

## TÍTULO

# ***De las concepciones, percepciones y prácticas de la enfermedad mental***

## SUBTÍTULO

### ***Aproximación a las narrativas de enfermedad en una Unidad de Salud Mental***

**Autora:**

M<sup>a</sup> Isabel Márquez Romero

Centres Assistencials Dr Emili Mira i Lopez  
Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

## RESUMEN

Esta investigación es el resultado de una aproximación y estudio del papel de la narrativa en la enfermedad mental, desde una perspectiva interpretativa y hermenéutica. El objetivo principal fue dar voz a los sujetos afectados de trastorno mental (TM), ingresados en una unidad de agudos de salud mental. El diseño metodológico empleado fue cualitativo, exploratorio, descriptivo e interpretativo, a través de una etnografía y análisis de 32 casos clínicos documentados en una unidad de agudos de Salud Mental. Los criterios de inclusión en el estudio fueron estar en fase activa de hospitalización durante el período de tiempo comprendido entre los años 2007-2008 y tener como referente de enfermería al turno de mañana. Para la recogida de información se realizaron técnicas de observación participante, entrevista semiestructurada con guión (basado en el modelo de las catorce necesidades de Virginia Henderson y en el modelo explicativo (EM) de enfermedad de Arthur Kleinman) fuentes bibliográficas, documentales y fotográficas. Para el análisis de la información obtenida se utilizó un análisis de contenido por categorías analíticas surgidas de las narrativas de los informantes. Los resultados permiten concluir que el estudio de la enfermedad mental a través de las narrativas y de las representaciones sociales de los propios afectados, permite a las enfermeras acceder a otros mundos de interpretación y significación diferentes; obteniendo una “*cosmovisión*” de la enfermedad-locura y de su padecimiento según el propio sujeto con TM y de esta manera conocerlos para cuidarlos mejor.

## INTRODUCCIÓN

Podemos considerar que nos encontramos sólo en los inicios de la consideración del trastorno mental como enfermedad. Durante la mayor parte de la historia de la humanidad y en la mayoría de las civilizaciones, a los trastornos psíquicos se les ha considerado una condena; a los enfermos, culpables y a los encargados de su atención, inquisidores cuya misión era librar a la sociedad del mal (1)

En la actualidad sufrimos un progreso científico y tecnológico, cuyos avances han reducido considerablemente el tiempo de hospitalización y han mejorado la calidad de vida de las personas que sufren un trastorno mental. Durante los años que he trabajado en salud mental he vivido como el término “locura” ha pasado a

“enfermedad mental”, como el vocablo “loco” se ha sustituido por “enfermo mental”, la palabra “manicomio” se ha cambiado por la de psiquiátrico y de “la reclusión del loco” se ha pasado a la de “reinserción social”. Pero durante todo este tiempo, pocos se han preocupado de preguntar a los verdaderos actores “los enfermos mentales” que piensan de todos estos cambios. Por ello, actualmente tenemos un escaso conocimiento de cuáles son sus narrativas, sus vivencias, sus experiencias, sus percepciones, sus modelos explicativos de enfermedad y sus creencias. Agravándose esta situación por razones derivadas del estigma, la vergüenza asociada con la presencia de trastornos mentales y el desconocimiento de la salud y la enfermedad mental. Todo ello unido, a la falta de conciencia de enfermedad que presentan estos sujetos dificulta el correcto cumplimiento del tratamiento, cuya consecuencia es una agudización de la enfermedad, recaídas y reingresos en el psiquiátrico.

Para poder obtener un mayor conocimiento de cuáles son sus narrativas, en esta investigación se ha realizado una aproximación a través del análisis de una etnografía centrada en: las historias, las narrativas de los actores implicados y en modelos de diferentes disciplinas.

“Saber acercarse al otro, comprender sus razones y hacer del cuidado profesional una negociación (...) es algo que la enfermería puede hacer con ventaja, contribuyendo a facilitar (...) el desarrollo de redes de reciprocidad o la lucha contra el estigma social”(2)

La noción del cuidado, aunque disuelta en el saber biomédico y clausurada en la práctica, ocupa un lugar central y fundamentalmente en el discurso de Enfermería. Podemos decir que el Cuidado es el motor de la disciplina, es la función específica, el objeto del conocimiento de la Enfermería y la característica fundamental que la distingue de otras disciplinas del campo de la salud.

“La acción de cuidar no es instrumental; su sentido radica en sí misma; su significado reside en el acto humano que denota. Los elementos del cuidado suponen el encuentro (el ser y la actualización) entre personas (enfermera y paciente) en una transacción intersubjetiva (estar con y hacer con) que ocurre en un tiempo y espacio (tal y como son percibidos por el enfermo y la enfermera) y con una finalidad determinada (bienestar y actualización). Cuidar, por tanto, es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad” (3)

El punto de partida para la búsqueda empírica fue ¿cómo dotan o dan significado a la enfermedad mental, los propios sujetos diagnosticados de una enfermedad mental

ingresados en una unidad de salud mental? Se parte del supuesto que la salud y la enfermedad son construcciones socioculturales configuradas de distintas formas por los sujetos y por las culturas. La enfermedad enfocada como experiencia humana puede ser entendida de diversas formas, según el punto de vista y de la cultura, desde el cual se parta, pues según mi experiencia la visión de los profesionales de la salud no es la misma que la del enfermo y su familia, por ello en ocasiones no se llega al éxito de los tratamientos médicos.

