no sign.	1.3196	no sign.	3.3504	no sign.

*Prueba CHI cuadrada

Las redes más amplias correspondieron a las definiciones dadas por el grupo femenino de profesional para el psicólogo, la locura y la enfermedad mental, y por el grupo masculino de profesional para la enfermedad mental, en tanto que las más reducidas fueron las de los varones de primaria para la psicosis, la neurosis y la angustia (tabla 1).

Posteriormente se calculó la medida y la desviación estándar de cada red, las cuales se reportan en la tabla 2. Se aprecia así con mayor claridad el incremento en la riqueza semántica al ascender el nivel de escolaridad, así como la superioridad en el caso del género femenino.

A continuación se realizaron pruebas estadísticas para determinar la significancia de las diferencias entre los grupos por género y por nivel escolar. Se aplicó la prueba X² (CHI cuadrada) de una vía para una variable independiente con cuatro niveles, a las frecuencias obtenidas para cada uno de los conceptos, en cada nivel escolar estudiado, la misma prueba con dos niveles, para determinar la significancia de las posibles diferencias en relación con la variable sexo, y la X² de dos vías para establecer la significancia de las diferencias entre los grupos considerando la interacción entre las dos variables independientes, la

escolaridad con cuatro niveles y el género con dos (4x2).

Como se observa en la tabla 3, las diferencias por nivel escolar fueron significativas entre los cuatro grados con una probabilidad p < .05 en el caso del concepto "salud mental" y p < .01 en todos los demás conceptos. Por lo que respecta a las diferencias entre ambos géneros, a nivel general se encontró de nuevo mayor riqueza semántica en el grupo femenino para todos los conceptos, aunque tal diferencia sólo fue significativa (p < .05) en el caso del total de los nueve conceptos. Al aplicar la prueba X² de dos vías, relacionando la escolaridad con el género, no se encontraron diferencias significativas para ninguno de los nueve conceptos considerados de manera independiente, pero sí hubo una diferencia significativa con una probabilidad p < .01 para el conjunto de los mismos.

Dado que no se encontró ninguna diferencia entre los géneros considerando al total de los sujetos, se decidió investigar si existían tales diferencias en alguno de los niveles escolares analizados de manera independiente. Como se observa en la tabla 4, comparando las diferencias entre los géneros para cada nivel de escolaridad, es notorio que las mayores se presentan en la primaria, siendo significativas con una

TABLA 5
salud mental¹

Categorías	VMT ²	FMG ³	G ⁴
Sano	+ 527	100.0%	
Equilibrio	+ 404	76.7%	123
Bienestar	+ 308	58.4%	96
Cuerdo	+ 303	57.5%	5
Inteligencia	+ 298	56.5%	5
Pensar	+ 275	52.2%	23
Capacidad	+ 206	39.1%	69
Estudioso	+ 206	39.1%	0
Ejercicio	+ 187	35.5%	19
Felicidad	+ 181	34.3%	6
Tranquilidad	+ 181	34.3%	0
JC = 127			G = 38.44

1 Conjunto de las diez definidoras con VMT más elevado.

2 Valor M total obtenido por cada definidora.

3 Distancia semántica entre las palabras definidoras

4 Densidad de la red.

GRAFICA 1

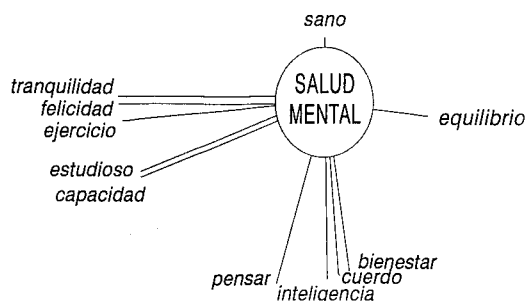


TABLA 6
Enfermedad mental¹

Categorías	VMT ²	FMG ³	G ⁴
Loco	- 876	100.0%	
Desequilibrio	- 327	37.3%	549
Enfermo	- 308	35.2%	19
Incapacidad	- 248	28.3%	60
Angustia	- 221	25.2%	27
Retrasado	- 212	24.2%	9
Tonto	- 208	23.7%	4
Malo	- 190	21.7%	18
Triste	- 180	20.5%	10
Trastorno	- 136	15.5%	44
JC = 145			G = 88.22

1 Conjunto de las diez definidoras con VMT más elevado.

2 Valor M total Obtenido por cada definidora

3 Distancia semántica entre las palabras definidoras

4 Densidad de la red

$p < .01$ para tres de los conceptos (locura, psicosis y angustia), con un $p < .05$ para la depresión y con $p < .01$ para el total global de los nueve conceptos. Estas diferencias desaparecen en los grupos de secundaria, preparatoria y profesional, lo que parece indicar que a mayor escolaridad, el género deja de ser una variable importante en relación con los conceptos estudiados (tabla 4).

