

**REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LOS PACIENTES CON  
ESQUIZOFRENIA, DE PROFESIONALES DE PSICOLOGÍA QUE REALIZARON SUS  
PRÁCTICAS DE PREGRADO DURANTE 2019 Y 2020-I EN UNA CLÍNICA  
PSIQUIÁTRICA DE BOGOTÁ**

INVESTIGADORA

Leidy Nathalia León Nieto

Trabajo de Grado para optar por el título de Magister Salud Mental Comunitaria

ASESORA METODOLÓGICA Y TUTORA

María Mercedes Lafaurie Villamil

UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
MAESTRIA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA  
BOGOTA D.C.

2020

**REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LOS PACIENTES CON  
ESQUIZOFRENIA, DE PROFESIONALES DE PSICOLOGÍA QUE REALIZARON SUS  
PRÁCTICAS DE PREGRADO DURANTE 2019 Y 2020-I EN UNA CLÍNICA  
PSIQUIÁTRICA DE BOGOTÁ**

INVESTIGADORA

Leidy Nathalia León Nieto

ASESORA METODOLÓGICA Y TUTORA

María Mercedes Lafaurie Villamil

UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
MAESTRIA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA  
BOGOTA D.C.

2020

**TABLA DE CONTENIDO**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	7
ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	10
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	22
OBJETIVOS.....	22
OBJETIVO GENERAL.....	22
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
PROPÓSITO.....	23
MARCO DE REFERENCIA.....	23
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	30
METODOLOGÍA.....	34
RIGOR CIENTÍFICO.....	42
RESULTADOS .....	42
DISCUSIÓN.....	70
CONCLUSIONES .....	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO.....83

ANEXO 2

GUIÓN ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.....89

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Sólo fue hasta la década de los 50 que organizaciones internacionales y teóricos del tema empezaron a prestarle más atención a cómo influye en la calidad de vida de las personas con enfermedad mental la mirada del otro y el lugar que se le asigna en la sociedad (Giorgi, 2002).

Las investigaciones dejan ver que los pensamientos, emociones y comportamientos hacia las personas con enfermedad mental parecen haberse vuelto más negativos y estigmatizadores en las últimas décadas. De esta forma, se concibe a las personas con enfermedad mental como individuos violentos o atemorizantes (Arnaiz y Uriarte, 2006). Esta situación es aún más difícil en el caso de la esquizofrenia, una de las patologías psiquiátricas con mayor estigma personal y social (Read, et al., 2006).

Estudios poblacionales han demostrado la existencia de prejuicios relativos a las personas con esquizofrenia, así como de la distancia social hacia los mismos (Read, et al., 2006). Dichos prejuicios empiezan a ser un problema social, dado que esta serie de pensamientos, emociones y comportamientos negativos hacia la enfermedad mental, generan que las personas que la tienen presenten un bajo nivel de autoestima y una menor calidad de vida, además de una baja adherencia a los tratamientos y una reducción significativa de sus redes sociales. No solo eso, se ha observado que, frecuentemente, esta población no puede acceder a espacios laborales o educativos normalizados, ni tampoco puede establecer relaciones de amistad o de pareja. Es allí, donde radica el problema, en la dificultad para lograr la inclusión y un tratamiento adecuado para las personas en la enfermedad mental (Tapia, et al., 2015).

Esta serie de representaciones sociales que empiezan a dificultar la inclusión de la persona con enfermedad mental, no solo competen a la población común, representan una problemática que ha pasado a niveles de institucionalidad, como clínicas psiquiátricas u hospitales, en las cuales, partiendo de una educación basada en el modelo biogénético, se refuerza la convicción, entre los profesionales de la salud, de que la esquizofrenia es una patología crónica, asociada con peligrosidad e imprevisibilidad que generan temor y distanciamiento social (Read, et al., 2006).

Lo anterior genera una serie de consecuencias tales como la poca información que reciben las personas con esquizofrenia y sus familias acerca de la naturaleza y las manifestaciones de esta enfermedad y sobre la posibilidad de una recuperación (Magliano, et al., 2004). De hecho, los psiquiatras a menudo creen que hablar de este trastorno es desmoralizador para el paciente, que hablar de recuperación alimenta falsas esperanzas y que informar a los usuarios sobre los efectos secundarios de los psicofármacos aumenta su desconfianza hacia los mismos (Magliano, et al., 2004). A estas consecuencias, podemos sumarle la asignación de recursos financieros comparativamente menores para el sistema de salud mental que para el sistema médico somático (Arnaiz y Uriarte, 2006).

Ha habido pronunciamientos sobre la necesidad de resolver esta problemática, como el de la “65 Asamblea Mundial de la Salud” donde se reconoce la preocupación porque las personas con enfermedades mentales a menudo son estigmatizadas, y se hace énfasis en la necesidad de que las autoridades sanitarias colaboren con los grupos pertinentes para cambiar las actitudes respecto de las enfermedades mentales (Medina, et al., 2018).

Sin embargo, debemos partir del personal sanitario para que los miembros del equipo de salud sean conscientes del significado que tienen las representaciones sociales negativas hacia la

enfermedad mental y de las consecuencias para los individuos que viven con ella (Arnaiz y Uriarte, 2006). Es conveniente hacer énfasis en los estudiantes y profesionales de la salud mental que mayor contacto tienen con la población psiquiátrica grave (y por tanto mayor probabilidad de generar actitudes basadas en prejuicios) tales como los estudiantes de psicología (Fresán et al., 2012).

Dicho lo anterior y atendiendo a la necesidad formativa expuesta por la clínica psiquiátrica donde se realizó este estudio, se vio pertinente identificar cuáles son las representaciones sociales sobre los pacientes con esquizofrenia de profesionales de psicología recién egresados que realizaron su práctica en dicha institución, dado que esta población posiblemente tendrá contacto directo con las personas con esquizofrenia y que sus representaciones sociales juegan un papel importante en el abordaje que le darán a la persona que vive con la enfermedad. De esta manera, además, se retroalimentan los procesos y se ofrecerán referentes para fortalecer las estrategias existentes en el contexto hospitalario orientadas a generar empatía y disminuir las actitudes negativas hacia la enfermedad mental, lo cual conllevará a una mejor atención y posiblemente una mejor evolución de los pacientes.

## **JUSTIFICACIÓN**

La enfermedad mental ha sido proscrita en diferentes momentos de la historia. A lo largo del tiempo se han identificado actitudes negativas hacia las personas con enfermedad mental, siendo el temor y el rechazo las principales. Dichas actitudes se generan particularmente desde un prejuicio, este entendido como el juicio preconcebido sin una base factual tal cual es definido por el DeCs, (2017). Para el caso de las personas con enfermedad mental, estos prejuicios se

fundamentan en que dicha población no tiene la capacidad de controlar su comportamiento, lo cual los hace ser personas agresivas y violentas, entre otras (Fresán et al., 2012).

Estas actitudes negativas hacia las personas con enfermedad mental, empiezan a crear en la sociedad un fenómeno denominado el estigma público, el cual consiste en las reacciones del público general hacia un grupo basadas en el estigma sobre ese grupo (Arnaiz y Uriarte, 2006). Dicho estigma conlleva muchas veces el que las personas con enfermedad mental sean más propensas al desempleo, el aislamiento, al retraso en la búsqueda de tratamiento y a hospitalizaciones prolongadas (Sariso y et al., 2013). Esta situación es aún más difícil en el caso de la esquizofrenia, una de las patologías psiquiátricas con mayor estigma personal y social (Read, et al., 2006).

Son los pacientes con trastorno mental grave, especialmente quienes padecen trastornos psicóticos como la esquizofrenia, los más expuestos a ver violentada su dignidad. Las actitudes negativas hacia la esquizofrenia son recurrentes lo que ha quedado plasmado en estudios realizados en distintos países, incluso en algunos se ha demostrado que los psiquiatras evitan mencionar a los pacientes el diagnóstico de esquizofrenia debido al intenso rechazo asociado al término (Pérez et al., 2015).

A lo largo del mundo las principales actitudes hacia las personas con esquizofrenia han sido el temor y el rechazo, que surgen primordialmente de la percepción pública o representación social, de que los pacientes no tienen control sobre su comportamiento y son agresivos, violentos y/o peligrosos. Dichas percepciones son establecidas mediante mitos, estereotipos y creencias tradicionales. Ejemplo de lo anterior se observa en el papel primario que ha tenido la esquizofrenia



en los medios masivos de comunicación como el paradigma de la “locura” y la incompetencia (Fresán et al., 2012).

Estas representaciones sociales tienen un impacto directo en los pacientes y sus familiares. El estigma de agresión o peligrosidad de los pacientes se asocia con el desarrollo de cuadros depresivos, una mayor ansiedad y aislamiento social, disminución de la autoestima y menores oportunidades de empleo. Además, impacta negativamente en el diagnóstico y tratamiento del padecimiento pues reduce las probabilidades de búsqueda temprana de atención especializada, como se veía anteriormente. Lo cual empeora el pronóstico clínico e incrementa el riesgo de exclusión y la vulnerabilidad de los pacientes (Fresán et al., 2012). Esto refleja que el estigma en la enfermedad mental, es una de las barreras para el desarrollo de servicios comunitarios y para la integración de las personas que presentan dicha enfermedad (Arnaiz y Uriarte, 2006).

Si bien en la sociedad se presenta estigma frente a las personas con enfermedad mental aun cuando no se haya tenido contacto con las mismas, vale la pena preguntarse ¿Qué sucede con aquellos que sí lo tienen? Incluso ir más allá y pensar ¿Qué representaciones sociales mantienen aquellos que trabajan con dicha población? Estas preguntas se han venido respondiendo en los últimos años a través de investigaciones, las cuales muestran que, si bien las actitudes basadas en representaciones sociales de los profesionales de la salud hacia la enfermedad mental son más positivas que las del público general, se ha identificado que son frecuentes las actitudes negativas, en cuanto al pronóstico y las (supuestas) limitadas posibilidades de recuperación de las personas con enfermedad mental (Kingdon, et al., 2004).

Esta investigación se fundamenta en la necesidad de conocer cuáles son las representaciones sociales que tienen frente a los pacientes con esquizofrenia, específicamente los

profesionales de psicología que realizaron sus prácticas de pregrado durante el 2019 Y 2020-I en una clínica psiquiátrica de la ciudad de Bogotá, dado que son ellos quienes han trabajado y posiblemente trabajarán de primera mano con estos pacientes y en cierta medida sus actitudes, prejuicios, temores, etc. influirán en la evolución de los tratamientos de los pacientes.

## **ESTADO DE LA CUESTIÓN O ANTECEDENTES**

Para el desarrollo del Estado de la cuestión se realizó una búsqueda de artículos científicos en las bases de datos sCielo, Redalyc, Dialnet, Sciencedirect, Pubmed, Medline, Psycinfo y Ebsco, partiendo de palabras clave contempladas en los DeCs de la Biblioteca Virtual en Salud y de UNESCO. Como palabras clave se tuvieron en cuenta: Esquizofrenia, estigmatización, enfermedad mental, trabajadores de la salud, hospital psiquiátrico, representaciones sociales. Como criterios de inclusión se establecieron los siguientes: haber sido publicados posterior a 2000, estar publicados en revistas indexadas y presentar información pertinente para el estudio. Se seleccionaron 15 estudios que cumplieron con los criterios de selección.

Para atender este fenómeno las investigaciones se han encaminado a estudiar tanto las actitudes como las representaciones sociales sobre la enfermedad mental, y en menor medida sobre enfermedades mentales específicas. Teniendo en cuenta el concepto de representaciones sociales, es fundamental destacar los estudios sobre actitudes, dado que parten de la definición tripartita de las mismas, la cual está íntimamente relacionada con las representaciones sociales. Se retoman investigaciones que se centran en contextos universitarios y de la salud, con el fin de orientar medidas necesarias para el mejoramiento de la atención a los pacientes.

Si bien, ha habido diversos estudios, cabe destacar que a nivel de Latinoamérica la información es escasa y más aún para el contexto colombiano. En la mayoría de las investigaciones se logra observar que las actitudes de la sociedad general hacia la enfermedad mental son prejuiciosas y contradictorias (Sánchez et al., 2001).

Un ejemplo de ello es lo que muestra la investigación sobre *Actitudes hacia la enfermedad mental en los estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina en la Universidad Autónoma de San Luis de Potosí*, el cual se llevó a cabo en México, donde se convocaron a 132 estudiantes de ambos sexos de primer año de la facultad de medicina y se les aplicó un cuestionario OMI modificado (Hernández, 2014). El cuestionario OMI es el cuestionario de “Opiniones sobre la enfermedad mental” de Cohen y Struening, el cual ha sido adaptado para diversos contextos, siendo el OMI-M (mexicano) la adaptación más cercana al contexto colombiano. Dicho cuestionario agrupa en 5 factores las actitudes frente a la enfermedad mental: Negativismo, interpersonal, autoritarismo, restrictividad y prejuicio. Los resultados de la investigación dejan ver que aproximadamente un tercio de la muestra refiere que la experiencia que habían tenido con la enfermedad mental solo era por lo que había leído hasta el momento, otro tercio respondió no tener ningún tipo de experiencia y solo el 0.9% de los estudiantes dijo tener experiencia por trato con pacientes. Quienes no tenían ninguna experiencia con la enfermedad mental tuvieron puntuaciones más altas en autoritarismo y restrictividad, lo que se asocia a una percepción negativa de la enfermedad (Hernández, 2014).

En esa misma línea, la Facultad de Psicología de la Universidad Iberoamericana en México llevó a cabo una investigación sobre las *Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia*, en la cual participaron un total de 110 mujeres estudiantes de la

licenciatura en psicología de una universidad en una zona metropolitana (Fresán et al., 2012). En su estudio, la mitad de las mujeres estaba cursando la primera parte de la carrera y la otra mitad el final. De igual forma como en el estudio anteriormente presentado, se aplicó la escala de opiniones sobre la enfermedad mental en población mexicana (OMI-M) y, además, el cuestionario de Concepto Público de Agresividad (CPA) con una historia clínica (Fresán et al., 2012). Los resultados obtenidos en dicha investigación dejan ver que, si bien casi la totalidad de la muestra reconoció la presencia de una enfermedad mental en la historia clínica, no consideraban pertinente realizar una intervención psiquiátrica para el manejo de los síntomas. Por otra parte, la mitad de las estudiantes consideró según la historia clínica que el sujeto era agresivo y un pequeño porcentaje que además de agresivo era peligroso para la sociedad; cabe resaltar que en ningún momento dentro de la historia clínica se hizo referencia a algún comportamiento violento o agresivo por parte del sujeto. Asimismo, este último grupo de estudiantes tuvieron mayores actitudes negativas hacia el paciente. Posiblemente la conclusión más importante a la que llega dicho estudio es que no se observaron diferencias entre las estudiantes de la primera mitad de la carrera y las estudiantes de la última mitad, por lo que concluyen que la educación profesional sobre las enfermedades mentales no se asocia con cambios en las actitudes negativas hacia el padecimiento; las estudiantes perciben de igual manera al paciente con esquizofrenia como peligroso y agresivo. Dato importante a tener en cuenta es que dichas estudiantes tienen escaso contacto y muchas veces ninguno con pacientes con esquizofrenia (Fresán et al., 2012).

Hay estudios que han ido más allá, como el de *Actitudes hacia los trastornos mentales y su asociación percibida con delito: estigma social* de Cañas y Jiménez (2016), donde se buscó estudiar las actitudes hacia los trastornos mentales en población general y analizar la asociación percibida entre diversos tipos de enfermedad mental y la posible comisión de delitos contra la

propiedad, agresiones de tipo sexual y homicidios, entre otros. En dicho estudio participaron 200 personas con edades comprendidas entre los 15 y los 84 años las que fueron evaluadas con los cuestionarios Community Attitudes toward the Mentally Ill, CAMI y Creencias sobre la relación entre enfermedad mental y delito. Encontraron que las mujeres presentan actitudes más positivas de acogida hacia las personas con trastornos mentales y las personas con un nivel de estudios más bajo muestran actitudes más autoritarias hacia dicha población. Asimismo, se halló que la enfermedad que más se percibe como asociada a la comisión de delito es el trastorno psicótico y las que menos se asociaban con cualquier delito, son la depresión y la ansiedad (Cañas y Jiménez, 2016). En su discusión, los autores hacen énfasis en las implicaciones de estos hallazgos en relación a los procesos de estigmatización social. Abogan por la conveniencia de considerar los trastornos mentales desde una perspectiva más comprehensiva e integral dado que representan entidades ligadas a los procesos de representación social y están determinadas social y culturalmente (Cañas y Jiménez, 2016).

