

Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana

Sarah Moll León¹

Pontificia Universidad Católica del Perú

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

Palabras clave: representaciones, salud mental, representaciones de la salud mental, trabajadores de la salud mental, instituciones especializadas en salud mental.

Mental Health representations in workers of two specialized institutions of Lima City

The exploratory study aims to explore mental health representations in workers of two specialized institutions, through qualitative methodology. A total of ten members of two specialized institutions were selected, five from each, who comprise the interdisciplinary team in the area: A psychiatrist, a psychologist, a nurse, a nursing technician and a social worker. A semi-structured interview was developed to access the speech of the workers. Results show the representational world of the workers, their general conceptions about mental health, the factors that promote or interfere with it, as well as the reactions that a person that suffers mental illness generates, as well as expectations of improvement.

Keywords: representations, mental health, representations of mental health, mental health workers, specialized mental health institutions.

¹ Magíster en Psicología Comunitaria y licenciada en Psicología Clínica por la PUCP. Docente del Departamento de Psicología y de la Escuela de Posgrado de la PUCP. Correo postal: Av. Universitaria 1801, San Miguel, Lima, Perú; Correo electrónico: sarah.moll@pucp.edu.pe

Los trabajadores de la salud mental se orientan a comprender la naturaleza de la enfermedad mental y facilitar los tratamientos pertinentes con miras a la superación de la misma. Sin embargo, su actividad no se restringe al diagnóstico, atención y rehabilitación, sino que deberían abarcar también la promoción de la salud mental y los estilos de vida saludables, para lograr un abordaje integral de la salud. En los últimos años, los gastos en salud han disminuido como porcentaje del presupuesto nacional y como porcentaje del PIB. Los gastos anuales peruanos están también por debajo del promedio de los presupuestos de salud para otros países de la región. Solo el 3% del presupuesto del Ministerio de Salud se destina a la atención en salud mental y la mayoría se usa solo en los tres centros psiquiátricos que existen en Lima. Muy pocos o ninguno de los peruanos con enfermedad mentales tienen acceso a los servicios de salud y al apoyo garantizado a través de las leyes peruanas y las obligaciones de los tratados internacionales (Mental Disability Rights International, 2004).

Asimismo, la enfermedad mental supone un estigma el cual influye de forma negativa en la búsqueda de atención, interfiriendo también en el acceso al tratamiento y cumplimiento de las prescripciones médicas (Pedersen, 2003). Esto se podría explicar porque este estigma psiquiátrico se extiende a la institución encargada de su tratamiento y rehabilitación y por ende, a los trabajadores que allí se desempeñan. No obstante, el estigma está también presente en los profesionales de la salud mental, quienes a pesar de su interacción y contacto con población afectada, presentan esta imagen estigmatizada de la enfermedad mental. Los profesionales tienden a distanciarse de ellos, creándose una división artificial entre los de adentro —personal de salud— y los de fuera —personas con enfermedades mentales—, que marcará un matiz en la relación médico-paciente.

Representaciones sociales

La representación social es un *corpus* organizado de conocimientos (valores, ideas, prácticas) que permite entender la realidad física y social e integrarse a una relación de intercambios (Mora, 1999). La representación social tiene dos funciones básicas: establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo y dominarlo; y hacer posible la comunicación entre los miembros de una comunidad a través de un código para, nombrar, clasificar e intercambiar sin ambigüedades los diversos sucesos del mundo (Jodelet, 1984). Para comprenderlas es fundamental considerar la relación bidireccional entre las condiciones históricas, culturales y macrosociales y el rol activo del individuo en la construcción del conocimiento (Deaux y Philogène, 2001). En este contexto, formular un concepto sintético del constructo de representaciones sociales resulta complicado. Ello debido a la complejidad de las relaciones que entran en juego en la definición teórica y porque su análisis considera elementos como el lenguaje, la comunicación y los procesos afectivos y sociales (Castorina, 2003). Así, las particularidades de la categoría de representaciones sociales apuntan hacia un conjunto de procesos y fenómenos, más que a objetos bien diferenciados o definidos (Knapp, 2003).

En cuanto al contenido de las representaciones, se utilizarán los aportes de Jodelet (1984), quien afirma que las representaciones están compuestas por un conjunto de actitudes, creencias, imágenes e informaciones, las cuales se organizan en tres dimensiones -actitud, información y campo representacional- (Jodelet, 1984) que se entrelazan entre sí y que son analizadas por separado con fines didácticos y empíricos. La actitud es la orientación global, positiva o negativa hacia el objeto social representado y que guía la evaluación, los elementos afectivos y las valoraciones en relación con dicho objeto. Podemos representarnos un objeto después de haber tomado una posición, la cual orienta nuestras conductas, pero también es posible, de forma inversa, representarnos primero el objeto y luego posicionarnos con respecto a él. Por otro lado, la información es la organización o suma

de conocimientos sobre el objeto de naturaleza social. Los medios de acceso a la información y las características de los intereses colectivos determinan las pautas de selección, así como la cantidad y calidad de la información disponible. Esta dimensión conduce a la riqueza de datos o explicaciones que sobre la realidad se forman los individuos en sus relaciones cotidianas.

El campo de representación expresa la organización jerarquizada de los elementos que configuran el contenido de la representación. Se establecen a partir de las cualidades de las unidades aprendidas (cualitativas, imaginativas), que en su conjunto conforman un nuevo nivel de organización: una red de elementos tejidos por combinaciones de unas y otras. Asimismo, es importante mencionar que las representaciones sociales se forman a través de dos procesos: la objetivación y el anclaje. A través de la función de la objetivación, se materializa el conjunto de conocimientos y significados acerca de los objetos y se establecen relaciones entre los conceptos e imágenes, palabras y cosas (Jodelet, 1984). Así, la suma de elementos descontextualizados se transforma en una imagen consistente (Moscovici, 1979, citado en Kudó, 2001). Tanto Jodelet (1984), como Hezlich (1979) y Banchs (1984), referidos en Mora (2002), señalan que la importancia del proceso de objetivación reside en que pone a disposición del público una imagen o esquema concreto: un conocimiento personal no científico, a partir de un ente abstracto o poco tangible.