Posteriormente se obtuvieron 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. Los valores "M" obtenidos por palabras naturales se adicionaron al agruparse éstas en categorías, y a continuación se ordenaron de mayor a menor todas las categorías de acuerdo con su valor "M" total (VMT). A continuación, se seleccionaron las 10 categorías con "VMT" más elevado para cada concepto, las cuales integran la red semántica básica del mismo. La información correspondiente se presenta en las tablas 5 a la 13. Cada una de las tablas incluye los valores M totales

TABLA 7
Locura¹

Categorías	VMT ²	FMG ³	G ⁴
Enfermo	- 804	100.0%	
Loco	- 563	70.0%	241
Desequilibrio	- 229	28.5%	334
Angustia	- 211	26.2%	18
Trastorno	- 203	25.2%	8
Desorden	- 185	23.0%	18
Tonto	- 153	19.0%	32
Miedo	- 137	17.0%	16
Desesperación	- 126	15.7%	11
Anormal	- 112	13.9%	14
JC = 145			G = 76.89

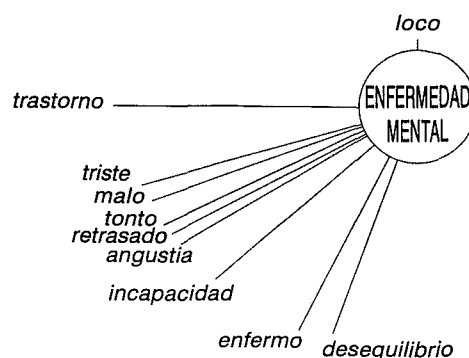
1 Conjunto de las diez definidoras con VMT más elevado.

2 Valor M total obtenido por cada definidora.

3 Distancia semántica entre las palabras definidoras

4 Densidad de la red.

GRAFICA 2



(VMT) para cada categoría, la calificación positiva (+), negativa (-) o neutra (n) dada por los sujetos, el valor FMG, que indica la distancia semántica en términos porcentuales y el valor G, que representa la densidad de la red. A partir de estos valores se elaboraron las redes semánticas básicas de los nueve conceptos estudiados (gráficas 1-9).

Salud mental

La salud mental se definió básicamente como salud general, siendo la principal categoría definidora "sano", que agrupa palabras como salud, saludable, cuerpo sano y cosas sanas, entre otras. Así, parece no haber una distinción conceptual muy clara entre la salud mental y la salud en general. Una parte de las categorías definidoras tienen que ver con los efectos de la salud mental, como son el equilibrio, el bienestar, la felicidad y la tranquilidad, mientras que otra se relaciona con algunos medios para lograrla o mantenerla, como serían el estudio y el ejercicio.

Adicionalmente, la salud mental se asocia de manera fundamental con la cordura. Varias definidoras se asocian con procesos mentales, como la inteligencia y

GRAFICA 3

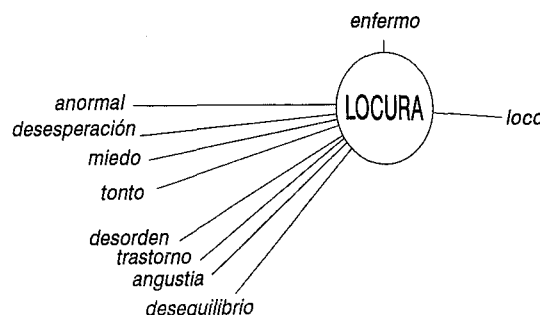


TABLA 8
Depresión¹

Categorías	VMT ²	FMG ³	G ⁴
Triste	-1142	100.0%	
Angustia	- 828	72.5%	314
Soledad	- 287	25.1%	541
Problema	- 219	19.2%	68
Enfermo	- 210	18.4%	9
Decaído	- 204	17.9%	6
Desesperación	- 201	17.6%	3
Aburrido	- 189	16.5%	12
Decepción	- 132	11.6%	57
Dolor	- 132	11.6%	0
JC = 110			G = 112.22

- 1 Conjunto de las diez definidoras con VMT más elevado.
- 2 Valor total obtenido por cada definidora.
3. Distancia semántica entre las palabras definidoras
4. Densidad de la red.

el pensamiento. Las 10 definidoras que integran el conjunto SAM general fueron calificadas como positivas (tabla 6 y gráfica 1).

Enfermedad mental

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 un desequilibrio, como una enfermedad en general y como una incapacidad. El enfermo mental parece ser visto como retrasado, tonto, y malo. Aun cuando la asociación con la locura definida, aparecen también algunas definidoras correspondientes a ciertos trastornos específicos, como la angustia y la tristeza (depresión). Finalmente, se le definió como un trastorno. Todas las categorías fueron calificadas como negativas (tabla 6 y gráfica 2).

Locura

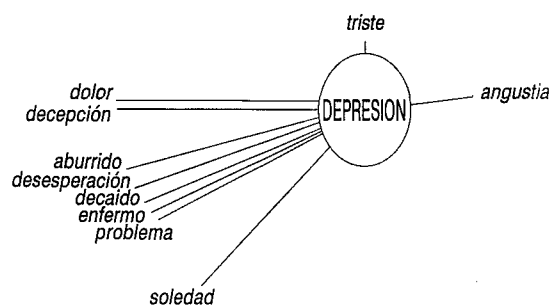
La locura es definida en primer lugar como una enfermedad y a continuación por un claro sinónimo, la demencia, que junto como locura, no cordura, des-

TABLA 9
Angustia¹

Categorías	VMT ²	FMG ³	G ⁴
Angustia	- 1393	100.0%	
Miedo	- 730	52.4%	663
Triste	- 669	48.0%	61
Desesperación	- 510	36.6%	159
Soledad	- 342	24.6%	168
Estrés	- 220	15.8%	122
Problema	- 169	12.1%	51
Malestar	- 116	8.3%	53
Inseguridad	- 105	7.5%	11
Enfermo	- 103	7.4%	2
JC = 109			G = 143.33

- 1 Conjunto de las diez definidoras con VMT más elevado.
- 2 Valor M total obtenido por cada definidora.
- 3 Distancia semántica entre las palabras definidoras
- 4 Densidad de la red.