Este fenómeno también se ha abordado desde otros actores de la sociedad, como se refleja en la investigación *Evaluación de los conocimientos, actitudes, opiniones y creencias que tienen los adolescentes sobre la enfermedad mental*, la cual buscaba “conocer las opiniones, creencias, conocimientos y actitudes sobre la enfermedad mental de los adolescentes de 1º y 2º de Bachillerato de un instituto de educación secundaria en España” y fue realizada por Ruiz (2013). En este caso se utilizó el cuestionario de “Opiniones sobre la enfermedad mental” de Cohen y Struening, modificado para la población española. Consta de 63 preguntas y 5 factores (negativismo, etiología social/ interpersonal, autoritarismo, restrictividad y prejuicio) que buscan evaluar las actitudes frente a la enfermedad mental (Ruiz, 2013). Se trabajó con 113 adolescentes de los cuales el 40% no había tenido ningún contacto con la enfermedad mental, el 31,8% habían

leído sobre el tema y el 28,2% tenían algún conocido con enfermedad mental. Se observan resultados estadísticamente significativos en los factores negativismo y etiología social/interpersonal, y el contacto con la enfermedad mental. Dentro de las conclusiones a destacar en este estudio es que la mayoría de adolescentes desconocía la etiología de la enfermedad mental, por lo cual culpabilizaban a los propios pacientes de ser los causantes de la misma (Ruiz, 2013).

Por otro lado, encontramos estudios específicos en relación con las representaciones sociales y enfermedad mental como el de *Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México*, realizado por López, et al. (2015). Este trabajo tenía como objetivo explorar las representaciones sociales (RS) de la salud mental (SM) y la enfermedad mental (EM) de población adulta de Guadalajara, México. El estudio se realizó con el enfoque metodológico de la Teoría de las Representaciones Sociales (RS), incluyó técnicas cualitativas y cuantitativas. Los participantes fueron habitantes de la ciudad de Guadalajara, México, elegidos a través de un muestreo propositivo enfocado a encontrar cierta variación en algunas características de los informantes. Finalmente se compuso de 47 mujeres 52 hombres. Las técnicas e instrumentos de recolección de datos fueron listados libres y cuestionario de pares y entre los resultados destacados se evidenció que la salud mental se identificó como un estado que comprende emociones positivas y estados satisfactorios de tranquilidad y estabilidad, lo que genera bienestar y calidad de vida; mientras que la enfermedad mental se asoció a la locura, causada por daños orgánicos y emocionales, por lo cual su tratamiento sería de tipo biomédico y psicológico, y con pocas probabilidades de recuperación (López, et al., 2015).

Al ubicarnos en el contexto colombiano, podemos destacar estudios como los siguientes: *Actitudes hacia la enfermedad mental* de Velandia, 1996; *Actitudes hacia el trastorno mental y la búsqueda de ayuda psicológica profesional en un grupo de adultos intermedios de la ciudad de Bucaramanga* de Ramírez y Salina (2008); y *Representaciones sociales sobre enfermedad mental en tres estudiantes de psicología de octavo semestre jornada nocturna, de la Corporación Universitaria Minuto de Dios-seccional Bello 2015-2* de Duran, et al. (2015).

El primero de ellos un estudio descriptivo con personas con antecedentes de enfermedad mental, el cual fue realizado en dos instituciones psiquiátricas de Bogotá. Para ello se tomó una muestra de 115 personas con antecedentes de enfermedad mental. Se utilizó una escala tipo Likert con 37 reactivos y cinco opciones de respuesta, y el análisis de dicho estudio se centró en la valoración de los componentes cognoscitivos, afectivos y comportamentales de la actitud hacia la enfermedad mental. Dentro de sus conclusiones se destacan que un porcentaje alto de tienen una actitud moderada y baja hacia la enfermedad mental. Es decir que existe una predisposición a reaccionar negativamente hacia la enfermedad mental. También, encontraron que el factor cognoscitivo moderado y bajo es decisivo en el desarrollo de la actitud hacia la enfermedad mental. Esto hace suponer que las personas poseen un conocimiento limitado y distorsionado sobre la enfermedad. Lo cual conlleva a que sigan prevaleciendo creencias y mitos que se han venido afianzando a través de diferentes épocas (Velandia, 1996).

En cuanto al estudio de *Actitudes hacia el trastorno mental y la búsqueda de ayuda psicológica profesional en un grupo de adultos intermedios de la ciudad de Bucaramanga* de Ramírez y Salina (2008) su objetivo fue describir las actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional y hacia el trastorno mental y las correlaciones entre ellas. Su estudio

incluyó un grupo de 200 hombres y mujeres con edades entre 40 y 65 años de la ciudad de Bucaramanga. En este estudio los investigadores aplicaron el “Inventario de actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional” de Fischer y Turner-Revisado y la Escala de actitudes hacia el Trastorno mental. Se hallaron actitudes hacia una predicción pesimista sobre la recuperación psicológica y sobre la reinserción social de las personas con enfermedad mental.

El estudio de Duran, et al. (2015), tenía como objetivo, “conocer las representaciones Sociales sobre la Enfermedad Mental en tres (3) estudiantes de psicología de octavo semestre, de la Corporación Universitaria Minuto de Dios-Seccional Bello 2015-2”. El diseño investigativo de su estudio fue fenomenológico el cual “se basa en el análisis de discursos y temas específicos, así como en la búsqueda de sus posibles significados”. Para esta investigación los autores utilizaron como herramienta de recolección de datos una entrevista semiestructurada, además de la técnica de asociación libre. En sus conclusiones destacan que los sujetos participantes coinciden en que el “enfermo mental” es una persona que está constantemente por fuera de la realidad; por lo tanto, se concibe que el enfermo mental está por fuera de los parámetros considerados por la sociedad como “normales”. Dentro de las representaciones sociales de la enfermedad mental en las tres unidades de análisis se encontró la idea de que el sujeto que la padece es un ser peligroso para sí mismo y para la sociedad, lo cual se encuentra reflejado en las entrevistas realizadas cuando afirman que: el “loco” es un sujeto que roba niños, que “mata”, que hace daño. Finalmente se halló que la representación social sobre la enfermedad mental en los sujetos entrevistados se ha asociado con la de un sujeto que suele ser llamado “loco”, relacionándose con el imaginario social que se ha construido alrededor de ese concepto, incluyendo los estereotipos y las distintas interpretaciones que se han realizada de él en distintos contextos sociales e históricos, siendo el contexto familiar uno de los lugares sociales donde se establece (Durán, et al., 2015).



No solo se han realizado estudios con la población en general o con estudiantes; encontramos este valioso estudio realizado en España sobre el estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios de un hospital general, a cargo de Santiago, et al., (2016). Parte de que en los últimos años ha aumentado el interés por este complejo fenómeno y en la reducción del mismo se incluyen estrategias de salud mental nacionales e internacionales. El objetivo de este trabajo fue estudiar el estigma y las variables implicadas en el personal sanitario del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Se seleccionó “una muestra de 160 trabajadores, representativa de los estamentos profesionales”. Para ello se elaboró un cuestionario de veinte ítems para estudiar las actitudes de los profesionales hacia los pacientes con enfermedad mental. Los resultados mostraron que el 43% de los encuestados opinó que los pacientes con enfermedad mental son más violentos que otras personas, el 54% que son más impredecibles; el 71% manifestó sentir incomodidad al tratarlos y el 37% consideró que deben ser tratados en centros específicos para ellos. Los estereotipos, prejuicios y distancia social estudiados se relacionaron y explicaron entre sí significativamente. Como conclusiones importantes en el estudio se menciona que el estigma hacia las personas con enfermedad mental está presente también entre los profesionales sanitarios y que existe la necesidad de generar intervenciones orientadas a reducirlo en este ámbito profesional (Santiago et al., 2016).

Al centrarnos en la enfermedad mental y particularmente en la esquizofrenia, aquella en que se presentan mayores actitudes negativas por parte de la población, encontramos un vacío en tanto que existe escasez de literatura al respecto, dado que los estudios se han enfocado en la enfermedad mental en general, sin tener en cuenta que las enfermedades mentales graves pueden reflejar mayor estigma en la población.

Sin embargo, cabe destacar los siguientes estudios. Un estudio llevado a cabo en 2015 por Maza (2015) tuvo como objetivo conocer las situaciones de estigma experimentado que habían vivido un grupo de personas con diagnóstico de esquizofrenia durante su primer internamiento en un hospital psiquiátrico de Lima, Perú. Para llevarlo a cabo, realizaron entrevistas semiestructuradas a 12 pacientes de dicha institución. Se encontró que los pacientes habían tenido experiencias significativas de actitudes negativas por parte del personal de salud (psiquiatras y enfermeros). Se destacan situaciones en donde recibieron comentarios descalificantes u ofensivos, además de opresión y sujeción mecánica. Entre los resultados se destaca que dichas experiencias repercutieron en las vidas de los pacientes, generando reflexiones acerca de sí mismos, su conducta, planes en el futuro y su posible reingreso a la sociedad (Maza, 2015).

En Turquía, se llevó a cabo un estudio por parte de Taskin, et al. (2003) que tuvo como objetivo determinar las actitudes del público y sus correlatos hacia los pacientes con esquizofrenia en las zonas rurales. Se utilizó un formulario de encuesta pública compuesto de 10 ítems de preguntas sociodemográficas y 32 ítems de valoración de las actitudes hacia la esquizofrenia. En los resultados se destaca que la mitad de los sujetos declararon que las personas con esquizofrenia son agresivas y que no deberían ser libres en la comunidad. Más de la mitad de los sujetos declararon que estarían irritados por tener un vecino con esquizofrenia (61.5%), no darían en arriendo su casa a una persona con esquizofrenia (58.2%), no quisieran trabajar con una persona con esquizofrenia (61.1%), y no se casarían con una persona con esquizofrenia (85,6%). Como conclusiones importantes referencian que la población en zonas rurales tiene una tendencia a estigmatizar a los pacientes con esquizofrenia y sus actitudes son generalmente negativas y de rechazo. Además, no desean tener contacto con los pacientes con esquizofrenia. Esta interpretación aumenta la distancia hacia social a quienes tienen la enfermedad (Taskin, et al., 2003).

Tal vez uno de los estudios más importantes y concluyentes que reflejan la importancia de atender esta problemática es el que se llevó a cabo en Chile, a cargo de Loubat, et al. ( 2017), denominado “Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental” en el cual se analizaron los factores que generan y perpetúan la estigmatización de la persona con diagnóstico de esquizofrenia y se identificaron las repercusiones que ello conlleva para el tratamiento y rehabilitación del paciente. Para este estudio se utilizó un diseño cualitativo-descriptivo y de muestreo de tipo intencionado. Se realizaron entrevistas en profundidad a 10 profesionales de la salud mental con una experiencia mínima de 7 años de trabajo con pacientes con esquizofrenia. El análisis de los datos se realizó mediante contenido temático. Dentro de los resultados se indica que los estereotipos y prejuicios se fundan en el abordaje histórico cultural de la locura y son promovidos por los medios de comunicación en base a la falta de información y educación respecto de la enfermedad. La estigmatización dificulta la detección precoz y la adhesión al tratamiento, vulnera al paciente a experimentar recaídas, intensifica su sintomatología psicótica, genera perjuicios en la construcción de la identidad, autoestima y autonomía e interfiere significativamente en el proceso de tratamiento y reinserción social ocupacional del sujeto. Se concluye que la estigmatización de la persona con diagnóstico de esquizofrenia constituye una problemática actual, que repercute negativamente en el proceso de tratamiento y rehabilitación, afectando al que sufre el trastorno y a su familia por temor a la exclusión social. La estigmatización es un fenómeno que debe ser problematizado a nivel de la población en general, y por los profesionales dedicados al tratamiento de esta patología (Loubat et al., 2017).

Finalmente, en cuanto a representaciones sociales y esquizofrenia, se puede destacar el estudio *Representaciones sociales de la esquizofrenia en las redes sociales primarias de personas*

*esquizofrénicas*. Este trabajo, de Lamadrid y Fuentealba (2013), tenía como objetivo de investigación “indagar respecto de las Representaciones Sociales de la esquizofrenia de la familia de quienes la padecen y su real capacidad de asumir los desafíos que implica el modelo de rehabilitación con base comunitaria”. En cuanto a su metodología, la investigación se abordó a través de la realización de grupos focales y entrevistas en profundidad con parientes directos, parientes indirectos y vecinos de personas con esquizofrenia, con la finalidad de identificar en sus discursos las representaciones sociales de la enfermedad y a partir de éstas, definir si éstas reproducen los aspectos discriminatorios, basados en el estigma de esta patología (Lamadrid y Fuentealba, 2013). Dentro de las conclusiones destacan los autores que la comunidad no está preparada para recibir a los desestigmatizados, menos para aceptarlos e integrarlos. Además, que, desde su perspectiva, el foco de las intervenciones debe estar puesto en los procesos relacionales y sociales que fortalezcan una sensación de bienestar, en términos de salud mental llevando a cabo procesos que ayuden al enriquecimiento de las prácticas en salud mental y a la eficiencia de las intervenciones de los profesionales de la salud (Lamadrid y Fuentealba, 2013).

Como se pudo observar en las diferentes investigaciones mencionadas en este apartado, es evidente que hay una predisposición hacia tener comportamientos negativos frente a la enfermedad mental y mayor en enfermedad mental grave como esquizofrenia, en diferentes contextos, esto ligado a las representaciones sociales que se tienen sobre la misma. Esto crea una necesidad de abordar dicho fenómeno para disminuir la negatividad y poder brindar a la persona con esquizofrenia una atención integral desde el servicio de salud, hasta la creación de un ambiente propicio en la sociedad, que facilite su adaptación y contribuya positivamente en los resultados de su tratamiento.

Es fundamental que además de la reducción de los síntomas por medio de la medicación e intervenciones psicológicas, los psicólogos velen por la rehabilitación psicosocial del paciente, la cual debe estar libre de estigmas. Se ha visto que realizar este tipo de intervención puede resolver necesidades detectadas en la población esquizofrénica, resumidas en el documento elaborado por la red Maristán en la “Conferencia internacional para el consenso sobre los cuidados y las necesidades de las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos que viven en la comunidad”. Los profesionales de psicología deberán ser capaces de: a) favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación del conjunto de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles; b) potenciar la integración social dentro de la comunidad, apoyando y fomentando un funcionamiento lo más autónomo, integrado e independiente posible así como el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados; c) ofrecer el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad de modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso, incluyendo la rehabilitación vocacional y el alojamiento; d) prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginalización y/o institucionalización, además de asesorar y apoyar a las familias de los enfermos mentales crónicos de modo que puedan ser más competentes en el manejo de los problemas que se les plantean e incidir positivamente en el proceso de rehabilitación y ajuste social de sus familiares (Florit, 2006).

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las representaciones sociales, sobre los pacientes con esquizofrenia, de profesionales de psicología que realizaron sus prácticas de pregrado durante 2019 y 2020-I en una clínica psiquiátrica de Bogotá?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Comprender las representaciones sociales sobre los pacientes con esquizofrenia de profesionales de psicología que realizaron sus prácticas de pregrado durante 2019 y 2020-I en una clínica psiquiátrica de Bogotá.

### **Objetivos específicos**

Construir categorías conceptuales a partir de las representaciones sociales sobre los pacientes con esquizofrenia identificadas en las narraciones de profesionales de psicología, que realizaron sus prácticas de pregrado durante 2019 y 2020-I en una clínica psiquiátrica de Bogotá.

Interpretar, a partir de la literatura científica, el análisis desarrollado sobre las representaciones sociales sobre los pacientes con esquizofrenia de profesionales de psicología que realizaron sus prácticas de pregrado durante 2019 y 2020-I en una clínica psiquiátrica de Bogotá.

## **PROPÓSITO**

Esta investigación se realizó con el propósito de aportar referentes a la institución de salud para generar acciones o fortalecer las ya existentes frente a la desestigmatización de las personas con enfermedad mental entre profesionales de psicología, en el caso puntual de la esquizofrenia, teniendo en cuenta las representaciones sociales encontradas en los relatos obtenidos. Esto permite hacer un aporte para que los profesionales de la salud brinden un tratamiento integral, que favorezca la inclusión en la sociedad de la persona con esta enfermedad.

