



**Representaciones sociales de la enfermedad mental construidas por estudiantes del programa de psicología de una universidad del municipio de Apartadó, Antioquia**

Wendy Melisa Machado Mena

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicóloga

Asesora

Luz Adriana Muñoz Duque, Doctora (PhD) Salud Pública

Universidad de Antioquia  
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas  
Psicología  
Apartadó, Antioquia, Colombia  
2022

<b>Cita</b>	(Machado Mena, 2022)
<b>Referencia</b>	Machado Mena, W.M. (2022). <i>Representaciones sociales de la enfermedad mental construidas por estudiantes del programa de psicología de una universidad del municipio de Apartadó, Antioquia</i> [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Apartadó, Colombia.
<b>Estilo APA 7 (2020)</b>	



Biblioteca Sede Apartadó

**Repositorio Institucional:** <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - [www.udea.edu.co](http://www.udea.edu.co)

**Rector:** John Jairo Arboleda Céspedes

**Decano/Director:** John Mario Muñoz Lopera.

**Jefe departamento:** Alberto Ferrer Botero.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

## **Dedicatoria**

A Wendy Machado, por la dedicación y esfuerzo; espero que este sea uno de los primeros logros en una larga vida académica y profesional. Confío en que la culminación de este proceso te llene de confianza en ti y en tus capacidades.

## **Agradecimientos**

Lo único que puedo decir en este punto es gracias, gracias a mi madre por el apoyo brindado durante mi proceso académico, gracias a mi asesora por su apoyo constante, conocimiento, amabilidad y calidez humana que me permitieron llevar a cabo este proyecto de la mejor forma posible.

A la Universidad de Antioquia, mi alma mater, a este recinto que me formó como profesional y como ser humano, gracias, gracias por abrirme los ojos al mundo, por permitirme cuestionar, por permitirme dudar, gracias por impulsar mi curiosidad y mis ganas de saber más, gracias por la oportunidad de ser parte de esta institución, de la misma manera que ella es parte de mí ahora, el conocimiento y experiencias recibidos jamás serán olvidados, gracias por el ser humano que ayudaron a formar.

## Tabla de contenido

Resumen .....	8
Abstract .....	9
Introducción .....	10
1 Planteamiento del problema .....	11
2 Justificación.....	17
3 Objetivos .....	19
3.1 Objetivo general .....	19
3.2 Objetivos específicos.....	19
4 Referente teórico .....	20
4.1 Las representaciones sociales.....	20
4.1.1 Definición .....	20
4.1.2 La función de las representaciones sociales.....	21
4.1.3 Lo social de las representaciones sociales .....	21
4.1.4 Lo sociocognitivo de las representaciones sociales .....	22
4.1.5 La estructura de las representaciones sociales .....	23
4.2 La salud mental .....	24
4.3 La enfermedad mental .....	25
5 Metodología .....	27
5.1 Enfoque del estudio .....	27
5.2 Método de investigación .....	27
5.3 Participantes de la investigación .....	28
5.4 Proceso de recolección de la información.....	28
5.5 Proceso de análisis de la información .....	29

6 Consideraciones éticas .....	31
6.1 Participación.....	32
6.2 Beneficios.....	32
6.3 Proceso de devolución.....	33
7. Hallazgos del estudio .....	34
7.1. Análisis de la fase exploratoria del estudio .....	34
7.1.1. Análisis prototípico.....	34
7.1.2 Análisis categorial.....	36
7.2 Hallazgos segunda fase del estudio.....	38
7.2.1 La enfermedad mental, la disrupción y el sufrimiento .....	38
7.2.2 El origen de la enfermedad mental. La fuerza del ambiente en el padecer .....	44
7.2.2.1 Lo ruidoso del padecer .....	46
7.2.3 El enfermo mental: el desecho de la sociedad .....	53
7.2.3.1 La esquizofrenia y la locura. La enfermedad mental por excelencia .....	53
7.2.4 La sociedad del bienestar y su ideal en salud .....	56
7.2.5 La deshumanización de la salud .....	57
7.2.6 Necesidades del padecer .....	60
8 Discusión .....	65
9 Conclusión.....	67
10 Limitaciones .....	69
11 Recomendaciones.....	70
Referencias .....	71
Anexo .....	75

## Lista de tablas

<b>Tabla 1</b> Prototipo de las RS de la enfermedad mental .....	35
<b>Tabla 2</b> Categorías constitutivas de las RS de la enfermedad mental .....	37