GRAFICA 4



quiciado, incordura y enloquecimiento, entre otras, se agruparon en una sola categoría bajo el título de loco. Estas dos categorías definidoras aparecen de manera consistente en los primeros lugares del conjunto SAM de todos los grupos. La locura se define como un desequilibrio, un trastorno y un desorden, y genera angustia, miedo y desesperación. El que la padece es tonto y anormal. Todas las categorías fueron calificadas como negativas (tabla 7 y gráfica 3).

Depresión

La depresión fue definida en primer lugar por la categoría que agrupa a las palabras relacionadas con la tristeza: abatimiento, aflicción, congoja, desdicha e infelicidad, entre otras. Es considerada como una enfermedad y definida en términos tanto de sus causas como de sus manifestaciones: tristeza, angustia, soledad, problemas, decaimiento, desesperación, aburrimiento, decepción y dolor. 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, con-

GRAFICA 5

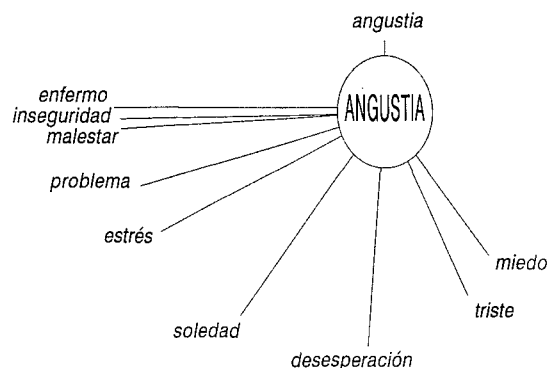


TABLA 10
Neurosis¹

Categorías	VMT ²	FMG ³	G ⁴
Angustia	- 677	100.0%	
Enfermo	- 567	83.8%	110
Enojo	- 447	66.0%	120
Loco	- 228	33.7%	219
Estrés	- 210	31.0%	18
Desesperación	- 191	28.2%	19
Desequilibrio	- 158	23.3%	33
Trastorno	- 144	21.3%	14
Cabeza	n 139	20.5%	5
No sé	n 130	19.2%	9
JC = 127			G = 60.78

1 Conjunto de las diez definidoras con VMT más elevado.

2 Valor M total obtenido por cada definidora.

3 Distancia semántica entre las palabras definidoras

4 Densidad de la red.

cepto que también se utilizó como estímulo y será definido a continuación; se aprecia que ambos conceptos están definitivamente interrelacionados. Todas las categorías que definieron a la depresión fueron calificadas como negativas (tabla 8 y gráfica 4).

Angustia

La angustia se definió en primer lugar por siete de los ocho grupos, por medio de una categoría conceptual que bajo este mismo nombre, incluye palabras como ansiedad, inquietud, nerviosismo y preocupación (el otro grupo la ubicó en segundo lugar). Fue considerada también como una enfermedad y definida, al igual que la depresión, por sus causas y manifestaciones más frecuentes: miedo, tristeza, desesperación, soledad, estrés, problemas, malestar e inseguridad.

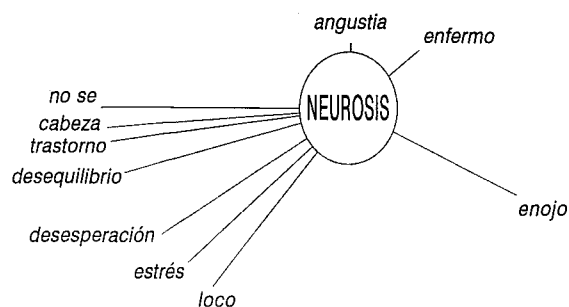
La depresión y la angustia se incluyeron por considerar que son los dos trastornos afectivos más frecuentemente presentes en la población general. Como se puede apreciar, hay claridad en términos de considerarlos como enfermedades. En cuanto a sus manifestaciones, a nivel de la representación social en el grupo investigado, existe gran similitud entre los dos padecimientos, ya que la mayor parte de las definidoras son comunes a ambos (triste, angustia, soledad, problema, enfermo, desesperación, dolor, estrés, malestar e inseguridad).

Las definidoras específicas, que podrían corresponder a las características diferenciales de cada trastorno, serían el decaimiento, el aburrimiento, la decepción y el cansancio, en el caso de la depresión, y el enojo en cuanto a la angustia. Todas las definidoras del conjunto SAM general fueron calificadas como negativas (tabla 9 y gráfica 5).