El anclaje por su parte, permite la integración de lo nuevo en un pensamiento ya constituido, donde lo no familiar o remoto es asimilado dentro de categorías ya existentes (Castorina, 2003). En este sentido, el anclaje hace que la representación social se integre al marco de referencia de la colectividad y se convierta en un instrumento útil para interpretar la realidad y actuar sobre ella (Moscovici, 1979, citado en Mora, 2002). Al insertarse el esquema objetivado dentro de una red de significaciones, la representación social adquiere una funcionalidad reguladora de la interacción social, pues el objeto reelaborado en representación social, se energiza en las relaciones intergrupales y en las representaciones preexistentes, modificándolas (Jodelet, 1984).

Representaciones sobre la salud mental

En la actualidad, la salud es definida como “el estado de completo bienestar físico, mental y social” (Rodríguez, 1995, p. 16), reconociéndose como componentes de la salud, dos áreas relevantes del ser humano: la psicológica y la social, que sumadas a la biológica, configuran una aproximación integral a la salud. Ello da lugar al “modelo biopsicosocial”, en el cual el conjunto de los factores biológicos, psicológicos y sociales determinan los procesos de sanar y enfermar (Simón, 1999). Así, desde las alteraciones celulares y desbalances bioquímicos, pasando por el estado emocional del paciente y su expectativa de mejoría, hasta la presencia de soporte social y el acceso a servicios especializados, interactúan en el proceso de salud-enfermedad dotándolo así de un carácter multifactorial. El enfoque biomédico por su parte, entiende la salud de forma negativa, como la ausencia de enfermedad, incapacidad o invalidez (Rodríguez, 1995) y la enfermedad como una alteración fisiológica manifestada por disfunciones en los parámetros normales (Simón, 1999). Por ello, el modelo biomédico exhibe una postura reduccionista, al no considerar que detrás del proceso de enfermar, existe una persona, cuya reacción emocional y formas de afrontamiento (personal, familiar, social), van a influir en el curso y evolución de su enfermedad (Amigo, 2003).

Tanto el modelo biopsicosocial como el biomédico permiten explicar la formación de las representaciones, en la medida en que ambos son sistemas ideológicos que van a influir en la manera que tienen las personas de concebir la salud y la enfermedad, así como en los modos de comportarse frente a ellas (Rodríguez, 1995). Por tanto, las representaciones de la salud y enfermedad son construidas socialmente y moduladas por el contexto social (Morant, 2006), el cual presta mayor atención a ciertos elementos de salud e ignora otros, interpreta y evalúa los síntomas de enfermedad, así como las características saludables y reacciona de forma particular frente a dichos síntomas y características. De la misma manera en que el modelo biomédico —visión dicotómica de la salud— evolucionó hacia el modelo biopsicosocial —aproxima-

ción integral a la salud—, el concepto de salud mental transitó desde la noción de locura o enfermedad psiquiátrica, hacia la de la salud mental integral. Ello implicó igualmente una transición desde una práctica de asilo y asistencia para las personas que sufren enfermedades mentales, hacia planteamientos que alientan la “despsiquiatrización” y “desmanicomialización”. En este nuevo escenario, el énfasis está puesto en la prevención de la enfermedad y en la promoción de estilos de vida saludables, considerando estrategias de autocuidado y de participación activa en la comunidad (Ministerio de Salud, 2004).

En este contexto y de acuerdo a Nieto-Munuera (2004), la salud mental es entendida como “[...] el estado dinámico de bienestar subjetivo, en permanente búsqueda de equilibrio que surge de las dimensiones biopsicosociales [...] y que se expresa en todas las esferas de la conducta de la persona (comportamientos, actitudes, afectos, cogniciones y valores) (p.27). El estudio de la salud mental y sus representaciones en los trabajadores de la salud mental, resulta fundamental en la medida en que estas representaciones van a ejercer influencia en una variedad de comportamientos relacionados con la salud y los estilos de vida saludables, las formas de afrontar la enfermedad, controlarla, experimentarla, comprenderla y juzgarla (Álvarez, 2006). Así, aproximarnos a la forma como ellos aprehenden dichos conceptos es clave, asumiendo que ello va a influir en su actividad laboral así como en las dinámicas relacionales que establezcan con sus pacientes. En este contexto, el objetivo de esta investigación es explorar las representaciones de la salud mental de los trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana. De forma específica, el estudio pretende explorar cómo conciben la salud mental, los factores que favorecen o interfieren su desarrollo, cómo se representan las consecuencias de la enfermedad mental y cómo se representan las nociones de mejoría y cura.

Método

Participantes

En el estudio participaron diez trabajadores de ambos sexos, que se desempeñan en el ámbito de la salud mental y que provienen de dos instituciones especializadas. Sobre la base de la práctica clínica, cada institución se desempeña en un área específica: Consulta Externa Adultos (CEA) y Salud Mental Comunitaria (SMC). Para cada una, se eligió un grupo de cinco integrantes —psiquiatra, psicólogo, enfermera, técnica de enfermería y asistente social—, quienes conforman el equipo interdisciplinario en ambas instituciones. En el Anexo A se presenta información detallada sobre las características sociodemográficas de los participantes.