## **Siglas, acrónimos y abreviaturas**

<b>DSM</b>	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
<b>ENSM</b>	Encuesta Nacional de Salud Mental
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>RS</b>	Representaciones sociales

## Resumen

Esta indagación tuvo una intención exploratoria, se dio mediante el uso del enfoque estructural de las representaciones sociales, esta se llevó a cabo con la intención de identificar las representaciones sociales de la enfermedad mental en estudiantes del programa de psicología de una universidad en el municipio de Apartadó, Antioquia, esto debido a que se ha logrado identificar, en variedad de investigaciones y artículos académicos, la presencia de estigmas, estereotipos y percepciones negativas ante las personas con padecimientos mentales, incluso por parte de profesionales en el área de la salud.

La recolección de datos para esta indagación se dividió en dos fases, la primera fue con fines exploratorios y la segunda para profundizar en los hallazgos de la primera fase, así, para la realización del análisis de estos datos se utilizaron las herramientas de codificación planteada por la teoría fundamentada diseño sistemático (codificación abierta, axial y selectiva).

Los resultados reflejan una manera teórica de ver la enfermedad mental, rodeada por sesgos y estigmas hacia estos padecimientos, lo cual indica un contraste entre el conocimiento del sentido común y lo que se ha aprendido en el trascurso del pregrado. Así, se concluyó la presencia de estigmas hacia la enfermedad mental, por lo que se confirma la dificultad de sobreponerse al saber del sentido común. El origen de este estigma puede estar en el desconocimiento, pero también en la información dada a través de los medios de comunicación, películas y series, que llevan a relacionar los padecimientos mentales con peligro, asesinatos y descontrol.

*Palabras clave:* representaciones sociales, enfermedad mental, salud mental, estigma, estereotipos, esquizofrenia, locura.

---

### Abstract

This research had an exploratory intention with the structural approach of social representations, this was carried out with the intention of identifying the social representations of mental illness in students of the psychology program of a university in the municipality of Apartadó, Antioquia, this because it has been identified, in a variety of research and academic articles, the presence of stigmas, stereotypes and negative perceptions of people with mental illnesses, even by health personnel.

The data collection for this inquiry was divided into two phases, the first was for exploratory purposes and the second to deepen the findings of the first phase, thus, for the analysis of these data the coding tools proposed by the grounded theory systematic design (open, axial, and selective coding) were used.

The results reflect a theoretical way of seeing mental illness, surrounded by biases and stigmas towards these conditions, which indicates a contrast between common sense knowledge and what has been learned in the course of undergraduate studies. Thus, the presence of stigmas towards mental illness was concluded, confirming the difficulty of overcoming common sense knowledge. The origin of this stigma may be in the lack of knowledge, but also in the information given through the media, movies, and series, which lead to relate mental illnesses with danger, murder and lack of control.

*Keywords:* social representations, mental illness, mental health, stigma, stereotypes, schizophrenia, madness.

## Introducción

Esta investigación se llevó a cabo con el fin de identificar las representaciones sociales de la enfermedad mental de estudiantes del programa de psicología de una universidad en el municipio de Apartadó, Antioquia, esto debido a que durante la realización del estado del arte se logró identificar la prevalencia del estigma hacia los padecimientos mentales, estos desde las personas en general como en profesionales en el área de la salud. De esta forma, es relevante identificar las representaciones sociales de estos futuros profesionales en el área de la salud, quienes, muy posiblemente, trabajaran con estos padecimientos.

Para la recolección de información se llevaron a cabo dos fases. La primera, con la intención de explorar por las representaciones sociales de la enfermedad mental de la población escogida, se realizó mediante la utilización de un cuestionario enviado de manera virtual al correo de los estudiantes, el propósito de esta encuesta era que los participantes propusieran los primeros cinco términos que se les vinieran a la mente al escuchar la palabra *enfermedad mental* (técnica de asociación libre); posteriormente, se analizó la estructura hipotética de las representaciones, así, se obtuvo una aproximación al núcleo central y a los sistemas periféricos.

La segunda fase se llevó a cabo con la intención de profundizar en la información recolectada en la primera fase. Esta fase fue de gran riqueza; riqueza que el acercamiento cualitativo puede aportar. Para esta etapa se realizaron entrevistas semiestructuradas sobre los temas sobresalientes en la primera fase, los resultados fueron analizadas mediante procedimientos de codificación abierta, axial y selectiva, posteriormente se procedió a escribir y describir los hallazgos, esto dio lugar a una diversidad de concepciones creadas alrededor de la enfermedad mental.