Se cuenta con la propuesta de varios autores que llaman la atención hacia los diversos significados o connotaciones que tiene el concepto de enfermedad (4, 5,6). Dichas connotaciones derivan de tres palabras para designar fenómenos interrelacionados pero diferentes: patología (*disease*), padecimiento o sufrimiento (*illness*) y malestar o dimensión social (*sickness*). Se reúnen en este encuentro dos modelos: el modelo biomédico de la enfermedad (*disease*) y el modelo del sufrimiento (*illness*) (7).

“*Illness* es la experiencia cultural de la enfermedad. Son los problemas que la persona o familia perciben cuando se está enfermo o incapacitado. El trajinar diario y vivir con la enfermedad “*illness*” es mucho más importante para la mayoría de sujetos que el proceso patológico. En contraste, “*disease*” es la enfermedad que preocupa a los médicos, la que tiene que ver con el mal funcionamiento de un sistema fisiológico, su diagnóstico y tratamiento” (8)

Al permitir entablar una relación con el paciente mediada por la palabra, la psiquiatría es quizá la especialidad médica que permite un mejor «conocimiento narrativo»; los mitos, las leyendas y las historias clínicas son narraciones: todas cuentan e interpretan un acontecimiento que ha ocurrido dentro de un tiempo, un espacio y que está lleno de significado (9, 10,11). Por ello, desde cada contexto específico la experiencia del enfermar se convierte en una realidad clínica diferente (12), la de los profesionales de la salud y la del sujeto enfermo. Cuando el sujeto se encuentra hospitalizado en la unidad, no puede salir, no puede recibir visitas, no puede telefonar, ni recibir llamadas...hasta que el médico lo decide. Se encuentra *encerrado entre cuatro paredes...* aislado de sus seres queridos, de su vida y de su mundo. En esta situación la enfermería nos encontramos en una “posición privilegiada” para ayudar al paciente, pues el poder hablar con alguien que le escuche, que le brinde la oportunidad de poder exteriorizar sus dudas, celos y temores puede ayudar a disminuir su ansiedad y su malestar.

La narrativa es la forma fenomenológica en la que el paciente percibe la salud o la enfermedad, define cómo, por qué y de qué manera se encuentra enfermo (11) y provee de sentido a la enfermedad del paciente. Promueve la empatía entre el profesional y el paciente, y si conocemos las vivencias reales de los sujetos, es posible conocer también el uso de estrategias de atención, a través de la interacción personal del informante y la enfermera (13). Todo ello, nos permite construir conocimiento.

La narrativa es beneficiosa y terapéutica, facilita el cuidado integral del paciente y puede aportar alternativas terapéuticas nuevas. Decir, que las narrativas manejadas por los pacientes son diferentes de las narrativas de los profesionales de la salud. Para su estudio Kleinman (4) plantea los “*explanatory models*” o *modelos exploratorios o explicativos* y nos sugiere que mediante el análisis del modelo explicativo de enfermedad podemos comprender mejor a los pacientes y a sus familias. Este autor introduce este *modelo* para referirse a las ideas y creencias concernientes a la enfermedad y al tratamiento empleadas por los actores implicados en el proceso clínico. Pues los modelos explicativos son: manejados por profesionales de la salud y pacientes en todos los sistemas de salud. Ofrecen explicaciones de las enfermedades y de los tratamientos. Guían las elecciones acerca de terapias y terapeutas disponibles y dan significado social a la experiencia de la enfermedad.

El objetivo principal de esta investigación fue dar voz a los sujetos afectados de una enfermedad mental ingresados en una unidad de agudos de un hospital psiquiátrico, mediante una aproximación y estudio del papel de la narrativa en la enfermedad mental. Los objetivos específicos se centraron en ofrecer una visión emic de la enfermedad mental y su realidad; conformando una “*cosmovisión*” de la enfermedad-locura. Fue un intento de demostrar cómo a través de la utilización de las narrativas de enfermedad y sufrimiento, los sujetos disminuyen su ansiedad y angustia. Se pretendió resaltar que la utilización de modelos de distintas disciplinas ayuda y enriquecen a la hora de realizar una investigación. Y por último se aspiró a realizar una aproximación al pluralismo médico (14,15), estudiando si en las narrativas aparecían otras formas de atención de la enfermedad, las denominadas “*tradicionales*” y si éstas eran contempladas por los sujetos con trastorno mental.

## **METODOLOGÍA**

**Diseño.** Se llevo a cabo un estudio longitudinal, de un año de duración 2007-2008 (Ver Anexo I: Cronograma) aplicando un diseño metodológico cualitativo, exploratorio, descriptivo e interpretativo, a través una etnografía y análisis de 32 casos clínicos documentados en una unidad de agudos de Salud Mental.