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

Medidas e instrumentos de medida

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

Entrevista semiestructurada. Este instrumento busca captar, a través de la narración y el discurso, la concepción que los trabajadores tienen con respecto a la salud mental, haciendo posible que den cuenta de dichas representaciones en sus propias palabras, definiciones o expresiones (Hernández, Fernández y Baptista 1998). La guía de temas planteada en la entrevista permite que los trabajadores se expresen con libertad, sin respuestas prefijadas por el investigador. Además, esta entrevista es flexible permitiendo que el investigador introduzca preguntas adicionales orientadas a precisar conceptos u obtener mayor información (Hernández, Fernández y Baptista 1998). Se construyó una entrevista orientada a la exploración de la naturaleza de la salud mental, dentro de la cual se indagan diversas sub-áreas —concepciones generales de la salud mental, factores que favorecen o interfieren en ella, consecuencias de la enfermedad mental y expectativas de mejoría— que constituyen temas específicos y relevantes en materia del presente estudio. Estas líneas de investigación, cuentan con definiciones operacionales que clarifican la intención de las preguntas en base a los objetivos del estudio como podemos ver a continuación: (a) Concepciones generales de la salud mental, que explora los conceptos generales que poseen los trabajadores tanto en relación a la salud mental como a la enfermedad mental; (b) Factores que favorecen o interfieren en la salud mental, que explora las representaciones acerca de las variables que podrían favorecer o dificultar el desarrollo y sostenimiento de la salud mental en una persona; (c) Consecuencias de la enfermedad mental, que explora las representaciones acerca de las repercusiones que la enfermedad mental tiene en la vida de la persona que la padece; y (d) Expectativas de mejoría, que da cuenta del pronóstico en torno a la enfermedad mental y las posibilidades de superarla.

Procedimiento

Inicialmente, se estableció contacto con dos instituciones especializadas en salud mental de Lima Metropolitana, solicitando autorización para llevar a cabo el estudio a la Dirección General y a la

Unidad de Docencia e Investigación de ambas instituciones. Se entregó un documento que exponía los lineamientos generales del estudio: breve resumen del marco teórico, objetivos generales y específicos y propuesta metodológica. Seguidamente, se identificaron las distintas especialidades de los trabajadores de ambas instituciones (psiquiatría, psicología, enfermería, enfermería técnica y asistencia social) y luego se procedió a elegir a un integrante de cada agrupación. Dicha elección se realizó teniendo en cuenta la intención de participación y la disponibilidad de tiempo. Antes de iniciar la entrevista, se entregó a los participantes un consentimiento informado en el que se expone el propósito de la investigación y el instrumento a utilizar, solicitando su aprobación para ser grabados en audio, luego de garantizar la confidencialidad de la información expuesta. Finalmente, se procedió a la realización y simultánea grabación de las entrevistas, las mismas que tuvieron una duración que oscilaba entre los 45 y 60 minutos. Cada una de las entrevistas fue transcrita y sometida a un análisis de contenido, que permitió crear categorías de sentido relevantes que respondan a los objetivos del estudio.

Resultados

Pese a que el marco de referencia de esta investigación postula que las representaciones son un sistema organizado e integrado de conocimientos, con el fin de dar cuenta de los resultados obtenidos, la información de las entrevistas ha sido organizada en categorías diferenciadas de contenido. Dichas categorías configuran la estructura que guiará la narrativa de presentación de los resultados. Las definiciones de cada una de ellas se encuentran en el Anexo B.

Naturaleza de la salud mental

Dentro de las concepciones generales de la salud mental, se encuentran tanto las que aluden propiamente a la salud mental como las referidas a la enfermedad mental. Podemos decir que los trabajadores

tienden a aproximarse a dichos conceptos refiriendo a nociones generales, para luego aludir a las manifestaciones específicas observables tanto en una persona saludable como en la que sufre una enfermedad mental. En cuanto al concepto de salud mental, los entrevistados verbalizan la complejidad que implica aproximarse a dicho concepto, presentando un discurso ambiguo, confuso e impreciso, lo cual evidencia que el concepto de salud mental no se encuentra totalmente delimitado en términos de una definición teórica. Con relación a las nociones generales de la salud mental, los participantes mencionan las ideas de: (1) Equilibrio y (2) Bienestar general.

A partir del discurso de los participantes, se pueden inferir las manifestaciones específicas de la salud mental: (1) Imagen positiva e integrada de sí mismo, (2) Relaciones sociales positivas, (3) Recursos de afrontamiento, (4) Estabilidad emocional y (5) Capacidad de protegerse y generarse espacios libres de conflicto. Es interesante resaltar la auto-referencia en el discurso de los trabajadores cuando hablan de la salud mental. Al parecer ellos se identificarían con los “saludables mentalmente”, trazando así una línea divisoria con los “enfermos mentales”, quienes serían concebidos como personas a las cuales hay que guiar y asistir. Las manifestaciones específicas de la salud mental, fueron referidas principalmente por los trabajadores de la institución 1. Esto puede deberse a que ellos se desempeñan en el área de “Consulta Externa” donde el análisis de las características y recursos personales resulta clave. Por otro lado, los trabajadores del área de “Salud Mental Comunitaria”, conciben a la persona dentro de un contexto, resaltando aquellas características del entorno que pueden contribuir positivamente con su salud mental y en términos más generales, con su bienestar general. La viñeta siguiente refleja la labor de proyección comunitaria de los trabajadores de la institución 2.

[...] si bien es cierto que esta [la salud mental] es una experiencia personal, sin embargo, el ser humano no está solo [...] Entonces esa búsqueda de bienestar de todos [...] de tal manera que las personas luego no se quede solo con la actitud, sino también tiene que ver con las prácticas, las acciones que realiza. El hecho que se movilicen,

el hecho de que busquen ayuda, el hecho de que satisfagan las necesidades de los otros, pero también busquen que otras personas se integren [...] en este desarrollo (Psicóloga, Institución 2, SMC).

En lo que respecta a la enfermedad mental, al igual que lo referido anteriormente para la salud mental, los participantes se aproximan a dicho concepto aludiendo a nociones generales que lo definen como: (1) Una enfermedad como cualquier otra, (2) Desequilibrio/ alteración, (3) Locura y (4) Sensación de malestar general. Los participantes consideran que un individuo que sufre una enfermedad mental es percibido como “loco”, “peligroso”, “agresivo”, “dependiente” e “incapaz”. Esta concepción podría resultar condenatoria para quienes sufren enfermedades mentales, sobre todo si proviene del personal del cual depende su tratamiento.

Enfermedad mental como ostracismo [...]. Como apartado, separado, apestado y eso lo podemos constatar incluso dentro de nosotros también. Esa marginación, como en los tiempos antiguos, que la gente que tenía lepra tenía que andar aparte, osea bien separados. Igual estamos en este siglo [...]. (Psicóloga, Institución 2, SMC).