## 1 Planteamiento del problema

La salud mental suele ser definida como la ausencia de enfermedad mental; afirmación que es completamente debatible, dado que la salud mental está compuesta por diversos componentes; este concepto, con marcadas características polisémicas, nos invita a pensar al ser humano inmerso en contextos sociales, biológicos, económicos y políticos. Las diversas ciencias que tienen por objeto de estudio al ser humano podrían compartir, desde sus miradas particulares, aspectos que pueden ser determinantes en la salud mental de las personas; esta riqueza de factores hace que sea más que complicado llegar a un acuerdo sobre lo que es la salud mental. Autores como Mebarak et al., (2009), indican que el concepto de salud mental envuelve un conjunto de habilidades para el desarrollo de la calidad de vida, características individuales, interpersonales, sociales, laborales; por lo tanto, no se entiende la salud mental como la ausencia de síntomas o de enfermedad mental, sino como un estado multifactorial. Por su parte Restrepo y Jaramillo (2012), destacan que no se debe hablar de salud mental en un sentido singular, ya que no existe una única categoría homogénea con bases epistemológicas, teóricas y metodológicas que definan apropiadamente lo que podamos denominar con el nombre de salud mental. La intención de definir qué es o no la salud mental lleva a una disputa que en muchas ocasiones termina por centralizarse en aspectos biomédicos y a olvidar otros factores de relevancia.

Es complicado encontrar una definición que agrupe la complejidad de la salud mental, debido a todos los contextos de la vida en los cuales se puede ver reflejada. La Organización Mundial de la salud (OMS, 2004), la conceptualiza como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad; además, integra variedad de factores como el bienestar subjetivo, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional, el reconocimiento de las habilidades propias para realizarse intelectual y emocionalmente, para hacer frente al estrés de la vida en general, trabajar de forma productiva y contribuir a la sociedad.

Siguiendo a la OMS (2001), pese a su importancia, la salud mental en el mundo se encuentra pasando por momentos difíciles, ya que una de cada cuatro personas en el mundo tendrá un trastorno mental a lo largo de su vida. Conforme con esta misma organización, para el 2020, casi mil millones de personas en el mundo vivían con un trastorno mental; siendo la depresión una de

las principales causas de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes y adultos. Del mismo modo, se ha informado que uno de cada cinco niños y adolescentes tiene un trastorno mental, y que casi 800000 personas se suicidan cada año en el mundo (1 persona cada 40 segundos); así, el suicidio se constituye en la segunda causa de mortalidad entre los jóvenes de 15 a 29 años (OMS, 2020a, 2020b).

En este sentido, las perspectivas de salud mental en el mundo son preocupantes, y Colombia, como nación en vía de desarrollo, no es la excepción. La problemática del país se agrava por múltiples factores, reconocidos por la OMS (2020b) como factores de riesgo, entre los cuales se incluye hacer parte de los países de bajos ingresos, ya que, en estos, más del 75% de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, no reciben ningún tratamiento para su afección; además, experimentar situaciones de estigmatización, discriminación y violación de los derechos humanos, así como el carácter punitivo de la legislación.

En Colombia la Ley 1616 define la salud mental como:

Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.(Congreso de la República de Colombia, 2013, p.1)

Esta ley fue creada con la intención de proteger los derechos de la población colombiana en términos de salud mental, aunque, siguiendo a Rojas et al. (2018), en Colombia la salud mental se ha quedado solo en la creación de leyes que no son implementadas. Esto es relevante debido a la necesidad de políticas y acciones que protejan este derecho, y acceso efectivo a servicios de salud mental.

Siguiendo esta línea, es adecuado decir que la perspectiva de la salud mental en el país es más que alarmante. En la última Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) (MINSALUD; COLCIENCIAS, 2015), se identificaron los factores de riesgo que podrían desencadenar una enfermedad o malestar mental en la población. Aspectos como el maltrato intrafamiliar, la violencia, el desplazamiento, la desigualdad económica, el abuso sexual, el poco apoyo social, las experiencias traumáticas, el consumo excesivo de alcohol por parte de los padres, fueron algunos

de los factores predisponentes reconocidos. Dentro de la misma línea de investigación, Henaó et al. (2009) y Mora y Bautista (2014), destacan que las condiciones de pobreza, la falta de recursos para la solicitud de intervención, las dificultades en la afiliación al Sistema de Seguridad Social y el escaso personal calificado, constituyen variables estructurales que inciden, al igual que el género, en la manifestación de padecimientos psiquiátricos.