**Sujetos de estudio.** El grupo de informantes estuvo constituido por 32 sujetos. Las variables referidas a características sociodemográficas de la muestra fueron: sexo, edad, diagnóstico médico, nivel de estudios y religión. En cuanto a la variable sexo, el estudio lo conformaban 18 hombres y 14 mujeres. (Ver anexos I: gráfico 1). La edad de los sujetos estaba comprendida entre los 20-80 años. La media de edad fue de 38,5 años. Los intervalos de edad entre 20-29 y 30-39 años presentaron más individuos (Ver anexos II: gráficos 2). Los diagnósticos médicos más prevalentes durante el trabajo de campo eran: esquizofrenia, depresión (dentro del diagnóstico de depresión he incluido: el trastorno depresivo leve, trastorno depresivo mayor, reacción de adaptación depresiva, los episodios maníacos y el trastorno bipolar), psicosis, trastorno límite, trastorno obsesivo-compulsivo, y otros (Véase Anexos II: Gráfico 3). El nivel de estudios era bajo/medio. En cuanto a la religión (Véase Anexos II: Tabla I).

**Criterios de inclusión.** Los criterios de inclusión en este estudio fueron: estar en fase activa de hospitalización en la unidad de agudos seleccionada, durante junio de 2007- Junio de 2008 y tener como referente de enfermería al turno de mañana.

**Técnicas para recogida de datos.** Se utilizaron las siguientes técnicas: observación participante, entrevista semiestructurada con guión, fuentes documentales y fotográficas. La observación se realizó en una unidad hospitalaria de corta estancia (el tiempo de ingreso es de 18 a 25 días. Aunque por lo general los usuarios permanecen ingresados por un período de tiempo mucho más prolongado). Las entrevistas fueron realizadas desde la informalidad, pues no se utilizó grabadora. Para realizar la entrevista se confeccionó un guión basado en dos modelos de diferentes disciplinas: Modelo de las catorce necesidades de Virginia Henderson y el modelo explicativo de enfermedad de Arthur Kleinman. Este guión está basado en una Valoración de Enfermería diseñada por enfermeras del hospital y basado en el modelo de las catorce necesidades de Virginia Henderson (16 y 17). En la necesidad de seguridad se introdujo el cuestionario del modelo explicativo de Kleinman (4). Se continuó con la valoración de enfermería, resaltando la necesidad

de valores y creencias, para tratar cuestiones relacionadas con las Medicinas Alternativas y las creencias mágico-religiosas; pues durante el período de observación participante y en algunas entrevistas realizadas surgían aspectos relacionados con ellas. El cuestionario basado en el modelo explicativo de enfermedad (4) está compuesto por cinco ítems: Diagnóstico médico, etiología, fisiopatología, sintomatología, tratamiento y evolución. Preguntas como:

What do you call your problem? What name does it have? What do you think has caused your problem? Why do you think it started when it did? What does your sickness do to you? How does it work? How severe is it? Will it have a short or long course? What do you fear most about your sickness? What are the chief problems your sickness has caused for you? What kind of treatment do you think you should receive? What are the most important results you hope to receive from the treatment? (18).

Este “interrogatorio” proporciona a las enfermeras, el marco adecuado para comprender el modelo de la etiología de la enfermedad del paciente. El cuestionario final me ha servido como guía semiestructurada para captar la lógica de los discursos de los informantes, He intentado realizar preguntas concretas, concisas y de fácil comprensión para los sujetos. En alguna ocasión he reformulado y ampliado las preguntas en base a la información obtenida, profundizando en aquellas cuestiones que he creído interesantes.

**Análisis de datos.** Para el análisis de los datos cualitativos obtenidos se utilizó el análisis de contenido. Como señala López Aranguren el análisis de contenido:

“Es una técnica de investigación que consiste en el análisis de la realidad social a través de la observación y del análisis de los documentos que se crean o producen en el seno de una o varias sociedades. Lo característico del análisis de contenido, y lo que le distingue de otras técnicas de investigación, es que se trata de una técnica que combina intrincadamente, y de ahí su complejidad, la observación y el análisis documental” (19)

El análisis del conjunto de las entrevistas se inició con una lectura y transcripción de cada una de ellas; una vez escritas se procedió a una codificación de la información, se seleccionaron las preguntas del guión de entrevistas, que se englobarían en cada uno de los ítems; estos ítems fueron las categorías analíticas para el análisis. Para el análisis cuantitativo de las variables socio-demográficas y para la presentación de resultados se utilizó el SPSS.11.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para la exposición de la discusión, se utilizarán las categorías temáticas del análisis de contenido.

**Diagnostico y Etiología:** Según las narrativas de los sujetos entrevistados los motivos de ingreso son multicausales y en ellos juegan un papel importante los factores socio-culturales. Decir que los sujetos a la hora de contestar utilizan, terminología psiquiátrica empleada por la biomedicina, modelo de atención dominante en nuestra sociedad. Términos como esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar toman significado en las narrativas de los sujetos, pero muchos de ellos, no saben lo que realmente significa. Algunos llegan a magnificar estos términos pues son conceptos extraños y poco conocidos.

“La esquizofrenia, bueno yo la llamo enfermedad mental”, “Ahora tengo bipolar, tristeza y alegría. Polo positivo con polo negativo combinado con manicomio”.  
“La gente la llama depresión, yo digo que estoy loca”

Como motivos de ingreso y causas encontramos, individuos que consideran que la enfermedad se la han producido terceras personas, sobre todo del ámbito familiar. Las pésimas relaciones dentro de la unidad doméstica, las discusiones en casa, el acoso psicológico, la manía por parte de un progenitor, el control exhaustivo de los vecinos, alguien que te mira mal y al cual no interesas, todos ellos son los factores de ingreso y los desencadenantes más frecuentes de la enfermedad según el punto de vista del enfermo:

“Me encuentro nervioso, la gente de mi barrio me controla, saben lo que pienso. Mi madre hace cosas para provocarme y entonces me muestro más irritable con ella. ¡La televisión me envía mensajes subliminales! y ¡tengo miedo de convertirme en un terrorista! Hace unos días que oigo voces que me repiten mis pensamientos”. “En mi casa me quieren envenenar, seguro que había algo en el cola-cao. Vomité al probarlo, al olerlo, olía raro. He ingresado porque me han encontrado esquizofrenia”.