En cuanto a la academia, el estudio ofrece un espacio de análisis frente a la temática y sensibiliza frente a la importancia de eliminar prejuicios y representaciones sociales negativas frente a las personas con enfermedad mental. En lo referente a la formación dentro de la Maestría en Salud Mental Comunitaria, además de las competencias que ofrece el desarrollo del trabajo desde el punto de vista conceptual, ha sido una oportunidad para progresar en el manejo de los métodos de investigación cualitativa.

## **MARCO DE REFERENCIA**

Hacia el final de la Edad Media (1511) Erasmo de Rotterdam publica su conocido ensayo “Elogio de la locura” (Morias enkomion), que más que ser un tratado médico presenta la interpretación intelectual renacentista de la locura, que es considerada artificiosamente como una diosa, hija del dios de la riqueza (Pluto) y la ninfa de la juventud (Hebe). Esta interpretación influenciará y suscitará la convicción anecdótica de la enfermedad mental a ser mantenida en el tiempo (Salaverry, 2012).

En sus obras *Enfermedad mental y personalidad*, *Historia de la locura* y *Nacimiento de la Clínica*, Michel Foucault desarrolló uno de los más importantes análisis sobre la locura y su historia desde las ciencias sociales, cuestionando entre otras el trato a la enfermedad mental como cualquier patología fisiológica y los patrones de saber-poder implícitos en la relación clínica dentro de este campo. Foucault, establece que hacia el siglo XVII se deja de ver la locura como un producto sobrenatural para pasar a concebirla como una deficiencia humana, originando con ello la subordinación del enfermo mental y su reclusión; los “locos” pasaron a ser personas “indeseables” y “miserables” al lado de los mendigos y delincuentes. En 1656 se fundó el Hospital General de Paris, marcándose el origen de la medicalización de la enfermedad mental. En el siglo XVIII surge la taxonomía de la enfermedad mental y se incorpora su vigilancia, control y registro, lo cual marca el camino de la mirada clínica. Foucault propone, en contraposición, una comprensión existencial de la enfermedad mental, partiendo de la experiencia del enfermo (Villamor-Iglesias, 2019).

De manera reciente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y varios de sus países miembros han venido impulsando formas más flexibles para la atención a la salud mental, pronunciándose sobre la importancia de capacitar al personal que labora en el primer nivel de atención y en consultas externas buscando un mejor diagnóstico y canalización de los pacientes que acuden con algún padecimiento psiquiátrico. Con la publicación del DSM-V, a inicios del siglo XXI, la proliferación de nuevas técnicas de diagnóstico y atención, el desarrollo de la psicofarmacología y los avances de la medicina basada en la evidencia son algunas de los elementos que los historiadores y analistas reconocen al analizar las transformaciones que se están dando en las políticas de salud mental (Ferro, 2010).



Las personas con enfermedad mental por lo general suelen enfrentarse a dos problemáticas: por un lado, a la sintomatología de la propia enfermedad, y por otro al estigma generado por la sociedad. Este estigma produce desventajas para las personas con enfermedad mental, aun cuando gran parte de las personas llevan su enfermedad mental lo suficientemente bien como para trabajar tienen graves dificultades para encontrar un empleo porque los empleadores los discriminan (Arnaiz y Uriarte, 2006).

La investigación se ha enfocado en el estigma hacia la enfermedad mental, sin embargo, antes de hablar de estigma, es necesario reconocer que el mismo surge a partir de las representaciones sociales que tenemos frente a dicho fenómeno.

El concepto de representación social si bien toma fuerza con Serge Moscovici en los años sesenta, ha sido abordado por diversos autores dicho concepto, dando nuevas perspectivas al mismo. Durkheim, por su parte, quien estudió las representaciones sociales antes de Moscovici, es quien marca una clara diferencia entre las representaciones individuales y las representaciones colectivas siendo, las primeras, parte del objeto de estudio de la Psicología, y las segundas, del de la Sociología (Mora, 2002). La mayoría de autores adoptan elementos de la representación colectiva para dar cuenta de las representaciones sociales.

Para Jodelet (1985) el concepto de representación social muestra el saber de sentido común, y plantea que los contenidos del saber común manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. Dicho de otra manera, la representación social designa una forma de pensamiento social.

Jodelet (1985) parte de que las representaciones sociales aluden a un modo de conocimiento y de interpretación de la realidad; generalmente son mencionadas como

“conocimiento del sentido común”, excluyéndolas del conocimiento científico. Plantea que dichas representaciones sociales se dan cuando el sujeto hace conciencia de una determinada cosa, “llámese persona, objeto, acontecimiento material o psíquico, idea, etcétera”. Además, expone que los conocimientos que son elaborados como representaciones sociales, parten de diferentes procesos de comunicación y pensamiento colectivo, donde los pensamientos individuales empiezan a tener una íntima relación con los colectivos. Todo sujeto construye sus representaciones sociales a partir de otros, pero también es parte de la elaboración de las representaciones sociales de otros sujetos. Por lo tanto, se ubica en el campo de lo social y lo individual, como dos fuerzas interdependientes como parte de las representaciones sociales, las cuales se engloban el contexto histórico y cultural de cada uno de los sujetos. Al ser fuerzas interdependientes, las representaciones sociales se ven obligadas a constituir modalidades de pensamiento orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal (Jodelet, 1985). En el campo de estudio de las representaciones sociales, afirma Jodelet (2008) hablar del sujeto es referirse al pensamiento, es decir, a procesos que conllevan dimensiones psíquicas y cognitivas; a la reflexividad a través del cuestionamiento y el posicionamiento frente a la experiencia; a los conocimientos y al saber; y a la apertura hacia el mundo y los demás. Tales procesos revisten una forma concreta en contenidos representacionales expresados en actos y palabras, en vivencias, discursos, intercambios dialógicos, en afiliaciones y conflictos. Esta especificidad de la representación del sujeto como pensamiento abre un espacio de investigación que en gran medida aún queda por desarrollar.

Ya lo decían autores como Moscovici (1979) cuando planteaba que la representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación parte de la

organización de conocimientos y es una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres pueden hacer inteligible la realidad física y social. O Farr (1986), afirmaba que las representaciones sociales establecían un orden que permitía a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; además posibilitaban la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia tanto individual y grupal.

En la misma línea encontramos elementos en los cuales se reafirma que las representaciones sociales se componen de conocimiento, pero además son una estrategia de adquisición y comunicación del mismo. Por lo tanto, son una forma de reconstrucción mental de la realidad generada en el intercambio de informaciones entre sujetos (Banchs, 1982)

Otros acercamientos hacia las representaciones sociales en autores como Di Giacomo (1987) resaltan el papel en la regulación de los comportamientos intra e intergrupales; y Acosta y Uribe (s.f.), aluden a la doble modalidad de la representación social: por un lado como modo de conocimiento, es decir, como actividad de reproducción de las características de un objeto; de su reconstrucción mental, y por el otro, como una forma de pensamiento social que estructura la comunicación y las conductas de los miembros de un grupo.

Como manifiesta Araya (2002) sobre las representaciones sociales las cuales constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual

se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo.

Para esta investigación se utilizó la definición de Navarro y Restrepo (2013) en donde la representación social es entendida como el resultado de la relación entre un objeto (algo o alguien o un evento) de representación y un sujeto que lo representa (individuos y grupos) dentro de un marco histórico y cultural de referencia. De esta manera, podemos decir que las Representaciones Sociales son una forma de pensamiento socialmente elaborado y con una finalidad práctica, que permite la socialización y la comunicación entre miembros de un mismo grupo e incluso, con miembros de grupos diferentes (Navarro y Restrepo, 2013).

Al ubicarnos en el campo de la salud y enfermedad mental, encontramos que las representaciones sociales sobre la enfermedad mental, se convierten en una barrera para el tratamiento y recuperación de estas personas. Las personas con enfermedades mentales presentan un particular temor hacia las consecuencias del estigma, así como una preocupación por la influencia que otros puedan tener una vez que dan a conocer su diagnóstico (Pinto y Logsdon, 2009). No solo eso hace que el bienestar de las personas con enfermedades mentales, se vea afectado, de igual manera su adaptación e integración en la sociedad (Muñoz, Sanz y Pérez-Santos, 2011).

Por su parte, al hablar de enfermedad mental grave, como la esquizofrenia, encontramos que es un síndrome psiquiátrico caracterizado por síntomas psicóticos de alucinaciones, delirios y lenguaje desorganizado, por síntomas negativos como disminución de la motivación y disminución de la expresividad, y por déficits cognitivos que involucran deterioro de funciones ejecutivas, memoria y velocidad del procesamiento mental.

A partir del DSM-V la esquizofrenia es descrita como  $\geq 2$  síntomas característicos (ideas delirantes, alucinaciones, habla y comportamiento desorganizados, síntomas negativos) durante una parte significativa de un período de 6 mes (los síntomas deben incluir al menos uno de los 3 primeros) y signos prodrómicos o atenuados de la enfermedad con deterioro social, ocupacional o de los cuidados personales evidentes durante un período de seis meses que incluya un mes de síntomas activos

Cabe resaltar que la esquizofrenia más allá de los síntomas propios de la misma enfermedad, trae consigo una serie de consecuencias a nivel individual, familiar y social. A nivel individual es importante tener en cuenta la autopercepción de las personas con esquizofrenia. Se indica que las categorías de mayor preocupación son el área de peligrosidad, asociada a la sensación de que los demás le temen; la culpa, referida al desarrollo de la propia enfermedad; la pérdida de roles sociales, en términos de conflictos con amistades y vínculos amorosos; el miedo al rechazo, como la percepción de ser tratado diferente a los demás y a la dificultad para relacionarse adecuadamente (Loubat, et al., 2017).

En cuanto al ámbito familiar existe una sobrecarga de los cuidadores, la carga es mayor en mujeres cuidadoras. En cada familia suele haber un cuidador principal que responde a las circunstancias de cada familia, sin haber llegado a un acuerdo explícito entre los miembros de la familia (Jaen, et al., 2012).

Los cuidadores principales suelen ser las madres, mujeres mayores sin incorporación al mercado laboral. La incorporación de la mujer al mercado laboral y el envejecimiento de los cuidadores, pueden afectar a medio plazo al cuidado de los pacientes con esquizofrenia, dificultando el traspaso de las obligaciones de padres a hermanos y la asunción de las cargas del

cuidador por las familias de los nuevos enfermos. Conforme envejecen, la capacidad de los cuidadores para ayudar efectivamente a los pacientes se ve limitada, pero aumentan sus preocupaciones por ellos por lo que la carga global nunca disminuye (Jaen, Quispecahuana, Wilma, y Quisbert, 2012).

En cuanto al área social, la alta estigmatización de la enfermedad genera espacios en los cuales las personas con esquizofrenia no pueden acceder a espacios laborales o educacionales normalizados, ni tampoco puede establecer relaciones de amistad o de pareja. Existe entonces, una dificultad para lograr la inclusión social de los mismos (Tapia, et al., 2015).

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

### Consentimiento informado

El uso del consentimiento informado responde a una ética kantiana donde los seres humanos deben ser tratados como un fin en sí mismos y nunca como un medio para conseguir algo. Así, los participantes del estudio deben estar de acuerdo con ser informantes y, a su vez, deben conocer tanto sus derechos como sus responsabilidades dentro de la investigación. La finalidad del consentimiento es que los individuos acepten participar en la investigación cuando esta concuerda tanto con sus valores y principios como con el interés que les despierta el aportar su experiencia frente al fenómeno estudiado, sin que esta participación les signifique algún perjuicio (Noreña, Alcaraz, Rojas, y Robledo, 2012). Este consentimiento informado se envió on-line y se especificó el permiso de uso de la grabación de la entrevista (Anexo 1).

### La confidencialidad

Los códigos de ética hacen énfasis en la seguridad y protección de la identidad de las personas que participan como informantes de la investigación. La confidencialidad se refiere tanto al anonimato en la identidad de las personas participantes en el estudio, como a la privacidad de la información que es revelada por los mismos, por tanto, para mantenerla se asigna un número o un pseudónimo a los entrevistados. Además, frente a la confidencialidad es importante que los investigadores se planteen la cuestión ética de si puede ser que los informantes deseen ser reconocidos e identificados, o los centros donde se han realizado los estudios deben ser mencionados o no, y cuándo se debe dar reconocimiento a ciertas fuentes de información (Noreña, Alcaraz, Rojas, y Robledo, 2012).

### Manejo de riesgos

Dos aspectos se deben considerar para minimizar los riesgos a los participantes en la investigación. El primero se refiere a que el investigador deberá cumplir con cada una de las responsabilidades y obligaciones adquiridas con los informantes; el segundo está relacionado con el manejo posterior de los datos proporcionados. Una investigación cualitativa se justifica cuando cumple con los siguientes requisitos: “los riesgos potenciales para los sujetos individuales se minimizan; los beneficios potenciales para los sujetos individuales y para la sociedad se maximizan; los beneficios potenciales son proporcionales o exceden a los riesgos”. Estos requisitos tienen relación con los principios bioéticos de no maleficencia y beneficencia establecidos para realizar investigaciones en seres humanos. Dentro de las consecuencias también

se estimarán los perjuicios que pudieran derivarse de la investigación. Se deberá explicar a los informantes que los resultados de estudio no generarán ningún perjuicio o daño institucional, profesional o personal a efectos de la información recabada; en este sentido, debe quedar claro para el investigador que los hallazgos del estudio no deberán ser utilizados con fines distintos a los que inicialmente se han proyectado (Noreña, Alcaraz, Rojas, y Robledo, 2012).

Además de lo mencionado anteriormente deben tomarse en cuenta, los principios éticos de los psicólogos y código de conducta promulgados por la APA, 2010.

#### Principio A: Beneficencia y no maleficencia.

Los psicólogos se esfuerzan por hacer el bien a aquellos con quienes interactúan profesionalmente y asumen la responsabilidad de no hacer daño. En sus acciones profesionales, tratan de salvaguardar el bienestar y los derechos de aquellos con quienes interactúan profesionalmente y de otras personas afectadas, como asimismo el bienestar de animales utilizados en la investigación. Cuando aparecen conflictos entre las obligaciones o intereses de los psicólogos, intentan resolverlos de una manera responsable que evite o minimice el daño. Ya que los juicios y acciones científicos y profesionales de los psicólogos pueden afectar la vida de otros, están atentos a y se cuidan de factores personales, financieros, sociales, institucionales o políticos que pudieran llevar al mal uso de su influencia. Los psicólogos se esfuerzan por ser conscientes de los posibles efectos de su propia salud física y mental sobre su habilidad para ayudar a aquellos con quienes trabajan.

#### Principio B: Fidelidad y responsabilidad

Los psicólogos establecen relaciones de confianza con aquellos con quienes trabajan. Son conscientes de sus responsabilidades profesionales y científicas con la sociedad y las comunidades



específicas donde interactúan. Los psicólogos apoyan las normas de conducta profesional, determinan sus roles y obligaciones profesionales, aceptan la adecuada responsabilidad por sus acciones y procuran manejar los conflictos de intereses que puedan llevar a explotación o daño. Los psicólogos consultan con, se dirigen a, o cooperan con otros profesionales e instituciones según sea necesario para servir los mejores intereses de aquellos con quienes trabajan. Se preocupan por el cumplimiento ético de las conductas científicas y profesionales de sus colegas. Los psicólogos se esfuerzan por aportar una parte de su dedicación profesional a cambio de una compensación o beneficio personal muy bajos o nulos.

#### Principio C: Integridad

Los psicólogos buscan promover la exactitud, honestidad y veracidad en la ciencia, docencia, y práctica de la psicología. En estas actividades, los psicólogos no roban, ni engañan, ni se involucran en fraude. Los psicólogos se esfuerzan por mantener sus promesas y evitan asumir compromisos poco claros o imprudentes. En situaciones en las cuales el engaño pueda ser éticamente justificable para maximizar los beneficios y minimizar el daño, los psicólogos tienen la obligación seria de considerar la necesidad, las posibles consecuencias y la responsabilidad de corregir cualquier pérdida de confianza resultante u otros efectos nocivos que surjan por el uso de tales técnicas.

