

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología



Título:

Influencia de la concepción y percepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana en el 2019

Sustentado por:

Sabrina Sosa Pérez

15-1744

Para la obtención del grado:

Licenciatura en Psicología Clínica

Asesora:

Hilda Aquino, M.A.

Santo Domingo, República Dominicana.
Enero, 2020.

Influencia de la concepción y percepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana en el 2019

Índice

AGRADECIMIENTOS	6
DEDICATORIA	7
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.2. OBJETIVOS.....	13
1.2.1 <i>Objetivo General:</i>	13
1.2.2 <i>Objetivos específicos:</i>	13
1.3 JUSTIFICACIÓN	14
1.4 DELIMITACIÓN.....	15
1.5 LIMITACIONES	16
II. MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD MENTAL.....	17
2.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD MENTAL EN LA CULTURA OCCIDENTAL	22
2.2.1 <i>Prehistoria y Edad Antigua.</i>	23
2.2.2 <i>Edad Media.</i>	27
2.2.3 <i>Edad Moderna.</i>	30
2.2.4 <i>Edad Contemporánea.</i>	36
2.3 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD MENTAL EN LA CULTURA ORIENTAL.....	43
2.3.1 <i>Asia del Oeste.</i>	47
2.3.2 <i>Asia del Este.</i>	54
2.3.3 <i>Asia del Sur.</i>	57
2.3.4 <i>Sudeste Asiático.</i>	58
2.3.5 <i>Influencia de la filosofía sobre el trato de la persona con una enfermedad mental.</i>	59
2.4 CONVERGENCIA DE LAS IDEOLOGÍAS DEL MUNDO OCCIDENTAL Y ORIENTAL	60
2.4.1 <i>Cultura y salud mental.</i>	61
2.5 HISTORIA DE LA SALUD MENTAL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA.....	63
2.5.1 <i>Prehistoria y Edad Antigua.</i>	63
2.5.2 <i>Edad moderna.</i>	64
2.5.3 <i>Edad Contemporánea.</i>	65
2.5.4 <i>Siglo XX.</i>	67
2.6 SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL SIGLO XXI	73
2.6.1 <i>A nivel internacional.</i>	73
2.6.2 <i>A nivel nacional.</i>	76
2.7 CONCEPCIÓN Y PERCEPCIÓN SOCIOCULTURAL DE LA SALUD MENTAL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA.....	83
2.8 INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN Y CONCEPCIÓN SOCIOCULTURAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE SU TRATO Y TRATAMIENTO.	113
2.8.1 <i>Globalmente.</i>	113
2.8.2 <i>En la República Dominicana.</i>	114
III. MARCO METODOLÓGICO.....	116
3.1 PERSPECTIVA METODOLÓGICA	116
3.2 DISEÑO INVESTIGATIVO	116
3.3 TIPO DE ESTUDIO.....	116
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO	116
3.5 TIPO DE MUESTREO.....	117
3.6 FUENTES Y TÉCNICAS PARA LA INFORMACIÓN.....	117
3.7 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	117

3.8	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	117
3.9	TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS	118
3.10	FASES DEL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN.....	118
3.10.1	<i>Fase conceptual</i>	118
3.10.2	<i>Fase metodológica</i>	118
3.10.3	<i>Fase teórica</i>	118
3.10.4	<i>Fase de conclusiones</i>	119
IV.	PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	120
4.1	RESULTADOS.....	120
4.2	TABLAS Y GRÁFICOS.....	120
4.3	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	142
	CONCLUSIONES.....	148
	RECOMENDACIONES.....	152
	<i>Ámbito legislativo</i>	152
	<i>Ámbito educativo</i>	153
	<i>Ámbito profesional</i>	153
	REFERENCIAS	154
	ANEXOS	161
	PREGUNTAS DE ENCUESTAS	161
	1. <i>“Percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana”</i>	161
	2. <i>“Influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana”</i>	166

ÍNDICE DE TABLAS

ENCUESTA SOBRE LA PERCEPCIÓN Y CONCEPCIÓN SOCIOCULTURAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN LA REPÚBLICA DOMINICANA.....	84
TABLA 1.1.....	84
TABLA 1.2.....	86
TABLA 1.3.....	87
TABLA 1.4.....	89
TABLA 1.5.....	90
TABLA 1.6.....	91
TABLA 1.7.....	92
TABLA 1.8.....	93
TABLA 1.9.....	95
TABLA 1.10.....	96
TABLA 1.11.....	98
TABLA 1.12.....	99
TABLA 1.13.....	100
TABLA 1.14.....	101
TABLA 1.15.....	103
TABLA 1.16.....	105
TABLA 1.17.....	107
TABLA 1.18.....	108
TABLA 1.19.....	110
ENCUESTA SOBRE LA INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN Y CONCEPCIÓN SOCIOCULTURAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE SU TRATO Y TRATAMIENTO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA.....	120
TABLA 2.1.....	120
TABLA 2.2.....	122
TABLA 2.3.....	123
TABLA 2.4.....	124
TABLA 2.5.....	125
TABLA 2.6.....	126
TABLA 2.7.....	127
TABLA 2.8.....	128
TABLA 2.9.....	129
TABLA 2.10.....	130
TABLA 2.11.....	131
TABLA 2.12.....	132
TABLA 2.13.....	133
TABLA 2.14.....	134
TABLA 2.15.....	135
TABLA 2.16.....	136
TABLA 2.17.....	137
TABLA 2.18.....	138
TABLA 2.19.....	139
TABLA 2.20.....	140
TABLA 2.21.....	141

Agradecimientos

Lo que inició como una incógnita personal, luego de meses de arduo trabajo y dedicación se transformó en el trabajo que presento a continuación. Ha sido un proceso largo y desafiante; pero alegre, estimulante y enriquecedor a la vez. Nada de esto hubiese sido posible sin las personas que impulsaron, apoyaron y motivaron este proyecto.

Mis padres, Minerva Pérez y José Sosa les agradezco por todo. No hubiese llegado hasta aquí sin su apoyo y amor incondicional, la educación que me brindaron y el ambiente estimulante en el cual crecí, factores que me permitieron alcanzar mis metas.

Mis compañeros, de verdad que nunca lo hubiese logrado sin ustedes. Gracias por mantenerme al tanto de las fechas límites y escucharme cuando el estrés se apoderaba de mí.

Mis asesoras, Hilda Aquino y Alexia Jape, por guiarme y acompañarme en este proceso. Siempre motivándome a dar un poco más de mí.

A la profesora Pat Galán por brindarme su apoyo y guía en esta travesía.

A mis familiares y amigos que también me acompañaron y motivaron en el transcurso del trayecto.

Les agradezco a todos.

Dedicatoria

Este trabajo de grado es la culminación de un conjunto de experiencias y preparación, que no hubiese sido posible sin ustedes, mis padres, Minerva Pérez y José Sosa. Cultivaron en mí el pensamiento crítico, amor por la sabiduría y la lectura, lo que impulsó este trabajo. Por eso, quiero dedicarles este, la máxima expresión de su trabajo en mí.

También quiero dedicarle esto a esa persona que luchó, sacrificó noches y días de sueño y diversión y perseveró a pesar de los obstáculos que se presentaron a lo largo del trayecto, a mí, Sabrina Sosa.

Resumen

El modo en que se define a una persona con una enfermedad mental ha evolucionado a lo largo de los siglos. De igual manera lo ha hecho el tratamiento que recibe y el modo en que es tratada. En este trabajo de investigación se realizó un análisis histórico y sociocultural con el objetivo de estudiar la evolución histórica de la realidad social de la persona con una enfermedad mental en el país, para intentar identificar si existe una correlación entre la concepción y percepción sociocultural de las enfermedades mentales sobre el trato que reciben y su tratamiento. El pensamiento humano moldeó los acontecimientos históricos. El análisis de las informaciones obtenidas nos permitió concluir que la definición sociocultural que se mantiene durante cierto período de la historia determina como se percibe a la persona con enfermedad mental, por tanto, la manera en que se les trata y el tratamiento al que se recurre. Es por esta razón que cada período de la historia, y cada cultura tiene formas de intervención diferentes.

Palabras claves: Enfermedades mentales, concepción, percepción, sociocultural, tratamiento, estigma

Abstract

The way in which we describe a person with a mental illness, has evolved through time. And so, did the treatment they received and the way in which they were treated. In this research paper we did an historic and sociocultural analysis that allowed us to study the historical evolution of the social aspect of a person with a mental illness in the country. The reason behind this, was to try to identify the correlation between the conception and sociocultural perception of mental illnesses on the way in which a person treats an individual with a mental illness and the treatment they think it's best. Human cognition shaped world history. The sociocultural definition that ruled over a certain period of time determined the way in which a person with mental illness was perceived, and because of this, treated and the treatment used. This is reason why each period of history, and each culture has different treatment options.

Key words: Mental illness, conception, perception, sociocultural, treatment, stigma.

I. Introducción

“Aspiro, no solo a su simple lectura, sino también a la meditación acerca del problema de las enfermedades mentales, que en nuestro país adquiere grandes proporciones” (Zaglul. 1998, p. 6).

Los trastornos mentales han sido parte de la experiencia humana desde el inicio de los tiempos, pero la concepción de su naturaleza fue muy poco estudiada y comprendida por nuestros antepasados. Debido a que las enfermedades mentales no siempre tienen evidencias físicas que les caractericen, el entendimiento de algo que no se puede ver ni en lo que, en esos momentos, se podía realizar experimentos, influyó mucho en la manera en la que en la antigüedad se describían. Nuestros antepasados se apoyaron en lo sobrenatural y mágico-religioso para intentar explicar estos fenómenos extraños que distorsionaban el curso de pensamiento o comportamiento de una persona sin ninguna evidencia física. Estas explicaciones, tuvieron como resultado que se instauraran alrededor de las enfermedades mentales teorías sobre su origen que distaban mucho de la realidad científica. A medida que el pensamiento crítico y científico evolucionó, las sociedades encontraron nuevas maneras de describir y reconocer aquellos patrones de pensamiento y comportamiento que diferían del de la población general.

La evolución de dicho pensamiento depende de las condiciones históricas, políticas, económicas, religiosas, científicas, climáticas, entre otras, de cada nación. A medida que estas condiciones cambian, así lo hace la concepción sociocultural.

La correlación entre el pensamiento e ideología sobre el comportamiento ha sido vastamente estudiado. El hecho de que en distintos períodos históricos las enfermedades mentales hayan sido definidas de diferentes maneras, así como utilizados distintos métodos de intervención, nos llevan a interrogarnos sobre la relación entre dicha concepción

sociocultural y los tratamientos y la condición en que las personas con enfermedades mentales fueron tratadas.

En la República Dominicana se mantienen concepciones desactualizadas y erróneas sobre las enfermedades mentales, lo que puede que haya contribuido a la perpetuación de mitos, estereotipos y estigma alrededor de las mismas. Estudiar, delimitar y analizar la cadena de eventos que forjaron el panorama actual de la situación de las enfermedades mentales en el país, se considera relevante para determinar sí, de hecho, el mantenimiento del estigma y demás problemáticas, se debe a la concepción y percepción sociocultural de las enfermedades mentales, consecuencia del desarrollo histórico de las mismas.

Con el siguiente trabajo se espera conocer los factores que influyen sobre dicho fenómeno con el objetivo de iniciar un movimiento que desencadene un cambio de paradigma de las enfermedades mentales, que lleve finalmente a su normalización social.

1.1. Planteamiento del problema

Ser diagnosticado con una enfermedad mental en el país significa cargar con una cruz de vergüenza, pena y dolor. El estigma alrededor de las mismas convierte la búsqueda de tratamiento en una de vergüenza y secretismo. Son muchas las personas que no acuden a terapia, a pesar de presentar situaciones que obstaculizan su vida, por miedo y vergüenza a ser catalogado de loco o de intentar llamar la atención.

Socialmente, se convierten en objeto de burla y preocupación. Se cree que la razón detrás de esta situación se encuentra en la concepción y percepción de las mismas por parte del ciudadano común, la cuál está íntimamente ligada a la evolución histórica que ha tenido el trato y tratamiento de las enfermedades mentales en el país. Cada fragmento de la historia ha tenido como resultado la concepción y percepción sociocultural de las enfermedades mentales que se mantienen hoy en día.

La elección de este tema para el desarrollo del siguiente trabajo de investigación nace ante la necesidad de cambiar la manera de pensar del pueblo sobre la salud mental, desmitificar las concepciones erróneas que rodean las enfermedades mentales, eliminar el tabú, la vergüenza y exponerlas como enfermedades reales que afectan la calidad de vida de las personas, y fomentar la asistencia a terapia. Pero, cambiar los patrones de pensamiento instaurados y mantenidos a lo largo de generaciones no es fácil. Hay que identificar las principales y más importantes concepciones erróneas sobre las enfermedades mentales que se han mantenido a lo largo de los siglos y que impiden su evolución científica.

Normalizar las visitas al psicólogo para tratar las “enfermedades del alma” debe ser visto con igual importancia que visitar al doctor para tratar las enfermedades físicas.

Se plantea que la manera en que las personas perciben e interiorizan la información sobre las enfermedades mentales tiene un efecto directo en la búsqueda de tratamiento, en

el trato hacia los que tienen alguna enfermedad mental, y poder llevar una vida funcional integrado a la sociedad.

No es extraño escuchar a las personas llamar a los que tienen alguna enfermedad mental “loco”, “lunático”, “anormal”, “estúpido”, términos utilizados en la Edad Media para denigrar y estigmatizar al enfermo mental. Que se utilicen de manera despectiva estos términos en pleno siglo XXI nos lleva a hipotetizar que la concepción de las enfermedades mentales en el país se encuentra alejada de la real, por lo que es necesario traer la salud mental al siglo XXI.

1.2. Objetivos

1.2.1 Objetivo General:

Establecer como influye la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Analizar la evolución histórica de el tratamiento de enfermos mentales en el país.
- Analizar la evolución histórica del trato hacia el enfermo mental en el país.
- Determinar las principales concepciones socioculturales sobre las enfermedades mentales en el país.
- Determinar el impacto del movimiento de concientización de las enfermedades mentales e inclusión en el trato y percepción de las personas con enfermedades mentales.
- Establecer un análisis comparativo de la evolución sociocultural de las enfermedades mentales entre el mundo Oriental y Occidental.

1.3 Justificación

Se ha observado la transformación que ha sufrido la definición de lo que representa una persona con una enfermedad mental a lo largo de la historia. Esto ha generado una interrogante sobre los factores que inciden en que personas de diferentes periodos de la historia observen un mismo fenómeno o patrón de comportamiento y lo definan de manera diferente.

Se cree que la variación de la definición es consecuencia del pensamiento sociocultural que se mantiene durante cierto período de la historia. Determinar entonces, el impacto en el cambio de concepción, y su posible efecto sobre el comportamiento dirigido hacia el campo de la salud mental podría ser la base mediante la cual se reestructure el modelo sociocultural actual que oprime y discrimina a una persona con una enfermedad mental.

Campañas nacionales e internacionales de concientización sobre las enfermedades mentales en el país se han basado en esta línea de pensamiento para iniciar un proceso de revolución de la percepción por parte del pueblo de las enfermedades mentales y la persona con alguna enfermedad mental. Instituciones públicas y privadas han modernizado sus instalaciones y técnicas de procedimientos. Así como sus atenciones, unidades de diagnósticos y tratamiento. Este cambio, aunque lento, parece tener la meta final de dignificar la vida del paciente mental, mediante el restablecimiento de sus capacidades, proveyendo las herramientas para su integración a la sociedad llevando una vida normal y feliz; además de expandir la psicología a todo el país.

Sin embargo, se considera que para que pueda ocurrir un cambio significativo en el campo de la salud mental, no basta con mejorar las edificaciones o programas dirigidos a la misma, sino que se debe atacar la problemática desde un nivel mucho más profundo: el cognitivo. Se cree que, mediante la modificación del patrón de pensamiento social, se puede

lograr un impacto mucho más significativo sobre la resistencia que se mantiene ante el cambio. Una revolución cognitiva podría mejorar todas las esferas del campo de la salud mental. Sus cambios se apreciarían en la transformación de la manera en que las personas son percibidas, por ende, tratadas y los tratamientos a los que se recurren.

Pero, para señalar y comprender dicho patrón de pensamiento y la importancia de la concepción sociocultural de las enfermedades mentales sobre el trato y tratamiento que reciben las personas, se hace imprescindible enfocar la mirada al pasado y analizar el camino que se ha recorrido en busca de la normalización de las enfermedades mentales, para poder analizar así su devenir histórico e intentar influir sobre este.

Se cree que la evolución histórica de la concepción sociocultural que se ha mantenido en el país ha sustentado, a lo largo de generaciones, el tabú y estigma social que se mantiene hoy en día hacia las enfermedades mentales. En la mayor parte de los casos, debido a la ignorancia o falta de interés. Como resultado, la historia de las enfermedades mentales ha sido sangrienta, dolorosa y deshumanizante, con cambios casi imperceptibles en su trato y tratamiento.

Con la elaboración del siguiente trabajo se espera señalar los principales factores que inciden sobre el rezago e incompreensión del campo de la salud mental, desde un punto de vista objetivo, para iniciar las bases que inicien la revolución cognitiva, que llevará a su normalización y dignificación.

1.4 Delimitación

Se trata de un trabajo mayormente basado en documentos históricos, por lo que el estudio no se limita a un país o período histórico, sino más bien que se extiende a varias partes del mundo, a través de los años.

1.5 Limitaciones

La mayor parte de la información disponible sobre República Dominicana se limita a la historia de las enfermedades mentales en Santo Domingo. El contenido de información de historia de otras provincias es muy limitado y en algunos casos, inexistente.

Debido a esto, gran parte de la recopilación histórica se enfocará a acontecimientos ocurridos en la ciudad de Santo Domingo.

II. Marco Teórico

2.1 Evolución histórica de la salud mental

Analizar el pasado es la mejor manera de predecir el futuro. Al conocer la historia de las enfermedades mentales, se espera aprender de los errores del pasado para alcanzar la normalización y eliminación de el tabú alrededor de las mismas. Para esto, se hace de suma importancia conocer los diferentes períodos de la historia y lo que les caracterizó, pues esto nos ayuda a identificar y comprender la influencia de la concepción sociocultural de las enfermedades mentales en los diferentes períodos.

Intentar englobar la evolución histórica de la salud mental en un acontecimiento, es erróneo y poco objetivo. Cada nación del mundo ha tenido un desarrollo histórico, económico, político, social y religioso diferente. Estos factores han influenciado el devenir histórico de cada nación, diferenciándole de las demás.

Por lo tanto, para conocer la evolución histórica de la salud mental es imperativo clasificar los países de nuestro universo en dos: los pertenecientes a la cultura occidental y aquellos de la cultura oriental. La división realizada de “dos culturas”, se hace para agrupar a el conjunto de países que comparten rasgos culturales, religiosos y políticos similares. Aclarando que los países que componen estas denominadas culturas, aunque comparten ciertos rasgos, difieren en muchas esferas, son naciones independientes con culturas e idiomas diferentes. Las diferencias religiosas, políticas, geográficas, económicas y sociales implicaron diferencias en las formas de pensar y actuar, lo que alteró significativamente el curso de la historia en estas dos denominadas culturas.

Esta clasificación se realiza para conocer la mayor parte de los factores que influyen sobre la evolución histórica de la concepción y percepción de las enfermedades mentales, y como esta a la vez, influye como es tratado e intervenido el individuo con una enfermedad mental en cada país.

Previo a la exploración de estas informaciones, es preciso plantear algunos parámetros que sirvan de ejes conceptuales sobre los que apoyar la lectura interpretativa del trabajo.

Trastorno mental: El DSM V (2013) define un trastorno mental como una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.

El CIE-10 lo utiliza para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo (Consuegra Anaya, 2011)

Trastorno depresivo mayor: El DSM V (2013) lo define como la desregulación disruptiva del estado de ánimo. Los episodios de al menos dos semanas de duración implican cambios en el afecto, cognición y funciones neurovegetativas. Caracterizados por un estado de ánimo deprimido, la pérdida de interés o de placer, aumento o bajada de peso.

Trastorno bipolar: El DSM V (2013) lo divide en trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y trastorno ciclotímico. El diagnóstico se realiza dependiendo de los criterios de episodios que la persona presente. Al hablar de trastorno bipolar hablamos de tres tipos de episodios.

Episodio maníaco, caracterizado por un periodo de estado de ánimo persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento de la actividad o energía durante al menos una semana. Durante este periodo, la persona puede demostrar un aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza, disminución de la necesidad de dormir, hablar mas de lo habitual, fuga de ideas, facilidad de distracción, aumento de la actividad dirigida

a un objetivo y participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas. Muchas veces requiere hospitalización.

Episodio hipomaniaco, caracterizado por síntomas similares al episodio maniaco, pero con una duración mínima de cuatro días consecutivos, con un cuadro que no requiere hospitalización.

Episodio de depresión mayor, caracterizado por un estado de ánimo deprimido y pérdida de interés o placer, por al menos dos semanas.

El trastorno ciclotímico se caracteriza por episodios, de al menos dos años, con síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio hipomaniaco y numerosos periodos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio de depresión mayor.

Espectro de la esquizofrenia: El DSM V (2013) lo caracteriza por la aparición de delirios, alucinaciones, pensamiento y discurso desorganizado y comportamiento motor desorganizado.

Los delirios son creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. Las alucinaciones son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. El pensamiento desorganizado se infiere a partir del discurso del individuo. El sujeto puede cambiar de un tema a otro, o dar respuestas sin ninguna relación a la pregunta que se le hace.

El comportamiento motor desorganizado puede evidenciarse por problemas para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a un objetivo.

El comportamiento catatónico es una disminución marcada de la reactividad al entorno. Oscila entre la resistencia a llevar a cabo las instrucciones, la adopción mantenida de una postura rígida, y la ausencia total de respuestas verbales o motoras. También puede incluir actividad motora sin finalidad y excesiva sin causa aparente. Otras características

son los movimientos estereotipados repetidos, la mirada fija, las muecas, el mutismo y la ecolalia. Los síntomas negativos más prominentes son la expresión emotiva disminuida y la abulia.

Tratamiento: La RAE define el tratamiento como un conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad.

Terapia: “Del griego therapéia, abstracto de therapeuo, “yo curo”. Es el conjunto de acciones y estrategias que se realizan sobre una persona, mediante intervención o tratamiento físico, químico o psicológico cuyo fin es curar, aliviar o prevenir un mal o perturbación” (Ander-Egg, 2016).

Evolución histórica: La RAE define la evolución como una serie de transformaciones continuas que va experimentando la naturaleza y los seres que la componen. Y define historia como el conjunto de los sucesos o hechos políticos, sociales, económicos, culturales, etc., de un pueblo o una nación.

Por lo tanto, cuando hablamos de la evolución histórica hablamos de la serie de transformaciones continuas de los sucesos de una nación.

Psicofármacos: “Los psicofármacos son aquellos fármacos utilizados para el tratamiento de los trastornos psicológicos. Se trata de sustancias químicas que actúan sobre el sistema nervioso, modificando la actividad psíquica y los procesos mentales y emocionales” (Salazar, Peralta y Pastor, 2012).

Percepción: Proceso mental mediante el cual las sensaciones se clasifican, identifican y arreglan en patrones significativos (Morris y Maisto, 2009).

Concepción: El Diccionario de uso del español de América y España (2002) lo define como la idea, opinión, o manera de entender cierta cosa.

Tabú: La RAE indica el origen de la palabra en el polinesio tabú “lo prohibido” y la define como la condición de las personas, instituciones y cosas a las que no es lícito censurar o mencionar.

Edad Antigua: Período de la historia comprendido desde el inicio de la humanidad hasta el siglo V, con la caída del Imperio Romano. Abarca desde el inicio de la humanidad hasta el año 476 d.C.

Edad Media: Período de la historia comprendido desde la caída del Imperio Romano hasta el encuentro de las culturas europeas y americanas en el siglo XV. Abarca desde 476 hasta 1492.

Edad Moderna: Período de la historia comprendido desde el encuentro de las culturas europeas y americanas hasta la Revolución Francesa en el siglo XVIII. Abarca desde 1492 hasta 1789.

Edad Contemporánea: Período de la historia comprendido desde la Revolución Francesa hasta la actualidad. Abarca desde 1789 hasta el 2019.

Renacimiento: Movimiento cultural y artístico que surgió entre los siglos XV-XVI.

Ilustración: Movimiento ideológico e intelectual que surgió en el siglo XVIII.

Primera Guerra Mundial: Conflicto bélico internacional que inició en 1914 y terminó en 1918.

Segunda Guerra Mundial: Conflicto bélico internacional que inició en 1939 y terminó en 1945.

Evolución histórica de la salud mental

2.2 Evolución histórica de la salud mental en la cultura Occidental

El concepto de enfermedad mental ha sufrido grandes transformaciones a lo largo de los distintos periodos de la historia. Estos conceptos reflejaron los pensamientos y creencias de la época sobre las personas con enfermedades mentales, el origen de las mismas, la influencia de ciertos factores sobre el comportamiento, el rol de lo sobrenatural y demás. El grupo de ideas sobre lo que se piensa caracteriza a las enfermedades mentales es la concepción que la sociedad tiene sobre las mismas.

La famosa declaración de Ebbinghaus (1908): "La psicología tiene un largo pasado pero una historia corta" refleja la situación de la psicología tanto en el área académica como en su práctica en todo el mundo. La psicología como la conocemos hoy en día es relativamente nueva. El estudio científico, y en cualquier caso el estudio, de las enfermedades mentales es un fenómeno reciente. La verdad es que la historia de las enfermedades mentales es una muy oscura, sangrienta y deshumanizante.

Edwin Ackerknecht (citado en Lispon, 2000) dijo que "las enfermedades y sus tratamientos son puramente biológicos, solamente en abstracto. Si una persona enferma, el tipo de enfermedad que adquirió o el tipo de tratamiento que recibe, dependen en gran parte de factores sociales". Siguiendo el lineamiento de este postulado, mediante el siguiente recuento histórico descubriremos la influencia de las ideologías, religiones, política y situación económica en la historia del trato hacia la persona con una enfermedad mental.

Al enfocar nuestra atención en la cultura occidental hacemos referencia al conjunto de países cuya base histórica está sentada en los cimientos de las culturas griegas, romanas y egipcias.

2.2.1 Prehistoria y Edad Antigua.

Chamanismo y trepanación.

Según las investigaciones referidas por Pickren y Zimbardo (2015) realizadas por el historiador de la psicodinámica Henri Ellenberger y el psicoanalista e historiador Sudhir Kahar, la práctica del chamanismo constituyó la primera psicoterapia del mundo primitivo. Esta práctica, al igual que la trepanación alcanzaron una expansión global, desde Europa a Centroamérica y Sudamérica. En investigaciones arqueológicas en una fosa funeraria en Francia con 120 calaveras prehistóricas datadas del 6500 a.C, 40 tenían agujeros de trepanación. Este hecho concretiza la importancia y expansión de la misma en el mundo primitivo. Galeno refirió las mismas en sus escritos, describiéndolas como métodos para aliviar la presión en el cerebro.

Debido a la relevancia del fenómeno, este fue discutido y retratado por varios artistas a través de los milenios. Una de las más famosas representaciones de la práctica de la trepanación nos ha sido transmitida por El Bosco en su obra “La extracción de la piedra de la locura”. Como señala Silva (2016) este personifica la concepción de las enfermedades mentales en ese período de la historia, donde se creía que el origen de la locura se encontraba en una piedra alojada en el cerebro, la que debía extirparse para recuperar las capacidades alteradas.

La trepanación y el chamanismo, las formas de psicoterapia más primitivas, surgieron y se implementaron en diferentes culturas localizadas en distintas partes del globo terráqueo. Culturas y agrupaciones sin contacto unos con otros implementaron las mismas técnicas para tratar las enfermedades mentales. ¿A qué se atribuye la aparición paralela de los mismos métodos de intervención en sociedades sin contacto unas con las otras? La explicación se puede extender sobre diferentes puntos de vista: histórico, antropológico,

sociológico, psicológico entre otros. Pero el factor que se considera de mayor impacto es la concepción que compartían estas sociedades sobre las enfermedades mentales. Al tener concepciones similares de las mismas, desarrollaron métodos de intervención similares enfocados a mejorar, curar o enfrentar las mismas situaciones.

En este período de la historia, se atribuía un origen sobrenatural a las enfermedades mentales, Salaverry (2012) especifica que las culturas más complejas la atribuían a los dioses, mientras que las más primitivas a demonios o fuerzas naturales.

Al ser las alteraciones comportamentales y cognitivas ocasionadas por fuerzas malignas que ejercían poder sobre la persona, es natural comprender la expansión global de estos métodos utilizados enfocados a eliminar o alejar estas fuerzas malignas.

Durante este periodo de la historia era mucho lo que el ser humano desconocía, y en muchos ámbitos, recurrió a lo místico y religioso para explicar los acontecimientos que desconocía. La explicación de las enfermedades mentales se vio apoyada en estas explicaciones, lo cual forjó su devenir histórico.

La teoría de los humores.

La concepción sobrenatural de las enfermedades mentales se mantuvo por miles de años hasta el florecer científico que acaeció en Grecia impulsado por aquellos que intentaban explicar el mundo desde un punto de vista naturalista y racional. Pickren y Zimbardo (2015) señalan la divulgación de la teoría humoral de Hipócrates, la cual definía la salud como el equilibrio de cuatro humores: sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla. Un exceso, resultaba en la locura. La divulgación de la teoría de los humores hacia el siglo IV a.C, marca el inicio, según Salaverry (2012) de la interpretación naturalista de las enfermedades mentales.

La teoría humoral revolucionó el campo de la salud mental, prevaleciendo por más de 2,000 años. Una nueva concepción de las enfermedades, debía traducirse a nuevos métodos de tratamiento, Finkielman (2011) señala la aparición de la sangría, como el método de intervención resultante. El mismo fue introducido por Galeno para equilibrar los humores.

Al iniciar el estudio de las enfermedades desde un punto de vista biológico y no sobrenatural, se expande el repertorio de tratamientos de la época. Hipócrates presta atención a los factores que influyen sobre el desbalance y señala la moderación y una vida sana para el tratamiento de las enfermedades. “Lo natural era estar sano y si surgía una enfermedad era por un desbalance de lo físico o psíquico” (Gaarder, 2011). Los nuevos tratamientos dotaron al individuo de control sobre su estado mental y físico. Al indicarse una alimentación balanceada y la práctica de ejercicio como método profiláctico y de intervención ante el desbalance de los humores, por primera vez, el individuo tiene control sobre su destino. Ya la salud mental no depende de fuerzas externas, sobre las que no se tiene ningún control, pero más bien, de decisiones y situaciones que el individuo puede manipular.

La búsqueda de explicaciones naturales a los eventos y situaciones cotidianas inició por los filósofos de la naturaleza, quienes intentaron determinar los elementos que componían la naturaleza. Así sentaron las bases sobre las que Hipócrates redefinió el concepto de enfermedad mental y explicó la diversidad de la existencia humana. Los filósofos de la naturaleza hablaron de los cuatro elementos que componían el mundo: el aire, el fuego, la tierra y el agua. Hipócrates identificó estos elementos en los cuatro humores que creaban la experiencia humana y explicó como la diferencia de proporción en la que se encontraban en cada persona difería, lo que explicaba las diferentes personalidades, comportamientos y experiencias.

Galeno no solo se inspiró del trabajo de Hipócrates para introducir la sangría como método de tratamiento, sino que también se apoyó para ampliar su teoría de personalidad. Pickren y Zimbardo (2015) indican que identificó a una persona sanguínea como confiada y alegre donde domina la sangre, y a una personalidad flemática como calmada y nada emocional. La bilis amarilla predomina en la personalidad colérica que define como enojada. La personalidad melancólica, donde predomina la bilis negra, es triste y sombría. Señala la personalidad ideal como aquella resultante de la mezcla de estos humores.

Las observaciones, teorías y recomendaciones de Hipócrates y Galeno permanecieron por años como fuente de estudio científico y sentaron la base para el desarrollo de tratamientos médicos a través de la historia de la humanidad. En nuestros días, es aún palpable la influencia de la teoría en distintos ámbitos del desarrollo humano. Aunque el término de teoría de los humores ha sido desplazado, si encontramos vestigios de la misma en teorías de personalidad aún vigentes.

La recomendación de una dieta balanceada y una rutina de ejercicios es sumamente relevante y defendida por nuestros psicólogos contemporáneos.

El legado de Hipócrates, trascendental y transformador cambió el rumbo de la historia al revolucionar el pensar colectivo proponiendo causas biológicas a las enfermedades mentales.

2.2.2 Edad Media.

La enfermedad mental como castigo divino.

La Edad Media, también referida como “El Oscurantismo” por la inhibición del desarrollo de las ciencias, reflejo de la represión del pensamiento científico, aniquiló los avances científicos y culturales de el mundo antiguo.