Neurosis

Considerada en primer lugar como una enfermedad y altamente relacionada con la angustia, se le asocia también con la locura y el desequilibrio. Se le define como un trastorno relacionado con el enojo, el estrés y la desesperación, y se ubica en la cabeza. La an-

GRAFICA 6



gustia aparece en el conjunto SAM de los 8 subgrupos, aunque su distancia semántica con la neurosis disminuye en los de mayor escolaridad. En siete grupos (excepto las mujeres de primaria) la neurosis se define como locura, y como estrés (excepto los hombres de primaria). La categoría de ignorancia, al igual que la referente a la cabeza, se consideraron neutras; todas las demás categorías de definidoras fueron calificadas como negativas (tabla 10 y gráfica 6).

Psicosis

La psicosis se asocia primordialmente con el miedo y se define de modo fundamental como locura, aunque también se le considera como una enfermedad, un trastorno y un desequilibrio. Genera angustia, desesperación y tristeza, y se relaciona con definidoras que se agruparon bajo el título de 'películas', que hacen referencia a imágenes generadas por este medio: Hitchcock, Perkins, cine, etc. 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. El miedo aparece en todos los grupos en los primeros lugares, la enfermedad y la locura en siete de ellos y la angustia en seis. La mayoría de las definidoras fueron calificadas como negativas. Sólo aparecen dos neutras: la que hace referencia a la ignorancia (no sé) y la relacionada con el cine: película (tabla 11 y gráfica 7).

Psicólogo

El psicólogo es en primer lugar un doctor, un maestro y un amigo. Es una persona que ayuda y comprende. Se le considera dedicado al estudio. Así mismo se le define como un profesionalista dedicado al análisis. Adicionalmente, el psicólogo es definido como loquero.

Las categorías de doctor y ayuda aparecen en los conjuntos SAM de los ocho grupos. 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 nivel escolar superior, ya que el concep-

TABLA 11
Psicosis¹

Categorías	VMT ²	FMG ³	G ⁴
Miedo	- 589	100.0%	
Loco	- 532	90.3%	57
Enfermo	- 517	87.8%	15
Angustia	- 233	39.6%	284
Trastorno	- 159	27.0%	74
No sé	n 150	25.5%	9
Desesperación	- 143	24.3%	7
Desequilibrio	- 134	22.8%	9
Película	n 124	21.1%	10
Triste	- 100	17.0%	24
JC = 118			G = 54.33

- 1 Conjunto de las diez definidoras con VMT más elevado.
- 2 Valor M total obtenido por cada definidora.
- 3 Distancia semántica entre las palabras definidoras.
- 4 Densidad de la red.

to 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 profesionistas. Para el psicólogo la calificación de las definidoras resultó más heterogénea que en los casos anteriores; en el conjunto SAM general seis categorías fueron positivas, tres neutras (persona, análisis y profesionista) y una negativa: loquero (tabla 12 y gráfica 8).

Psiquiatra

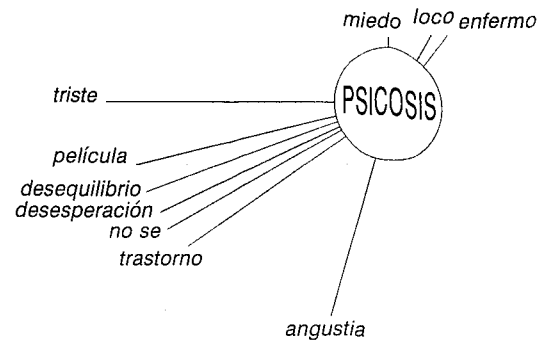
El psiquiatra es también un doctor que ayuda, un maestro, un profesionista y un estudioso. A diferencia del psicólogo, el psiquiatra se relaciona con locos, con asuntos de la mente y con medicamentos. Se ocupa también del campo de la psicología y es un loquero. Ambos comparten la mayor parte de las categorías definidoras, entre ellas, la de loquero. Doctor y ayuda

TABLA 12
Psicólogo¹

Categorías	VMT ²	FMG ³	G ⁴
Ayuda	+ 796	100.0%	
Doctor	+ 627	78.8%	169
Maestro	+ 420	52.8%	207
Amigo	+ 222	27.9%	198
Estudioso	+ 185	23.2%	37
Comprensión	+ 179	22.5%	6
Persona	n 173	21.7%	6
Análisis	n 171	21.5%	2
Loquero	- 168	21.1%	3
Profesionista	n 129	16.2%	39
JC = 123			G = 74.11

- 1 Conjunto de las diez definidoras con VMT más elevado.
- 2 Valor M total obtenido por cada definidora.
- 3 Distancia semántica entre las palabras definidoras
- 4 Densidad de la red.

GRAFICA 7



aparecen en los ocho subgrupos, loco y medicamentos en seis, profesionista, maestro y psicología en cinco. Al igual que en el caso del psicólogo, las calificaciones fueron muy heterogéneas. Cuatro categorías (doctor, ayuda, estudioso y maestro) se calificaron como positivas, cuatro como neutras (profesionista, medicamentos, mente y psicología) y sólo dos como negativas (loquero y loco) (tabla 13 y gráfica 9).