#### Principio D: Justicia

Los psicólogos reconocen que la imparcialidad y la justicia permiten que todas las personas accedan y se beneficien de los aportes de la psicología, y que se equipare la calidad de los procesos, procedimientos y servicios llevados a cabo por los psicólogos. Los psicólogos ejercen un juicio razonable y toman las precauciones necesarias para asegurar que sus potenciales prejuicios, los

límites de su competencia, y las limitaciones de su pericia no los conduzcan ni les permitan aprobar prácticas injustas.

#### Principio E: Respeto por los derechos y la dignidad de las personas

Los psicólogos respetan la dignidad y el valor de todas las personas y el derecho a la privacidad, a la confidencialidad y a la autodeterminación de los individuos. Los psicólogos tienen conocimiento de que puede ser necesario proteger los derechos y el bienestar de las personas y las comunidades cuya vulnerabilidad afecte la toma de decisiones de manera autónoma. Los psicólogos conocen y respetan las diferencias de roles, culturales e individuales, incluso las relacionadas con la edad, el género, la raza, el origen étnico, la cultura, la nacionalidad, la religión, la identidad u orientación sexual, la discapacidad, el idioma y el nivel socio-económico y consideran estos factores al trabajar con miembros de estos grupos. Los psicólogos intentan eliminar el efecto que pueda producir en su trabajo cualquier tipo de prejuicio basado en estos factores y no participan ni permiten actividades de terceros basadas en dichos prejuicios a sabiendas.

## **METODOLOGÍA**

### **Tipo de estudio**

Cualitativo hermenéutico-interpretativo

El paradigma cualitativo percibe la vida social como la creatividad compartida de los individuos. El hecho de que sea compartida determina una realidad percibida como objetiva, viva, cambiante, mudable, dinámica y cognoscible para todos los participantes en la interacción social (Martínez, 2011).

La investigación cualitativa esencialmente desarrolla procesos en términos descriptivos e interpreta acciones, lenguajes, hechos funcionalmente relevantes y los sitúa en una correlación con el más amplio contexto social (Martínez, 2011). La descripción es garantía de la validez del trabajo; esta nos lleva a distinguir un aceptable informe cualitativo de uno inaceptable, o una buena investigación cualitativa de una mala. Un buen informe se logra cuando el investigador ha realizado una correcta interpretación del significado de los participantes, diferenciando su propio significado como intérprete (Aguirre & Jaramillo, 2015).

El interés teórico de la investigación cualitativa es la comprensión de sentido y la orientación y liberación de la acción humana. La experiencia humana depende de su contexto y no se puede descontextualizar. Se entiende que en la construcción de conocimiento se da una interacción entre el sujeto que estudia, que investiga y el objeto estudiado. La investigación cualitativa busca la comprensión e interpretación de la realidad humana y social, con un interés práctico, es decir con el propósito de ubicar y orientar la acción humana y su realidad subjetiva. Se busca examinar la realidad tal como otros la experimentan, a partir de la interpretación de sus propios significados, sentimientos, creencias y valores (Rodríguez, 2011).

En este enfoque se considera que las auténticas palabras de éstos resultan vitales en el proceso de transmisión de los sistemas significativos de los participantes, que eventualmente se convierten en los resultados o descubrimientos de la investigación. La insistencia en la proximidad a los mundos cotidianos de las personas y en captar sus acciones proporciona un refuerzo sólido a las explicaciones que finalmente desarrolle la investigación (Martínez, 2011).

Algunas características de este tipo de investigación según Martínez (2011) son:

La investigación cualitativa no parte de hipótesis y, por lo tanto, no pretende demostrar teorías existentes, más bien busca generar teoría a partir de los resultados obtenidos.

Tiene una metodología holística (integral), es decir las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como totalidad y en su totalidad.

Metodológicamente es naturalista es decir estudia a las personas y a los grupos en su ambiente natural y en la vida cotidiana. Los investigadores interactúan con ellos de una manera natural. Produce datos descriptivos trabaja con las propias palabras de las personas, y con las observaciones de su conducta.

Dado que la naturaleza del objeto de estudio son los seres humanos, la relación que el investigador establece con las personas y con los grupos es cercana y empática y su interacción es de tipo dialógico y comunicativo, es decir, en este enfoque investigativo se da la relación sujeta que investiga – sujeto que es investigado y no la relación sujeta – objeto (sujeto que conoce – objeto investigado).

Este estudio tuvo una orientación interpretativo-hermenéutica, que abarca un conjunto de corrientes humanístico interpretativas, cuyo interés fundamental va dirigido al significado de las acciones humanas y de la vida social.

## **Población**

Participaron en el estudio profesionales de psicología que habían realizado sus prácticas de pregrado durante el 2019 y 2020-I en una clínica psiquiátrica de Bogotá. Los participantes realizaron su práctica universitaria de psicología en décimo semestre, el último de la carrera. Las prácticas se llevan a cabo durante el semestre de lunes a viernes de 7 am a 5 pm. Los tutores

directos de los participantes son profesionales de psicología de la institución clínica. De igual forma, reciben asesoramiento con el director de práctica clínica en la Universidad.

La información que se recibe antes de la práctica acerca de la esquizofrenia está ligada a asignaturas como psicopatología y psicología clínica, las cuales son requisito para la realización de la práctica. En el marco de la práctica reciben formación permanente sobre enfermedades mentales, con especial énfasis en la esquizofrenia, mediante espacios dirigidos por profesionales de la clínica.

La Clínica es la institución especializada en atención de salud mental más grande e importante del país. Su equipo está formado por profesionales en psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, enfermería y medicina general, los cuales conforman el grupo de más de 500 colaboradores de distintas áreas, además del grupo de religiosos que enmarcan la labor que la clínica ha desarrollado durante sus 62 años.

Los servicios con que cuenta la Clínica son los siguientes: Unidad de Cuidado Agudo para hombres, mujeres y niños; Unidad de Cuidado Intermedios para hombres y mujeres; Centro terapéutico de Hospitalización parcial u Hospital Día; Centro terapéutico Hno. Marcos Vergara; Unidad de Internación Hospitalaria Consumidor de Sustancias Psicoactivas; Programa Especial de Paciente inimputable; Unidades de Larga Estancia en salud mental y unidad para niños. Cuenta además con el Servicio Farmacéutico, Terapia electroconvulsiva bajo anestesia y relajación (TECAR), Hospital día adicciones, Toxicología, Neuropsicología, Telemedicina, Gimnasio Terapéutico y Servicio de peluquería.

## **Muestreo**

Los participantes se escogieron a través de un muestreo propositivo. En este tipo de muestreo cada unidad – o conjunto de unidades – es cuidadosa e intencionalmente seleccionada por sus posibilidades de ofrecer información profunda y detallada sobre el asunto de interés para la investigación (Martínez, 2012).

El interés fundamental de este estudio no ha estado en la medición, sino en la comprensión de los fenómenos y los procesos sociales en toda su complejidad. Muchas de las preguntas que se plantean giran en torno al significado que éstos tienen para los sujetos que los protagonizan (Martínez, 2012)

Además, este muestreo se caracteriza por el uso de los juicios e intenciones deliberadas para obtener muestras que se suponen cercanas a las probabilísticas, al incluir áreas o grupos que se presumen son típicos de una muestra (Zúñiga, 2016).

## **Métodos y técnicas de recolección de información**

Entrevista semiestructurada.

La entrevista es una técnica de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos; se define como una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar (Díaz, et al., 2013).

Tiene como propósito obtener información en relación con un tema determinado; se busca que la información recabada sea lo más precisa posible; se pretende conseguir los significados que los informantes atribuyen a los temas en cuestión; el entrevistador debe mantener una actitud activa durante el desarrollo de la entrevista, en la que la interpretación sea continua con la finalidad de obtener una comprensión profunda del discurso del entrevistado (Díaz et al., 2013).

En cuanto a las entrevistas semiestructuradas, permiten que el entrevistado pueda expresar sus opiniones, matizar sus respuestas, e incluso desviarse del guion inicial pensado por el investigador cuando emerjan temas que se consideren precisos de explorar. Además, facilita al investigador la relación de respuesta sobre una categoría con otras que van fluyendo en la entrevista y construir nuevas preguntas (Rodríguez, 2011)

Además, son las que ofrecen un grado de flexibilidad aceptable, y de igual forma mantienen la suficiente uniformidad para alcanzar interpretaciones acordes con los propósitos del estudio. En este tipo de entrevista es más probable que los participantes expresen sus puntos de vista, de una forma abierta, en comparación de la aplicación de un test o la realización de una entrevista estructurada (Díaz, et al., 2013).

En el caso de esta investigación cualitativa la recolección de información se realizó hasta la saturación de datos, punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos (Martínez, 2012).

Dado que en diciembre de 2019 se originó en China una enfermedad viral por Coronavirus (COVID-19) que se convirtió en unos meses en pandemia, con efectos devastadores para todos los integrantes de la sociedad. Los gobiernos internacionales han optado por tomar medidas de confinamiento y aislamiento social para los habitantes de sus países (Mendiola, et al., 2020).

Ante la rápida propagación del COVID en el mundo, una de las soluciones más efectivas es el aislamiento social a fin de disminuir la transmisión del virus. Esto implica permanecer en casa y evitar la circulación pública en lugares de trabajo, estudio, recreación, etc. En este contexto, aplicaciones digitales que habilitan el teletrabajo, la educación a distancia, la realización de trámites, la interacción social y el esparcimiento, aparecen como una solución para lidiar con los requerimientos que nos impone el contexto (CEPAL, 2020).

Dicho lo anterior, y acatando las medidas optadas por el gobierno Nacional y local, frente al distanciamiento social en los siguientes meses, la entrevista semiestructurada se realizará a los participantes vía on-line, luego de la aceptación del consentimiento informado.

### **Plan de análisis**

NVivo no solo ayuda en la realización de las tareas mecánicas de almacenamiento, organización y recuperación de toda la información incorporada en el corpus de esta experiencia, sino que mejora las tareas propias del análisis de datos, tales como las búsquedas textuales, el planteamiento y verificación de interrogantes, creación de mapas conceptuales, creación de teorías, etc. (como se cita en Trigueros, et al., 2018).

El NVivo es un programa diseñado específicamente para el análisis de datos cualitativos procedentes de entrevistas, diarios, grupos de discusión, historias de vida, observaciones, textos en general (políticos, jurídicos y literarios); todo tipo de material audiovisual; y materiales procedentes de redes sociales e Internet (como se cita en Trigueros, et al., 2018).

Dado que desde la investigación cualitativa se trata de comprender los significados de una determinada realidad, el software NVivo puede ser de gran ayuda al investigador. A la teoría se llega a partir de los datos producidos, y estos permitirán a su vez que se puedan contextualizar y



explicar los significados de un determinado fenómeno. Teniendo en cuenta que la realidad no es estable e inamovible, sino que, por el contrario, es una construcción social realizada por los participantes, quedando condicionada por sus propios contextos sociales, económicos, históricos y personales (como se cita en Trigueros, et al., 2018).

Cuando abordamos el análisis de los datos nuestro objetivo se centró en conocer y comprender los diferentes acontecimientos, fenómenos o percepciones de los participantes. Uno de los problemas que se nos planteó fue cómo estructurar el análisis en relación con los participantes o casos estudiados (Trigueros, et al., 2018).

Si nuestro estudio se enmarca en un contexto pequeño, es muy probable que podamos partir del análisis de lo singular para llegar a establecer teorías generales que den respuesta a preocupaciones o percepciones comunes (Trigueros, et al., 2018).

Los siete momentos del proceso de análisis en el cual se enmarcó la investigación fueron los siguientes:

1. Aproximación al objeto de estudio
2. Categorización
3. Identificación de un patrón de análisis
4. Codificación teórica deductiva
5. Revisión de la literatura
6. Informe
7. Generación de resultados

## RIGOR CIENTÍFICO

Según Noreña et al. (2012) la validez se relaciona con la fidelidad con que se presenta el fenómeno investigado; en el campo cualitativo se pueden identificar tres posibles formas para otorgar solidez científica a los datos: triangulación, saturación de datos y soporte desde otros investigadores. Se aplicó el criterio de saturación de datos en la recolección de la muestra. La triangulación se realizó mediante el análisis por separado de la información obtenida a través del software Nvivo, para el establecimiento de categorías y subcategorías. De igual forma, los hallazgos se contrastaron con la literatura científica.

## RESULTADOS

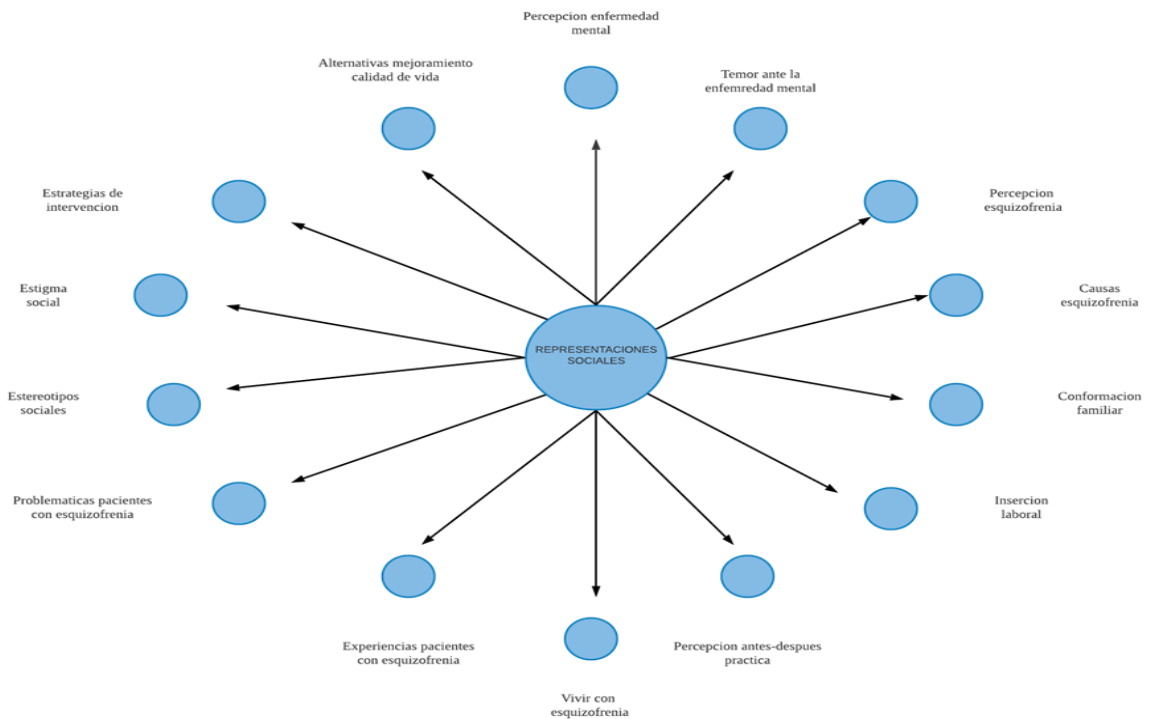
A continuación, se presenta la Tabla No 1. que permite caracterizar el grupo de participantes en el estudio a partir de aspectos sociodemográficos.

**Tabla No. 1. Datos sociodemográficos participantes**

NOMBRE	EDAD	SEXO	CIUDAD DE NACIMIENTO	UNIVERSIDAD PREGRADO	PERIODO PRÁCTICA
Diana	23	F	Bogotá	Universidad del Rosario	2019-1
Carolina	25	F	Barranquilla	Universidad del Rosario	2019-1
Mateo	27	M	Bogotá	Universidad del Rosario	2019-2
Andrea	22	F	Bogotá	Universidad del Rosario	2019-2
Sergio	25	M	Bogotá	Universidad del Rosario	2019-2
Daniel	22	M	Tunja	Universidad del Rosario	2020-1

Fuente: La investigación

Se puede caracterizar a los participantes como profesionales que se encuentran en las etapas del desarrollo humano identificados como jóvenes 18 a 24 años y adultos jóvenes 25 a 39 años (48); la mitad de ellos son de sexo femenino y la mitad restante de sexo masculino. Los participantes realizaron sus prácticas entre el 2019 y el 2020-I. En cuanto a su ciudad de nacimiento, cuatro nacieron en Bogotá y dos en otras ciudades. Referente a la universidad en la cual cursaron su pregrado, todos los participantes realizaron sus estudios en la misma universidad. Se obtuvieron relatos frente a las representaciones sociales sobre los pacientes con esquizofrenia de profesionales de psicología que realizaron sus prácticas de pregrado durante 2019 y 2020-I en una clínica psiquiátrica de Bogotá, los cuales dieron origen a un análisis temático el cual muestra como resultado el árbol de codificación que se presenta en el Gráfico 1.