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

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

En relación a las manifestaciones específicas observables en las personas con enfermedad mental se encuentran: (1) Productividad académica y laboral afectada, (2) Autoestima baja, (3) Tristeza y frustración, (4) Dolor existencial, (5) Ausencia de motivación o placer,

(6) Aislamiento, (7) Síntomas positivos, (8) Síntomas negativos, (9) Incapacidad de realizar actividades cotidianas y (10) Dependencia absoluta. En general, existe una tendencia a priorizar la presentación de sintomatología como característica definitoria de la enfermedad mental: “La enfermedad es sinónimo de síntomas” (Asistente Social, Institución 2, SMC). La sintomatología referida en el discurso de los participantes, nos harían pensar que su representación de enfermedad mental alude a trastornos psicóticos de naturaleza crónica y deteriorante.

Factores que favorecen o interfieren en la salud mental

Los factores han sido clasificados en personales y ambientales, aludiendo a características de la persona y condiciones del entorno respectivamente, que contribuyen con el mantenimiento y conservación de la salud mental. Los factores internos, referidos por las psicólogas de ambas instituciones, enfatizan en los recursos personales para enfrentar las adversidades o revertir los problemas: (1) Flexibilidad, (2) Planeación de modo realista, (3) Motivación por el aprendizaje y (4) Perseverancia. En cuanto a los factores ambientales que favorecen la salud mental los participantes señalan principalmente a la familia como un espacio capaz de brindar afecto y dedicación, así como oportunidades de desarrollo a distintos niveles. Ello en un contexto de comunicación fluida, donde los padres son modelos a seguir, haciendo que sus hijos participen en sus vidas, impartiendo la autoridad de modo flexible y reconociendo sus errores. Por otro lado, los factores que interfieren en la salud mental son: (1) Estrés durante la gestación y desarrollo de virus, (2) Predisposición genética, (3) Alimentación, (4) Muerte de personas significativas, (5) Estilo de crianza rígida, (6) Falta de afecto y aceptación, (7) Familia disfuncional, (8) Entorno desfavorable, (9) Situación de pobreza.

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

hijos que integran dicha familia. Es importante mencionar que estos factores interactúan entre sí de forma particular, combinándose y aportando cada uno su cuota, sentando así las bases para el surgimiento de la enfermedad mental. En general, el discurso de los trabajadores evidencia que no existe un único factor que desencadena la enfermedad mental, sino que es la “combinación perversa” (Enfermera, Institución 2, SMC) entre varios de ellos, los que darían origen al trastorno.

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

Reacciones que genera la persona que sufre una enfermedad mental

Se analizarán las reacciones que genera una persona que padece una enfermedad mental en aquellos que forman parte de su entorno: desde los integrantes de la familia y las amistades, hasta la comunidad y la sociedad en general. En cuanto al aspecto emocional, la narración de los participantes muestra que las personas experimentan emociones y sentimientos a partir de la interacción con una persona que sufre una enfermedad mental, experimentando tristeza o pena, miedo, vergüenza, impotencia o frustración. Es importante mencionar, cómo el trabajador de salud mental, al personalizar su discurso, hace emerger el prejuicio, el mismo que lo lleva a experimentar sensaciones de temor e inseguridad. Dichos sentimientos van a enmarcar la relación médico-paciente, influyendo no solo en la percepción de los trabajadores con respecto a la persona que sufre una enfermedad mental, sino también en la forma en los trabajadores se aproximarán a ella.

[...] al menos en mi caso, no estaría tranquila, siempre estaría vigilando a ver qué pasa, y a veces ni dormir tranquila, ¿no?, teniendo

un paciente así. A veces el paciente, no sabes en qué momento va a reaccionar, qué te puede pasar en tu casa... (Técnica de Enfermería, Institución 1, CEA).

Asimismo, los participantes mencionan respuestas conductuales que manifestaría el entorno en el encuentro con una persona que padece una enfermedad mental. Entre ellas se encuentran: alejamiento o evitación, indiferencia o abandono, ocultamiento e invalidación. Resulta razonable, que las respuestas a estos dos niveles (emocional y conductual) se observen al interior de la familia, quien convive con la persona que tiene un trastorno mental e interactúa con ella de forma cotidiana. Sin embargo, esto se torna preocupante considerando que el apoyo familiar juega un rol decisivo en la mejoría y superación de la enfermedad mental.

Expectativas de mejoría

De acuerdo a los participantes, la mejoría es entendida como la capacidad de recuperar una vida “normal”. Ello implica recobrar la productividad a distintos niveles, desde los más básicos a los más integrales, entre los cuales se encuentran: auto valimiento, reaprendizaje de habilidades sociales, integración a la dinámica familiar a partir de tareas básicas, recuperación de la productividad a un nivel recreativo y ocupacional y retorno al funcionamiento pre-mórbido. A lo largo de esta gradiente, los niveles más elementales vinculados al autovalimiento y el reaprendizaje de habilidades sociales, fueron referidos principalmente por enfermeras y técnicas de enfermería. Por otro lado, los niveles más integrales de recuperación del funcionamiento, han sido mencionados por los trabajadores del área de psiquiatría y asistencia social. De acuerdo a los participantes del estudio, existen ciertos factores que van jugar un rol fundamental en la superación progresiva de la enfermedad mental. A partir de su narración, dichos factores han sido agrupados en personales y ambientales. Los primeros aluden a los recursos que la persona logra improvisar en el transcurso de su enfermedad, mientras que los segundos, son los factores positivos vinculados al entorno —cercano y extenso— de la persona que sufre la enfermedad mental.

