

**DISCURSOS SOCIALES SOBRE LA LOCURA EN EL DEPARTAMENTO DEL
VALLE DEL CAUCA**

**INVESTIGADORA
VALENTINA MARMOLEJO GÓMEZ**

**TRABAJO DE GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAGISTER EN
SALUD MENTAL COMUNITARIA**

**ASESOR METODOLÓGICO
CARLOS EDUARDO VALDERRAMA**

**MAESTRÍA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

2022

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	5
ABSTRACT.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
ESTADO DEL ARTE	12
JUSTIFICACIÓN	16
OBJETIVO GENERAL.....	18
Objetivos específicos	18
MARCO TEÓRICO	18
Psicosis.....	18
Locura	21
Lazo social	23
Salud mental	25
Discurso social.....	26
CONSIDERACIONES ÉTICAS	28
METODOLOGÍA.....	30
Análisis crítico del discurso.....	32
PLAN DE ANÁLISIS	33
RESULTADOS	34
Revisión documental.....	34
Entrevistas semiestructuradas	37
Sistematización de la información a través de Nvivo.....	38
Relación y aspectos para destacar de la revisión documental y entrevistas	41
DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	42
La perspectiva asilar y el viraje a lo comunitario	42
Saber médico versus saber popular.....	44
Estigma y temor hacia la locura y la enfermedad mental	45
La locura como expresión de la irracionalidad	49
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	60

Anexo 1. Formulario de consentimiento informado para sujetos participantes	60
Anexo 2. Formulario de consentimiento informado para cuidadores institucionales y/o familiares.	65
Anexo 3. Formulario de firmas para el consentimiento informado	71
Anexo 4. Guía de entrevista semiestructurada.....	72

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Revisión documental.....	35
Tabla 2. Caracterización de participantes.....	37
Tabla 3. Categorización y codificación de la información.....	39

DISCURSOS SOCIALES SOBRE LA LOCURA EN EL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

RESUMEN

El presente trabajo da cuenta de un estudio de los discursos sociales sobre la locura en el Valle del Cauca. El interés de la investigación surgió de la necesidad de conocer y rescatar las narrativas sociales y el lugar social de la locura. Para ello, se realizó un breve recorrido sobre la concepción histórica de la locura, y se abordaron conceptualmente la psicosis, el lazo social y la comunidad; conceptos orientadores para comprender la amplia temática de la locura. Metodológicamente se hizo un abordaje cualitativo a través del análisis documental y entrevistas semiestructuradas. Se llegó a la conclusión de que la locura se enmarca sobre una invención particular y es comprendida desde diferentes escenarios y discursos.

Palabras clave: Locura, sociedad, salud mental y discurso social.

ABSTRACT

The present work gives an account of a study of the social discourses on madness in Valle del Cauca. The interest of the research arose from the need to know and rescue the social narratives and the social place of madness. For this, a brief tour of the historical conception of madness was carried out, and psychosis, the social bond and the community were conceptually addressed; guiding concepts to understand the broad theme of madness. Methodologically, a qualitative approach was made through documentary analysis and semi-structured interviews. It was concluded that madness is framed on a particular invention and is understood from different scenarios and discourses.

Keywords: Madness, society, mental health and social discourse.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En estas primeras páginas se realiza un recorrido por la concepción histórica que se ha tenido de la locura y los imaginarios sociales sobre los que se fundamenta.

Según el antropólogo colombiano Carlos Alberto Uribe (1999), históricamente la enfermedad mental ha estado relacionada con una “fisiología desordenada” (p. 220) que genera desorden social, y señala que existe una gran diferencia en cuanto a la forma como el médico concibe la enfermedad, frente a la manera como el mismo sujeto vive, entiende y la padece; apareciendo dos versiones frente a la enfermedad, por un lado, la visión científica y objetiva, frente a la visión subjetiva de la locura, ambas versiones encubren el dilema sobre la verdad.

Uribe plantea dos modelos para concebir la enfermedad: el modelo biomédico y el modelo del malestar; en el primer modelo “la enfermedad es conceptualizada como una lesión o una disfunción orgánica” (p.220) apoyada en pruebas y exámenes de laboratorio interpretados a la luz de las ciencias naturales. En el segundo, “lo relevante es lo que esa disfunción le representa a su víctima, el enfermo y el sentido que éste le da para explicar su condición de sufriente” (p. 220). En el primer modelo aparece desdibujada la narración del sujeto y el discurso científico se impone como importante, a diferencia del modelo del malestar en el que la condición subjetiva toma el protagonismo como manera de situar el sentido social de la enfermedad.

Es así, como los llamados “enfermos psiquiátricos” han tenido que ingeniárselas frente al intento de normalización por el que ha pugnado históricamente la medicina; creando estrategias para sobrevivir al internamiento psiquiátrico y contrarrestar la palabra médica. A manera de ejemplo está el delirio, el cual, según Freud (1924), debe ser estudiado clínicamente como un intento de dar sentido a una realidad subjetiva, lo que lleva a plantear la hipótesis de que quizá todos en cierta medida arman su propio delirio para organizarse y tratar de enlazar la historia personal con la cultura; considerándose el delirio como elaboración de un mito personal.

Por otra parte, siguiendo a Uribe (1999), encontramos en el mito un acercamiento al entendimiento de los seres humanos, conformado por un singular sistema de comunicación y significado. Resaltándose el contenido mitológico presente en la locura, en la medida que este fenómeno se envuelve en una constante búsqueda de sentido, alejada de imperativos de

la temporalidad y la normalidad, dado a que, en la narración mítica, así como también en la locura, se puede convertir en eternidad, aquello que es contingencia. Es así, cómo aparece el mito como manera de construir una narrativa de vida, una experiencia vital.

Dada la importancia de la narración mítica y su cercanía con la historia, Uribe propone que, en vez de realizarse una historia clínica, se elabore una etnografía del paciente, donde se incluyan las narrativas de la enfermedad, su historia de vida, su círculo social inmediato y la forma como su entorno cultural se incorpora en su propia visión y en la expresión idiosincrática de su dolor” (p. 220). Es una apuesta sin duda revolucionaria, que invita a aprehender de la palabra del enfermo su propia cosmovisión y su propia experiencia de sufrimiento, la particularidad de su padecimiento psíquico.

Aquí pensamos que esta propuesta de Uribe se conecta con la perspectiva de la salud mental comunitaria por cuanto concibe las representaciones y maneras en que las comunidades significan y sitúan al sujeto loco, dando cabida en esas diversas explicaciones de la locura desde lo comunitario a la construcción mítica y los discursos mágicos sobre la locura.

Ahora bien, en las narrativas de los enfermos frente al dolor, Uribe describe diversas explicaciones:

1. La enfermedad causada por un evento traumático que dividió la vida del enfermo en un “antes y después” marcado por experiencias de vida como la muerte de un ser querido, una ruptura amorosa, episodios de violencia o rivalidades que desembocan en “conspiraciones brujescas” (p. 222).
2. La enfermedad como una sanción divina frente a transgresiones de las leyes divinas.
3. La enfermedad como resultado de una situación acumulativa de infortunio o mala suerte, donde esta aparece como parte del destino personal del sujeto.
4. El sujeto posee algunas características de personalidad que lo hacen susceptible de contraer la enfermedad, un ejemplo de ello, “tiene la sangre gruesa o siempre fue melancólico” (p. 222).
5. La enfermedad es causada porque el enfermo se ha convertido en un “chivo expiatorio” o “víctima sacrificial” (p. 223), por los errores o pecados que han cometido otras personas cercanas a él o que hacen parte de su círculo familiar; apareciendo el enfermo como un salvador.

Dichas narrativas provienen del significado que las sociedades atribuyen a la enfermedad y que las comunidades cercanas al sujeto resignifican permanentemente, son en cierta medida una manera sociológica de acoger al loco. Algo curioso de estas explicaciones es el intento por tratar de ubicar social y significativamente al loco, dándole el lugar de *endemoniado, encantado, embrujado o poseedor de un poder divino*¹; las comunidades no solo intentan explicar la enfermedad, sino también ellos mismos hacen parte de esta comprensión, poniéndose en el lugar de *fuimos salvados por el loco o la maldición cayó sobre él y nos protegió a todos*².

En este orden de ideas, Polanco (2007) enuncia que “con el descubrimiento de los neurolépticos, los enfermos mentales surgen como un nuevo grupo de consumo” (p. 12). La enfermedad mental como enfermedad demoníaca correspondía a las perspectivas mágico-religiosas, por lo que se pensaba a la enfermedad mental como una condena del alma, encantamiento, una posesión demoníaca o divina; frente a lo cual, Polanco expresa que los medicamentos o psicofármacos pretendían ser una forma de acallar la enfermedad y su contenido sociológico, al igual que significaba una nueva industria farmacéutica para el Estado.

La medicalización de la vida cotidiana, es un asunto del que se ocupa Moral (2008), para contar y tratar de desvestir las diferentes mascaradas del discurso utópico de “salud y bienestar” que insiste en una visión tranquilizadora de la vida. “Psicopatologizamos la vida cotidiana para después intentar desproblematizarla” (p. 87), dicha visión, esconde la intención de imponer lógicas de vida y cuidado del ser alejadas del contexto social y cultural del sujeto, se trata entonces de una imposición de control, que desubjetiviza el dolor y el malestar.

Moral (2008), para ilustrar la visión dominante de salud presente en el mundo contemporáneo, alude a las palabras de Thomas Szasz:

“En otros tiempos se creaban brujas; en nuestros días, se fabrican enfermos mentales [...] Con frecuencia se acusa a estas personas de locas...desde el nacimiento en que se las etiqueta como 'drogadas' o psicóticas [...] La cuestión estriba en que estos

¹ Estas palabras son extraídas de dichos y refranes populares.

² Expresiones que circulan en el habla popular

enfermos mentales no escogen ese papel; se les etiqueta y se les cuida en contra de su voluntad; o sea, se les impone un papel" (p. 85).

Bajo esta premisa, parece desvanecerse el lugar del loco, llevándose consigo el importante entramado histórico y cultural que lo encubre; de este modo queda únicamente la enfermedad mental, de la que se ocupa las ciencias naturales ofertando el imperativo de "salud mental" que propone abordajes terapéuticos y farmacológicos para enmarcar al sujeto en lógicas avasallantes de vida y salud; omitiendo con ello, el estadillo subjetivo que desmarca y la visión idiosincrática del malestar.

Ahora bien, la historia de la locura en Europa, y en general en Occidente, deja entrever un intento histórico por ubicar y clasificar científicamente al loco en los llamados manuales diagnósticos y clasificación de la enfermedad mental. En contraste con América Latina, la cual se ha visto permeada por la visión mágica sobre la locura.

Díaz (2011), para ilustrar que los locos en Colombia históricamente no se han tratado en asilos o manicomios, que han sido aceptados y han ocupado un lugar en el diario vivir y la cotidianidad de las ciudades, expone la manera como en Colombia en los siglos XIX y principios del siglo XX se acogía al loco, y señala que "se trataba entonces de los locos que hacían parte del paisaje cotidiano de la ciudad, y que sin problema alguno andaban "suelos" por la misma, desplegando sus bizarros comportamientos" (p. 6).

Del mismo modo, las comunidades indígenas y negras en Colombia han construido su propia cosmovisión sobre la locura y se han ingeniado formas posibles de tratamiento y cura; según Cobo (2019), para las culturas precolombinas la enfermedad mental era producto de un desequilibrio entre el sujeto y la madre tierra; e intentaban a través de ritos mágicos y plantas restablecer dicho equilibrio. En algunas comunidades negras se relaciona la locura con eventos mágico-religiosos, asociados a las posesiones demoníacas, para ello, realizan el tratamiento a través de rezos, cultos y/o santería.

Este entramado mágico y social de la locura, puede ser entendido como una de las formas en que las comunidades acogen e interpretan la locura, es decir, una manera de acoger al sujeto loco a nivel comunitario, siendo aún presente, en los pueblos, veredas y municipios colombianos, la presencia de personajes considerados socialmente como distintos, raros, exagerados y que llaman la atención por su desorden a nivel comportamental, muchos de estos personajes son considerados en el argot popular como locos y son acogidos con cariño

por la comunidad, ocupando lugares emblemáticos de la misma y siendo parte de la memoria e identidad colectiva.

Para ilustrar lo anterior, se expone el caso preciso de algunos municipios del Valle del Cauca, donde se nombran a “Los bobos” de Tuluá y Ricaurte, que son personajes que han tenido lo que clínicamente se conoce como retardo mental, pero que han ocupado un lugar en la comunidad; o como el caso de “Jovita Feijoo”, “El loco Guerra” y “El general Batata” de la ciudad de Cali, que son personajes que han impartido sus delirios y disparates en las calles de la ciudad y que la misma ciudad los ha hecho parte de su historia.

En palabras de Cobo:

“En Colombia, el loco podía ser un sujeto reconocido socialmente, a quien se le daba la investidura de personaje urbano. De allí que contemos con muchas referencias de seres que, habitando la diferencia, se constituyeron como sujetos reconocidos socialmente: personajes cuya cotidiana existencia transcurría en espacios públicos o privados compartidos con los miembros de la sociedad o de la comunidad a la que los mismos pertenecían”. (p. 92).

Siguiendo el planteamiento de Cobo, esta visión del loco en Colombia se ha ido transformando de la mano del desarrollo urbanístico, representaciones sociales sobre la locura provenientes del carácter higienista de la modernidad, la industria farmacéutica, los manuales diagnósticos y el auge de las ciencias “psi”, que han influido y trasladado la atención de la locura a la institución asilar, de encierro y alienación; dejando atrás el componente mitológico y las versiones indígenas, donde el loco no es situado en el lugar del excluido, sino que es visto como un sujeto de deseo. En cambio, la sociedad contemporánea nos presenta el imaginario del loco como objeto de desecho.

Este breve acercamiento a la locura y algunas formas de abordaje de la misma, desde lo socio-cultural hasta lo farmacológico, muestra que, como entidad y como fenómeno, la locura no ha sido una condición que haya podido ser sometida a determinismos universales. No obstante, cuando en este texto se le aborde, y como lo desarrollaremos más adelante, se entenderá por locura el estallido subjetivo que determina una manera particular de situarse en el mundo.

La revisión mostró, en efecto, cómo las lógicas contemporáneas de atención para la enfermedad mental intentan reducir el estudio y tratamiento de la locura al estatuto biológico;

omitiendo con ello, el importante contenido mitológico de la locura, que encubre el estigma de la misma, las representaciones sociales, el saber popular y la cosmovisión. Es por ello, que resulta necesario conocer y adentrarse en rescatar los discursos sociales de las comunidades frente a la locura y a partir de allí, pensar en el abordaje de la misma. La pregunta que orienta la investigación es ¿Cuáles son los discursos sociales sobre la locura en el departamento del Valle del Cauca y cómo están contribuyendo a la concepción y tratamiento social de la locura?

En el siguiente apartado presentaremos el estado del arte donde se amplía el recorrido histórico sobre las maneras como se ha abordado la locura, pasando por su concepción demoníaca, el reconocimiento de la enfermedad mental y la medicalización de la locura.

ESTADO DEL ARTE

Anteriormente la rareza o aquellos sujetos que no se enmarcaban dentro de la visión imperante de la realidad, eran considerados locos. Según Cadavid (2011), en la antigüedad los griegos consideraban la locura como una “inspiración divina”; la insensatez y la locura eran equiparadas y pensadas desde la perspectiva de las almas perturbadas y criminales, “en el dominio de la sinrazón, se encontraba el libertinaje, la profanación y la sexualidad en el mismo lugar que la locura” (p. 28).

Posteriormente, Foucault (1976), plantea que bajo la hegemonía del pensamiento católico medieval a las enfermedades físicas o mentales, o aquellas condiciones psíquicas asociadas a la locura se les relacionó con la lepra, la impureza espiritual, las posesiones demoníacas, la ira de dios y los efectos del pecado.

Polanco (2007) enuncia que en la Edad Media a la locura se le atribuía un origen diabólico, correspondía a las perspectivas mágico-religiosas, por lo que se pensaba a la locura como una condena del alma, encantamiento, una posesión demoníaca o divina. En la revisión teórica, se identifican a nivel histórico diversas explicaciones sobre la locura, lo que genera diferentes marcos explicativos sobre la misma.

Al respecto de la ambigüedad y los variados significantes asociados a la locura, Cobo, C (2019), expone:

Como palabra, la “locura” hace parte del uso popular del lenguaje para definir una variada gama de acontecimientos y condiciones humanas que la tornan ambigua. Pese a eso, se trata de un significante, no solo cargado de muchos significados, sino también ampliamente usado para dar cuenta de algo que se sale de alguna norma establecida. Por ello, la falta de rigor en su denotación resulta inversamente proporcional a la naturalidad de su uso por los sujetos y los pueblos. No se trata de un concepto científico, sino de una acepción cuya connotación “todos conocen” y usan para referirse a la pasión, al disparate, a la crueldad, a la imprudencia, a la demencia, a la perturbación, a la “chifladura”. Su sentido entonces podría ser degradante, satírico o burlón y el loco, aquel que porta ese significante en la cotidianidad de su vida, podría ser visto como un indigente descarriado, pero también como un excéntrico artista o como un pintoresco personaje. (pp. 21-22).

Por su parte, Humberto Roselli (2009), historiador colombiano de la locura y la psiquiatría, en su estudio describe la manera como los indígenas precolombinos, específicamente “los indios chacóes del Urabá y nordeste antioqueño usaban unas jaulas pequeñas, adornadas con pinturas cabalísticas o rituales, para encerrar los pacientes agitados, con el fin de desterrar de ellos el espíritu de la locura” (112); asignándole a la locura características relacionadas con el alma y el espíritu.

Igualmente, Roselli menciona que la comunidad indígena Kogui, oriunda de la Sierra Nevada de Santa Marta, posee saberes teológicos y psicoterapéuticos para atender las dolencias psíquicas, usando métodos de confesión y purificación.

En este sentido, Gutiérrez, J, (2019) afirma que la locura se caracteriza por un fenómeno particular que involucra lo psicológico y lo sociocultural, “todo dentro de un tejido de representaciones culturales sobre el cuerpo, la subjetividad, el género, la enfermedad, la experiencia y, en general, la realidad” (p. 346). Y en ese marco, también se resalta a Báez, Rodríguez, Karam y Velosa (2014) quienes enuncian que los sujetos locos, han sido objeto de violencia y tortura, “han estado en el patíbulo o la celda, tal vez con mayor asiduidad que en posiciones de poder” (p. 104).