Lo anterior hace imposible dejar de lado la influencia del contexto social en el que se encuentra el país y su relación con la salud mental. Conforme con la ENSM realizada por el Ministerio de la Protección Social (2003), para el año 2003 el 40.1% de la población entre 18 y 65 años había sufrido, estaba sufriendo o sufriría alguna vez un a trastorno psiquiátrico diagnosticado; de este porcentaje, los trastornos de ansiedad encabezarían la lista de trastornos con un 19.5%, seguidos de los trastornos del estado de ánimo, con un 13.3%, el consumo de sustancias psicoactivas, con 9.4%, y, por último, los trastornos por control de impulsos, con 9.3%.

Estas afirmaciones ponen en contexto la situación actual del país en materia de salud mental, evidencian cómo las enfermedades mentales se han convertido poco a poco en un problema de salud pública en el que hay que centrar la atención. En este orden de ideas, en el Boletín de salud mental: Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio (Ministeriodesalud, 2018) reportó que, para el año 2015, en el país, 4 de cada 100 personas que consultaron a los servicios de salud lo hicieron por trastornos mentales y del comportamiento.

En el marco de este panorama de salud mental y la alta prevalencia de enfermedades mentales en Colombia, se hace evidente la necesidad de contar con facilidad para el acceso a servicios y atención profesional en salud mental; sin embargo, según las investigaciones realizadas por Palacio (2018), Rojas et al. (2018) y Hernández y Sanmartín (2018), se han identificado algunos factores que pueden generar complicaciones al momento de acceder a servicios en salud mental. Los autores indican que estos obstáculos pueden darse por motivos multifactoriales, como el olvido en el que se encuentra la salud mental, la falta de inversión en la materia, la estigmatización hacia quienes tienen padecimientos mentales, las dificultades económicas, geográficas, culturales y la percepción de desconfianza en la resolución de las necesidades.

Así, son muy diversos los factores que se encuentran asociados a la búsqueda y acceso a un profesional de la salud mental. En un contexto caracterizado por la falta de regulación jurídica en este ámbito, además de factores sociales y culturales, aparece enfáticamente el problema de la estigmatización. Mora y Bautista (2014) identificaron que 91% de la población entrevistada en su

investigación, pacientes diagnosticados con algún trastorno mental, reconocieron el estigma y la discriminación presente en la sociedad hacia las personas con enfermedades mentales, y 88% dijeron haber vivido mínimo una experiencia de rechazo social debido a su padecimiento. Con base en estos datos, los autores afirman que la discriminación y el estigma hacia los padecimientos psiquiátricos son la principal barrera que incide en la búsqueda de atención. Por su parte, Vicente et al. (2005), se refieren al *miedo al diagnóstico* y a lo que los otros puedan pensar como factores que se vieron vinculados directamente con el estigma, ya que estas fueron las justificaciones de mayor repetición en las personas participantes de su estudio, para evitar solicitar ayuda al sistema de salud.

En cuanto a la forma en la que se concibe socialmente al enfermo mental, otras investigaciones han concluido que existe un estigma cada vez más evidente. Esto sale a relucir en las indagaciones de Castro (2005), Magallares (2011) y Mayascano et al. (2015), en las que se reconoce que las personas con enfermedad mental suelen ser estigmatizadas en ámbitos laborales, interpersonales, sociales, sanitarios y a través de los medios de comunicación, que las llegan a percibir como violentas, lo que tiene por consecuencia el aislamiento y la invisibilidad que, a su vez, producen daño en el bienestar personal. En este orden de ideas, Sáez et al. (2018), señalan que los ámbitos en los que se percibe mayor estigma son los referentes a la socialización, los sentimientos de inferioridad y el rechazo sexual, la dificultad para conseguir pareja y la pérdida de amistades después del diagnóstico; en este contexto, la preocupación por la calidad de vida del sujeto puede llegar a ser nula ya que, puede ser visto como la enfermedad en sí misma y no como una persona con un trastorno, por lo que en muchas ocasiones el estigma puede generar su aislamiento, aspecto que se ve reflejado en su calidad de vida.

