

Normalidad y anormalidad: Esquemas dicotómicos de la representación social en un grupo de profesionales de la salud mental

Fátima Flores Palacios*

José Alberto Díaz Cervantes

En este trabajo, se presentan los resultados de una investigación que llevó a cabo un grupo de profesionales de la salud mental en torno a los conceptos de normalidad-anormalidad. La teoría de las representaciones sociales orientó el estudio conceptualmente. Su objetivo principal se centró en reconocer qué procesos sociocognitivos se activan al evocar las nociones de normalidad-anormalidad. Las dos nociones surgen como producciones tanto del ámbito científico, como del sentido común, representando una larga tradición en ambos terrenos conceptuales. En este sentido, y considerando la historia de ambos conceptos en la práctica clínica, se revisaron desde el punto de vista teórico los modelos más representativos en el marco de la salud mental, con la finalidad de reconocer las diferentes lógicas que orientan distintas interpretaciones de estos fenómenos.

Por último, se lleva a cabo un análisis de la relación que se establece entre prácticas y representaciones sociales, considerando la actitud de la muestra con respecto a los conceptos estudiados.

Introducción

El conjunto de resultados que a continuación se presentan, emergen del trabajo “Los conceptos de normalidad y anormalidad desde la teoría de la representación social en el campo de la salud mental” (Díaz, J. A. 1999), integrado en el marco de la línea de investigación “Representación social, género y salud mental”.

* Profesora de la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Esta línea de investigación se desarrolló a partir de un estudio cuyo objetivo fue señalar la importancia e influencia de la representación social de la feminidad y masculinidad en la práctica de un grupo de profesionales de la salud mental (Flores, F. 1993).

Los resultados de ese trabajo, revelaron una influencia significativa de nociones del sentido común en la práctica clínica de los profesionales de la muestra, situación que se observa particularmente cuando los síntomas son categorizados en función de la normatividad de género (Flores, F. 1997).

Una de las preocupaciones fundamentales en esta línea, se ha centrado en la observación de elementos del orden del sentido común en el discurso y práctica simbólica de los profesionales de la salud mental, considerando a éstos como sujetos sociales.

Se parte de la idea de que dichos profesionales participan en la construcción y (re)producción del imaginario colectivo, y su propia experiencia como grupo social se ancla a factores ideológicos, que sustentan modelos culturales de explicación, en este caso, de la normalidad y anormalidad.

La opción del objeto de estudio no fue mera casualidad, ya que responde al interés de conocer cómo estos significados se articulan en la práctica profesional y cuáles son las relaciones que el discurso especializado mantiene con producciones del sentido común.

Los cuarenta profesionales participantes en esta investigación presentan un dominio calificado de conocimientos y un fuerte arraigo en una Institución Pública de Salud Mental (diez años mínimo de experiencia), lo que les autoriza un discurso especializado y fuerte sustento en la ejecución de sus prácticas.

Desde el inicio, esta línea de investigación se ha centrado en la relación que se establece entre una representación social como marco constitutivo del pensamiento social y el comportamiento de los grupos.

La representación social como modelo teórico

La conceptualización que orienta esta reflexión se sustenta en el modelo teórico de las representaciones sociales (Moscovici, S. 1961-1976). En tanto que estructura determinante de la interacción social, el estudio de una representación social permite, por un lado, aproximarse al significado que los colectivos sociales otorgan a su propia práctica y, por otro, comprender los mecanismos mediante los cuáles esa práctica se constituye a su vez en significado y cobra sentido en relación con el marco cultural de interpretación.

En concreto, se puede plantear que para el estudio de esta teoría es importante considerar la circularidad de los elementos en interdependencia que intervienen en la construcción de una representación social, considerando las creencias, la especificidad de los procesos cognitivos y las prácticas que dan sentido al reciclaje circular del significado en la cultura.

En la construcción de una representación social intervienen dos procesos fundamentales: la objetivación y el anclaje.