La salud mental sufrió un gran golpe. La ideología medieval desplazó la concepción biológica de las enfermedades de Hipócrates y su tratamiento basado en observaciones científicas por la concepción de intervención de fuerzas sobrenaturales, lo que significó el retorno de la salud mental a la época primitiva. Salaverry (2012) documenta que se reestableció la definición de enfermedad como un castigo divino o posesión demoníaca, que debía ser tratada por el sacerdote.

Nuevamente, ocurre un cambio de paradigma en relación a las enfermedades mentales. Con una nueva concepción etiológica surgen nuevos métodos de intervención. Con el objetivo de liberar el alma de las fuerzas sobrenaturales que causaban el malestar, se popularizan los exorcismos, la penitencia, los castigos físicos y la quema en la hoguera.

Las personas con enfermedades mentales fueron apodados dementes, lunáticos, anormales, brujos, hechiceros, endemoniados y sometidos a vivir una vida de terror.

Foucault (2015) escribió sobre el trato hacia los enfermos mentales y los métodos utilizados contra estos durante este período. Menciona que algunos fueron expulsados de las ciudades; abandonados en campos apartados y puestos en un barco sin timón en medio del mar.

Ser enfermo durante la Edad Media personificó el horror de ser atormentado por monstruos internos y externos.

2.2.3 *El Renacimiento.*

El Renacimiento significó para Europa Occidental un despertar cultural e ideológico. Los eruditos de la época, exasperados por el estilo de vida represivo y restringido que mantenían, iniciaron un movimiento para admirar las culturas pasadas, en especial, las griegas y romanas. Llamaron a la restauración del hombre como personaje central de la historia, el cual había sido olvidado y subordinado a las ideas teocéntricas de la época. Se llamó a rescatar el conocimiento y estilo de vida de los antepasados. Este despertar abarcó muchas áreas de la existencia humana y los enfermos mentales esta vez no fueron olvidados.

Las ideas renacentistas enfrentaron el trato inhumano que recibían las personas con enfermedades mentales y promovieron la creación de instituciones para acogerles. Los historiadores difieren del motivo real detrás de la creación de estas primeras instituciones. Algunos alegan que se establecieron para mantenerles apartados de la sociedad y contenidos en un espacio, otros citan que se instauraron para ayudarles y cuidarles.

De igual manera, difieren sobre la primera institución creada. Aliño y Claramunt (1966) marcan el 15 de mayo de 1410 cuando el rey de Valencia, Don Martín el Humano, firmó el Real Decreto con el que se constituyó el “Hospital de Ignoscents, folls e orats”, el primer manicomio del mundo cristiano-occidental. Andrews, Briggs, Porter, Tucker y Waddington (1997) difieren y reconocen el Hospital Bethlem de Londres como el primer manicomio del mundo occidental.

Sea cual sea la primera de estas instituciones, o el real motivo detrás de su creación, las mismas no gozaron de gran popularidad hasta el siglo XVII, ya que según documentan Pickren y Zimbardo (2015) antes de esta época, las personas con enfermedades mentales estaban bajo la tutela de sus familiares o vagando por las calles. Era inusual internar a una persona hasta bien entrado el siglo XVII. Y una vez internos, no recibían tratamiento, sino que se limitaban a encontrarse asilados en el hospital.

El Renacimiento encaminó a la Europa Medieval a la revolución del mundo de la salud mental. Al transformar el pensamiento social e integrar los conocimientos de las civilizaciones antiguas, los eruditos de la época promovieron el respeto y reconocimiento de los derechos de las personas con enfermedades mentales y la importancia de un trato mas humanizado.

A pesar de que aún se necesitarían siglos para apreciar un verdadero cambio en la organización del mundo de la salud mental, se reconocen las ideas y reflexiones pioneras de este movimiento sobre la evolución conceptual de las enfermedades mentales.

2.2.3 Edad Moderna.

Inicio del tratamiento de las enfermedades mentales.

Sin importar la postura que se tome en relación al hospital psiquiátrico más antiguo del mundo occidental, los historiadores convergen en el trato que recibieron las personas dentro de estas instituciones. Pileño, Morillo, Salvadores y Nogales (2003) relatan que a los internos del Hospital de Inocentes se les obligaba a trabajar, pues se creía que la inactividad podía perturbarlos más. Los hombres trabajaban en la granja, el jardín, la limpieza y en los servicios. Las mujeres cosían, tejían o confeccionaban vestidos. Si eran desobedientes o se mostraban furiosos, se les azotaba o se les encerraba en jaulas o gavias.

Las personas con enfermedades mentales no fueron los únicos residentes en los hospitales. La gama de individuos y las situaciones bajo las que eran confinados variaba desde, según recuenta López (1988) individuos llevados por su familia, enviados por las autoridades eclesiásticas o militares, u hospitales donde habían manifestado conductas desadaptativas; hasta los enviados por la Inquisición, los centros penitenciarios por exhibir una conducta desviada o los que vagaban por las calles "haciendo locuras".

Foucault (1982) señala como en el 1656, en lo que se conoció como El *Gran Encierro*, por el confinamiento que alcanzó cifras elevadas, fueron enviados a hospitales psiquiátricos en Francia, criminales, prostitutas, mendigos, librepensadores, blasfemos y homosexuales.

Los hospitales psiquiátricos eran depósitos de personas rechazadas por la sociedad y perseguidas por los gobiernos. El proceso de admisión y las condiciones de sus usuarios no diferían mucho de una prisión. No se hacía ninguna distinción entre un criminal y una persona con una enfermedad mental. Mientras los criminales se encontraban allí para pagar sus crímenes cometidos contra la sociedad, los "locos" eran encerrados por el mero crimen

de conservar patrones de pensamiento y comportamiento que se desviaban del considerado normal por la sociedad en que la vivían, causándole tanto pavor a sus contemporáneos que debían encerrarles para mantenerles alejados. Fueron encarcelados, maltratados y olvidados por la ignorancia de sus aprehensores.

Scull (2006) documenta que Bedlam permitió el acceso de los ciudadanos hasta 1770 para visitar el hospital y a sus usuarios. Los Londinenses lo convirtieron en un centro de entretenimiento, donde la situación de los reclusos representaba un espectáculo de alegría donde cabía lugar la burla y provocaciones.

Con el tiempo, se empezaron a implementar tratamientos dentro de las instituciones, entre las que De Young (2010) enumera las sangrías, purgas y vómitos; el uso de las sillas tranquilizantes, giradoras, las cunas confinantes, mantas húmedas y camisas de fuerza; las inducciones de fiebres y convulsiones, la extirpación de dientes, apéndices, ovarios y secciones de colon; y las lobotomías. Los pacientes fueron girados, drogados, restringidos, cortados, febriles, conmocionados, dopados y más para restablecer su cordura.

Impacto del pensamiento ilustrado sobre la concepción de las enfermedades mentales.

Más que ser intervenidas para restablecer su cordura, las personas confinadas en estas instituciones eran torturadas. El objetivo que se lograba alcanzar era controlar el comportamiento que manifestaba el individuo. La restructuración de los patrones de pensamiento que subyacían el comportamiento y la instauración de un tratamiento a largo plazo incorporando técnicas que disminuyeran los síntomas y permitiera una mejoría del paciente, que facilitara la eventual integración al mundo, aún distaba del pensamiento de la época. Más que tratar, se contenía las situaciones de los ingresados.

El renacimiento fue la antesala de la revolución contra el oscurantismo; la ilustración, nombrada de esta manera por simbolizar la luz encendida por los eruditos en

medio de la oscuridad que consumía Europa, sirvió como el medio que permitiría guiarla a la iluminación total.

El pensamiento ilustrado, a través de la razón y la búsqueda de conocimiento, encendió una luz en la oscuridad que abrazaba el campo de la salud mental en la Europa Medieval. El pensamiento ilustrado revolucionó el tratamiento y forma de intervención de las enfermedades mentales. “El pensamiento de la Ilustración creó optimismo en que la locura podría ser curada, un pensamiento que se vio enfatizado por las publicaciones de asilos europeos de su tasa infladas de curas, incluido el Royal Bethlem Hospital en Londres” (De Young, 2010).

Las ideas ilustradas trajeron esperanza de que estos dementes, una vez considerados seres cuyas almas estaban perdidas en manos de entes sobrenaturales, ahora podían ser curados mediante técnicas de intervención. Ya el objetivo de su estancia en los hospitales psiquiátricos no era la contención y amansamiento, pero el de ayudarles a recuperar la razón para que pudieran, eventualmente reestablecerse en la sociedad.

Con una nueva concepción de las enfermedades mentales, se reforma la percepción de las mismas, al igual que sus métodos de intervención, permitiendo el surgimiento de un nuevo campo de la medicina especializado en el estudio de las enfermedades mentales. Vemos aquí el nacimiento de los alienistas.

“Los médicos de manicomios no se conformaban ya con observar al demente, ahora lo estudiaban, los separan en grupos de acorde a los síntomas que presentaban. Emil Kraepelin, dividió las enfermedades de la mente al igual que se dividían las enfermedades del cuerpo” (Zaglul, 1991).

Los alienistas y el tratamiento moral.

Bajo este cambio de paradigma y pluralidad de intervenciones, entre fines del siglo XVIII y principios del XIX, en Francia, Inglaterra e Italia, Castel (1975) marca el nacimiento de los primeros alienistas, quienes crearon la esperanza de que mediante una cura de aislamiento podrían reintegrar a la sociedad a los llamados enajenados. Su nueva terapia, el tratamiento moral, se basaba en una estrecha relación médico-paciente que permitía entablar un diálogo con el enajenado, promover rutinas que no requerían el uso de la fuerza, y establecer un régimen de aislamiento al que se consideraba capaz de curar por sí mismo.

Gracias al tratamiento moral ocurre un cambio de el paradigma de la concepción de enfermedad mental, donde pasa a considerarse como un estado del que el individuo podía recuperarse con tratamiento adecuado. Se involucró al enfermo en su proceso de tratamiento, ya no tenía un rol pasivo donde debía seguir órdenes o ser sometido a situaciones en contra de su voluntad. Su rol pasó a ser uno activo, donde era escuchado y sus ideas, pensamientos y emociones tomados en cuenta para alcanzar su bienestar mental. Se abrió un diálogo entre paciente y doctor. Los fundamentos de la psicoterapia de nuestros tiempos. “La psicoterapia tiene sus orígenes en la segunda mitad del siglo XIX en el tratamiento moral” (Freedheim, Norcross y VandenBos, 2011). Los alienistas, se especializaban en tratar únicamente a los llamados alienados, estudiando las enfermedades mentales de la misma manera en que se hacían las físicas.

La revolución científica, el renacimiento, la ilustración, fueron factores que contribuyeron al desarrollo de las ciencias luego de años de oscurantismo durante la Edad Media. Los alienistas, apoyados en la ciencia, desarrollaron el arte de escuchar y buscar técnicas y métodos dirigidos a curar a los dementes, de manera civilizada y humana. Fueron

los primeros, desde la época de Galeno e Hipócrates, en la cultura Occidental, en utilizar la ciencia para estudiar, comprender y tratar las enfermedades mentales.

“Los manicomios dejaron de ser centros estáticos, y adquirieron dinamismo. Se diagnosticaron a los enfermos y juntos con los diagnósticos, se comenzó un rudimento de terapéutica. Se trabaja más en el estudio de la psicología anormal de los pacientes, que en remedios para la misma enfermedad” (Zaglul, 1991).

La psicología como ciencia particular

Hasta este período de la historia, la psicología como la conocemos hoy en día no existía. No había un método de estudio ni intervención universal por el cual regirse. El estudio, clasificación e intervención de las enfermedades mentales se hacía de manera particular. Cada individuo utilizaba un método o sistema de clasificación diferente. No había mucha consistencia ni homogeneidad en el estudio y posterior tratamiento de las enfermedades mentales.

El inicio de la psicología como la conocemos inicia cuando Wilhelm Wundt en 1879 establece el primer laboratorio de psicología experimental en la Universidad de Leipzig en Alemania. Oficializando el establecimiento de la psicología como una disciplina académica y ciencia experimental.

Antes de Wilhelm cada individuo había funcionado en aislamiento, realizando sus propios experimentos e introduciendo sus métodos de intervención sin normas o reglas establecidas, ni alguna entidad que velara por la homogenización de las mismas. Aunque se basaban en teorías y experimentos aceptados y conocidos por muchos, cada persona tenía un enfoque diferente en lo referente a el estudio y tratamiento de las enfermedades mentales.

Wundt disipó el individualismo y creó una comunidad científica. Pero, no pasó mucho tiempo antes de que empezaran a surgir desacuerdos entre sus miembros y, aunque

todos sentaban las bases de sus conocimientos en los mismos cimientos, rápidamente se enfrentó la postura conceptual de los psicólogos. Diferían en grandes tópicos que iban desde el objeto del estudio de la psicología, los métodos de investigación hasta los tratamientos a utilizar. La diferencia de ideas da lugar a una separación ideológica dentro de la psicología, la cual ve el nacimiento de las diferentes escuelas psicológicas, cada una con un concepto diferente de las enfermedades mentales y la manera de tratarla.

Leahey (1998) señala las primeras escuelas que surgieron, donde figuran el estructuralismo de Wundt y Titchener, que hacía especial énfasis en las unidades básicas de la experiencia y las combinaciones en las que ocurren. El funcionalismo de William James que desarrolló una teoría funcionalista de los procesos mentales y la conducta. La escuela psicodinámica de Freud que afirmaba que la conducta es resultado de fuerzas psicológicas que interactúan dentro del individuo, a menudo fuera de la conciencia. El conductismo que se basa solo en la conducta observable.

Morris (2011) identifica la razón del fracaso y en ocasiones del abuso a lo largo de la historia en el tratamiento de las personas con perturbaciones mentales como la falta de comprensión de la naturaleza, las causas y el tratamiento de los trastornos psicológicos. Aunque aún queda mucho por conocer sobre las mismas, los avances mas importantes en la comprensión de estos trastornos se remontan a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX. Durante este periodo surgieron tres modelos influyentes que se mantuvieron en conflicto: el modelo biológico, el psicoanalítico y el cognoscitivo-conductual.

2.2.4 Edad Contemporánea.

Inicios de la psicología.

La psicología en el siglo XX.

Morris (2011) describe que, al inicio del siglo XX, la psicología se definía a sí misma como el estudio de los procesos mentales conscientes o inconscientes (psicología dinámica), vistas como unidades discretas y compuestas (estructuralismo) o como un flujo siempre cambiante (funcionalismo).

Con nuevas concepciones de las enfermedades mentales surge una pluralidad de métodos de intervención. El auge de la etiología biológica y genética de las enfermedades mentales impulsa tratamientos dedicados a intervenir directamente sobre el cerebro, provocando el nacimiento de los tratamientos quirúrgicos y la terapia electroconvulsiva.

Pickren y Zimbardo (2015) señalan la psicocirugía, la terapia convulsiva con metrazol, la terapia de choque de insulina, la terapia electroconvulsiva y la lobotomía, como los métodos de intervención más utilizados durante la primera mitad del siglo XX. En los años 60, su popularidad decreció debido a las dudas acerca de su eficacia y la introducción de los psicofármacos.

“En menos de medio siglo, se consigue lo que durante miles de años no se había logrado. La química, la cirugía, la física, la psicoterapia, la malarioterapia, forman un conjunto de éxitos en el tratamiento de los enfermos mentales. Cuando un tratamiento no daba buenos resultados, se usaba otro, y el arsenal terapéutico seguía creciendo todos los días” (Zaglul, 1991).

En un fragmento de lo que duró la Edad Media, se logran cambios importantes y trascendentales en el campo del tratamiento de las enfermedades mentales.

Clasificación de las enfermedades mentales

El estudio y clasificación de las enfermedades mentales se remonta a la Grecia Antigua con Hipócrates, y se extiende hasta los trabajos de Philippe Pinel y Emil Kraepelin, este último considerado el pionero en el sistema de clasificación aún vigente en nuestra época. Los aportes de estos grandes pensadores son inmensurables, pero, la clasificación de las enfermedades fue por mucho tiempo un trabajo individual, con cada pensador realizando sus propias clasificaciones. La unificación de los psicólogos en un gremio permitió que la discrepancia entre diagnóstico disminuyera. Con el tiempo, surgieron instituciones dedicadas a la clasificación de las enfermedades mentales. La clasificación es ahora un trabajo que conlleva la participación de miles de representantes que clasifican, delimitan y definen las enfermedades mentales. Esto permite que exista una homogeneidad en el tratamiento y estudio, así como en el diagnóstico.

Pacheco, Padró, Dávila, Álvarez y Gómez (2015) citan el trabajo pionero de Phillippe Pinel mediante el cual estableció los principios del diagnóstico psiquiátrico moderno, al clasificar las enfermedades mentales en cinco grupos: Melancolía, Manía con delirio, Manía sin delirio, demencia e idiotismo. Inspirado por los trabajos de Pinel, Esquirol divide las enfermedades mentales en: Lipemanía, Monomanía, Manía, Demencia e Idiotez.

Establecer clasificaciones de las enfermedades mentales fue un gran paso que ayudó a estudiar aquellos patrones de pensamiento y conducta similares.

Pacheco *et al* (2015) resaltan el impacto de la clasificación de Kraepelin, las cuales mantuvieron su vigencia durante gran parte del siglo XX, con la única discrepancia relevante de las escuelas psicoanalíticas, quienes crearon sus propios esquemas diagnósticos y clasificatorios.

No fue hasta el surgimiento de dos organizaciones: La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Americana de Psiquiatría o la American Psychiatric

Association (APA) por sus siglas en inglés que la clasificación de las enfermedades pasaría a ser un trabajo en conjunto. Con el establecimiento de estas dos instituciones se establecieron los sistemas de clasificación que rigen la práctica psicológica y psiquiatría. Pacheco *et al* (2015) señalan que estas instituciones han sido los sistemas clasificatorios que han regido principalmente la Psiquiatría. La OMS realiza la “Clasificación Internacional de Enfermedades”, conocida por sus siglas “CIE” en español desde 1948. Por su parte, la APA realiza el DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) desde 1952, bajo una gran influencia de la psiquiatría psicodinámica.

La homogenización de la clasificación y definición de las enfermedades mentales patentó la divulgación mundial conjunta de las enfermedades mentales.

Impacto de la Primera Guerra Mundial sobre la psicología

La Primera Guerra Mundial, o La Gran Guerra, fue un período sangriento y mortal en la historia de Europa. Pero, por más macabro que suene el admitirlo, fue también el momento de exposición de la psicología como una ciencia con el potencial de producir cambios y mejoras. Por primera vez, fue considerada como un factor decisivo de la historia al ser tomada en cuenta para el reclutamiento y selección de los soldados que se dirigirían a la guerra, mediante las pruebas psicométricas; y de las secuelas psicológicas de aquellos que retornaban. El despliegue de la psicología, gracias al papel jugado durante la guerra le permitió expandir sus conocimientos gracias al incremento de pacientes, lo que exhortó a los profesionales a descubrir e inventar nuevos métodos de tratamiento. Zagul (1966) señala las hazañas de Manfred Sakel quien descubrió que inyectando insulina y produciéndole el coma a las personas con enfermedades mentales, estas al salir del estado de coma, lo hacían con la mente despierta, sin alucinaciones y sin ideas delirantes. Casi al mismo tiempo,

Ladislav J. von Meduna, descubre el tratamiento convulsivo. Poco a poco, el arsenal terapéutico crece.

Enfermos mentales en la Alemania Nazi.

Una representación siniestra y macabra de la influencia de la concepción y percepción sociocultural de los trastornos mentales sobre el trato que reciben los pacientes y su tratamiento nos lleva a la Alemania Nazi. Hitler expandió sus ideas mortíferas sobre los enfermos mentales a todo el pueblo alemán, lo que desencadenó una serie de eventos que concluyó con la matanza sistematizada de esta población.

Mayor (2013) describe como el Programa “T-4”, una operación secreta de eutanasia destinada a eliminar a los enfermos mentales, deficientes, discapacitados, enfermos incurables y ancianos cobró la vida de miles en centros instaurados para llevar a cabo la tarea. Brandenburg cobró 9.375 víctimas, Grafeneck 9.839, Hartheim 18.269, Sonnenstein 13.820, Bernburg 9.375 y Hadamar 10.072. Documenta que según se calculó en Núrenberg, el balance final de el programa, oscila entre unos 200.000 a 277.000 muertos.

El proceso de eliminación, según documenta Roger (2011) se realizó en un principio de manera abierta al proclamarse leyes como la “Ley de Salud Marital” (1935) donde se prohibía el matrimonio entre personas consideradas saludables con consideradas genéticamente ineptas; y la “Ley de Prevención de Descendencia con Enfermedades Hereditarias” (1933) en la que se establecía la esterilización para ciertos casos de enfermedades, la mayoría de ellas mentales, entre las que figuraban la debilidad mental congénita; esquizofrenia; locura circular; epilepsia hereditaria; como también casos de alcoholismo.

“En 1941, el 50 por ciento de los pacientes de los psiquiátricos alemanes fue exterminado. La eugenesia preparaba, así, el camino a la eutanasia” (Guralnik, Gabriel, 2013)

Los enfermos mentales fueron de las primeras víctimas del Holocausto, pero no es frecuente su mención. El pensamiento instaurado y difuminado por Hitler acabó sistemáticamente con la vida de miles de personas con enfermedades mentales, quienes eran percibidas como entes insignificantes e inferiores que corrompían la raza aria.

Auge de la psicofarmacología.

Después de la Segunda Guerra Mundial, Platen–Hallermund (2007) afirma que inspirados por las experiencias de la psiquiatría de guerra se abrió un debate sobre alternativas para la institucionalización de las personas con enfermedades mentales. Hacia los años sesenta, se llegó a un consenso internacional de un cambio en las políticas de salud mental. Convencidos de que los manicomios, más que ser espacios de cura, mantenían y cronificaban la enfermedad, se comprendió que las personas con enfermedades mentales ya no debían ser confinados en estas instituciones que los aislaban de la sociedad. A partir de esto se promovió un sistema de atención en la comunidad y se acuñó el término desinstitucionalización para referirse a este cambio "del asilo a la comunidad", aunque luego fue desplazado por el de reformas psiquiátricas (Novella, 2008:11–12).

El siglo XX no solo presenció una reforma en la manera en que se trataba y manejaba una persona con una enfermedad mental, pero también una revolución en su tratamiento, con la introducción de los psicofármacos.

Durante mucho tiempo, la escuela conductista, que se encargaba de estudiar la conducta observable sin tomar en cuenta los procesos mentales que subyacían la misma,

dominó la psicología. Pero durante los años 50 se produjo un cambio que muchos historiadores denominan la “Revolución Cognoscitiva” a partir de la cuál se empezó a prestar atención también a los procesos mentales. Esto indujo a la introducción de los psicofármacos como forma de tratamiento de las enfermedades mentales. Hasta su introducción, López-Muñoz, Álamo y Cuenca (2002) señalan el opio, la morfina, la cocaína, el hidrato de cloral y los bromuros como los tratamientos farmacológicos mas utilizados.

La psicología, neuropsicología y la química se unieron para crear una de las herramientas mas poderosas y efectivas para el tratamiento de las enfermedades mentales. De tratamientos abusivos y cronificantes, que caracterizaron el pensamiento precientífico medieval, en menos de 100 años, la ciencia logró revolucionar por completo el tratamiento de los enfermos mentales, y, por ende, su trato.

Psicoterapia.

Aunque todas las escuelas de la psicología tienen como propósito ayudar al individuo a llevar una vida altamente funcional, las técnicas que utilizan para alcanzar su objetivo difieren enormemente. Cada escuela guarda diversos conceptos sobre la definición, etiología y manifestación de las enfermedades mentales. Según su concepción de enfermedad mental, cada escuela ha desarrollado terapias para lograr el beneficio del paciente.

Morris (2011) señala que, en el psicoanálisis, se pretende traer a la consciencia los sentimientos y pensamientos reprimidos de forma que la persona pueda manejarlos de manera efectiva. En la terapia centrada en el cliente, Rogers provee una terapia no directiva que requiere que el terapeuta muestre al cliente consideración positiva incondicional con la meta de ayudarlo a alcanzar un funcionamiento óptimo. En la Gestalt, se enfatizar el aquí y el ahora y alienta las confrontaciones cara a cara. Mediante la terapia conductual se pretende

modificar la conducta por unas mas adaptativas. La cognoscitiva, a su vez, pretende modificar los patrones de pensamiento.

La divergencia de concepciones y percepciones de las enfermedades mentales, una vez más juega un papel protagónico en el tratamiento implementado con las personas con alguna enfermedad mental.

2.3 Evolución histórica de la salud mental en la cultura Oriental

La evolución histórica de las enfermedades mentales en la cultura Occidental es resultado directo su ideología, influenciada por el pensamiento religioso, político, económico, social y geográfico de los países que le componen. Para conocer el impacto de los mismos sobre la salud mental exploraremos la evolución histórica de la misma en la cultura Oriental para determinar el grado de impacto de las diferencias conceptuales y perceptivas comparadas con el mundo Occidental.

Las diferentes filosofías e ideologías esparcidas por el mundo dieron lugar a diferentes formas de pensar y actuar, algo de suma importancia en nuestro estudio comparativo. Por milenios existió una brecha divisoria entre ambas culturas que determinó su devenir histórico.

Al enfocar nuestra atención en la cultura oriental no lo hacemos sobre un país, continente, religión, ideología, idioma ni costumbres, si no más bien en el conjunto de países en diferentes continentes, con costumbres, tradiciones e idiomas diferentes, que comparten ciertas características históricas que entrelazaron su expansión como naciones. Agrupamos bajo el nombre de culturas orientales las influenciadas por las culturas chinas, el mundo islámico, la India, y el pueblo hebreo. Nuestro estudio comparativo realiza especial énfasis en la India, China, Japón, Irán e Irak.

Los acontecimientos históricos que se libraron en estos países no se ajustan a la división occidental de la historia de Edad Antigua, Media, Moderna y Contemporánea por lo que, se dividirá la información dependiendo de la localización geográfica de los países.

Los países orientales no contaron con el similar desarrollo histórico de las enfermedades mentales de Occidente. La generalización se hace imposible por la pluralidad de filosofías y religiones que se expandieron por Oriente, factor de gran importancia en el

desarrollo de perspectiva de vida, bases del código moral, normativo, familiar y social que modela el pensar de sus practicantes.

Se limitará la mención de las religiones y filosofías orientales a aquellas, que, aunque distintas, han tenido mayor impacto en la percepción social de el pueblo en el trato y tratamiento de las enfermedades mentales: El budismo, el hinduismo, el confucionismo y el islam.

Cada filosofía o religión instauro un sistema de valores y concepciones sociales en función de los cuales se establece lo que es adecuado e inadecuado, real o fantasía. Así como diferentes ideologías en cuanto a la vida y la experiencia humana. Todo este sistema de valores y concepciones sobre el mundo modela o influye sobre la percepción de nuestro alrededor. A continuación, estudiaremos como ese sistema influye sobre la percepción y concepción de las enfermedades mentales.

Las filosofías o religiones del mundo oriental hicieron alusión a las enfermedades mentales de una manera muy diferente que, en occidente, ya que, aun con diferentes puntos de vistas, convergían en el poder que residía en la mente como indicador de bienestar mental.

El poder de la mente en el camino al bienestar mental.

Akhilanda (s.f) señala que en el hinduismo la expresión más grande de la mente reside en la iluminación total, que se alcanza, mediante la concentración y meditación, con la integración mental. Pickren y Zimbardo (2015) aclaran que el hinduismo es el nombre que dieron los británicos a un conjunto de prácticas y creencias religiosas distintas, pero relacionadas entre sí, que describieron en India. Constituye una mezcla de principios y prácticas psicológicas basados en las tradiciones.

Existen muchas concepciones erróneas al momento de hacer alusión al hinduismo. La palabra “hindú” se utiliza erróneamente para designar a personas provenientes de la India, cuando en realidad el hindú es toda persona que practica el hinduismo, una de las religiones con mas seguidores en el mundo. Por lo tanto, hindú designa a millones de personas, algunas fuera de la India, incluso fuera del continente asiático. De igual manera, el hinduismo no es una religión como las conocemos y definimos en Occidente, es mas bien, un conjunto de creencias y prácticas cuyo origen se puede encontrar en el subcontinente indio.

El budismo nació en la India cuando, según Pickren y Zimbardo (2015) alrededor del 528 a.C Siddhartha Gautama reveló que había que seguir el camino medio: una vida de disciplina sin llegar a extremos de autoindulgencia ni mortificación. El budismo hace responsable a cada persona de su felicidad, diciendo que la raíz del sufrimiento es el deseo.

El budismo tiene su base en la autocontemplación y el control de la mente. Adjudica la infelicidad a causas internas, a nuestra manera de interpretar los acontecimientos del mundo exterior e invita a conocerse a sí mismo para cambiar nuestros patrones de pensamiento. No es considerado una religión, mas bien, una filosofía espiritual.

El confucionismo, es definido por Pickren y Zimbardo (2015) como un conjunto de doctrinas morales y religiosas que componen un código ético y moral. Su doctrina se apoya en la creencia de que una persona demuestra su valor mediante la virtud, la rectitud, el amor, la humanidad, la generosidad y el respeto a sus padres y ancestros.

En las culturas orientales se designa un papel muy importante al rol que juega la mente en nuestro bienestar. Las filosofías o religiones antes mencionadas adjudican un gran poder a la mente como regulador de la salud mental y paz interna, y la autocontemplación como método de autoexploración y autosanación. El pensamiento instaurado por estas

filosofías fueron las que sentaron las bases para la concepción de la enfermedad mental y el trato al enfermo mental de las culturas orientales.

2.3.1 Asia del Oeste

Compuesta por Arabia Saudita, Armenia, Azerbaiyán, Barein, Catar, Chipre, Emiratos Árabes Unidos, Georgia, Irak, Irán, Israel, Jordania, Kuwait, Líbano, Omán, Siria, Turquía, Yemen y Palestina. El conjunto de países popularmente conocidos como Medio Oriente.

Documentan Fernández y Mañá (2016) que los enfermos mentales siempre fueron respetados intensamente en el islam. Las familias con suficientes recursos para atender a un miembro demente, lo recluían en una habitación, pero mostrando un trato honroso y satisfaciendo sus necesidades. No obstante, según Franco (1999) aquellos inofensivos sin personas que respondieran por ellos y sin recursos, vagaban por las ciudades. El demente sólo era encerrado en caso de alterar el orden público.

Auge del estudio científico de las enfermedades mentales.

Mahoma, según documenta Said-Farah (2008) aconsejó a sus seguidores, “Buscad el conocimiento, aún sea en China, pues, quien deja su hogar en busca de conocimiento, camina en el sendero de Dios”. Siguiendo estos mandatos, los musulmanes recorrieron el mundo en búsqueda de manuscritos que saciaran su sed de conocimiento. De especial interés, los clásicos griegos; desconocidos y/o prohibidos por la Iglesia Católica en Europa. En estas misiones los sabios adquirían los manuscritos con el objetivo de promocionar el conocimiento, la disciplina y la tolerancia, prohibiendo cualquier tipo de destrucción. Posteriormente, añadían nuevas observaciones y experiencias contribuyendo así a un avance en la práctica de la ciencia.

Bárcena (2001) menciona la legendaria Bayt alHikmah o Casa de la Sabiduría, fundada el año 830 en Bagdad, como el centro intelectual del mundo. La misma estaba equipada con observatorios astronómicos, hospitales, bibliotecas y escuelas, donde se

llevaron a cabo numerosos trabajos intelectuales y de traducción al árabe, la lengua de conocimiento de la época, de los antiguos clásicos griegos. Podría compararse la Bayt alHikmah con la biblioteca de Alejandría, la cual también sirvió como contenedor de todo el conocimiento de su época. La constante búsqueda de expansión de conocimiento convirtió a los árabes y persas en los representantes de pensamiento intelectual de la época, relevando a los griegos. Se dedicaron a recopilar y traducir los grandes trabajos intelectuales de los antepasados hasta el siglo X cuando la civilización islámica comienza a crear, desarrollar y sistematizar formas de expandir los conocimientos previamente adquiridos y a imprimiéndoles su sello particular.

Mientras que, en el mundo occidental, la religión inhibió a la ciencia, instaurando un pensamiento precientífico que dificultó e incluso prohibió el desarrollo de la misma, en el oeste de Asia, motivados por sus filosofías e ideologías religiosas, la ciencia tuvo un desarrollo exponencial mediante el renacer del estudio de los escritos científicos de la antigüedad y la búsqueda continua de conocimiento que los llevó a la recopilación y traducción de los mismos. No conformándose con estudiar e interpretar los textos, se vieron motivados a expandir dichos conocimientos. Este periodo de la historia oriental se caracterizó por la búsqueda de conocimiento, expansión de los horizontes mentales y estructurales y el florecer científico.

Muchos otros factores influyeron en la divergencia de ideas entre ambas culturas, pero el periodo de la historia que en occidente denominamos Edad Media personifica el momento de la historia donde ambas ideologías crean la brecha entre las culturas.