Los autores, exponen que en 1845 el psiquiatra Ernst Von Feuchtersleben introduce la estructura clínica de la psicosis para reemplazar el término locura y definirla desde una perspectiva psiquiátrica. En un principio el estudio de la psicosis estuvo marcado por la

mirada orgánica de la enfermedad con el estudio de las parálisis y demencias. Posterior a ello, se restringió el estudio de la psicosis a la esquizofrenia, la paranoia y la psicosis maníaco depresiva.

Para la teoría psicoanalítica la psicosis es entendida como un “trastorno entre el yo y el mundo externo” (Roudinesco y Plon, 2008, p. 869). Freud, a partir de “Introducción al narcisismo” y de su segunda tópica, inscribió la psicosis en una estructura tripartita oponiéndola a la neurosis, definiéndola como “la reconstrucción de una realidad alucinatoria en la cual el sujeto está vuelto exclusivamente hacia sí mismo (...) literalmente, toma su propio cuerpo (o una parte de él) como objeto de amor” (Freud citado por Roudinesco y Plon, 2008, p. 870).

Desde entonces, la locura y la psicosis ha sido temática de interés por psiquiatras y psicoanalistas, discutiendo sobre ella no solo la manifestación sintomática sino su etiología.

No obstante, al revisar artículos relacionados con la salud mental, nos encontramos que en la actualidad el término de psicosis ha sido muchas veces equiparado al de enfermedad mental, como bien lo señala Roudinesco y Plon (2008): “la reflexión sobre la naturaleza de la locura prevaleció sobre el enfoque de la enfermedad mental en términos de psicosis” (p.870); con el interés de clasificar, encasillar y patologizar el fenómeno social de la locura.

Estas concepciones a lo largo de la historia nos muestran la visión del loco como un ser que debe ser aislado y encerrado para su tratamiento, en el que comienzan a imponerse los psicofármacos como respuesta al tratamiento de la locura; sin embargo, los psicofármacos se presentan como cortinas de humo que invisibilizan al sujeto, ya que desdibujan el malestar y sufrimiento propio del ser humano, pugnando por la premisa en salud de lograr una estabilidad emocional a través de psicofármacos, los cuales anulan e inhiben los síntomas propios de la existencia humana, desconociendo que los seres humanos se ven atravesados por el sufrimiento, la tristeza y en ocasiones estadios de desconexión, propios de su existencia. Estas concepciones se han mantenido a lo largo de la historia, y han marcado hitos en la comprensión de la locura, para lo cual, se considera relevante comprender el lugar que ocupa el loco en la actualidad, especialmente en el contexto colombiano.

Teniendo presente la pretensión histórica por encerrar al loco como medida de tratamiento, en la actualidad, según Arango, Rojas y Moreno (2008), aún persiste “el encierro intermitente en los hospitales psiquiátricos, el encubrimiento farmacológico de los síntomas,

la institucionalización en casa, el desconocimiento de las habilidades o posibilidades productivas de los enfermos, el aislamiento, la soledad y la gestión especializada en sitios separados de la comunidad” (p. 552); los cuales según los autores generan una cronicidad y agudización de los síntomas.

En este punto, a nivel histórico, se sitúan dos perspectivas en el tratamiento de la locura; por un lado, aparece la modalidad asilar y de segregación del sujeto, y en contraposición a ella, aparece la perspectiva de abordaje desde la salud mental comunitaria, que busca incluir las narrativas y experiencias de los sujetos, familias y comunidades en relación a las psicopatologías mentales, para desde allí, proponer estrategias de intervención.

Desde la perspectiva de la salud mental comunitaria, Galende (2008), médico-psicoanalista, afirma que la locura afecta la capacidad social de las personas, generando un deterioro del lazo social y la desconexión con la realidad, y que “estas personas pierden capacidades de interactuar con los otros, de convivir con sus familias, de mantener amistades, de sostener relaciones de amor” (p. 408).

Los anteriores planteamientos son compartidos por Rossi (2007), quien expone al sujeto loco, como herido en su capacidad de vincularse, por lo cual se debe propiciar espacios y encuentros que le permitan al sujeto salir de ese lugar que lo cronifica como enfermo, “que aumenta su gravedad, o lo expone en su falta de defensas (psíquicas en este caso) frente a situaciones que hacen a su cotidianidad” (p. 52).

Por tanto, se requieren de prácticas tanto discursivas como corporales que aparecen a nivel cultural, social y subjetivo y por medio de las cuales se logra un acercamiento del sujeto a lo social, a fin de comprender la realidad, la forma en cómo cada sujeto construye y desconfigura su propia realidad (Meneses, 2016, p. 7). Desde lo planteado anteriormente, Cáceres, Druetta, Hartfiel y Riva (2009) enuncian la construcción de un sujeto colectivo; lo que propone retos y desafíos para la atención en salud del sujeto loco, e implica el replanteamiento de los principios y mecanismos institucionales ya establecidos y una reestructuración del abordaje de la salud mental.

Rossi (2007), expone una relación entre la locura y el espacio público; donde el sujeto, opta por un encierro propio, ya que en el movimiento urbano se siente perdido, lo que es presenciado en su intento de agredir a los demás; por lo que la ruptura con el tejido social, lo ha llevado a refugiarse en el aislamiento.

Considerando lo anterior, para la presente investigación, resulta pertinente estudiar las relaciones sociales que entablan los sujetos “locos”, ya que esta aprehensión al mundo social, (que en muchos casos, se encuentra afectada o alterada), aporta recursos y posibilidades al sujeto; el lazo social adquiere un carácter ritual, que revela la cohesión del grupo, que trasciende a las problemáticas individuales y se configura en problemáticas que afectan a todos; a la trayectoria de vida del sujeto y su relación con los demás.

Finalmente, y en relación con el proceso de búsqueda, es válido aclarar que para la selección de las palabras orientadoras en las búsquedas bibliográficas para la elaboración de estos antecedentes se utilizó el tesoro DECS, lo que permitió la estandarización de los términos: Habla/discurso, sociedad/control social; sin embargo, resultó complejo la estandarización del término locura. En total se revisaron 39 fuentes bibliográficas, en un periodo de tiempo desde 1913 hasta 2019; dentro de las cuales se encuentran tesis de maestría, artículos investigativos, libros, así como también, se revisó contenidos de las revistas colombianas de psicología y psiquiatría. Se usaron los operadores booleanos *and*, *or* y *not*.

JUSTIFICACIÓN

Pensar en el lugar social de la locura implica, según Cea, J y Castillo, T (2018), estudiar la locura dentro de las relaciones políticas, culturales y sociales, y considerarla como un fenómeno que ocurre en lo social; asimismo, implica poner en cuestión las formas de tratamiento y abordaje que se ha tenido a lo largo de la historia sobre la locura, que pasa por las relaciones de poder, asimetría, violencia, rotulación y estigmatización del sujeto loco.

De acuerdo con este enfoque, Foucault, M (1976), sostiene que históricamente se ha abordado la locura desde el discurso médico y científico; para lo cual, narra que en principio el tratamiento de la locura estuvo marcado por las prácticas de encierro; para posteriormente, aparecer el abordaje psicofarmacológico de la locura, orientándose por el camino de medicalización del malestar del sujeto, derivando las patologías de la mente y el alma, a la visión biologicista del ser humano. Bajo esta premisa, se sostuvo de manera imperante la visión científica y médica frente a la locura, mirada que encubre dominación y coerción hacia el sujeto loco, el cual ha sido excluido y encerrado para su tratamiento, bajo lógicas de marginación y segregación de la locura.

El interés investigativo del presente estudio se encuentra orientado en estudiar los discursos sociales frente a la locura. Como fenómeno de estudio, se sugiere la locura en cuanto históricamente, en la sociedad occidental, se ha concebido al loco como objeto extraño al ámbito social, y víctima de segregación y encierro. En palabras de Cea y Castillo, “si bien el bloque hegemónico de la psiquiatría biológica y la industria farmacéutica, junto a las fuerzas del Estado y el mercado, representan un poder enorme; la historia muestra que solo la comunidad organizada ha podido desafiar ese poder en el campo de la locura” (p. 570).

Por ello, la presente investigación parte desde la premisa en la cual, históricamente, se ha intentado callar y excluir al sujeto loco por parte de algunos sectores de la sociedad; por lo tanto, esta investigación pugna por rescatar los discursos sociales de la locura, con la finalidad de escuchar las voces y experiencias en relación a la misma, narraciones contadas por los mismos sujetos, familiares, cuidadores y/o personal sanitario que se encuentra en relación con la locura, a fin de encontrar prácticas y maneras de abordar al sujeto diferenciales que incluyan su propia cosmovisión.

Referente a lo social, la locura como significante, se torna ambiguo y difuso, es un término que ha sido acogido socialmente para referirse a lo pasional, a la crueldad, la demencia, la chifladura, el desequilibrio, el atolondramiento, el disparate, entre otros; y el asunto de los discursos sociales, aparece vinculado a la manera como particularmente al loco se le ha concebido como parte de conspiraciones brujescas, hechizos, chivo expiatorio, endemoniado y/o poseído, todas ellas, atribuciones provenientes de un complejo entramado histórico, sociológico y cultural; comprensiones que son olvidadas o anuladas al momento de estudiar y tratar la locura desde la visión médica o científica.

Asimismo, en términos clínicos, es importante situar el lugar social de la locura en el abordaje clínico de la misma; ya que a nivel personal desde la práctica clínica como psicóloga en unidades de salud mental, se ha identificado que, ante un diagnóstico psiquiátrico, los sujetos y familiares construyen su propia comprensión e interpretación social del diagnóstico, relacionando el origen de la enfermedad mental con experiencias mágico-religiosas, como la brujería, las posesiones demoníacas, los castigos divinos, entre otros.

Dichas interpretaciones muestran el intento de los sujetos, familias y comunidades por situar dentro del entramado cultural a la locura, estos aportes deben ser tenidos en cuenta al momento de abordar al sujeto loco, ya que dan cuenta de la relación con la familia y la

comunidad, los cuales aparecen como facilitadores en el proceso de atención; y se configura en una manera de contrarrestar al modelo asilar y de exclusión en la atención, dando lugar a la palabra y sentir del sujeto y su comunidad.

OBJETIVO GENERAL

Analizar y comprender los discursos sociales sobre la locura en el departamento del Valle del Cauca e identificar cómo están contribuyendo a la concepción y al tratamiento social de la locura

Objetivos específicos

- Identificar las imágenes, ideologías y representaciones que circulan socialmente en el departamento del Valle del Cauca sobre la locura.
- Conocer las situaciones, contextos, políticas y tendencias que a nivel social inciden en el abordaje de la locura.
- Establecer las relaciones entre los discursos que circulan socialmente sobre la locura y los discursos académicos con los que se ha tratado la locura.

MARCO TEÓRICO

Para la realización de este marco teórico, se tuvieron en cuenta algunos conceptos orientadores para la comprensión de esta investigación, los conceptos son: psicosis, locura, lazo social, salud mental y discurso social.

Psicosis

En primer lugar, Freud (1924), define la psicosis como “el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior” (p. 155). En complemento con lo anterior, Freud (1914), enuncia que en la psicosis se presenta “el delirio de grandeza y el extrañamiento de su interés respecto del mundo exterior (personas y cosas)” (p. 72); encontrándose la existencia de complejos internos y la fantasía, al igual que se presenta una “autocrítica de la conciencia moral” (p. 93), en la que se da un rechazo hacia las valoraciones morales, y ello retorna en el sujeto en forma de una alucinación, logrando fragmentar las representaciones y descomponer las significaciones. Por lo tanto, las identificaciones se ponen por fuera del sujeto, ya que fueron rechazadas. Por ello, en la

psicosis se pone en juego la realidad, y la forma como el psicótico se aleja de esa realidad, y construye una acorde a sus deseos.

Con base a lo anterior, Espinosa (2008) enfatiza en el carácter primitivo y arcaico de la psicosis, en la cual se da una regresión que genera el florecimiento del narcisismo primario, que conlleva al repliegue de sí mismo y al alejamiento de la relación con los demás; en la psicosis el sujeto intenta reparar esta relación a través de la reconexión con el mundo, reformándolo por la proyección de los objetos internos o de la fantasía.

Por su parte, Lacan (1999), en El Seminario V, afirma que la psicosis está fundada sobre una carencia del significante primordial, el Nombre del Padre, el cual funda la ley y articula un cierto orden del significante. Siendo el Nombre del Padre, un significante esencial, lo anterior se encuentra relacionado con lo expuesto por Maleval (2002), quien enuncia que la falta del reconocimiento del Otro parental deja al psicótico con un precario sentimiento de sí, “una imagen propia que puede desinflarse o evaporarse en ciertos momentos críticos” (p. 119).

Por lo tanto, Maleval, siguiendo los planteamientos de Lacan, afirma que el estudio y comprensión de la psicosis debe partir desde las relaciones primarias, la relación con el apego y la fase pre-edípica; y la forma como en el complejo de castración el sujeto se ve forzado a renunciar a cierto goce en la relación con la madre, debido a la amenaza del padre; sin embargo, en la psicosis la forclusión es la exclusión radical de la prohibición paterna que conduce a la no inscripción o instauración del “padre como Otro simbólico” (p. 141); es decir, el elemento forcluido en la psicosis es el Nombre del Padre, elemento particular del orden simbólico y por tanto, del lenguaje.

La forclusión del Nombre del Padre traerá dificultades en el sujeto para el ingreso a la cultura, el establecimiento del lazo social y la incorporación de la norma y la ley; estas dificultades presentes en la estructura psicótica remite a pensarnos en la presencia y relevancia que tiene para el sujeto psicótico las relaciones con el Otro, siendo este encarnado en las figuras primarias y la relación con el semejante.

Por consiguiente, Lacan, siguiendo los planteamientos de Freud, expuestos a partir del caso del presidente Schreber, comienza a indagar en El Seminario III (1955-1956) las psicosis. Allí ejemplifica que el sujeto psicótico experimenta ciertos fenómenos elementales, como es la alucinación, donde el psicótico se encuentra identificado con su yo, con el que

habla, lo cual es experimentado como si un tercero o su doble le hablara, y tiene la sensación de estar poseído por el lenguaje donde el habla parece venir del exterior.

En la psicosis se presenta la alucinación y el delirio; las cuales son presentadas al sujeto como una certeza, en el que el sujeto “tiene una certeza: que lo que está en juego - desde la alucinación hasta la interpretación- le concierne” (p. 33); esta certeza es vivida de forma radical e inquebrantable. Lo anterior permite que el sujeto pueda ubicarse en el mundo simbólico allí donde falta el Nombre del Padre y, por ende, el delirio responde al “agujero en lo imaginario, la perplejidad, la automatización del significante, la actitud interrogativa, el enigma” (p. 151), como consecuencia de la falta de la significación fálica (Maleval, 1998).

Lacan expone que en la psicosis, “el sujeto se sitúa en relación al conjunto del orden simbólico, orden original, medio distinto del medio real y de la dimensión imaginaria; con el cual el hombre siempre tiene que vérselas, y que es constitutivo de la realidad humana” (p. 53); esta realidad con la que el psicótico tiene que vérselas es expuesta por Lacan en el estudio del sistema delirante, enunciando que este varía, ya que se compone de las intervenciones del exterior y el mantenimiento o perturbación de un cierto orden en el mundo que rodea al sujeto; por lo tanto, el delirio presenta una discordancia con el lenguaje común, caracterizándose por la relación profundamente perturbada y distorsionada con la realidad.

Para Lacan “el análisis del delirio nos depara la relación fundamental del sujeto con el registro que se organizan y despliegan todas las manifestaciones del inconsciente” (p. 53); es decir, el delirio presenta el inconsciente del psicótico a cielo abierto. Asimismo, Freud (1911) enuncia que el psicótico toma del mundo exterior el material para el delirio; es por ello que para Freud el delirio es un intento fallido de reconstruir la realidad y esta reconstrucción no es completa ya que es delirante.

Es válido aclarar, que en el presente trabajo se expone el término psicosis en relación con la locura; ambos términos no son sinónimos y representan diferencias conceptuales. Coll, G, (2014), puntualiza una distinción entre el término psicosis y la locura, referencia encontrada según el autor, en el seminario III de Lacan, al afirmar que en 1946 “Lacan siempre consideró la locura como parte esencial del sujeto” (p. 2), y en desarrollos posteriores de su escrito, Lacan, según Coll, en 1996 propondrá la psicosis dentro del modelo estructuralista para comprender la psique; enmarcando a la psicosis como una estructura clínica del sujeto y a la locura como ligada a la naturaleza humana; desde mi punto de vista,

atribuyendo a la psicosis un enfoque clínico y estructuralista y a la locura una condición de ser.

Locura

Para el abordaje del término locura, partimos de las enseñanzas de Michel Foucault (1976) en su libro *Historia de la locura en la época clásica*, en el cual aborda las diferentes visiones de la locura a lo largo de la historia.

Foucault inicia su obra realizando un análisis de la edad media; señala-que la lepra acabó en el año 1635 y los leprosarios fueron ocupados por los llamados “incurables y locos”; afirma Foucault que “lo que durará más tiempo que la lepra y que se mantendrá en una época en la cual, desde muchos años atrás, los leprosarios están vacíos, son los valores y las imágenes que se habían unido al personaje del leproso; permanecería el sentido de su exclusión, la importancia en el grupo social de esta figura insistente y temible, a la cual no se puede apartar sin haber trazado antes alrededor de ella un círculo sagrado” (pp. 16-17); de este modo aparece históricamente la locura puesta en el lugar moral de la exclusión, siendo la existencia del loco catalogada como “errante”.

El autor puntualiza que a través de la historia los locos han sido víctimas de segregación, exclusión y discriminación, y que “algunos locos eran azotados públicamente, y como una especie de juego, los ciudadanos los perseguían simulando una carrera, y los expulsaban de la ciudad golpeándolos con varas...era como uno de tantos exilios rituales” (pp. 24-25). En este punto de la obra, Foucault, sitúa que socialmente el loco se encuentra en el lugar de la exclusión y rechazo.

Sin embargo, Foucault identifica un viraje en cuanto a la concepción del loco, que pasa del rechazo, exclusión y extrañeza hacia el sujeto loco, a adquirir importancia en obras literarias y de teatro, exponiendo que el loco “explica el amor a los enamorados, la verdad de la vida a los jóvenes, la mediocre realidad de las cosas a los orgullosos, a los insolentes y a los mentirosos... en la literatura la locura actúa en el centro mismo de la razón y la verdad” (p. 29); colocando al sujeto loco como el personaje principal, dador de sentido y poseedor de la verdad.