La objetivación permite transformar ideas o entidades en un conocimiento accesible a la práctica cotidiana. En un primer tiempo, la inmensa cantidad de información disponible circulante respecto del objeto es seleccionada. El proceso de selección permite descontextualizar el objeto de cualquier sistema de pensamiento en que haya sido producido y dimensionarlo en un contexto de significaciones propias al colectivo que realiza el proceso representacional.

De la selección y descontextualización, surgen algunos significados fundamentales que modelan un esquema figurativo (Moscovici, S. 1961-1976), el cual se convierte en el núcleo que orienta y define el sentido de la representación social. Esta transformación icónica permite naturalizar lo real y compactar en una imagen el conjunto de la información que define al objeto.

La variedad de los procesos sociocognitivos descritos se articulan en el marco del pensamiento existente, modelo que a su vez orienta la especificidad de los mecanismos descritos. El conocimiento objetivado es sometido a una "inserción orgánica dentro de un pensamiento constituido" (Jodelet, D. 1984, p. 486) y la relación entre el conocimiento objetivado y su inserción (anclaje) en un sistema de interpretación preexistente es interdependiente, lo que conlleva una redefinición mutua de los significados constitutivos de ambos niveles.

En este sentido, un grupo se define por la especificidad de sus esquemas de construcción del conocimiento, que a su vez determinan la particularidad de sus prácticas.

Por ejemplo, el colectivo de profesionales de la salud mental, está definido por su actuación en el campo de la psique y por su predominio en el manejo de las emociones. Este grupo representa un colectivo científico que comparte un saber común y que se manifiesta de forma relativamente consensuada, independientemente de su orientación.

Sin embargo, este colectivo, como cualquier otro grupo social, se organiza en torno a nociones compartidas, incorporando producciones ideológicas de su mundo relacional que definen consensos que otorgan

un sentido coherente a las significaciones normativas, científicas y culturales en su práctica social y profesional.

En cuanto a los significados de anormalidad y normalidad, son conceptos que han evolucionado con el desarrollo de la ciencia, específicamente con el de las disciplinas orientadas al estudio de la salud mental. Las aparentes oposiciones que constituyen estas categorías son objeto de interés, particularmente si se toman en cuenta las regulaciones normativas que la cultura impone a estos fenómenos.

La normalidad / anormalidad son materia de teorizaciones diversas, pero también fuente de resistencias inconscientes de un modelaje y definición intersubjetiva de la realidad social, lo que conlleva históricamente cambios significativos en la frontera entre lo que es normal y anormal.

Algunos estudios realizados por psicólogos han proporcionado evidencia de que la construcción social del significado de lo “normal” difiere significativamente en función de los grupos en una misma época (Nathan y Harris, 1983).

El objetivo de esta investigación fue revelar las diferencias particulares del significado constituido en torno a lo normal-anormal, y extraer elementos simbólicos del orden del sentido común en la conceptualización especializada (científica) que articulan la muestra de profesionales de la salud mental.

En general, los profesionales de la salud mental califican de enfermedad mental a diversas conductas “desviadas”.

De forma menos estricta y más general, el pensamiento común califica la anormalidad sólo cuando la conducta es claramente extraña, esto es, cuando las desviaciones son extremas (Nathan y Harris, 1983).

De esta forma, ambas categorías –normalidad-anormalidad– desde su función reguladora, son cimientos del (inconsciente) colectivo de cada cultura, puesto que orientan la conducta social al ejercer una constante direccionalidad en el quehacer cotidiano. Es desde este principio organizador que nos interesa comprender las concepciones ancladas a la tradición y a la creencia.