**Gráfico 1. Árbol de categorías abordadas sobre los pacientes con esquizofrenia**

Se presentan a continuación los aspectos más destacados que surgen del análisis temático frente a las representaciones sociales sobre los pacientes con esquizofrenia de profesionales de psicología que realizaron sus prácticas de pregrado durante 2019 y 2020-I en una clínica psiquiátrica de Bogotá de acuerdo a las categorías encontradas en el análisis de los datos.

### **Percepción sobre la enfermedad mental**

Los conceptos que surgen desde los participantes y que hablan de sus percepciones acerca de la enfermedad mental, se resumen a continuación en la Tabla No.1.

**Tabla No. 1. Percepciones frente a la enfermedad mental**

<b>CONCEPTO</b>
Es una forma de posicionamiento del sujeto en su realidad
Es una forma diferente de ver la vida
Personas humanas con necesidades como todas
Condición que no define la vida de una persona
Condición que requiere ser tratada

**Fuente: el estudio**

La enfermedad mental es vista como una condición de salud, un modo de ver la vida, una forma más de ser humanos por parte de varios de los participantes. En cuanto a su percepción acerca de la enfermedad mental Mateo expone lo siguiente: “Cuando veo a personas con enfermedad mental, veo a un conjunto de personas con unas dinámicas psicológicas (...) tiene que ver mucho con el posicionamiento del sujeto en su realidad”.

Carolina expresa así su visión:

Creo que es una forma diferente de ver la vida no lo considero tanto como una enfermedad en sí, sé que conlleva y tiene consecuencias que no son fáciles para las personas, pero pues no me gustan ver la enfermedad mental simplemente como desde su aspecto negativo.

Daniel enmarca su discurso desde el entendimiento humano de las personas con enfermedad mental: “Las personas con enfermedades mentales, también como todos nosotros somos humanos, ellos también sienten, también aman, también sienten la necesidad de compartir su vida con otra persona”.

Por su parte, Sergio, ve la enfermedad mental como una condición de salud que no puede determinar al sujeto:

Yo lo veo no más allá de una enfermedad cualquiera y de una condición cualquiera (...)  
Para mí son personas que tienen cierta condición que no define su vida, o sea no define su identidad, simplemente se deben tomar unas medidas a partir de ahí y ellos tienen que aceptar ciertas cosas que deben hacer y también aceptar que hay cosas que no pueden hacer.

Para Andrea se trata de una condición que requiere ser tratada:

Ahora cuando pienso en enfermedad mental pienso en una condición, que puede ser o no puede ser incapacitante pero que con un adecuado tratamiento puede evitar el sufrimiento de la persona que la padece y, sobre todo, pues digamos que sobrellevar su vida de una manera plena. No lo veo como algo negativo o como algo por lo cual uno deba escandalizarse sino simplemente como una condición que necesita ser tratada.

### **Temor ante la enfermedad mental**

Ligado a los estereotipos sociales y al estigma, surge el miedo como reacción ante el enfermo mental que los mismos participantes confiesan haber experimentado sobre todo al

principio de la práctica. En la Tabla No. 2 se presentan los conceptos que surgen a partir del análisis.

**Tabla No. 2. Temor ante la enfermedad mental**

<b>CONCEPTO</b>
Temor a la sintomatología positiva
Estigma inculcado en la academia
Temor a la agresividad de la persona con esquizofrenia
Temor a la enfermedad en si misma

**Fuente: el estudio**

Acerca de su temor a la enfermedad mental al inicio de su práctica Diana narra lo siguiente:

Debo decir que aun yo siendo profesional de la psicología cuando yo hice mis prácticas allá me dio miedo. Le tenía miedo al iniciar la práctica principalmente por cómo te mencionaba, estos síntomas positivos, entonces podríamos relacionar exactamente para personas que tenían alucinaciones, entonces podríamos relacionar varios trastornos de pronto el más principal podría ser la esquizofrenia, también lo relaciono con la euforia, quizá con un trastorno afectivo bipolar orientado al tipo I, ese tipo de conductas de agresividad en la esquizofrenia. Entonces sí me daba temor hacia estos trastornos específicos (...) Ya más adelante el temor se perdió bastante en mi caso porque ya uno conoce a los pacientes, ya uno conoce sus mañas, ya se volvían era como parte de la rutina.

Carolina por su parte hace referencia a un miedo inducido:

Al principio por supuesto con todo esto que le meten a uno en la cabeza, digamos cuando va a entrar al pabellón donde estaban todas las enfermedades, en ese momento de emergencia, que tienen los síntomas a flor de piel pues a uno le da mucho susto, porque

era la primera vez que oyes personas gritar, o que oyes personas que dicen cosas que no tienen sentido, con la mirada perdida, etc.

Daniel en su discurso reporta una experiencia similar:

Si tenía un poco de miedo inclusive si iba con la supervisora, un poco de miedo ya de estar frente a frente o en contacto con los pacientes de hospitalización y ya con el tiempo me fui acostumbrando y ya no tenía ese miedo o esa incomodidad podría decirse. Pero en un momento, si sentí ese miedo de que podía ser agredido por parte de una persona que se encontraba por consumo de sustancias y se encontraba irritable producto del síndrome de abstinencia.

Sergio relata de este modo su temor a la enfermedad mental:

Yo no tenía miedo a la paciente sino miedo a la situación de la paciente. Miedo en el sentido de ¿qué miedo uno estar inmerso en esa situación de enfermedad mental!, como de delirar como estas personas y no poder hacer nada al respecto. No tener las herramientas uno individualmente para hacer algo al respecto.

### Percepción sobre esquizofrenia

Los conceptos que surgen desde los participantes y que exponen sus percepciones referentes a la esquizofrenia, se sintetizan a continuación en la Tabla No.3.

**Tabla No. 3. Percepciones frente a la esquizofrenia**

CONCEPTO
Esquizofrenia como enfermedad mental compleja
Funcionalidad de la persona supeditada a tratamiento
Arte como aspecto positivo de la enfermedad
Requiere tratamiento farmacológico y psicológico

**Fuente: el estudio**

La esquizofrenia es vista como una problemática de salud mental compleja, difícil de llevar para la persona, que requiere ser tratada. Frente a su percepción sobre la esquizofrenia, los participantes hicieron referencia principalmente a las dificultades que acarrea consigo la enfermedad. Andrea menciona lo siguiente:

Yo percibo que la esquizofrenia no es tan fácil como de pronto si yo tengo depresión, porque cuando tengo depresión, me siento mal, reconozco mis síntomas, pero en la esquizofrenia creo que muchas veces es un poco más difícil ese reconocimiento de la enfermedad.

Por su parte, Carolina manifiesta así su perspectiva:

Yo creo que es muy difícil tener esquizofrenia y estar con tanta sintomatología, digamos que los pacientes que logre atender pues eran personas que no tienen un lenguaje



organizado ni tienen capacidad en esos momentos para poder responder adecuadamente a las preguntas que uno les hace y pues mucho menos al tratamiento, entonces estos eran pacientes que realmente lo cargan a uno muchísimo como psicólogo, porque no hay mucho que se pueda hacer en esos momentos.

Daniel, a su vez, percibe a la esquizofrenia como una enfermedad que tiene diferentes grados de ajuste en los pacientes que la padecen:

Yo percibo que si la persona con esquizofrenia tiene un tratamiento, creo que la persona logra ajustarse a la cotidianidad y logra llevar la enfermedad, sea tratamiento farmacológico o farmacológico junto a un tratamiento psicológico que creo le brindaría la mejor de las oportunidades para ajustarse a su vida diaria y continuar con actividades y si no tiene tratamiento creo que la persona en realidad pues va a seguir como deteriorándose socialmente y comportamentalmente hasta que en realidad necesite asistencia total en sus actividades.

Se destaca un aspecto dentro de las narraciones que es que los pacientes con esquizofrenia suelen tener esa especial sensibilidad creadora y artística, como lo expone Mateo:

Un rasgo buenísimo ha sido el arte. El arte es muy subjetivo, es como la persona se describe. Una prueba proyectiva. Pero más allá de hacernos un manual y volver a este parámetro de quién tiene el conocimiento de leer una prueba proyectiva o no, es narrar esa subjetividad en las creaciones de ese psicótico. Es decir, a través de sus dibujos más allá de que sea un dibujo orientado por un terapeuta; validarlos, entenderlos, cogerlos, materializarlos.

De igual forma lo destaca Carolina: Creo que también tiene cosas positivas que se pueden rescatar como el tema artístico e imaginativo que tienen los pacientes.

### **Causas de la esquizofrenia**

Los conceptos que surgen desde los participantes frente a las posibles causas de la esquizofrenia se resumen a continuación en la Tabla No.4.

**Tabla No. 4. Causas de la esquizofrenia**

<b>CONCEPTO</b>
Desconocimiento de las causas
Multicausalidad
Confluencia herencia, genética, ambiente e historia de vida

**Fuente: el estudio**

La mayoría de los participantes manifiestan que la esquizofrenia puede ser multicausal, no hay a ciencia cierta un factor determinante para que una persona la desarrolle. Diana expone así su punto de vista: Considero yo que toda enfermedad mental es multicausal, no podemos decir que la esquizofrenia se da únicamente por un gen, o que, porque se precipitó por una experiencia traumática, puede ser la suma de todo el anterior.

Una combinación de factores genéticos y hereditarios, factores sociales, factores ambientales e historia de vida son aspectos que pueden estar interviniendo, según varios de los entrevistados, tal como lo expresa Daniel:

Pues la enfermedad mental en realidad esa una confluencia de varios factores puede ser sociales o de historia de vida o incluso ya un poco más desde la biología, un poco genético, son todos esos factores que llegan a influir en que una persona desarrolle cierto desajuste

o no se puede adaptar a la su cotidianidad (...) El componente genético creo que también es importante.

Andrea, por su parte expone lo siguiente:

creo que actualmente hay bastante desconocimiento respecto a este y algunos otros trastornos. Pero digamos que uno yo creo que es la predisposición genética. Pues creo que no se puede negar que puede ser un punto en común; pero creo que las condiciones ambientales también pueden ser.

### **Conformación de familia**

Los conceptos que surgen desde los participantes y que hablan de sus percepciones acerca de la conformación familiar por parte de personas con esquizofrenia, se sintetizan a continuación en la Tabla No.5.

**Tabla No. 5. Conformación de familia**

<b>CONCEPTO</b>
Supeditada a un acompañamiento psicológico
Derecho de las personas con esquizofrenia
Necesidad de informar a la pareja sobre el diagnóstico

**Fuente: el estudio**

Referente a la conformación de familia por parte de personas con esquizofrenia la mayoría lo ven factible con condiciones. En la narración de Diana se puede evidenciar un punto de vista bastante reservado al respecto:

Sigo pensando que estas personas deberían tener la posibilidad de tener una familia, adicionalmente si han tenido un acompañamiento psicológico para llegar a conformar una

pareja, para llegar a tener una relación con el otro que para nadie es sencillo, No dejaría a un lado la verdad el tener hijos, obviamente pues teniendo encima un acompañamiento médico, un acompañamiento digamos de toda el área de la salud para que sea un acto exitoso y no de lamentar.

Carolina menciona lo siguiente:

Creo que obviamente tienen todo el derecho, pero creo que en pleno conocimiento de la otra persona. Creo que si yo tengo una pareja con esquizofrenia pues obviamente me gustaría saberlo, digamos que para estar al tanto de lo que la persona necesita todo ese tipo de cosas, pero no negar el derecho de tener una familia o tener hijos pues por su condición; por lo que no creo que sea totalmente incapacitante ni que esto les quite la capacidad de cumplir sus funciones como padres o como parejas.

Por su parte Andrea hace una defensa del derecho a construir una familia de las personas con esquizofrenia a pesar de algunas consideraciones:

Creo que son personas que están en todo su derecho a tener un hijo, simplemente se deben tener las medidas adecuadas para saber tener un tratamiento que sea oportuno. No creo que sea malo que esta persona tenga hijos, sé que existe un componente genético que se puede pasar a los hijos, pero como lo dije anteriormente no considero que sean enfermedades como tales y que en cualquier persona puede haber cosas buenas y cada uno merece vivir y tener una familia como cualquier otra persona.

Finalmente, Sergio plantea también con cautela su punto de vista al respecto:

Creo que esta persona tiene todo el derecho de hacerlo, si lo puede hacer pues no veo por qué no hacerlo. Claro, esta persona debe entender que dadas las condiciones genéticas

puede que su hijo o su hija deriven con esquizofrenia, entender que eso puede suceder y pues también estar preparado para ello. Pero no veo el por qué no hacerlo. También estamos hablando de la vida de pareja, entonces esta persona debería comentarle a su pareja, decirle: yo tengo una enfermedad, así como cualquier otra, que se yo hipotiroidismo o cualquier otra, decirle a su pareja como: yo tengo esto y en su momento pues puede que tenga alguna crisis o algo así pues sería prudente que nos conociéramos y puedas actuar al respecto, para que esa persona pueda ser un apoyo durante los momentos críticos y no críticos de la enfermedad. No hay ninguna razón del por qué no hacerlo, pero se debe tener especial atención al momento de tener un hijo, porque la genética puede actuar ahí.

### **Inserción laboral**

Los conceptos que surgen desde los participantes y que hablan de sus percepciones acerca de la inserción laboral por parte de personas con esquizofrenia, se sintetizan a continuación en la Tabla No.6.

**Tabla No. 6. Inserción laboral**

<b>CONCEPTO</b>
Trabajo como derecho
Depende de si tiene o no tratamiento
Depende de la funcionalidad de la persona
Frecuente posición de rechazo por parte del empleador

**Fuente: el estudio**

Referente a si los pacientes con esquizofrenia son aptos o no para emplearse, los participantes consideran que es un derecho de las personas independientemente de su condición,

como lo plantea Mateo: Estoy de acuerdo con que puedan trabajar, de hecho, muy capacitados en algunos rasgos, por ejemplo, en lenguajes matemáticos.

Diana por su parte insiste en el derecho al trabajo de las personas con esquizofrenia:

Una persona con esquizofrenia es una persona normal por qué no podría emplearse, o sea creo que ahí de entrada le estamos quitando un derecho, en ningún momento esta persona ha dejado de ser un ser humano, no consideró que le neguemos el derecho a trabajar, es que no tenemos fundamento para hacerlo.

Aun cuando en los relatos se ve un alto grado de favorabilidad en torno a la empleabilidad de los pacientes con esquizofrenia, se deja leer entrelineas que esta decisión estará supeditada a otros aspectos, como lo expone Andrea:

Creo que sí la contrataría. Tal vez sería mucho más difícil, tal vez uno no quiere aceptar, pero sí creo que sería mucho más difícil porque claro si pienso como empleador digo ¿Cómo?, bueno puede afectar un montón mi empresa o mi negocio, en el sentido de que una persona se me incapacite un mes, dos meses por este tipo de problemática”. Pues creo que obviamente no sería lo ideal o lo que un empleador quisiera, pero es más por el empleador que por el empleado.

De igual forma Daniel expresa sus reservas:

Yo creo que sí es posible la inserción laboral, pero basándome en la condición de que de pronto una persona con esquizofrenia que no recibe tratamiento en algún momento pues se pueden activar los síntomas y esto afectará su desempeño y mientras que una persona que recibe un tratamiento pues puede estar constantemente chequeando ciertas cosas o ciertos factores que interrumpan su desempeño y actuar en consecuencia.

Sergio también hace referencia al desempeño y la funcionalidad como factor determinante en la empleabilidad:

Yo creo que el trabajo se lo pueden dar sin problema, pero también hay que ver el rango de funcionalidad que tiene la persona, que tan afectada está su cognición por la enfermedad para realizar tareas complejas. Hay algunos que no presentan afectación alguna, o afectación mínima también, entonces pueden realizar trabajo sin problema.

### **Cambio de percepción antes-después de la práctica**

Los conceptos que surgen desde los participantes y que hablan de su percepción antes y después de la práctica con pacientes con esquizofrenia, se evidencian en la Tabla No.7.