Posteriormente, Foucault aborda la época del Renacimiento y las ruinas del simbolismo mágico, para denotar la ambigüedad misma que encubre la locura; en esta época del Renacimiento tiene gran influencia el arte gótico y el autor compara las expresiones de

este arte con la locura, en la medida que ambas esconden manifestaciones contrarias y controversiales a la época. Usa el término *grylle*, como término representativo de las obras artísticas del periodo gótico del renacimiento, para describir seres grotescos y monstruosos, según este mismo autor, estas representaciones se presentan como fascinantes, enigmáticas y tentadoras para la sociedad, situación en la que compara a la locura, “ahora es la locura convertida en tentación; todo lo que hay de imposible, de fantástico, de inhumano, todo lo que indica la presencia insensata de algo que va contra la naturaleza, presencia inmensa que hormiguea sobre la faz de la tierra, todo eso, precisamente, le da su extraño poder” (p. 37).

Al respecto, Foucault se pregunta “¿Cuál es, pues, el poder de fascinación, que en esta época se ejerce a través de la locura?” (p. 37-38); frente a lo cual, señala que esa característica fantástica de la locura evoca la revelación enigmática en el ser humano de estar invadido por ella, como si descubriese una verdad que responde a su naturaleza misma.

En la obra de Foucault, se logra entrever que la locura misma es presentada como un elemento oscuro, confuso y ambiguo en la experiencia humana, dicha ambigüedad Foucault la ejemplifica en el problema dicotómico de la razón y la locura, señalando que “la locura se convierte en una forma relativa de la razón, o antes bien, locura y razón entran en una relación perpetuamente reversible que hace que toda locura tenga su razón, la cual la juzga y la domina, y toda razón su locura, en la cual se encuentra su verdad irrisoria. Cada una es medida de la otra, y en ese movimiento de referencia recíproca ambas se recusan, pero se funden la una por la otra” (p. 53); según Foucault, la locura existe por su reverso que es la razón y viceversa, la locura se convierte en una de las formas mismas de la razón; plantea a la locura y la razón como dos elementos inseparables en la vida humana; la locura aparece como recurso mismo de la razón.

Las enseñanzas de Foucault, son compartidas por Cruz, M (2015), quien propone que “la locura entonces, puede presentarse en cualquiera de las estructuras psíquicas, y si cada uno de nosotros guarda, como lo menciona Freud y Lacan, una relación con alguna de estas estructuras; entonces se puede decir que la locura acompaña al ser humano a lo largo de su vida” (p. 36).

Cruz, argumenta que, en la edad moderna, hay nuevamente un viraje en el que se intenta mover a la locura del lugar satanizado donde el teocentrismo la había colocado, y se

direcciona a las raíces de la filosofía, Cruz señala como ejemplo de esto, el fragmento de la obra de *Elogio a la locura* de Erasmo de Rotterdam (1964):

“Ocurre que cuanto más loco es uno, más dichoso se siente, os lo dice quien lo sabe bien, la propia Locura, pero hago la salvedad de que me refiero a los locos de verdad, a los que son mis fieles vasallos. Y con satisfacción agrego que entre estos figura la inmensa mayoría de los hombres, pues son bien pocos los que no están tocados de alguna manía” (Cruz, M, 2007; cita a Rotterdam, E, 1964; pp. 37).

La comprensión histórica de la locura pasa desde el lugar moral de la exclusión, al lugar de reconocimiento del sujeto loco en obras literarias y artísticas y el intento de patologización y medicalización de la locura; hitos que han trazado diferentes marcos explicativos del entendimiento de la locura.

Para finalizar este apartado, quisiera puntualizar que para la presente investigación la locura es entendida desde la visión del sujeto que se encuentra en una situación de padecimiento psíquico particular; lo que atañe a que las formas de intervenir incluyan la historia, el sufrimiento y el padecer del sujeto. Ahora bien, y partiendo desde la premisa en la cual, la locura se construye relacionamente, a continuación, se estudiará la relación del sujeto loco con el lazo social.

Lazo social

El siguiente aspecto por tratar es el lazo social y su relación con la locura. El lazo social es entendido como la relación del sujeto con el Otro; en la medida que se da el reconocimiento del lugar del Otro, el Otro, es comprendido como aquel que transmite el deseo, la norma y la ley; es un Otro que se encuentra incluido en las prácticas y saberes culturales; es por ello que la concepción de lazo social debe comprender el estudio del Otro social. (Lacan, 1967).

En relación con lo anterior, Freud (1921), expone que los vínculos entre los seres humanos pueden ser entablados como vecinos, como dispensadores de ayuda, como miembros de una familia o de un Estado, entre otros, siendo difícil para el sujeto liberarse de estas demandas sociales y los elementos culturales que hay en ellas; ya que no es posible la construcción de subjetividad, sin la presencia de un Otro, una subjetividad que se encuentra ligada a la historicidad. Por lo tanto, se habla de subjetividades cambiantes, que se construyen en las relaciones sociales.

Lo anterior, remite a pensarnos en la forma como la locura no solo nos muestra el padecer psíquico, sino que también da cuenta de sus elaboraciones e intentos de dar sentido a una realidad que se le presenta como confusa al sujeto.

En relación con lo anterior, se enuncia que en algunos casos de locura se presenta la reducción del Otro como sede de la palabra, el otro imaginario, dándose una total extrañeza de lo real que se produce en los momentos de ruptura presentes en el delirio. Esto lo cataloga Lacan como la dificultad del sujeto para establecer lazo con el otro, ya que la duplicidad del otro le resulta intolerable y extraña, debido a que esta condición dual del otro suscita el encuentro del sujeto con su propia imagen y que la aparición “de esa dualidad es precisamente lo que da al psicótico tantas dificultades para mantenerse en un real humano, es decir en un real simbólico” (Maleval, 1998; p. 3).

La dificultad del sujeto loco para establecer lazo social con el Otro, radica en que ese Otro se le presenta como un Otro malo, especialmente en la paranoia. Según lo expresa Miller (2011), este Otro malvado se muestra como un perseguidor, un Otro malvado con voluntad propia que encarna una causa y un saber, cuya proximidad lo amenaza y le resulta aterradora.

Por último, en la locura, el Otro no siempre se presenta de la misma forma ya que esto depende del padecer psíquico del sujeto y la particularidad con la que cada época comprende al Otro. En consonancia con lo anterior, la presente investigación comprende la dificultad del sujeto loco de establecer relaciones con el Otro; ya que este puede ser concebido como un Otro no confiable, un Otro malo que vigila y controla; un Otro invasor, que incrimina, acorrala y acecha al sujeto. Es por ello que resulta necesario incentivar e incluir en el abordaje del sujeto loco las relaciones con la familia, la comunidad y la institución, ya que aparecen como movilizados que permiten al sujeto ubicarse en lo social, desde la práctica de la salud mental comunitaria, que busca potenciar el lazo social, el encuentro con otros y fomenta las habilidades sociales del sujeto.

Ahora bien, se ha realizado un recorrido por las conceptualizaciones históricas entre el concepto de psicosis y locura, para luego exponer la relación del sujeto loco con el lazo social; temáticas que enmarcan la pregunta por la salud, en especial la salud mental, lo social y lo comunitario.

Salud mental

Algunos exponentes de la salud mental han realizado críticas relacionadas con la psiquiatría y la forma cómo esta disciplina ha tratado y comprendido la locura. Lacan (1967), expone que el psiquiatra se encuentra en una relación de poder, y ello produce una barrera en su relación con el sujeto, ya que se encuentra en una posición de autoridad y de defensa. El autor se cuestiona el lugar del loco en la psiquiatría, al señalar “todos esos locos han sido tratados de la manera que se llama humanitaria, a saber: encerrados” (Lacan, 1967, p. 26). Con lo anterior, Lacan precisa un hito histórico en el tratamiento de la locura, como lo es el modelo asilar y encierro del sujeto loco.

Estos planteamientos se encuentran en relación con lo expuesto por Laurent (2008), al cuestionar la estandarización de la enfermedad y el querer cubrir o tratarla con antidepresivos o medicamentos, lo que atañe a la industria farmacológica y su incidencia en el padecer del sujeto, resaltando que la medicalización de la locura atañe a la consideración del sujeto como una máquina, dejando de lado su propia historia y la manera como el sujeto significa su existencia.

Por ello, Lacan (1967) propone “que se borren las fronteras, las jerarquías, los grados, las funciones reales y otras” (p. 29), y afirma que estas jerarquías se encuentran sometidas a las transformaciones de la ciencia; ya que la ciencia ha mostrado un desinterés y desconocimiento hacia la importancia de la escucha clínica del sujeto, la vida cotidiana y la incidencia que tienen los fenómenos psíquicos en su actuar, componentes que deben ser tenidos en cuenta en el campo clínico para el trabajo de la salud mental.

Lo anterior, es compartido por Freud (1917), cuando expone que los médicos “se han enajenado la posibilidad de extraer algo valioso de sus comunicaciones, y por tanto de hacer en ellos observaciones en profundidad” (p. 224), ya que consideran el discurso de la locura como carente de sentido y sin validez alguna. Por ello, los autores nombrados con anterioridad hacen énfasis en darle un lugar al sujeto, donde él mismo comunique y no sea invisibilizado y desvalorizado. Freud, por ejemplo, afirma que no es posible una psiquiatría, que se encuentre solo centrada en lo científico, es decir, no es posible una psiquiatría aislada del sujeto, que se conforma con el diagnóstico y la prognosis del desarrollo ulterior, dejando a un lado el estudio de los procesos anímicos y subjetivos.

Tal como lo expresa Freud, la psiquiatría se interesa por la acción sintomática, a diferencia de la salud mental y la psicología, en especial la corriente psicoanalítica, donde “la acción sintomática parece ser algo indiferente, pero el síntoma se impone como importante. Va conectado con un intenso sufrimiento subjetivo (...); es, por tanto, un objeto insoslayable de interés” (Freud, 1917, p. 229). Las intervenciones se encuentran orientadas a descubrir las vivencias o situaciones que ha atravesado al sujeto, a fin de encontrar algo que posibilite una mayor comprensión de la locura; por ejemplo, en la psiquiatría, el delirio es considerado un síntoma; sin embargo, en el psicoanálisis, el delirio es escuchado y analizado, ya que se entiende el delirio como una construcción del sujeto en el que se plasman sus representaciones psíquicas respecto del mundo exterior.

Para la presente investigación, resulta fundamental comprender la salud mental desde la perspectiva comunitaria, incluida la perspectiva del sujeto diagnosticado, y es por ello que se plantea el interés por estudiar la locura como fenómeno social, a fin de conocer los discursos sociales que rodean la temática de la locura, son estos discursos los que permiten una construcción colectiva sobre un fenómeno que históricamente ha sido excluido y aislado.

Galende, E y Ardila, S (2011), proponen la importancia de que “el paciente permanezca integrado a su comunidad en el proceso de atención y rehabilitación, potenciando su participación activa en el tratamiento” (p. 40), resaltando la importancia de las relaciones sociales, el reconocimiento de las identidades comunitarias y las normas y prácticas que se circunscriben a cada comunidad; factores que se constituyen en potenciadores para que los sujetos ocupen un lugar dentro de lo social; y por qué no pensarse, que dentro de esa unión de particularidades que conforman la comunidad, haya espacio para la singularidad que implica la locura.

Discurso social

Para continuar ahondando sobre la importancia de las relaciones sociales, la comunidad y el lugar social de la locura en el discurso, y además para ir dejando algunas bases de la perspectiva metodológica, se pretende avanzar estudiando el análisis del discurso y su relación con lo social.

Van Dijk, T. (2005), inicia su estudio sobre análisis del discurso a partir de las ideologías, las cuales describe como un “sistema de creencias”, fundamentadas en componentes cognoscitivos. El autor rescata el componente cultural y social de las

ideologías, señalando que “así como no hay ningún idioma privado, no hay ninguna ideología privada o personal. De allí que los sistemas de creencias son socialmente compartidos por los miembros de una colectividad de actores sociales” (p. 10).

Van Dijk, argumenta que una de las funciones cognoscitivas de las ideologías es lograr visibilizar y mostrar coherencia con las creencias de un grupo, involucrando dichas ideologías en la vida cotidiana y relacionándolas con las creencias que representan un grupo social (sin tratar de reducir la ideología solamente a las creencias).

Posteriormente, Van Dijk, relaciona la ideología con el discurso, situando la raíz social que encubre ambos términos; señala que “las colectividades ideológicas también son comunidades de prácticas y comunidades de discurso” (p. 15), asimismo señala que las ideologías son adquiridas a través del discurso.

Las ideologías se encuentran en relación con el conocimiento, y la manera como colectivamente se construye un saber, dando cabida al conocimiento cultural, el cual es aceptado por los grupos. Hay algo que aparece con importancia al estudiar el discurso, es su nexo innegable con lo social; con aquello que se construye y se mantiene gracias a la interacción social, llámese grupos o comunidades, son conjuntos que comparten ideologías a través del discurso “es ese conocimiento compartido, presupuesto, dado por sentado lo que hace posible el discurso, la comunicación y la comprensión mutua” (p. 17).

En consonancia con lo anterior, Lupicinio, I, y Antaki, C (1994) plantean el estudio del análisis del discurso a través de la psicología social, realizando una invitación a pensar el análisis del discurso como una alternativa para estudiar la vida social. En este orden de ideas se destaca la importancia del discurso para la construcción narrativa de la realidad por medio de las historias y relatos de los sujetos, los cuales constituyen y dan cuenta de lo sociocultural.

Lupicinio, I, y Antaki, C. (1994), al igual que Van Dijk, (2005), proponen la importancia de incluir en el estudio del análisis del discurso, la teoría del lenguaje, haciendo especial énfasis en que el lenguaje no es estático, ni meramente descriptivo, sino que hace parte de un proceso de interacción e interpretación. Asimismo, destacan que el lenguaje está inscrito de manera intrínseca en nuestra cultura, “es difícil, quizá imposible, concebir alguna relación social que no se produzca a través de este medio (el lenguaje)” (p. 64).

Adicionalmente, Lupicinio y Antaki, señalan que cada discurso se encuentra anclado con otros discursos, que encubren lógicas, creencias y fundamentos que pueden ser

entendidos e interpretados, a través del reconocimiento de las prácticas lingüísticas y el mundo social en el que el sujeto vive.

Por otra parte, frente al rol del investigador, los autores proponen que “El/la investigador/a es, en un determinado sentido, un profesional escéptico/a, encargado/a de escrutar la realidad social a través de la interrogación del lenguaje que usan las personas” (p. 63); interrogación que intenta arrojar respuestas a las maneras como los sujetos crean la realidad social a través del uso del lenguaje.

Ahora bien, en lo que concierne al interés de la presente investigación, se estudia los discursos sociales sobre la locura, partiendo desde la premisa, en la cual, los imaginarios y representaciones sobre la misma se construyen en sociedad, a partir de creencias, conocimientos culturales y el lugar histórico dado al sujeto loco; representaciones que son leídas a nivel social como un intento de las comunidades por ubicar y explicar la existencia de la locura.

El discurso aparece entonces como una construcción hecha con lenguaje, encontrando que, con respecto al discurso de la locura, aparecen otros discursos, como lo es el discurso científico y el discurso político; que también proponen marcos explicativos al fenómeno de la locura.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En busca del cumplimiento de las normas y criterios para la investigación, el presente estudio se acoge a la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, considerándose una investigación con riesgo mínimo y sometiéndose al principio de no maleficencia, ya que empleó el registro de datos y la realización de entrevistas a sujetos con la finalidad de conocer y profundizar en la temática de discursos sociales sobre la locura; dicho abordaje se realizó bajo la protección de la privacidad del sujeto y no se realizó ninguna intervención o modificación biológica, fisiológica o social de los sujetos que participan en el estudio.

Se estableció un consentimiento informado, según la Resolución 2378 de 2008 del Ministerio de Protección social, donde el participante estuvo en la total libertad de aceptar o rechazar voluntariamente la participación en la investigación, además en el consentimiento informado se registró los objetivos de la investigación, se hizo el compromiso a mantener el anonimato del participante y se compartieron los datos de contacto del investigador; con la finalidad de que el participante tuviera pleno conocimiento sobre el sentido de la

investigación y las implicaciones de la misma (ver anexo 1 y 2). Es necesario aclarar que la participación en la investigación, no tuvo ningún beneficio económico, lo cual se hizo explícito en el consentimiento informado. Una vez finalizado el proceso investigativo, se compartirá a los participantes los resultados encontrados en la investigación, con la finalidad de poner en conocimiento los hallazgos que surgen de la colaboración en el proyecto.

La persona encargada de llevar a cabo el proceso de consentimiento informado fue la investigadora principal; el consentimiento informado se realizó previo a la realización de entrevistas, primero se realizó la invitación al sujeto a hacer parte de la investigación, se explicó y leyó junto con el participante el consentimiento informado, encontrándose que todos los sujetos participantes aceptaron voluntariamente ser partícipes de la investigación.

Es importante mencionar que no se incluyó en la investigación, sujetos que se encontraban cursando con crisis en salud mental, episodios de agitación psicomotriz y/o descompensación mental, así como tampoco se incluyeron sujetos declarados a nivel legal como interdictos; la identificación de crisis en salud mental, se hizo a través de una evaluación del estado mental del sujeto participante, dicha evaluación fue realizada por la investigadora principal, la cual es psicóloga, especialista en psicología clínica; asimismo, se preguntó directamente al sujeto participante y su cuidador, sobre si el sujeto ha sido o no declarado interdicto, frente a lo cual, los mismos sujetos y familiares respondieron que no.

Es deber de los investigadores salvaguardar tanto la identidad como la información de los participantes, para garantizar este deber se implementó los siguientes mecanismos: El manejo de la información se realizó únicamente por los miembros del grupo investigador: Investigadora principal y el director. La información de las entrevistas, grabaciones y registros fueron descargados únicamente en los computadores del equipo investigador y fueron guardados en pdf protegido. Los nombres de los participantes fueron cambiados por razones de seguridad, por el nombre que cada uno de los participantes asigno, de manera que sea posible identificar sus contenidos y verificar que ha sido preservada su identidad y privacidad.

Los documentos, apuntes de las entrevistas y/o grabaciones de audio con autorización de los participantes, fueron transcritos posteriormente, para estudiar, organizar y codificar la información suministrada, los datos serán destruidos después de haber culminado la investigación; todo ello, con la finalidad de proteger los datos personales de los participantes.

Los resultados de la investigación, apuntaron a ampliar el estudio y abordaje clínico de la locura, al permitir que los sujetos implicados en la misma, pudieran narrar sus vivencias y conocimiento frente a la locura, lo cual, aportó saberes valiosos para mejorar la práctica y la atención de la salud mental.