Diferentes modelos de explicación de a normalidad-anormalidad

Existen explicaciones sistematizadas acerca de lo que es normal y anormal que reflejan las distintas orientaciones en el marco de las cuales se

producen. La posibilidad de que la normalidad y anormalidad puedan describirse por medio de un *modelo sociocultural*, resulta una sugerencia proveniente de la antropología y poco familiar en el marco de la psicología. Esta perspectiva visualiza los conceptos de normalidad y anormalidad como relativos, variantes de sociedad a sociedad, pues siempre se vinculan al contexto y si bien se consideran generales en el sentido de estar presentes en todo colectivo, son conceptos no universales, ya que se moldean en función de los valores de cada cultura en particular. Aunque el modelo sociocultural de la normalidad y anormalidad no es una herramienta de evaluaciones o de diagnóstico formal, como lo son el modelo estadístico y clínico, sirve para recordar que la conducta es siempre una función parcial del contexto en el que se desarrolla. El *modelo legal* se centra fundamentalmente en la explicación de la anormalidad. Fue elaborado desde la normatividad jurídica que gobierna a los Estados. Se originó debido a la necesidad social de un mecanismo de definición consensual del trastorno mental, sobre todo en aquellos casos en que ante las Cortes se realizaban juicios de casos criminales. Sin embargo, ninguna de las definiciones de este criterio ha resultado adecuada para solucionar la amplitud de la problemática que se presenta al impartir justicia al criminal que presenta algún trastorno mental. Desde este modelo la normalidad se ancla a lo permitido, legal y aprobado, mientras que la anormalidad se vincula con lo prohibido, ilegal y desaprobado.

El *modelo ideal*, considera que la normalidad es un estado de salud mental positivo, de funcionamiento individual y social efectivo, y no simplemente la ausencia de enfermedad mental. Este modelo señala para la normalidad lo que utópicamente debería de ser, lo perfecto, lo completo, lo óptimo, mientras que para la anormalidad deja lo no deseable, lo imperfecto, lo incompleto, lo peor. Por situarse en dos extremos excluyentes este modelo se considera impreciso al no evaluar una amplia gama de estados que se producen entre los dos polos de la oposición.

El *modelo estadístico* encara los conceptos de normalidad y anormalidad en términos cuantificables que pueden expresarse numéricamente. La conducta de una persona se enmarca en una serie de puntuaciones de pruebas psicológicas, las cuales revelan un rango promedio, y en función de la puntuación alcanzada, el sujeto es evaluado en tanto que normal o anormal. Uno de los aspectos más sólidos e importantes del modelo estadístico, según sus adeptos, es que permite llegar a juicios similares acerca de la normalidad y anormalidad de una persona o grupo, aún en el

caso de que partan de diferentes posiciones teóricas. Se valoriza la confiabilidad (consistencia) y precisión (exactitud) en la medición y se define bajo la calificación de normal, lo que realiza la mayoría de las personas, la media, lo común, lo cercano, lo frecuente, reservando para la anormalidad lo extraño lo raro, desviado, extremo y lo poco frecuente.

El *modelo clínico* es una expresión mixta de los modelos ideal y estadístico, cuya especialización se ha desarrollado en el terreno de diferentes disciplinas que estudian la salud mental. Este modelo contempla las capacidades individuales dentro del contexto social y retoma aspectos funcionales de la conducta que derivan en una forma concreta para diagnosticar lo normal/anormal.

En este modelo la normalidad se asocia con lo funcional, la adaptación, el equilibrio, dejando a la anormalidad la disfunción, el desequilibrio y la desadaptación, estados que no pueden cohabitar para que la situación sea definida en el marco de la normalidad.

El *modelo médico*, cuya tradición se remonta a 1800 es uno de los más fuertes en la explicación de la normalidad y anormalidad, sobre todo en el campo de la salud mental. Su piedra angular es considerar a la normalidad como un estado de salud y equiparar a la anormalidad con un estado de enfermedad. Este modelo que deriva sus conceptos de la biología y que pone énfasis en correlatos fisiológicos, estimuló la investigación empírica y la observación detallada de la conducta anormal para mejorar los propósitos de diagnóstico.