Los factores personales son: (1) Conciencia de enfermedad, (2) Visión integrada de sí mismo y (3) Búsqueda de ayuda. Ellos han sido principalmente referidos por los profesionales de psicología, lo cual podría relacionarse a su práctica clínica que consiste en identificar los recursos de la persona y cómo ellos van a ser fundamentales en su proceso de recuperación. Por otro lado, en relación a los factores ambientales que podrían facilitar la superación de la enfermedad mental, los trabajadores sugieren: (1) Tratamiento integral e interdisciplinario, (2) Familia, (3) Red de soporte extrafamiliar, (4) Campañas de promoción de salud mental, (5) Educación especializada al paciente y sus familiares, (6) Comunidad preparada, (7) Acceso a servicios, (8) Capacidad de ponerse en el lugar del otro y (9) Apertura de los profesionales para abordar la salud mental de forma integral. Los trabajadores de la institución 1 consideran que son los factores que componen el entorno cercano, los que van a jugar un rol fundamental en la mejoría de la persona que padece una enfermedad mental. Por su parte, el personal de la institución 2, sostienen que son los factores vinculados al trabajo comunitario, los que van a hacer posible el abordaje adecuado del trastorno y facilitar su posterior superación.

Discusión

Al indagar en torno a las representaciones de la salud mental, los participantes del estudio suelen aproximarse a ella a partir de nociones generales que aluden por un lado a la ausencia de enfermedad y por otro, al equilibrio y bienestar. La primera obstaculiza la posibilidad de aproximarse a la salud mental en sí misma, ya que la define por oposición a la enfermedad. El discurso evidencia que la comprensión de la salud está basada aún en categorías binarias, que ubican en un extremo a la salud y en el otro a la enfermedad, siendo difícil concebirlas como parte de un continuo (Mann, Gostin, Gruskin, Brennan, Lazarini & Fineberg, 1999). Ello evidencia la influencia de una ideología arraigada en la tradición biomédica y como esta persiste pese a la existencia

de definiciones de salud más amplias e integrales. Por otro lado, las nociones de equilibrio y bienestar, al referir a estados de armonía y satisfacción, dan cuenta de una visión despatologizante de la salud mental (Velázquez, 2007), que logra una mayor aproximación, conceptualizada ahora en términos de sus características propias y esenciales.

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

En relación a las manifestaciones específicas de la salud mental, los participantes consideran como características relevantes la imagen positiva e integrada de sí mismo, las relaciones sociales positivas, los recursos de afrontamiento, la estabilidad emocional y la capacidad de protegerse y generarse espacios libres de conflicto. Dichas manifestaciones fueron principalmente referidas por los trabajadores de la Institución 1, quienes al desempeñarse en el área de “Consulta Externa”, enfatizan las características y recursos personales, evidenciando con ello un enfoque más individual y circunscrito a la persona.

Por su parte, los trabajadores de la Institución 2, pertenecientes al área de “Salud Mental Comunitaria”, priorizan el contexto el que la persona se inserta, logrando una mayor incorporación de la variable socio-cultural, identificando aquellas características del entorno que favorece el

bienestar y resaltando el proceso dinámico entre el mundo subjetivo y el entorno cultural (Proyecto de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y Aplicación en una Región del Perú, 2006). La perspectiva de los trabajadores de esta área evidencia una mayor integración del concepto de salud mental, en la medida que consideran que tanto la salud como la enfermedad, deben ser entendidas como parte de un contexto y no de forma aislada (Velázquez, 2007). Estos resultados evidencian cómo ante el mismo tema —salud mental—, un cambio en el contexto —Institución 1, Institución 2—, modifica sustancialmente las representaciones de dos grupos de profesionales con perfiles aparentemente similares.

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

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

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

El discurso podría evidenciar un intento de los participantes por establecer fronteras entre el yo y el otro. La construcción de estas oposiciones de tipo “ellos-y-nosotros” ubica al otro en una posición lo suficientemente distante y alejada para no involucrarse. Apartar a quienes sufren enfermedades mentales crea la fantasía de que el “nosotros” se mantiene íntegro. De esta forma, el diagnóstico de la enfermedad se convierte en una poderosa herramienta al momento de clasificar y la medicina desempeña un importante papel en el proceso de estigmatización (Porter, 2003). Esta necesidad de distancia con respecto a quienes padecen trastornos mentales, se evidencia también en el discurso de los entrevistados, quienes suelen identificarse con los “saludables”, ubicando del otro lado a los “enfermos”, quienes requieren de su atención. Pese al intento de los participantes por normalizar la enfermedad mental, en la narración se filtran elementos estigmatizadores que la conciben como locura y quien la padece es encasillado dentro de un estereotipo estático y negativo. Esta dinámica da cuenta no solo del intento de los participantes por aligerar la visión negativa de la enfermedad mental, sino también de la fuerza del estigma, que invade incluso las representaciones del personal de salud.

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

surgimiento del trastorno. En este contexto, el personal de salud señala la baja productividad de las personas que sufren enfermedades mentales, lo cual se manifestaría fundamentalmente en el ámbito laboral. Ser productivo a través de una actividad laboral resulta fundamental en la vida de toda persona, ya que permite obtener independencia económica y satisfacer las necesidades básicas, así como las metas personales. Si bien la valoración que la persona otorgue a su trabajo, influirá en la imagen de sí misma, la dificultad para obtenerlo o la pérdida del mismo, tendrán repercusiones importantes en el bienestar psicológico. Los trabajadores consideran que, debido al estigma de la enfermedad mental, la posibilidad de las personas que la sufren de acceder a un trabajo resulta limitada y dificultosa. Si bien los trabajadores reconocen que la enfermedad afecta las funciones cognitivas de atención, concentración, memoria y ejecución, no existen políticas laborales que contemplen la empleabilidad de estas personas. Con ello la población que es afectada por algún tipo de enfermedad mental en nuestro país (MINSA, 2006), experimenta grandes dificultades para acceder a actividades remuneradas.

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

Los trabajadores sostienen que, siendo la familia la que convive e interactúa con la persona que sufre una enfermedad mental, resulta natural que experimente reacciones emocionales y conductuales frente a su familiar. El estigma y la exclusión social contribuyen al sufrimiento individual (García Silberman, 1993), sobre todo si proviene de

la familia, el entorno más cercano a la persona con enfermedad mental. Sin embargo, considerando que la familia tiene un papel fundamental en la mejoría y superación de la enfermedad, es primordial que comprenda la naturaleza del trastorno que padece su familiar para brindarle el apoyo y sostén que necesita para mejorar su nivel general de funcionamiento. Es interesante mencionar, que la familia constituye no solo un elemento protector en la medida que favorece la salud mental y juega un rol clave en la recuperación del paciente, sino que puede actuar a la vez como un factor de riesgo, predisponiendo el surgimiento de un trastorno mental. En este contexto, las políticas de salud mental no deben centrarse únicamente en las personas con enfermedad mental, sino también en su entorno familiar.