El estudio contó con el aval del Comité de ética de la Universidad del Bosque, como parte de los requerimientos para adquirir el Título de Magíster en Salud Mental Comunitaria.

METODOLOGÍA

La presente investigación se inscribe en un enfoque de tipo cualitativo y como diseño metodológico se encuentra el análisis crítico del discurso y análisis documental. El análisis crítico del discurso, según Van Dijk (1999), permite conocer a través del discurso las dinámicas sociales y políticas, evidenciando los problemas sociales, las dinámicas de poder y las asimetrías en el discurso; que, para el caso puntual de esta investigación, el interés central consiste en saber cómo el discurso social contribuye a la construcción de un imaginario social sobre la locura, determinando estructuras discursivas y de comunicación legitimadas por las comunidades; asimismo, permite plantear la relación entre los contextos y el contenido del discurso, teniendo en cuenta la visión crítica hacia el tratamiento asilar de la locura.

En lo que respecta al análisis documental, se seleccionaron fuentes de datos que recopilan información sobre los discursos sociales de la locura; las cuales comprendieron artículos de revistas científicas de carácter regional, periódicos regionales y nacionales, noticias de prensa, y/o páginas web de carácter nacional, publicaciones que tuvieron como periodo de tiempo desde el 2002 hasta el 2022; ello con la finalidad de conocer aspectos históricos, contextuales y de opinión pública sobre el tema de la investigación.

Las técnicas de investigación escogidas fueron entrevistas a profundidad (ver anexo 4) y revisión documental e histórica.

En relación con la muestra, es necesario aclarar que desde la perspectiva cualitativa se usa el criterio de significatividad, por tanto, los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Municipios del departamento del Valle del Cauca que tienen una tradición discursiva y narrativa de la locura, que, para el caso preciso de la investigación, los municipios escogidos son Cali, Palmira y Tuluá.
- Sujetos con padecimientos psíquicos y/o psicopatológicos.

- Cuidadores de personas con padecimiento psíquicos y/o psicopatológicos (cuidadores institucionales, profesionales de la salud y familiares).

Los sujetos seleccionados para la entrevista provinieron de redes comunitarias con las que cuenta la investigadora; teniendo presente que la investigadora es profesional del campo de la salud y ha tenido acercamiento al sector comunitario. Los padecimientos psíquicos que presentan los sujetos entrevistados son esquizofrenia y trastornos afectivo-bipolares.

La muestra intentó encontrar una diversidad de discursos y personas que se relacionan con la locura, a fin de poder ilustrar cómo es abordada desde diferentes roles, como lo son, el mismo sujeto, su familia, la institución y la comunidad.

Los canales a través de los cuales se contactó con los sujetos seleccionados fue mediante una presentación personal; en los cuales en primer lugar se realizó una presentación de la investigadora, seguida de una invitación para hacer parte de la investigación, explicando el rol del participante y la importancia de los aportes en la investigación; esta invitación fue realizada por la investigadora principal.

El número de entrevistas realizadas fueron 4, con una duración cada una de una hora y media, el lugar y la hora de las entrevistas fue concertado con los participantes según el consentimiento informado. Con anterioridad se tenía previsto que las entrevistas iban a evocar vivencias y sentimientos en el participante; sin embargo, pese a que en las entrevistas si se evocaron vivencias, no se identificó ningún tipo de afectación o malestar emocional asociado, por lo que no hubo necesidad de direccionar al participante al sector salud

Igualmente, en las entrevistas realizadas a cuidadores institucionales y/o familiares, el rol de estos, fue aportar sus conocimientos, vivencias y experiencias en el cuidado y acompañamiento de sujetos con psicopatologías, así como también exponer los imaginarios frente al termino locura y la posición frente al tratamiento; teniendo presente que para abordar al sujeto, fue importante conocer el contexto cercano del mismo, en este caso el contexto institucional, que comprendió al sector de la salud mental y el contexto familiar, ligado a la convivencia con el sujeto.

Los encuentros presenciales comprendidos para la realización de las entrevistas, se realizaron respetando las normativas de prevención y mitigación del COVID-19, acogiéndonos a los lineamientos del protocolo de bioseguridad del Ministerio de Salud, teniendo presente el uso permanente de tapabocas y el distanciamiento; se aclara, que como

el lugar de encuentro estuvo sujeto al criterio del participante, se acogieron los lineamientos de bioseguridad, de acuerdo al espacio destinado para las entrevistas

Análisis crítico del discurso

En la presente investigación, se escogió la metodología de análisis crítico del discurso, partiendo de la propuesta de Pardo, N (2007), quien plantea que el análisis crítico del discurso es una manera específica de abordar la realidad; desde marcos explicativos diferentes como la perspectiva teórica, la sistematización racional de la realidad, el método inductivo-deductivo, el planteamiento de problemáticas e hipótesis, el empirismo y el análisis crítico. Dentro de las posibilidades de comprensión de la realidad, se destacan dos miradas, la descripción de la realidad y la explicación de la causalidad de los fenómenos.

El análisis crítico del discurso propone una manera de abordaje desde el sujeto mismo, resalta la importancia de conocer sobre la manera como las mismas comunidades exponen sus conflictos, valores comunes y la cosmovisión que tienen como colectivo. El análisis crítico del discurso suscita que el saber se construye a través del colectivo, a partir del saber social que construyen las mismas comunidades; siendo el medio por el cual, la investigación logra dar reconocimiento de las problemáticas socioculturales. Inclusive, Pardo (2007) propone que existe una realidad discursiva que puede ser estudiada desde el análisis crítico del discurso, es decir, “el discurso como portador y productor de cultura” (p. 139).

En palabras de Pardo, “los Estudios Críticos del Discurso (ECD) trabajan sobre datos auténticos, es decir, sobre datos que surgen del uso natural de la lengua entre diferentes hablantes, insertos en diversas jerarquías o cumpliendo múltiples roles social o discursivo, y en distintos contextos, sean estos institucionales, políticos, culturales o sociales” (p. 116). En este, se integran las estrategias, recursos y herramientas usadas en los análisis cuantitativos y cualitativos, orientado su objetivo a exponer “el análisis, la interpretación y la crítica en la investigación discursiva” (p. 117).

Por ende, el análisis crítico del discurso busca integrar el análisis del lenguaje, no reduciendo su estudio solamente a la sintaxis, sino interesándose por comprender la semántica y pragmática que rodea al discurso, para dar cuenta de problemas sociales, políticos y discursivos presentes en la comunidad.

Para la presente investigación, el análisis crítico del discurso representó la posibilidad de abordar cómo históricamente ha sido concebida la locura, centrando su interés en comprender el discurso en globalidad, por tanto, no basta con realizar concordancias entre categorías o conceptos; sino en vislumbrar el contexto discursivo. Además, para el conocimiento de los discursos sociales sobre la locura, como punto de inicio está el reconocimiento de las diferentes expresiones simbólicas del ser humano y su relación con las prácticas sociales y aquello que los sujetos construyen en comunidad.

PLAN DE ANÁLISIS

En concordancia con lo anterior, el plan de análisis estuvo orientado a través del análisis crítico del discurso. Pardo (2007), plantea que es importante llevar a cabo una exploración del discurso, usando como herramienta una base de datos textuales para lograr identificar categorías, fenómenos o estrategias discursivas; comprendiendo el discurso como un medio para llegar al conocimiento, a través de la identificación de conceptos y categorías subyacentes que dan cuenta del tejido social y las maneras de referenciar la realidad social desde las mismas comunidades.

Siguiendo las orientaciones de Bonilla, E y Rodríguez, P (2005), el material para el análisis fue extraído de las transcripciones de las entrevistas y la revisión documental, y a partir de esta información, se realizó el proceso de codificación y categorización inductiva, con el fin de “reducir el volumen de datos, ordenándolos en torno a patrones de respuesta que reflejen los principales parámetros culturales que estructuran el conocimiento del grupo estudiado” (p. 245).

La categorización se realizó con el propósito de mostrar las diferentes perspectivas que tiene el investigador frente al estudio, las categorías inductivas tuvieron el propósito de “reflejar el marco de referencia cultural del grupo estudiado” (p. 254). La realización de la categorización estuvo enfocada principalmente en la pregunta y objetivos de la investigación.

Posterior a la categorización y descripción, en la investigación se dio paso a la fase interpretativa, la cual tuvo por objetivo “establecer relaciones conceptuales que dimensionen la pertinencia cultural de los hallazgos para dar una visión integral del problema estudiado” (p. 268). En la interpretación de resultados, se tuvo en cuenta los aportes de Bonilla y Rodríguez, para describir los hallazgos más significativos, identificar relaciones entre variables y respaldar la información en la teoría.

En la investigación se realizó un manejo de datos computarizados, para lo cual, se usó el software NVIVO, el cual es un programa diseñado específicamente para el análisis de datos cualitativos; este software fue de gran utilidad y apoyo en el proceso de codificar y categorizar la información, establecimiento de conexiones entre las categorías y creación de memos y mapas conceptuales.

En este orden de ideas, el plan de análisis de la investigación, comprendió la exploración y aproximación teórica al objeto de estudio, la revisión documental y transcripción de entrevistas, la categorización, codificación y la interpretación y análisis de los resultados; proceso que fue apoyado por el uso de programas para análisis cualitativos.

RESULTADOS

Como se mencionó, esta investigación comprendió la recopilación de información en dos vías, la primera a partir de una revisión documental y la segunda a través de la realización de entrevistas.

Revisión documental

En lo que respecta a la revisión documental, se revisaron 18 documentos, subdivididos en tres grupos: 6 Publicaciones en revistas académicas, 6 noticias de opinión y 6 blogs. A continuación, se presentan los documentos seleccionados.

Tabla 1. Revisión documental.

Tipo de documento	Fuente	Cita	Localización
Revistas académicas	Revista Colombiana de psiquiatría	Gutiérrez Avendaño, J. (2016). Caracterización sociodemográfica, psicopatológica y terapéutica en la primera década de servicio (1958-1968) del Hospital Psiquiátrico San Isidro del Valle del Cauca. <i>Revista Colombiana de Psiquiatría</i> , 45(1), 14-21.	Cali.
	Historiolo. Revista de Historia Regional y Local	Gutiérrez, J. A. (2019). Historiografía de la locura y de la psiquiatría en Colombia. De los médicos escritores a la perspectiva crítica, 1968-2018. <i>Historiolo. Revista de Historia Regional y Local</i> . 10 (N.º 21), 285-318.	Palmira y Medellín. Universidad Nacional.
	Revista Historia y sociedad.	Vásquez Valencia, M. F. (2018). El papel de la teoría de la degeneración en la comprensión de las enfermedades mentales, Colombia primera mitad del siglo XX. <i>Historia y sociedad</i> , (34), 15-39.	Palmira y Medellín. Universidad de Antioquia
	Revista Historia y sociedad.	Arias-Valencia, S. A. (2017). Del saber cotidiano al conocimiento científico de la enfermedad en las poblaciones. Dificultades y retos de la epidemiología como disciplina científica. <i>Historia y sociedad</i> , (32), 83-101.	Medellín. Universidad de Antioquia
	Revista sociedad y economía	Castrillón-Valderrutén, M. D. C. (2020). Entre asilos y hospitales psiquiátricos. Una reflexión historiográfica sobre el programa institucional de atención a la locura en Colombia. <i>Sociedad y economía</i> , (40), 143-162.	Cali. Universidad del Valle.
	Revista Colombiana de Psiquiatría	Cruz Montalvo, O. M. (2016). Pensar, practicar y escribir: la revista colombiana de psiquiatría y la historia de la psiquiatría colombiana en la segunda mitad del siglo xx. <i>Revista Colombiana de Psiquiatría</i> , 45(4), 245-252.	Colombia.
Noticias de opinión	Periódico el País.	Climent, C. (2017, Diciembre). Los miedos ancestrales. El País. https://www.elpais.com.co/opinion/columnistas/carlos-climent/los-miedos-ancestrales.html	Cali.
		Cruz, S. (2010, Julio). Jovita, cuarenta años tan muerta, tan viva. El País. https://www.elpais.com.co/cali/jovita-cuarenta-anos-tan-muerta-tan-viva.html	Cali.
		Gamboa, S. (2019, Marzo). El arte de la locura. El País. https://www.elpais.com.co/opinion/columnistas/santiago-gamboa/el-arte-de-la-locura.html	Colombia
		Mera, A. (2014, Noviembre). La locura lúcida. El País. https://www.elpais.com.co/opinion/columnistas/aura-lucia-mera/la-locura-lucida.html	Cali.
		Guevara, P. (2014, Noviembre). "La locura se disfraza": Carlos Climent. El País. https://www.elpais.com.co/entretenimiento/cultura/la-locura-se-disfraza-carlos-climent.html	Cali.
		Barona, A. (2021, Enero). Oh témporas, oh mores. El País. https://www.elpais.com.co/opinion/columnistas/armando-barona-mesa/oh-temporas-oh-mores.html	Colombia
		Expresión digital.	Ramírez, A. (2014). De la locura al síndrome. <i>Expresión digital</i> . https://expresiondigital.ucp.edu.co/?p=10951
Página web: Blogs	Nueva Escuela Lacaniana Medellín.	Velásquez, J. (2022). La locura. Nueva Escuela Lacaniana Medellín. https://nel-medellin.org/nel-medellin/la-locura-por-jose-fernando-velasquez-ame-de-la-amp-y-de-la-nel/	Medellín
	Psicología y mente.	Azor & Asociados. Tengo miedo a volverme loco: ¿qué hacer? <i>Psicología y mente</i> . https://psicologiaymente.com/clinica/tengo-miedo-a-volverme-loco	Sin información.
	Psicología y mente.	Viera, J. (2021). Psicoterapia: más allá del concepto de 'locura'. <i>Psicología y mente</i> . https://psicologiaymente.com/clinica/psicoterapia-mas-alla-locura	Sin información.

	Psicología y mente.	Figueroba, A. (2017). Locura colectiva o enfermedad psicogénica masiva: ¿qué es? Psicología y mente. https://psicologiaymente.com/clinica/locura-colectiva	Sin información.
	Las2orillas.	Rodríguez, E. (2018). Ser loco en Colombia es difícil. Las2orillas. https://www.las2orillas.co/ser-loco-en-colombia-es-dificil/	Colombia

Fuente: Elaboración propia.

Para la realización de la búsqueda a nivel documental, se priorizaron los documentos procedentes de la región del Valle del Cauca, dado que la finalidad es conocer los discursos sociales de la locura en este departamento específico; sin embargo, también se tuvieron en cuenta algunos documentos y fuentes procedentes de otras regiones del país, como es el caso de Medellín, y otros estudios de relevancia a nivel nacional, dado que, dichos estudios representaron a nivel de contenido un aporte contextual directo para la investigación.

En lo que respecta a los estudios revisados de las publicaciones en Revistas, se eligieron 4 revistas de impacto a nivel del departamento del Valle del Cauca principalmente y a nivel nacional, como lo son la Revista Colombiana de psiquiatría, la Revista Historelo de la Universidad Nacional, Revista Historia y sociedad de la Universidad de Antioquia y la Revista sociedad y economía de la Universidad del Valle.

Frente a la búsqueda realizada en periódicos, noticias de opinión y medios de prensa, se eligió el periódico El País, el cual es uno de los periódicos de mayor influencia en el departamento del Valle del Cauca, especialmente en la ciudad de Cali. Por su parte, la búsqueda en los blogs y contenido de páginas web, se evidenció dificultades para ubicar los lugares procedentes de dichos blogs, así como también se encontraron blogs que relataban experiencias asociadas a la locura a nivel nacional, siendo difícil ubicar propiamente blogs locales; sin embargo, dichas narrativas a nivel nacional se consideraron como aportes para la investigación.

La finalidad de la revisión documental estuvo orientada en estudiar las diferentes narrativas procedentes de la academia, los medios de comunicación y las experiencias de los sujetos frente a la locura; para así, lograr realizar una articulación y demarcar coordenadas de encuentro o distanciamiento sobre la locura.

Entrevistas semiestructuradas

Tabla 2. *Caracterización de participantes.*

Seudónimo	Género	Edad	Rol	Procedencia
Simón	Masculino	66 años	Sujeto diagnosticado con esquizofrenia.	Tuluá-Valle del Cauca.
Juan	Masculino	55 años	Sujeto diagnosticado con trastorno afectivo bipolar.	Cali-Valle del Cauca.
Mateo	Masculino	38 años	Cuidador institucional- Médico psiquiatra.	Palmira-Valle del Cauca.
María	Femenino	50 años	Cuidador familiar.	Trujillo-Valle del Cauca.

Fuente: Elaboración propia.

En total, participaron 4 sujetos en las entrevistas, los cuales estuvieron distribuidos en 2 sujetos diagnosticados con algún tipo de enfermedad mental y 2 sujetos cuidadores familiares e institucionales de personas con diagnóstico de psicopatología, que para este caso preciso se eligió a 1 médico psiquiatra y 1 familiar. La selección de los participantes estuvo orientada por escuchar las voces y experiencias de los mismos sujetos, la familia y cuidadores institucionales.

De manera general, se expondrá algunos aportes extraídos de las entrevistas, los cuales recogen las temáticas más relevantes expuestas por los participantes, tales como, el sentimiento de rechazo o exclusión social, el estigma, la asociación de la locura con la peligrosidad, El tratamiento desde la perspectiva asilar y las dificultades en las relaciones familiares y laborales, dichos aportes serán abordados con mayor profundidad más adelante. En las entrevistas los sujetos participantes, cuidadores familiares e institucionales, manifestaron que frecuentemente experimentaban el rechazo y exclusión a nivel social, familiar y laboral por estar diagnosticados o tener algún ser querido con diagnóstico de enfermedad mental. Otra temática que tomó gran relevancia fue la percepción de estigma hacia la locura y la enfermedad mental, manifestada por los participantes.

Asimismo, se identificó que los participantes, frecuentemente manifestaban que, en el argot popular, se asocia la relación entre la locura, con la peligrosidad, la criminalidad y la sensación de temor, lo que suscita en los sujetos participantes sentimiento de rechazo, exclusión y desvalorización de su lugar a nivel social. Asimismo, aparecen las creencias místicas, religiosas y populares, donde asocian la locura, con posesiones demoníacas, pactos satánicos, la maldad, el diablo y los espíritus.

En lo que respecta al tratamiento de las psicopatologías, los sujetos participantes, aludían a que históricamente el tratamiento psiquiátrico, ha estado asociado con el encierro y la perspectiva asilar. También, los sujetos durante la entrevista propusieron diferentes alternativas de tratamiento a la enfermedad mental, donde se incluya a la familia y la comunidad, y también se tome en cuenta las experiencias, intereses y actividades realizadas por el sujeto, como formar para tratar y manejar la enfermedad mental.