Estos esfuerzos en particular orientaron cambios en las representaciones tradicionales construidas en torno a la reputación de las ocupaciones relacionadas con la salud mental. Estos cambios permitieron ampliar los criterios para la definición de las profesiones en este marco y de esta forma la especialización pone fin a un ciclo de prácticas que atribuía los empleos de hospitales psiquiátricos a aquellos que no encontraban ocupación en ningún otro lugar.

No obstante, algunos críticos desaprueban el modelo médico por considerar que es el responsable del sistema de diagnóstico "oficial" que se practica actualmente y que encontramos resumido en el *Manual Estadístico y de Diagnóstico de Enfermedades Mentales* (última versión, DSM IV-R).

Estos puntos de vista consideran que este modelo ha tendido a restringir la investigación de factores etiológicos de la psicopatología al área del funcionamiento corporal alterado. A pesar que actualmente se promue-

va la prevención primaria, algunos autores consideran que este modelo ha conducido a la creencia de que son las clínicas y los hospitales los únicos lugares en donde deben ser tratadas las enfermedades mentales (Nathan y Harris, 1983).

De hecho este modelo impera en el tratamiento de la enfermedad mental y sus observaciones son compartidas por un amplio sector de los profesionales dedicados a la conservación del equilibrio emocional y social de los grupos.

Desde la perspectiva que se expone en este trabajo, la sugerencia iría en el sentido de considerar el proceso mediante el cual categorías tan específicas de la práctica clínica son circundadas por el procesamiento simbólico colectivo que la tradición sustenta.

Contemplar este ángulo al abordar el tema permitiría una posible interpretación de la enfermedad mental en términos de "malestar psicológico", considerando esta sintomatología como efecto de normativas sociales, interpretando éstas en función de la evaluación que el propio sujeto hace.

El objeto de este estudio no es de criticar algún modelo en particular, o abogar por la exclusiva superioridad de un modelo específico, más bien, se orienta a la idea de que los diversos criterios son complementarios en diferentes contextos. Parece poco probable que alguno de los modelos revisados pueda explicar y dar sentido a los conceptos de normalidad/anormalidad si no se toma en cuenta la dimensión simbólica colectiva de la que emergen y de la cual extraen su consistencia en la regulación de lo social.

Lo que surge como consideración primordial es establecer claramente cuál es el criterio al que se hace referencia cuando se habla acerca de normalidad y anormalidad (Dana, R. 1966). Para esto, es necesario revisar el proceso mediante el cual la información (científica y popular), repercute en las diferentes representaciones que definen el significado de estos objetos y cuya acción se verifica necesariamente en la salud de los distintos colectivos sociales.

Como se comprobará a continuación, la muestra en estudio articula un conocimiento mixto (sentido común/especializado) en su representación social de la normalidad y anormalidad, y este sistema de interpretación influye en la relación que se genera entre los profesionales de la salud mental y sus pacientes, incluyendo en el proceso terapéutico que se les brinda y sobre todo en lo concerniente a dos aspectos básicos: el diagnóstico y el tratamiento.

Es decir, el qué rehabilitar y el cómo hacerlo están relacionados con la representación social que se tiene de la normalidad y anormalidad.

Este estudio cobra relevancia porque en general se abordan aspectos externos al equipo de trabajo, por ejemplo se busca determinar la validez y confiabilidad de instrumentos, especificar características de un grupo o recopilar información de algunos sujetos de interés, por lo que la población de sus investigaciones consta regularmente de pacientes y familiares de éstos, pero muy pocos son los estudios que se enfocan directamente a los mismos profesionales de la salud mental.