2.3.1.1 El bimaristán.

El clima de desarrollo científico de los musulmanes, pronto permitió la fundación de los primeros centros de cuidados a enfermos mentales del mundo. Fernández y Mañá (2016) señalan que la mayoría de los eruditos sostienen que el primer bimaristán fue fundado en la ciudad de Bagdad, hacia el año 800 (Díaz, 1993).

Bárcena (2001) nos muestra el origen de la palabra bimaristán, hospital. Proveniente del persa *bimar* que significa enfermo, e *istan* que significa asilo, literalmente significa asilo de enfermos. La fundación de este primer bimaristán marca un hito histórico de la salud mental, siendo una de las contribuciones más importantes de la medicina islámica. La instauración del bimaristán personificó el mensaje del islam de fomentar el respeto y dignidad de los perturbados mentales. No solo es el primer hospital psiquiátrico del mundo, sino que fue construido y pensado minuciosamente. No fue concebido como un lugar de exclusión, al contrario, siempre eran edificados en el centro de la ciudad. Se fomentó las visitas de los familiares y amigos de los internos y estas formaban parte de la propia terapia. Dos ejemplos que aún podemos apreciar lo constituyen los bimaristanes Argiln y Nur-ed-Din de Alepo y Damasco, respectivamente, aún hoy en pie, en el corazón de ambas ciudades.

Todo sobre la creación de los bimaristanes seguían lineamientos claros enfocados en la mejoría del interno. La construcción de los mismos fue diseñado como instrumento terapéutico, la distribución del espacio y los elementos que lo ocupaban, como piedras, árboles, flores, plantas, fuentes y agua en movimiento, tenían un efecto terapéutico. La decoración, se hizo con la intención de influenciar sobre los internos, partiendo de la idea de que la belleza, basada en el equilibrio, la proporción y el ritmo, es sanadora.

Los árabes estudiaron y adoptaron la medicina griega, razón detrás de su concepción naturalista de las enfermedades mentales que les permitió inaugurar el primer hospital del mundo dedicado a su tratamiento.

Como señalan Fernández y Mañá (2016) el conocimiento y las enseñanzas de los científicos islámicos basadas en las griegas, implicaron que las instituciones de atención a las personas con enfermedades mentales difirieran tanto entre sí, tanto en lo relacionado con la atención a los pacientes, como a sus funciones, metodología y continuidad del conocimiento adquirido (Said-Farah, 2008).

Mientras que, en Occidente los manicomios no contaban con especialistas dedicados al estudio de las enfermedades mentales hasta bien entrado el siglo XVI, Bárcena (2001) señala que en los bimaristanes, médicos judíos, cristianos, principalmente nestorianos, zoroastrianos y musulmanes ejercían y enseñaban. Subraya la nacionalidad de los doctores para enfatizar el carácter secular, exclusivamente médico, de los bimaristanes, donde los médicos eran escogidos en función de sus saberes y no de su fe.

Promovidos por las enseñanzas de los eruditos de la antigüedad, los árabes cultivaron y promovieron la ciencia y religión a tal punto que les permitió crear los primeros centros dedicados al cuidado de las personas con enfermedades mentales en el mundo. Y, a diferencia de sus contemporáneos occidentales, la creación de sus hospitales desde el principio perseguía propósitos claros de servir y curar a los enfermos que entraran a sus instalaciones dirigidos por médicos especialistas, quienes no solo se limitaban a tratar las enfermedades mentales, pero también a estudiarlas rigurosamente, ampliando sus conocimientos y técnicas de intervención.

Los bimaristanes no eran instituciones muertas donde las personas eran abandonadas o tratadas como fuentes de entretenimiento. Eran centros vivos donde se mantenía un constante flujo de información e innovaciones. Era un centro secular donde las personas,

sin importar su fe eran aceptadas siempre y cuando se centraran en el estudio y tratamiento de las enfermedades mentales. Se aceptaban sugerencias, se motivaba la participación de científicos. Los árabes mostraron respeto, interés y compromiso hacia las personas con enfermedades mentales.

Tratamiento islámico.

Al basar su medicina en la antigua medicina griega, los líquidos hipocráticos jugaron un gran papel para determinar el estado mental y físico de las personas. Como Hipócrates planteó, los médicos árabes señalaron la influencia de la alimentación sobre el balance de los líquidos, por lo que promovieron una alimentación balanceada como método para lograr la homeostasis del paciente y, en consecuencia, la curación.

Avicena, probablemente el filósofo más importante de la tradición islámica influyó enormemente en el tratamiento de los enfermos mentales. Pickren y Zimbardo (2015) hacen alusión a su obra médica, El canon de la medicina de 1205, como el libro médico de referencia en el mundo árabe al menos hasta el siglo XVII. En él, Avicena expuso la interacción mente y cuerpo con la salud. Adaptó la teoría de los humores y postuló cuatro temperamentos que interactuaban con ellos. Escribió que los hábitos mentales y emocionales influían directamente en la salud física y viceversa, y al igual que Hipócrates, recomendó el ejercicio como herramienta para tener una buena salud.

El viajero judío Benjamín de Tudela, en un testimonio recogido en la obra de Asher (1840) reportó con respecto a las terapéuticas árabes: “Los pacientes dementes de toda la región son ingresados en este hospital. Por lo general son confinados y encerrados con la necesidad de recibir tratamientos específicos, [...] música para aliviar la melancolía, o baños para calmar maníaco-agitación [...]. Algunos se mantienen en las restricciones hasta que se recuperen un estado mental adecuado. Por lo menos una vez al mes, los supervisores hacen

evaluaciones para determinar qué pacientes se han recuperado lo suficiente como para ser enviado de vuelta a sus casas” Además de atención sanitaria, el bimaristán contó con cocinas y espacios de cultivo de productos medicinales dando lugar a un servicio farmacológico que interconectaba la medicina y la farmacología mediante la botánica.

Said-Farah (2008) enumera las técnicas utilizadas en los bimaristanes e incluye la musicoterapia, el murmullo del agua de las fuentes y las suaves melodías. Bárcena (2001) amplía el repertorio de técnicas utilizadas y agrega la terapia conversacional, un instrumento que permitía mediante el diálogo atento y respetuoso con el paciente, al médico extraer información acerca de sus dolencias, al mismo tiempo que le transmitía paz y sosiego. Siendo uno de los precursores en el ámbito de la psicoterapia. Al referirse a la elección de una terapia específica por parte de los médicos, dice que esta dependía de varios factores como la naturaleza de los síntomas presentados por el paciente, sus medios y condición social, así como de la capacidad del propio terapeuta.

El tratamiento medieval de occidente y el de oriente difiere en enormes proporciones. Mientras que en occidente fue violento, invasivo y deshumanizante, en oriente estaba enfocado a un propósito, el interno recibía un trato humano y respetuoso. El tratamiento Oriental estaba basado en los escritos e investigaciones antiguas de médicos y filósofos. Señalar la influencia de la búsqueda de conocimiento como el único factor que creó esta brecha abismal entre las culturas, es muy simplista y poco objetivo. Pero, apoyándonos en la recopilación de hechos históricos podemos determinar que fue un factor muy importante. Influyó para que en Occidente se mantuviera una concepción sobrenatural de las enfermedades mentales, mientras que permitió que Oriente se apoyara de la razón, la ciencia y la investigación científica para definirla como un fenómeno biológico. La concepción sociocultural discordante de ambas culturas promueve diferencias en el trato de los enfermos mentales y su consecuente tratamiento.

La sed de conocimiento de los árabes siguió expandiéndose y con ella, la fundación de bimaristanes. Issa (1928) afirma que hacia finales del siglo XIII existen registros de la fundación de bimaristanes en Damasco, Bagdad, Antioquía, Alepo, Jerusalén y El Cairo, confirmando la expansión de las instituciones sanitarias en el oriente musulmán

Declive de la atención de la salud mental.

Los árabes se encontraban en medio de la Época de Oro, reinando como los mejores científicos de la época y gozando de un estilo de vida progresista. Esto hasta el siglo XVI cuando los mongoles invadieron sus territorios y proclamaron el inicio del fin de esta Época. Mohit (2001) señala la invasión de los mongoles como el acontecimiento que paralizó y deshizo los logros de siglos, cambiando radicalmente el devenir histórico de oriente medio. Durante esta época, hay poca evidencia de cuidado y logros en el cuidado de las personas con enfermedades mentales. Se extendieron las prácticas de curación para tratar las enfermedades mentales, así como mantener a los pacientes encadenados. La magia, superstición y el fatalismo suplantaron el enfoque científico del medio oriente.

Vemos en el siglo XVI la caída de una de las civilizaciones mas prósperas de los últimos siglos y como sucumbieron a la anarquía. El desorden político, económico y social paralizó el desarrollo de la ciencia y la mantuvo estancada hasta aproximadamente el siglo XIX.

2.3.2 Asia del Este

Compuesta por China, Mongolia, Corea del Norte, Corea del Sur, Japón, Hong Kong, Macao y Taiwán.

En China, las enfermedades mentales fueron consideradas expresiones de problemas somáticos por lo que su tratamiento estuvo basado en la medicina tradicional. Hong Ng (1997) resalta la influencia del taoísmo sobre la medicina tradicional, ya que, basados en el concepto del Tao, las teorías del yin-yang, ching-lo y la orientación del chi, se enfocaban en la restauración del balance. Consideraban el exceso de emociones como algo no saludable. Este postulado es similar a la teoría de los humores de Hipócrates donde se prioriza la importancia del balance en la salud. Considerar las enfermedades mentales como expresiones de problemas somáticos, ser definidas como una transgresión moral hacia los ancestros o normas sociales, ira de los ancestros o dioses, posesión de espíritus y demonios, una mala dieta e incluso ideología política, además de la influencia del confucianismo donde se espera que la persona evite las emociones, como medio de preservar su armonía fueron factores que contribuyeron a inhibir el desarrollo de la psiquiatría China.

La familia y el rol social que desempeña un individuo son los cimientos de la cultura China. Al atribuir un gran poder a la mente sobre el bienestar mental, la imposibilidad de alcanzar el balance mental y emocional se considera como una debilidad de la persona y una vergüenza contra la familia.

En Japón, debido a su correlación con la cultura China, comparten una actitud y percepción similar frente a las enfermedades mentales. Hong Ng (1997) documenta que en Japón las enfermedades mentales también son definidas en términos somáticos. Recae sobre su concepción también el ámbito cultural y familiar, ya que, al igual que en China, es concebida como debilidad mental. Al ser también considerada un estado hereditario, las

relaciones intrafamiliares y maritales son gravemente afectadas. A la familia jugar un papel tan importante en la cultura, el peligro de deshonrar el nombre familiar lleva a las personas a desestimar, ignorar las situaciones mentales o enmascararlas.

La estigmatización de las enfermedades mentales en las culturas chinas y japonesas ha sido expandida y reforzada a lo largo de milenios. Su directa relación con el honor familiar y la debilidad mental la convierte en uno de los grandes tabúes de estas culturas. El individuo con alguna enfermedad mental la niega para no deshonrar a su familia. La familia a su vez la niega frente a la sociedad para no manchar el nombre familiar. Se trata de una cadena peligrosa, que pocas veces terminan en terapia, y normalmente termina empeorando el estado mental del individuo.

Tratamiento.

A las enfermedades mentales solapar con las enfermedades físicas, el tratamiento que recibieron las personas fue similar. Los escritos chinos al referirse a las personas con enfermedades mentales lo hacen con lástima y aluden al confinamiento.

Hong Ng (1997) documenta que, en China, las enfermedades mentales atacan el honor y nombre familiar, al igual que la memoria de los ancestros. El origen de la estigmatización viene de la vergüenza que supone para una familia revelar el padecimiento de una enfermedad mental de uno de sus miembros. Como resultado, la negación y la somatización son utilizados comúnmente para mejorar el estigma familiar. Hierbas, dietas especiales y medicina tradicional son buscadas y hay una gran resistencia a buscar ayuda psiquiátrica. Cuando la familia nota las alteraciones mentales y comportamentales desadaptativas de uno de sus miembros, intenta ayudarlo usando recursos familiares internos. Cuando la persona no muestra signos de mejoría buscan ayuda exterior, lo que lleva a la desesperación y la pérdida de tolerancia, seguida de hospitalización y el rechazo.

Los casos donde los individuos son hospitalizados son escasos, tanto por iniciativa del mismo individuo como por la falta de centros de atención especializados en las enfermedades mentales.

Al hacer énfasis en el poder de la mente sobre el bienestar mental, el desbalance del mismo, tacha a una persona de débil mental por no poseer las suficientes herramientas. El estigma detrás de las enfermedades mentales impide a las personas de buscar ayuda o siquiera reconocer que tienen un problema, pasando a la autoculpa o autocrítica al no poder alcanzar el bienestar. Al ser considerado un problema de autorregulación, autoconocimiento y autocontrol, la intervención de un tercero es visto como inútil, ya que solo la persona tiene el poder de explorar y cambiar su situación.

2.3.3 Asia del Sur

Compuesta por Afganistán, Bangladés, Bután, India, Maldivas, Nepal, Pakistán y Sri Lanka.

Históricamente en India, Prasadarao y Matam Sudhir (2001) documentan que los enfermos mentales fueron tratados utilizando varios métodos entre los que destacan la medicina herbal o aryuvédica, el yoga, la música, las actividades religiosas como la contra magia, la talismania, la restauración y las oraciones. Las enfermedades mentales se consideraban estrechamente relacionadas a lo mágico-religioso y lo sobrenatural por lo que era práctica común consultar a un religioso o curandero por este tipo de dolencias. Sin embargo, la tradición aryuvédica planteó la descripción de las enfermedades mentales en términos de desequilibrio humoral. Gran parte de la tradición médica combina ambas teorías para tratar las enfermedades mentales.

Las líneas de tratamiento mágico-religiosas y sobrenaturales y las médicas se encuentran difuminadas en el subcontinente indio. Normalmente las personas acuden a un curandero y luego buscan atención médica. El karma, por ejemplo, también es considerado para hablar sobre las enfermedades mentales. La influencia de las estrellas sobre el comportamiento, teoría milenaria, aún es esparcida en partes de la India como factores que alteran la salud mental.

Aún cuando, por ejemplo, en la tradición de la medicina aryuvédica la enfermedad no ha sido estigmatizada, en el ámbito social, pueden recibir cierto rechazo y discriminación. Prasadarao & Matam Sudhir (2001) determinan uno de los factores de esta situación, su rígido sistema de castas, códigos morales y éticos tradicionales.

2.3.4 Sudeste Asiático

Aunque no incluimos a ningún país del sudeste asiático en nuestro universo, se considera importante mencionarles y explorar un poco su concepción histórica de las enfermedades mentales. Cuando hablamos del sudeste asiático nos referimos a Birmania, Brunéi, Camboya, Filipinas, Indonesia, Laos, Malasia, Singapur, Tailandia, Timor Oriental, Palaos, Vietnam y las islas Andamán y Nicobar de la India.

Hong Ng (1997) reporta similitud en la actitud, respuesta familiar y el enfoque hacia las enfermedades mentales a las del este de Asia. Los vietnamitas las consideran intratables, por lo que la búsqueda de tratamiento es vista como inútil y considerada una demostración de falta de dignidad, fuerza de la personalidad y resistencia. Las tradiciones populares birmanas priorizan la búsqueda de sacerdotes, médicos brujos y practicantes de rituales. En Malasia, igualmente asociadas a causas sobrenaturales y castigos de transgresiones pasadas, son también consultadas por curanderos religiosos primero. En un estudio de la percepción de la anormalidad mental en un pueblo de Malay, la locura estaba asociada a la violencia física hacia otros y tenía como resultado el destierro permanente. En Singapur se dan las mismas condiciones de sus vecinos, y se enfatiza en la actitud negativa, y poco empática contra los enfermos mentales como uno de los factores de mayor incidencia sobre el suicidio en el país.

2.3.5 Influencia de la filosofía sobre el trato de la persona con una enfermedad mental

Conocer y comparar la evolución histórica de la concepción de las enfermedades mentales en ambas culturas nos permite reconocer la diferencia abismal entre las mismas. Determinar un solo factor como el núcleo de la división es irrealizable, pero, si podemos señalar la importancia e impacto de los fundamentos, creencias, valores y prácticas de las religiones y filosofías sobre la concepción sociocultural.

La razón de la importancia de la misma está vinculada al nacimiento de la psicología, ya que esta tiene sus orígenes en la filosofía. La división de posturas viene íntimamente ligada a las diferencias entre la filosofía oriental y occidental. Al basarse en postulados diferentes, es inherente que se desarrollen y separen las ideas.

Las principales filosofías orientales atribuyen gran poder a la mente y la capacidad de influenciar sobre lo que nos rodea desde nuestro interior. Orientadas a la autorrealización, autocomprensión y el autoconocimiento inspiran un estilo de vida introspectivo. La filosofía occidental, por su lado, está más interesada en la estructura de la naturaleza, su composición y razón de ser. Orienta más su foco a factores externos, por lo que es más extrovertida.

La filosofía oriental está basada en la vida interior, en las sensaciones e intuición, mientras que la Occidental está basada en la razón. El acercamiento de cada cultura hacia la salud mental refleja su sistema de creencias y filosofía de vida.

2.4 Convergencia de las ideologías del mundo occidental y oriental

La evolución histórica del tratamiento de las enfermedades mentales y el trato hacia las personas con enfermedades mentales no ha sido lineal ni homogénea. Ha pasado por varias etapas, todas respaldadas en varios puntos de la historia, de las ideologías y concepciones socioculturales que se entrelazaron.

La pluralidad de concepciones, tratamientos e intervenciones es aún muy común en nuestros tiempos. La globalización ha abierto un poco las fronteras que dividían estas culturas, sin embargo, aún hay creencias arraigadas a cada pueblo que les diferencian enormemente.

Akhilananda (n.d.) afirma que sólo recientemente se comenzó en Occidente a entender la importancia de la psicología, no solo como un estudio filosófico o especulativo, sino también como un factor indispensable para la satisfacción de las exigencias de la vida cotidiana práctica. Los hindúes, por el contrario, hace siglos que tienen conciencia de esta verdad.

La globalización ha dado paso a la convergencia de filosofías. Las técnicas del budismo de la meditación y el mindfulness o conciencia plena han sido ampliamente popularizadas en los últimos años en Occidente. De igual manera, encontramos el yoga y sus diferentes ramas, originadas en el hinduismo, donde también se delega mucho poder a la mente en función de su relación con el cuerpo y el bienestar.

A su vez, los occidentales han influido en la psicología oriental, en especial, durante la época de colonización, donde se introdujeron métodos occidentales al abrir los centros de ayuda al enfermo mental. En hechos más modernos, la psicología occidental ha viajado a las universidades orientales donde cada día son más estudiadas.

2.4.1 Cultura y salud mental

Lipson (2000) expresa que la definición de cultura puede ser categorizada en dos tipos principales: la cultura como ideas o la cultura como comportamientos. La cultura como ideas abarca la cognición -significados y conocimientos, la cual suministra una guía para actuar e interpretar nuestra experiencia, y es revelada a través de la conversación y el lenguaje. La cultura como comportamiento describe a una cultura definiendo como se comporta la gente. La mayor parte de la influencia de la cultura sobre nuestra vida está en nuestro inconsciente y solo un pequeño porcentaje como el lenguaje, el vestido, y el comportamiento son reconocidos.

La globalización ha permitido la convergencia de dos culturas que por milenios coexistieron de manera paralela. Sin embargo, la ideología cultural juega un rol muy importante en el nivel de permeabilidad que permiten las mismas.

En oriente, las costumbres, técnicas y concepciones de las enfermedades y los enfermos mentales han mostrado cierta resistencia al cambio, en mayor medida debido a sus costumbres y valores ancestrales, los cuales son sumamente valorados por sus habitantes. La estructura familiar y honor juega un papel importante en el sistema de creencias que guía la vida en oriente. Aunque occidente también mantiene y defiende fuertemente sus creencias, se ha mostrado un poco interesado y abierto en conocer más sobre oriente y sus concepciones e ideologías ancestrales.

Lipson (2000) expone la importancia entre la cultura y el cuidado de las enfermedades, ya que la misma modela nuestra forma de pensar y actuar. La cultura oriental entiende que la felicidad se halla en el conocimiento y el entendimiento del mundo interior. No se limita a una religión, es un modo de ver y vivir la vida. Entienden que la medicina debería prevenir y no curar las enfermedades. Asimismo, basan la medicina en lo natural como la práctica de acupuntura, chi kung, entre otras. En contraste, la medicina

occidental aplica el tratamiento alopático y la intervención quirúrgica. La cocina oriental se caracteriza por ser una especie de medicina natural preventiva. Por esta razón, la alimentación se basa en vegetales y el consumo de poca grasa. Frente a los problemas o dificultades, la cultura Oriental prefiere evitarlos en vez de resolverlos, puesto que consideran que eso solo altera su propio equilibrio.

La sociedad es la que establece las normas que fijan lo que está bien y lo que está mal, y nuestro comportamiento no es mas que un reflejo de estas normas, que varía de una sociedad a otra. La diferencia en el comportamiento y pensar de las personas, como resultado de su cultura no ha pasado por alto en el campo de la psicología. De hecho, hay toda una rama que se dedica a estudiar el impacto que tiene la cultura sobre el comportamiento y la cognición. Esta rama, la psicología de la cultura o psicología cultural ha realizado extensas investigaciones que nos han permitido confirmar que la cultura influye no solo en el comportamiento de las personas, pero también su manera de pensar y sentir.

De igual manera, otro campo dentro de la psicología, la psicología intercultural estudia como la cultura influye en la universalidad de los procesos psicológicos. En otras palabras, la psicología transcultural es "el estudio empírico de miembros de varios grupos culturales que han tenido diferentes experiencias que los conducen a diferencias predecibles y significativas en su conducta." (Brislin, Lonner, y Thorndike, 1973, p. 5).

2.5 Historia de la salud mental en La República Dominicana

2.5.1 Prehistoria y Edad Antigua.

Las concepciones místicas y sobrenaturales sobre los fenómenos desconocidos no fueron ajenas a los taínos de nuestra isla. Sin embargo, la concepción que tenían de la influencia de las mismas sobre el comportamiento o estado mental de una persona no es del todo conocido. Lo mas cercano a explicar las experiencias de los taínos con el comportamiento y pensamiento alterado lo vemos a través de el behique, el encargado de los rituales y actividades religiosas, así como de la curación de enfermos en la tribu, quién en el rito de la cohoba, mediante la ayuda de sustancias alucinógenas, se comunicaba con los cemíes.

Morban, García y Kasse (1976) describen que luego de inhalar las sustancias alucinógenas, el behique caía en un estado de trance donde hablaba incoherentemente. Esto señalaba que se estaba comunicando con los dioses.

La salud estaba en mano de los behiques, quienes no poseían ningún tipo de entrenamiento médico. Sus tratamientos estaban sustentados y fuertemente ligados a lo mágico-religioso. Se podría hipotetizar entonces, que la concepción de las enfermedades mentales en la isla, se encontró de igual manera ligado a lo mágico-religioso.

2.5.2 Edad moderna.

La invasión española de nuestra isla trajo consigo horribles consecuencias para la salud mental de los tainos. El que una vez fue un pueblo pacífico, naturalista y simple, de repente se vio sometido a un gran abuso psicológico. El proceso de colonización llevó al borde de la miseria a los habitantes de la isla, quienes, no estando acostumbrados a las duras condiciones de vida, y sin los recursos necesarios para lidiar con ella, decidieron terminar con sus propias vidas para escapar del abuso al que se encontraban sometidos. No existe documentación que explore la concepción de las enfermedades mentales ni su tratamiento durante este periodo. Las altas tasas de suicidio son los únicos registros relacionados a la salud mental. La falta de documentación puede atribuirse a la falta de interés de los españoles por los tainos como personas.

Morban (1982) recuenta que el suicidio colectivo de los tainos a la llegada de los españoles, fue de los factores que influyó en su desaparición. Estimando que para el año 1568 solo quedaban 13 tainos en la isla.

Estos años en nuestra historia se caracterizan por una difícil situación política, económica y social donde la salud mental no tenía cabida dentro de las preocupaciones de los habitantes de la isla. La historia de la salud mental y su tratamiento se encontró estancada durante siglos como resultado.

2.5.3 Edad Contemporánea.

Hasta el siglo XIX no existen registros alusivos al cuidado de las personas con enfermedades mentales. Los primeros escritos que podemos encontrar datan del periodo de la España Boba, donde M. Rothe y Mella (2013) instituyen que los pacientes mentales eran mantenidos en el Hospital Militar, el único hospital que habilitó dos celdas donde los pacientes eran confinados en cadenas (Sánchez Martínez, 2006). Mientras que los que vivían en el campo y afueras de la ciudad, estaban a cargo de sus familiares. (Moscoso Puello, 1983, p. 31).

Como consecuencia de la imposición de la cultura española, el sistema de salud estaba basado en su ideología occidental. La concepción sobrenatural y mágico-religiosa de la etiología de las enfermedades mentales fue establecida en nuestra isla, al igual que su método de institucionalización de las personas con enfermedades mentales en hospitales sin expertos especializados en su cuidado, en condiciones suprahumanas.

Inicio del tratamiento de las enfermedades mentales.

La salud mental en el país estaba rezagada en comparación con otras partes del mundo. Aún dominaban concepciones primitivas de las enfermedades mentales y ninguna persona se interesaba lo suficiente por ellas como para dedicarse a estudiarles y tratarles. No fue hasta que Francisco Xavier Billini, reconoce la necesidad de avocar por la situación de las personas con enfermedades mentales. Billini es recordado como el primer defensor de las personas con enfermedades mentales y la salud mental del país.

M. Rothe y Mella (2013) declaran como Billini expresó y condenó las condiciones en que se encontraba el país e invitó a buscar estrategias para mejorar la calidad de vida de los dominicanos con enfermedades mentales. En su periódico La Crónica escribió: “La tristeza del presente, la incertidumbre del futuro y las terribles agitaciones de la vida política

han dañado muchos cerebros” añadiendo “un asilo para los dementes es una de las mas demandantes necesidades del país” (1882). También trajo atención al incremento en la tasa de suicidios de la época (1888, agosto 14). El padre Billini, por primera vez, trajo la atención pública hacia los “dementes”, realizó las primeras campañas contra el estigma social e indiferencia de la población en relación a la salud mental. En 1881 demandó al presidente Francisco Arturo de Meriño la construcción de un asilo con el objetivo de proteger a los “dementes” del mal trato que sufrían en las calles, y aislarlos de la sociedad. Este asilo, el primero del país fue establecido en el antiguo Monasterio Franciscano.

Tomaron años, pero finalmente en 1885, o 1889 según documenta Reyes Ticas (2010) el asilo abrió sus puertas al público dividiendo a los pacientes en categorías dependiendo de su enfermedad o condición: los mansos, los arrebatados, los que la enfermedad era el alcohol y los curados. En el país se había dado el primer paso hacia la estructuración de un plan dedicado a aliviar las dolencias de las personas con enfermedades mentales. Sin embargo, debieron de pasar años antes de que estos centros se convirtieran en verdaderos centros de rehabilitación, pues tomarían años para que los dominicanos se interesaran por la salud mental lo suficiente como para estudiarlas con el objetivo de tratarlas. Mientras surgían estos primeros profesionales de la salud, el cuidado de las personas con enfermedades mentales recaía en las monjas católicas (Sánchez Martínez, 2006). Fuera del asilo, las personas se apoyaban en la medicina mágico-religiosa, asistiendo a curanderos para tratar sus dolencias.

Muchos factores incidieron en la aparición tardía de centros de cuidado y atención a personas con enfermedades mentales en el país. Sería simplista reducirles a solo el interés sociocultural hacia los mismos; la colonización, la inestabilidad socioeconómica y política y las constantes luchas y batallas desplazaron la importancia de la salud mental,

manteniendo por años explicaciones sobrenaturales y mágico-religiosas, reflejo del desconocimiento por parte del pueblo de las mismas.

La inauguración de un asilo en nuestro país fue 475 años después que en Europa y 1085 después que el primer bimaristán.

2.5.4 Siglo XX.

La situación de la salud mental en el país se mantuvo estática por años. No se produjeron avances en ningún área, en su mayoría debido a la falta de investigaciones e interés. El primer gran avance ocurre en 1916 durante la primera invasión norteamericana, donde notando el rezago de la atención mental en el país, los norteamericanos hicieron contribuciones que optimizaron el campo de la salud mental. Entre los aportes mas importantes, M. Rothe y Mella (2013) mencionan la introducción de drogas al país y la modernización y sanitación del asilo.

De igual manera, también se hicieron aportes que de manera indirecta beneficiaron el desarrollo de la salud mental en el país como señalan Romero (2005) y Sánchez (2006) fue la construcción de la Cárcel Militar en 1917 en Nigua. Originalmente construida para las tropas norteamericanas, a su salida fue reutilizada y en 1940, luego de que el huracán San Zenón destruyera el asilo, los pacientes psiquiátricos fueron transferidos por orden de Trujillo a esta nueva facilidad luego de diez años con planes para restaurar el lugar.

El traslado del asilo, remarca Zaglul (1991) convergió con la emigración de refugiados españoles de la Guerra Civil en 1939. Algunos de los pocos psiquiatras que arribaron, trabajaron en el manicomio e intentaron cambiar el escenario sombrío de los pacientes, quienes se encontraban aglomerados carentes de tratamiento científico. Actualizaron el repertorio de tratamientos del manicomio, introduciendo métodos modernos basados en estudios científicos. Entre ellos, M. Rothe y Mella (2013) destacan la

hidroterapia, terapia de insulina, electroshock, novocaína y las inyecciones, conocidas popularmente como “las gemelas” (Romero, 2005; Sánchez Martínez, 2006).

“Nuestro manicomio estaba a años luz de la realidad psiquiátrica de mediados de este siglo” (Zaglul, 1991).

El famoso defensor de la terapia de electroshock, el Dr. Walter Freeman, visitó el manicomio en abril de 1952, según documentan M. Rothe y Mella (2013) donde realizó varias lobotomías transorbitales. Sin embargo, el procedimiento no fue agregado al repertorio de tratamientos. “Nuestro arsenal terapéutico era muy pequeño: un aparato para electrochoques, Largactil y Epamin en dosis homeopáticas, laborterapia, insulino terapia y psicoterapia” (Zaglul, 1991). A pesar de todos los avances en el tratamiento, algunos pacientes agresivos seguían encadenados a las paredes.

Como Billini había hecho años atrás, en 1955 el Dr. Antonio Zaglul junto a psiquiatras extranjeros comenzaron un movimiento para humanizar y modernizar la psiquiatría, al mismo tiempo que buscaban desmitificar y destigmatizar las enfermedades mentales. Zaglul escribió artículos de periódicos, asistió a programas de radio y televisión y por primera vez, conversó sobre las enfermedades mentales, discutiéndolas y presentándolas desde un punto de vista médico, como un intento de eliminar el tabú y crear conciencia en la población.

En su libro “Mis 500 locos” el doctor Zaglul (1991) relata su experiencia como director del centro durante estos años. Recuenta como se producía una situación familiar a la vivida en Bedlam siglos atrás, pues a su llegada, los domingos, días de visita al sanatorio, personas sin lazos de ningún tipo con los enfermos asistían para burlarse inhumana y cruelmente de ellos. A esto se sumaba el personal que trabajaba en el psiquiátrico, personas sin ningún entrenamiento en psiquiatría, que expresaron que “los locos no se curan”. El Dr. Zaglul describe como a su llegada, junto a el doctor Enrique Álvarez Granada inició a

enseñar a los enfermeros a tratar a los pacientes, ya que a pesar de que algunos tenían años trabajando allá, no sabían como hacerlo. “Formaba parte del personal un equipo reducido de enfermeros desconocedores de lo más elemental en psiquiatría, quienes solo entendían la fuerza bruta. No eran malos como personas, sino algo peor en este caso: ignorantes” (Zaglul, 1991)

Nuestro manicomio se encontraba en las condiciones de los asilos de 200 años atrás. El nivel de desconocimiento e incomprensión de las enfermedades mentales era exorbitante y estaba expandido por todo el país. Como consecuencia, el rechazo, el miedo, el menosprecio y la pena era todo lo que las personas con enfermedades mentales conocían. Eran abandonadas a su suerte en las puertas del manicomio, enviadas por la dictadura como una medida de coerción; por sus familiares, los cuales no volvían a visitarles.

“Ignorancia. Ese es el problema. Toda la Psiquiatría de nuestro país está preñada de ignorancia y de vergüenza. Nos empeñamos en una lucha en que siempre llevaremos la de perder. Mientras tanto, se pierde un tiempo precioso. Un día perdido en los tratamientos psiquiátricos equivale a años de cronicidad.” (Zaglul, 1991)

En 1959, el manicomio es trasladado nuevamente. Tal vez se hizo en un intento para borrar el horror que inspiraba Nigua, o para evitar que los “dementes” siguieran entrando a la hacienda de Trujillo que colindaba con el manicomio.