Frente al contexto familiar, los sujetos manifestaron que el apoyo de la familia es fundamental, sin embargo, todos los entrevistados coincidieron en que en muchas ocasiones la familia, por desconocimiento o temor hacia la enfermedad mental, termina excluyendo y aislando al sujeto. En el ámbito laboral, los participantes narraron las múltiples dificultades por las que atraviesa un sujeto con psicopatología para encontrar y lograr mantenerse en un trabajo, señalaban la percepción de ser menospreciados e infravalorados a nivel laboral, por el hecho de tener un diagnóstico psiquiátrico. Dichos aportes, dan cuenta de una multiplicidad de saberes frente a la locura.

Sistematización de la información a través de Nvivo

El proceso de sistematización de la información se hizo a través del software Nvivo, este proceso estuvo dividido en dos fases: fase de reducción de datos y fase de interpretación de los mismos. En la primera fase, se ha categorizado y codificado la información, con ayuda del programa Nvivo 11, que se utiliza para el análisis cualitativo, así como para el análisis del discurso; para el caso preciso de la investigación, este ejercicio ha sido de gran ayuda para codificar la información, crear nodos y relaciones textuales. Para la codificación de la información, se siguió la temática que fundamenta la investigación, previo a definir las categorías, se realizó un ejercicio piloto de lectura y codificación de tres documentos iniciales, con la finalidad de estudiar y definir las posibles categorías; asimismo durante el

mismo proceso de codificación, se fueron creando categorías nuevas para los diferentes aportes que se iban encontrando.

En el software Nvivo, se analizaron y codificaron un total de 22 documentos, de los cuales 18 corresponden a la revisión documental y 4 son de la transcripción de las entrevistas semiestructuradas. El proceso de categorización y codificación estuvo orientado por las siguientes temáticas: Representaciones e imaginarios desde sí mismo frente a la locura (imaginarios, representaciones); Representaciones e imaginarios de los otros frente a la locura (imagen de los medios de comunicación, las conversaciones que se dan a nivel social sobre la locura), Sobre los aspectos clínicos de la enfermedad, (tratamiento de las psicopatologías) y Situaciones, contextos y experiencias de los sujetos y sus familias (La convivencia con los miembros de su familia, la inclusión y desenvolvimiento laboral).

Tabla 3. Categorización y codificación de la información.

Temática	Categoría	Descripción	Referencias	Total	%
Representaciones e imaginarios desde sí mismo frente a la locura	Experiencias personales	Vivencias, situaciones y aprendizajes en torno a la locura.	12	15	2%
	Visión idiosincrática	Modo de ser, postura y manera de pensar frente a una situación específica; este concepto atañe a rescatar lo particular de cada sujeto.	3		
Representaciones e imaginarios de los otros frente a la locura	Control social	Prácticas, actitudes y valores destinados a mantener el orden establecido.	16	211	27%
	Comunidad	Conjunto de personas que comparten elementos en común. Para el estudio preciso, se usó la categoría comunidad, para cuando los participantes o documentos ilustraban contextos que involucran o fomentan la inclusión a la comunidad.	18		
	Estigma y exclusión	Conjunto de actitudes y creencias desfavorables que desacreditan o rechazan a una persona o a un grupo por diferencias.	84		
	Medios de comunicación	Sistemas usados para el establecimiento de la comunicación y divulgación de la información (periódicos, noticias, blogs, televisión, etc.)	5		
	Saber popular y creencias	Los conocimientos, interpretaciones y sistemas de comprensión que provienen de la sociedad.	23		
	Sociedad	Agrupación de individuos, que se rigen por normativas comunes y formas de comunicación y cooperación similares.	29		
	Temor	Miedo que se siente al considerar que algo puede ser perjudicial o negativo.	17		

	Discurso social	Acción social manifestada a través de cualquier forma de expresión.	19		
Sobre los aspectos clínicos de la enfermedad	Colonizar el conocimiento	Establecer e imponer un conocimiento imperante; es usado para señalar la alta influencia del conocimiento europeo sobre el conocimiento de América Latina frente a la comprensión y tratamiento de la locura.	14	471	62%
	Enfermedad mental	Una amplia variedad de afecciones que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento.	96		
	Locura	El estallido subjetivo que determina una manera particular de situarse en el mundo.	163		
	Perspectiva asilar	Modalidad de atención psiquiátrica caracterizada por el encierro del sujeto para su tratamiento.	51		
	Saber médico	Los conocimientos teóricos y científicos que explican los procesos que determinan la historia natural de la salud y enfermedad.	65		
	Psicosis	Trastorno entre el sujeto y el mundo externo, caracterizado por la reconstrucción de la realidad alucinatoria en la cual el sujeto está vuelto exclusivamente hacia sí mismo.	9		
	Salud mental	Esta categoría fue usada para demarcar acciones orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales.	13		
	Tratamiento	Conjunto de medios (higiénicos, dietéticos, farmacológicos, quirúrgicos, terapéuticos o físicos) que se ponen en práctica para curar, aliviar o tratar una enfermedad.	73		
Situaciones, contextos y experiencias de los sujetos y sus familias	Dinámica laboral	Percepción de los participantes en cuanto a los factores que determinan su experiencia en los lugares de trabajo.	12	66	9 %
	Familia	Indaga por las relaciones familiares, de convivencia y de apoyo.	54		

Fuente: Elaboración propia.

En la codificación en N-vivo y la referenciación, se evidencia que la temática más referenciada son Los aspectos clínicos de la enfermedad con 471 referencias, seguido de Representaciones e imaginarios de los otros frente a la locura, con 211 referencias, luego se encuentra Situaciones, contextos y experiencias de los sujetos y sus familias con un total de 66 y, por último, se encuentra Representaciones e imaginarios desde sí mismo frente a la locura, con 15. Entre las categorías más referenciadas, esta locura 163 referencias, enfermedad mental 96, estigma y exclusión 84 y tratamiento 73.

Las referencias más destacadas para la codificación de las entrevistas fueron: familia 43, estigma y exclusión 38, locura 35, enfermedad mental 32 y tratamiento 30. Frente a la codificación más usada para la revisión documental, fue locura 128, enfermedad mental 64, saber médico 55, estigma y exclusión 46, tratamiento 43 y perspectiva asilar 41. Dentro de las mayores relaciones entre nodos y categorías, se encuentra la relación entre locura- estigma y exclusión con 30 referencias relacionadas, también está locura-enfermedad mental con 26 y familia-tratamiento con 15. Dichos resultados nos permiten marcar horizontes y caminos por los cuales orientar nuestro estudio, ya que presentan relaciones y aspectos más destacados de la información recolectada, lo que nos permite analizar y estudiar a profundidad dichos hallazgos.

Relación y aspectos para destacar de la revisión documental y entrevistas

Al realizar el proceso de codificación y categorización se encontraron posibles relaciones, puntos de encuentro y algunas distancias entre la información obtenida de la revisión documental (revistas académicas, noticias de opinión y blogs) y en las entrevistas (sujetos diagnosticados, cuidadores familiares e institucionales); dicha información fue estudiada y constatada, con la finalidad de conocer los discursos desde la academia, los medios de comunicación, los sujetos, las familias y la institución. A continuación, se presentan los puntos a destacar del proceso de codificación:

1. Aparece con importante relevancia la categoría de estigma y exclusión, asociada a relacionar la locura con representaciones de peligro, agresividad e improductividad, lo que repercute en la aparición de prácticas de exclusión, como lo es la discriminación, las dificultades en el apoyo familiar, limitación el acceso al empleo y el acceso a oportunidades.
2. La condición mística, misteriosa y de ocultamiento, que históricamente se la ha atribuido a la locura, conllevando la sensación de castigo y de culpa frente a la enfermedad mental.
3. Explicaciones mágico-religiosas, que asocian la aparición de la locura con el diablo, los espíritus malignos y las posesiones demoníacas.
4. La locura como expresión de la irracionalidad.

5. Concepto de degeneración, relacionado con asociar la locura con la criminalidad, la irracionalidad, la irritabilidad, la violencia, los desequilibrios y las anomalías.
6. La locura como espectáculo, equiparando el concepto de locura, con el caos y el alboroto; también asociado a la realización de festividades de entretenimiento, siendo el centro del espectáculo sujetos considerados socialmente locos, a los cuales les pagaban por mostrar sus excentricidades.
7. Representaciones del discurso asilar y el discurso médico.
8. Temor en doble vía: el paciente tiene temor del asilo y de la exclusión y a su vez produce temor en la familia y la sociedad por sus eventuales episodios.

Dichas temáticas constituyen marcos orientadores para articular los saberes y diferentes marcos explicativos frente a la locura.

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Las experiencias hasta aquí recopiladas dan cuenta, de entrada, que la locura se encuentra rodeada por múltiples y diversas narrativas y explicaciones de la misma; con la finalidad de esbozar el análisis de esta investigación y realizar un intento por comprender los discursos sociales de la locura, se proponen las siguientes temáticas orientadoras: La perspectiva asilar y el viraje a lo comunitario, saber médico versus saber popular, estigma y temor hacia la locura y la enfermedad mental y la locura como expresión de la irracionalidad.

La perspectiva asilar y el viraje a lo comunitario

Para iniciar, se propone hacer unas breves anotaciones sobre la historia de la psiquiatría en Colombia, la cual según los estudios, se encuentra compuesta por tres periodos: el primero denominado “era del alienismo” que comprende entre 1870-1926, caracterizado por la fundación de los primeros asilos y la práctica del aislamiento y la contención a través del encierro en jaulas, usando grillos, esposas y sacos de fuerza; el segundo periodo de tiempo, denominado la “época de las convulsiones” (1938-1949), el cual aparece asociado con los tratamientos intravenosos y los electrochoques; seguidamente, está la tercera etapa, entre 1950 y 1955, la cual estuvo influida por nuevos métodos y tratamientos, como la psicocirugía, la inmunoterapia y la psicoterapia; además se contaba con técnicas modernas de diagnóstico, como el encefalograma, radiología y el psicodiagnóstico de Rorschach. (Gutiérrez, J; 2016).

Bajo estos modelos de atención manicomiales, se establecía el encierro como única forma terapéutica, convirtiendo a los asilos en lugares de confinamiento, rechazo y exclusión, siendo la aparición de los modelos de atención comunitarios y los hospitales día, como una apuesta para contrarrestar el encierro y alejamiento de la sociedad, propio de las modalidades de internación tradicionales.

Para ilustrar este viraje y transición desde un modelo de atención manicomial a una atención con mayor apertura a lo comunitario, se ilustra al Hospital Departamental Psiquiátrico del Valle, el cual es uno de los hospitales mentales más grandes y reconocidos del país, data de una particular historia de transformación de 70 años, ya que anteriormente era una institución manicomial, un lugar destinado para el encierro de pacientes con lepra, habitantes de calle y pacientes psiquiátricos, sin embargo, en la actualidad hace un importante intento por incluir dentro de sus tratamientos apuestas con miras a lo comunitario, como lo es la implementación de la terapia recreacional y de actividad social, las terapias artísticas, el psicodrama, la música, el baile, la terapia ocupacional y de relajación (Gutiérrez, J; 2016).

Para efectos de lo anterior, el participante “Juan”, narra una vivencia ocurrida hace alrededor de 40 años donde estuvo hospitalizado en dicha institución, refiere “cuando yo estuve en el manicomio, hace muchos años, hace como 40 años, que se llamaba San Isidro, eso era un manicomio, ya con el pasar de los años lo volvieron un hospital mental, pero yo estuve ahí hospitalizado cuando eso era un manicomio, en aquel entonces eso era horrible, era la peor estigmatización del ser humano, uno tenía que dormir con unos pantalones grandes amarrado con una cabuya, uno dormía en una celda pequeña... ese es el peor tratamiento que le pueden dar a un ser humano”; en dicho relato, se logra ubicar de manera breve la historia y transición de un manicomio a un hospital mental, con lógicas y tratamientos diferentes frente a los padecimientos mentales, asimismo, se perfila la hipótesis asociada a la manera como desde una perspectiva académica se fundamentan unas prácticas que inciden en la configuración de las representaciones sociales.

Por otra parte, encontramos que algunos autores, como Arias, S (2017), exponen que las prácticas colectivas asociadas a las enfermedades, representan un intento por ejercer control y dominio sobre la población. Castrillón, M (2020), infiere que, en lo que respecta a los programas hospitalarios modernos, también representan una forma de control social “se

esperaba que los propios enfermos salieran aptos, luego de su hospitalización y tratamiento, para incorporarse con una disposición distinta a las demandas modernizantes” (p. 157).

Frente a ello, es válido traer a colación el aporte realizado por un sujeto participante en las entrevistas, donde narra una constante sensación de exclusión y encierro en la atención psiquiátrica, tal como lo expresa Juan: “también me han hospitalizado, la vez pasada que me llevaron amarrado al hospital, cosa que nunca olvidaré por lo horrible de la situación, si a mí me volvieran a amarrar para llevarme a un hospital, juro que preferiría morirme”, en dicho fragmento se denotan prácticas coercitivas vinculadas al tratamiento, incluso prácticas que son perpetuadas por algunos profesionales de la salud, los cuales intervienen desde la postura de la sanción y el castigo, tal como lo relata el participante “Mateo”, médico psiquiatra, “no saben manejar al paciente, se dejan entrar en ese juego de la amenaza, si te portas bien te desamarro, si te portas mal te amarro, entonces hace mucha falta lo empático y lo humano, intervienen mucho desde lo punitivo”. Dichas elaboraciones, dan cuenta que, aunque ha habido importantes avances en materia de desinstitucionalizar la atención de la locura, también ha habido retrocesos y aún quedan algunos restos de prácticas y visiones arraigadas de la perspectiva asilar. A continuación, y para continuar ahondando en la temática, se presentará la relación entre el saber médico frente al saber popular.

Saber médico versus saber popular

Para iniciar, es válido aclarar que el saber psiquiátrico, a lo largo de la historia, se ha visto en una encrucijada, puesto es un saber que comprende el conocimiento de la ciencia de la medicina, pero ha tenido la necesidad de institucionalizar dicho saber. Continuamente el saber psiquiátrico, se ve interpelado por las narrativas y experiencias vividas por los sujetos diagnosticados con psicopatologías; lo que ha suscitado reformas y críticas al interior de la disciplina, teniendo gran relevancia la denominada etnopsiquiatría, con enfoques de la antropología médica e histórica, que apuntan a la construcción simbólica de la enfermedad mental; por lo cual, le apuestan a incluir la perspectiva de los pacientes, su propia cosmovisión, sus testimonios documentales, sus voces e imágenes, en la comprensión de la enfermedad, para crear una “psicopatología de la expresión”. (Gutiérrez, J; 2016, p. 306).

Con anterioridad, se ha descrito cómo desde el conocimiento de la medicina y la ciencia se ha tenido el interés histórico por institucionalizar y encerrar al sujeto para su

tratamiento; sin embargo, el saber y las prácticas de las comunidades frente a la patología mental, así como sus creencias y mitos asociados a la locura, representan una visión diferente alejada de las lógicas de la psiquiatría. Lo anterior se ve reflejado en lo comentado por Mateo, médico psiquiatra que participó en la entrevista, quien narra su experiencia como psiquiatra frente al abordaje de las creencias y saberes populares del paciente y su familia:

“Yo tampoco puedo ir en contra de la creencia central de la propia familia, donde tienen pues el concepto religioso bien marcado, entonces de alguna forma yo trato de conciliar y hablar con la familia, les hago entender a los familiares, de que yo respeto la creencia que ellos tienen, pero que de igual forma ellos deben respetar el tratamiento que uno inicia; por ejemplo, una familia que tiene un paciente esquizofrénico y resulta que la familia cree que tiene un espíritu adentro, entonces lo que yo les digo es dale no hay problema, entonces trabajemos en conjunto, entre la familia y el psiquiatra, entonces lo que uno hace es, bueno iniciemos medicación, y si la familia quiere llevarlo a la iglesia, donde algún sacerdote o quiere hacer algún tipo de exorcismo, pues está en todo su derecho, yo le diría al paciente y su familia que lo hiciera, pero eso si colabórenme aceptando la toma del medicamento, aceptando la intervención psicosocial de psicología y trabajo social, es como hacer un manejo conjunto entre la propia familia, la creencia, lo racional y lo clínico desde lo médico y que se pueda llevar a cabo un tratamiento conjunto”.

Dicho relato, marca de entrada la importancia de incluir y cooperar junto con la familia en el tratamiento del sujeto, incluyendo y dando importancia a los aspectos culturales que orientan el contexto del sujeto, ya que dicha inclusión puede movilizar la adherencia y receptividad del tratamiento por parte del paciente y su familia. Ahora bien, se dará paso para presentar una de las temáticas centrales encontradas en la investigación y es la relación entre la locura con el estigma.

Estigma y temor hacia la locura y la enfermedad mental

En lo que concierne al término estigma, López et al. (2008), enfatizan que es un “complejo fenómeno social”, que históricamente se ha presentado en las relaciones sociales que se entablan entre determinado grupo de personas, con la intención de marcar un rasgo diferencial frente al otro; para ello, el autor cita a Erving Goffman (1963) en su clásico análisis del tema, en la definición de estigma como “atributo profundamente desacreditador”

(p. 45); relacionado a lo anterior, el autor resalta que el estigma, hace parte de una posición defensiva por parte de los grupos sociales mayoritarios, contra las minorías.

El estigma aparece entonces, según López et al., como aquellas etiquetas sociales sobre las que se marca a las personas o cosas en términos de “«bueno/malo», «deseable/indeseable» y «aproximable/rechazable»” (p. 47).

Para López et al. (2008), el estigma repercute en el acceso a servicios de atención en salud mental, asociado con una disminución en las oportunidades para lograr una adecuada calidad de vida y oportunidades, afectando en el sujeto, las relaciones sociales, de pareja, el empleo, la vivienda, el acceso a la salud y espacios de ocio y recreación. De igual forma, los autores enfatizan que el estigma enmarca al sujeto con trastornos o problemas en salud mental, como personas potencialmente peligrosas, “su consideración como un grupo diferente y aparte: «ellos» frente a «nosotros»” (p. 48).