**Tabla No. 7. Cambio de percepción antes-después de la práctica**

<b>CONCEPTO</b>
Esquizofrenia dejó de ser una definición en un libro
Reducción del estigma
Pérdida del temor al paciente
Desarrollo de empatía
Ruptura con el paradigma académico desde dónde se explica
Descubrimiento de la potencialidad de la persona con esquizofrenia
Ver la esquizofrenia como etapas de la vida de la persona susceptibles de ser tratadas

**Fuente: el estudio**

Una constante dentro del desarrollo de las entrevistas fue la narrativa referente al cambio de perspectiva entre el antes y el después de la práctica con respecto a los pacientes con esquizofrenia que sugiere que luego de la experiencia con la práctica la visión sobre la persona con esquizofrenia suele ser más positiva. Esta es la intervención de Mateo:

Creo que no se me cambió mucha la perspectiva, sino que la potencialice a que este esquizofrénico no era la definición de un libro, de un manual sino toda una expectativa de vida, que aun así hay que entenderlo.

Diana se refiere a cómo su experiencia cambió la perspectiva que tenía sobre el paciente con esquizofrenia

Ya con el tiempo, con el aprendizaje y la experiencia creo que este estigma se fue borrando y se fue eliminando, pero poco a poco, ya hoy en día de yo pensar enfermedad mental y pensarme a mí mismo a mi familia creo que es un proceso bastante largo que hay que ir pues como interiorizando y seguir estudiando acerca de lo que aborda. Más adelante el temor se perdió bastante en mi caso porque ya uno conoce a los pacientes, ya uno conoce sus mañas, ya se volvían era como parte de la rutina.

Por su parte, la intervención de Andrea deja ver como su temor previo al paciente con esquizofrenia se minimizó con la realización de la práctica:

Digamos que antes de la práctica lo que te dije eran pacientes que me generaron demasiada curiosidad y me apasionaba mucho poder trabajar con ellos sobre todo porque, no sé, escuchar sus relatos acerca de sus delirios y alucinaciones me llamaba mucho la atención(...) Recién llegué a la clínica creo que sentía cierto susto por decirlo así, cierto temor el cual con el paso de los días y de los meses pues se fue quitando totalmente.

Desde la narración de Carolina, se puede ver cómo era su representación social de la persona con esquizofrenia antes de tener contacto con ella y cómo es hoy:



En la carrera le muestran la esquizofrenia como un monstruo literalmente, como la peor enfermedad y algo a lo que hay que temerle pero uno estando en la práctica se da cuenta que, realmente, si bien hay alucinaciones que son terribles y si hay momentos en los que la persona no puede coordinar sus pensamientos ni tiene un habla organizada, pues no creo que toda la vida la persona sea así ni creo que realmente sea un monstruo de enfermedad sino simplemente son algunas etapas que hay que saber tratar y hay que saber aprovechar lo bueno que tiene la persona y sacar lo mejor que se pueda de ella.

### **Vivir con esquizofrenia**

Los conceptos que surgen desde los participantes y que hablan de sus percepciones acerca de vivir con esquizofrenia, se resumen a continuación en la Tabla No.8.

**Tabla No. 8. Vivir con esquizofrenia**

<b>CONCEPTO</b>
Desconocimiento de su enfermedad por parte del paciente
Incomprensión de la persona con esquizofrenia
Vida como la de cualquier otra persona con una enfermedad
Vida difícil dada la sintomatología
Dificultad para establecer vínculos afectivos
Dificultad para insertarse en la vida social

**Fuente: el estudio**

Para conocer las representaciones sociales, es importante tener en cuenta cómo ven los participantes al fenómeno de estudio desde la experiencia del sujeto, es por ello que se obtuvieron descripciones acerca de cómo se suponen que es la vivencia de una persona con esquizofrenia que ilustran diferentes puntos de vista. Esta es la intervención de Mateo:

Yo creo que va a ser difícil, en principio, el desconocimiento de qué tienen y qué no tienen. En general, como te digo, se enfrentan a un mundo hecho para el neurótico, un mundo que tiene un lenguaje, mundo que tiene una funcionalidad, un mundo de corte neoliberal capitalista en dónde está funcionalidad es que tengas una ocupación, de que pases de una funcionalidad a otra dentro de tu ciclo de desarrollo.

Por su parte, Diana considera que tener una vida con esquizofrenia no representa un inconveniente mayor que el de tener una enfermedad como cualquier otra:

Yo creo que la vida con esquizofrenia es normal, como la vida tuya la vida mía, es una persona normal, tiene una vida normal como cualquiera de nosotros, que sí tiene sus especialidades, así como yo de pronto tengo que cuidarme con el azúcar, él se tiene que cuidar de pronto con ciertos ambientes o de pronto evitar el alcohol o cualquier otra particularidad.

Por el contrario, Carolina manifiesta las complicaciones que puede traer consigo llevar una vida con esquizofrenia:

Me imagino que debe ser complicado cuando de alucinaciones se trata si uno no sabe a qué se deben, porque uno no es capaz de controlar ni tener como ninguna noción al respecto, si uno no sabe que uno está alucinando y que otras personas están viendo otras cosas diferentes a las que uno está yendo, es muy difícil vivir así, porque me imagino que vivir con tanta contrariedad todos los días pues no debe ser nada fácil. Creo que también en el área de pareja debe ser muy complicado, en el área de educación también, estudiar con algunos síntomas no debe ser nada fácil y pues el tema también de ausentarse debe ser difícil en ese sentido.

### **Experiencias en la práctica con pacientes con esquizofrenia**

Los conceptos que surgen desde los participantes y que hablan de sus experiencias en la práctica con pacientes con esquizofrenia, se sintetizan a continuación en la Tabla No.9.

**Tabla No. 9. Experiencias en la práctica con pacientes con esquizofrenia**

<b>CONCEPTO</b>
Ver cómo la enfermedad se vuelve persona
Cambió la visión de la vida
Entender que no es una sentencia de muerte un diagnóstico
Reconocer la empatía como pilar del tratamiento

**Fuente: el estudio**

La representación social parte de la relación del sujeto con el objeto de interés, por eso se hace hincapié en como vivieron su experiencia de práctica con pacientes con esquizofrenia. Las narraciones dejan ver el interés por el entendimiento de la enfermedad, así como lo describe Sergio:

Para mí es completamente interesante entender y escuchar el relato de lo que es la esquizofrenia. Es una cosa muy difícil, pero como psicólogo y como apasionado de la psicología clínica es muy interesante escuchar el relato de lo que es la enfermedad y cómo se presenta la enfermedad. De cómo la enfermedad se vuelve persona. No significa que la persona sea la enfermedad, o que la enfermedad defina a la persona, simplemente como la enfermedad se vuelve realidad.

Carolina relata cómo su experiencia ha generado un aprendizaje a nivel profesional y personal:

Yo creo que aprendí muchísimo, creo que aprendí a ver la vida de otra forma, no sé, uno siempre se imagina que las cosas tienen un derecho y creo que estas personas tienen una forma completamente diferente de ver las cosas y de esa forma también aprendí a ver la vida , diferente, creo ese fue el mayor aprendizaje que me dieron, además de que no significa una sentencia de muerte tener esquizofrenia.

Esta es la intervención de Daniel:

Mi experiencia con personas con esquizofrenia en realidad es como muy cotidiana, como otras personas que tienen digamos alguna condición mental; en realidad uno puede interactuar con ellos de forma normal, incluso hasta sentir empatía por ellos, lo cual creo que es muy importante y satisfactorio.

### **Problemáticas que enfrentan las personas con esquizofrenia**

Los conceptos que surgen desde los participantes referente a las problemáticas que enfrentan las personas con esquizofrenia, se reflejan a continuación en la Tabla No.10.

**Tabla No. 10. Problemáticas que enfrentan las personas con esquizofrenia**

<b>CONCEPTO</b>
Estigmatización
Sobrepotección
Falta de un abordaje integral
Entendimiento del psicótico desde el mundo neurótico

**Fuente: el estudio**

La estigmatización resulta ser una de las problemáticas que con mayor frecuencia deben enfrentar las personas con esquizofrenia, a lo que se suma la sobreprotección y la falta de un abordaje que vaya más allá de la funcionalidad, de acuerdo con los entrevistados.

Encontramos relatos que convergen donde se hace énfasis en la estigmatización de que es víctima la persona con esquizofrenia. Daniel nos permite realizar este acercamiento a esa visión:

Yo creo que uno de los grandes problemas no solo de personas con esquizofrenia sino con una condición en salud mental, es la estigmatización que pueden sufrir por parte de la sociedad. Incluso en el campo de la psicología hay muchos imaginarios sobre lo que es la enfermedad mental o ideas lo que una persona con esquizofrenia puede hacer, sentir o los síntomas que pueden llegar a tener.

Así mismo narra cómo la sobreprotección hacia la persona con esquizofrenia hace parte de las problemáticas referentes al ámbito familiar:

En el ámbito familiar se me ocurre una problemática muy puntual y es la sobreprotección de la familia. He observado mucho que sucede con las personas con esquizofrenia, o con otro tipo de patología también, que la familia empieza como a sobreprotegerlos mucho. Cualquier cosa que ellos quieran hacer que esté fuera de la “normalidad”, ellos dicen que ya está teniendo una crisis.

Mateo hace una crítica al modelo funcionalista que solo busca adaptar al sujeto con esquizofrenia y no reconoce sus particularidades:

El problema es que se lee al psicótico como si se estuviera leyendo a un neurótico(...) Es lo que hacemos tú y yo al final de cuentas, es lo que hacen las instituciones, las academias,

los psiquiátricos y las cárceles, lo que hacen es normalizar.(...) A nosotros nos dan un voto de confianza para que recuperemos la incapacidad del otro, para que siga siendo funcional, para que ese brote psicótico, neurótico o cualquier trastorno, se solucione en el menor tiempo posible, para que vuelva a su funcionalidad. Vuelva a ser estudiante, trabajador, vuelva a ser miembro de... Ése es un corte de funcionalidad del mundo. Acá el problema es leer al psicótico como si se estuviese leyendo al neurótico.

### **Estereotipos sociales**

Los conceptos que surgen desde los participantes y que hablan de los estereotipos sociales frente a los pacientes con esquizofrenia, se evidencian a continuación en la Tabla No.11.

**Tabla No. 11. Estereotipos sociales**

<b>CONCEPTO</b>
Paciente como persona agresiva
Las personas con esquizofrenia requieren atención constante
Las personas con esquizofrenia generan incomodidad en quienes no tienen la enfermedad

**Fuente: el estudio**

Dentro de los estereotipos sociales sobre los pacientes con esquizofrenia, desde la visión de los entrevistados, encontramos similitudes en los puntos de vista expuestos donde se manifiesta que en los discursos se les presentan como disociados, agresivos y generadores de incomodidad, además de que requieren ser cuidados permanentemente.

Andrea plantea lo siguiente: Muchas veces nos lo muestran (al paciente con esquizofrenia) como el que grita el que veo cosas super locas. Este es el punto de vista de Mateo: Creo que hay que darse cuenta de que el otro es un otro diferente, un cuerpo que incomoda, otro que incomoda, algo que el lenguaje no puede escribir.

Diana ve de este modo lo que suele pensar acerca de los pacientes con esquizofrenia: Él se tiene que cuidar de pronto con ciertos ambientes o de pronto evitar el alcohol o cualquier otra particularidad.

### **Estigma social**

Los conceptos que surgen desde los participantes y que hablan sobre el estigma social frente a los pacientes con esquizofrenia, se sintetizan a continuación en la Tabla No.12.

**Tabla No. 12. Estigma social**

<b>CONCEPTO</b>
Enfermedad como algo definitorio de la persona
Institucionalización del enfermo mental
Lenguaje como vehículo del estigma
Desesperanza en la recuperación

**Fuente: el estudio**

Dentro de las investigaciones mencionadas en el estado de la cuestión, sale a relucir la estigmatización como uno de los mayores inconvenientes en el proceso de tener una enfermedad mental grave. Mateo en su narración manifiesta cómo se empieza a dar esta estigmatización del paciente:

Fíjate que es algo también del esquema y del entendimiento social de la enfermedad que pareciera que la enfermedad se vuelve una característica definitoria la persona, cuando definitorio no es nada, ni el color de los ojos, del cabello, ni la estatura ni nada, hace parte de un ser, pero no era definitorio, al igual que la enfermedad y el trastorno mental no es definitorio, es una parte más de sus características. Yo creo que también está esa ignorancia social de que esa estigmatización cultural es grandísima, es de años, de que al loco hay que contenerlo y retenerlo en una institución psiquiátrica porque puede hacer daño.

Diana lo menciona claramente al decir lo siguiente:

Yo creo que en la enfermedad mental en general, el mayor estigma comienza con el propio lenguaje, la manera en que el paciente se define, en que nosotros lo definimos, es que usted tiene un trastorno(...) Yo como le voy a hacer terapia a una persona así, yo como me le voy a acercar a una persona así, los pacientes con X trastorno son agresivos y tú vas y ves a Pepito Pérez y mira que no es agresivo, no era impulsivo, es distinto, pero, tiene un diagnóstico por ejemplo en este caso de esquizofrenia.

Andrea por su parte alude a la estigmatización hacia los pacientes con esquizofrenia, esta vez por parte del equipo de trabajo:

Muchas veces evidencié los médicos psiquiatras digamos que daban por perdidos a este tipo de pacientes, como ya no hay nada que hacer; porque pues tendemos a creer que la esquizofrenia todo es malo, que son agresivos o cosas por el estilo.

Carolina expresa así su punto de vista frente a algunos pacientes: Estos eran pacientes que realmente lo cargan a uno muchísimo como psicólogo, porque no hay mucho que se pueda hacer en esos momentos.



### **Estrategias de intervención**

Los conceptos que surgen desde los participantes y que hablan frente a las posibles estrategias de intervención con los pacientes con esquizofrenia, se sintetizan a continuación en la Tabla No.13.

**Tabla No. 13. Estrategias de intervención**

<b>CONCEPTO</b>
Co-construcción del tratamiento con el paciente
Psicoeducación
Entendimiento de la enfermedad por parte del paciente
Entendimiento de la enfermedad por parte del círculo del paciente

**Fuente: el estudio**

Frente a las estrategias de intervención, los participantes hacen hincapié en la importancia del trabajo desde la psicoeducación y la subjetividad del paciente, para lograr su rehabilitación.

Mateo manifiesta lo siguiente:

De acuerdo con el posicionamiento del sujeto frente a la enfermedad, va a ser el trabajo subjetivo con ellos el que va a dar luces a su percepción de mejoría. Es el mismo paciente quién se conoce más que cualquier modelo teórico, que cualquier profesional, va a ser el mismo paciente el que va a narrar sus vivencias, cómo la persona las vive y cómo se ubican esas vivencias.

Diana por su parte expone así su punto de vista:

Yo considero que no estoy de acuerdo por ejemplo con algunas ramas de la psicología como el psicoanálisis y donde básicamente ponen durante un largo período a una persona

en terapia, considero que al contrario el psicólogo lo que hace es enseñar herramientas para que el día de mañana no necesite ningún psicólogo al momento de ejecutarlas.

Dentro de las herramientas, en el planteamiento de Carolina es fundamental la psicoeducación:

Es importante un proceso de psicoeducación, tener en cuenta cuáles serían los síntomas iniciales para poder saber cómo actuar en ese momento digamos en los que uno sepa que la persona va a empezar a alucinar, o que va a entrar en una fase depresiva o que va a estar sintomático.

Existe no solo una visión humanística de la intervención de la enfermedad sino haciendo alusión a las causas de esta, se puede evidenciar una solución de otra índole como la plantea Daniel en su exposición:

Hay una fuerte línea farmacológica digamos que puede ser la base de un tratamiento, pero también algunas terapias cognitivas me parece que también tienen una incidencia en el tratamiento de la esquizofrenia. Yo creo que, en primer lugar, sentir empatía y entender un poco o tratar de entender lo que la persona vive en su diario vivir y continuar con el tratamiento así sean espacios reducidos de tiempo. Se debe tener como un fuerte componente de psicoeducación tanto para los pacientes como para los familiares para que se trabaje en equipo. Tanto el paciente sepa qué síntomas o qué signos reconocer en él en sí mismo, como sus familiares y que puedan ser reportados digamos ya con el profesional. Para que puedan en algún momento, si el paciente digamos no lo nota, pero sus familiares si, puedan hablarlo con comunicación asertiva, porque puede las cosas se identifiquen, pero se digan de una forma que pudiese sonar como un ataque hacia el paciente con esquizofrenia.