Red general

Por último, en la gráfica 10 se muestran, en forma de red compleja, las interrelaciones entre las redes semánticas de los nueve conceptos investigados; las líneas 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 psi-

GRAFICA 8

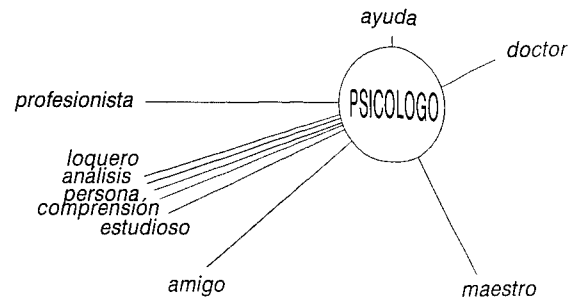


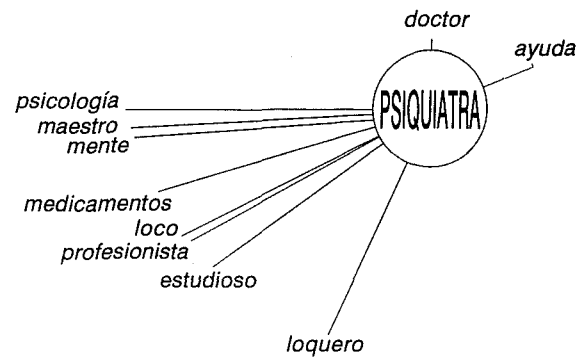
TABLA 13
Psiquiatra¹

Categorías	VMT ²	FMG ³	G ⁴
Doctor	+ 847	100.0%	
Ayuda	+ 664	78.4%	183
Loquero	- 297	35.1%	367
Estudioso	+ 216	25.5%	81
Profesionista	n 197	23.3%	19
Loco	- 191	22.6%	6
Medicamentos	n 165	19.5%	26
Mente	n 134	15.8%	31
Maestro	+ 133	15.7%	1
Psicología	n 122	14.4%	11
JC = 104			G = 80.56

- 1 Conjunto de las diez definidoras con VMT más elevado.
- 2 Valor M total obtenido por cada definidora.
- 3 Distancia semántica entre las palabras definidoras
- 4 Densidad de la red.

quiatra, 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 se le considera como maestro y consejero, en tanto que al segundo se le relaciona con enfermos y medicinas.

GRAFICA 9

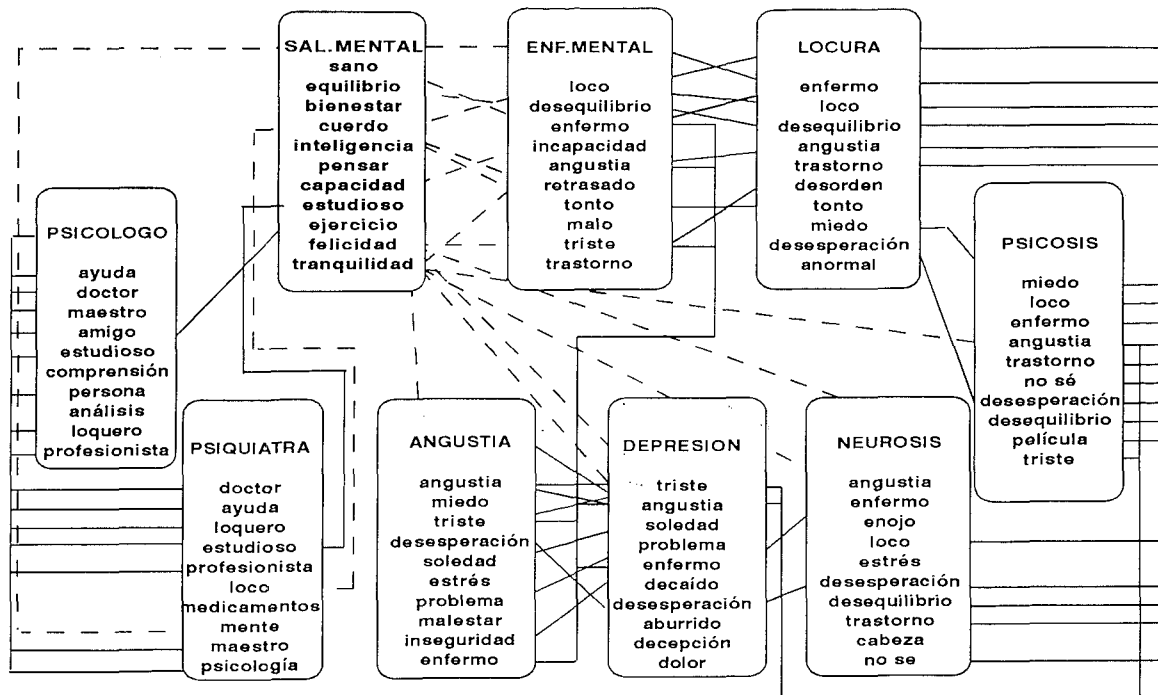


Discusión

Los resultados obtenidos permitieron un acercamiento al significado psicológico de los conceptos estudiados y constituyen una aproximación a la representación de la información en la memoria y a la representación social de la salud y la enfermedad mentales, en los grupos abordados.