Quisiera detenerme en la consideración del autor, donde enmarca un “«ellos» frente a «nosotros»” (p.48), que en palabras del participante “Juan”, es explicado de la siguiente manera “Vivir con una enfermedad mental es arrastrar una cadena pesada, donde todo el mundo te señala y dice tú, tú y tú; cuando la gente debería decir un nosotros, nosotros y nosotros, porque todos hacemos parte de un colectivo social, donde uno posiblemente es la persona que sufra de la enfermedad, pero los que están alrededor posiblemente son también población afectada”; esta anotación realizada por el participante, ilustra una condición donde se demarca una barrera y una diferencia entre el tú y el nosotros, pero considero también se proponen posibles formas de articulación e inclusión del sujeto, desde la mirada “todos hacemos parte de un colectivo”.

Dicho recorrido, nos permite ver que históricamente, el estigma marca y refuerza la diferencia, diferencia a lo que se sale de las márgenes de la sociedad, o de aquello que comprendemos como salud-enfermedad; es así como el estigma convoca una problemática amplia, resistente al cambio, y que dificulta grandemente la inclusión de las personas con enfermedad mental, ya que en las personas que estigmatizan o tienen prejuicios sociales, el estigma afecta la capacidad de emplear, alojar y ayudar a los demás sujetos. (López et al., 2008).

En su estudio, López et al, enuncian que la locura y la enfermedad mental, comúnmente están asociadas con “peligrosidad, extrañeza e impredecibilidad, dificultad de

relación e incapacidad para manejar su vida, todo ello unido a la creencia de incurabilidad y a un grado variable de atribución de responsabilidad y «culpa» sobre lo que les sucede” (p. 52). Estos señalamientos soportan y prolongan la distancia y exclusión hacia el sujeto, ubicándolo en un grupo distinto y apartado de la sociedad; el autor también expone la dificultad para separar al sujeto de la enfermedad, ya que se asume “que la persona «es» esquizofrénica y no que «tiene» o «padece» esquizofrenia” (p. 52).

En complemento con lo anterior, en las entrevistas, los sujetos participantes refirieron frecuentemente la sensación de exclusión o asociación de la enfermedad mental con peligro y temor. Al respecto, el participante “Simón” refiere: “la gente dice que las personas con enfermedades mentales son peligrosas, que tienen mala la cabeza, dicen que son gente dañada, a veces siento que generalizan mucho, dicen cosas horribles... mi esposa por ejemplo le cogió mucho miedo a los pacientes psiquiátricos”; por su parte, el sujeto “Mateo”, señala “dicen que las personas psiquiátricas son un peligro inminente para la sociedad, que deben mantener rezagadas, que deben permanecer encerradas en la casa”.

Para efectos de estudiar la relación entre el estigma y la locura, López et al (2008), señala que los medios de comunicación exteriorizan y refuerzan una imagen de estigma y extrañeza frente al sujeto con enfermedad mental; según el autor, en los medios de comunicación se suele presentar al sujeto, desde tres visiones, la primera la del sujeto maníaco que ha cometido crímenes homicidas, la de la persona con conductas infantiles que no puede controlar sus emociones y la persona con grandes habilidades y creatividad, que produce admiración., “las tres se caracterizan por ofrecer visiones extremas, que sitúan en todo caso a las personas afectadas fuera de lo considerado normal” (p. 52).

Para el caso preciso de la revisión documental, en columnas de opinión de periódicos y blogs de algunas páginas web, se encontraron algunas referencias de importancia asociadas al estigma:

“El miedo a tener que lidiar con la irracionalidad del enfermo mental y con su agresividad” (El país, 2014).

“La locura se convierte en esa expresión para encasillar a todos aquellos que no terminan de “encajar apropiadamente” en las dinámicas sociales” (Expresión digital, 2014).

“En Colombia cuando se habla de locura, la que sea (trastorno bipolar, esquizofrenia, toc), las palabras que automáticamente son disparadas a la mente del que está escuchando son "peligro, muerte, suicidio” (Las2orillas, 2018).

El estigma entendido como esa “marca negativa” hacia la locura y las personas diagnosticadas con trastornos mentales, se ha consolidado como un estereotipo y una forma de calificar a los sujetos por una característica particular. Suposiciones, prejuicios, juzgamientos inequívocos por parte de la comunidad que han justificado la negación o violación de los derechos de estas personas, materializándose en comportamientos o prácticas de discriminación y marginación (Campo, Oviedo, & Herazo, 2014).

En consecuencia con lo anterior, algunas posturas afirman que la asociación de la condición de peligro atribuida a la locura o la enfermedad mental representa una estigmatización que genera grandes daños, configurados en sufrimiento para el propio sujeto y discriminación por parte de su familia, ya que muchas familias rechazan, sienten temor y/o vergüenza hacia los sujetos, e incluso realizan prácticas de rechazo y ocultamiento de su familiar. (Murcia, M y Vásquez, S; 2014).

Los autores anteriormente citados reiteran que al escuchar las historias y expresiones de los familiares de pacientes con enfermedad mental, estos habitualmente expresan “sentimientos de resignación, preocupación, angustia, desconcierto, incompreensión, no aceptación y resistencias al dictamen que los especialistas comunicaron en el diagnóstico, y su pronóstico” (p. 198), ya que el diagnóstico y asunción de la enfermedad, implican una reorganización de la familia frente al diagnóstico, tratamiento y manejo en casa del sujeto, lo que conlleva que las familias realicen una nueva resignificación sobre la locura y el manejo del sujeto con psicopatologías.

En lo que respecta al contexto familiar, los sujetos entrevistados manifestaron dos situaciones; por una parte sensación de apoyo por parte de su familia, pero por otro lado, refirieron temor a ser abandonados, en el caso de “Simón”, manifestó “muchas veces la misma sociedad y la misma familia abandona a las personas”, el participante “Juan”, enuncia “me siento rechazado por la sociedad, a veces siento que hasta mi familia está en contra mía... algunas veces las personas que más te estigmatizan son tu misma familia”. Asimismo, la cuidadora familiar, la señora “María”, señala “yo con mi esposo, yo siento que a él aquí en la casa no lo excluimos, pero muchas veces el rechazo viene de la misma familia”.

Otro aspecto importante para resaltar, es lo enunciado por el participante “Mateo”, el cual refiere que la familia presenta desconocimiento sobre la enfermedad, al expresar “en muchos casos las familias, no tienen las suficientes bases, ni conocimientos, para saber manejar y saber acompañar un paciente psiquiátrico”. Estas inquietudes ilustradas por los participantes, denotan la importancia de continuar trabajando en el campo simbólico y de encontrar nuevas maneras de significar y representar a nivel social y familiar la locura y la enfermedad mental. Seguidamente, se dará paso a exponer las representaciones y asociaciones encontradas en la revisión al respecto de la locura.

La locura como expresión de la irracionalidad

Para Velásquez, J. (2022), a nivel social la locura configura el temor, representa el enemigo del orden y de lo racional; es un término al que frecuentemente se le asocia a crímenes escandalosos, comportamientos que perturban el orden social, representa lo desconocido, lo oculto y lo imposible, considerándola una condición innata de lo humano.

Otro autor, Gutiérrez, J. (2016), ilustra la forma como la locura se ha convertido en un “pasaje pintoresco” de la vida diaria de algunas ciudades de Colombia, donde se observan personajes excéntricos, llamativos y considerados socialmente como extraños, pero que han sido retratados a través de la prensa, crónicas, dibujos y fotografías como personajes emblemáticos.

Para este caso preciso, se ilustra al personaje Jovita, la cual fue un personaje del llamado Cali viejo, de la época de los años 50, era una mujer habitante de calle, que presentaba delirios asociados a considerarse la reina de Cali, y caminaba las calles de la ciudad vistiendo vestidos de gala; sobre este personaje, se encontró información en la recolección documental, llama la atención, la manera como actualmente los periódicos la describen: “Jovita Feijóo, 'la reina eterna de Cali', de quien se decía, estaba loca”, “Y la ciudad aceptó a su reina, una soberana sin una tuerca”, “Reinaldo (sobrino) cree que la locura de su tía viene de ahí. Y también de Cali, que sin saberlo quizá la enloqueció”, “una loca amada por Cali...una actriz que se expresaba en la calle, entre la gente. La ciudad era su escenario” y “Jovita es un Prometeo sin cadenas, Quijote femenino”. (El país, 2010).

Este personaje encubre muchos significantes atribuidos a la locura, se relaciona con lo excéntrico, el disparate, el espectáculo y el desborde; pero sin duda, Jovita enraíza la

historia de una mujer loca, que fue acogida, respetada y que aún pervive en la memoria de la cultura popular de Cali.

Ahora bien, Vásquez, M, (2018) señala que la locura se asocia con tendencias instintivas y malas, actos excéntricos, desordenados y peligrosos; también, refiere que históricamente se ha asociado a inteligencias decaídas, predisposiciones hereditarias y degeneraciones del orden fisiológico, como la sordomudez, demencia precoz, esterilidad y comportamiento pueril.

Otros de los imaginarios y representaciones identificados por los participantes fue la asociación de la locura con creencias místicas y religiosas, al expresar el señor “Simón”, “también dicen que puede ser que tengan un demonio, piensan que somos personas que hemos hecho pacto con el diablo”, así como también, lo expresa “Mateo”, “siempre se ha considerado lo que es la enfermedad mental desde la maldad, el diablo, los espíritus, entonces hay muchas creencias desde lo cultural que afirman que la enfermedad mental es producto de un castigo divino, que es producto de la maldad, de un espíritu”. También aparece una fuerte asociación entre la locura y el temor, dado que el loco es puesto en una posición de diferencia y distancia frente a los otros, dicho temor se reflejó en la entrevista a la cuidadora familiar, María, donde refiere “a mí, esa palabra (locura) me causa como miedo”. Dichas narraciones provienen de las interpretaciones y formas de comprensión que las mismas comunidades elaboran sobre la locura.

Finalmente, este recorrido deja dilucidar las múltiples experiencias y vivencias asociadas a la locura, y la manera como estas vivencias son narradas y particularizadas de acuerdo al contexto en el que se aborden. En un principio, se ilustra un recorrido histórico, que pasa por el tratamiento asilar y manicomial hacia la locura, bajo lógicas de control y sumisión del sujeto; para luego comenzar a ilustrarse algunos intentos por incluir lo comunitario y lo social en la intervención a la locura, así como empieza a abrirse camino sobre la importancia de dar un lugar a la voz y percepción del sujeto frente a la locura; identificándose que en dicha relación y percepción que tiene los otros frente a la locura, aparece como punto de importancia, la presencia del estigma y exclusión hacia la locura, y las formas de marginación y discriminación social que ello implica; dicho recorrido, así como los hallazgos encontrados, convocan a generar acciones que involucren lo comunitario y se

pongan en marcha intervenciones orientadas a enseñar a la comunidad a entender y significar de una manera más inclusiva la locura.

CONCLUSIONES

En este apartado se recapitulan los aportes más relevantes del presente estudio investigativo, con la finalidad de generar aprendizajes en torno a la concepción y tratamiento social de la locura. La recolección de información da cuenta de un ejercicio por reconocer los diferentes discursos sobre la locura, especialmente en el Valle del Cauca. Como resultado de dicha búsqueda documental, se encontró una multiplicidad de discursos sobre la locura, tanto disciplinares (académicos) como sociales, frente a los cuales esta investigación ha realizado un intento por articularlos.

En primer lugar, para la comprensión de la locura, se dio paso por los discursos místicos, religiosos y mitológicos frente a la misma, desde el contexto social, se encuentra que la locura es entendida como una sanción divina, una situación acumulativa de infortunio o mala suerte, comprensiones que terminan colocando al sujeto en el lugar de endemoniado, encantado, embrujado o poseedor de un poder divino. Asimismo, en este trabajo investigativo, se realizó un importante intento por situar las narrativas de los sujetos frente a la locura, en dichas revisiones se encuentra que las comunidades, históricamente han propuesto ritos, curaciones y confesiones como formas de tratamiento de la locura.

Dentro de los hallazgos en la investigación, aparece en los sujetos participantes un fuerte sentimiento de estigma y exclusión social, es decir, que el discurso social imperante fue el de rechazo y exclusión hacia el sujeto loco; dicho sentimiento de rechazo aparece ligado a la creencia social que asocia la locura con el peligro, los crímenes y la falta de razón.

En consonancia con lo anterior, se evidenció que para este caso preciso el contexto familiar se encuentra debilitado, ya que en los casos estudiados dicho estigma y exclusión en algunas ocasiones es ejercido por la familia inmediata y en el contexto de la familia extensa; esto llama la atención, ya que la familia representa el contexto más cercano, encargado del cuidado en casa del sujeto. En efecto, en las entrevistas se encontró presencia de agotamiento y desconocimiento de la familia frente a la forma de tratar al sujeto, situaciones que complejizan aún más las dinámicas familiares.

Seguidamente, se expondrá la manera como al principio de la investigación se partió de la hipótesis clínica de que la locura se fundamenta en unos imaginarios sociales; de entrada se enmarcan dos grandes visiones frente a la enfermedad mental y la locura, por un lado, aparecen las concepciones a partir del discurso científico y por otro aparece el discurso de las comunidades y los mismos sujetos frente al padecimiento, dichas visiones al principio aparecieron como antagonistas, sin embargo, a medida que se fue desarrollando la temática en la investigación, más sumado el aporte encontrado en las entrevistas y revisión documental, se identificó puntos de encuentro y convergencia de dichos discursos; así como también, aparece la posibilidad de incluir dentro de las prácticas y lógicas de atención en salud, la visión de los sujetos y familiares frente al padecimiento psíquico.

Dichos discursos convergen en la medida en que, en la revisión bibliográfica de la investigación, se logra ubicar fuertes críticas frente a la historia de la perspectiva asilar, el manejo farmacológico y el tratamiento psiquiátrico hacia la locura, prácticas que a nivel documental se encontraban relacionadas con el estigma y exclusión; sin embargo, en la realización de las entrevistas, se evidenció que los sujetos entrevistados, si bien expresaron críticas y desacuerdos con la perspectiva asilar, también ilustraron algunas posibilidades de articulación, como lo es hecho de que los dos sujetos señalaron que actualmente ha habido mejoras y avances en el tratamiento, asimismo reconocen el tratamiento psiquiátrico y farmacológico, como fundamental para poder hacer frente al diagnóstico.

Otro aspecto fundamental, es que los sujetos proponen que sus voces y experiencias sean tenidas en cuenta al momento de establecer el tratamiento; igualmente, desde la visión del cuidador institucional entrevistado (médico psiquiatra), llama la atención la apertura para incluir y validar los saberes y conocimientos de la comunidad, incluso propone el trabajo en conjunto y la unión del saber y tratamiento psiquiátrico junto con el tratamiento y las formas de abordar la locura desde la comunidad.

Dicha articulación, tiene sus bases en la etnopsiquiatría, la cual propone comprender el modo de pensar, actuar y padecer de los grupos culturales y, a partir de allí, ubicar relaciones entre los padecimientos psicopatológicos y la cultura en la que se inscribe dichos padecimientos. (Gutiérrez, J; 2016). Esta convergencia entre el discurso académico y el discurso comunitario frente a la locura, representa la posibilidad para incluir, dentro de la práctica clínica y la atención en salud mental comunitaria, la visión del sujeto frente a su

padecer, su propia cosmovisión y que se tenga en cuenta la forma como la familia y la comunidad concibe y entiende la locura. Dicha inclusión puede generar beneficios para la atención en salud, como lo es propiciar la adherencia al tratamiento, mayor inclusión de la familia y mejorar la percepción del sujeto frente al tratamiento, ya que los saberes y conocimientos de los sujetos son tomados en cuenta frente a las propias patologías y malestares que les suceden.

Finalmente, esta investigación se enmarca en un intento por ubicar la locura a nivel discursivo y comunitario, dicho intento representó un desafío a nivel académico y también implicó reconocer dos grandes discursos que circulan a nivel social sobre la locura, el primero enfocado a relacionar la locura con la falta de razón, la peligrosidad y la criminalidad, discurso que refuerza y perpetúa el estigma y exclusión hacia el sujeto loco; el segundo discurso se encuentra asociado al intento de las comunidades por incluir al sujeto loco, a través de explicaciones mitológicas, rituales mágicos y confesiones para tratar la locura, seguido de sentimientos de empatía frente al sujeto, que a mi modo de ver, representan una manera de alojar al otro y un intento por enfrentar en comunidad dicho padecimiento; dentro de dicho discurso también aparece lo encontrado en las entrevistas y la revisión documental, sobre la inclusión de las voces del sujeto frente a su tratamiento y padecer; es válido aclarar que el primer discurso representa un panorama desalentador para la locura, sin embargo, aparece el segundo discurso con una visión más amplia e incluyente frente al sujeto; en este estudio, se reconoce el primer discurso como una problemática a intervenir y el segundo discurso como una posibilidad para continuar trabajando en pro de ello.

RECOMENDACIONES

- Se considera importante que para futuros estudios se enfatice en el contexto familiar, dado se identifica como un aspecto por estudiar, ya que las familias aparecen como perpetuadoras del estigma, ante el desconocimiento, la frustración y el temor de acompañar al paciente psiquiátrico; considero que una intervención comunitaria puede estar orientada desde el ámbito familiar.
- Otra población que debe ser priorizada al momento de estudiar la locura, es el personal de salud, en especial el personal encargado del cuidado de los sujetos

diagnosticados con algún tipo de enfermedad mental, ya que al igual que las familias, en algunas ocasiones realizan prácticas que estigmatizan y discriminan a los sujetos.

- Es importante generar acciones orientadas a fortalecer la comunicación y el establecimiento de redes a nivel comunitario, un recurso para ello, puede ser el ámbito de la tecnología, el cual puede fortalecer y fomentar la creación de redes de apoyo entre pacientes, familiares y personal de salud; es decir, que las redes comunitarias, no solo sean potenciadas en el territorio, sino que también se utilice los medios tecnológicos para divulgación y socialización entre grupos.
- Es fundamental fortalecer la política pública en salud mental, donde se incluya con mayor relevancia la atención comunitaria y se proponga deconstruir de forma paulatina el estigma y representaciones negativas asociadas a la locura; y a partir de allí, crear nuevas herramientas de reconocimiento a nivel social del sujeto loco.
- Ahora bien, en lo que concierne al interés de la presente investigación, es válido aclarar que la orientación teórica que guió gran parte de la investigación tuvo un énfasis psicoanalítico, sin desconocer que existen múltiples perspectivas y marcos explicativos desde otras disciplinas, los cuales también resultan importantes y novedosos, pero para efecto e interés del presente estudio se decidió centrar en la teoría psicoanalítica; por tanto, para futuros estudios puede ser valioso indagar y estudiar desde otras orientaciones y/o disciplinas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arango-Dávila, C. A., Fernández, J. C. R., & Moreno, M. (2008). Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(4), 538-563.
- Ardila, S., & Galende, E. (2011). El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria. *Salud Mental y Comunidad*, 1(1), 39-50.
- Arias-Valencia, S. A. (2017). Del saber cotidiano al conocimiento científico de la enfermedad en las poblaciones. Dificultades y retos de la epidemiología como disciplina científica. *Historia y sociedad*, (32), 83-101.