### **Alternativas para el mejoramiento de la calidad de vida**

Los conceptos que surgen desde los participantes y que hablan de las posibles alternativas para el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad mental, se presentan a continuación en la Tabla No.14.

**Tabla No. 14. Alternativas para el mejoramiento de la calidad de vida**

<b>CONCEPTO</b>
Comprensión de la enfermedad
Humanización de la atención al paciente
Lenguaje como herramienta desestigmatizante
Fortalecimiento de redes de apoyo
Visibilización de la persona con esquizofrenia desde la integralidad
Reconocimiento de la individualidad

**Fuente: el estudio**

En cuanto a las alternativas que proponen los participantes para el trabajo con pacientes con esquizofrenia e iniciar un proceso de desestigmatización, se mencionan componentes como la psicoeducación, la humanización de la atención al paciente y el lenguaje como herramienta desestigmatizante.

Mateo plantea lo siguiente:

Es entender cómo es su modelo psicológico, cómo esas dinámicas psicológicas de la persona están funcionando, sin poner un juicio de valor de que es mejor ser neurótico que psicótico o perverso. ¿Qué hay que hacer entonces? Hacer un trabajo también con la familia, anunciar la carga cuidadora, adherencia al tratamiento, que se borre un poco la

estigmatización y la estigmatización se va a borrar en unos procesos de psicoeducación familiar, que sepan que sintomatología está presentando la persona, que rasgos funcionales se le pueden determinar, y que no (...) Hacer avances con el lenguaje. El neurótico puede llegar a cadenas simbólicas a través del lenguaje, narrar su vida, narrar su historia. Al psicótico le va a costar, va a narrar la vida del otro, va a romper esa otredad, esa realidad. ¿Qué hacer entonces? Buscar maneras de que esa narración no se pierda, que esa narración pueda ser traducible y entendible para los profesionales. Un rasgo buenísimo ha sido el arte. El arte es muy subjetivo, es como la persona se describe(...) Visibilizar, cuando te contestaba acerca de si se podían casar y tener un empleo y darle empleo, creo que ahí toca hacer un manejo ya con las redes sociales que esta persona posea, tenga o esté dispuesta a tener, también educar a la persona para que lo anuncie; esa psicoeducación contemplar que van a tener ciertos episodios, el lenguaje nos va a definir a que toda enfermedad mental es crónica, vamos a morir con ella a partir del diagnóstico, pero que existe la posibilidad de tener la enfermedad mental en remisión es decir que puede que en un periodo largo de tiempo no vayamos a tener ninguno de los síntomas activos entonces también es advertir de que confluye pero no es algo definitorio.

Diana toma como referente también el lenguaje:

En relación al lenguaje yo considero que ya es tarea fundamental por lo menos del psicólogo de entrar a evaluar a decir que significa o en qué momentos utilizar por ejemplo la palabra depresión, qué significa este término, o creo que eso estaría muy enlazado a la educación creo yo que educando a los demás sí se pueden lograr muchos cambios, la

educación es el motor de todo y siento que esta va a ser la manera no sólo de mejorar el lenguaje al momento de mencionar o relacionarnos con personas con trastorno.

Desde el reconocimiento de las individualidades de los pacientes, Andrea expone lo siguiente:

En cuanto al tratamiento cuando nosotros tratamos a todas las esquizofrenias iguales a todas las depresiones iguales y no miramos la individualidad del caso pues caemos en esa generalización y creo que eso abre paso al estigma entonces creo que es muy importante estudiar la individualidad del caso y mirar todas las posibles variables por las que ya sea el síntoma, ya sea la enfermedad pues nace por decirlo así o se da y por las cuales también se mantienen.

Andrea también, hace un llamado a la visibilización del estigma:

No mostrar sólo ese tipo de casos incapacitantes porque sabemos que no son los únicos que hay sino estos otros ejemplos de vida de personas con esquizofrenia que llevan vidas lo más normales entre comillas posibles e ir quitando estos estigmas.

En cuanto a la psicoeducación Daniel propone lo siguiente:

Se debe tener como un fuerte componente de psicoeducación tanto para los pacientes como para los familiares para que se trabaje en equipo. Tanto el paciente sepa qué síntomas o qué signos reconocer en él sí mismo, como sus familiares y que puedan ser reportados digamos ya con el profesional.

Sergio por su parte hace un llamado a que la persona con esquizofrenia se empodere frente a su enfermedad:

Es importante que hablemos de la conciencia de la enfermedad, que tanto sabe la persona de su enfermedad, qué tanto puede aprender ella para encontrar y aumentar esa adherencia al tratamiento que es lo que se busca. Que esa persona sepa en qué momento debe buscar ayuda cuando los síntomas están agudizando, y a quién acudir, a quién decirle lo que le pasa y qué debe hacer, si acudir al psicólogo, si acudir al psiquiatra, si acudir a urgencias.

## DISCUSIÓN

Para algunos participantes, la enfermedad mental es una forma de posicionamiento del sujeto en su realidad y una forma diferente de ver la vida. Como lo expresa Sanen (2015), la experiencia esquizofrénica revela que se hace necesario una aproximación a la subjetividad, puesto que existen diversas maneras de relacionarse con el mundo. Cuando el sujeto logra posicionarse de una manera particular frente al exterior, puede reconocer los elementos que la anamnesis brinda, no como meras señalizaciones clínicas sino como una narrativa entrecortada de los pequeños instantes que trastocaron la actualidad.

También se expone que las personas con esquizofrenia son personas humanas con necesidades como todas; la condición de salud mental es una dimensión del sujeto mas no algo que lo define. No obstante, según los participantes se trata de una condición compleja que requiere ser tratada tanto farmacológica como psicológicamente. La funcionalidad de la persona se ve supeditada al tratamiento.

Señalan los participantes que la esquizofrenia no tiene una única causa. Por el contrario, manifiestan que es una enfermedad multicausal, y que así mismo, su tratamiento no debe incluir un único abordaje. Pennington (2003) plantea la necesidad de no sobresimplificar fenómenos complejos como el de la esquizofrenia, pues su etiología implica la interacción de aspectos

genéticos, biológicos y sociopsicológicos, dando no una explicación unicausal a la enfermedad sino por el contrario permitiendo una visión interaccionista de la misma.

De acuerdo con las narrativas analizadas, vivir con esquizofrenia significa desconocimiento de la propia enfermedad por parte del paciente, incomprensión, una sintomatología que torna difícil el diario vivir, a la que se le suma la dificultad para establecer vínculos afectivos e insertarse en la vida social.

En cuanto a la conformación de una familia y la inserción laboral, aunque los participantes reconocen que las personas cuentan con estos derechos, tienen la idea de que se requiere de una funcionalidad del paciente para que esto se pueda dar de manera exitosa. En otras palabras, se requiere tratamiento y acompañamiento psicológico para que una persona con esta condición pueda tener una vida familiar y laboral armónica. Con respecto a la inserción laboral, como lo plantean Tapia, Castro & Aguilera (2013) es fundamental que la sociedad considere medidas que, con fundamento científico, faciliten y promuevan la empleabilidad de las personas que sufren problemas mentales con discapacidad. Y para ello, se hace necesario un acompañamiento constante, como se plantea en programas como “Empleo con apoyo”, en el cual, a las personas con alguna enfermedad mental se les ofrecen procesos de entrenamiento y apoyo de acuerdo a las necesidades que surjan durante sus actividades laborales. En cuanto a la conformación familia por parte de personas con esquizofrenia, es importante que los profesionales de salud mental pueden desarrollar apoyos específicos relacionados con la maternidad y paternidad para los padres con enfermedad mental, que pueden ayudar a prevenir los problemas que podrían conducir a la participación de sistemas de protección infantil. Los padres con enfermedad mental grave (EMG) pueden beneficiarse específicamente de los apoyos de crianza. Además, puede ser beneficioso

entrenar a los trabajadores de bienestar infantil para que comprendan mejor el impacto positivo de la crianza de los hijos, los recursos disponibles para los padres con enfermedad mental, y el potencial que las personas con enfermedad mental tienen para ser buenos padres con sus hijos (Kaplan, et al., 2019).

En cuanto a los estereotipos frente al paciente con esquizofrenia los participantes exponen que estos se evidencian no solo en el círculo cercano de los pacientes, sino en los profesionales que trabajan con dicha población. De hecho, reconocen que antes del inicio de su práctica ellos mismos tenían una noción del esquizofrénico como una persona agresiva, caracterizada por tener síntomas positivos como alucinaciones y pensamiento disociado, de manera permanente, lo cual generaba sentimientos de temor en ellos. De igual modo, la persona con esquizofrenia era vista por ellos como alguien que requiere atención constante y que genera incomodidad entre quienes la rodean. Temían a los síntomas positivos, a la posibilidad personal de desarrollar la esquizofrenia (o de que se presentara en el círculo cercano) y a no contar con herramientas para hacer algo efectivo frente al paciente con esquizofrenia. Como lo expone Pozo (2016) existe un estigma público, el cual hace referencia a actitudes y creencias que la sociedad en general tiene concebidas sobre las personas y los familiares que sufren una enfermedad mental. Lo más común entre la sociedad es que se considere a las personas que sufren este tipo de patología como "violentas" y "agresivas", es decir, como personas peligrosas con las cuales es mejor no relacionarse. De acuerdo con Fresan (2012) el estigma de agresión o peligrosidad de las personas con esquizofrenia se relaciona con el desarrollo de cuadros depresivos, mayor ansiedad y aislamiento social de los pacientes, así como disminución de la autoestima y menores oportunidades de empleo



Según los entrevistados, la persona con esquizofrenia es estigmatizada al considerarse la enfermedad como algo definitorio de la persona, al concebir como necesaria la institucionalización del enfermo mental y al mostrarse desesperanza en la recuperación. Para los participantes el lenguaje representa el vehículo por excelencia del estigma. De acuerdo con Pozo (2016) en su mayoría se suele dar en el mal uso de los términos clínicos que se utilizan, como por ejemplo "esquizofrénico". En este sentido es preferible nombrar primero a la persona y luego su dolencia, por ejemplo, decir "Persona con esquizofrenia". Este es un tema controvertido, ya que tiene diversidad de opiniones, pero como profesionales, respecto a la forma de denominarles, lo correcto es poner primero la figura de la persona, para no dar pie a discriminaciones. En este sentido, si usamos el término incorrecto para nombrar la esquizofrenia podemos llegar a crear una etiqueta al paciente, la cual puede cerrarle muchas puertas a lo largo de su vida.

Varios de los discursos apuntan a la importancia de un trabajo integral con los pacientes con esquizofrenia. Se menciona en primer lugar la psicoeducación tanto a pacientes como a familiares con el fin de generar un trabajo conjunto entre ellos. Se destaca la importancia de que los participantes le dan a que el paciente reconozca su enfermedad. Se refieren también a la necesidad de que el paciente sea capaz de reconocer signos y síntomas prodrómicos a una crisis y pueda dar reporte bien sea a sus familiares o a un profesional. De igual forma, a que la familia esté en la capacidad de dar apoyo en los picos de la enfermedad y tenga el reconocimiento de estos signos y síntomas para dar un trato oportuno. Y, por último, se plantea un escenario de visibilización del paciente con esquizofrenia a partir, no del estigma, sino de los procesos humanos rehabilitadores, enfocados en la subjetividad de las personas con esquizofrenia y en la empatía, propendiendo por cambios en el lenguaje. El arte es considerado como vehículo central en estos procesos. Los componentes propuestos remontan a los discursos frente a la forma de dar solución

al problema de estigmatización del paciente con esquizofrenia que han estado presentes como estrategias principales para la reducción del estigma en la enfermedad mental: la protesta, la educación y el contacto, como lo describen Muñoz y Uriarte (2006).

La investigación muestra, a la luz de las narrativas obtenidas, que el contacto durante la formación es una experiencia que cambia el modo de ver al paciente con esquizofrenia, reduce el estigma y mejora las actitudes positivas por parte de los futuros psicólogos, minimizando la discriminación. Como lo expone Hernández (2014) el contacto directo con personas con esquizofrenia genera actitudes más abiertas, menos autoritarias y menos restrictivas.

## **CONCLUSIONES**

La experiencia formativa en la clínica psiquiátrica, de acuerdo con los datos obtenidos en este estudio, resulta ser definitiva para el cambio de paradigma conceptual y actitudinal sobre la esquizofrenia, reduciendo entre los participantes el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con la enfermedad, lo cual suele ser producto de la desinformación y de la comprensión de la enfermedad mental desde el modelo biogénético. Según los relatos obtenidos existe una diferencia en cuanto a las representaciones sociales de las participantes previas a la práctica y aquellas posteriores a ella.

Se destaca, entre las representaciones sociales previas a la experiencia de práctica relatadas por los participantes, la concepción de la persona con esquizofrenia como agresiva, disociada y requerida de una supervisión permanente frente a cuya realidad se desarrollan sentimientos de temor, lo cual coincide con los hallazgos de algunos autores.

Las personas con esquizofrenia son vistas por quienes realizaron sus prácticas en la clínica donde se realizó este estudio como sujetos de derechos más que como objeto de control social. Sin

embargo, según la perspectiva de los participantes, se trata de personas que atraviesan una situación de salud compleja, que requieren de procesos efectivos de acompañamiento, educación y trabajo terapéutico donde es necesario involucrar a su círculo inmediato para que sea posible para ellas insertarse satisfactoriamente en la vida familiar y laboral. Se destaca la importancia del empoderamiento a la persona con esquizofrenia mediante la psicoeducación que debe iniciar en el autorreconocimiento de su enfermedad y de los síntomas prodrómicos.

Los participantes consideran primordial visibilizar al paciente con esquizofrenia desde su subjetividad y cuestionan el lenguaje como el vehículo por excelencia del estigma y la discriminación, por lo que nuevas perspectivas teóricas y terapéuticas requieren ser consideradas para un cambio en el modo de abordar al paciente con esquizofrenia en la formación de los psicólogos.

**REFERENCIAS**

- Acosta, K. T.(s/f). *La noción de representación social: su estudio en la Psicología social*. UNAM mecanografiado.
- Aguirre, J. C., & Jaramillo, L. G. (2015). El papel de la descripción en la investigación cualitativa. *Cinta de moebio*, (53), 175-189.
- American Psychological Association. (2010). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta*. Buenos Aires. American Psychological Association. Recuperado de [http://www.Psicologia.Unam.Mx/documentos/pdf/comite\\_etica/Código PA. Pdf](http://www.Psicologia.Unam.Mx/documentos/pdf/comite_etica/Código PA. Pdf).
- Araya, S. (2002). Las representaciones sociales. Ejes teóricos para su discusión. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-FLACSO. Leonardo Villegas: Costa Rica
- Banchs, M. A. Efectos del contacto con la cultura francesa sobre la representación social del venezolano (1982) En: *Interamerican Journal of Psvchology*. 1982, Vol. 2, pp. 111-120.
- Bueno Abad, J. R., y Mestre Luján, F. J. (2005). Prensa y representaciones sociales de la enfermedad mental. *Psychosocial Intervention*, 14(2), 131-159.
- Cañas, A. V., & Jiménez, M. D. L. V. M. (2016). Actitudes hacia los trastornos mentales y su asociación percibida con delito: estigma social. *Salud & Sociedad*, 7(3), 254-269.
- CEPAL, N. (2020). Las oportunidades de la digitalización en América Latina frente al Covid-19. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS. ed. rev. Y ampl. São Paulo: BIREME / OPS / OMS, 2017.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.

- Di Giacomo, J.P. "Teoría y método de análisis de las representaciones sociales" En: Darío Páez et al. *Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social*. Madrid: Fundamentos, 1989. pp. 278-295.
- Domínguez, M. L. P., & Rodríguez, I. I. B. (2010). Aspectos éticos en la investigación cualitativa.
- Durán Álvarez, A. J., Orozco Giraldo, B. N., & Cano Arenas, C. A. (2015). *Representaciones sociales sobre enfermedad mental en tres estudiantes de psicología de octavo semestre jornada nocturna, de la Corporación Universitaria Minuto de Dios-seccional Bello 2015-2* (Doctoral dissertation, Corporación Universitaria Minuto de Dios).
- Farr, Robert M. "Las representaciones sociales" En: Serge Moscovici (compilador) *Psicología Social II* Barcelona: Paidós, 1986 pp. 495-506
- Ferro, O. (2010). Salud mental y poder. Un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad. *Revista de Salud Pública, (XIV) 2* :47-62.
- Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de psicología, 24*(1-3), 223-244.
- Fresán, A., Robles, R., Cota, M., Berlanga, C., Lozano, D., & Tena, A. (2012). Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: Relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. *Salud mental, 35*(3), 215-223.
- Giorgi V. (2002) *Psicología de la salud: escenarios y prácticas*.
- Izquierdo, G. M. (2015). Informantes y muestreo en investigación cualitativa. *Investigaciones Andina, 17*(30), 1148-1150.