Zaglul (1991) documenta el 1 de agosto de 1959 como la fecha en la que el manicomio fue trasladado de Nigua al kilómetro 28. Bajo las órdenes de Trujillo, se modeló como un sanatorio psiquiátrico modelo con mayor cantidad de tierra, departamento de consultas, medicina física, departamento de agudos, crónicos, pabellones de niños retrasados y espacio para laborterapia.

Aunque de manera lenta y muy espaciada en el tiempo, empiezan a surgir personas que dedican su interés a la salud mental, se empiezan a formar psiquiatras. Sin embargo, la

ignorancia que envuelve las enfermedades mentales es aún paralizante. La población no sabe como lidiar con ellas, pocos se dedican a su estudio y las investigaciones científicas son pasadas por alto, ignoradas o incluso detenidas por el mismo gobierno.

Desde el inicio de los tiempos en la República Dominicana ha existido un rezago en el área de la salud mental comparada con los demás países del mundo. Como consecuencia, hasta bien entrado el siglo XX se utilizaban técnicas y métodos de tratamiento medievales. La investigación científica se vio aplazada, por lo que la experimentación y búsqueda de nuevos métodos de tratamiento e intervención se vieron estancados. Los mayores aportes y avances logrados estuvieron en manos de personas extranjeras. Ya sea durante la primera invasión norteamericana o a la llegada de los refugiados de la Guerra Civil Española, estos individuos aportaron e introdujeron conocimientos, técnicas y aportes que reformaron la salud mental.

Primer Congreso Interamericano de Psicología

El Primer Congreso Interamericano de Psicología celebrado en nuestro país en 1953 marcó un hito en la historia de la salud mental dominicana. Por primera vez se reunieron los pocos expertos de la salud mental del país con expertos de todo el continente. En este Congreso registra Rodríguez (2000) fluyó información y consejos que motivaron a los dominicanos a expandir sus conocimientos. Nuestro país, con poca experiencia en el estudio de la psicología, se convirtió en el primer punto de reunión de los psicólogos y psicólogas del continente americano. Mota y Gil (1955) expresaron que al momento del Congreso la psicología era enseñada en algunos niveles de bachillerato y en algunas escuelas dedicadas a la formación de profesores. La práctica se limitaba a los seis psiquiatras que había en el país y al Instituto de Investigaciones Psicopedagógicas, quienes se dedicaban a aplicar test de inteligencia a estudiantes.

La psicología como ciencia que surgió con Wundt, enfocada en el estudio de la psique y de su comportamiento, aún no había encontrado su lugar en suelo dominicano 74 años después de establecida. La salud mental estaba a cargo de los psiquiatras, quiénes, como antes de la entrada en escena de Wundt, tenían prácticas, métodos y herramientas muy distintas. Uno de los principales temas de debate en dicho consejo fue la homogenización del pensamiento y práctica psicológica.

Las pruebas psicométricas cuyo objetivo era calcular el cociente intelectual promedio del niño dominicano eran aplicadas por profesionales de áreas distintas a la psicología, pues en el país aún no había psicólogos ni personas entrenadas en pruebas psicométricas, lo que lleva a cuestionar la validez del proceso y los resultados.

Este congreso despertó el interés sobre la salud mental en el país, pero aún le tomaría 14 años para tener un impacto tangible sobre el desarrollo de la ciencia en el país. “El clima cultural y científico del país no estaba todavía maduro para el desarrollo de la psicología como ciencia y profesión” (Rodríguez, 2000)

Una vez más, la salud mental, a pesar de intervenciones externas e intentos de reforma se mantiene suspendida. Perseveraron patrones de pensamiento y concepciones anticuadas sobre las enfermedades mentales. Reinó la ignorancia, se mantuvieron y reforzaron los mitos y recurrir a lo mágico-religioso para lidiar con lo desconocido se volvió la norma. Este escenario permitió el establecimiento y mantenimiento de un tabú alrededor de las enfermedades mentales tan arraigado al pensamiento dominicano, que años de investigación y estudio no han podido erradicar por completo.

Inicio del estudio de la psicología en el país.

Al caer la dictadura de Trujillo, afirma Rodríguez (2000) se produjo la autonomía universitaria que permitió que en el país se introdujeran carreras no tradicionales. Entre

1965 y 1966 el Dr. Tirso Mejía-Ricart fundó en la Facultad de Humanidades de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) la primera escuela de psicología. Este acontecimiento marca el inicio formal de la psicología como ciencia en el país. Meses más tarde, en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) el educador español, Lic. Malaquías Gil funda el segundo departamento de psicología del país.

Tomó 86 años para que los avances y conocimientos que ya dominaban el mundo occidental se establecieran tímidamente en nuestro país. Al igual que en Alemania, la tarea estuvo dirigida por educadores y médicos, quienes intentaron disipar la ignorancia en relación a la salud mental y brindar una vida digna a las personas con enfermedades mentales.

Rodríguez (2000) documenta que la licenciatura empezó a ofrecerse en 1968, bajo la dirección de José Cruz. En 1978 propuso el cambio de la Antigua División de Psiquiatría e Higiene Mental de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social a la División de Salud Mental, dando inicio a los servicios de salud mental comunitaria.

2.6 Situación de la salud mental en el siglo XXI

2.6.1 A nivel internacional.

Jovell (2006) al describir la salud mental en el siglo XXI, afirma que estamos viviendo un cambio social en la sanidad sin precedentes en la historia de la humanidad. Este cambio social se traduce en un nuevo modelo de pacientes más informados y con unas mayores expectativas. Sin embargo, mayor información no supone mejor conocimiento y más responsabilidad, por lo que se requiere aumentar la consciencia social e individual de las personas.

La mayor cantidad de pacientes informados ha influenciado directamente las tasas de tratamiento. Campo-Arias y Cassiani (2008) documentan que en Estados Unidos la tasa de tratamientos para los trastornos mentales ha aumentado desde 1993 hasta 2003. Entre los sujetos con un trastorno mental, el 20,3% recibió tratamiento entre 1990 y 1992, comparado con el 32,9% que recibió tratamiento entre 2001 y 2003. La utilización de fármacos psicotrópicos, sin embargo, es generalmente baja (32,6%).

Aún con la existencia y prevalencia de la estigmatización de las enfermedades mentales en el mundo occidental, gracias a movimientos de concientización se ha alcanzado un nivel mas alto de aceptación y comprensión de las mismas. Esto ha contribuido a traer el tema de la salud mental a primera plana y convertirlo en un tema de conversación y discusión para personas de todas partes del mundo. La carrera de psicología figura entre las mas estudiadas en las universidades.

Tanto en Occidente como Oriente, existe un alto nivel de estigmatización y rechazo hacia las personas con enfermedades mentales, pero estos son mucho mas pronunciados en Oriente, donde los valores y tradiciones familiares ejercen un gran poder.

Lauber & Rössler (2009) documentan los resultados de un estudio realizado en los países en vías de desarrollo en Asia entre 1996–2006 que demostró que hay una tendencia a estigmatizar y discriminar a las personas con enfermedades mentales. Es aún prevalente la creencia del rol que juega lo sobrenatural y lo mágico- religioso. La mayoría de los profesionales de la salud mental se encuentran en las áreas urbanas, limitando significativamente el acceso a la salud mental. A pesar de esto, Mechera (2002) documenta que más de 450 millones de personas padecen trastornos mentales o neurológicos en el continente asiático.

Las tasas de utilización de los servicios de salud mental en Japón son bajas, sin embargo, las tasas de suicidio son muy altas. Existe en el país un bosque, conocido como el bosque del suicidio, famoso internacionalmente como un lugar donde las personas van a quitarse la vida. Esta es la representación física de la problemática de la salud mental en el país. La ausencia de búsqueda de tratamiento psicológico, los estrictos valores familiares y las altas tasas de suicidio evidencian el estigma que existe aún alrededor de las enfermedades mentales.

En China, el panorama no dista mucho del japonés. Hong Ng (1997) afirma que el estudio y ejercicio de la psiquiatría es escaso, ya que los doctores y enfermeras se niegan a especializarse en esa rama debido a su bajo estatus social, el estigma de las enfermedades mentales y la psiquiatría, y la inutilidad de cuidar a pacientes “Psicóticos”. Este prejuicio de los mismos profesionales de la salud frente a el enfermo mental contribuye a la gran resistencia que presenta el país en aceptar los programas de salud mental. Figura también la falta de conceptos modernizados de las enfermedades mentales y el aislamiento de los hospitales psiquiátricos, los cuales documenta Meshvra (2002) están situados lejos de las ciudades y pueblos.

Impacto de los medios de comunicación masivos

Al hablar de la salud mental en el siglo XXI no podemos dejar a un lado el impacto del cine, la televisión y las redes sociales sobre la misma. La mayor parte de las representaciones de las enfermedades mentales son incorrectas y exageradas, lo que genera desinformación, consolida más los mitos, el estigma y establece estereotipos. Las personas con enfermedades mentales son retratadas como asesinos peligrosos y violentos. Enfermo mental se convirtió en sinónimo de criminal, incontrolable, perverso; u objeto de burla y ridiculización. La influencia que tiene esta herramienta sobre la concepción de las enfermedades es enorme, debido al gran alcance de los medios y de la popularidad de los mismos.

Muñoz, Pérez-Santos, Crespo, Guillén & Izquierdo (2011) revelan que al establecer estereotipos de una persona que inspira miedo, desconfianza u otras reacciones negativas, se predispone a las actitudes y valores que forman los prejuicios. Este sentimiento aversivo resulta en comportamientos de rechazo que afectan la vida de las personas con un trastorno mental. Esta discriminación priva a las personas de oportunidades esenciales para el logro de sus objetivos, afectando de igual forma el ámbito emocional y conductual. Alterando negativamente la calidad de vida de la persona, y la autoestima (Markowitz, 1998; Rosenfield, 1997) mientras que se relaciona positivamente con síntomas de depresión y ansiedad. En la representación de la enfermedad mental generalmente se destacan los aspectos negativos, lo cual tiene un gran efecto en la percepción de funcionalidad de una persona con alguna enfermedad mental.

Pero no solo las personas con enfermedades mentales han sido mal representadas, la imagen del hospital psiquiátrico ha sido fuertemente afectada. Como Poseck (2007) documenta es frecuente el escenario de la institución mental, sobre todo en películas de terror, como lugares oscuros y tenebrosos, con enfermeras diabólicas y directores dementes.

La base detrás de esta representación terrorífica tiene su base en la antigüedad cuando el manicomio era de hecho un lugar escalofriante. Sin embargo, desde la reforma psiquiátrica, las instituciones mentales han sufrido enormes transformaciones que han cambiado la realidad de los pacientes. A pesar de esto, el cine ha perpetuado la imagen del antiguo hospital psiquiátrico y ha decidido ignorar la reforma de los últimos años como si nada hubiera cambiado.

De la misma manera como los medios de comunicación masivos han sido una herramienta utilizada negativamente con respecto a la salud mental, también han tenido un impacto positivo. La globalización afianzada a través de las redes sociales ha servido de plataforma a personas con un gran número de seguidores para hablar abiertamente sobre su experiencia con la salud mental. No solo esto abre la discusión sobre las enfermedades mentales, pero permite escuchar y simpatizar desde el punto de vista de la persona que la sufre, abriendo camino a la normalización, educación y concientización, reconociéndolas como alteraciones con un impacto tan significativo como las enfermedades físicas.

2.6.2 A nivel nacional.

En el año 2008, la OMS realizó una evaluación del sistema de salud mental del país con el objetivo dotar de instrumentos para la mejora de la atención de salud mental. En el reporte publicado se concluyó que:

“El 81% (56) de los establecimientos de salud mental están representado por los servicios ambulatorios. Un 16% (9) lo constituyen las unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales. De los servicios ambulatorios solo el 4% están dedicados exclusivamente a la atención de salud mental de niños / as y adolescentes y no existen unidades infanto-juveniles de hospitalización, ni unidades psiquiátricas forenses. Los usuarios atendidos en establecimientos ambulatorios son diagnosticados principalmente

de trastornos afectivos y esquizofrenia y solo una parte (21-50%) recibieron una o más intervenciones psicosociales durante el último año. Los usuarios y usuarias de zonas rurales están significativamente subrepresentados en el uso de los servicios de salud mental. Ha sido poco el desarrollo del componente de salud mental y se evidencia la inexistencia de programas regulares de capacitación en temas de salud mental para el personal de la atención primaria. A pesar de que en el país todos los centros de atención primaria cuentan con un médico, no disponen de protocolos de evaluación y tratamiento para condiciones de salud mental” (Organización Mundial de la Salud, 2008)

A esto se le suma, según documenta Basauri (2009) la falta de un número importante de informes que no fueron reportados, lo que permitió concluir que existían grandes limitaciones y deficiencias en los sistemas de información. Al revisar los objetivos contemplados en el proyecto y revisando los resultados, se hizo evidente que la parte de acción comunitaria fue escasa o ausente. Se reportó una falta crónica de medicamentos, lo que no facilitaba la adherencia a las citas, y una gran desmotivación por parte del personal de salud.

La República Dominicana, expresado por Pérez y Fernández (2019) es un país con una mezcla cultural que se ve influenciada por el catolicismo medieval español, la cultura africana y las costumbres y tradiciones haitianas. Como consecuencia, indica Alcántara (2017) de los intercambios y unión de las diversas culturas, los dominicanos, en su mayor expresión en los sectores populares y áreas rurales practican un sincretismo religioso que tiene sus más altas expresiones en el vudú y el gagá. Un sector de la población, especialmente los que habitan los bateyes de comunidades dominico-haitianas, creen en los poderes mágicos y curativos de ambos cultos. Tanto en los campos como en las ciudades, pero con mayor reporte de casos en el primero, la religiosidad popular está teñida de

creencias y prácticas heterodoxas que son aceptadas con naturalidad. Sus máximas expresiones lo encontramos en los ensalmos para quitar dolores o curar enfermedades.

Como establecimos con anterioridad, las creencias y prácticas religiosas son factores sumamente influyentes en la salud mental de cada individuo, desde la percepción de lo que es real, las conductas, la interpretación de cada acontecimiento y el enfoque con que aborda los problemas.

(Pérez y Fernández, 2019) La influencia de este conjunto de creencias y tradiciones juegan un papel fundamental en el desarrollo de cada individuo, desde sus valores hasta su estilo de vida, englobando así el aspecto familiar, rutinas y la manera en que perciben el mundo, lo que a su vez tiene un efecto en como actúan ante un momento de crisis. El fondo cultural y religioso de las personas es un aspecto de mucho peso en nuestra sociedad, ya que establecen conceptos y percepciones claves de la salud mental como la creencia de que la falta de fe es el motivo de la depresión, hasta que diversas enfermedades son fruto de maldiciones o conjuros.

Luciano, Nadal, Brito, Negrete y Contreras (2010) citan una investigación realizada con el propósito de analizar la situación de la salud mental y atención primaria en el país, que determinó que, de 83 proveedores de servicios entrevistados, tres o más de cada 10 respondieron que las personas afectadas por trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias antes de acudir al centro de salud recurren a un grupo religioso (36%), un curandero o brujo (31%) y a un amigo (30%). Un 22% acude a un hospital psiquiátrico y un 6% a un centro de salud privado. Entre 2013-2016, del total de 99,001 casos de atención por salud mental registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Sinave), el 41% correspondía a crisis de ansiedad; el 34% a crisis de depresión; el 21% a alcoholismo; el 2.6% a intento suicida y el 1% a drogodependencia. La presidenta de la Sociedad Dominicana de Psiquiatría, Marisol Taveras, al dirigirse a la

situación de la asistencia a curanderos establece que esto se encuentra ligado a viejos tabúes que imperan en la sociedad. “Como país latinoamericano con una fuerte herencia multicultural, tenemos arraigados muchos elementos mágico-religiosos que afectan, no solo las prácticas médicas en salud mental sino en todas las ramas de la medicina. Las últimas estadísticas nos colocan en el tercer lugar de los países latinoamericanos con mayor cantidad de personas con condiciones mentales que no reciben servicios o tratamientos adecuados, con un 82%”.

“Nuestra idea, además de querer la curación del enfermo, era convencer al gran público de que no todas las enfermedades mentales son incurables y que mientras más pronto se atienden, mayores posibilidades tienen de ser remediadas” (Zaglul, 1991)

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en 1990 convocó la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina celebrada en Caracas, Venezuela. Una conferencia de suma importancia para la historia de la salud mental latinoamericana ya que, en la misma, se adoptó la Declaración de Caracas, con el propósito de reestructurar el sistema psiquiátrico en América Latina. Para lograr sus objetivos, se propuso la actualización de leyes para asegurar el respeto de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales y sus familiares, y promover la reestructuración de los servicios comunitarios para que contribuyan a que estas personas pudieran ejercer sus derechos de igual manera que otros seres humanos. En la misma, se propuso cambiar el modelo de hospital psiquiátrico por centros de rehabilitación para lograr sus objetivos de reintegrar a los individuos a la sociedad (Vásquez, 2010)

El movimiento de desinstitucionalización psiquiátrica iniciado en otros países a final de la Segunda Guerra Mundial, hace su entrada en escena casi 50 años después en América Latina. En nuestro país, sin embargo, no es hasta el 2016 cuando, como parte de

movimientos gubernamentales de revolución de la salud mental, y aplicando los postulados del movimiento de desinstitucionalización de los efectos nocivos de la reclusión y como una manera de eliminar el estigma y mala reputación que existía alrededor de la palabra hospital psiquiátrico, entra en vigencia el movimiento.

El Hospital Psiquiátrico Padre Billini, referido por la población en su mayoría como el 28, por su ubicación en el kilómetro 28, fue por años el referente de la atención psiquiátrica en el país. Las condiciones suprahumanas, similares al Bedlam medieval lo transformaron en una infame referencia que convirtió al 28 en el “número del loco”.

Con la dirección y ayuda de la OMS, y guiados por las recomendaciones de las observaciones del sistema de salud en el país, se puso en movimiento un plan para mejorar el sistema de salud mental. La Dirección Nacional de Salud Mental (DGSM), documenta Basauri (2009) inició a desarrollar e implementar un programa de atención ambulatoria y seguimiento comunitario para ser puesto en práctica en los hospitales. Entre sus objetivos figuraban asegurar una atención integral al paciente, disminuir el número de internamientos, garantizar el acceso a los psicofármacos, obtener información de la situación de la salud mental, facilitar la aceptación e integración de la intervención psicológica en el ámbito familiar, social y laboral.

Siguiendo el movimiento de desinstitucionalización e intentando borrar el horror detrás de la figura del centro, en el 2016, según documenta la Presidencia de la República Dominicana (2016) se reconstruye y equipa El Hospital Psiquiátrico Padre Billini, convirtiéndolo en el Centro de Rehabilitación Psicosocial, una nueva estructura que sigue los lineamientos del nuevo modelo de atención de salud mental que se implementa en el país.

Por mucho tiempo, el ahora Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Billini fue el máximo referente de atención mental en el país, pero debido al incremento de casos y

viendo la necesidad de expandir el campo de instituciones que brindasen este servicio, en algunos hospitales se establecieron unidades de intervención en crisis. Entre ellos figuran el Hospital General Dr. Moscoso Puello, el Hospital Darío Contreras, Hospital Central de las Fuerzas Armadas y el Robert Reid Cabral.

(Acento, 2019) En el 2019 el Ministerio de Salud lanzó el Plan Nacional de Salud Mental 2019-2022, con el objetivo de reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad asociadas a los trastornos mentales, disminuir las brechas de atención, promover y prevenir las enfermedades mentales y ampliar la cobertura y acceso a la atención de salud mental. Estos objetivos fueron establecidos luego del análisis de la situación actual, donde se identificaron y analizaron las principales brechas y las necesidades orientando el trabajo prioritariamente a cubrir las necesidades del país, alineado con las recomendaciones de la OPS/OMS. La doctora Alma Morales, representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), valoró el alcance del Plan como un aspecto de interés para mejorar la calidad de la atención. El ministro de Salud, Rafael Sánchez Cárdenas señaló que, en los últimos tres años, el país ha logrado grandes objetivos que reflejan que se han tomado en cuenta las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud y se ha desarrollado un conjunto de estrategias dirigidas al establecimiento de programas de prevención y promoción, atención integral, rehabilitación e inclusión social de las personas afectadas y sus familias. El director ejecutivo del Servicio Nacional de Salud, Chanel Rosa Chupany, manifestó que el implemento de un sistema que asegure la cobertura y acceso a una atención de salud mental integrada debe fortalecerse con las Unidades de Intervención en Crisis (UIC), en diferentes hospitales públicos y que para lograrlo se necesita el apoyo de todo el sector sanitario. El director del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Públicas, Ángel Almánzar recalcó que el Plan servirá para guiar las intervenciones de salud

que se realicen en el país, dejando atrás su abordaje tradicional biomédico, para pasar hacia un modelo de salud pública comunitario y participativo.

En 1994 el Senado de la República Dominicana designó oficialmente el 10 de octubre como Día de la Salud Mental.

2.7 Concepción y percepción sociocultural de la salud mental en la República Dominicana

La evolución histórica de la concepción de las enfermedades mentales ha sido larga y turbulenta, con cada período de la historia caracterizado por ideas particulares.

Para conocer a profundidad la concepción y percepción actual de las enfermedades mentales en el país, se realizó una encuesta a una muestra representativa de la población. La misma nos permite señalar que aún se perpetúan mitos, estereotipos y concepciones erróneas y obsoletas transmitidas a través de generaciones, sustentados y reforzados por factores sociales y mediáticos.

ENCUESTA SOBRE LA PERCEPCIÓN Y CONCEPCIÓN SOCIOCULTURAL DE LAS
ENFERMEDADES MENTALES EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

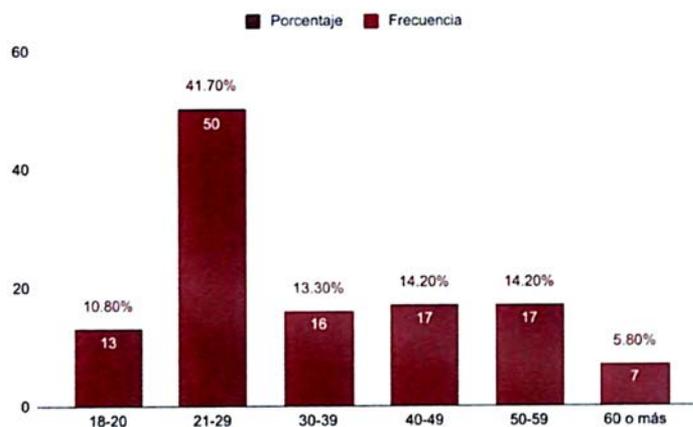
Tabla 1.1

Grupo de edad

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
18-20	13	10.8%
21-29	50	41.7%
30-39	16	13.3%
40-49	17	14.2%
50-59	17	14.2%
60 o más	7	5.8%
Total	120	100%

Fuente. Encuesta sobre la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana.

Gráfico 1.1 ¿Cuál es su grupo de edad?



Fuente. Tabla 1.1

La mayor parte de los entrevistados (41.7%) son personas entre los 21 y 29 años de edad. Un 14.2% corresponde a personas de 40 a 49 años, y 14.2% a 50 a 59 años. El 13.3%

se encontraba dentro de los 30 a 39 años, un 10.8% 60 años o mas, y un 5.8% entre 18 y 20 años.

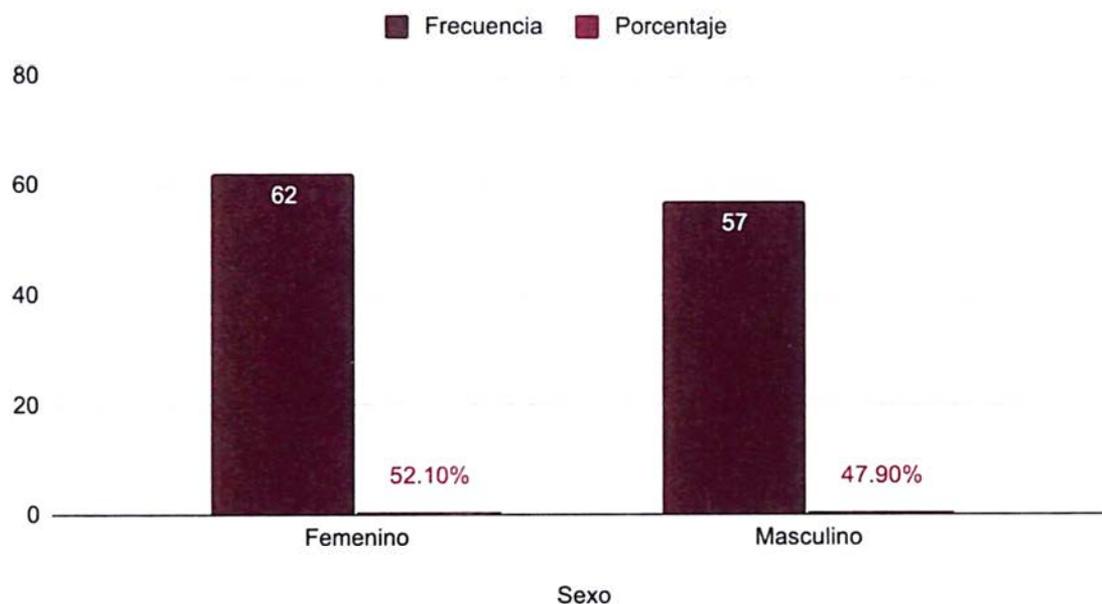
Tabla 1.2

Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	62	52.1%
Masculino	57	47.9%
Total	119	100

Fuente. Encuesta sobre la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana.

Pregunta 1.2 ¿Cuál es su sexo?



Fuente. Tabla 1.2

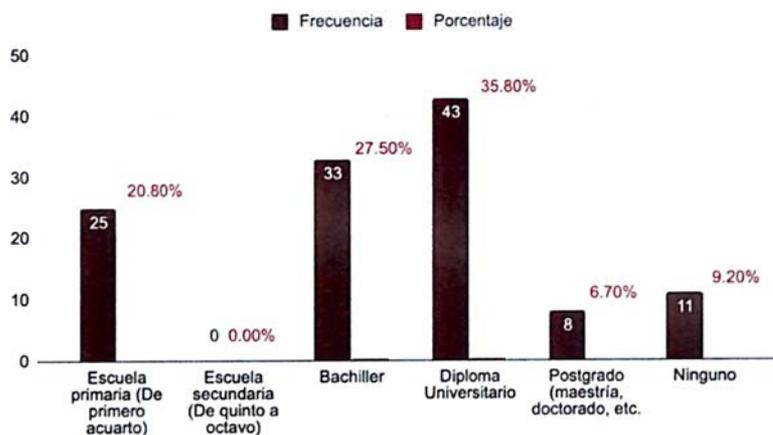
El mayor porcentaje de los encuestados fueron de sexo femenino con un 52.1%; un 47.9% fue masculino. Una persona se abstuvo de contestar la pregunta.

Tabla 1. 1*Nivel de educación*

Nivel de educación	Frecuencia	Porcentaje
Escuela primaria (De primero acuarto)	25	20.8%
Escuela secundaria (De quinto a octavo)	0	0%
Bachiller	33	27.5%
Diploma Universitario	43	35.8%
Postgrado (maestría, doctorado, etc.)	8	6.7%
Ninguno	11	9.2%
Total	120	100%

Fuente. Encuesta sobre la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana.

Pregunta 1.3 ¿Cuál es el nivel de educación mas alto que obtuvo?

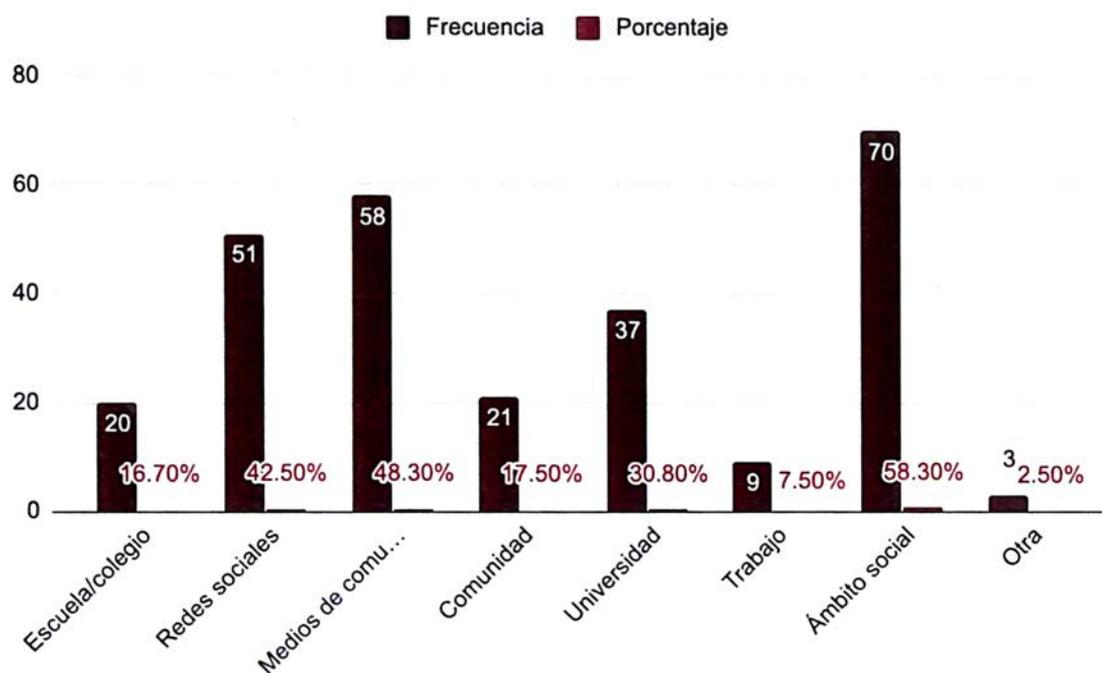


Fuente. Tabla 1.3

En cuanto al nivel de educación mas alto alcanzado por los encuestados, un 35.8% indicó tener un diploma universitario, un 27.5% posee un título de bachillerato, un 20.8% culminó la escuela primaria, un 9.2% indicó no haber recibido ninguna formación formal, un 6.7% posee un título de postgrado, un 0% indica la escuela secundaria como el nivel de educación mas alto alcanzado.

Tabla 1. 2

Pregunta 1.4 ¿Dónde ha escuchado mencionar las enfermedades mentales?



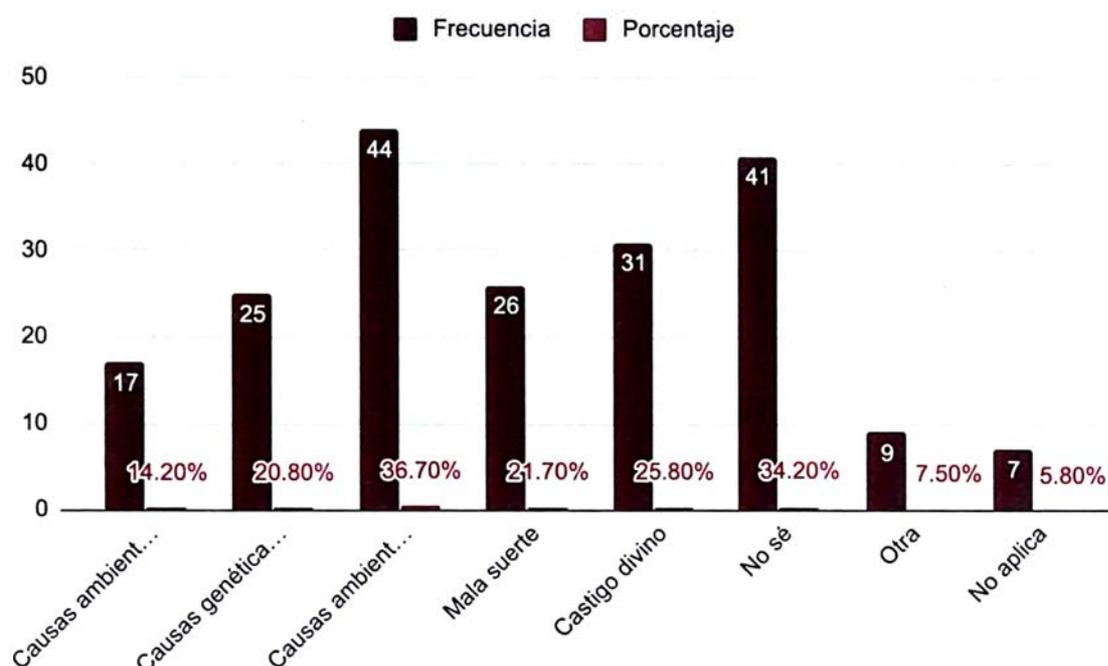
Fuente. Encuesta sobre la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana.

Los encuestados podían escoger mas de una opción ante esta interrogante.

El 58.3% indica haber escuchado mencionar sobre las enfermedades mentales en el ámbito social, un 48.3% en los medios de comunicación masivos, un 42.5% en las redes sociales, el 17.5% en la comunidad, el 16.7% en la escuela o colegio, un 7.5% en el ámbito laboral y un 2.5% cita otras fuentes de información.