- Avendaño, J. G. (2019). Historiografía de la locura y de la psiquiatría en Colombia. De los médicos escritores a la perspectiva crítica, 1968-2018. *HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local*, 11(21), 285-318.
- Azor & Asociados. Tengo miedo a volverme loco: ¿qué hacer? Psicología y mente. <https://psicologiaymente.com/clinica/tengo-miedo-a-volverme-loco>
- Báez, J. F. (2014). Báez, J., Karam, M., Forero, J. V., & Fernández, R. R. (2008). Factibilidad de intervención en la psicosis desde el psicoanálisis en un programa institucional de inclusión social. *Tesis psicológica: Revista de la Facultad de Psicología*, (3), 100-115.
- Barona, A. (2021, Enero). Oh témporas, oh mores. El País. <https://www.elpais.com.co/opinion/columnistas/armando-barona-mesa/oh-temporas-oh-mores.html>
- Cáceres, C., Druetta, I., Hartfiel, M., & Riva, M. R. (2009). El PREA, una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat*, 20(86), 299-307.
- Cadavid, A. (2011) “¡Todos estamos locos!” Estigma de la locura en Antioquia, 1930-1970, Tesis de pregrado para optar por el título de historiadora, Universidad de Antioquia.
- Campo, A., Oviedo, H., & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 162-167.
- Castrillón-Valderrutén, M. D. C. (2020). Entre asilos y hospitales psiquiátricos. Una reflexión historiográfica sobre el programa institucional de atención a la locura en Colombia. *Sociedad y economía*, (40), 143-162.
- Cea, J y Castillo, T. (2018). Locura y neoliberalismo. El lugar de la antipsiquiatría en la salud mental contemporánea. *Política y sociedad*, 55(2), 559-574.
- Climent, C. (2017, Diciembre). Los miedos ancestrales. El País. <https://www.elpais.com.co/opinion/columnistas/carlos-e-climent/los-miedos-ancestrales.html>

- Cobo, C. (2019) Discursos legales y disciplinares que inciden en el abordaje de la locura y la enfermedad mental en Cali (1970 - 2000). [Tesis de maestría, Universidad del Valle] <https://bibliotecadigital.univalle.edu.cruzo/handle/10893/15218>
- Coll, G (2014). Locura y Psicosis: Diferencias conceptuales, consecuencias clínicas y efectos políticos.
- Cruz Montalvo, O. M. (2016). Pensar, practicar y escribir: la revista colombiana de psiquiatría y la historia de la psiquiatría colombiana en la segunda mitad del siglo xx. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(4), 245-252.
- Cruz, M. (2015). La locura en la vida normal.
- Cruz, S. (2010, Julio). Jovita, cuarenta años tan muerta, tan viva. *El País*. <https://www.elpais.com.co/calijovita-cuarenta-anos-tan-muerta-tan-viva.html>
- Díaz, D (2011) Locos y locura en la comunidad médica bogotana a finales del siglo XIX y principios del XX. [Tesis, Universidad de los Andes] <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/24642/u471831.pdf?sequence=1>
- Espinosa, V. (2008). Narcisismo y psicosis. En V. H. Espinosa, *Las psicosis: sufrimiento mental y comprensión psicodinámica* (págs. 149-168). Barcelona: Herder
- Figueroba, A. (2017). Locura colectiva o enfermedad psicogénica masiva: ¿qué es? *Psicología y mente*. <https://psicologiaymente.com/clinica/locura-colectiva>
- Foucault, M. (1976). *Historia de la locura en la época clásica*, (original de 1961). México: Fondo de Cultura Económica
- Freud, S. (1911). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. En S. Freud, *Obras completas*. Tomo XII (págs. 1-76). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914). *Tótem y tabú (Obras Completas)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917). Conferencia. *Psicoanálisis y psiquiatría*. En S. Freud, *Obras Completas*. Tomo XVI (págs. 223-234). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1921). *Psicología de las Masas y Análisis del Yo*. En S. Freud, *Obras Completas*. Tomo XVIII (págs. 63-136). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1924). La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis. Obras completas, 19, 189-198.
- Galende, E. (2008). Desmanicomialización institucional y subjetiva. Conferencia y Mesa Redonda sobre Desmanicomialización, (págs. 395-427). Buenos Aires.
- Gamboa, S. (2019, Marzo). El arte de la locura. El País. <https://www.elpais.com.co/opinion/columnistas/santiago-gamboa/el-arte-de-la-locura.html>
- Guevara, P. (2014, Noviembre). "La locura se disfraza": Carlos Climent. El País. <https://www.elpais.com.co/entretenimiento/cultura/la-locura-se-disfraza-carlos-climent.html>
- Gutiérrez Avendaño, J. (2016). Caracterización sociodemográfica, psicopatológica y terapéutica en la primera década de servicio (1958-1968) del Hospital Psiquiátrico San Isidro del Valle del Cauca. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 14-21.
- Gutiérrez, J. A. (2019). Historiografía de la locura y de la psiquiatría en Colombia. De los médicos escritores a la perspectiva crítica, 1968-2018. *Historiología Regional y Local*. 10 (N.º 21), 285-318.
- Lacan, J. (1955-1956). Seminario III. Las psicosis. En J. Lacan, Seminario III. Las psicosis. Paidós.
- Lacan, J. (1967). Breve discurso a los psiquiatras. Conferencia pronunciada en el anfiteatro Magnan del Hospital Sainte-Anne, (págs. 2-34).
- Lacan, J. (1999). Seminario V. Las formaciones del inconsciente. Paidós.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Tres Haches.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83.
- Lupicinio, I., & Antaki, C. (1994). El análisis del discurso en psicología social. *Boletín de Psicología*, (4).

- Maleval, J. C. (1998). *Lógica del delirio*. Ediciones Del Serbal.
- Maleval, J. C. (2002). La forclusión del Nombre del Padre: el concepto y su clínica. Buenos Aires: Paidós.
- Meneses, L. &. (2016). El estatuto del cuerpo imaginario en pacientes psiquiátricos. Cali, Colombia: Universidad San Buenaventura.
- Mera, A. (2014, Noviembre). La locura lúcida. El País. <https://www.elpais.com.co/opinion/columnistas/aura-lucia-mera/la-locura-lucida.html>
- Miller, J. A. (2011). Cuando el Otro es malo. Buenos Aires: Paidós.
- Ministerio de la Protección social (2008). *Resolución 2378 de 2008 Por la cual se adoptan las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación*. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social de Colombia.
- Ministerio de Salud (1993). *Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud de Colombia.
- Moral Jiménez, María de la Villa (2008) Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la psicología social de la salud Patologización preventiva de la vida cotidiana En: Boletín de Psicología, No. 94, noviembre 2008, 85-104 <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N94-6.pdf>
- Pardo, N. (2007). Cómo hacer análisis crítico del discurso. *Santiago de Chile: Frasis Editores*.
- Polanco, R. (2007). Psicoterapia v/s farmacoterapia I: Aproximación inicial a las fronteras disciplinarias e ideológicas frente a una praxis compartida. Cuadernos de neuropsicología, 1(1), 8-17.
- Ramírez, A. (2014). De la locura al síndrome. Expresión digital. <https://expresiondigital.ucp.edu.co/?p=10951>
- Rodríguez, E. (2018). Ser loco en Colombia es difícil. Las2orillas. <https://www.las2orillas.co/ser-loco-en-colombia-es-dificil/>

- Roselli, H. (2009). Terapias psiquiátricas en Colombia antes de la era psicofarmacológica. *Revista Psimonart*, 2(1), 111-121.
- Rossi, G. (2007). Acompañamiento terapéutico. *Polemos*, 17-40.
- Roudinesco, E. &. (2008). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós
- Solano Murcia, M. I., & Vásquez Cardozo, S. (2014). Familia, en la salud y en la enfermedad... mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43(4), 194-202.
- Uribe, C. (1999) Narración, mito y enfermedad mental: hacia una psiquiatría cultural. *REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA* Vol. 28 No.3 pp. 219 a 238
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v28n3/v28n3a05.pdf>
- Van Dijk, T. A. (1999). Análisis crítico del discurso. *Anthropos (Barcelona)*, 186.
- Van Dijk, T. A. (2005). Ideología y análisis del discurso. *Utopía y praxis latinoamericana*, 10(29), 9-36.
- Vásquez Valencia, M. F. (2018). El papel de la teoría de la degeneración en la comprensión de las enfermedades mentales, Colombia primera mitad del siglo XX. *Historia y sociedad*, (34), 15-39.
- Velásquez, J. (2022). La locura. Nueva Escuela Lacaniana Medellín. <https://nel-medellin.org/nel-medellin/la-locura-por-jose-fernando-velasquez-ame-de-la-amp-y-de-la-nel/>
- Viera, J. (2021). Psicoterapia: más allá del concepto de 'locura'. *Psicología y mente*.
<https://psicologiaymente.com/clinica/psicoterapia-mas-alla-locura>

ANEXOS

Anexo 1. Formulario de consentimiento informado para sujetos participantes

Información acerca de la Investigación.

- TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Discursos sociales sobre la locura en el Departamento del Valle del Cauca.
- NÚMERO DE PROTOCOLO
- NOMBRE DEL PATROCINADOR: La presente investigación será financiada por el investigador principal.
- NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: Valentina Marmolejo Gómez
- ¿POR QUÉ SE ESTÁ HACIENDO ESTA INVESTIGACIÓN?

Esta investigación se realiza con el objetivo de analizar y comprender los discursos sociales sobre la locura en el departamento del Valle del Cauca e identificar cómo están contribuyendo a la concepción y al tratamiento social de la locura

Este trabajo se realizará a partir del desarrollo de entrevistas a diversos actores que permitirán el acercamiento y la comprensión de la locura desde las voces de los participantes. Esto con la intención de lograr un aporte a futuros y posibles procesos de acompañamiento a sujetos diagnosticados con psicopatologías o llamados socialmente "locos"; con el fin de incluir en la práctica, los saberes comunitarios dentro de la atención de la salud mental.

- ¿EN QUÉ CONSISTE ESTA INVESTIGACIÓN?

La investigación consiste en el desarrollo de una o más sesiones de entrevista que se realizarán en el departamento del Valle a sujetos con padecimientos psíquicos y/o psicopatológicos y a cuidadores de personas con padecimiento psíquicos (cuidadores institucionales, profesionales de la salud y familiares), que cuentan con la mayoría de edad.

Se aclara que el término de padecimientos psíquicos o psicopatologías, hace referencia a aquellas enfermedades o diagnósticos, que generan un impacto en la dimensión psicológica de los sujetos o entiéndase en términos coloquiales, aquellas enfermedades que afectan la mente de los sujetos.

Es importante mencionar que no se incluirán en la investigación, sujetos que se encuentren cursando con crisis en salud mental, episodios de agitación psicomotriz y/o descompensación mental, así como tampoco se incluyen sujetos declarados a nivel legal como interdictos.

- **¿QUÉ TENGO QUE HACER SI PARTICIPO EN ESTA INVESTIGACIÓN?**

Los participantes de esta investigación harán parte, de forma voluntaria, de una o más entrevistas que permitirán recolectar la información necesaria para lograr los objetivos planteados.

- **¿CUÁNTAS PERSONAS PARTICIPARÁN EN ESTA INVESTIGACIÓN?**

El número de entrevistas a realizar se definirá a medida que se vaya encontrando el punto de saturación, el cual, hace referencia a lograr una información completa y amplia frente a la temática de estudio. Se parte de un mínimo de seis entrevistas a personas mayores de edad.

- **¿CUÁNTO TIEMPO ESTARÉ EN ESTA INVESTIGACIÓN?**

El tiempo de participación en la investigación dependerá de la duración y el número de las entrevistas. Se espera que sean máximo dos por cada participante, las cuales tendrán una duración aproximada de una hora cada una. El tiempo entre cada entrevista se acordará según la disponibilidad de tiempo, cada 8 o 15 días de ser necesario. La razón por la cual, se realizaría una segunda entrevista con un participante, será por fines académicos, después de revisar la primera entrevista y evidenciar necesidad de ampliar o clarificar información; esta segunda entrevista se realizara siempre y cuando el participante autorice voluntariamente su participación en la misma.

- **¿PUEDO RETIRARME DE LA INVESTIGACIÓN DE MANERA VOLUNTARIA EN CUALQUIER MOMENTO?**

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria, por esta razón, usted podrá retirarse de la misma y/o revocar el consentimiento informado en el momento que considere conveniente sin que deba ofrecer explicación o justificación alguna, los datos hasta el momento recopilados no serán utilizados dentro de la investigación. Únicamente le agradezco informarlo.

- **¿QUÉ PASA SI ME RETIRO DE LA INVESTIGACIÓN?**

Sobre usted no recaerá ninguna consecuencia si se retira de la investigación.

- **¿POR QUÉ PODRÍA EL INVESTIGADOR PRINCIPAL RETIRARME DE LA INVESTIGACIÓN TEMPRANAMENTE?**

El investigador podría retirar al participante que manifieste dificultades o incomodidades a nivel emocional por los temas que se desarrollan durante la entrevista. Así mismo, se realizará la contención pertinente y se remitirá a servicio de atención psicológico de ser necesario.

En el caso de personas con padecimiento psíquicos, de identificar signos posibles de crisis en salud mental, episodios de agitación psicomotriz y/o descompensación mental durante el desarrollo de las entrevistas, el participante será retirado de la investigación y será remitido a las instituciones pertinentes para su atención en salud mental.

- ¿CUÁLES SON LOS RIESGOS O INCOMODIDADES ASOCIADOS A ESTA INVESTIGACIÓN?

Psicológicos: El riesgo psicológico asociado al desarrollo de esta investigación es la alteración del funcionamiento psicológico habitual, teniendo en cuenta que se abordan temáticas relacionadas con las vivencias y experiencias de los sujetos y/o cuidadores frente a la locura. Por esta razón se tiene en cuenta un protocolo que busca la estabilización del daño psíquico y emocional, en caso de que este se dé, que se expone en otros puntos de este consentimiento.

Sociales: Sin riesgo

Médicos: Sin riesgo

- ¿OBTENDRÉ ALGUN BENEFICIO AL PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN?

El beneficio que usted obtiene es saber que sus reflexiones aportan a la comprensión de una problemática compleja que requiere ser abordada desde una perspectiva integral y para la que hay muy pocos estudios.

- ¿QUÉ BENEFICIOS OBTENDRA LA COMUNIDAD DE ESTA INVESTIGACIÓN?

El beneficio a la comunidad consiste en el aporte a futuros y posibles procesos de acompañamiento en el área de salud mental a sujetos con padecimientos psíquicos y sus respectivos cuidadores; lo que posibilitara la construcción de una atención integral en salud mental comunitaria, que incluya dentro de la atención, la propia visión del sujeto y su entorno.

- ¿CÓMO SE VA A MANEJAR LA PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE MIS DATOS PERSONALES?

Las entrevistas serán transcritas por el investigador principal, su nombre será modificado por uno que usted seleccione. Cualquier dato que usted considere deba eliminarse de la transcripción será eliminado o si usted lo considera, modificado, por ejemplo nombres de ciudades o personas. La entrevista se realizará en el lugar y hora que usted defina y únicamente se grabará con previa autorización. El archivo de audio será guardado con clave de seguridad por el investigador. La información recolectada durante las entrevistas solo será manejada por el investigador principal y el docente que dirige la investigación, además, se garantiza que los datos de identificación de los participantes no serán publicados.

- ¿QUÉ SUCEDERÍA SI NO SE RESPETA LA CONFIDENCIALIDAD DE MIS DATOS?

Es deber de los investigadores salvaguardar tanto la identidad como la información de los participantes, para garantizar este deber se implementarán los siguientes mecanismos: El manejo de la información se realizará únicamente por los miembros del grupo investigador: Investigador principal y el director. La información de las entrevistas, grabaciones y registros serán descargados únicamente en los computadores del equipo investigador y serán

guardados en pdf protegido. Los nombres de los participantes serán cambiados por razones de seguridad, por el nombre que cada uno de los participantes asigne, de manera que le sea posible identificar sus contenidos y verificar que ha sido preservada su identidad y privacidad.

Según el artículo 15 de la ley, 1581 de 2012, ley de habeas data, “toda persona tiene derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas”

En caso de que usted considere que la confidencialidad ha sido vulnerada puede dirigirse inicialmente a la Decanatura de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Facultad de Enfermería a través de la Doctora Olga Diaz Usme, diazolga@unbosque.edu.co o 6489000 Ext. 1311, de no encontrar respuesta satisfactoria en esta instancia podrá dirigirse a la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad el Bosque, investigaciones@unbosque.edu.co y ellos analizarán la pertinencia de remitirlo al Comité Institucional de Ética en Investigaciones, 6489000 ext 1520, comiteetica@unbosque.edu.co y las acciones correctivas a desarrollar.

Si la respuesta de estas instancias no es satisfactoria o fuese necesario tomar acciones legales, lo podrá hacer a través de la Fiscalía General de la Nación y sus canales de comunicación: llamando a los números 57(1) 5702000 (#7) en Bogotá, 018000919748 o línea celular 122 para el resto del país y a través de la denuncia virtual en la página web de la Fiscalía General de la Nación y de la Policía Nacional.

- ¿MI PARTICIPACIÓN EN ESTA INVESTIGACIÓN IMPLICA QUE VOY A RECIBIR ALGUN TIPO DE TERAPIA?

La investigación no contempla el desarrollo de procesos terapéuticos, sin embargo, si durante la entrevista usted refiere necesidad del mismo, será canalizado a través del Servicio de Atención Psicológica o podrá comunicarse a la Línea 106 para atención psicológica a través de tele consulta.

- ¿TIENE ALGÚN COSTO MI PARTICIPACIÓN EN ESTA INVESTIGACIÓN?

La participación no tiene ningún costo. El investigador principal se desplazará a los lugares que los participantes consideren cómodos y que no requieran de pago por transporte.

- ¿RECIBIRÉ ALGUN TIPO DE COMPENSACIÓN O PAGO?

Los participantes no recibirán pago monetario o en especie durante el desarrollo de las entrevistas. La compensación que usted recibirá consiste en saber que aporta a la generación de conocimiento.

- ¿QUÉ PASA SI ME LESIONO O ME ENFERMO DURANTE LA INVESTIGACIÓN?