La mayoría de sujetos que presentan problemas con los padres tienen entre 20 y 40 años, sobre todo, menores de 30 años pues son personas que todavía viven en el núcleo familiar y no se han emancipado. También se culpabiliza a los vecinos, a los jefes, a jueces, a la policía, a las enfermeras, a seres intangibles; Dios, el demonio, espíritus, personas fallecidas e incluso a la ambulancia. Otros motivos de ingreso y causas son: tener nervios, sufrir ansiedad, alegría, tristeza, enfado, impulsividad, arrebatos... Un 19% expresa no tener ningún problema o no estar enfermos. Otros lo



relacionan con términos relacionados con el mundo sobrenatural y fantástico: brujería, maldad, demonios, personas fallecidas, objetos como los aviones, el ordenador...

Respuestas como:

“Brujería y maldad porque hay personas malas fuera”. “Por culpa de Él, ¡el demonio!”. “Hay aviones que me persiguen. Los aviones no persiguen a la gente, pero a mí sí”.

Otras causas son el consumo de drogas, el desconocimiento y otros.

“Estoy aquí porque esto me lo ha provocado las drogas: hachís, marihuana, cocaína, tripis (LSD), ketamina. En mi casa ocurren cosas raras, creo que mi hermano fallecido, tiene que ver con todos los casos raros que pasan en mi casa. Le he visto dos veces desde que falleció”.

La mayoría ingresa por problemas y presiones sociales, asociando a éstas las causas de su enfermedad. Esta presión social es ejercida en ocasiones por parte de la unidad doméstica, la comunidad o de la propia sociedad, la cual les lleva a reagudizar su enfermedad, recayendo, reingresando e incluso realizando hospitalismo. Pues en cierta manera se esconden detrás de la enfermedad mental, para poder pensar cómo combatir y salir de esa presión que les asfixia.

**Sintomatología:** El 87% de los sujetos entrevistados refirieron presentar síntomas frente a un 12% que no presenta síntomas, o no están relacionados con la enfermedad mental: tener azúcar, dolor, no tener casa, tener problemas económicos o tener creencias religiosas. Decir, que, en general, los síntomas no van solos sino que son presentados en conjunto:

“Tengo nervios, más paranoia en la cabeza, pienso que me absorben y chupan el cerebro. Las ideas me vienen solas, ideas malas que no quiero porque yo soy buena gente. Me he tirado un año y dos meses encerrado en una celda entre cuatro barrotes. Madre mía soy peligroso”.

Cuando los pacientes explican su infortunio los síntomas más representativos son las alucinaciones y las ideas delirantes. Les siguen la depresión y los nervios, con utilización de un lenguaje biomédico psiquiátrico. Podemos decir que algunos de los pacientes no saben realmente distinguir entre un diagnóstico médico y un síntoma, confundiendo ambos términos. También encontramos sujetos que niegan tener ningún síntoma.

**Tratamiento:** En cuanto al tratamiento que consideran que deben de seguir, decir que el 87% de los individuos cree que debe de tomar algún tipo de tratamiento, en

su mayoría tratamiento farmacológico, perteneciente al modelo biomédico de nuestra sociedad. Este tratamiento puede ser combinado con terapia con un psicólogo, psiquiatra o incluso con las enfermeras, pues los sujetos narran que poder conversar les ayuda a clarificar sus ideas y a reducir su ansiedad. Para algunos de los sujetos es importante estar allí ingresados, pues reconocen que les hace bien y lo incluyen como un tratamiento. Otros entrevistados creen que deben acudir además a otro tipo de dispositivo como; el Centro de Salud Mental, consultar con un especialista... Muchos dicen aceptar la medicación pero cuando están en casa o se encuentran mejor dejan de tomarla. Es uno de los mayores problemas que se encuentra la psiquiatría, el incumplimiento del tratamiento. Esto se debe a la escasa o nula conciencia de enfermedad.

Hasta este punto podríamos decir que este tratamiento corresponde a la medicina, cuidado y tratamiento profesional. Sin embargo, se contemplan otros tipos de medicinas y tratamientos, que corresponderían al área profana, popular o folk. Pero en psiquiatría y con este grupo de sujetos, estas terapias son desconocidas: no saben lo que son, ni los tipos que existen; es más, existe cierta reticencia a hablar de ellas pues piensan que queremos saber si toman drogas. También encontramos imbricadas en las narrativas de enfermedad la medicina mágico-religiosa, frases como:

“He ido a curanderos pero son falsos igual que el tarot”, “Las curas y todo lo relacionado con la virgen, siempre me ha ayudado a curarme y a curar a otros”, “A veces rezo, pero no me tomo nada, alguna vez he tomado una valeriana”, “Creo en la brujería, en el mal de ojo, soy creyente. Me vestía de negro. Fui a una curandera o brujita, yo prefiero llamarla así, y me hizo una limpieza con ruda”.