Tabla 1. 3

Pregunta 1.5 ¿Cuáles piensa que son las causas de las enfermedades mentales?



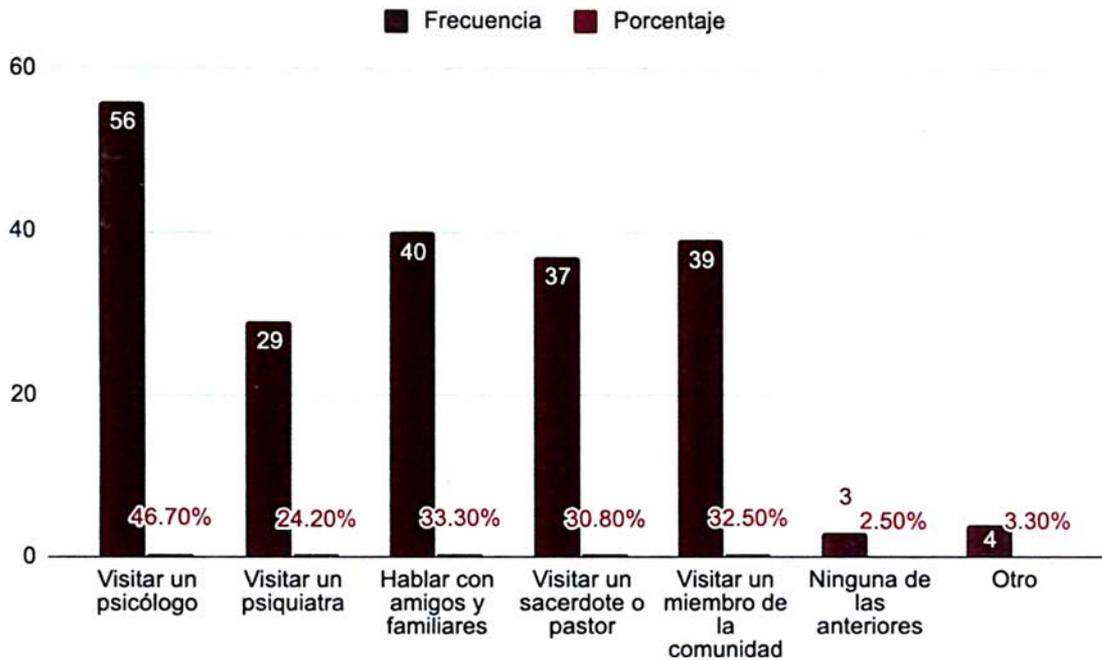
Fuente. Encuesta sobre la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana.

Los encuestados podían escoger más de una opción ante esta interrogante.

Un 36.7% señala factores ambientales y genéticos como las causas de las enfermedades mentales; el 34.2% no conoce las causas de las mismas; un 25.8% asegura son resultado de un castigo divino; el 21.7% sostiene que se debe a la mala suerte; el 20.8% sugiere es resultado de factores genéticos o hereditarios; el 14.2% establece que las causas son ambientales; el 7.5% indica otras causas no mencionadas; el 5.8% indica que la pregunta no aplica.

Tabla 1. 4

Pregunta 1.6 Si una persona sospecha que tiene alguna enfermedad mental, ¿Qué piensa que debería hacer?



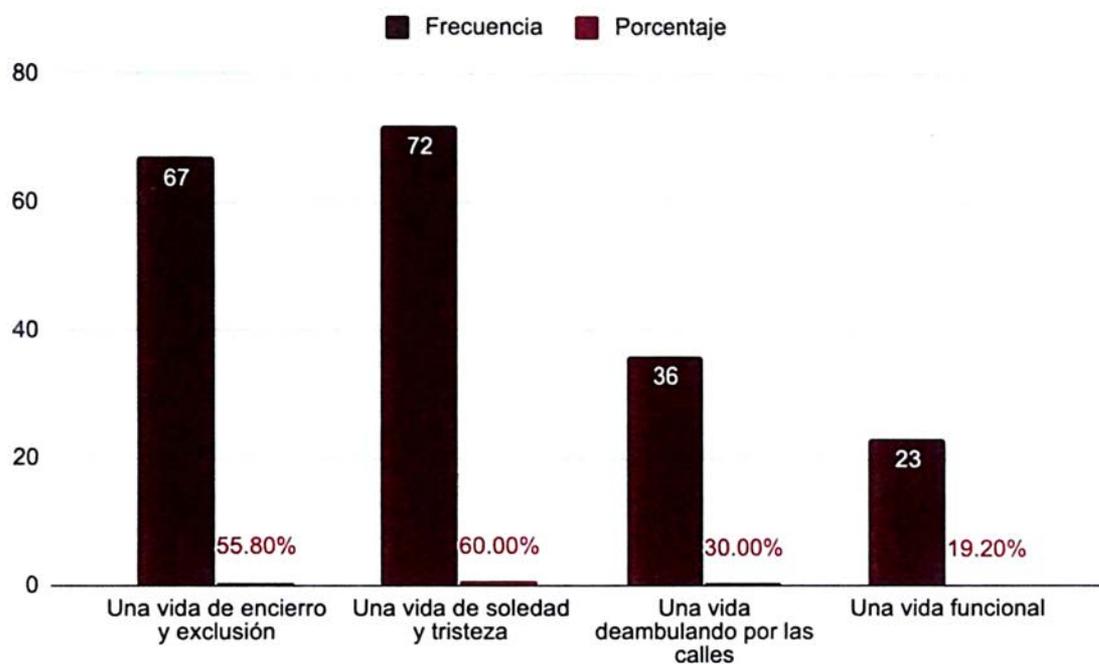
Fuente. Encuesta sobre la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana.

Los encuestados podían escoger mas de una opción ante esta interrogante.

Al examinar que piensan que debe hacer una persona cuando sospecha que sufre de alguna enfermedad mental, un 46.7% señaló que debería visitar un psicólogo, un 33.3% indicó que lo primero que debe hacer es hablar con amigos y familiares, un 32.5% considera que debe visitar un miembro de la comunidad, un 30.8% señala que debe visitar un sacerdote o pastor, un 24.2% señala que debe visitar un psiquiatra, un 3.3% señala que debe acudir a otro método y un 2.5% señala que no debe hacer ninguna de las anteriores.

Tabla 1. 5

Pregunta 1.7 Cuando piensa en la vida de una persona con alguna enfermedad mental como depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia, piensa en



Fuente. Encuesta sobre la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana.

Los encuestados podían escoger mas de una opción ante esta interrogante.

Un 60% de los encuestados piensa que la vida de una persona con alguna enfermedad mental como depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia se caracteriza por la soledad y tristeza, un 55.8% considera que es una vida de encierro y exclusión, un 30% la ve como una vida deambulando por las calles y un 19.2% la considera una vida funcional.

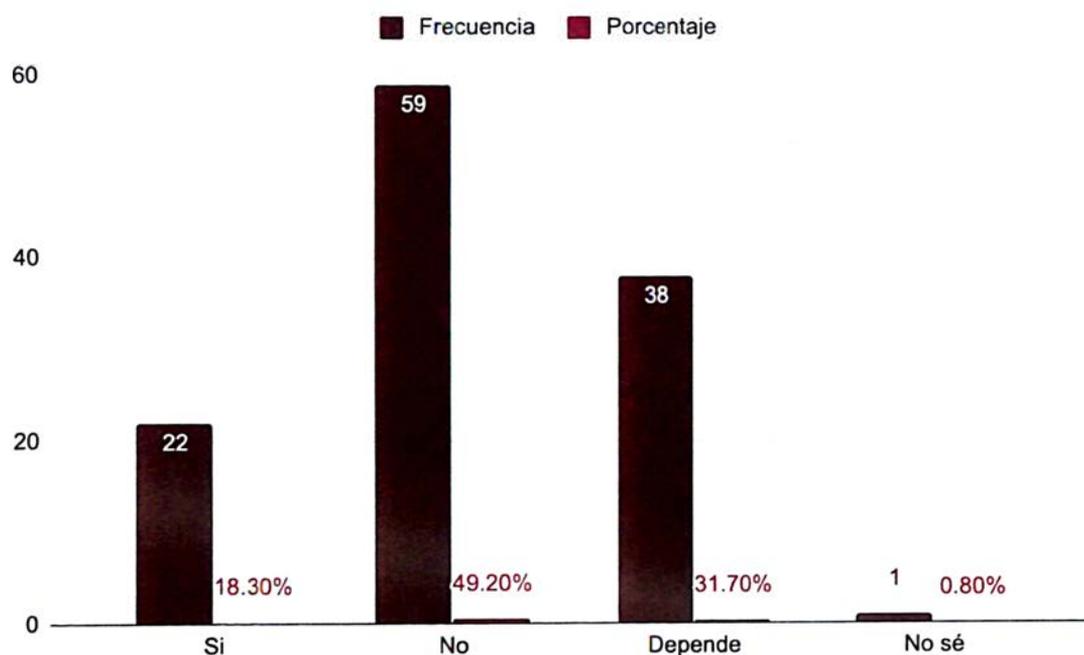
Tabla 1.6

Percepción de la funcionalidad de una persona con alguna enfermedad mental.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	18.3%
No	59	49.2%
Depende	38	31.7%
No sé	1	0.8%
Total	120	100%

Fuente. Encuesta sobre la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana.

Pregunta 1.8 ¿Piensa que una persona con alguna enfermedad mental mayor puede llevar una vida igual de funcional que una persona sin diagnóstico psicológico?



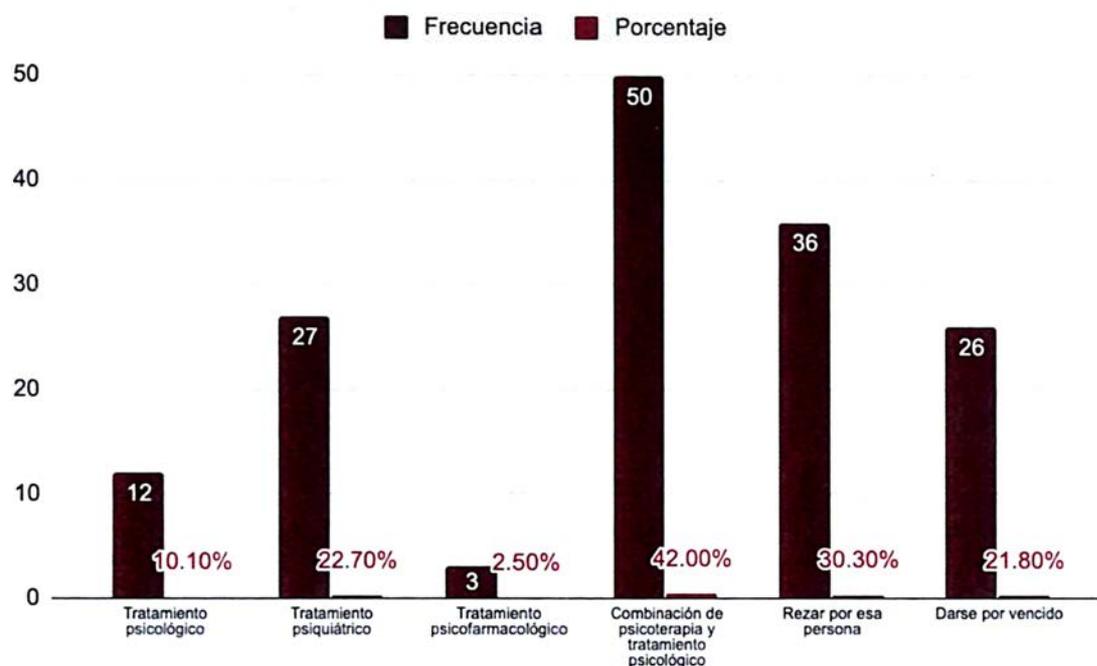
Fuente. Tabla 1.8

El 49.2% de los encuestados considera que una persona con alguna enfermedad mental mayor no puede llevar una vida igual de funcional que una persona sin diagnóstico

psicológico, un 31.7% considera que depende, un 18.3% cree que si puede llevar una vida igual de funcional que una persona sin diagnóstico psicológico y un 0.8% señala que no sabe.

Tabla 1.7

Pregunta 1.9 Cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad mental mayor, ¿Cuál piensa es el mejor proceso a seguir?



Fuente. Encuesta sobre la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana.

Los encuestados podían escoger mas de una opción ante esta interrogante.

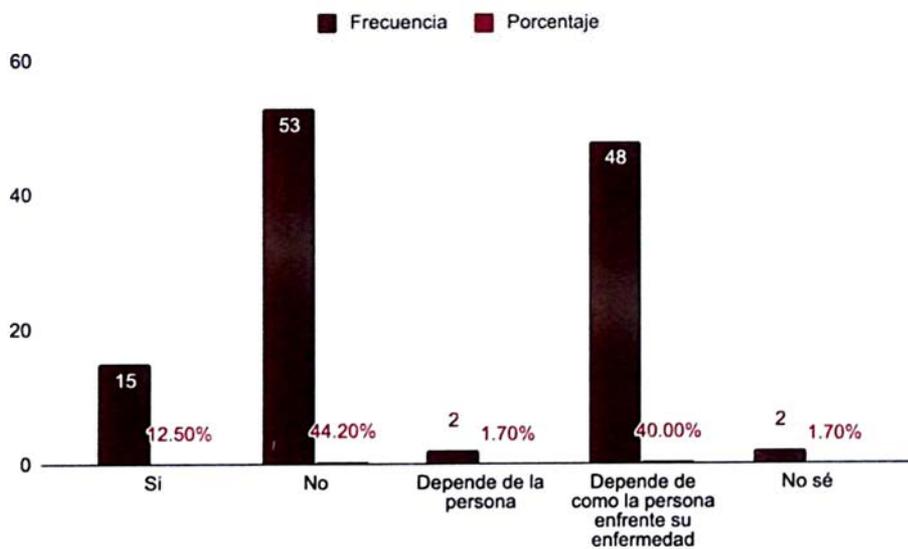
El 42% de los encuestados señala que cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad mental mayor, el mejor proceso a seguir es un tratamiento basado en la combinación de psicoterapia y tratamiento psicológico, un 30.3% considera que se debe rezar por esa persona, un 22.7% señala que debe iniciarse un tratamiento psiquiátrico, un 21.8% cree que deben darse por vencido ante el diagnóstico, un 10.1% señala que debe iniciarse un tratamiento psicológico y un 2.5% señala que debe iniciarse un tratamiento psicofarmacológico.

Tabla 1.8*Percepción del rol social y laboral de las personas con alguna enfermedad mental*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	12.5%
No	53	44.2%
Depende de la persona	2	1.7%
Depende de como la persona enfrente su enfermedad	48	40%
No sé	2	1.7%
Total	120	100%

Fuente. Encuesta sobre la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana.

Pregunta 1.10 ¿Piensa que una persona con alguna enfermedad mental puede desempeñar roles de gran importancia en la sociedad, como doctores, presidentes o abogados?

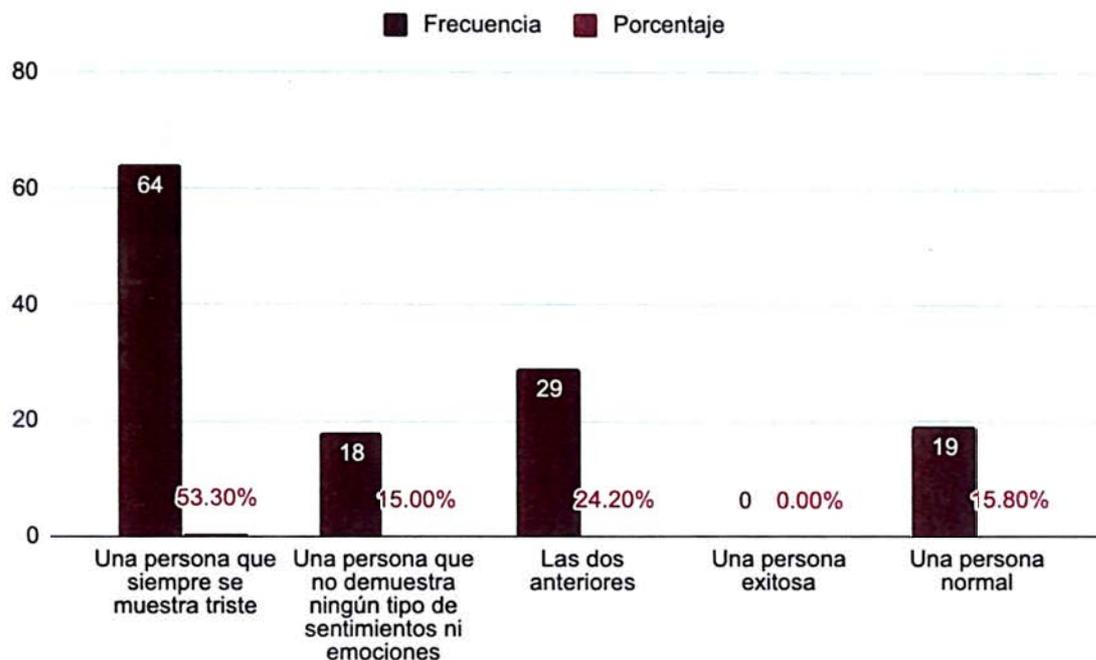


Fuente. Tabla 1.10

Un 44.2% de los encuestados no cree que una persona con alguna enfermedad mental puede desempeñar roles de gran importancia en la sociedad, el 40% señala que dependerá de como la persona afrente su enfermedad, un 12.5% considera que, si puede desempeñar roles de gran importancia en la sociedad, un 1.7% señala que dependerá de la persona, y un 1.7% señala que no conoce la respuesta a esta pregunta.

Tabla 1.9

Pregunta 1.11 Cuando piensa en una persona con depresión, piensa en



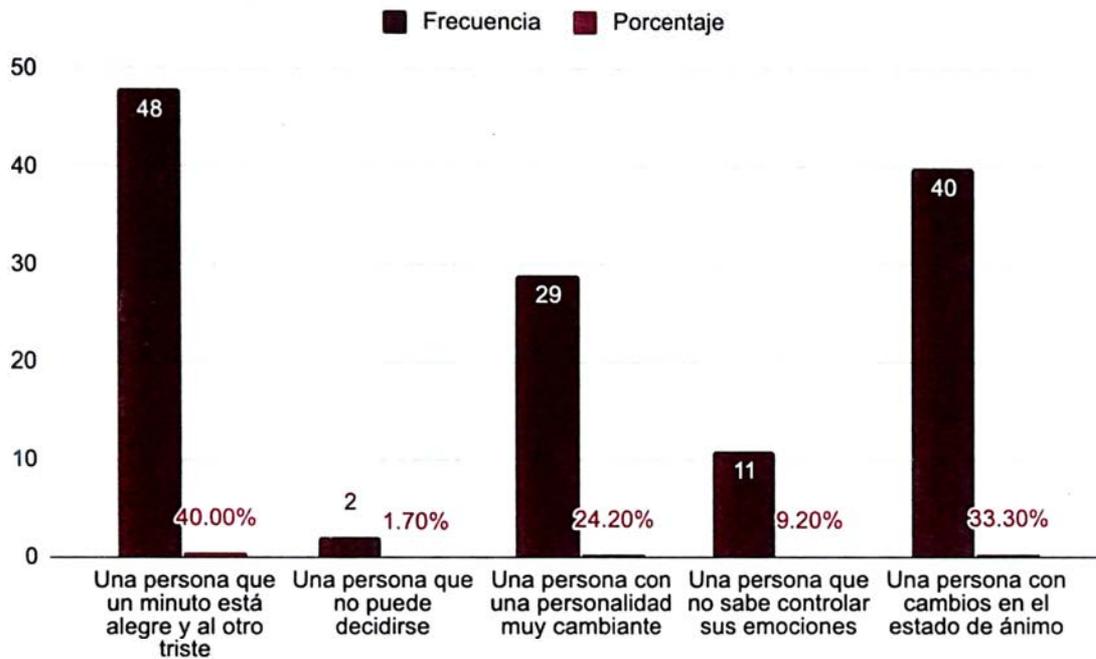
Fuente. Encuesta sobre la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana.

Los encuestados podían escoger más de una opción ante esta interrogante.

Un 53.3% de los encuestados indica que una persona con depresión les hace pensar en una persona que siempre se muestra triste, a el 24.2% les hace pensar en una persona que siempre se muestra triste y que no demuestra ningún tipo de sentimientos ni emociones, un 15.8% piensa en una persona normal, a el 15% les recuerda a una persona que no demuestra ningún tipo de sentimientos ni emociones, y un 0% piensa en una persona exitosa.

Tabla 1.10

Pregunta 1.12 Cuando piensa en una persona con trastorno bipolar, piensa en



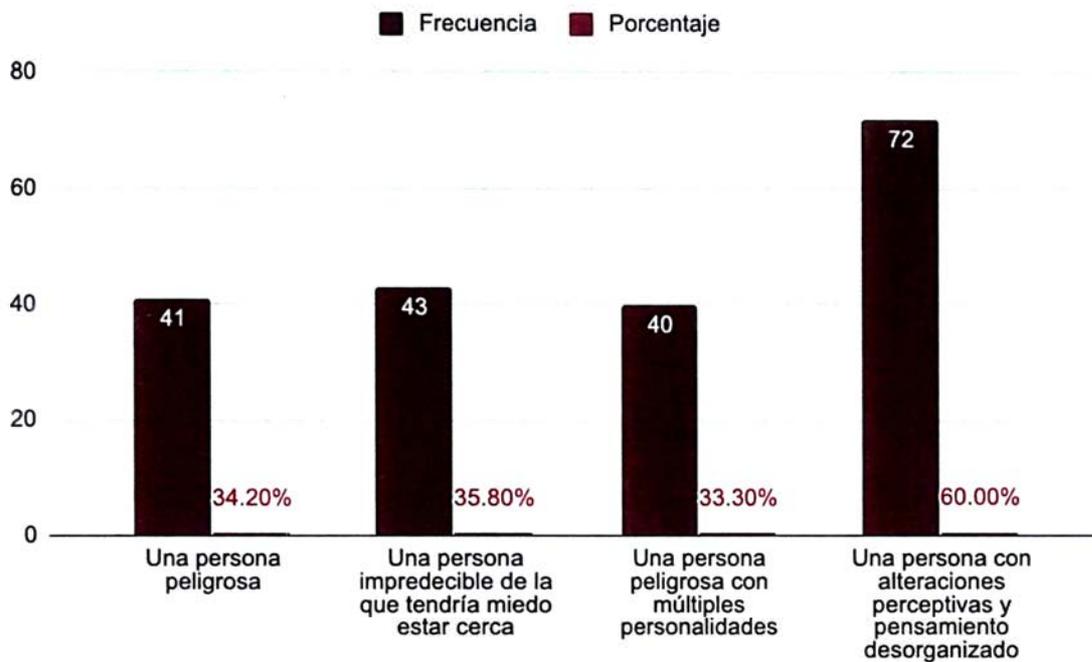
Fuente. Encuesta sobre la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana.

Los encuestados podían escoger más de una opción ante esta interrogante.

El 40% de los encuestados piensa que una persona con trastorno bipolar es aquella que un minuto está alegre y al otro triste, un 33.3% piensa en una persona con cambios en el estado de ánimo, un 24.2% la describe como una persona con una personalidad muy cambiante, un 9.2% señala a una persona que no sabe controlar sus emociones y un 1.7% señala a una persona que no puede decidirse.

Tabla 1.11

Pregunta 1.13 Cuando piensa en una persona con esquizofrenia piensa en



Fuente. Encuesta sobre la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana.

Los encuestados podían escoger más de una opción ante esta interrogante.

El 60% de los encuestados señala a una persona con esquizofrenia como aquella que tiene alteraciones perceptivas y pensamiento desorganizado, un 35.8% señala a una persona impredecible de la que tendría miedo estar cerca, el 34.2% piensa en una persona peligrosa, el 33.3% piensa en una persona peligrosa con múltiples personalidades.

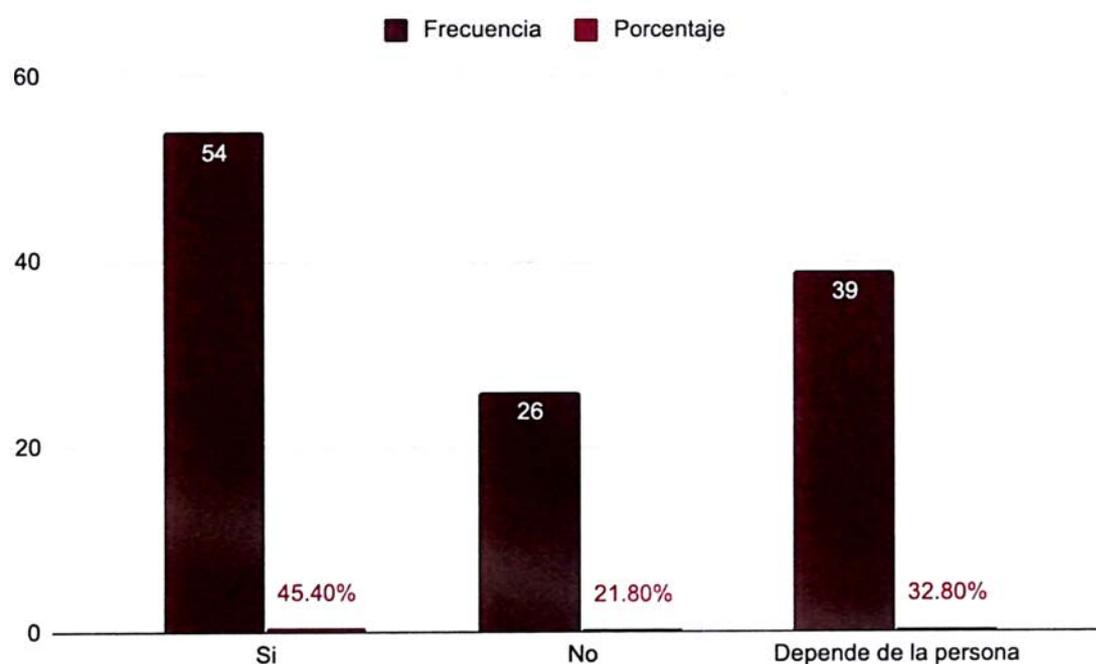
Tabla 1.12

Evaluación de la percepción de peligro de una persona con esquizofrenia o trastorno bipolar

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	54	45.4%
No	26	21.8%
Depende de la persona	39	32.8%
Total	119	100%

Fuente. Encuesta sobre la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana.

Pregunta 1.14 ¿Tendría miedo de pasar tiempo con una persona con esquizofrenia o trastorno bipolar porque esta podría hacerle daño?



Fuente. Tabla 1.14

El 45.4% de los encuestados admite tener miedo de pasar tiempo con una persona con esquizofrenia o trastorno bipolar porque esta podría hacerle daño, un 32.8% señala que

depondría de la persona y un 21.8% no tendría miedo. Una persona se abstuvo de contestar a la pregunta.

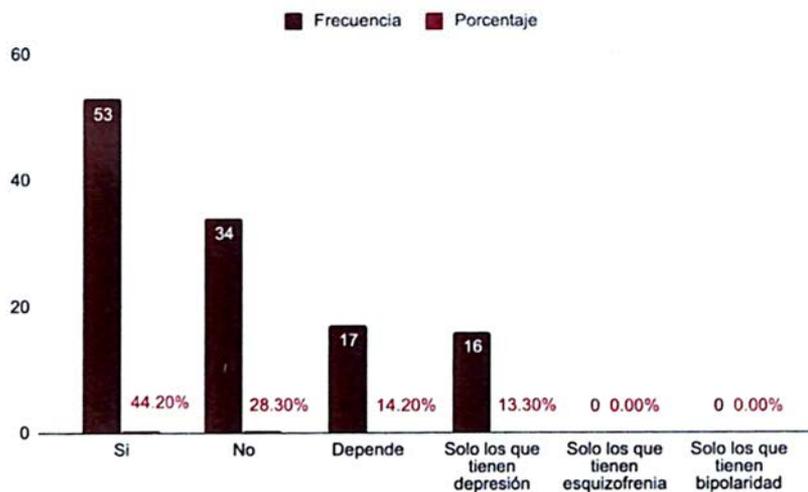
Tabla 1.13

Evaluación de la curabilidad del espectro de la esquizofrenia, depresión, y bipolaridad

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	53	44.2%
No	34	28.3%
Depende	17	14.2%
Solo los que tienen depresión	16	13.3%
Solo los que tienen esquizofrenia	0	0%
Solo los que tienen bipolaridad	0	0%
Total	120	100%

Fuente. Encuesta sobre la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana.

Pregunta 1.15 ¿Piensa que las enfermedades mentales como depresión, esquizofrenia y bipolaridad pueden curarse?



Fuente. Tabla 1.15

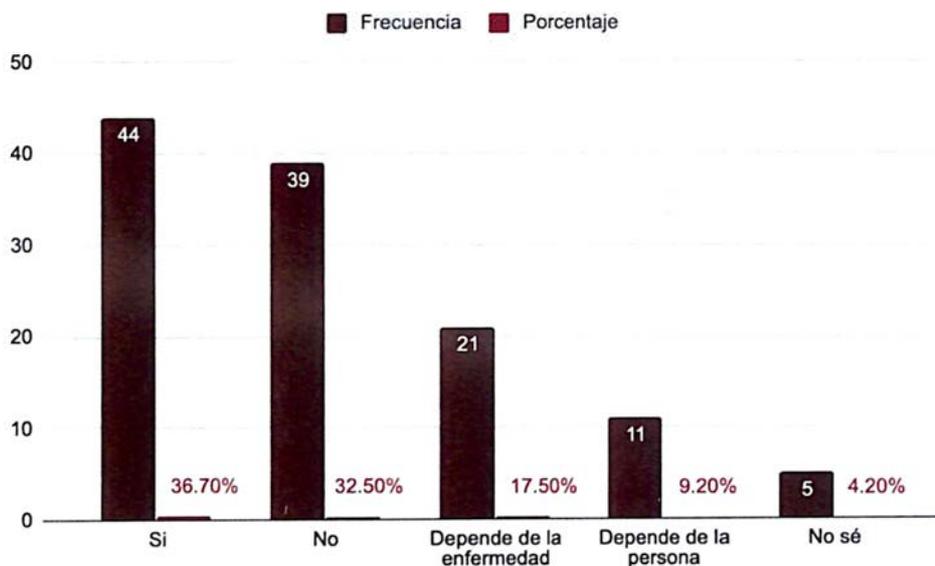
El 44.2% de los encuestados considera que las enfermedades mentales como depresión, esquizofrenia y bipolaridad si pueden curarse, el 28.30 % cree que no pueden curarse, el 14.2% señala que dependería de otros factores, un 13.3% considera que solo los que tienen depresión y un 0% indica que solo los que tienen esquizofrenia y bipolaridad.

Tabla 1.14*Evaluación de la percepción de la reclusión de las personas con alguna enfermedad mental*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	44	36.7%
No	39	32.5%
Depende de la enfermedad	21	17.5%
Depende de la persona	11	9.2%
No sé	5	4.2%
Total	120	100%

Fuente. Encuesta sobre la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana.

Pregunta 1.16 ¿Piensa que las personas con alguna enfermedad mental deben ser reclusas, apartadas de la sociedad para que no ocasionen daños a las personas?

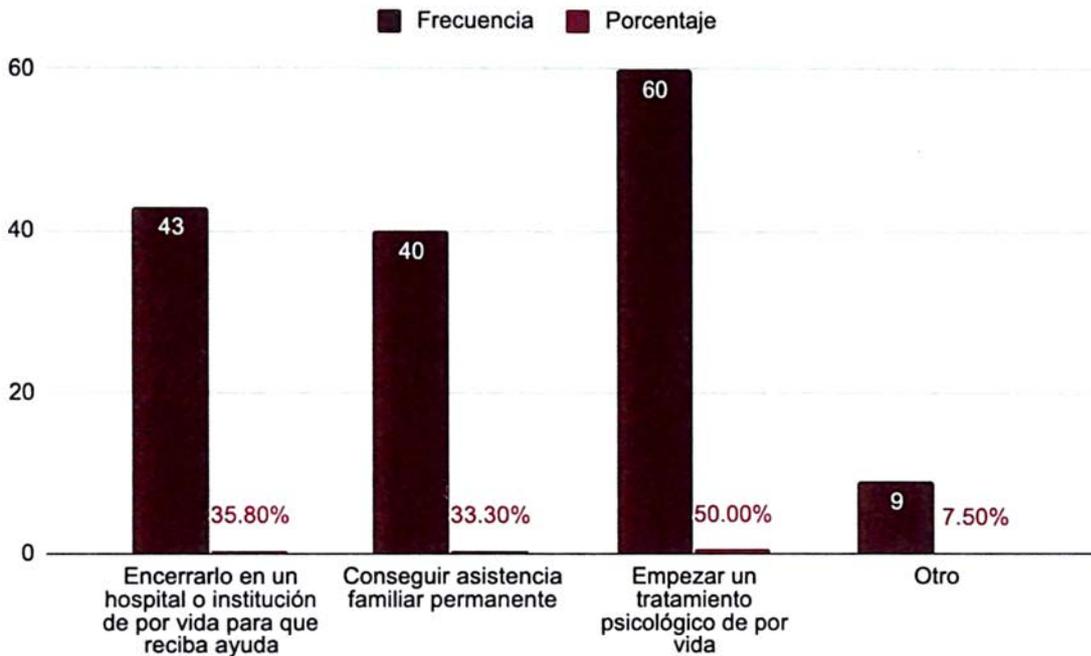


Fuente. Tabla 1.16

El 36.7% de los encuestados considera que las personas con alguna enfermedad mental deben ser recluidas, apartadas de la sociedad para que no ocasionen daños a terceros, un 32.5% considera que no deben de ser recluidas ni apartadas, un 17.5% considera que depende de la enfermedad, un 9.2% señala que dependería de la persona y un 4.2% no supo responder a la pregunta.