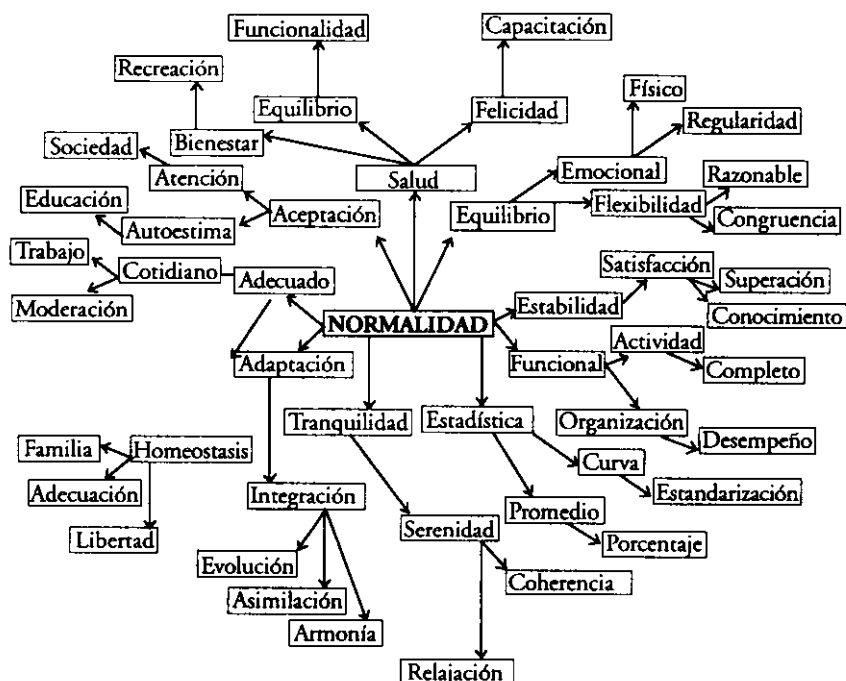
En este sentido, se considera a los profesionales de la salud mental como protagonistas relevantes en la relación conceptual existente entre la normalidad y anormalidad, y por lo tanto el análisis del discurso de este grupo es una condición insorteable para abordar el estudio de ambos conceptos.

Del método

Como método de recolección se utilizó la asociación libre organizada a partir del método de la carta asociativa (Abric, J-C. 1994, p. 68-71). Una de las dificultades de la utilización del método de la asociación libre es que necesita la utilización de técnicas complementarias para la interpretación de datos producidos por los sujetos.

“Es para paliar, al menos parcialmente, esta dificultad” (Abric, J-C. 1994, p. 68) que Abric propone la técnica de la carta asociativa que consiste en producir un conjunto de asociaciones en relación con un término inductor básico y enseña a generar cadenas asociativas como producto del inductor básico asociado al nuevo término producido lo que permite extraer una direccionalidad en la significación en las respuestas (véase figuras 1 y 2).

Figura 2. Modelo de carta asociativa de la normalidad



Nos interesaba a la vez:

¿Cuál es el modelo explicativo en el que ubican estos términos y al que recurre el grupo estudiado para fundamentar su construcción representacional de la normalidad y anormalidad?

¿A qué referentes recurren cuando evocan normalidad y anormalidad?

Cabe aclarar que la técnica aplicada permite un acercamiento estructural a la representación social de la anormalidad y de la normalidad aunque sea prematuro hablar de la representación social de estos conceptos. Para una definición más específica de las representaciones sociales mencionadas sería recomendable aplicar otros instrumentos de verificación.

Por ejemplo, saber cuáles de las nueve producciones más cercanas a los términos inductores son realmente constitutivas del núcleo figurativo.

La posterior verificación de estos elementos es posible a través de diferentes técnicas tales como los SCB (esquemas cognitivos de base) (Rouquette, M-L. 1994) o la técnica MEC (puesta en causa) (Moliner, 1996).

Sin embargo, en esta fase de la investigación es preferible referirnos a los significados emergentes en este contexto, como elementos que gravitan en torno a la representación social, sin otorgarles un lugar o función terminantemente definida. Además, en los objetivos planteados para esta discusión son precisamente esos elementos los que interesa extraer.