Todo ello indica que dentro del proceso de enfermedad también se recurre al mundo sobrenatural o sagrado, a la religión, a la brujería, al tarot, al rezo, todo ello con el fin de buscar una solución y salida a su problema o enfermedad. Cuando recurren a los espíritus, personas fallecidas, dioses, demonios les están dotando de capacidades para ver sus acciones y de esta manera poder protegerlos o castigarlos. Son imaginarios que anidan y viven en su mente, a los cuales recurren cuando necesitan ayuda o se sienten culpables de algún acontecimiento realizado. Por este motivo muchos de los sujetos utilizan símbolos y objetos que den suerte o protejan de aquellas “presencias, energías o fuerzas invisibles”.

Los objetos mágico-religiosos más numerosos son los relacionados con el cristianismo: la representación de la Virgen, cruces de oro o de madera, pulsera de los santos. Todo ello va acorde a la religión católica de nuestra sociedad. También se encuentran objetos relacionados con otras religiones o creencias: brujitas de la suerte, objetos con minerales y con “supuestas” propiedades beneficiosas y de prevención. Aunque se aprecia que todas estas creencias van disminuyendo entre los individuos más jóvenes, que utilizan objetos o símbolos por estética o por gusto como tatuajes y anillos. La utilización de otras medicinas, fuentes de conocimiento popular o amuletos, son indicadores de que la posible salida o solución a su problemática, no está solamente en “manos del psiquiatra o terapeuta”, sino que también recurren a otros tipos de profesionales como pueden ser: curanderos, homeópatas, sacerdotes... con el fin de encontrar protección y ayuda.

El 18% de los sujetos consideran que deberán de tomar la medicación, pues ayuda a estabilizar la enfermedad, el 12% narran que están mejor cuando se encuentran ingresados en el hospital y otros consideran necesario además acudir a otro tipo de dispositivo asistencial. El 18% cree que la enfermedad es incurable.

“No se cura nunca, se estabiliza con los medicamentos y las curas”, “Sin problema, esquizofrenia paranoide. Si se estancara descansaría un poco. Dicen que no se cura.”

También tenemos sujetos que dicen no saber cómo evolucionará su enfermedad, el 16% creen que el curso y evolución será a mejor y el 3% refiere no estar enfermo.

**Conceptos de salud/enfermedad:** El 44% define salud y/o enfermedad con términos que surgen de su propia experiencia y vivencia con la enfermedad y/o salud. Con el 34% encontramos los que definen estos conceptos con términos biomédicos, síntomas, perciben la enfermedad como un mal funcionamiento del cuerpo, o la salud es definida como no tener enfermedad. El 31% describe la salud y la enfermedad como algo más que un conjunto de síntomas.

Salud: “estar bien, encontrarte bien, estar en casa haciendo tus cosas y poder hacerlas, no estar cansada”, Salud: “Estar sano, no fumar, hacer deporte, comida adecuada, ¡eso es estar sano!, Enfermedad: “Significa, él no ser capaz de seguir con tu vida”.

El 3% niega estar enfermo y un sólo caso relaciona estos conceptos con el mundo sobrenatural: los demonios:

“Enfermedad son los demonios ¡No he visto ningún demonio, pero están!”.

La salud es percibida como “don o riqueza”, es considerada

“Lo máximo que se puede tener, teniendo salud puedes tener amor y dinero, sino tienes salud no tienes ni amor ni dinero”

Y la enfermedad es considerada como:

“Sufrimiento”, “Que no tienes fuerzas, te sientes débil, que no tienes de nada”.

Los informantes, no conciben la enfermedad solamente como una patología o disease, sino que para ellos también existe un sufrimiento o una illness. No es solamente el encontrarse enfermo o tener una enfermedad, sino un conjunto de necesidades, actividades de la vida diaria, factores psicológicos y sociales...Ambas son construidas a través de lo que Good (20,21) propone como *Semantic illness network* o redes semánticas de enfermedad, entendidas como que la enfermedad no es sólo un conjunto de signos, síntomas y disfunciones biológicas, sino más bien como un conjunto de experiencias, palabras, sentimientos asociados entre sí, a partir de una red de significación y de interacción social y que son entendidas por los miembros de una misma sociedad (Ver Anexo III). En enfermería su homologo correspondería a la teoría del Holismo, en la cual se basan diferentes modelos de enfermería. Esta teoría presenta una particular manera de mirar la enfermería, expresa que la ciencia de los cuidados holísticos constituye el corazón de la práctica de enfermería porque los cuidados holísticos están centrados en la salud en la cual la dimensión del ser social, cultura y entorno de la persona es tomada en cuenta en sus interacciones (22).

**Conceptos de enfermedad y enfermo mental.** El término de “loco” es un estereotipo que conlleva un fuerte estigma social y así es percibido por los informantes. Con un 6% encontramos los sujetos que perciben al loco/locura relacionados con la enfermedad mental. Con el 28% los que perciben al loco y locura con conceptos surgidos de experiencias vividas. También con un 28% encontramos al loco y locura entendidos como individuo que incumple las normas de la sociedad y que presenta un comportamiento extraño, peligroso:

Loco: “Persona que sufre locura. Hay muchos tipos de trastornos, pero yo sólo tengo depresión. Tengo un vecino que sí tiene un trastorno de personalidad y pega a sus padres. Y lo van haciendo como pueden. Pero lo ves y es un chico normal, no te imaginas luego lo que hace.”