Aun cuando se obtuvo una representación específica para cada uno de los conceptos, resulta evidente

GRAFICA 10



que existe una mayor o menor relación entre ellos, la cual permite abordar el panorama de la salud y la enfermedad mentales de manera general y por bloques de conceptos.

Salud y enfermedades mentales

Las principales clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales: DSM-III-R (1) y CIE-10 (27), no incluyen ninguna definición genérica de lo que podría considerarse como ausencia de enfermedad mental, esto es, la salud mental, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud define a la salud mental como un "proceso sujeto a fluctuaciones debido a los factores biológicos, psicológicos, sociales, axiológicos y ecológicos que capacitan a la persona para satisfacer sus necesidades institivas, que son potencialmente conflictivas, en armonía con su medio ambiente, también para establecer, mantener e integrar vínculos amorosos, para ejercer el propio liderazgo y para participar activamente en los cambios constructivos de sí mismo y de su entorno físico y social" (20).

De acuerdo con un glosario de terminología psiquiátrica, salud mental es "un estado de bienestar emocional en el que la persona es capaz de funcionar confortablemente dentro de su sociedad y en el que sus características y alcances personales le son satisfactorios" (16). Sin embargo y en la práctica, los profesionales dedicados a este campo utilizan el término "salud mental" en referencia, en última instancia, al tratamiento y la rehabilitación de los enfermos mentales (4). De aquí la estrecha relación entre ambos conceptos, que a pesar de ser tan generales y, en cierto sentido, abstractos, resultaron ser bastante claros y bien comprendidos por los sujetos investigados.

Una comparación de las redes de estos conceptos, salud y enfermedad mental, permite encontrar pares de antónimos en una gran parte de las categorías definidoras: sano-enfermo, cuerdo-loco, equilibrio-desequilibrio, inteligente-tonto, capacidad-incapacidad, felicidad-tristeza, tranquilidad-angustia, inteligencia-retrasado. La asociación fundamental de la salud mental con la salud en general, que constituyó la principal categoría definidora, coincide con la opinión de los especialistas; De la Fuente (4) afirma que "la salud mental de los habitantes de un país no es algo aparte de su salud general. Ambas dependen de condiciones de la sociedad...". Como puede apreciarse, la representación psicológica de estos dos conceptos opuestos es bastante clara. Cabría poner atención, sin embargo, en su asociación con los conceptos inteligente-tonto, que como es sabido, no corresponden necesariamente a los estados de salud mental-enfermedad mental, y contribuyen a favorecer la estigmatización del enfermo mental.

Locura y enfermedad mental

De acuerdo con el DSM-III-R (1) un trastorno mental es "un síndrome o un patrón psicológico o conductual clínicamente significativo, que aparece en un individuo y se encuentra asociado de forma típica con un sin-

toma perturbador (distrés), deterioro en una o más áreas principales de actividad (incapacidad) o con un riesgo significativamente mayor de padecer dolor, incapacidad, pérdida de libertad o muerte."

La locura, por su parte, es un término definitivamente excluido de las clasificaciones internacionales y de los textos científicos especializados, sin embargo, es un concepto de amplio manejo popular y claramente relacionado con la enfermedad mental. En la presente investigación la locura es un concepto familiar desde la primaria, que ya la utiliza para definir a la enfermedad mental, y permanece como fundamental en todos los grupos estudiados.

Se confirma la estrecha interrelación entre la enfermedad mental y la locura en la representación social de ambos conceptos, al encontrar que presentan múltiples definidoras en común: loco, desequilibrio, enfermo, angustia, tonto y trastorno. La mayoría de las categorías que integran la red semántica completa de la locura también aparecen en la de la enfermedad mental, sólo que son ubicadas a mayor distancia semántica del núcleo del concepto. La demencia, clásicamente definida como un debilitamiento psíquico profundo, global y progresivo, que altera las funciones intelectuales basales y desintegra las conductas sociales (10), se incluyó en la categoría conceptual denominado loco.

Es patente que hay claridad en la representación psicológica de la locura; el aspecto que cabría destacar en la indiferenciación entre ésta y la enfermedad mental, ya que es la base fundamental de la estigmatización del enfermo mental. Como pudo observarse, la carga negativa de definidoras como asesino, crimen, degenerado, peligroso, violencia, etc., extienden su alcance a la representación de la enfermedad mental en general, y con ello, la consecuente estigmatización que puede ser la base para comprender las actitudes y conductas negativas hacia todo lo relacionado con la enfermedad mental.

Neurosis y psicosis

El CIE-9 advierte que la distinción entre neurosis y psicosis es difícil y sigue siendo materia debatible; en la introducción del CIE-10 se establece que "la distinción tradicional entre neurosis y psicosis que se mantuvo hasta la CIE-9 (aunque deliberadamente sin intentar definir ambos conceptos) ya no se mantiene en la CIE-10, sin embargo, el término neurótico persiste para un uso ocasional, en vista de su extendido uso" (27). Esta misma clasificación define a la neurosis como "un trastorno mental, sin base orgánica demostrable, en el cual el paciente puede tener una introspección considerable y una apreciación de la realidad no alterada... El comportamiento puede estar afectado en extremo, aunque por lo común permanece dentro de límites socialmente aceptables, pero la personalidad no está desorganizada. Sus manifestaciones principales son: ansiedad excesiva, síntomas histéricos, fobias, síntomas obsesivos-compulsivos y depresión".