El estigma hacia la enfermedad mental puede encontrarse presente en toda la población, incluso en el personal de salud. De acuerdo con el estudio realizado por Gil et al. (2016), 43% de los profesionales de salud encuestados opinaron que los pacientes con enfermedad mental son más violentos que el resto de la población, 54% los concibe como más impredecibles, 73% manifestó sentirse incómodo al tratarlos y 37% cree que deben ser atendidos en centros especializados, concretamente para ellos.

La persistencia del estigma, aún en profesionales de la salud, se ha explicado a partir de fenómenos del pensamiento social. Siguiendo a Betancur y Restrepo (2016), el hecho de que la salud mental sea un objeto de representación social implica una superposición entre los saberes

profesionales y del sentido común; sin embargo, estos últimos tienen un lugar más central en la representación social. Respecto a esto, Medina et al. (2018), indagaron sobre las actitudes de los estudiantes de ciencias de la salud, ciencias sociales y jurídicas logrando deducir que la actitud negativa hacia el enfermo mental es menor en los estudiantes de carreras relacionadas con las ciencias de la salud en comparación con las otras dependencias; independientemente de esto, Calvo (2018), realizó una pesquisa con profesionales en ciencias de la salud, específicamente enfermeras, e identificó que estas tienen puntuaciones bajas en estigma, aunque se encontró que permanecen algunos estereotipos hacia las patologías mentales. Siguiendo esta línea de investigación, Castro y de Vicente (2019), precisaron que los profesionales de psicología adoptan creencias más positivas de los trastornos mentales, en comparación con la población en general.

De lo anteriormente mencionado podemos deducir la existencia de estereotipos, prejuicios y estigma hacia la población con enfermedad mental en los fenómenos del pensamiento social, tanto en la población general como en el personal de salud. En este sentido, cobran relevancia los estudios sobre las representaciones sociales de la enfermedad mental, construidas por distintos grupos. Siguiendo a Moscovici (1979),

La representación social es una modalidad particular de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación social es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen intangible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios. (p. 17-18)

En concordancia con esto, Araya (2002) concibe que las RS constituyen sistemas cognitivos en los que se puede distinguir la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores, normas lógicas clasificatorias, principios interpretativos, que nos permiten reconocer las formas y procesos mediante los que se construye el pensamiento social, además de acercarnos a la visión del mundo presente en la población o grupo de personas en particular. Partiendo de lo anterior, Abric (2001) señala que las representaciones están compuestas por informaciones, creencias, opiniones, actitudes sobre un objeto dado, y operan como un sistema de interpretación de la realidad que guía las relaciones entre los individuos y su entorno físico y social, ya que estas determinarán los comportamientos y prácticas. Del mismo modo, Villarroel (2007), comprende las RS como un

conocimiento específico que se encuentra circulando en la vida y pensamiento cotidiano, incesantemente en construcción y reconstrucción; las RS están sometidas a constantes intercambios de información, diversidad de contenidos del sentido común y se caracterizan por ser un conocimiento orientado a la comprensión, explicación y dominio de acontecimientos de la vida diaria.

En las RS se encuentran presentes las concepciones construidas alrededor de un objeto en particular, lo que permite la creación de sistemas de interpretación, discursos y prácticas sociales. Estas posibilitan, de acuerdo con Abric (2001), identificar “la visión del mundo” de los grupos sociales; por lo que es adecuado indagar por la representación social de la enfermedad mental presente en los estudiantes del programa de psicología de una universidad del municipio de Apartadó -Antioquia-, localidad en la cual, en la revisión de literatura realizada, no se han hallado estudios al respecto, y considerando la importancia de reconocer el papel de estas representaciones, del conocimiento social que implican, y el cual permite el relacionamiento con el fenómeno de la enfermedad mental, respecto del que, como se observó en los antecedentes investigativos mencionados, persisten estereotipos y estigmatización, aún en estudiantes universitarios y futuros profesionales en el ámbito de la salud. En este sentido, la pregunta que orienta el presente estudio es:

¿Cuáles son las representaciones sociales de la enfermedad mental, construidas por estudiantes de psicología de una universidad del municipio de Apartadó, Antioquia?