La probabilidad de lesión o enfermedad durante la investigación es mínima, sin embargo, en caso de presentarse una situación relacionada, el investigador principal activará las rutas pertinentes de atención en salud de acuerdo con sus filiaciones al sistema de salud.

- ¿CÓMO SE RESPONSABILIZARÁ EL INVESTIGADOR O LA INVESTIGACIÓN SI A MI COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN ME PASA ALGO MALO ASOCIADO A LA INVESTIGACIÓN?

Asociado a la investigación únicamente se puede presentar que, por el hecho de evocar vivencias, usted perciba malestar emocional, en tal caso, será canalizado al Servicio de Atención Psicológica o por medio de la atención en la red de salud del departamento del Valle del Cauca.

- ¿CUÁLES SON MIS DERECHOS COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN?

Usted tiene derecho a que sus preguntas reciban respuesta de forma oportuna antes, durante y después del desarrollo de la investigación.

- ¿CÓMO Y EN QUE MOMENTO VOY A CONOCER LOS DATOS FINALES DE LA INVESTIGACIÓN?

Una vez finalizada la investigación se realizará una reunión con cada uno de los participantes, en la que se brindará retroalimentación general acerca de los hallazgos con especial énfasis en las recomendaciones para la intervención, derivadas de la investigación.

- ¿QUE TIPO DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD DEBO TENER EN LAS ENTREVISTAS ?

Los encuentros presenciales comprendidos para la realización de las entrevistas, se harán respetando las normativas de prevención y mitigación del COVID-19, acogiéndonos a los lineamientos del protocolo de bioseguridad del Ministerio de Salud, teniendo presente el uso permanente de tapabocas y el distanciamiento; se aclara, que como el lugar de encuentro está sujeto al criterio del participante, se acogerán los lineamientos de bioseguridad, de acuerdo al espacio destinado para la realización de entrevistas.

- ¿QUÉ HAGO SI TENGO ALGUNA PREGUNTA O PROBLEMA?

En caso de preguntas y/o dificultades estas se deben consultar con el investigador principal, Valentina Marmolejo Gómez al correo: vmarmolejog@unbosque.edu.co o con el director de la investigación Carlos Eduardo Valderrama al correo cevalderrama@gmail.com o con la Decanatura de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Facultad de Enfermería a través de la Doctora Olga Diaz Usme al correo diazolga@unbosque.edu.co

- INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL COMITÉ DE ÉTICA

Comité Institucional de Ética en Investigaciones, 648 9000 extensión 1520,

comiteetica@unbosque.edu.co, Calle 132 No.7A-85.

- **INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN**

Valentina Marmolejo Gómez
 Maestranda en Salud Mental Comunitaria
 Universidad el Bosque
 Teléfono: 3225688968
 Dirección: Carrera 38 N° 13-13.
 Correo electrónico: vmarmolejog@unbosque.edu.co

Carlos Eduardo Valderrama
 Asesor de investigación
 Correo cevalderrama@gmail.com

Anexo 2. Formulario de consentimiento informado para cuidadores institucionales y/o familiares.

Información acerca de la Investigación.

- **TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Discursos sociales sobre la locura en el Departamento del Valle del Cauca.
- **NÚMERO DE PROTOCOLO**
- **NOMBRE DEL PATROCINADOR:** La presente investigación será financiada por el investigador principal.
- **NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Valentina Marmolejo Gómez
- **¿POR QUÉ SE ESTÁ HACIENDO ESTA INVESTIGACIÓN?**

Esta investigación se realiza con el objetivo de analizar y comprender los discursos sociales sobre la locura en el departamento del Valle del Cauca e identificar cómo están contribuyendo a la concepción y al tratamiento social de la locura

Este trabajo se realizará a partir del desarrollo de entrevistas a diversos actores que permitirán el acercamiento y la comprensión de la locura desde las voces de los participantes. Esto con la intención de lograr un aporte a futuros y posibles procesos de acompañamiento a sujetos diagnosticados con psicopatologías o llamados socialmente "locos"; con el fin de incluir en la práctica, los saberes comunitarios dentro de la atención de la salud mental.

- **¿EN QUÉ CONSISTE ESTA INVESTIGACIÓN?**

La investigación consiste en el desarrollo de una o más sesiones de entrevista que se realizarán en el departamento del Valle a cuidadores de personas con padecimiento psíquicos (cuidadores institucionales, profesionales de la salud y familiares), que cuentan con la mayoría de edad.

- **¿QUÉ TENGO QUE HACER SI PARTICIPO EN ESTA INVESTIGACIÓN?**

Los participantes de esta investigación harán parte, de forma voluntaria, de una o más entrevistas que permitirán recolectar la información necesaria para lograr los objetivos planteados.

- **¿CUAL ES MI ROL EN ESTA INVESTIGACIÓN?**

El rol de los cuidadores institucionales y/o familiares, es aportar sus conocimientos, vivencias y experiencias en el cuidado y acompañamiento de sujetos con psicopatologías, así como también exponer los imaginarios frente al termino locura y la posición frente al tratamiento; teniendo presente que para abordar al sujeto, es importante conocer el contexto cercano del mismo, en este caso el contexto institucional, que comprende al sector de la salud mental y el contexto familiar, que corresponde a la convivencia con el sujeto.

Se aclara que el termino psicopatología, hace referencia a aquellas enfermedades o diagnósticos, que generar un impacto en la dimensión psicológica de los sujetos o entiéndase en términos coloquiales, aquellas enfermedades que afectan la mente de los sujetos.

- **¿CUÁNTAS PERSONAS PARTICIPARÁN EN ESTA INVESTIGACIÓN?**

El número de entrevistas a realizar se definirá a medida que se vaya encontrando el punto de saturación, el cual, hace referencia a lograr una información completa y amplia frente a la temática de estudio. Se parte de un mínimo de seis entrevistas a personas mayores de edad.

- **¿CUÁNTO TIEMPO ESTARÉ EN ESTA INVESTIGACIÓN?**

El tiempo de participación en la investigación dependerá de la duración y el número de las entrevistas. Se espera que sean máximo dos por cada participante, las cuales tendrán una duración aproximada de una hora cada una. El tiempo entre cada entrevista se acordará según la disponibilidad de tiempo, cada 8 o 15 días de ser necesario. La razón por la cual, se realizaría una segunda entrevista con un participante, será por fines académicos, después de revisar la primera entrevista y evidenciar necesidad de ampliar o clarificar información; esta segunda entrevista se realizara siempre y cuando el participante autorice voluntariamente su participación en la misma.

- **¿PUEDO RETIRARME DE LA INVESTIGACIÓN DE MANERA VOLUNTARIA EN CUALQUIER MOMENTO?**

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria, por esta razón, usted podrá retirarse de la misma y/o revocar el consentimiento informado en el momento que considere conveniente sin que deba ofrecer explicación o justificación alguna, los datos hasta el momento recopilados no serán utilizados dentro de la investigación. Únicamente le agradezco informarlo.

- **¿QUÉ PASA SI ME RETIRO DE LA INVESTIGACIÓN?**

Sobre usted no recaerá ninguna consecuencia si se retira de la investigación.

- ¿CUÁLES SON LOS RIESGOS O INCOMODIDADES ASOCIADOS A ESTA INVESTIGACIÓN?

Psicológicos: El riesgo psicológico asociado al desarrollo de esta investigación es la alteración del funcionamiento psicológico habitual, teniendo en cuenta que se abordan temáticas relacionadas con las vivencias y experiencias de los cuidadores frente a la locura. Por esta razón se tiene en cuenta un protocolo que busca la estabilización del daño psíquico y emocional, en caso de que este se dé, que se expone en otros puntos de este consentimiento.

Sociales: Sin riesgo

Médicos: Sin riesgo

- ¿OBTENDRÉ ALGUN BENEFICIO AL PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN?

El beneficio que usted obtiene es saber que sus reflexiones aportan a la comprensión de una problemática compleja que requiere ser abordada desde una perspectiva integral y para la que hay muy pocos estudios.

- ¿QUÉ BENEFICIOS OBTENDRA LA COMUNIDAD DE ESTA INVESTIGACIÓN?

El beneficio a la comunidad consiste en el aporte a futuros y posibles procesos de acompañamiento en el área de salud mental a cuidadores de pacientes con psicopatologías; lo que posibilitara la construcción de una atención integral en salud mental comunitaria, que incluya dentro de la atención, la propia visión del sujeto y su entorno.

- ¿CÓMO SE VA A MANEJAR LA PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE MIS DATOS PERSONALES?

Las entrevistas serán transcritas por el investigador principal, su nombre será modificado por uno que usted seleccione. Cualquier dato que usted considere deba eliminarse de la transcripción será eliminado o si usted lo considera, modificado, por ejemplo nombres de ciudades o personas. La entrevista se realizará en el lugar y hora que usted defina y únicamente se grabará con previa autorización. El archivo de audio será guardado con clave de seguridad por el investigador. La información recolectada durante las entrevistas solo será manejada por el investigador principal y el director de la investigación, además, se garantiza que los datos de identificación de los participantes no serán publicados.

- ¿QUÉ SUCEDERÍA SI NO SE RESPETA LA CONFIDENCIALIDAD DE MIS DATOS?

Es deber de los investigadores salvaguardar tanto la identidad como la información de los participantes, para garantizar este deber se implementarán los siguientes mecanismos: El manejo de la información se realizará únicamente por los miembros del grupo investigador: Investigador principal y el director. La información de las entrevistas, grabaciones y registros serán descargados únicamente en los computadores del equipo investigador y serán guardados en pdf protegido. Los nombres de los participantes serán cambiados por razones de seguridad, por el nombre que cada uno de los participantes asigne, de manera que le sea

posible identificar sus contenidos y verificar que ha sido preservada su identidad y privacidad.

Según el artículo 15 de la ley, 1581 de 2012, ley de habeas data, “toda persona tiene derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas”

En caso de que usted considere que la confidencialidad ha sido vulnerada puede dirigirse inicialmente a la Decanatura de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Facultad de Enfermería a través de la Doctora Olga Diaz Usme, diazolga@unbosque.edu.co o 6489000 Ext. 1311, de no encontrar respuesta satisfactoria en esta instancia podrá dirigirse a la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad el Bosque, investigaciones@unbosque.edu.co y ellos analizarán la pertinencia de remitirlo al Comité Institucional de Ética en Investigaciones, 6489000 ext 1520, comiteetica@unbosque.edu.co y las acciones correctivas a desarrollar.

Si la respuesta de estas instancias no es satisfactoria o fuese necesario tomar acciones legales, lo podrá hacer a través de la Fiscalía General de la Nación y sus canales de comunicación: llamando a los números 57(1) 5702000 (#7) en Bogotá, 018000919748 o línea celular 122 para el resto del país y a través de la denuncia virtual en la página web de la Fiscalía General de la Nación y de la Policía Nacional.

- **¿MI PARTICIPACIÓN EN ESTA INVESTIGACIÓN IMPLICA QUE VOY A RECIBIR ALGUN TIPO DE TERAPIA?**

La investigación no contempla el desarrollo de procesos terapéuticos, sin embargo, si durante la entrevista usted refiere necesidad del mismo, será canalizado a través del Servicio de Atención Psicológica o podrá comunicarse a la Línea 106 para atención psicológica a través de tele consulta.

- **¿TIENE ALGÚN COSTO MI PARTICIPACIÓN EN ESTA INVESTIGACIÓN?**

La participación no tiene ningún costo. El investigador principal se desplazará a los lugares que los participantes consideren cómodos y que no requieran de pago por transporte.

- **¿RECIBIRÉ ALGUN TIPO DE COMPENSACIÓN O PAGO?**

Los participantes no recibirán pago monetario o en especie durante el desarrollo de las entrevistas. La compensación que usted recibirá consiste en saber que aporta a la generación de conocimiento.

- ¿QUÉ PASA SI ME LESIONO O ME ENFERMO DURANTE LA INVESTIGACIÓN?

La probabilidad de lesión o enfermedad durante la investigación es mínima, sin embargo, en caso de presentarse una situación relacionada, el investigador principal activará las rutas pertinentes de atención en salud de acuerdo con sus filiaciones al sistema de salud.

- ¿CÓMO SE RESPONSABILIZARÁ EL INVESTIGADOR O LA INVESTIGACIÓN SI A MI COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN ME PASA ALGO MALO ASOCIADO A LA INVESTIGACIÓN?

Asociado a la investigación únicamente se puede presentar que, por el hecho de evocar vivencias, usted perciba malestar emocional, en tal caso, será canalizado al Servicio de Atención Psicológica o por medio de la atención en la red de salud del departamento del Valle del Cauca.

- ¿CUÁLES SON MIS DERECHOS COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN?

Usted tiene derecho a que sus preguntas reciban respuesta de forma oportuna antes, durante y después del desarrollo de la investigación.

- ¿CÓMO Y EN QUE MOMENTO VOY A CONOCER LOS DATOS FINALES DE LA INVESTIGACIÓN?

Una vez finalizada la investigación se realizará una reunión con cada uno de los participantes, en la que se brindará retroalimentación general acerca de los hallazgos con especial énfasis en las recomendaciones para la intervención, derivadas de la investigación.

- ¿QUE TIPO DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD DEBO TENER EN LAS ENTREVISTAS ?

Los encuentros presenciales comprendidos para la realización de las entrevistas, se harán respetando las normativas de prevención y mitigación del COVID-19, acogiéndonos a los lineamientos del protocolo de bioseguridad del Ministerio de Salud, teniendo presente el uso permanente de tapabocas y el distanciamiento; se aclara, que como el lugar de encuentro está sujeto al criterio del participante, se acogerán los lineamientos de bioseguridad, de acuerdo al espacio destinado para la realización de entrevistas.

- ¿QUÉ HAGO SI TENGO ALGUNA PREGUNTA O PROBLEMA?

En caso de preguntas y/o dificultades estas se deben consultar con el investigador principal, Valentina Marmolejo Gómez al correo: vmarmolejog@unbosque.edu.co o con el director de la investigación Carlos Eduardo Valderrama al correo cevalderrama@gmail.com o con la Decanatura de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Facultad de Enfermería a través de la Doctora Olga Diaz Usme al correo diazolga@unbosque.edu.co

- INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL COMITÉ DE ÉTICA

Comité Institucional de Ética en Investigaciones, 648 9000 extensión 1520,
comiteetica@unbosque.edu.co, Calle 132 No.7A-85.

- INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN

Valentina Marmolejo Gómez
Maestranda en Salud Mental Comunitaria
Universidad el Bosque
Teléfono: 3225688968
Dirección: Carrera 38 N° 13-13.
Correo electrónico: vmarmolejog@unbosque.edu.co

Carlos Eduardo Valderrama
Asesor de investigación
Correo cevalderrama@gmail.com

Anexo 3. Formulario de firmas para el consentimiento informado

He sido invitado(a) a participar en el estudio cualitativo “**Discursos sociales sobre la locura en el Departamento del Valle del Cauca**”, entiendo que mi participación consistirá responder a entrevistas a profundidad en mi rol de participante. He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de esta investigación. Cuando firme este documento de consentimiento informado recibiré una copia del mismo (partes 1 y 2).

Autorizo el uso y la divulgación de mi información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente.

Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar esta hoja de Consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Autorizo la grabación de audio de las entrevistas: SÍ _____ NO _____

Para constancia, firmo a los ____ (días) _____ (mes) _____ (año)

Nombre del Participante

Firma del Participante

Investigador principal

Firma del Investigador

Nombre del Testigo (I)

Firma del Testigo (I)

Anexo 4. Guía de entrevista semiestructurada³

Población 1: Sujetos que padecen psicopatologías

Representaciones e imaginarios desde sí mismo

1. ¿Qué imaginarios o representaciones tienes sobre las psicopatologías? ¿Qué piensas de la enfermedad mental?
2. ¿Cómo es vivir con una psicopatología?
3. ¿Qué se le viene a la cabeza cuando escucha la palabra locura? ¿Con que relaciona esa palabra?

Representaciones e imaginarios de los otros

4. ¿Qué imagen dan los medios de comunicación a una persona con psicopatología?
5. ¿Cuáles son las conversaciones que se dan a nivel social sobre las psicopatologías?
6. ¿Cuáles son las experiencias y vivencias dentro de la institución psiquiátrica?
7. ¿Consideras que a nivel social existe una exclusión o rechazo de las personas que padecen psicopatologías?

Sobre los aspectos clínicos de la enfermedad

8. ¿Cómo consideras que es el tratamiento de las psicopatologías? ¿Tienes alguna recomendación o sugerencia frente a dicho tratamiento?
9. ¿Considera que existen causas o factores que influyan en la aparición de las psicopatologías?

Situaciones, contextos y experiencias de los sujetos

10. ¿Cómo es la convivencia con los miembros de su familia?
11. ¿Qué actividades domésticas realizas?
12. ¿Cómo es para usted la inclusión y desenvolvimiento laboral?
13. ¿Qué vivencias, experiencias significativas y momentos difíciles has tenido que afrontar en el ámbito social, laboral y familiar?

Población 2: Cuidadores de personas con psicopatologías (cuidadores institucionales, familiares y personal sanitario)

Representaciones e imaginarios desde sí mismo

1. ¿Qué percepción tienes de una persona con psicopatologías?
2. ¿Qué piensas del tratamiento llevado a cabo con la psicopatología?
3. ¿Qué se le viene a la cabeza cuando escucha la palabra locura? ¿Con que relaciona esa palabra?

³ Las preguntas que conforman la entrevista semiestructurada, son preguntas orientadoras, que dependiente del nivel educativo y contexto del sujeto se matizaran o explicaran con el fin de generar un mayor entendimiento.

Representaciones e imaginarios de los otros

4. ¿Qué imagen dan los medios de comunicación a una persona con psicopatología?
5. ¿Cuáles son las conversaciones que se dan a nivel social sobre las psicopatologías?
6. ¿Considera que a nivel social existe una exclusión o rechazo de las personas que padecen psicopatologías?

Sobre los aspectos clínicos de la enfermedad

7. ¿Considera usted que existen causas o factores que influyan en la aparición de las psicopatologías?
8. ¿Desde tu rol (personal sanitario, familiar o cuidador) que cambios o sugerencias realizas frente a la atención del paciente con psicopatologías?

Situaciones, contextos y experiencias de los sujetos

9. ¿Cómo es el cuidado y manejo en casa de un sujeto diagnosticado con psicopatologías?
10. ¿Cómo es la inclusión y desenvolvimiento laboral de un sujeto con psicopatologías?
11. ¿Qué vivencias, experiencias significativas y momentos difíciles has tenido que afrontar en el cuidado de personas diagnosticadas con psicopatologías?