Respecto a la psicosis, el CIE-9 la define como "trastorno mental en el cual el menoscabo de la fun-

ción mental ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o para mantener un contacto adecuado con la realidad", aunque en la versión más reciente, el CIE-10, establece que "el concepto se usa simplemente para indicar la presencia de alucinaciones, de ideas delirantes o de un número limitado de comportamientos claramente anormales..." (27). Por otra parte, de acuerdo con el DSM-III-R, la psicosis conlleva "una alteración grave en el juicio de la realidad y creación de una nueva realidad". En la explicación del concepto se utilizan términos como ideas delirantes, alucinaciones, conducta desorganizada, lenguaje incoherente sin aparente conciencia de su ininteligibilidad, conducta agitada, dispersa y desorientada (1).

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.

Depresión y angustia

De acuerdo con el DSM-III-R, los diversos trastornos mentales relacionados con la angustia se caracterizan por tener como síntoma predominante la ansiedad, la que es definida como "aprensión, tensión o inquietud derivada a la anticipación de un peligro, interno o externo" (1). Sus manifestaciones son iguales a las generadas por el miedo, del que se distingue por el hecho de que la primera se limita a anticipar un peligro de naturaleza no aclarada, en tanto que el segundo aparece como respuesta de un peligro o amenaza externa habitual conscientemente reconocible. La angustia consiste en un estado de intensa aprensión, miedo o pánico.

Según la CIE-9, es frecuente que la depresión se manifieste por ansiedad. El CIE-10 (27) utiliza como sinónimos ansiedad y angustia (corresponden al inglés *anxiety*), aunque en la mayoría de los casos utilizan ansiedad, por considerar que en medicina es el término que se maneja con más frecuencia. La depresión, término genérico que de acuerdo a las clasificaciones científicas corresponde a diversos síndromes más específicos, se describe en el DSM-III-R por su sintomatología esencial que incluye un estado de ánimo deprimido o irritable, pérdida de interés o placer en todas las actividades, alteración del apetito y del sueño y disminución de energía, entre otros.

Estos dos trastornos de la afectividad o del humor, la depresión y la angustia, parecen ser bastante comprendidos en congruencia con las anteriores definiciones, y fueron ampliamente descritos 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.

Psicólogo y psiquiatra

Por último, en cuanto al psicólogo y el 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.

En términos generales, los resultados 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 momento en que empieza a formarse el sistema de actitudes hacia la salud y la enfermedad mentales, 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 de ideas. 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 los niveles de educación superior.

Micklin y León (26), 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 conocimientos 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.

A partir de los resultados obtenidos, se observa claramente que hay ciertas categorías semánticas que se presentan de manera consistente, independientemente de la edad, el sexo y el nivel escolar, lo que permite afirmar, en concordancia con los hallazgos de

Valdez (36,37), que existe una manera particular de aprehender la realidad, de concebirla, entenderla y explicarla, la cual debe ser un producto puramente cultural, como ha sido planteado por Díaz Guerrero (7).

En relación con las variables género y escolaridad, a nivel cuantitativo se encontró 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 será una variable importante en relación con los conceptos estudiados. La escolaridad en cambio, sí se asoció con diferencias significativas entre los grupos en todos los conceptos. 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 (3,19,22,37).

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. Estos 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.

Valdez (38) afirma que gracias a la técnica de las redes semánticas, es posible elaborar instrumentos de medición específicos a partir de la información generada por los propios sujetos, y no basándose sola-

mente en la información propuesta por los investigadores, que en un momento dado, puede ser más limitada o estar sesgada.

Adicionalmente, afirma que la técnica puede ser útil también para determinar el nivel de desinformación que tiene la gente común acerca de un área específica de información especializada.

Sherman (34) afirma que el estudio de la cognición social es básico para comprender los procesos de formación y mantenimiento o modificación de estereotipos y actitudes; es importante destacar que en 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.

Ahora bien, cabe anotar que el número de sujetos investigados no es lo suficientemente extenso como para permitir hacer una generalización de los resultados, sin embargo, se considera que los datos obtenidos constituyen una base limitada pero importante que puede utilizarse como punto de partida para posteriores investigaciones. Así mismo esta información puede ser indicativa de posibles pautas de comportamiento de los sujetos.

La información obtenida en torno a la representación psicológica y social de la salud y la enfermedad mentales puede ser de utilidad en relación con la planeación de los servicios de salud mental y la promoción de su óptima utilización (23). Así mismo, puede constituir un apoyo para el desarrollo de la investigación en epidemiología psiquiátrica, que aún es escasa en América Latina (28), y para el diseño de instrumentos más adecuados para estudiar las creencias, actitudes y necesidades de información y educación de la población.