En las dos instituciones de salud mental, existen propuestas de intervención orientadas a los pacientes y sus familiares. Ellas exponen en qué consiste la enfermedad mental, cuáles son sus principales implicancias, así como la importancia de cumplir con el tratamiento prescrito. Ello debería estar complementado por nuevas formas de presentar el diagnóstico, material informativo para las familias, así como información real que contrarreste los mitos sobre la enfermedad mental (Thornicroft, 2007). Sin embargo, los profesionales sostienen que en la práctica, el escaso personal de salud disponible en relación a la excesiva demanda de atención, hace difícil realizar este tipo de intervenciones puntuales al paciente y su familia. Trascendiendo al núcleo familiar, los participantes consideran que la educación en materia de salud mental debería involucrar también a la comunidad, en la cual podrían establecerse programas de promoción y prevención, así como campañas de educación e información. En este contexto, la información se convierte en un vehículo transformador de creencias erróneas en relación a la enfermedad mental y constituye un recurso para abordar de forma más realista a las personas que la padecen (Bustamante 2005, en Encuentros de Discusión sobre Intervención Clínica Comunitaria, 2008).

Sin embargo, ello no debe entenderse en un sentido meramente informativo, el cual incentiva la asimetría que ubica de un lado a quienes ostentan el conocimiento y de otro, a los que no saben y necesitan

ser guiados y asistidos. Los servicios pedagógicos en salud mental deberían cumplir la doble función de “dirigir y contener, de escuchar e informar, de señalar y proponer interpretaciones” (Pezo, 2008 en Encuentros de Discusión sobre Intervención Clínica Comunitaria, 2008). De esta forma, se promueve que los profesionales de la salud mental cambien su rol de “expertos” y su “supuesto saber” y, que modifiquen su mirada del otro como sujeto pasivo, dependiente y desvalidos por la de una persona capaz y con recursos que debe ser reconocida y respetada (Velázquez, 2007).

Por otro lado, en cuanto a los factores que interfieren en la salud mental, los participantes aluden prioritariamente a aquellos que se vinculan a la persona y su entorno cercano. Asimismo, pero de forma menos significativa, los participantes dan cuenta de factores del ambiente, referidos a un contexto más amplio —entorno desfavorable y situación de pobreza—. La pobreza se encuentra asociada a los problemas de salud mental, ya que el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental (2002), encontró una importante asociación entre indicadores de pobreza y trastornos ansiosos y depresivos, lo cual recalca la importancia de considerar aspectos socioeconómicos en el estudio de la salud mental (MINSA, 2006). En el discurso se evidencia una progresiva incorporación de variables psicosociales como la pobreza, las mismas que son fundamentales para comprender la naturaleza y prevalencia de la enfermedad mental, así como para la elaboración de políticas públicas en salud mental (MINSA, 2006). Sin embargo, los participantes no consideran otros factores psicosociales como la violencia, la desigualdad y la exclusión, los cuales atraviesan nuestra historia, atentando contra el desarrollo y conservación de la salud mental (Velázquez, 2007).

Un factor vinculado a la pobreza es la limitada posibilidad de acceder a servicios especializados y recursos disponibles. En la actualidad el 25% de la población peruana no accede al sistema de salud, principalmente por barreras de tipo económicas (Velázquez, 2007). En Lima, del total de la población que reconoce haber padecido problemas de salud, solo el 24,5% accedió a los servicios especializados, siendo el principal motivo para no buscar atención la falta de dinero.

No obstante, se registran también factores culturales, vinculados a la creencia de que debían superarlo solos, la falta de confianza o la duda del manejo del problema por parte de los médicos (MINSA, 2006). En este contexto, resulta primordial plantear reformas en las políticas de salud pública, con miras a garantizar el acceso de calidad a los servicios de salud mental, lo cual influirá positivamente en la prevención, promoción y tratamiento. Es importante mencionar, que la salud mental constituye un derecho humano (MINSA, 2006), lo cual ha sido reconocido hace ya varias décadas por la OMS, la cual señala que el disfrute del más alto estándar de salud es un derecho fundamental sin distinción de raza, religión, ideología o condición económica y social” (OMS, 1984 en Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006). De esta forma, toda persona debe contar con las condiciones favorables para desarrollar su salud, así como sus recursos y habilidades humanas (Aldana, 2008 en Encuentros de Discusión sobre Intervención Clínica Comunitaria, 2008).

Referencias

- Álvarez, L. (2006). *Representaciones sociales de la salud y la enfermedad: Un estudio comparativo entre operadores de la salud y pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Floridablanca*. Recuperado el 30 de abril de 2007 de <http://caribdis.unab.edu.co>
- Amigo, I. (2003). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Castorina, J. (2003). *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona: Gedisa.
- Deaux, K. & Philogène, G. (2001). Representations of the social: bridging theoretical Traditions. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13(5), 409-416.
- Gabbard, M. (2002). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Panamericana.
- García Silberman, S. (1993). Creencias y actitudes hacia la enfermedad mental y el psiquiatra: estudio exploratorio. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 39(2), 159-168.

- Goerg, D., Fischer, W., Zbinden, E. & Guimón, J. (2004). Diferenciación en las representaciones sociales de los trastornos mentales y los tratamientos psiquiátricos. *Eur Psychiatry*, 18(4), 225-234.
- Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (2006). *Salud comunitaria en el Perú: aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Lima: Proyecto AMARES UE-MINSA.
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici, *Psicología Social II* (pp. 469-493). Barcelona: Paidós.
- Knapp, E. (2003). Aspectos teóricos y epistemológicos de la categoría representación social. *Revista Cubana de Psicología*, 20(1), 23-24.
- Kudó, I. (2001). *Representaciones de la salud mental en jóvenes de Ayacucho*. Tesis para optar por el Título de Licenciada en Psicología con Mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Link, B. G., Phelan, J., Bresnahan, M., Stueve, A. & Pescosolido, B. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health*, 89(9), 1328-1333.
- López-Ibor, A. (2002). *DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Mann J., Gostin L., Gruskin S., Brennan T., Lazarini Z. & Fineberg, H. (1999) *Health and Human Rights*. En J. Mann, S. Gruskin, M. Grodin & G. Annas (Eds.), *Health and Human Rights: A reader*. New York: Routledge.
- Mental Disability Rights International (2004). *Derechos Humanos y Salud Mental en el Perú*. Lima: APRODEH.
- Ministerio de Salud (2004). *Lineamientos para la acción en salud mental*. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud y MINSA.