- Jaen Varas, D. C., Quispecahuana, C., Wilma, E., y Quisbert Gutiérrez, H. F. (2012). Evaluación de la sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia del hospital de psiquiatría " Dr. José maría Alvarado". *Revista Médica La Paz*, 18(2), 21-26.
- Jodelet, D. (1985). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Mascovici. (Ed.), *Psicología social, II: Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales.* (pp.470-534). Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
- Kaplan, K., Brusilovskiy, E., O'Shea, A. M., & Salzer, M. S. (2019). Child protective service disparities and serious mental illnesses: results from a national survey. *Psychiatric Services*, 70(3), 202-208.
- Kingdon, D., Sharma, T., & Hart, D. (2004). What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatric Bulletin*, 28(11), 401-406.
- Lamadrid, S. y & Fuentealba, R. (2013). Representaciones sociales de la esquizofrenia en las redes sociales primarias de personas esquizofrénicas.
- López, T. M. T., Cortés, J. A. M., Beltrán, C. A., & Estrada, J. G. S. (2015). Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México (Mental health and mental illness social representations of adult population from Guadalajara, México). *CES Psicología*, 8(1), 63-76.
- Loubat, M., Lobos, R., y Carrasco, N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación. *Límite Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 12(39).

- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C. y Maj, M. (2004). Beliefs about schizophrenia in Italy: A comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 322–330.
- Martínez, J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *Silogismos de investigación*, 8(1), 1-43.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 613-619.
- Maza Rivera, C. M. (2015). Estigma experimentado en personas diagnosticadas con esquizofrenia internadas en un hospital psiquiátrico.
- Medina Mesa, Y., Martínez García, C., Morales Sánchez, L., & Gil Olarte, P. (2018). Las actitudes del alumnado universitario frente a las personas con trastorno mental.
- Mendiola, M. S., Hernández, A. M. D. P. M., Torres, R., Carrasco, M. D. A. S., Romo, A. K. H., Mario, A., y Cazales, V. J. R. (2020). Retos educativos durante la pandemia de COVID-19: una encuesta a profesores de la UNAM. *Revista Digital Universitaria*, 21(3).
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 1(2).
- Muñoz, A. A., & Uriarte, J. J. U. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 6(26), 5.
- Muñoz, M., Sanz, M., y Pérez-Santos, E. (2011). Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo comportamental. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. Annuary of Clinical and Health Psychology*, (7), 41-50.

- Navarro Carrascal, O., y Restrepo Ochoa, D. (2013) Representaciones Sociales: perspectivas teóricas y metodológicas. *CES Psicología*, 6(1), I-IV.
- Noreña-Peña, A., Moreno, N. A., Rojas, J. G., & Rebolledo-Malpica, D. M. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274.
- Pennington, H. J. (2003). Esquizofrenia, genética y complejidad. *Actualidades en psicología*, 19(106), 139-145.
- Pérez Álvarez, C., Bosqued Molina, L., Nebot Macías, M., Guilabert Vidal, M., Pérez Zaera, J., & Quintanilla López, M. Á. (2015). Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 721-730.
- Pinto-Foltz, M. D., y Logsdon, M. C. (2009). Reducing stigma related to mental disorders: initiatives, interventions, and recommendations for nursing. *Archives of psychiatric nursing*, 23(1), 32-40.
- Pozo Gil, S. D. (2016). La estigmatización de la esquizofrenia.
- Ramírez, L. Y. Á., y Salinas, O. A. (2008). Actitudes hacia el trastorno mental y la búsqueda de ayuda psicológica profesional en un grupo de adultos intermedios de la ciudad de Bucaramanga. *Revista de la Facultad de Medicina*, 56(2), 91-100.
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L. y Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: A review of the 'mental illness is an illness like any other' approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 303- 318.



- Rodríguez, J. M. (2011). Métodos de investigación cualitativa qualitative research methods. *Revista de la Corporación Internacional para el Desarrollo Educativo Bogotá–Colombia. SILOGISMO*, 8.
- Ruiz, E. (2013). Evaluación de los conocimientos, actitudes, opiniones y creencias que tiene los adolescentes sobre la enfermedad mental. *Proyecto de investigación EIR Salud Mental. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*
- Salaverry, O. (2012) La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2012;29(1):143-48. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a22v29n1.pdf>
- Sanen, A. (2015) Revista Electrónica de Portales Medicos.com: Esquizofrenia. Un posicionamiento subjetivo. Recuperado de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/esquizofrenia-un-posicionamiento-subjetivo/>
- Sarisoy, G., Kaçar, Ö. F., Pazvantoğlu, O., Korkmaz, I. Z., Öztürk, A., Akkaya, D., & Sahin, A. R. (2013). Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: A comparative study. *Comprehensive psychiatry*, 54(6), 665-672.
- Sánchez, E., Guillén, F., Pineda, C., Moreno, N., Medina, I., Barón, F. J., & Labajos, M. (2001). Cambio de las actitudes hacia la enfermedad mental y somática en estudiantes de fisioterapia tras seguir un programa de psicósomática. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 58, 57-65.

- Santiago, H. G., Navarro, M. W., Pérez, P. L., y Betancourt, E. N. (2016). El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. *Norte de salud mental*, 14(55), 103-111.
- Tapia, F. M., Castro, W. L., & Aguilera, J. M. M. (2013). Estrategias de inserción laboral en población con discapacidad mental: una revisión. *Salud mental*, 36(2), 159-165.
- Tapia, F. M., Castro, W. L., Poblete, C. M., y Soza, C. M. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58.
- Taskin, E. O., Sen, F. S., Aydemir, O., Demet, M. M., Ozmen, E., y Icelli, I. (2003). Public attitudes to schizophrenia in rural Turkey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(10), 586-592.
- Trigueros, C., Rivera, E., & Rivera, I. (2018). Técnicas conversacionales y narrativas Investigación Cualitativa con Software NVivo. *Editan: Universidad de Granada & Escuela Andaluza de Salud Pública. España.*
- Velandia, I. E. (1996). Actitudes hacia la enfermedad mental. *Avances en Enfermería*, 14(1), 62-74.
- Villamor-Iglesias, A. (2019). La experiencia de la locura según Michel Foucault: Enfermedad mental y personalidad, Historia de la locura y el Nacimiento de la clínica. *Revista de Estudios Transversales*, 8. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7078014>
- Zúñiga, C. (2015). Muestreo, tipos de muestreo. *Slideplayer*. Recuperado de <https://slideplayer.es/slide/4898716/>

## ANEXO 1

**CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIO REPRESENTACIONES  
SOCIALES SOBRE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA, DE  
PROFESIONALES DE PSICOLOGÍA QUE REALIZARON SUS PRÁCTICAS DE  
PREGRADO DURANTE 2019 y 2020-I EN UNA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DE  
BOGOTÁ.**

**Introducción**

Reciba un amable saludo. Estamos trabajando en el estudio REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA, DE PROFESIONALES DE PSICOLOGÍA QUE REALIZARON SUS PRÁCTICAS DE PREGRADO DURANTE 2019 y 2020-I EN UNA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DE BOGOTÁ. Y queremos invitarlo a participar.

**¿Por qué se está haciendo esta investigación?**

El estigma en la enfermedad mental es una de las barreras para el desarrollo de servicios comunitarios y para la integración de las personas que presentan dicha enfermedad (Arnaiz y Uriarte, 2006). Si bien, la sociedad presenta estigma frente a las personas con enfermedad mental aun cuando no han tenido contacto con las mismas, vale la pena preguntarse ¿Qué sucede con aquellos que si lo tienen? Incluso ir más allá y pensar ¿Qué representaciones sociales mantienen aquellos que trabajan con dicha población? Estas preguntas se han venido respondiendo en los últimos años a través de investigaciones, las cuales demuestran que, si bien las actitudes basadas en representaciones sociales de los profesionales de la salud hacia la enfermedad mental son más positivas que las del público general, se ha identificado que son frecuentes las actitudes negativas,

en cuanto al pronóstico y las (supuestas) limitadas posibilidades de recuperación de las personas con enfermedad mental (Kingdon, Sharma y Hart, 2004).

Esta investigación se fundamenta en la necesidad de conocer cuáles son las representaciones sociales sobre los pacientes con esquizofrenia de profesionales de psicología que hayan realizado sus prácticas de pregrado durante 2019 y 2020-I en una clínica psiquiátrica de Bogotá., dado que son ellos quienes han trabajado y posiblemente trabajarán de primera mano con estos pacientes y en cierta medida sus actitudes, prejuicios, temores, etc. influirán en la evolución de los tratamientos de los pacientes.

### **¿En qué consiste este estudio?**

Se llevará a cabo una entrevista vía online donde se conocerán sus representaciones sociales frente a los pacientes con esquizofrenia.

### **¿Qué tengo que hacer si participo en esta investigación y cuánto tiempo estaré en ella?**

La participación en esta investigación es voluntaria y libre; no estará condicionada por ninguna circunstancia; no tendrá implicaciones de ningún orden para mí participar o no en ella. Si acepto participar, es porque me interesa hacer parte de un equipo que realizará aportes para el cumplimiento del objetivo del estudio. La entrevista será grabada y tendrá una duración máxima de dos horas y se realizará en un solo día.

### **¿Cuántas personas participarán en esta investigación?**

Participarán aproximadamente 5 a 10 profesionales de psicología que hayan realizado sus prácticas de pregrado durante el 2019 y 2020-I en una clínica psiquiátrica de Bogotá.

**¿Puedo retirarme de la investigación de manera voluntaria en cualquier momento, y que pasa si me retiro de la investigación?**

Podré dejar de participar en el estudio en cualquier momento sin que ello tenga ninguna repercusión negativa para mí.

**¿Obtendré algún beneficio al participar en esta investigación?, ¿mi participación tiene algún costo?, ¿recibiré alguna compensación o pago?**

El beneficio para mí está en la posibilidad de que mi experiencia y mis ideas sean tenidas en cuenta en un proceso que podrá beneficiar a posibles estudios, orientados a la desestigmatización de la enfermedad mental grave. Mi participación en este estudio no será remunerada ni implicará ningún incentivo.

**¿Cómo se va a manejar la privacidad y confidencialidad de mis datos personales?**

El estudio respetará plenamente los principios éticos de confidencialidad, autonomía, beneficencia y no maleficencia. Dadas sus características, mi nombre no será utilizado en ningún momento en el análisis de resultados.

**¿Cuáles son mis derechos como sujeto de investigación?**

Tengo derecho a conocer la razón de ser de esta investigación, en qué consiste y lo que debo hacer si aceptó participar, además tengo derecho a tener acceso a sus resultados; y a saber si el estudio presenta o no riesgos e incomodidades durante su desarrollo.

Este estudio tiene un riesgo mínimo para mí; no tocará mi intimidad ni aspectos de mi vida privada que yo no quiera dar a conocer, aunque se me invitará a comentar sobre mis experiencias e ideas;

si tengo alguna pregunta podré realizarla sin ningún inconveniente a la investigadora principal. Tendré derecho a retirarme de la investigación en cualquier momento, sin que ello tenga repercusión alguna para mí y se mantendrá el derecho a la privacidad y confidencialidad de mis datos.

**¿Cómo y en qué momento voy a conocer los datos finales de la investigación?**

Los resultados de este estudio serán socializados una vez se realice el documento final de la investigación, lo cual les será informado en su momento.

**¿Qué hago si tengo alguna pregunta o problema?**

Puede comunicarse con Leidy Nathalia León Nieto:

Correo electrónico [lneonn@unbosque.edu.co](mailto:lneonn@unbosque.edu.co)

**FORMULARIO DE FIRMAS**

He sido invitado(a) a participar del estudio REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA, DE PROFESIONALES DE PSICOLOGÍA QUE HAYAN REALIZADO SUS PRÁCTICAS DE PREGRADO DURANTE 2019 y 2020-I EN UNA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DE BOGOTÁ.y acepto la invitación porque me interesa hacer parte del grupo que estará vinculado al proceso.

He entendido el documento de consentimiento informado que me ha sido leído y explicado. Entiendo que mi participación será libre y no estará condicionada de ningún modo, no estando de por medio incentivos diferentes a mi deseo de intégrame al proceso; mi participación consistirá en aportar mis puntos de vista y mis reflexiones en un trabajo colectivo.

Todas mis preguntas han sido contestadas claramente, he tenido tiempo de pensar en mi decisión de participar. No tengo duda sobre mi participación en este estudio y estoy de acuerdo con hacer parte de esta investigación. Cuando firme este consentimiento informado recibiré una copia del mismo.

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

Acepto voluntariamente participar. Sé que puedo terminar mi participación en cualquier momento.

Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

---

---

**Nombre del Participante**

**Firma del Participante y Fecha**

---

---

**Nombre del Investigador principal**

**Firma del investigador principal**



**ANEXO 2****ENTREVISTA A PSICÓLOGOS EGRESADOS 2019 y 2020-I**

Seudónimo: \_\_\_\_\_ Entrevista No. \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES**

Fecha: \_\_\_\_\_ Género: F \_\_ M\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Lugar nacimiento: \_\_\_\_\_

Hora de inicio de entrevista: \_\_\_\_\_ Hora de finalización de la entrevista: \_\_\_\_\_

Explicar a la persona entrevistada que puede obviar nombres en los relatos que realice:

*“Cuando se refiera a otra persona que no sea usted y si no desea mencionar su nombre puede nombrarlo de acuerdo al vínculo que tiene: por ejemplo, mi pareja, mi mamá, mi amiga, etc.”*

Se va a iniciar la entrevista con una intervención integral como esta:

*“Para conocerla/o, voy a preguntarle algunos datos”*

**DATOS GENERALES:**

**¿Cuántos años tiene?**

**¿Dónde nació?**

**¿En qué universidad estudió psicología?**

**¿A qué se dedica actualmente?**

**DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA REALIZADA EN LA CLÍNICA**

**Por favor, cuénteme sobre la práctica que realizó en la clínica**

*Indagar acerca de las actividades realizadas como practicante, el tiempo de la práctica, horarios, pacientes que atendió.*

**PROBLEMÁTICA DE LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA**

**¿Qué patologías psiquiátricas conoció durante la práctica en la clínica?**

*Explorar con qué tipo de pacientes tuvo contacto personal en su práctica, como ve en general la enfermedad mental*

**¿Qué conoce sobre la esquizofrenia?**

*Profundizar en qué tienen en común desde su punto de vista, las personas con esquizofrenia, qué antecedentes tiene la problemática, qué tratamiento suele implementarse, qué evolución puede tener, que tipos de esquizofrenia conoce, cuáles son los casos más complejos y los de manejo más sencillo y cuáles son las mejores formas de tratamiento.*

**¿Cómo describiría la vida de una persona con esquizofrenia?**

*Explorar ¿Qué opina sobre la formación de una familia por parte de una persona con esquizofrenia?, ¿Qué opina sobre dar empleo a personas con esquizofrenia?, ¿Cómo ve la sexualidad de las personas con esquizofrenia?*

**¿Cuáles son, a su modo de ver, los principales problemas que deben enfrentar las personas con esa patología en su diario vivir?**

*Profundizar en las problemáticas en el entorno social, relacional, familiar y afectivo y en las razones para que se presenten*

**¿En la práctica, tuvo experiencia directa con personas con esquizofrenia?**

*Pedirle, si es afirmativo, que describa cómo fue la experiencia, qué actividades realizó como practicante, cómo ve el caso, de dónde cree que proviene el problema, que sería lo mejor que se podría hacer.*

**¿Qué recomendaría hacer para mejorar la situación de las personas con esquizofrenia?**

*Explorar qué se puede hacer a nivel terapéutico, a nivel de mejoramiento de la calidad de vida en lo laboral, ocupacional, relacional, familiar, de salud. ¿Qué puede hacer la institución?, ¿Qué puede hacer la psicología?*

Hora de finalización: \_\_\_\_\_

#### COMENTARIOS POST -ENTREVISTA

(Añadir los párrafos con sus pensamientos/ideas que surgen inmediatamente después de la entrevista.)