Discusión

Recordemos que el interés al indagar acerca de estos conceptos, trasciende el nivel argumentativo y especializado de la conceptualización de las dos categorías y se enfoca a la identificación de referentes del nivel de construcción del significado que remite al sentido común, terreno correspondiente a la representación social, definida como “saber cotidiano que forma la base intersubjetiva de la convivencia entre los miembros de una sociedad” (Elejabarrieta, F. y Wagner, W. 1992).

Los resultados apuntan hacia una fuerte influencia de la representación social de la muestra en la forma de dimensionar las dos categorías en estudio. Esta observación implica considerar una organización del pensamiento especializado directamente vinculado con producciones del sentido común. El grupo en estudio recurre a referentes culturales para categorizar los conceptos de normalidad-anormalidad en el marco de la práctica clínica.

La frontera entre pensamiento científico y pensamiento lego se sobrepone, puesto que la normatividad cultural de estos conceptos orienta las pautas de organización de la muestra y sus referentes.

Es interesante observar la relación que emerge entre los referentes culturales que definen la normalidad y la actitud positiva hacia éstos, puesto que los términos que definen a la normalidad según se pudo comprobar en la producción de los sujetos de la muestra se caracterizan por una actitud positiva.

Como proceso de evaluación, la representación social de estos constructos delimita la percepción de variados fenómenos y establece asociaciones evaluativas entre elementos “aparentemente” dispares.

En cuanto al término inductor anormalidad se puede observar que éste se constituye en torno a una oposición excluyente en relación con los referentes simbólicos de la normalidad. Como se puede observar, el mecanismo regulador de la evaluación que orienta las definiciones de normalidad/anormalidad está sustentado en la funcionalidad de los sujetos sociales.

La asociación de lo normal con la salud y de lo anormal con la enfermedad responde a una de las cuestiones planteadas en este estudio, a saber que el modelo explicativo médico predomina y orienta la definición especializada de los profesionales de la muestra.

La anormalidad se clasifica en el pensamiento común como extraño, aquello que no armoniza con el medio y que molesta un cierto orden establecido. En este caso, los profesionales de la salud mental también están involucrados con esta representación social emergente del sentido común.

En la recolección de datos, fue interesante observar cómo a la muestra se le dificultó más escribir las asociaciones libres de anormalidad que las de normalidad. Cuando se solicitaba en las tarjetas escribir asociaciones libres para anormalidad (que tenían la misma instrucción, cambiando únicamente el termino inductor), los sujetos de la muestra necesitaban más tiempo y hacían comentarios en torno a la dificultad de esta parte en particular, planteando diversas preguntas, las cuales ya se habían aclarado anteriormente puesto que surgía como requisito indispensable tenerlas resueltas para el desarrollo de la aplicación del instrumento.

Este dato aparentemente irrelevante, es probablemente el resultado más significativo de este trabajo, considerando la observación de estas prácticas desde una perspectiva etnográfica y tomando en cuenta las características de la muestra.

Como lo demostró Jodelet en su investigación de la locura, las prácticas cobran una relevancia fundamental para revelar “referentes ocultos” (Uribe, J. 1997) de la construcción simbólica de una representación social.

A partir de una observación minuciosa de las prácticas de un grupo de personas relacionadas con la enfermedad mental, Jodelet evidenció que al tomar ciertas “precauciones” como lavarse las manos o lavar separadamente la vajilla (entre otras), los sujetos “sanos” revelaban que su representación social de la locura se ancla y constituye en torno del miedo al contagio, aunque “objetivamente” los sujetos poseen información que contradice este mito. Jamás estos referentes fueron verbalizados por la población/muestra, sin embargo la observación de las prácticas en el marco de esta investigación permitió revelar estos aspectos ocultos y constituyentes centrales de la representación de la locura (Jodelet, D. 1986).

Ahora bien, para los profesionales de la salud mental que centran esta discusión, es de suponer que estén más familiarizados con lo anormal que con la normalidad, si se tiene en cuenta el anclaje de sus produccio-

nes que asocia normalidad con salud y anormalidad con enfermedad (véase figuras 1 y 2).