- Ministerio de Salud (2006). *Plan Nacional de Salud Mental. Documento técnico normativo*. Lima: Consejo Nacional de Salud, Comité Nacional de Salud Mental y MINSA.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 2, 1-25.
- Morant, N. (2006). Social representations and professional knowledge: The representation of mental illness among mental health practitioners. *British Journal of Social Psychology*, 45, 817-838.
- Nieto-Munuera, J. (2004). *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGraw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la salud mental*. Ginebra: OMS.
- Pedersen, D. (2003). Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 55(1).
- Pezo, C., Velázquez, T. Valz-Gen, V. & Pareja, V. (2008). *Encuentros de Discusión sobre Intervención Clínica Comunitaria*. Lima: PUCP.
- Porter, R. (2003). *Breve historia de la locura*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Simón, M. (1999). *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Thornicroft, G. (2007). Elementos para combatir la discriminación de las personas con enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 28, 16-22. Recuperado el 1 de junio de 2009 de <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vii/revista-28/016>.
- Velázquez, T. (2007). *Salud mental en el Perú: dolor y propuesta. La experiencia en Huancavelica*. Lima: CIES.

Recibido el 27 de septiembre, 2012

Aceptado el 26 de febrero, 2013

Anexos

A Tabla A1

Datos sociodemográficos de los participantes

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

B Tabla B1

Libro de categorías

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

Concepciones generales de la enfermedad mental: intentos de conceptualización de la enfermedad mental en base a nociones generales al concepto y a partir de sus manifestaciones específicas.	Nociones generales: aproximaciones al concepto de la enfermedad mental.	Enfermedad como cualquier otra: enfermedad mental no debería ser concebida de forma distinta o separada de las demás enfermedades.
		Desequilibrio: alteración de la mente, que conduce a dificultades o limitaciones en el área intrapsíquica e interpersonal.
		Locura: pérdida total de la razón.
		Sensación de malestar general: incapacidad para enfrentar las limitaciones de la vida y no lograr salidas o soluciones en momento de crisis.
	Manifestaciones principales: características principales que poseen las personas que padecen una enfermedad mental.	Productividad académica y laboral afectada: enfermedad mental repercute en las funciones cognitivas de atención, concentración, memoria y ejecución, comprometiendo la capacidad de prestar atención, la comprensión lectora y el rendimiento académico y afecta la eficiencia y productividad en el trabajo.
		Sufrimiento/ dolor: sentimientos de dolor y sufrimiento debido a la disrupción que la enfermedad produce en su propio ser y en los demás: sintomatología tormentosa, cambios conductuales, forma de percibir el mundo e interpretar la realidad, sentimientos de desesperanza (no encontrar una salida al problema). Dichas consecuencias de la enfermedad mental van a causar dolor y sufrimiento tanto en el paciente como en sus familiares.
		Autoestima baja: autoconcepto empobrecido (no estar contento consigo mismo) y bajos niveles de autoeficacia (no estar conforme con lo que se hace).
		Tristeza y frustración: sentimientos experimentados al ver que no se logran las metas trazadas o no se puede cumplir con el ideal de normalidad planteado por la sociedad.
		Dolor existencial: sensación de intenso dolor que condena a la persona a sufrir el día a día de su vida.
		Ausencia de motivación o placer: falta de interés o disposición para realizar actividades, lo cual se evidencia en una actitud total de desgano.
		Aislamiento: distanciamiento progresivo y voluntario del entorno al que pertenece. Se puede llegar a no establecer contacto con nadie.
		Síntomas positivos: alteración en el contenido y forma del pensamiento y la percepción. Ideas delirantes –convencimiento en una creencia pese a la ausencia de pruebas concretas–, las alucinaciones –percepciones sensoriales imaginarias– y los trastornos formales del pensamiento –pensamiento confuso que se revela en la forma en que son enunciados los pensamientos o sentimientos–.

		Síntomas negativos: alteración en el ámbito del afecto. Afecto inadecuado –expresión facial incongruente en relación a estímulos presentados– y aplanamiento afectivo –falta de respuesta en la expresión facial y reducción del lenguaje corporal–. Incapacidad de realizar actividades cotidianas: incapacidad de la persona de mantener el orden del espacio que habita y su cuidado personal. Puede comprometer la ingesta de alimentos. Dependencia absoluta: persona no logra ser productiva de acuerdo a los parámetros sociales. La familia financia sus gastos y tratamiento.
Factores que favorecen la salud mental: influyen positivamente sobre la salud mental o contribuyen a la posibilidad de acceder a la misma.	Internos: recursos personales para enfrentar las adversidades o revertir los problemas.	Flexibilidad: permite a la persona moldearse y adaptarse a las diferentes condiciones de vida aunque estas resulten desfavorables. Planeación de modo realista: la persona logra trazarse metas posibles de cumplir de acuerdo a los recursos. Deben responder a deseos y motivaciones personales, para evitar frustraciones y desilusiones. Motivación por el aprendizaje: deseo de estar en contacto, conocer e informarse acerca de lo que sucede en el entorno. Perseverancia: la persona invierte tiempo y esfuerzo para lograr cualquier objetivo. Es optimista y tolera la frustración.
	Ambientales: factores vinculados al entorno de la persona.	Familia: espacio capaz de brindar afecto y dedicación, oportunidades de desarrollo, y comunicación fluida. Los padres son modelos a seguir, los hijos que participan en sus vidas, la autoridad se imparte de modo flexible y se reconocen errores. Estrés durante la gestación y desarrollo de virus: el feto podría verse afectado si la madre experimenta emociones negativas o se expone a eventos desagradables. El feto podría experimentar el desarrollo de virus o mostrar dificultades en el parto. Predisposición genética: transmisión de genes portadores de la enfermedad mental de padres a hijos. Alimentación: nutrición poco balanceada en vitaminas, proteínas y minerales desencadena un funcionamiento fisiológico deficitario. Muerte de personas significativas: puede servir como motivación personal para salir adelante o convertirse en cómplice del desarrollo de algún trastorno temporal o crónico. Estilo de crianza rígido: limita el desarrollo natural, progresivo y espontáneo de los hijos. Falta de afecto y aceptación: incapacidad de los padres de acompañar el crecimiento y desarrollo de sus hijos. Tienen dificultades para demostrarles afecto, reconocer sus logros y darles señales de aceptación.
Factores que interfieren en la salud mental: influyen negativamente sobre la salud mental o limitando la posibilidad de acceder a la misma.		