## 2 Justificación

Las representaciones sociales sobre la enfermedad mental aluden a una categoría de construcción social, lo que indica que estas se encuentran arraigadas de forma casi constitutiva en las percepciones de los grupos. Las RS tienen una función relevante en la concepción, comportamiento y la toma de decisiones prevalentes en las personas respecto de los objetos sociales representados; así, la vinculación de estas con la puesta en marcha es un factor fundamental, ya que, de acuerdo con ellas, los sujetos eligen las soluciones que consideran más apropiadas para responder a las situaciones que se hacen presentes en el transcurso de la vida. Es crucial, entonces, reconocer lo valioso de las RS dado su rol central y constitutivo en la forma en la que se concibe y organiza la realidad (Abric, 2001).

De acuerdo con Abric (2001), las RS tienen un lugar muy significativo en la construcción de la realidad social, dado que permiten categorizar objetos presentes en el entorno, brindando la posibilidad de jerarquizar a los individuos y a los grupos a los que pertenecen, contribuyendo con la elaboración de una representación del grupo; esto favorece el establecimiento de una identidad propia, que posteriormente pauta el comportamiento social, facilita el desarrollo de prácticas sociales, la elaboración de la identidad social, y la concepción del lugar que se ocupa en la sociedad.

La enfermedad mental es un objeto de representación social y un ámbito de estudio de importancia, dadas las altas prevalencias de afecciones o malestares de origen psicológico. Sin embargo, pese a su frecuencia, son comunes las concepciones negativas sobre la enfermedad mental, en las que Mora y Bautista (2014) resaltan el estigma y, Calvo (2018), los estereotipos, el prejuicio y la discriminación.

La importancia de este trabajo investigativo radica en la relevancia de identificar la visión de la realidad presente en el contexto social, permitiendo distinguir el pensamiento social que se expresa en las creencias, actitudes y percepciones construidas, en este caso, alrededor de la enfermedad mental. Reconocer el lugar que ocupa la enfermedad mental en las conceptualizaciones de los estudiantes de psicología, brindará la posibilidad de aportar al conocimiento de las formas en que cotidianamente elaboran un saber del sentido común sobre la enfermedad mental, y las maneras en que en este se infiltran saberes científicos, e incluyen la experiencia y la inmersión en un contexto particular; asunto que resulta destacable, en la medida en que, en la psicología, como saber y como praxis, las cuestiones relacionadas con la salud y la enfermedad mental desempeñan

un papel central, y considerando que, de acuerdo con los antecedentes revisados, en las expresiones del pensamiento social sobre esta última, incluso en las construidas por personal de la salud, se encuentran contenidos asociados al estigma, la estereotipación, la discriminación.

### **3 Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general**

Identificar las representaciones sociales de la enfermedad mental en estudiantes del programa de psicología de una universidad en el municipio de Apartadó, Antioquia.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Describir el contenido de las representaciones sociales de la enfermedad mental en estudiantes del programa de psicología de una universidad en el municipio de Apartadó, Antioquia.

Identificar la estructura de las representaciones sociales de la enfermedad mental en el contexto de estudio.

Profundizar en elementos de contextualización de la representación social de la enfermedad mental construida por los estudiantes.

## **4 Referente teórico**

Las representaciones sociales son un término acuñado por Moscovici en 1961, y posteriormente desarrollado por otros autores, para poder responder de alguna forma a la conceptualización colectiva que se constituye hacia un objeto plasmado en la realidad social. La teoría de las representaciones sociales se viene construyendo desde hace años, por lo tanto, es importante brindar una adecuada conceptualización. Este apartado se propone proporcionar definiciones de los conceptos más relevantes de la teoría.

### **4.1 Las representaciones sociales**

#### ***4.1.1 Definición***

Las representaciones sociales son descritas, de acuerdo con Moscovici (2019), como una unidad de juicios y explicaciones configurados en la vida cotidiana, que se dan mediante la comunicación con otros individuos; estas son consideradas como el equivalente a los mitos y los valores presentes en las sociedades clásicas, por lo tanto, pueden ser considerados como una versión contemporánea del sentido común. En concordancia con la propuesta de Moscovici, Jodelet (1986), concibe las RS como una forma de conocimiento específico, el llamado saber del sentido común, del cual se constituyen contenidos que configuran una forma de pensamiento social; así, Flament (2001) concibe las RS como una agrupación organizada de cogniciones referentes a un objeto, que es compartida por los miembros de una población en relación con ese objeto.