“Cuando me da por tomar pastillas o hacer algo, no sé lo que hago, se me va la cabeza, al principio no le daba importancia pero sí que le doy”,  
 “¡Lo que me pasa a mí!”. “Desordenado mental que dice cosas que no son”,  
 “¡Una persona que fuma, hace cosas malas, no se congrega en la iglesia!”,  
 “Estar loco, con la locura “matas”. Una persona loca mata. La locura “matas” - él que está loco arremete- o matas o te matan. Eso es la locura”,  
 “No quisiera mencionarlo. ¡No saben lo que hace, ni nada! Es una cosa que la podemos coger cualquiera por algún disgusto”,  
 “Sobre todo salir de las normas básicas, de lo que está mal”  
Locura: “No creo que haya personas que están locas. Los enfermos, la gente de aquí te comparas con ellos y alguno tiene un tipo de enfermedad mental. Se emparanoia con los demás”,

El 9% los relacionan con conceptos mágicos y sobrenaturales. El 19 % no lo sabe y el 11% niega estar loco o ser un enfermo mental.

Locura: “estado de perturbación provocado por la maldad del mundo y por la magia negra”, “Que tiene locura, que habla con el infinito, habla con el más allá, con los planetas lejanos. Vive en un mundo que no existe”.

Según estas percepciones, la mayoría de los sujetos entrevistados no están enfermos, ni locos, pues no presentan un comportamiento extraño, no hacen “cosas raras”, no son personas conflictivas, ni incumplen las normas de la sociedad, por ello, no relacionan su problemática con sufrir una enfermedad mental. Para ellos la locura no es sinónimo de enfermedad mental. La negación puede entenderse como un intento de auto-legitimación ante circunstancias en las que el actor no ve otra salida. La posición del loco está sujeta a la circularidad interpretativa o, dicho de otra forma, a la profecía de autocumplimiento (23) de la que hablaban sociólogos como Merton (24). Es la idea del loco ubicuo o total que dificulta la aceptación por parte de los afectados de su condición de enfermos. Su comportamiento está determinado en parte por su percepción y el significado que atribuyen a las situaciones en las que se encuentran, más que a las situaciones en sí mismas. Una vez que una persona se convence a sí misma de que una situación tiene un cierto significado, y al margen de que *realmente* lo tenga o no, adecuará su conducta a esa percepción, con consecuencias en el mundo real.

Relacionado con este concepto y con su histórico estigma social, resaltar que muchos de ellos niegan tajantemente ser “locos”, o padecer “locura”, pues no se consideran enfermos.

**Temores y miedos:** Presentan temores a la propia enfermedad, a que la enfermedad no se cure, que les repita otro episodio o “brote”; miedo a no poderse controlar, a no morir en los casos de intentos autolíticos y miedo a la muerte en el caso de personas mayores que perciben que se les acerca el momento de abandonar este mundo. Presentan temor a sentirse inferiores al resto de las personas, a que la sociedad, la familia, los amigos los rechace y margine quedándose solos; miedo a la reinserción en la sociedad, pues si este hecho no ocurre y vuelven a reingresar deberán de reconocer que tienen un “problema”. Expresan verdadero pavor a la locura y a los locos:

“Tengo miedo a la locura y por mi parte a uno que esté loco. A esto sí que le tengo miedo “¡No lo sé!, porque me parece que todos los que están aquí, son muy majos ¡y vosotros también!”.

Otro temor importante es regresar a la sociedad, a casa, a su mundo, a su rutina, a las personas, seres, dioses, que en cierta manera, según ellos, han provocado su problema, o el hecho traumático por el cual consideran que han ingresado. Esto les provoca miedo, pues temen no saber afrontarlo y recaer:

“Sigo teniendo miedo a que vuelva a suceder lo que me ha ocurrido. También temo regresar a mi entorno familiar”.

Por ello, sus principales deseos son: curarse, ser una persona normal, poder afrontar su vida fuera, su mundo, su familia, sus amigos, e incluso sus “imaginarios”. Y para ello, durante su estancia necesitan ayuda de los profesionales para: estabilizar/aceptar su enfermedad y el tratamiento farmacológico, para controlar sus impulsos, silenciar sus voces interiores, e incluso alguno solicita una unidad de larga estancia psiquiátrica. También expresan su necesidad de cariño, ternura, respeto, escucha activa, necesidad de educación, comunicación...

## **CONCLUSIONES**

La utilización combinada de modelos de diferentes disciplinas -en este caso concreto el modelo de las necesidades básicas de Virginia Henderson y el modelo explicativo de Arthur Kleinman - nos ayuda a la hora de realizar un estudio de investigación, pues la combinación conjunta de ambos modelos enriquece los resultados.

El estudio de la enfermedad mental a través de las narrativas y de las representaciones sociales de los propios afectados, nos permite acceder a otros mundos de interpretación y significación diferentes. Las vivencias y experiencias

sobre la enfermedad, la percepción de sus propios síntomas -considerados como algo no patológico, sino más bien, como actos normales de su vida cotidiana- la descripción de los pensamientos extraños o intrusos, las voces que les hablan y les dan órdenes dirigiendo sus actos, el propio miedo a la enfermedad, los sentimientos de culpa, la agresividad, el refugio en un mundo sagrado, sobrenatural o fantástico, todos ellos conforman su cosmovisión de la enfermedad mental.