En este sentido su práctica profesional esta indudablemente más vinculada con la noción de anormalidad. Sin embargo la dificultad en contestar revela a cuál rejilla de lectura recurren cuando asocian ambos términos.

Si el concepto de anormalidad está vinculado con el de enfermedad, sería simple para la muestra del estudio de producir una serie extensa de asociaciones que se agruparan en la subcategoría de lo anormal, esto en caso de que la muestra recurriera a su propio acervo de información especializada. En suma, cualquier patología podría integrarse como referente para la asociación al inductor de anormalidad.

Es importante señalar que al momento de pedir a los sujetos que produjeran asociaciones directas con el término inductor, no se les definió ningún tipo de conocimiento en particular a que estarían sujetas sus producciones y tenían absoluta libertad de producir la asociación que desearan, recurriendo al marco de conocimiento que más adecuado les pareciera.

El hecho de que a la muestra se le dificultara producir asociaciones con respecto a la anormalidad revela que en su proceso cognitivo de evocación, recurrieron a información específica constituyente de su práctica profesional (enfermedad, patología, neurosis, etc.), pero también apelaron a información del orden del sentido común (extraordinario, inmadurez, extraño, etc.) en el que las prescripciones son más generalizadas y en su mayoría condicionales (Flament, C. 1994), dominio particular de la representación social.

Es decir, las prescripciones del orden especializado son en su mayoría absolutas puesto que definen inexorablemente estados específicos. Una neurosis o una depresión son estados de enfermedad (anormalidad) o malestar que no pueden ser catalogados en otras situaciones como estados de salud (normalidad), de ahí que el carácter de estas prescripciones sea absoluto.

En cuanto a las prescripciones constitutivas de los sistemas de la representación social que, según Flament, son en su mayoría condicionales, su sentido depende del contexto y de la situación en que se encuentra el objeto. En este caso, lo extraño, los problemas o lo extraordinario no definen situaciones invariablemente anormales. Cualquiera de estos conceptos en una u otra situación o contexto podría ser asociado tanto a la anormalidad como a la normalidad, de ahí que el carácter menos especí-

fico y más generalizado de estas producciones se ubiquen en la condicionalidad del orden del sentido común.

Esto lleva a contestar a otra pregunta de la investigación que se refería: ¿A qué referentes recurre la muestra al evocar los conceptos de normalidad-anormalidad? La muestra recurre a ambos órdenes del conocimiento (sentido común y científico) cuando evoca los objetos de estudio.

Algunos elementos para concluir

La representación social en tanto que pensamiento constituido se transforma en un producto que permite interpretar la realidad a través de elementos concretos. En tanto que pensamiento constituyente, la representación social no sólo delimita la realidad sino que interviene en su elaboración, constituyendo así parte del objeto que representa y más que como un producto se ubica como un proceso (Ibáñez, T. 1988).

En este sentido, los resultados de esta investigación muestran la dirección de un proceso de pensamiento que conduce a la producción de sistema de interpretaciones propio a un grupo específico.

A su vez se ha comprobado que el efecto relacional de una representación social es un aspecto clave para retomar esta teoría en el estudio de los grupos sociales, lo que confirma que la "pertenencia a grupos comunes genera percepción de características compartidas" (Doise, W. 1996. p. 19).

En este caso, la pertenencia social del grupo estudiado al modelo médico y clínico orienta su conceptualización de las categorías de normalidad y anormalidad en términos de pares antitéticos como salud-enfermedad, equilibrio-desequilibrio y adaptación-desadaptación.

Esto deja explícito que existe una adherencia a la funcionalidad social como prescriptor normativo, y lo disfuncional se asocia a la anormalidad. Los correlatos fisiológicos y anatómicos representan fundamentos importantes para justificar el "desorden".