Por consiguiente, las representaciones sociales son el conocimiento del sentido común que se encuentra presente en las concepciones de las personas sobre un objeto de la realidad, permitiéndoles dar sentido y orientación en el entorno. Las RS se encuentran intrínsecamente anudadas a los grupos poblacionales, ya que son construidas mediante la interacción social, lo que da como resultado el pensamiento social.

#### ***4.1.2 La función de las representaciones sociales***

Conforme con Moscovici (1979), las RS cumplen una función de relevancia en la elaboración de comportamientos y la comunicación entre las personas, por su parte, Jodelet (1986), concibe que las RS están conformadas por variantes del pensamiento práctico encaminado hacia la comunicación, la comprensión y la adaptación al entorno social, por lo tanto, estas evidencian propiedades específicas a nivel de jerarquización de contenidos, operaciones mentales y la lógica; de igual manera, de acuerdo con Abric (2001), las RS operan como un sistema que permite interpretar la realidad mediante la cual se rigen las relaciones con las personas presentes en el entorno tanto físico como social, lo que permite determinar los comportamientos y prácticas, por lo tanto las RS son consideradas como una guía para la acción, las relaciones sociales, además de ser un sistema que permite recodificar la realidad y determinar un conjunto de anticipaciones y expectativas. Siguiendo a Araya (2002), las RS conforman sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios de interpretación, cuya función va dirigida hacia las prácticas que establecen la *conciencia colectiva* mediante la cual se constituyen las normativas, los límites y las posibilidades de la forma en la que el ser humano actúa en el mundo.

Se puede afirmar que las RS tienen una función adaptativa del ser humano en su medio, funcionando como guía para el actuar de acuerdo con el contexto, brindando una concepción de la realidad y del entorno permitiendo la creación de expectativas sobre la forma de actuar de los congéneres y la posibilidad de anticipar el actuar ante situaciones tanto de la vida cotidiana como novedosas. Otra función relevante desempeñada mediante las RS son las relaciones sociales, algo de gran relevancia considerando que el humano es un ser social; estas RS propician la supervivencia, la convivencia, la comprensión e interpretación del ambiente y la comunicación social.

#### ***4.1.3 Lo social de las representaciones sociales***

De acuerdo con Moscovici (1979), las RS deben ser comprendidas como entidades casi tangibles que circulan, se cruzan y cristalizan de manera constante en el contexto cotidiano a través de palabras, gestos y encuentros, ya que la mayoría de las relaciones sociales cercanas con los objetos producidos o consumidos y las comunicaciones intercambiadas se encuentran

influenciados por ellas. En el mismo orden de ideas, Abric (2001) afirma que las RS se encuentran compuestas por un conjunto organizado y estructurado de informaciones, creencias, opiniones y actitudes sobre un objeto dado; en este contexto, Rouquette (2011) concibe las RS como un conjunto de razonamientos, juicios, creencias que varían dependiendo la pertenencia del individuo a un grupo social y de los intercambios que se puedan producir en espacios públicos. Así mismo, Jodelet (1986), entiende las RS como el conocimiento del sentido común que se constituye a partir de las experiencias, informaciones, conocimientos y modelos de pensamientos que se han adquirido y transmitido por medio de las tradiciones, la educación y la comunicación social; así, este conocimiento es socialmente elaborado y compartido. De igual forma, Araya (2002, p.11) considera que este es “el conocimiento del sentido común, es conocimiento social porque está socialmente elaborado”.

Entonces las RS son sociales, ya que se construyen mediante el intercambio que se presenta en la vida cotidiana del individuo desde su nacimiento, este es el aprendizaje de la cultura y la forma de concebir el mundo de acuerdo con el grupo social al que se pertenece, por lo que se puede decir que el factor diferencial de las RS se encuentra en la pertenencia social.