Las narrativas vislumbran el carácter construido y social de las representaciones simbólicas de la salud y de la enfermedad, su heterogeneidad y su complejidad. Nos advierten a través de la permeabilidad de las mismas, de la constitución de una historia personal basada en experiencias, vivencias, percepciones y creencias, las cuales condicionan la historia personal de cada individuo, así como las relaciones con los demás individuos y con los profesionales de la salud. En palabras del propio Kleinman:

“Thus, from the ethnomedical perspectiva, it is the EM and the semantic sickness network it constitutes and expresses for a given sickness episode that socially produce the natural history of illness and assure that it, unlike the natural history of disease will differ for different health Care Systems” (25)

La enfermedad mental no se encuentra vinculada ni a la edad, ni al sexo, ni a las creencias o religión, pero son factores determinantes durante el curso, desarrollo y evolución de la enfermedad. Pues de ellos dependerá la percepción y vivencia del sujeto para seleccionar el modelo de atención, el tratamiento y la manera de abordar la situación. Para poder dar una posible respuesta o solución a sus problemas se valen de la utilización de diferentes sistemas o modelos de atención, demostrando que estos modelos no son excluyentes, sino que resultan complementarios. Dentro de estos sistemas de atención los más referidos y utilizados son: la medicina tradicional, naturalista y la mágico-religiosa; aunque, cabe decir, que existe cierta reticencia a utilizar “las otra medicinas”, lo cual está relacionado con el desconocimiento de ellas.

La locura es algo que se crea, no se nace con ella. Es una construcción social sacada de los imaginarios de nuestra sociedad, pues ella es la que siempre ha marcado la frontera entre la normalidad y la anormalidad (26).

Para muchos, el loco es un enfermo mental que hay que reinsertar en la sociedad, pero a la hora de la verdad, queremos al loco recluido, en un lugar del que no pueda

salir, fuera de nuestro alcance, pues en el fondo nos da miedo. Por ello, desde una aproximación cualitativa es indispensable reconocer la otredad; es decir, *los otros*, aquellos que se muestran diferentes pero que se encuentran cerca. Aunque algunos, como puede ser la figura del loco, se encuentre todavía bajo el “yugo de los extramuros de la sociedad”. Por ello, las enfermeras necesitamos dar a conocer su voz y así poder minimizar o borrar de nuestra sociedad su estigma social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

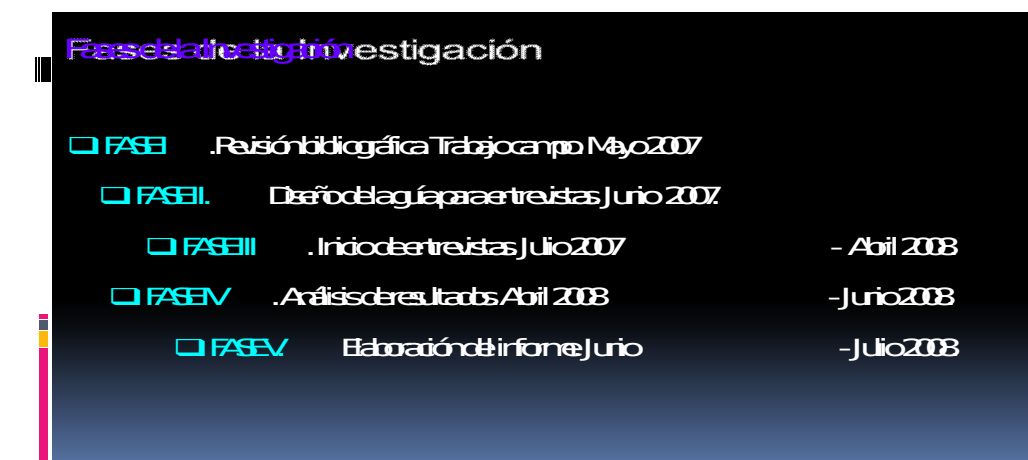
1. La otra información.com. Historia de la locura. Página web. [Consultado el: 10-03-2009]. Disponible en: <http://www.laotrainformacion.com/locura.htm>
2. Canals J. El cuidado en las culturas: cuidado, reciprocidad y estigma social. Ponencia presentada al XVII Congreso de Enfermería en Salud Mental, Zaragoza; 2000.
3. Medina JL. Aprender a cuidar y cuidados profesionales: algunas reflexiones sobre la naturaleza política de la pedagogía y de la práctica del mundo. Ponencia presentada al XVII Congreso de Enfermería en Salud Mental, Zaragoza; 2000.
4. Kleinman AJ, Eisenberg Good B. Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals Int Med.* 1978; 88: 251-8.
5. Helman C. *Culture, Health and Illness*. London: John Wright & Sons;1984.
6. Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley: University of California Press; 1980.
7. Comelles JM, Martínez Hernández A. *Enfermedad, Cultura y Sociedad: Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Madrid: Eudema; 1993.
8. Lipson JG. Cultura y Cuidados de Enfermería. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2000; 28-29. [Consultado el: 8-03-2007]. Disponible en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29\\_articulo\\_19-25.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php)
9. Holmes J. Narrative in psychiatry and psychotherapy: the evidence? *J. Med Ethics.* 2000; 26:92-6
10. Toombs SK. The meaning of illness: a phenomenological approach to the patient-physician relationship. *Med Philos.* 1987; 12:219-40.
11. Uribe C A. Narración, mito y enfermedad mental: Hacia una psiquiatría cultural. *Revista Colombiana Psiquiatría.* 1999; 28 (3):219-38.
12. Osorio-Carranza R M. Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. México, DF: Instituto Nacional Indigenista/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 2000.