Tabla 1.15

Pregunta 1.17 ¿Qué piensa que debe hacerse cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad mental?



Fuente. Encuesta sobre la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana.

Los encuestados podían escoger mas de una opción ante esta interrogante.

El 50% de los encuestados señala que cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad mental debe empezar un tratamiento psicológico de por vida, el 35.8% piensa que debe ser encerrado en un hospital o institución de por vida para que reciba ayuda, un 33.3% considera que debe conseguir asistencia familiar permanente y un 7.5% piensa que debe seguirse otro curso de tratamiento.

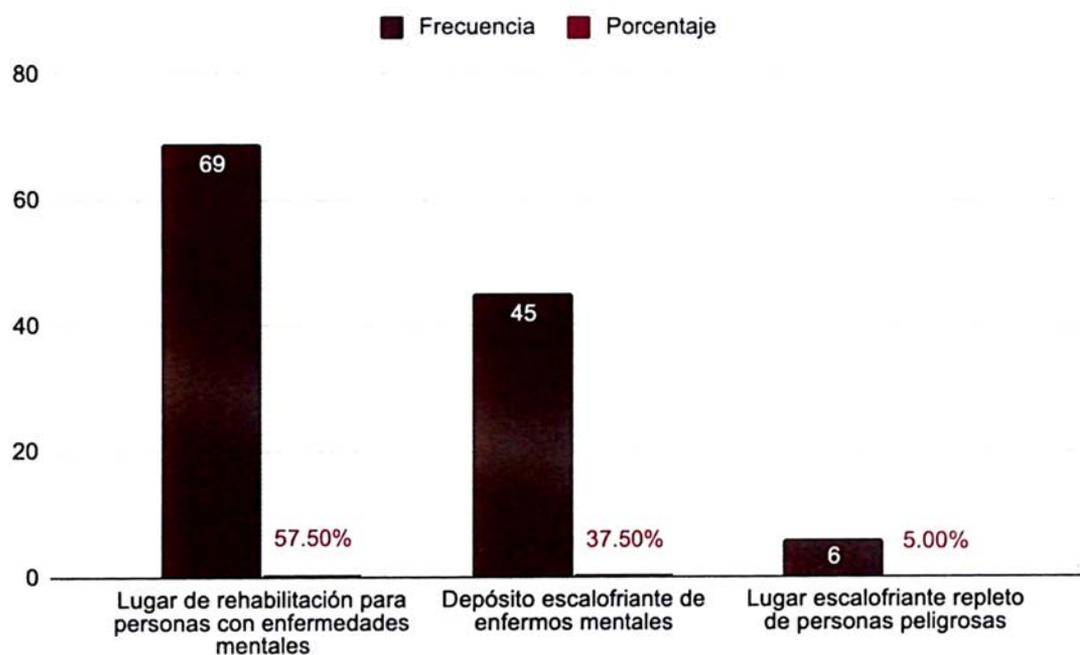
Tabla 1.16

Evaluación de la percepción de un hospital psiquiátrico

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Lugar de rehabilitación para personas con enfermedades mentales	69	57.5%
Depósito escalofriante de enfermos mentales	45	37.5%
Lugar escalofriante repleto de personas peligrosas	6	5%
Total	120	100%

Fuente. Encuesta sobre la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana.

Pregunta 1.18 Cuando piensa en un hospital psiquiátrico piensa en un



Fuente. Tabla 1.18

El 57.5% de los encuestados piensa en un hospital psiquiátrico como un lugar de rehabilitación para personas con enfermedades mentales, un 37.5% como un depósito escalofriante de enfermos mentales y un 5% como un lugar escalofriante repleto de personas peligrosas

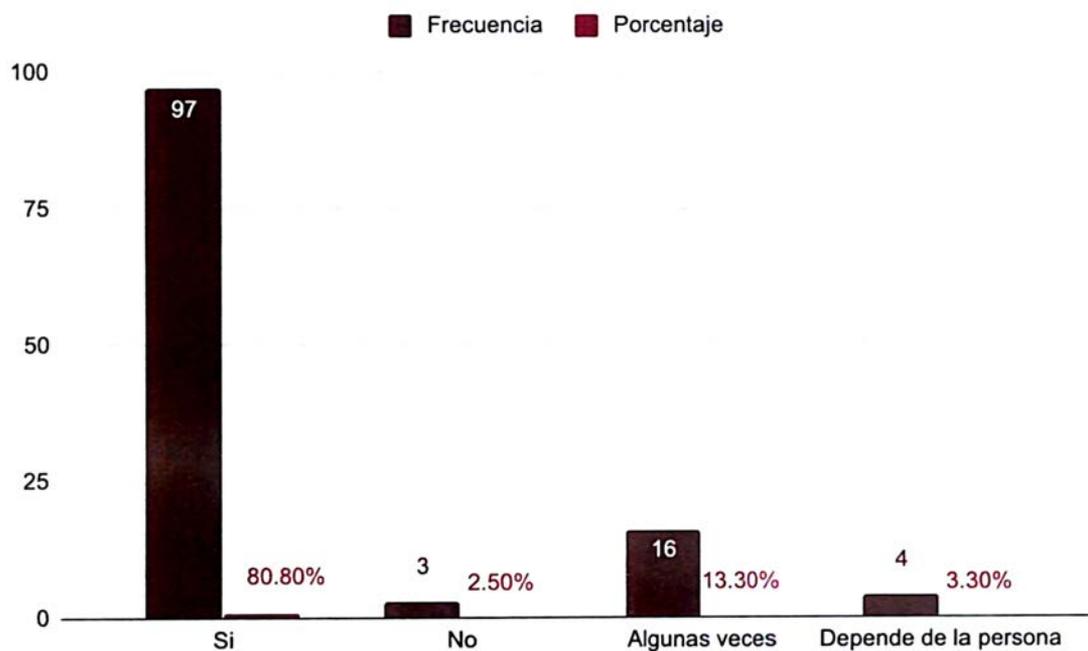
Tabla 1.17

Evaluación de la percepción del nivel de discriminación hacia las personas con enfermedades mentales

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	97	80.8%
No	3	2.5%
Algunas veces	16	13.3%
Depende de la persona	4	3.3%
Total	120	100%

Fuente. Encuesta sobre la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana.

Pregunta 1.19 ¿Cree que las personas con enfermedades mentales son discriminadas en el país?



Fuente. Tabla 1.19

El 80.8% de los encuestados cree que las personas con enfermedades mentales son discriminadas en el país, el 13.3% considera que solo algunas veces, el 3.3% señala que depende de la persona y un 2.5% señala que no son discriminadas.

Se hace de vital importancia delimitar los más arraigados al pensamiento y con mayor influencia sobre el trato y tratamiento en el país.

- Las personas con enfermedades mentales son violentas y peligrosas.
- Las personas con enfermedades mentales no pueden desenvolverse con eficacia en su ámbito personal, social, familiar, académico ni laboral ni desempeñar roles de importancia en la sociedad.
- Su vida se caracteriza por la soledad, tristeza, encierro y exclusión.
- Las enfermedades son curables, pero para tratarlas con eficacia hay que recluir y apartar de la sociedad a la persona.
- La terapia es para personas con problemas mayores.
- Se pueden curar las enfermedades mentales mediante brebajes, oraciones y otras prácticas mágico-religiosas.
- Las enfermedades mentales son un castigo divino.
- La depresión es estar triste.
- Una persona bipolar es aquella que cambia de humor rápidamente.

2.8 Influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento.

2.8.1 Globalmente.

Nuestro análisis y recopilación histórica nos lleva a indicar que existe una fuerte correlación entre la concepción de las enfermedades mentales con su percepción de las mismas, lo que inevitablemente afecta el trato que se le da a las personas, así como el proceso de búsqueda de tratamiento y el tratamiento que recibe. A medida que la comunidad científica ha redefinido las enfermedades mentales en términos biológicos, químicos, sociales, evolutivos y ambientales se ha logrado un acercamiento científico al mismo, lo que ha encaminado a mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales y las personas que le rodean.

Cuando se mantenía una concepción sobrenatural y mágico-religiosa de las enfermedades mentales, se percibía a las personas como dioses, en algunos casos, endemoniados o poseídos. Esta percepción llevó a tratarles con miedo y rechazo; estableciendo como tratamientos el exorcismo, la trepanación o el chamanismo. Se nombraban poseídos o endemoniados.

Al revolucionar la concepción y basarse en los humores para explicarles, se percibió a las personas como desbalanceados, y su tratamiento fue la purga y sangría.

Al retornar la concepción sobrenatural, la percepción endemoniada de las personas con enfermedades mentales se instauró nuevamente, lo que afianzó el miedo y el rechazo, y se volvió a recurrir al exorcismo, el castigo físico y hasta la condena de muerte para tratarles.

Al efectuarse el cambio a una concepción biológica se les percibió como personas con alteraciones. En su mayoría localizando esta alteración en el cerebro, se pasó a intervenir directamente el órgano, dando paso a la lobotomía, el electroshock y los psicofármacos.

La concepción de la influencia de varios factores que incluyen la química, la biológica y la ambiental les percibe como seres con alteraciones, y trata de ayudarles recurriendo a la combinación de varios tipos de tratamiento que incluye el psicofarmacológico y psicoterapéutico.

La influencia de la cultura y filosofía sobre estas concepciones las apreciamos cuando comparamos la evolución en oriente y determinamos sus métodos divergentes.

En oriente, al concebirse como una señal de debilidad mental y falta de autocontrol y regulación, se percibió a la persona como débil, no apto, y se le menospreció y minimizó. Ya que la estabilidad mental es algo que solo la persona puede alcanzar por sí mismo, el tratamiento se vio limitado.

La concepción de que las enfermedades mentales son resultado de la influencia de los ancestros, lleva a que se perciba a la persona como maldita y desdichada, y se le trate como un renegado y se intentara tratar con métodos ligados a lo mágico-religioso.

La concepción de las enfermedades mentales como somatización de síntomas físicos, percibe a la persona como desbalanceado, y se le trata como enfermo físico, con un tratamiento basado en la medicina tradicional.

2.8.2 En la República Dominicana.

La evolución de la concepción de las enfermedades mentales en el país no ha sido proporcional a otras partes del mundo, ni ha contado con el mismo impacto. De igual forma, el alcance y extensión de esta evolución no ha sido homogénea en todo el territorio nacional. De hecho, la evolución ha sido imperceptible, al no presentar cambios significativos. Esta situación se encuentra íntimamente relacionada a la perpetuidad de grandes baches en la información relacionada a las enfermedades mentales. Como consecuencia, se mantiene el tabú e ignorancia alrededor de las mismas, intentando en ocasiones ser explicadas mediante

definiciones mágico-religiosas o con informaciones falsas que se mantienen por falta de psicoeducación y promoción de la salud mental.

Al aceptarse la definición de enfermedad mental como alteraciones químicas, biológicas y ambientales, tan reales y con efectos tan devastadores como las enfermedades físicas, se verá un cambio de paradigma que tendrá como resultado un cambio en el trato que reciben hoy las personas con enfermedades mentales, pasando de uno de burla, miedo, incompreensión y desapruero a uno de aceptación, apoyo, aliento y preocupación.

No solo esto mejorará la calidad de vida de la persona con una enfermedad mental, pero también tendrá un impacto significativo en la búsqueda de apoyo de profesionales, la cual se ve actualmente, retrasada o incluso ignorada por la persistencia de una concepción errónea de las mismas y el miedo a ser tildado peyorativamente. Las personas prefieren no asistir a terapia por miedo, vergüenza o incompreensión del proceso terapéutico, lo que termina agravando los síntomas y complicando el cuadro clínico.

Otra problemática, derivada de la misma ignorancia que rodea las enfermedades mentales es la simplificación y masificación de términos psicológicos para referirse a situaciones o actitudes mundanas; bipolar, una persona que está triste y luego feliz; depresivo, una persona que está triste; antisocial una persona que no socializa tanto; hiperactivo, una persona que se mueve mucho. Se han arrebatado términos que describen trastornos mentales y se han simplificado y popularizado, con definiciones diferentes. El efecto devastador que tiene esto sobre la concepción de las enfermedades mentales se extiende al trato, diagnóstico y tratamiento de las mismas.

III. Marco Metodológico

3.1 Perspectiva metodológica

El enfoque de esta investigación es mixto porque se utilizan métodos cualitativos y cuantitativos para la recolección e interpretación de datos.

3.2 Diseño investigativo

La investigación documental se extiende por un largo período de tiempo, sin embargo, nuestra investigación cuantitativa analiza datos en un periodo de tiempo predefinido, por lo que se trata de un estudio transversal descriptivo, no experimental; sin manipulación de variables.

3.3 Tipo de estudio

Se trata de un estudio exploratorio, con características descriptivas. Es eminentemente un trabajo de investigación documental de tipo histórica, pero con detalles de campo.

3.4 Población y muestra de estudio

Al ser una investigación documental, el análisis se efectuó a los textos recopilados desde 1964 hasta 2019. Para consolidar la información y crear nueva producción, se entrevistó y encuestó a un grupo de profesionales del ámbito público y privado en ejercicio de la psicología en la actualidad. El criterio de selección de dichos profesionales incluye aquellos dominicanos, con al menos 5 años de experiencia en el área clínica que estuvieran dispuestos a participar en el estudio. Debido al tipo de estudio, se utiliza una muestra no representativa de la población de profesionales, los cuales fueron escogidos por conveniencia. De la misma manera, se seleccionó una muestra de 120 personas seculares, sin intención de representatividad. Los mismos debían ser dominicanos y estar residiendo en el país. Se prefirió utilizar a personas con mayoría de edad legal, sin discriminar su nivel socioeconómico y educativo.

3.5 Tipo de muestreo

No Probabilístico. Las muestras fueron seleccionadas basándose en criterios de inclusión.

3.6 Fuentes y técnicas para la información

Se trata de un trabajo de investigación documental y bibliográfica de corte histórico. La recopilación histórica estará apoyada de fuentes primarias como encuestas realizadas a profesionales de las áreas a investigar; fuentes secundarias, enciclopedias, libros, documentos históricos, extractos de artículos de periódico, revistas académicas y trabajos de investigación.

3.7 Métodos de investigación

Se hará un recuento histórico al recopilar y sintetizar información de distintas fuentes. Mediante la recopilación y síntesis de la información se harán inferencias que nos permitan sacar conclusiones de relevancia en nuestra investigación.

3.8 Instrumentos de evaluación

La técnica de recopilación de datos fue la encuesta, utilizando un cuestionario de evaluación.

La forma de aplicación de ambas fue por vía electrónica. La primera, fue presentada también físicamente a la población que cumplía con los criterios de inclusión. El objetivo era identificar y delimitar la concepción actual en el país de las enfermedades mentales y cuantificar su impacto, por lo que fue de corte mixta. Contó con preguntas cerradas.

La segunda, tuvo como objetivo examinar la influencia de dicha concepción en el trato y tratamiento de las enfermedades mentales, por lo que se aplicó a profesionales destacados del área. Esta vez de forma meramente electrónica. Contó con preguntas abiertas y cerradas.

Para la recopilación de datos documentales, se utilizó el análisis documental, usando una ficha digital de recopilación de información.

3.9 Técnicas de análisis de datos

Se utilizarán técnicas cualitativas y cuantitativas para el análisis de los datos recolectados a lo largo del trabajo.

Encuesta: A través de esta técnica cualitativa se analizará sistemática información mediante un cuestionario elaborado con anterioridad.

Visualización de datos: A través de este método se cuantificarán las respuestas de las encuestas realizadas y representarán a través de un gráfico. Mediante el análisis de dichos gráficos se podrán detectar patrones que permitan a visualizar la información obtenida.

3.10 Fases del proceso de la investigación.

3.10.1 Fase conceptual.

Durante esta etapa se determinó el tema de investigación y la importancia de su estudio. Una vez determinados estos factores, se trazaron los objetivos que se querían alcanzar mediante la realización del siguiente trabajo. Posteriormente se justificó la elaboración del trabajo. Delimitada esta información se eligieron las fuentes investigativas sobre las que estuvo basado nuestro trabajo procurando que tuviesen bases científicas, credibilidad y transparencia.

3.10.2 Fase metodológica.

Una vez determinado el contexto y concepto de nuestra investigación nos detenemos a analizar y determinar los mejores métodos e instrumentos para realizar la recopilación e interpretación de la información.

3.10.3 Fase teórica.

Determinado el qué y cómo que sustentarán nuestra investigación pasamos a recopilar la información y adaptarlas al contexto establecido.

El proceso de recopilación de información caracterizada por la búsqueda e interpretación de textos bibliográficos se realizó a través de medios virtuales que incluyeron bibliotecas virtuales, bases de datos, revistas, conferencias, presentaciones; y medios físicos como revistas, libros, trabajos de investigación de grado y posgrado.

3.10.4 Fase de conclusiones

Una vez recopilada, interpretada y analizada la información, se exponen las informaciones recolectadas, su relevancia y su interpretación para responder a nuestra pregunta inicial planteada durante la primera fase.

IV. Presentación de los resultados

4.1 Resultados

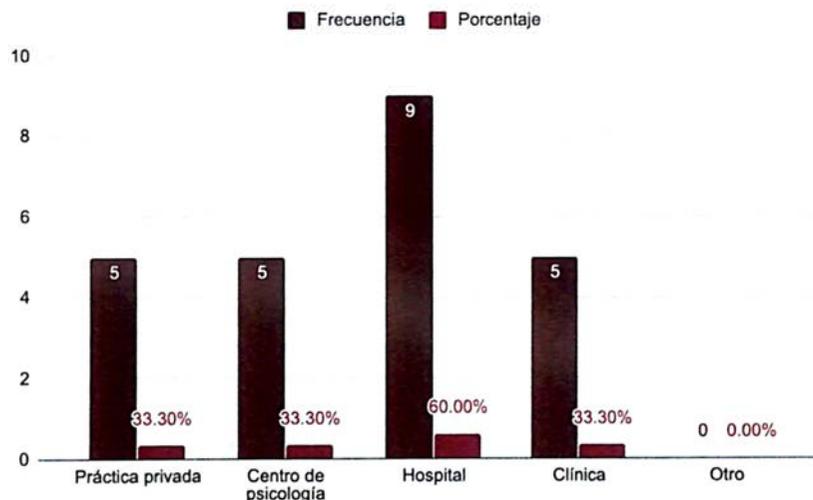
Se realizaron dos cuestionarios de preguntas abiertas y cerradas como instrumento de evaluación. El primero fue dirigido a 120 dominicanos que cumplían con los criterios de inclusión. El objetivo era conocer y delimitar la concepción actual en el país de las enfermedades mentales y cuantificar su impacto. El segundo, dirigido a profesionales del área de la salud mental del país se realizó con el propósito de conocer el impacto de la percepción actual de las enfermedades mentales referido al proceso terapéutico.

4.2 Tablas y gráficos

ENCUESTA SOBRE LA INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN Y CONCEPCIÓN SOCIOCULTURAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE SU TRATO Y TRATAMIENTO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Tabla 2.1

Pregunta 2.1 ¿Dónde realiza la mayoría de sus consultas?

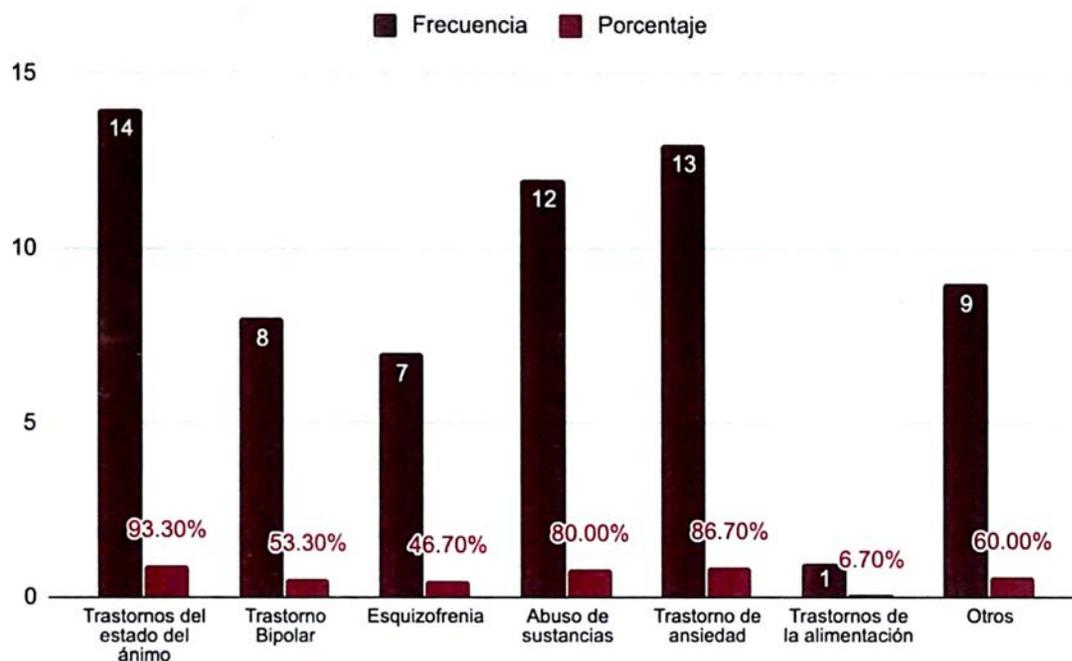


Fuente. Encuesta sobre la influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana

De los profesionales entrevistados, un 60% realiza su consulta en un hospital, mientras que un 33% indicó tener una práctica privada, el 33% señaló ejercer en un centro de psicología y un 33% trabaja en una clínica. La pregunta se realizó de manera que se pudiera elegir mas de una opción. Los resultados nos indican que la mayoría de los profesionales ejerce en mas de un lugar.

Tabla 2.2

Pregunta 2.2 ¿Cuáles son los casos mas frecuentes que ve en consulta?



Fuente. Encuesta sobre la influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana

Los encuestados podían escoger más de una opción ante esta interrogante.

Los profesionales del área identificaron los trastornos del estado del ánimo como los mas frecuente en consulta, representando un 93.3% de los mismos. Los trastornos de ansiedad, con un 86.7% de los casos, y el abuso de sustancia un 80%. En menor cantidad, reportan el trastorno bipolar con un 53.3% de los casos, y la esquizofrenia con un 46.7%. Con un muy bajo porcentaje del 6.7% los casos de trastornos de la alimentación. Por último, el 60 % señaló otros trastornos como los mas frecuentes en su consulta.

Tabla 2.3

Pregunta 2.3 *Si en la pregunta anterior señaló otro, especifique.*

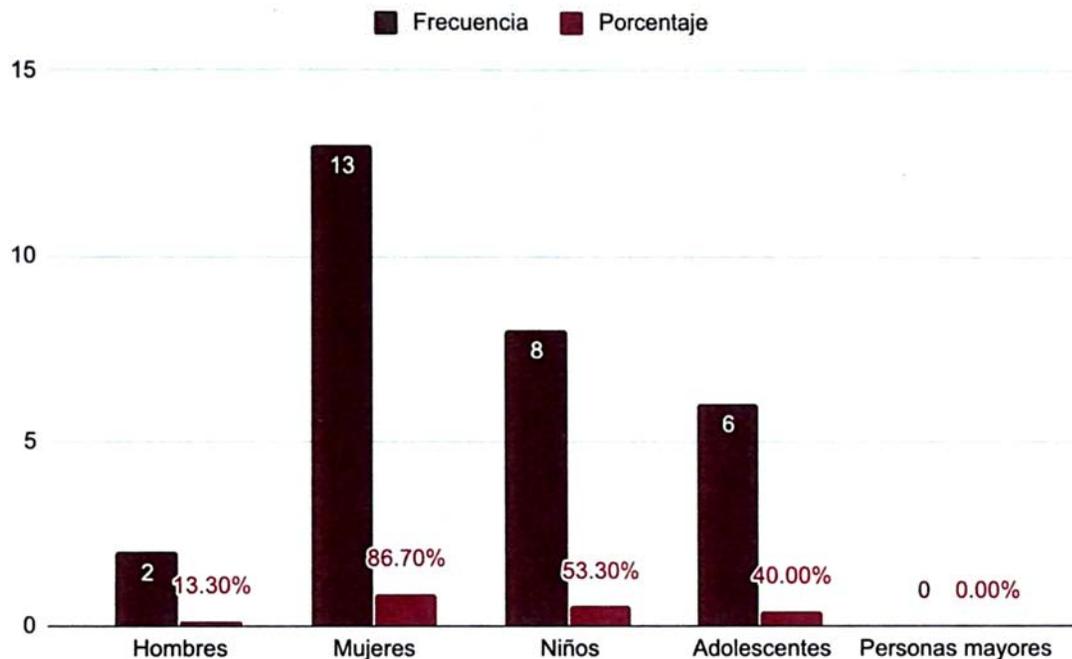
Trastorno de aprendizaje
Violencia Familiar
Trastornos del neurodesarrollo
Trastorno del espectro autista
Abuso psicológico y sexual
Problemas familiares
Trastorno del espectro autista
Discapacidad intelectual
Trastornos de aprendizaje
Trastorno del espectro autista, problemas de aprendizaje, violencia intrafamiliar
Trastorno de aprendizaje, trastorno del neurodesarrollo, trastorno inducido por sustancias

Fuente. Encuesta sobre la influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana

En esta pregunta abierta, los profesionales señalaron los trastornos mas comunes en su consulta, no mencionados en la lista anterior. Con las respuestas mas frecuentes siendo violencia intrafamiliar y trastornos del neurodesarrollo, en especial, el trastorno del espectro autista.

Tabla 2.4

Pregunta 2.4 *¿Qué grupo de la población es más predominante en consulta?*



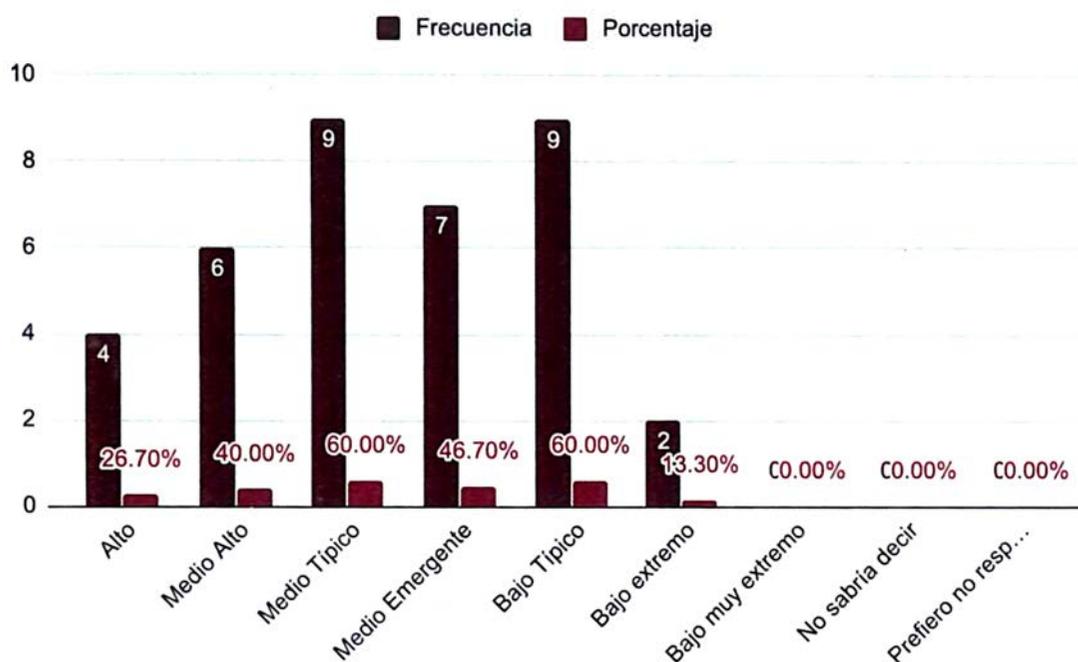
Fuente. Encuesta sobre la influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana

Los encuestados podían escoger más de una opción ante esta interrogante.

Consultados sobre el grupo de la población mas predominante en su consulta, un 86.7% señaló a las mujeres. Un 53.3% los niños, un 40% los adolescentes, y un 13.3% los hombres, mientras que nadie identificó a las personas mayores.

Tabla 2.4

Pregunta 2.5 ¿Cuál es el nivel socioeconómico de sus pacientes?



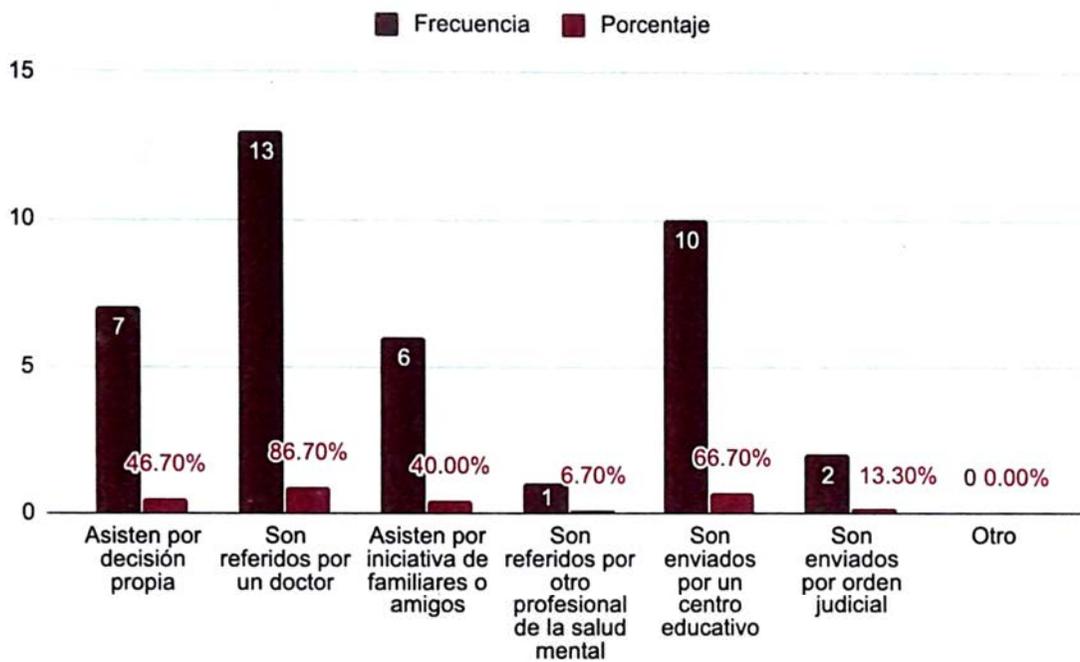
Fuente. Encuesta sobre la influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana.

Los encuestados podían escoger más de una opción ante esta interrogante.

Al indicar el nivel socioeconómico de sus pacientes, la mayor parte, representando un 60% de los casos son las personas de un nivel medio típico y bajo típico. Con un 46.7% de los casos comprendidos por personas de un nivel socioeconómico medio emergente, un 40% medio alto, el 26.7% alto, el 13.3% bajo extremo. Mientras que el bajo extremo se mostró sin representar.