		Familia disfuncional: estructura nuclear modificada, predominio de discusiones y violencia entre los padres y en la relación con los hijos, inconsistencias y contradicciones en la crianza de los hijos. Entorno desfavorable: estar en contacto o encontrarse inserto en un ambiente que resulta perjudicial para la persona. Presencia de modelos de conducta inadecuados. Situación de pobreza: grandes dificultades para satisfacer incluso necesidades básicas como la alimentación.
Reacciones que genera la persona que sufre una enfermedad mental	A nivel emocional: sensaciones, emociones y sentimientos que surgen en las otras personas a partir de la interacción con alguien que sufre una enfermedad mental.	Negación: la persona que sufre una enfermedad mental y sus familiares no aceptar la existencia del trastorno. Tristeza o pena: sentimientos de dolor y sufrimiento experimentados por la persona que padece un desorden mental y sus familiares. Miedo: los familiares sienten una amenaza constante frente a la posibilidad de que la persona afectada experimente una crisis, una reacción abrupta o una conducta agresiva. Vergüenza: vinculada a la particular manera de actuar y comportarse que tiene una persona que padece un desorden mental. Impotencia y frustración: sensación de “no saber qué más hacer”, acompañada de cansancio, fatiga y hartazgo por el tiempo, dedicación y atención que demanda una persona con un trastorno mental.
	A nivel conductual: respuestas conductas que surgen en otras personas a partir de la interacción con alguien que sufre una enfermedad mental.	Alejamiento/evitación: mantener distancia de la persona que sufre una enfermedad mental. Práctica de rechazo y no inclusión. Indiferencia/abandono: desentenderse de la persona que sufre una enfermedad mental, haciendo “como si no existiera” y abandonándola. Ocultamiento: el entorno cercano limita y restringe cada vez más la interacción social de la persona que sufre una enfermedad mental. Invalidación: inhabilitar y anular a la persona que padece un desorden mental, catalogándola de dependiente e incapaz.
Expectativas de mejoría de la enfermedad mental	Concepción de mejoría: recuperar la capacidad de funcionamiento y productividad a distintos niveles.	Autovalimiento: la persona logra hacerse cargo de sí misma a un nivel básico: aseo personal, cuidado de su apariencia, su alimentación, medicación y actividades cotidianas. Reaprendizaje de habilidades sociales: la persona recupera formas cotidianas de comunicación e interacción con su entorno más cercano. Integración a la dinámica familiar: la persona asume ciertas responsabilidades vinculadas a los quehaceres del hogar: limpieza de casa, compras diarias, actividades que impliquen a otros miembros de la familia.

Factores que facilitan la superación de la enfermedad mental: favorecen o influyen positivamente en la mejoría de la persona.		Recuperar la productividad: la persona logra ser productiva pero a un nivel casi recreativo y ocupacional.
		Retorno al funcionamiento premórbido: la persona logra recuperar la vida que llevaba antes del surgimiento de la enfermedad mental, continuando su desarrollo aspiracional, relacional, académico o laboral.
	Personales: recursos que la persona logra improvisar en el transcurso de su enfermedad y que pueden tener efectos positivos en la superación de su enfermedad mental.	Conciencia de enfermedad: capacidad de la persona de reconocer y aceptar que padece un trastorno mental y estar dispuesta a sobrellevarla.
		Visión integrada de sí mismo: reconocer las limitaciones de la enfermedad mental y valorar recursos personales para hacerles frente.
	Ambientales: factores positivos vinculados al entorno cercano y extenso que pueden tener efectos positivos en la superación de su enfermedad mental.	Buscar ayuda: la persona busca apoyo, lo cual podría indicar cierta motivación personal por superarla.
		Tratamiento interdisciplinario: involucra el aspecto farmacológico, psicoterapéutico, ocupacional y social.
		Familia: es capaz de brindar a la persona atención, comprensión, apoyo y cariño. Contribuye a que el tratamiento recomendado se cumpla.
		Red de soporte social extra familiar: amistades o instituciones con las que la persona interactúa de forma cotidiana y que podría suplantar el rol de la familia o complementarlo.
		Campañas de promoción de la salud mental: deben estar a cargo de las autoridades de la salud.
		Educación especializada al paciente y sus familiares: brindarles información sobre la medicación, la importancia de cumplir el tratamiento y de asistir a las consultas ambulatorias.
		Comunidad informada: en torno a la enfermedad mental y las formas de prevenirla, reconocer la importancia de la salud mental y la necesidad de promoverla.
		Servicios especializados: facilitar acceso a consultas psicológicas y psiquiátricas, contribuir con la medicación y brindar la oportunidad de participar en campañas de prevención y detección de patologías.
		Capacidad de ponerse en el lugar del otro: el personal de salud mental debería poder ponerse en el lugar de las personas que sufren enfermedades mentales y sus familiares, entender su sufrimiento y brindarles un trato cálido y amable.
		Abordar la salud mental en su diversidad y complejidad: evitar centrar la salud mental en la búsqueda y detección de trastornos mentales.