Es indudable que la categoría de "malestar psicosocial" no se integra en estas reflexiones, este último aspecto cobra importancia para esta línea de investigación ya que orienta la creencia de que atender el malestar desde un interés compartido multidisciplinariamente, puede apoyar en la construcción de nuevos modelos y categorías diagnósticas que permitan un cuestionamiento a las prácticas en el campo de la salud mental.

La transformación de representaciones sociales en este ámbito es lenta y resistente al paso de la historia, no obstante se requiere de una revisión sistemática y rigurosa de las formas y expresiones de enfermedad social para (re)construir explicaciones del malestar.

Sin duda los profesionales de la salud mental, deberán enfrentarse a la tarea de revisar los tradicionales modelos explicativos de normalidad y anormalidad, siendo un paso en este sentido reconocer sus propias producciones y el anclaje de algunas de sus categorías al ámbito del sentido común.

Para esta tarea el apoyo conceptual de la teoría de las representaciones sociales, revela características heurísticas valiosas para la aplicación práctica de sus postulados en el ámbito de la investigación psicosocial.

Bibliografía

- Abric, J. C., "Les représentations sociales: aspects théoriques", en: J. C. Abric (ed.), *Pratiques sociales et représentations*, pp. 10-36, París, PUF, 1994.
- Dana, R., *Teoría y práctica de la Psicología Clínica*, Buenos Aires, Paidós, 1966.
- Díaz, J. A., "Los conceptos de normalidad y anormalidad en profesionales de la salud mental", tesis de licenciatura, Fac. de Psicología, UNAM, 1999.
- Doise, W., "Representaciones sociales en la identidad personal", en: Morales, J.F. Páez, D. Deschamps, J. C. Worchel, S., *Identidad Social. Aproximaciones psicosociales a los grupos y a las relaciones entre grupos*, pp. 16-35, Valencia, Promolibro, 1996.
- Elejabarrieta, F. y Wagner, W., "El nivel de las teorías en psicología social", en: Páez, D., Valencia, J., Morales, J.F., Sarabia, B., Ursúa, N. *Teoría y método en psicología social*, Anthropos, 1992.
- Flores, F. "La representación social de la feminidad en profesionales de la salud mental: posibles repercusiones en la intervención clínica", tesis de doctorado. Fac. de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid, 1993.
- "Representación social de la feminidad y masculinidad en un grupo de profesionales de la salud mental: discusión en torno a la categoría de género", en: *Papers on social representations*, vol. 6, núm. 2, pp. 95-107, 1997.

- Flament, C., "Structure, dynamique et transformation des représentations sociales", en: J. C. Abric (ed.), *Pratiques sociales et représentations*, París, PUF, 1994.
- Ibáñez, T., "Representaciones sociales teoría y método", en: T. Ibáñez (coord.), *Ideologías de la vida cotidiana*, Barcelona, Sendai, 1988.
- Jodelet, Denise, "La representación social: fenómenos, concepto y teoría", en: S. Moscovici (coord.), *Psicología social II*, Barcelona, Paidós, 1984.
- Jodelet, D., "Fou et folie dans un milieu rural français: une approche monographique", en: Doise, W. y Palmonari, A. (coords.), *Textes de base en psychologie. L'étude des représentations sociales*, Neuchâtel-París, Delachaux et Niestlé, 1986.
- Moliner, P., *Images et représentations sociales*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 1996.
- Moscovici, Serge, *La psychanalyse son image et son public*, París, PUF, 1961.
- Nathan, P. y Harris, S., *Psicopatología y sociedad*, México, Trillas, 1983.
- Rouquette, Michel-Louis, "Une classe de modèles pour l'analyse des relations entre cognèmes", en: C. Guimelli (ed.), *Structures et transformations des représentations sociales*, Lausana, Delachaux et Niestlé, 1994.
- Uribe, F.J., "Presentación", en: F. Javier Uribe (coord.), *Los referentes ocultos de la psicología política*, México, UAM, Iztapalapa, 1997.