13. Di Silvestre C. Somatización y Percepción Subjetiva de la Enfermedad. Cinta de Moebio. Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales [revista on line] 1998. [Fecha de acceso: Enero 2008]; 4. Disponible en: <http://www.moebio.uchile.cl/04/silvestre.htm>
14. Menéndez EL. El modelo médico y la salud de los trabajadores. En Basaglia F et al. La salud de los trabajadores. México, DF: Nueva Imagen; 1978. p. 11-53.
15. Comelles JM. De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual. III Jornadas Aragonesas de Educación para la Salud. Teruel, Septiembre de 1997.
16. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: consejo Internacional de Enfermeras; 1971.
17. Henderson V. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: McGraw-Hill- Interamericana; 1994.
18. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley: University of California Press; 1980.
19. Garcés J, Martínez MA. Necesidades colectivas y servicios sociales. Alicante: Instituto de Cultura; 1992.
20. Good B. Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
22. Valdés Marrero C. Holismo en enfermería. Revista ciencias.com. [Revista on line] 2005. [consultado en: Noviembre 2009]. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEEFuEVluEGkoxdpYZ.php>
23. Alba R. Teorema de Thomas y efecto Pigmalion 2007. Página web. [Consultado en: Mayo 2008]. Disponible en: <http://platea.pntic.mec.es/ralba/gestor/index.php?/archives/79-Teorema-de-Thomas-y-efecto-Pigmalion.html>
24. Merton R. Social Structure and Anomie. En: Merton R. Social Theory and Social Structure. Glencoe: Free Press; 1957.
25. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley: University of California Press; 1980.
26. Devereux G. Normal and abnormal. En: Casagrande J, Glad T, editores. Some uses of anthropology. Theoretical and applied. Washington DC: Anthropological Society of Washington; 1956. p. 11-135.

## ANEXOS I: CRONOGRAMA DE LA INVESTIGACIÓN

Cronograma de la investigación. Elaboración propia.



## ANEXOS II: GRÁFICOS Y TABLAS

Gráfico 1. Muestra seleccionada. Elaboración propia.

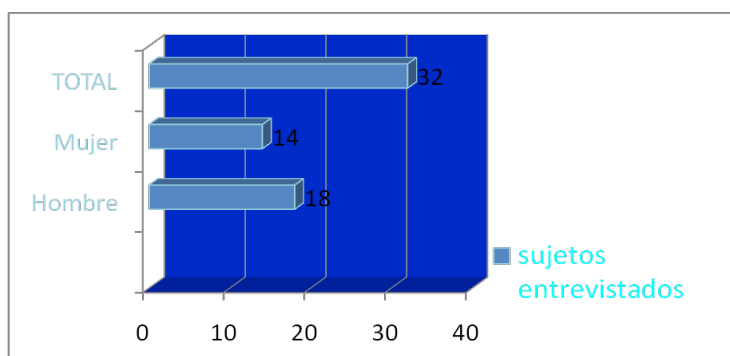
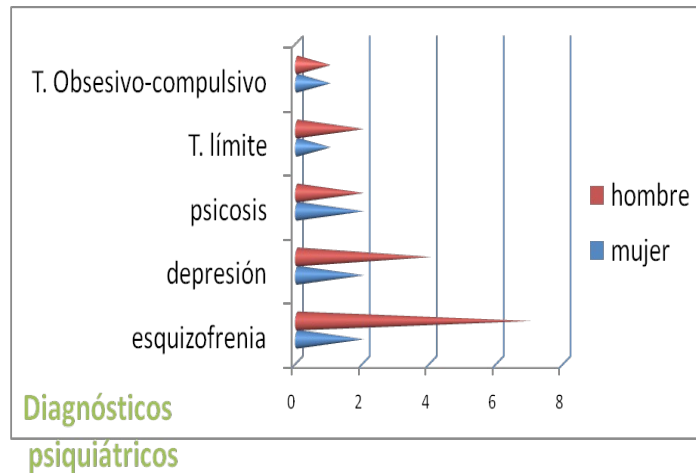


Gráfico 2. Intervalos de edad. Elaboración propia



**Gráfico 3. Diagnósticos prevalentes .Elaboración propia**



**Tabla 1. Tipo de religión. Elaboración propia**

TIPOS DE RELIGIONES	Católico Practicante	Católico no practicante	No creyente	Otras religiones	No valorable/ no quiere contestar	No le interesa
	7	10	5	1 evangélico 1 musulmán	7	1
TOTAL: 32	7	10	5	2	7	1

**ANEXOS III: RESULTADOS**

**Ilustración 1. Salud/Enfermedad: Illness- Disease. Elaboración propia**