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson SA. España, 1988.
2. BRACHMAN R V: What's in a concept: Structural foundations for semantic networks. *International Journal of Man-Machine Studies*, 9:127-152, 1979.
3. CLARK A, BINKS N: Relations of age and education to attitudes towards mental illness. *Psychological Reports*, 19:649-650, 1966.
4. DE LA FUENTE R: La salud mental en México. *Salud Mental*, 1(1):4-13, 1977.
5. DE LA FUENTE R: Acerca de la Salud Mental en México. *Salud Mental*, 5(3):22-31, 1982.
6. DE LA FUENTE J R: Enseñanza e investigación en salud mental en América Latina: prioridades e implementación. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 31:269-273, 1985.
7. DIAZ-GUERRERO R: *Psicología del Mexicano*. Ed. Trillas. México, 1982.
8. EKER D: University students toward mental patients in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23:264-266, 1988.
9. 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.
10. EY H, BERNARD P, BRISSET CH: *Tratado de psiquiatria*, 8a. ed. Mason Editores, México, 1986.
11. FIGUEROA K G, GONZALEZ E G, SOLIS V M: An approach to the problem of meaning: Semantic networks. *Journal of Psycholinguistics Research*, 5:107-115, 1976.
12. FIGUEROA J G: *Sobre la teoría general de las redes semánticas*. Trabajo inédito, 1980a.

13. FIGUEROA J G, CARRASCO M: Comparación de redes semánticas entre estudiantes ingleses y mexicanos. IV Encuesta Nacional de Estudiantes de Psicología, Guadalajara, México, 1980b.
14. FIGUEROA J G, GONZALEZ E G, SOLIS V M: Una aproximación al problema del significado: las redes semánticas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13(3):447-458, 1981.
15. FIGUEROA J G, CARRASCO M, SARMIENTO C, BRAVO P, ACOSTA M: La teoría de redes semánticas en el estudio del proceso enseñanza-aprendizaje de las matemáticas. II Seminario Costa Rica-México sobre la Enseñanza de las Matemáticas. Taxco, Guerrero, México, 1982.
16. FREEDMAN A M, KAPLAN H I, SADOCK B J: *Comprehensive textbook of psychiatry/II*, Williams and Wilkins Co, EUA, 1975.
17. GUTIERREZ J H, BARILAR E: Morbilidad psiquiátrica en el primer nivel de atención de la ciudad de México. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 101(6):648-658, 1986.
18. HOLLINSHEAD A, REDLICH F C: *Social class and mental illness: A community study*. John Wiley and sons inc, Nueva York, 1985.
19. INSUA A: Actitud hacia el enfermo mental en grupos sociales con diferente nivel de instrucción. *Psicología Médica*, 3:319-329, 1964.
20. LARTIGUE M T: Una aproximación al diagnóstico del estado actual de la Salud Mental en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 1(1):27-41, 1985.
21. LARTIGUE M T, VIVES J: Panorama de la Salud Mental en México. *Umbral XXI*, 2:40-44, 1990.
22. LEHTINEN V, VÄISÄNEN E: Social-demographic aspects in the attitudes towards mental illness in Finnish population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 55:287-298, 1977.
23. LEVAV I: Adecuando los recursos. *Salud Mental*, 12(2):66, 1989.
24. LOO C, TONG B, TRUE R: A bitter bean: Mental health status and attitudes in Chinatown. *Journal of Community Psychology*, 17:283-296, 1989.
25. MCWILLIAMS S A, MORRIS L A: Community attitudes about mental health services. *Community Mental Health Journal*, 10(2):236-242, 1974.
26. MICKLIN M, LEON C A: Cultural bases of images of causation in psychological disorder. A Colombian survey. *International Journal of Social Psychiatry*, 24(2):79-94, 1978.
27. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE-10 Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Meditor, España, 1992.
28. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: *Epidemiología psiquiátrica en América Latina (1965-1988)*. Reseñas bibliográficas I, Publicación No. 15 OPS y Fundación Acta, 1990.
29. OSGOOD C E, SUCI G J, TANNENBAUM P H: *The Measurement of Meaning*. The University of Illinois Press, USA, 1971.
30. PARRA F: Perception of mental illness in Mexico: A descriptive study in the city of Chihuahua. *International Journal of Social Psychiatry*, 33(4):270-276, 1987.
31. QUILLAN M: Semantic memory. En: Minsky M (Ed). *Semantic Information Processing*. MIT Cambridge, Mass, 1968.
32. REETZ M, SHERBERG K M: Fifth and sixth graders' attitudes toward mental health issues. *Journal of Community Psychology*, 13:393-401, 1985.
33. RUIZ R H: Acerca de los conceptos de salud y enfermedad. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 22:267-276, 1976.
34. SHERMAN S J, JUDD C M, PARK B: Social cognition. *Annual Review of Psychology*, 40:281-326, 1989.
35. SZALAY L, BRYSON A: Psychological meaning: Comparative analysis and theoretical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30(6):860-870, 1974.
36. VALDEZ J L, HERNANDEZ A E: Padre, madre, dios y virgen: redes semánticas. Convergencias conceptuales. Tesis profesional. UNAM, México, 1986.
37. VALDEZ J L, MARTINEZ V R: 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.
38. VALDEZ J L: Las categorías semánticas, usos y aplicaciones en psicología social. Tesis de Maestría. UNAM, México, 1991.

**Respuestas de la sección
AVANCES DE LA PSIQUIATRIA
Autoevaluación**

1. B
2. E
3. A
4. B
5. B
6. D
7. B
8. D
9. C
10. B
11. C
12. B
13. C
14. C
15. E