Tabla 2.5

Pregunta 2.6 *¿Bajo que contexto asisten las personas a consulta?*



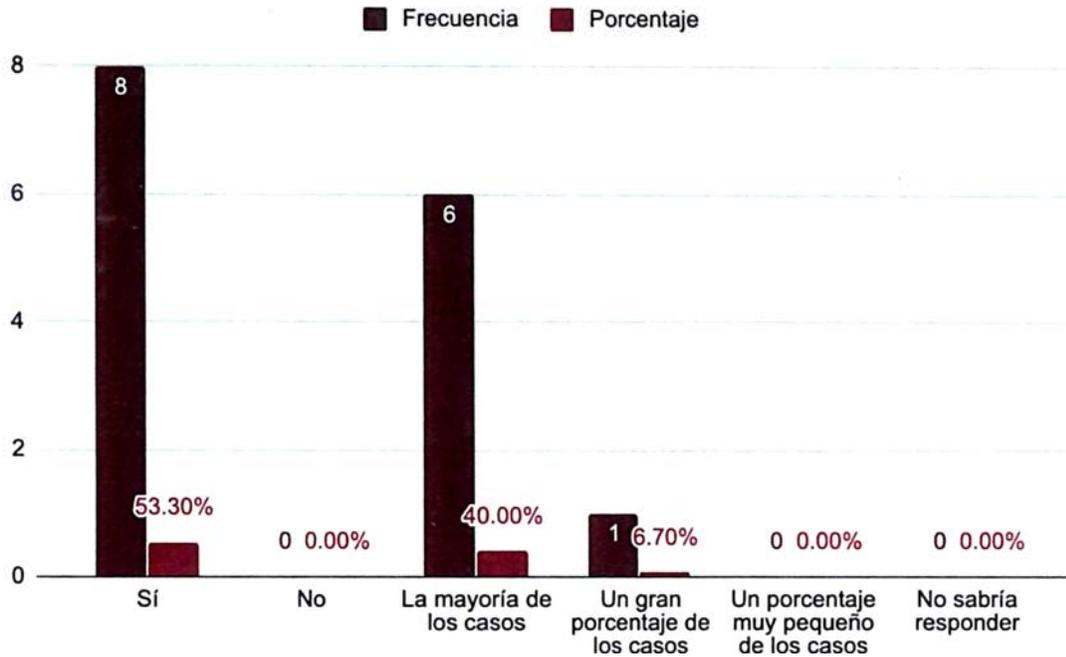
Fuente. Encuesta sobre la influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana

Los encuestados podían escoger más de una opción ante esta interrogante.

El contexto mas frecuente de asistencia a terapia es el ser referido por parte de un doctor, representando el 86.7% de los casos. Un 66.7% son enviados por un centro educativo, un 46.7% asisten por decisión propia, el 40% por iniciativa de familiares o amigos, el 13.3% son enviados por orden judicial y un 6.7% son referidos por otro profesional de la salud mental.

Tabla 2. 6

Pregunta 2.7 *¿Ha tenido algún paciente cuya condición-enfermedad se haya cronificado por recibir atención psicológica tardía?*



Fuente. Encuesta sobre la influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana

Los encuestados podían escoger más de una opción ante esta interrogante.

La cronificación de la enfermedad o condición como resultado de la atención psicología tardía es predominante, siendo señalada como una realidad por la totalidad de profesionales. Un 53.3% indicó haber tenido un paciente cuya enfermedad o condición se cronificó por atención psicología tardía. Un 40% señala que es un fenómeno significativo en la mayoría de los casos en su consulta, mientras que un 6.7% señala que representa un gran porcentaje de los casos que recibe.

Tabla 2.7

Pregunta 2.8 *En caso de que aplique ¿Cuáles son los miedos o inseguridades más comunes de los pacientes en relación al proceso terapéutico?*

Que las personas les cataloguen de "locos"

Que los van a catalogar

Tienen miedo a que los traten diferente, con pena o miedo

Que los tilden de locos

Que los tilden de locos por asistir a terapia

Depende de la condición y del apoyo que recibe

Informarle a la familia o amigos de su condición

No tener las herramientas necesarias en su vida diaria para seguir su proceso.

Que sus familiares y amigos les traten de manera diferente

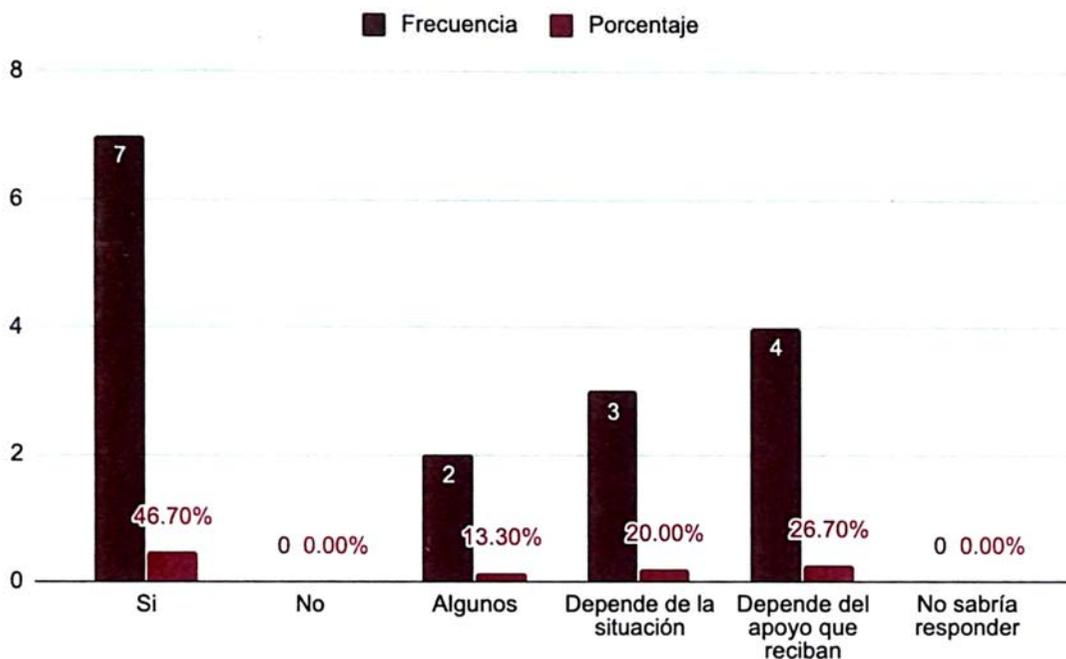
Piensan que asistir a terapia es señal de que tocaron fondo

Fuente. Encuesta sobre la influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana

En esta pregunta abierta, los miedos o inseguridades mas comunes de los pacientes en relación al proceso terapéutico señalados por los especialistas son el miedo a ser catalogados o tratados de manera diferente.

Tabla 2.8

Pregunta 2.9 *¿Abandonan muchos pacientes las sesiones antes de concluir su plan de tratamiento?*



Fuente. Encuesta sobre la influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana

Los encuestados podían escoger más de una opción ante esta interrogante.

Un 46.7% de los especialistas indican que muchos pacientes abandonan el proceso terapéutico antes de concluido su plan de tratamiento. Un 26.7% señala que el abandono dependerá del apoyo que recibe la persona, un 20% indica que depende de la situación y un 13.3% señala que algunos de sus pacientes deciden no continuar.

Tabla 2.9

Pregunta 2.10 *¿Cuáles son las afirmaciones más comunes sobre la salud mental de las personas que asisten a su consultorio?*

Que es para "locos"

Que los van a considerar como anormales toda su vida

Que es un invento

Muchos afirman que la psicoterapia es para locos

Que es de locos

Que no necesitan un psicólogo, pueden ayudarse solos

Las enfermedades mentales reflejan falta de disciplina y fuerza mental

Ven la salud mental como locura

Las enfermedades mentales son señal de la debilidad mental

Qué es una carga emocional.

Que las enfermedades mentales son provocadas por los individuos

Que las enfermedades mentales son una discapacidad, y que una vez diagnosticado con una, la persona se vuelve inútil.

Que las enfermedades mentales te deshabilitan.

Fuente. Encuesta sobre la influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana

En esta pregunta de tipo abierta, las afirmaciones mas comunes sobre la salud mental de las personas que visitan un especialista es que es para locos, que las enfermedades mentales deshabilitan y que reflejan falta de disciplina y fuerza mental.

Tabla 2.10

Pregunta 2.11 *¿Cuál es la actitud de las personas frente al tratamiento psicológico?*

Rechazo

Vergüenza

Desconfianza

Escepticismo

Piensan que no es necesario, que las personas deben de intentar ayudarse por sí mismos.

Encuentran que es de gran utilidad, pero les avergüenza comunicarles a sus allegados de esto.

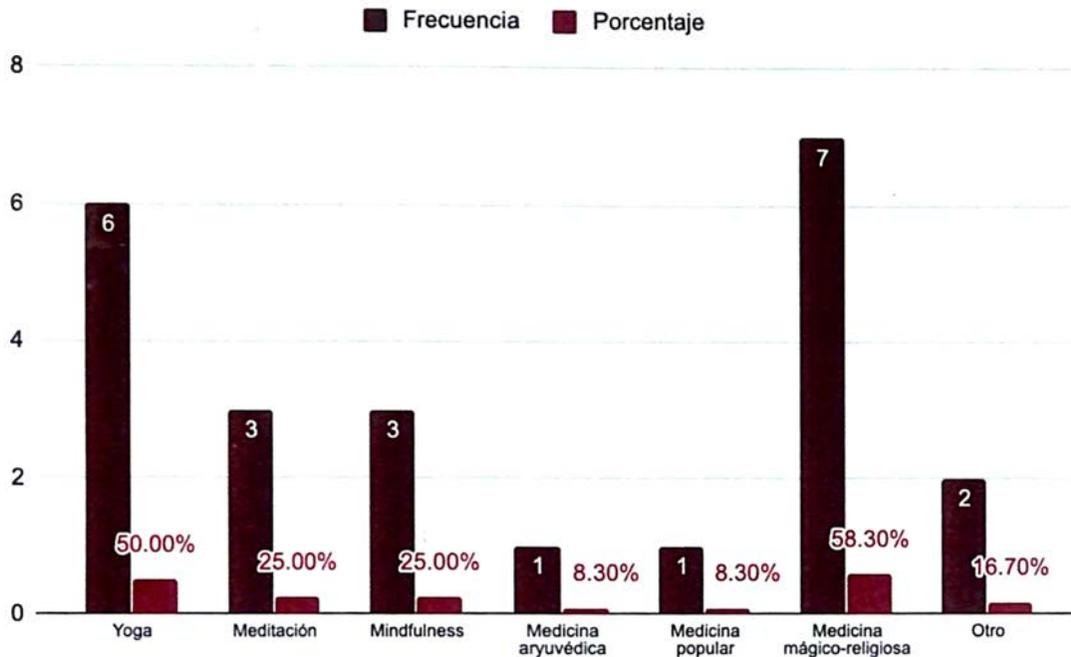
Piensan que la terapia es para casos extremos.

Fuente. Encuesta sobre la influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana

En esta pregunta de tipo abierta, las actitudes mas frecuentes de las personas que asisten a terapia son el rechazo, vergüenza, desconfianza y escepticismo.

Tabla 2.11

Pregunta 2.12 ¿Recurren sus pacientes a otros tipos de tratamiento? En caso de ser así, seleccione los mas comunes



Fuente. Encuesta sobre la influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana

Los encuestados podían escoger más de una opción ante esta interrogante.

Los métodos alternativos o complementarios mas utilizados son la medicina mágico-religiosa con un 58.3% de los casos reportados, seguida de el yoga con un 50%, la meditación y el mindfulness con un 25%, otros con un 16.7% y la medicina aryuvedica y popular con un 8.3%.

Tabla 2.12

Pregunta 2.13 *Sí en la pregunta anterior seleccionó "otro", especifique*

Natación, equinoterapia

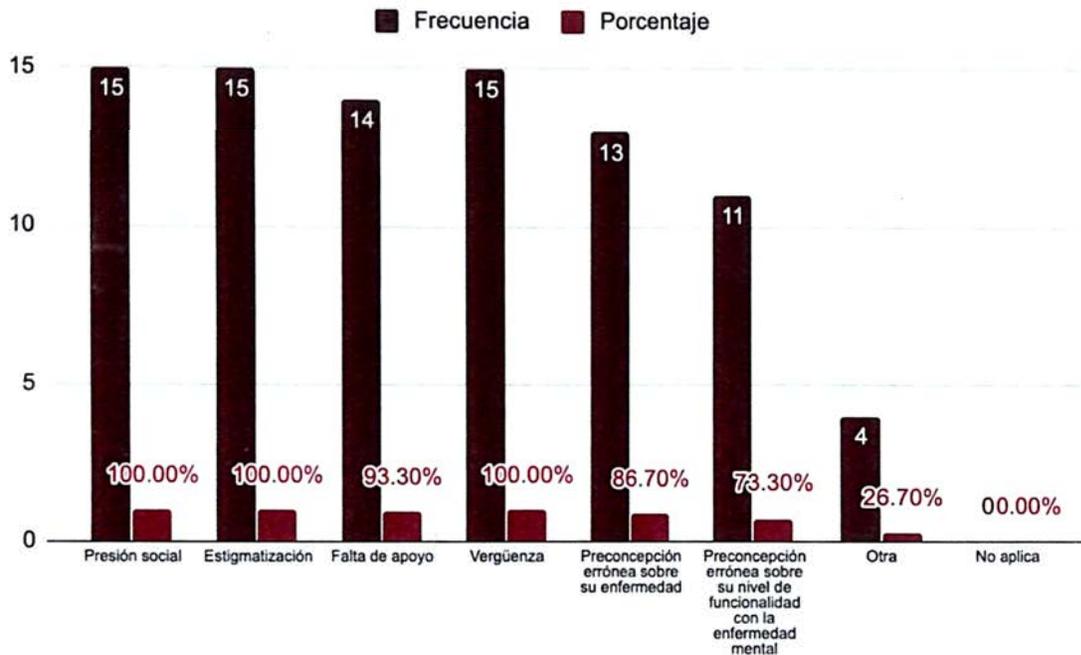
Terapia física

Fuente. Encuesta sobre la influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana

En esta pregunta de tipo abierta, el 16.7% de los métodos alternativos o complementarios no mencionados anteriormente incluyen la natación, equinoterapia y la terapia física.

Tabla 2.13

Pregunta 2.14 *¿Cuáles son los obstáculos más comunes que atraviesan los pacientes durante su proceso terapéutico?*



Fuente. Encuesta sobre la influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana

Los encuestados podían escoger más de una opción ante esta interrogante

Los obstáculos mas comunes que atraviesan los pacientes durante su proceso terapéutico mencionados por los expertos de salud mental son la presión social, estigmatización y vergüenza con un 100% de los casos. La falta de apoyo con un 93.3%, la preconcepción errónea sobre su enfermedad un 86.7%, la preconcepción errónea sobre su nivel de funcionalidad con la enfermedad mental un 73.3% y otros obstáculos un 26.7%

Tabla 2.14

Pregunta 2.15 *Si en la pregunta anterior seleccionó "otro", especifique*

Desconocimiento

Miedo, desconocimiento

Miedo

Desconocimiento de las enfermedades mentales

Poca información sobre las enfermedades mentales

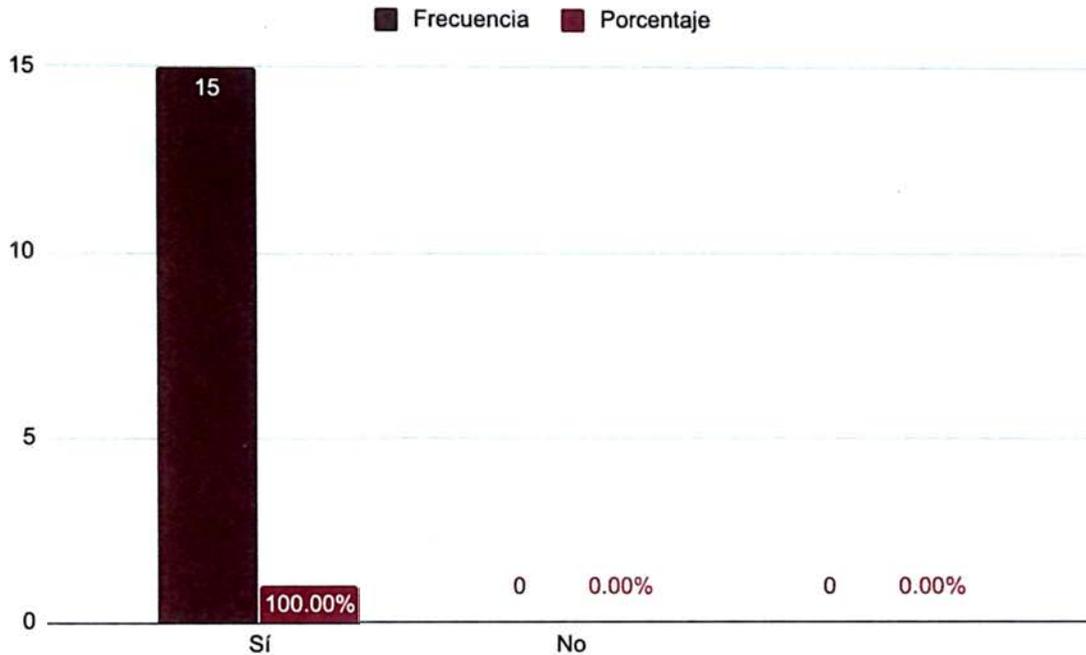
Presión familiar

Fuente. Encuesta sobre la influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana

En esta pregunta de tipo abierta, el 26.7% de los otros obstáculos enfrentados comprenden el miedo, desconocimiento, falta de información y presión familiar.

Tabla 2.15

Pregunta 2.16 *¿Considera que la psicoeducación sería beneficiosa para la profilaxis mental y desmitificación de las enfermedades mentales en la población?*

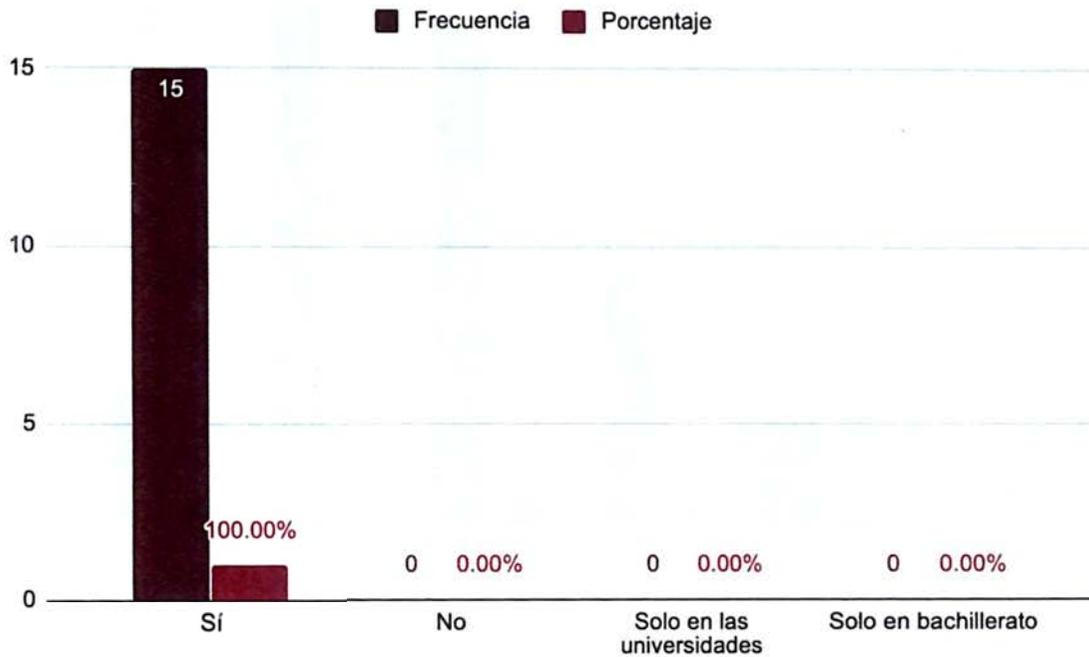


Fuente. Encuesta sobre la influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana

El 100% de los profesionales considera que la psicoeducación sería beneficiosa para la profilaxis mental y desmitificación de las enfermedades mentales en la población.

Tabla 2.16

Pregunta 2.17 *¿Considera importante que se imparta una asignatura de psicología en los centros educativos?*

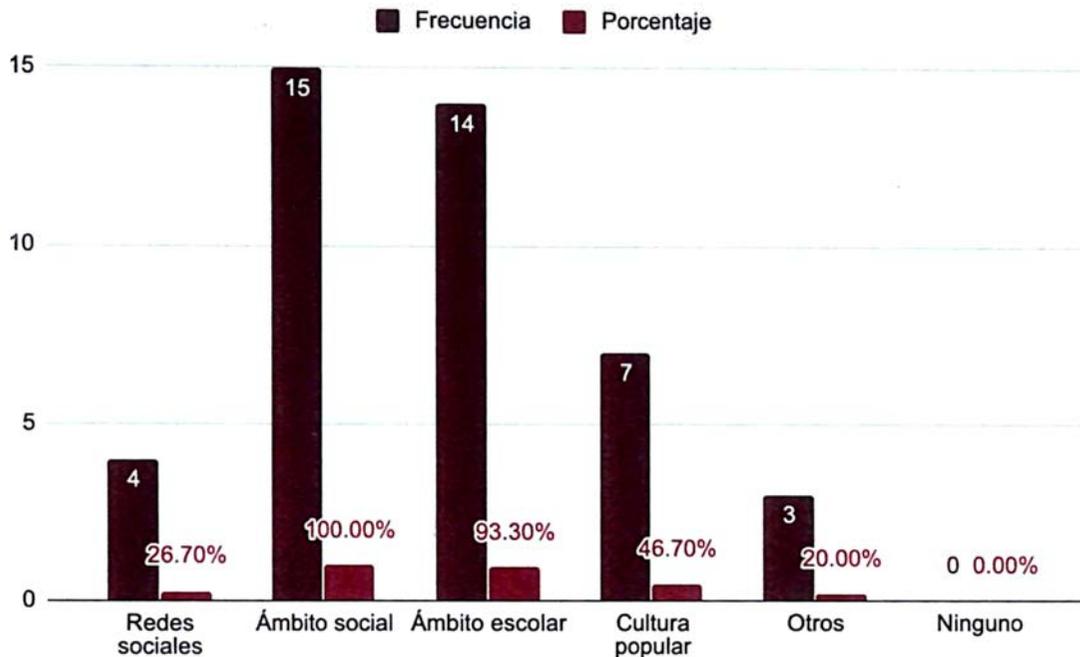


Fuente. Encuesta sobre la influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana

El 100% considera importante que se imparta una asignatura de psicología en los centros educativos.

Tabla 2.17

Pregunta 2.18 *¿Qué factor considera de mayor influencia sobre la concepción actual de los dominicanos de la salud mental?*



Fuente. Encuesta sobre la influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana

Los encuestados podían escoger más de una opción ante esta interrogante

Entre los factores que consideran de mayor influencia sobre la concepción actual de los dominicanos sobre la salud mental, el 100% indicó el ámbito social, un 93.3% el ámbito escolar, un 46.7% la cultura popular, un 26.7% las redes sociales y un 20% otros factores.

Tabla 2.18

Pregunta 2.19 *Si en la pregunta anterior seleccionó "otro", especifique*

Ámbito familiar

Comunidad y familia

Familiar y laboral

La familia

La familia y el ámbito laboral

Ámbito familiar

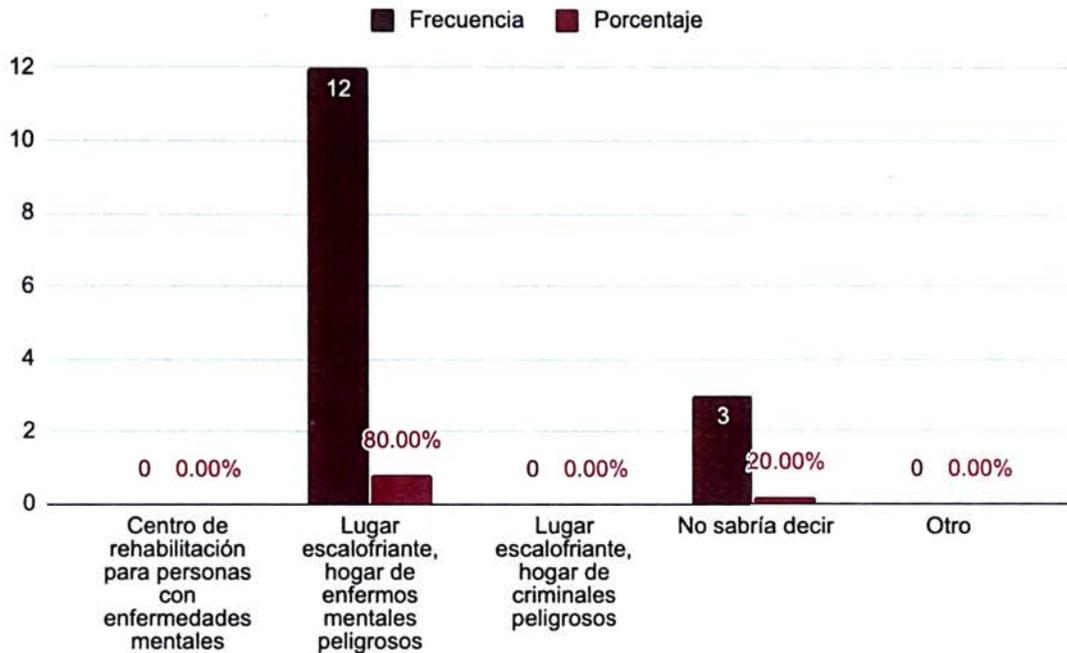
Ámbito familiar

Fuente. Encuesta sobre la influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana

En esta pregunta de tipo abierta, el 20% de los otros factores que consideraban de mayor influencia sobre la concepción actual de los dominicanos de la salud mental incluyen el ámbito familiar y laboral.

Tabla 2.19

Pregunta 2.20 ¿Qué concepción tienen sus pacientes de los centros de rehabilitación psicosocial?



Fuente. Encuesta sobre la influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana

La concepción de los pacientes de los centros de rehabilitación psicosocial del 80% de los casos es de un lugar escalofriante, hogar de enfermos mentales peligrosos. Un 20% no sabría decir.

Tabla 2.20

Pregunta 2.21 *¿Qué características de la cultura dominicana impide que un individuo acceda a servicios de salud mental?*

Ignorancia
El tabú
Desconocimiento
Ignorancia, miedo
Poco interés por la salud mental
Influencia de lo mágico-religioso
Poca información sobre las enfermedades mentales
Poca psicoeducación
Tabú alrededor de las enfermedades mentales
Estigmatización de las personas con enfermedades mentales.
Poca información de los recursos disponibles
El miedo a ser menospreciado en la sociedad.
Falta de información relacionadas a las enfermedades mentales per se y a su tratamiento
Pensar que es solo para casos graves, pensar que es solo para personas inestables, no estar al tanto de la disponibilidad y función de los centros de salud mental.

Fuente. Encuesta sobre la influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana

En esta pregunta de tipo abierta, al señalar las características de la cultura dominicana que impiden que un individuo acceda a servicios de salud mental los profesionales señalaron la ignorancia, el tabú, el miedo, poco interés por la salud mental, influencia de lo mágico-religioso y la estigmatización.

4.3 Análisis de los resultados

Tras un análisis global e individual de las respuestas a las preguntas de ambas encuestas se hace de vital importancia señalar las informaciones más relevantes que nos permiten realizar conclusiones generales.

Cada encuesta contó con un acercamiento diferente, y se valió de diferentes poblaciones e instrumentos para llevarse a cabo. Para conocer la concepción de las enfermedades mentales en el país se realizó una encuesta a 120 dominicanos, de diferentes partes del país y condiciones sociales para abarcar una muestra representativa del pensamiento colectivo dominicano.

Las fuentes primarias de información y debate sobre las enfermedades mentales, indicadas por los encuestados, son el ámbito social y los medios de comunicación. Mientras que las escuelas o colegios figuran entre las fuentes con menor influencia e impacto, evidenciando así el rol insignificante que juega la psicoeducación en la educación formal dominicana. A partir de estos datos podemos inferir que la mayoría de las informaciones relacionadas a las enfermedades mentales son producto de la interacción social y mediática, más que la propia educación científica y estructurada.

La fuente de información sobre la salud mental elabora el concepto de una persona sobre las enfermedades mentales, lo que, a su vez, influye sobre como se percibe a una persona con una enfermedad mental. Los encuestados consideran que las mismas llevan una vida caracterizada por la soledad, tristeza, encierro y exclusión. Con la idea de que lideran una vida menos funcional que una persona que no posee un diagnóstico psicológico; y que no pueden desempeñar roles de gran importancia en la sociedad, como profesores, doctores o abogados. Esto evidencia que, de hecho, existe una imagen de disminución, menosprecio y duda de habilidades de las personas con enfermedades mentales, caracterizándolas casi como algo debilitante que arruina la vida de una persona.

Las causas que atribuyen los encuestados a las enfermedades mentales, abarca la combinación de factores ambientales y genéticos como la génesis de las mismas, seguidas muy de cerca de la admisión de desconocimiento y la creencia de que son resultado de un castigo divino. Esto nos demuestra que, a pesar de que el mayor porcentaje de la población adjudica la génesis a causas científicas y biológicas, se evidencia una fuerte influencia de lo sobrenatural y mágico-religioso, así como de la ignorancia rodeando el tema de la salud mental, contribuyendo a que se perpetúen mitos, estereotipos y concepciones erróneas.

En cuanto a el camino que se debe de tomar para tratar dichas situaciones, la mayoría concordó en que la combinación de psicoterapia y tratamiento psiquiátrico es el más eficaz, sin embargo, se vio seguido muy de cerca de la oración como método mas fructífero, evidenciando una vez más, la gran influencia religiosa.

La mayoría de los encuestados concuerda en que las enfermedades mentales son curables, sin embargo, para lograrlo, las personas deben de ser recluidas y apartadas de la sociedad para recibir tratamiento. Esto no solo evidencia un gran bache de desinformación sobre las enfermedades mentales al afirmar que todas se curan, pero también registra una problemática mayor de como deben de recibir tratamiento estas personas.

Al analizar la concepción sobre los trastornos psicológicos más comunes y diagnosticados en el país, se puede notar la tendencia a estereotiparlas. La persona con depresión es aquella que siempre se muestra triste, la bipolar es la que un minuto está alegre y al otro triste, la persona con esquizofrenia es peligrosa, impredecible y tiene múltiples personalidades, pero curiosamente la mayoría indicó que lo que más les caracteriza son las alteraciones perceptivas. A pesar de poseer un concepto correcto del espectro de la esquizofrenia, la percepción se vio fuertemente influenciada de otros factores, ya que la mayoría indicó tener miedo de pasar tiempo con una persona con esquizofrenia o trastorno

bipolar, pues temía le pudiese lastimar. Esta información se vio reforzada al los encuestados admitir que las personas con enfermedades mentales son discriminadas en el país.

Los resultados de la encuesta evidenciaron la existencia y perpetuación de concepciones erróneas, desinformación y estereotipos alrededor de las enfermedades mentales, pudiendo las mismas estar relacionadas a la fuente de información que les dan significado. Teniendo esta una influencia sobre el trato y tratamiento.

Pero, con el propósito de interpretar con exactitud el efecto real que estas concepciones ejercen sobre el trato y tratamiento de las enfermedades mentales se consultaron quince profesionales de la salud mental en el país para delimitar las principales problemáticas.

De los profesionales entrevistados, un 60% realiza su consulta en un hospital, mientras que los demás se dividen en prácticas privadas, centros de psicología o clínicas. Delimitar donde ejercen los profesionales nos permite evaluar la situación actual de la expansión de los centros de atención de salud mental y el acceso a los mismos. La mayoría ejerce su servicio en el sector público, lo que nos permite inferir que el acceso a servicios de salud mental es existente en nuestro país. Sin embargo, los profesionales indicaron que hay ciertas características de la cultura dominicana que impiden que un individuo acceda a dichos servicios, entre los que destacan la ignorancia, el tabú, el miedo, el poco interés por la salud mental, la influencia de lo mágico-religioso y la estigmatización.

Los trastornos más frecuentes en las consultas, señalados por los profesionales, son los del estado del ánimo, seguidos de los trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias. Reportes realizados en años anteriores por organizaciones dominicanas sobre la prevalencia de trastornos mentales, al igual que las estadísticas de los pacientes que se encuentran en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Billini señalan que el trastorno bipolar y el espectro de la esquizofrenia son los más diagnosticados en el país. La disonancia entre estos

resultados y los de nuestros expertos podrían indicar un cambio de prevalencia de trastornos mentales. La razón detrás de la disminución significativa podría estar íntimamente ligada con la nueva concepción científica, la delimitación y especificación de los trastornos en el DSM, que clarifica y permite realizar un diagnóstico diferencial.

Además de los trastornos mencionados anteriormente, los expertos añadieron los casos que van en aumento de los trastornos del neurodesarrollo, en especial el trastorno del espectro autista.

El grupo de la población más predominante en consulta son las mujeres, por un alto porcentaje, seguida de los niños, los adolescentes, y una representación muy baja de los hombres, mientras que la asistencia de las personas mayores no fue reportada por ningún profesional.

El nivel socioeconómico representativo de los pacientes es un nivel medio y bajo. Sin embargo, las personas de un nivel socioeconómico medio emergente, medio alto, alto, y bajo extremo se vieron altamente representadas. Mientras que el bajo extremo se mostró sin representar.

La mayoría asiste a terapia como resultado de una referencia por parte de un doctor. Mientras que un bajo porcentaje asiste por decisión propia. Esta situación junto con la cronificación de la enfermedad como resultado de la atención psicología tardía, que los profesionales indicaron es frecuente y ninguno señaló que no se daba, evidencia una problemática mayor con la asistencia inmediata a terapia. Viéndose empeorada por el alto porcentaje de abandono de la misma.

Los miedos o inseguridades más comunes de los pacientes en relación al proceso terapéutico señalados por los especialistas son el miedo a ser catalogados con nombres peyorativos, despectivos o ser tratados de manera diferente. Al mismo tiempo que afirman que la terapia es para locos, que las enfermedades mentales deshabilitan y que reflejan falta

de disciplina y fuerza mental. Esto se refleja en las actitudes mas frecuentes frente al proceso de rechazo, vergüenza, desconfianza y escepticismo.

Los obstáculos mas comunes reportado por la totalidad de profesionales durante el proceso son la presión social, estigmatización y vergüenza. Agravados por la falta de apoyo, la preconcepción errónea sobre su enfermedad, la preconcepción errónea sobre su nivel de funcionalidad con la enfermedad mental, miedo, desconocimiento, falta de información y presión familiar. Esto demuestra una gran correlación entre los obstáculos sociales y personales de los pacientes con la alta tasa de abandono del tratamiento.

Además del tratamiento psicoterapéutico, algunos optan por métodos alternativos o complementarios entre los que figura la medicina mágico-religiosa con mas de la mitad de los casos, seguida de el yoga, la meditación y el mindfulness. No solo se destaca una vez más la fuerte influencia de lo mágico-religioso en el proceso terapéutico, pero también podemos identificar la creciente influencia de métodos de filosofías orientales en nuestro país.

La totalidad de los profesionales considera que la psicoeducación sería beneficiosa para la profilaxis mental y desmitificación de las enfermedades mentales en la población y afirman que es importante que se imparta una asignatura de psicología en los centros educativos.

Entre los factores que consideraban de mayor influencia sobre la concepción actual de los dominicanos de la salud mental la totalidad indicó el ámbito social, lo que viene a sostener los resultados obtenidos en la encuesta anterior, al igual que la cultura popular, las redes sociales y otros factores como el ámbito familiar y laboral. Sin embargo, encontramos una disonancia mayor al analizar el ámbito escolar, ya que la encuesta anterior señaló que es uno de los medios de menor influencia, mientras que el 93.3% de los profesionales les indicó como factor de influencia.

Al un alto porcentaje en la encuesta anterior se mostró de acuerdo con la institucionalización de personas con enfermedades mentales, se hizo de vital importancia comparar esta información con la concepción de los pacientes de dichos centros. Los profesionales determinaron que un 80% de sus pacientes les considera un lugar escalofriante, hogar de enfermos mentales.

Conclusiones

Harari (2017) postuló que mediante la observación de la cadena de eventos que nos trajeron aquí, determinamos como nuestros pensamientos y sueños llegaron a ser, lo que nos permite empezar a actuar de manera diferente. Pero, antes de poder reescribir la historia, debemos recontarla.

En este postulado se basó nuestra investigación. En orden de poder intervenir sobre el futuro de las enfermedades mentales, debemos de recontar su historia, para dirigir nuestros mayores esfuerzos a cambiar lo que estuvo mal, y maximizar el impacto de lo que va bien.

Lo que designa a una persona con una enfermedad mental ha sufrido cambios a lo largo de la historia. Cada cultura, en cada milenio, se apoyó en su definición para tratar a las personas y formular diferentes tratamientos. Esta representación mental de lo que constituye una persona con una enfermedad mental moldeó el devenir histórico de su trato y tratamiento.

En base a la información recolectada en nuestro trabajo de investigación y la interpretación de la misma, se puede afirmar que se cumplieron los objetivos de investigación planteados, pudiendo determinar que:

La concepción y percepción sociocultural de las enfermedades mentales ha influido directamente en la evolución histórica de su trato y tratamiento en nuestro país. La evolución histórica de la raza humana acata el pensamiento, mediante el cual establecemos los parámetros con los que interpretamos, medimos y evaluamos las situaciones a nuestro alrededor, y como, basadas en el conocimiento, actuamos sobre nuestro ambiente. La definición que se ha interiorizado de lo que representa una persona con una enfermedad

mental va a dictaminar como la tratamos y cuales consideramos son los mejores métodos a utilizar para intervenir.

Al determinar y analizar la evolución histórica que ha tenido la concepción de una enfermedad mental a través de los milenios y las culturas, hemos podido señalar las grandes transformaciones de pensamiento que diferencian cada período de la historia y el impacto de la cultura sobre la divergencia del pensamiento.

Nuestra conclusión se sustenta gracias a las informaciones obtenidas de nuestros demás objetivos. Al estudiar los distintos métodos de intervención usados en el país, pudimos evidenciar que el pensamiento sociocultural de la época determinó su evolución histórica. Identificamos como se pasó del olvido y abandono total de las personas con enfermedades mentales, al mantenimiento en hospitales y manicomios a la introducción de psicofármacos y las técnicas psicoterapéuticas.

Así como el tratamiento evoluciona para ir de acorde a la concepción, también lo hace el trato que recibe la persona con una enfermedad mental. De ser objeto de burla, miedo, rechazo y abandono, pasan a ser vistos como personas con alteraciones comportamentales o cognitivas debido a factores genéticos, ambientales y personales, siendo tratados de una manera humana y comprensiva. Esto evidencia la línea de pensamiento de que todo lo que se ignora, se menosprecia.

El conocimiento libera y despierta. Pero el tabú, la ignorancia y concepciones erróneas y obsoletas que aún se mantienen en el país no han permitido que esa evolución se concrete, ni expanda nacionalmente. Las personas con enfermedades mentales son aún percibidas como violentas y peligrosas, incapaces de desenvolverse con eficacia en su

ámbito personal, social, familiar, académico ni laboral y de desempeñar roles de importancia en la sociedad. Se describe su vida como una acompañada de la soledad, tristeza, encierro y exclusión. Se considera que para tratar sus dolencias con eficacia hay que recluirlas y apartarlas de la sociedad. Se cree que buscar ayuda psicológica es para personas con problemas mayores. Se mantiene la concepción de las enfermedades mentales como un castigo divino, y que, en ocasiones se pueden curar mediante brebajes, oraciones y otras prácticas mágico-religiosas. La depresión es estar triste. Una persona bipolar es aquella que cambia de humor rápidamente. Mientras estas concepciones se mantengan y defiendan, la evolución histórica del trato y tratamiento de las enfermedades mentales en el país estará estancada.

Evidentemente, al realizar una investigación de semejante magnitud donde nos enfocamos en la concepción sociocultural de las enfermedades mentales, nos concentramos en el pensamiento de la sociedad en conjunto, pero debemos de también tomar en cuenta, evaluar y destacar las diferencias individuales que se desarrollan entre personas de una misma cultura. Estas personas, como el Padre Billini y Philippe Pinel, con una manera de pensar diferente, en ocasiones afectan el curso de la historia. A lo largo de la misma vemos como los mayores avances vienen de estas personas cuyo pensamiento osa a desviarse del popular para innovar y mejorar.

Nuestro análisis nos permite afirmar que, a pesar de la concepción sociocultural predominante, una parte de la población ha actualizado sus conocimientos y busca la expansión del mismo por el territorio nacional. Una forma de manifestación palpable de esta situación la vemos en las campañas de integración, inclusión y aceptación de personas con enfermedades mentales; tanto a nivel gubernamental, como civil, que han tenido un gran auge en los últimos años.

Analizar el impacto de este movimiento de concientización, llevaría a otra investigación, pero analizando los datos obtenidos del nivel de conocimiento real de las enfermedades mentales en el país, se puede determinar que, aún falta educación, interés y apoyo para que los mismos se expandan nacionalmente. Es por esta razón que abogamos por una revolución cognitiva, donde la psicoeducación sería la herramienta clave que transformaría la historia. De nada sirve que se expandan centros de atención psicológica, cuando las personas no tienen una concepción correcta y científica de las enfermedades mentales, lo que les va a impedir buscar ayuda profesional. De nada sirve hacer campañas de inclusión, si primero no se entiende a quién se quiere incluir, cuáles son sus características y por qué merecen disfrutar de los mismos derechos que nosotros. Para experimentar verdaderos cambios duraderos y constantes en el tiempo se debe atacar el problema de raíz: la ignorancia.

Algo que ha caracterizado la historia de la salud mental en el país, y ha dibujado su devenir histórico es la falta de interés. No solo se desconoce mucho sobre las enfermedades mentales, pero tampoco hay interés en aprender y conocer. A esto se suma que, lo que se conoce, se conoce mal. Términos como “bipolar” “esquizofrénico” “depresivo” “maníaco” entre otros, son utilizados por las personas de manera peyorativa, haciendo un uso indiscriminado, sin tener claro el concepto de lo que designan, afectando gravemente la percepción de personas que, de hecho, deben lidiar con esas enfermedades mentales.

En conclusión, para obtener cambios sostenibles en el tiempo en el campo de la salud mental, se debe de producir una revolución cognitiva enfocada a cambiar la concepción que se mantiene en el país de las enfermedades mentales, evidenciando el impacto de las mismas en su trato y tratamiento.

Recomendaciones

El objetivo de este trabajo es conocer como influye la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana. Alcanzando este objetivo y determinando que la manera en que se definen las enfermedades mentales afecta directamente su evolución histórica, se hace de vital importancia que se produzca un cambio de paradigma en la concepción de las mismas en el país. Esto tendría consecuencias colosales. Algo tan simple como la forma en que se define un trastorno, podría ayudar a mejorar la calidad de vida de miles de personas. Es por esta razón que nuestras recomendaciones van dirigidas a manipular esta variable con el objetivo de intentar actualizar y expandir la concepción científica de las enfermedades mentales en el país. Que las enfermedades psicológicas sean tan bien comprendidas como las físicas ayudará a cambiar positivamente el trato que reciben las personas.

Nuestras recomendaciones se extienden a tres ámbitos:

Ámbito legislativo

- La modificación legislativa, para que las personas con enfermedades mentales se encuentren amparados por la ley contra la discriminación en el ámbito laboral y estudiantil.
- La intervención gubernamental sobre el sistema de salud mental, expandiendo políticas que fomenten la asistencia a terapia y la implementación de leyes que exijan reportes de evaluación psicológicas de la misma manera que se es imprescindible vacunarse y presentar certificaciones de buena salud física.

Ámbito educativo

- Actualización del curriculum escolar para integrar la asignatura de psicología en centros educativos y universidades.

Ámbito profesional

- Establecer y expandir campañas de concientización sobre las enfermedades mentales en todo el país.
- Introducir programas de psicoeducación que se extiendan a nivel nacional.
- Organizar grupos de apoyo psicológico a las personas con enfermedades mentales y sus familiares.
- Fomentar el estudio de la psicología investigativa.
- Expandir los servicios de salud mental a todo el país, al mismo tiempo que se dan a conocer los centros que actualmente se dedican a la psicología.

Referencias

- Acento. (2019). Gobierno lanza el Plan Nacional de Salud Mental 2019-2022. Retrieved from <https://acento.com.do/2019/salud/8672301-gobierno-lanza-plan-nacional-salud-mental-2019-2022/?cn-reloaded=1>
- Akhilananda, S. Psicología hindú. Presentación, Universidad de Harvard.
- Alcántara Almánzar, J. (2017). Panorama sociocultural de la República Dominicana. Santo Domingo.
- American Psychiatric Publishing (2013). DSM 5 (5th ed.).
- Ander-Egg, E. (2016). Diccionario de psicología (3a. ed.). Córdoba: Editorial Brujas.
- Andrews, J., Briggs, A., Porter, R., Tucker, P., & Waddington, K. (1997). The history of Bethlem. London: Routledge.
- Bárcena, C. (2001). El bimaristán, un modelo de hospital islámico. Barcelona.
- Basauri, V. (2009). La salud mental en Centroamérica y República Dominicana. Cuadernos De Psiquiatría Comunitaria, 9(2), 187-193.
- Brislin, R.W., Lonner, W.J. and Thorndike, R.M. (1973) Cross-Cultural Research Methods. John Wiley & Sons, New York.
- Campo-Arias, A., & Cassiani Miranda, C. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. Revista Colombiana de Psiquiatría, 37 (4), 598-613
- Castel, Robert. 1975. "El tratamiento moral. Terapéutica mental y control social en el siglo XIX", en García, Ricardo (coord.), Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial. Barcelona, Barral Editores, pp. 71–96.
- Consuegra Anaya, N. (2011). Diccionario de Psicología. Colombia: Ecoe Ediciones.

De Young, M. (2010). *Madness: An American History of Mental Illness and Its Treatment*. McFarland.

Discovery Health. *Historia de la psiquiatría* [DVD].

Fernández Vázquez, A., & Mañá Ares, R. (2016). El legado islámico en los cuidados psiquiátricos. *El Maristán de Granada. Cultura De Los Cuidados Revista De Enfermería Y Humanidades*, (45). doi: 10.14198/cuid.2016.45.06

Finkielman, S. (2011). Hipócrates, el arte médico, el racionalismo y la astrología, ISSN 0025-7680.

Foerschner, A. M. (2010). "The History of Mental Illness: From Skull Drills to Happy Pills." *Inquiries Journal/Student Pulse*, 2(09). Retrieved from <http://www.inquiriesjournal.com/a?id=1673>

Foucault, M. (2015). *Historia de la locura en la época clásica I*. México, D.F.: FCE - Fondo de Cultura Económica.

Freedheim, D., Norcross, J., & VandenBos, G. (2011). *History of psychotherapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Gómez Gómez, L. (2013). Filosofías espirituales en China. *Online Journal Mundo Asia Pacífica*, 2(2), 66-70. <https://doi.org/10.17230/map.v2.i2.06>

González Duro, Enrique. 1994. *Historia de la locura en España. Siglos XIII al XVII*, Madrid, Ediciones Temas de Hoy.

González-López, E. (2011). Medicina y nazismo. Aprender de la Historia. *Revista Clínica Española*, 211(4), 199-203. doi: 10.1016/j.rce.2010.06.015

Guralnik, Gabriel Eduardo (2013). *PSIQUATRÍA CRIMINAL: EL PROGRAMA DE EUTANASIA DE LA ALEMANIA NAZI*. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de

Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Harari, Y. (2017). *Homo Deus* (1st ed.). Londres: Harvill Secker.

Hong Ng, C. (1997). The stigma of mental illness in Asian cultures. *Australian And New Zealand Journal of Psychiatry*, 382-390.

Jovell, A. (2006). El paciente del siglo XXI. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 29. doi: 10.4321/s1137-66272006000600009

Ketchell, A., Pyles, L., & Canda, E. (2015). World Religious Views of Health and Healing.

Lara Muñoz, M. (1996). Evolución histórica de las clasificaciones en psiquiatría. *Salud Mental*, 19(3), 1-10.

Lauber, C., & Rössler, W. (2009). Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 157-178. doi: 10.1080/09540260701278903

Leahey, T. (1998). *Historia de la psicología*. Madrid: Prenti Hall.

Lipson, J. (2000). *Cultura y Cuidados de Enfermería* (PhD). University of California.

López Alonso, Carmen. 1988. *Locura y sociedad en Sevilla. Historia del Hospital de los Inocentes (14367–1840)*, Sevilla, Diputación Provincial.

López-Muñoz, F. Alamo, C. Cuenca, E. La "Década de oro" de la psicofarmacología (1950- 1960): Trascendencia Histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de febrero - 15 de marzo 2000 [citado: *]; Conferencia 34-CI-C: [41 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa34/conferencias/34_ci_c.htm

López-Muñoz, F., Alamo, C., & Cuenca, E. (2002). Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: Medio siglo de psicofarmacología. *FRENIA*, II.

Lozano Serrano, C., & Ortiz Lobo, A. (2004). El incremento en la prescripción de antidepresivos: ¿Una panacea demasiado cara? *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, (90). doi: 10.4321/s0211-57352004000200007

Luciano, D., Nadal, E., Brito, S., Negrete, M., & Contreras, I. (2010). Análisis de situación en salud mental y atención primaria en República Dominicana. Santo Domingo.

M. Rothe, E., & Mella Mejias, C. (2013). History of Psychiatry in the Dominican Republic. *Adolescent Psychiatry*, 3(1), 18-25. doi: 10.2174/2210676611303010005

Mayor Ferrándiz, T. (2013). El programa nazi "T- 4". *Revista De Clases historia*, 367. doi: ISSN 1989-4988

MESHVARA, D. (2002). Mental health and mental health care in Asia. *World Psychiatry*, 1(2), 118–120.

Mohit, A. (2001). Mental health and psychiatry in the Middle East: historical development. *La Revue De Santé De La Méditerranée Orientale*, 7(3).

Morban, Fernando (1982). Impacto psicológico de la colonización sobre los aborígenes de la Hispaniola. *Anuario de la Academia de Ciencias de la República Dominicana*, No. 6. Santo Domingo.

Morban, Fernando; García, Balbino y Kasse Acta, Rafael (1976). Paleomedicina: Deformación y trepanación craneana entre los aborígenes americanos y sus posibles implicaciones psico-patológicas. *Primer Congreso Dominicano de Psiquiatría*. Santo Domingo: SEPESA.

Morris, C., & Maisto, A. (2009). *Psychology*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Education/Prentice Hall.

Moscoso, M. (2009). La 'normalidad' y sus territorios liberados. Temple University, (1), 57-70.

Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., Guillén, A., & Izquierdo, S. (2011). La Enfermedad Mental en los Medios de Comunicación: Un Estudio Empírico en Prensa Escrita, Radio y Televisión. *Clínica Y Salud*, 22(2), 157-173. doi: 10.5093/cl2011v22n2a5

Organización Mundial de la Salud. (2008). Informe sobre el sistema de salud mental en República Dominicana. Santo Domingo.

Pacheco Yáñez, L., Padró Moreno, D., Dávila Wood, W., Álvarez de Ulate Unibaso, S., & Gómez de Maintenant de Cabo, P. (2015). Apuntes históricos sobre las clasificaciones actuales de las patologías mentales. *Norte De Salud Mental*, XIII(53), 83-92.

Pérez Mora, M., & Fernández París, R. (2019). Relación entre prácticas mágico-religiosas y patologías psiquiátricas en pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del hospital Salvador Bienvenido Gautier. Santo Domingo, d. n (Licenciatura). Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.

Pickren, W., & Zimbardo, P. (2015). El libro de la psicología. Kerkdriel, Países Bajos: Librero.

Pileño Martínez, M., Morillo Rodríguez, F., Salvadores Fuentes, P., & Nogales Espert, A. (2003). El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura De Los Cuidados Revista De Enfermería Y Humanidades*, (13), 29-35. doi: 10.14198/cuid.2003.13.06

Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris: JA. Brosson.

Porter, R. (2003). *Madness: A brief history*. Oxford University Press, USA.

Poseck, B. (2007). Manicomios de cine: la representación de las instituciones mentales y sus procedimientos en la gran pantalla. *Revista Médica*, 3, 57-67.

Prasadarao, P., & Matam Sudhir, P. (2001). Clinical Psychology in India. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8(1). doi: <https://doi.org/10.1023/A:1011371705533>

Presidencia De La Republica Dominicana. (2016). Gobierno convierte Hospital Psiquiátrico en Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina. (1990). Conferencia, Caracas, Venezuela.

Reyes Ticas, D. (2010). Momentos históricos de la psiquiatría de Centroamérica y República Dominicana en la perspectiva de la asociación centroamericana de psiquiatría [Ebook]. Tegucigalpa.

Rodríguez, E. (2000). Antecedentes de la psicología en la Republica Dominicana. *Revista Interamericana De Psicología*, 34(2), 37-56.

Roger, N. (2011). Eliminación de los enfermos mentales en la Alemania Nazi (Licenciatura). Universidad de Buenos Aires.

Román López, m. (2011). *Hacia un encuentro oriente-occidente*. uned.

Román López, m. (2011). *Más allá de oriente y occidente*. uned. Madrid.

Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16. doi: ISSN 0185-1659

Said-Farah, M. (2008). El Maristán y Al-madrasa: Hospital-Escuela de medicina (I). *Archivos De La Sociedad Española De Oftalmología*, 83(3). doi: 10.4321/s0365-66912008000300013

Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: Inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*.

Salazar Vallejo, M., Peralta Rodrigo, C., & Pastor Ruiz, J. (2012). *Tratado de psicofarmacología*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

- Scull, A. (2006). *The Insanity of Place/ The Place of Insanity*. New York: Routledge.
- Silva, P. (2016). El Bosco. La Exposición del V Centenario. Museo Nacional Del Prado, 356-363.
- SPES Editorial. (2002). *Diccionario de uso del español de América y España* (1st ed.). Barcelona.
- Vásquez, J. (2010). Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
- Villela Cortés, F., & Linares Salgado, J. (2011). Eugenesia: Un análisis histórico y una posible propuesta. *Acta Bioethica*, 17(2), 189-197. doi: 10.4067/s1726-569x2011000200005
- Zaglul, A. (1991). *Mis 500 locos*. Santo Domingo, Rep. Dom.: Taller.
- Zaite, J. (2013). La historia de la psicología en la República Dominicana. *Revista Interamericana De Psicología*, 47(2), 185-194

Anexos

Preguntas de encuestas

1. “Percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana”

12/27/2019

Percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana

Percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la República Dominicana

1. ¿Cuál es su grupo de edad?

Mark only one oval.

- 18-20
 21-29
 30-39
 40-49
 50-59
 60 o más

2. ¿Cuál es su sexo?

Mark only one oval.

- Femenino
 Masculino

3. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que obtuvo?

Mark only one oval.

- Escuela primaria (De primero a cuarto)
 Escuela secundaria (De quinto a octavo)
 Bachiller
 Diploma universitario
 Posgrado (maestría, doctorado, etc.)
 Ninguno

4. ¿Dónde ha escuchado mencionar las enfermedades mentales?

Check all that apply.

- Escuela/colegio
 Redes sociales
 Medios de comunicación masivos (televisión, radio)
 Comunidad
 Universidad
 Trabajo
 Ámbito social
 Otra

5. ¿Cuáles piensa que son las causas de las enfermedades mentales?*Check all that apply.*

- Causas ambientales (Forma de crianza, relación con pares, contaminación)
- Causas genéticas/hereditarias
- Causas ambientales y genética
- Mala suerte
- Castigo divino
- No sé
- Otra
- No aplica

6. Si una persona sospecha que tiene alguna enfermedad mental, ¿Que piensa que debería hacer?*Check all that apply.*

- Visitar un psicólogo
- Visitar un psiquiatra
- Hablar con amigos y familiares
- Visitar un sacerdote o pastor
- Visitar un miembro de la comunidad de gran importancia
- Ninguna de las anteriores
- Otro

7. Cuando piensa en la vida de una persona con alguna enfermedad mental mayor (depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia) piensa en*Check all that apply.*

- Una vida de encierro y exclusión
- Una vida de soledad y tristeza
- Una vida deambulando por las calles
- Una vida funcional

8. ¿Piensa que una persona con alguna enfermedad mental mayor puede llevar una vida igual de funcional que una persona sin diagnóstico psicológico?*Mark only one oval.*

- Sí
- No
- Depende
- No sé

9. Cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad mental mayor, ¿Cuál piensa es el mejor proceso a seguir?*Check all that apply.*

- Tratamiento psicológico
- Tratamiento psiquiátrico
- Tratamiento psicofarmacológico
- Combinación de psicoterapia y tratamiento psicofarmacológico
- Rezar por esa persona
- Darse por vencido

10. ¿Piensa que una persona con alguna enfermedad mental mayor puede desempeñar roles de gran importancia en la sociedad (doctores, abogados, profesores, presidentes...)?*Mark only one oval.*

- Sí
- No
- Depende de la persona
- Depende de cómo la persona enfrente su enfermedad
- No sé

11. Cuando piensa en una persona con depresión, piensa en*Check all that apply.*

- Una persona que siempre se muestra triste
- Una persona que no demuestra ningún tipo de sentimientos ni emociones
- Las dos anteriores
- Una persona exitosa
- Una persona normal

12. Cuando piensa en una persona con trastorno bipolar, piensa en*Check all that apply.*

- Una persona que un minuto está alegre y al otro triste
- Una persona que no puede decidirse
- Una persona con una personalidad muy cambiante
- Una persona que no sabe controlar sus emociones
- Una persona con cambios en el estado de ánimo

13. Cuando piensa en una persona con esquizofrenia piensa en*Check all that apply.*

- Una persona peligrosa
- Una persona impredecible de la que tendría miedo estar cerca
- Una persona peligrosa con múltiples personalidades
- Una persona con alteraciones perceptivas y pensamiento desorganizado

14. **¿Tendría miedo de pasar tiempo con una persona con esquizofrenia o trastorno bipolar porque esta podría hacerle daño?**

Mark only one oval.

- Sí
- No
- Depende de la persona

15. **¿Piensa que las enfermedades mentales mayores como depresión, esquizofrenia y bipolaridad pueden curarse?**

Mark only one oval.

- Sí
- No
- Depende
- Solo los que tienen depresión
- Solo los que tienen esquizofrenia
- Solo los que tienen bipolaridad

16. **¿Piensa que las personas con alguna enfermedad mental grave deben ser recluidas, apartadas de la sociedad para recibir tratamiento y evitar que ocasionen daños a las personas?**

Mark only one oval.

- Sí
- No
- Depende de la enfermedad
- Depende de la persona
- No sé

17. **¿Qué piensa que debe hacerse cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad mental mayor?**

Check all that apply.

- Encerrarlo en un hospital o institución de por vida para que reciba ayuda
- Conseguir asistencia familiar permanente
- Empezar un tratamiento psicológico de por vida
- Otro

18. **Cuando piensa en un hospital psiquiátrico piensa en un**

Mark only one oval.

- Lugar de rehabilitación para personas con enfermedades mentales
- Depósito escalofriante de enfermos mentales
- Lugar escalofriante repleto de personas peligrosas

19. **¿Cree que las personas con enfermedades mentales son discriminadas en el país?**

Mark only one oval.

- Sí
- No
- Algunas veces
- Depende de la persona

Powered by
 Google Forms

2. “Influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana”

12/27/2019 Influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la Rep...

Influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana

1. ¿Dónde realiza la mayoría de sus consultas?

Check all that apply.

- Práctica privada
- Centro de psicología
- Hospital
- Clínica
- Otro

2. Si en la pregunta anterior seleccionó "otro", especifique

3. ¿Cuáles son los casos mas frecuentes que ve en consulta?

Check all that apply.

- Trastornos del estado del ánimo
- Trastorno Bipolar
- Esquizofrenia
- Abuso de sustancias
- Trastorno de ansiedad
- Trastornos de la alimentación
- Otros

4. Si en la pregunta anterior seleccionó "otro", especifique

5. ¿Qué grupo de la población es mas predominante en consulta?*Check all that apply.*

- Hombres
- Mujeres
- Niños
- Adolescentes
- Personas mayores

6. ¿Cuál es el nivel socioeconómico de sus pacientes?*Check all that apply.*

- Alto
- Medio Alto
- Medio Típico
- Medio Emergente
- Bajo Típico
- Bajo extremo
- Bajo Muy Extremo
- No sabría decir
- Prefiero no responder

7. ¿Bajo que contexto asisten las personas a consulta?*Check all that apply.*

- Asisten por decisión propia
- Son referidos por un doctor
- Asisten por iniciativa de familiares o amigos
- Son referidos por otro profesional de la salud mental
- Son enviados por un centro educativo
- Son enviados por orden judicial
- Otro

**8. Si en la pregunta anterior seleccionó "otro",
especifique****9. ¿Ha tenido algún paciente cuya condición-enfermedad se cronifica por recibir atención psicológica tardía?***Check all that apply.*

- Si
- No
- La mayoría de los casos
- Un gran porcentaje de los casos
- Una porcentaje muy pequeño de los casos
- No sabría responder

10. **En caso de que aplique ¿Cuáles son los miedos o inseguridades más comunes de los pacientes en relación al proceso terapéutico?**

11. **¿Abandonan muchos pacientes las sesiones antes de concluir su plan de tratamiento?**

Check all that apply.

- Sí
- No
- Algunos
- Depende de la situación
- Depende del apoyo que reciban
- No sabría responder

12. **¿Cuáles son las afirmaciones más comunes sobre la salud mental de las personas que asisten a su consultorio?**

13. **¿Cuál es la actitud de las personas frente al tratamiento psicológico?**

14. **¿Recurren sus pacientes a otros tipos de tratamiento? En caso de ser así, seleccione los más comunes**

Check all that apply.

- Yoga
- Meditación
- Mindfulness
- Medicina ayurvédica
- Medicina popular (remedios caseros)
- Medicina mágico-religiosa (oraciones a ciertos santos, conjunto de rezos, utilizar amuletos)
- Otro

15. Si en la pregunta anterior seleccionó "otro", especifique

16. ¿Cuáles son los obstáculos mas comunes que atraviesan los pacientes durante su proceso terapéutico?

Check all that apply.

- Presión social
- Estigmatización
- Falta de apoyo
- Vergüenza
- Preconcepción errónea sobre su enfermedad-condición
- Preconcepción errónea sobre su funcionalidad e integración en el ámbito social, escolar, laboral..
- Otra
- No aplica

17. Si en la pregunta anterior seleccionó "otro", especifique

18. ¿Considera que la psicoeducación sería beneficiosa para la profilaxis mental y desmitificación de las enfermedades mentales en la población?

Check all that apply.

- Si
- No
- Solo en una sección seleccionada de la población

19. ¿Considera importante que se imparta una asignatura de psicología en los centros educativos?

Check all that apply.

- Si
- No
- Solo en las universidades
- Solo en bachillerato

20. ¿Qué factor considera de mayor influencia sobre la concepción actual de los dominicanos de la salud mental?

Check all that apply.

- Redes sociales
- Ámbito social
- Ámbito escolar
- Cultura popular (películas, canciones, programas de televisión...)
- Otros
- Ninguno

21. Si en la pregunta anterior seleccionó "otro", especifique

22. ¿Qué concepción tienen sus pacientes de los centros de rehabilitación psicosocial?

Check all that apply.

- Centro de rehabilitación para personas con enfermedades mentales
- Lugar escalofriante, hogar de enfermos mentales peligrosos
- Lugar escalofriante, hogar de criminales peligrosos
- No sabría decir
- Otro

23. Si en la pregunta anterior seleccionó "otro", especifique

24. ¿Qué características de la cultura dominicana impide que un individuo acceda a servicios de salud mental?



Señores : Escuela de Psicología
Asunto : Entrega Trabajo de Investigación
Fecha : enero 20, 2019

Por medio de la presente hacemos entrega formal del trabajo de investigación realizado por la estudiante de Psicología Clínica:

<u>Nombre</u>	<u>Matrícula</u>
Sabrina Sosa	15-1744

El estudio lleva por título: Influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana.

Así mismo queremos certificar que la estudiante agotó el proceso de acompañamiento requerido para presentar defensa del trabajo realizado, por lo cual autorizamos la entrega del mismo a los jurados para su conocimiento y revisión, así como la asignación de la fecha, hora y lugar de la presentación y sustentación de este estudio.

Cordialmente


Asesor de contenido


Asesora Metodológica

cc.: Tesis de Grado

HOJA DE FIRMAS



Sabrina Sosa Pérez
Sustentante



Hilda Aquino, M.A.
Asesora



Nicole Troncoso Bello, M.A

Jurado



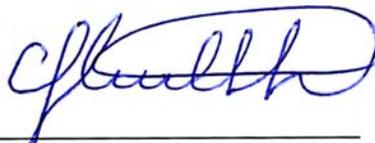
Lic. Julia Garces

Jurado



Pat Galán Laureano, M.A.

Jurado



Adrián De Oleo, M.A.
Directora Escuela Psicología



Declaración de Autor de Obra Intelectual Original

Declaración de Autor de Obra Intelectual Original para la presentación de Influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana de Acuerdo a Disposiciones Vigentes de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.

Sabrina Sosa Pérez, 402-1218148-7

Declaro: Ser el autor/a de la tesis que lleva por Título Influencia de la percepción y concepción sociocultural de las enfermedades mentales en la evolución histórica de su trato y tratamiento en la República Dominicana Asesorada por Hilda Aquino quien presentó a la coordinación de metodología e investigación de la Escuela de Psicología para que sea defendida y evaluada en sesión pública.

Que la tesis es una obra original. Además, puede ser libremente consultable.

Que me consta que una vez la tesis haya sido defendida y aprobada, su divulgación se realizará bajo licencia de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.

Que el contenido de la tesis y su publicación no infringe derechos de propiedad intelectual, industrial, secreto comercial o cualquier otro derecho de terceros, por lo que exoneró a la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, de cualquier obligación o responsabilidad ante cualquier acción legal que se pueda suscitar derivada de la obra o de su publicación.

Estos datos no vulneran derechos de terceros y por lo tanto asumo cualquier responsabilidad que se pueda derivar de las mismas y de su publicación, como constancia, firmo el presente documento.

Santo Domingo, DN, República Dominicana, el día, 10 del mes de enero del año 2020.

Firma Estudiante