#### ***4.1.4 Lo sociocognitivo de las representaciones sociales***

Conforme con Jodelet (1986), la idea de unas representaciones sociales nos ubica en un punto en el que se interceptan lo psicológico y lo social. En relación con lo indicado anteriormente, Banchs (2000) considera que las RS están conformadas por dos procesos, por un lado, se encuentran los procesos cognitivos o mentales que son de carácter individual y, por otro lado, están los procesos dados por la integración y contexto que son de índole social. Desde la mirada de Abric (2001), las RS están constituidas por una dualidad de características, lo que hace que se encuentren bajo el dominio de una doble lógica, una cognitiva y otra social; por este género de composición estas son denominadas como construcciones sociocognitivas, que se encuentran dirigidas por sus propias reglas. La coexistencia de esta doble lógica permite comprender la razón por la que las RS componen a la vez lo racional y lo irracional, además de entender las contradicciones que se pueden presentar en los razonamientos que, en ocasiones, pueden parecer ilógicos o incoherentes; en este sentido, Araya (2002) plantea que se debe tener en cuenta la esencia de las RS, ya que estas son a la vez estables y móviles, rígidas y flexibles. Son estables y rígidas porque se encuentran

establecidas por núcleo central que se encuentra arraigado a la memoria colectiva de una comunidad y sus creencias, y, por otro lado, son móviles y flexibles porque se sostienen de las experiencias individuales unidas a informaciones de situaciones específicas, el desarrollo de relaciones y de prácticas presentes en el contexto.

Es conveniente, tener en cuenta el carácter híbrido de las RS, ya que estas no son solo concepciones dadas desde lo social. Los contenidos cognitivos también deben ser considerados, estos se constituyen a través de la inmersión en contextos académicos o científicos que a veces contradicen lo aprendido o dictado por el sentido común. Esta oposición de conocimientos puede dar lugar a inconsistencias en las RS.

#### ***4.1.5 La estructura de las representaciones sociales***

Esta teoría parte de la idea de que toda representación está construida en torno a un núcleo central. Siguiendo a Araya (2002), este núcleo está compuesto por un conjunto de elementos que le proporcionan a las RS coherencia y significación a nivel global. Por su parte, Abric (2001), considera que este es un elemento fundamental de las representaciones, pues determina la significación y la organización de la representación. Este núcleo estructurante de una representación garantiza dos funciones importantes, la primera es la función generadora, mecanismo mediante el cual se constituye y se transforma la significación de los demás componentes constitutivos de la representación; mediante esta los elementos toman sentido y valor. La segunda es la función organizadora, que determina la naturaleza de los lazos mediante los cuales se unen los elementos de representación. El núcleo central se posiciona como un componente unificador y estabilizador de las representaciones, ya que constituye su elemento más estable, que garantiza la perdurabilidad de contextos móviles y evolutivos; se encuentra conformado por uno o varios componentes que estructuralmente se encuentran en un lugar privilegiado, ya que son los que dan significado a la representación.

En esta línea de pensamiento, Araya (2002) estima que el núcleo central es el componente más resistentes a la modificación; una transformación de este produce una modificación completa de la representación. Por lo tanto, este se encuentra protegido por sistemas periféricos que posibilitan, en un primer momento, la adaptación de la representación a la mutación del contexto; así, estos elementos que se organizan alrededor de las RS, se conocen como periféricos, los cuales,

de acuerdo con Abric (2001), se constituyen alrededor del núcleo central y se encuentran vinculados de forma directa con este, ya que su presencia, ponderación, valor y función se encuentran establecidos por el núcleo; este componente periférico de las RS compone un conjunto de informaciones retenidas, escogidas e interpretadas, juicios hacia un objeto y el contexto, estereotipos y creencias. Los elementos periféricos tienen tres funciones principales: la primera es la *función de concreción*, que se encuentra directamente dependiente del contexto; así, los componentes periféricos resultan del anclaje de la representación en la realidad, permiten recubrirla en términos comprensibles, precisos y transferibles de manera inmediata; se conforman de las situaciones en las que la representación se produce, son constancia del presente y de lo que va siendo experimentado por el individuo. La segunda es la *función reguladora*, el sistema periférico es más maleable que los elementos centrales, ejerce un rol fundamental en la adaptación de la representación a las evoluciones en el marco contextual; así, información nueva o modificaciones en el entorno pueden ser incorporadas a la periferia de la representación. Finalmente, tienen una *función defensiva*, la transformación de la representación social esta se lleva a cabo mediante la transformación de los componentes periféricos, este es el que soporta los cambios de ponderación, nuevas interpretaciones, alteraciones funcionales defensivas e integración de componentes contradictorios.

## 4.2 La salud mental

La salud mental es definida como un atributo multifactorial, la OMS (2004) la define como una cualidad que incorpora características como el bienestar individual, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional, reconocimiento de la destreza de realizarse tanto intelectual como emocionalmente; así mismo, se hace referencia a la habilidad de afrontar los factores estresores normales presentes en la vida, trabajar de manera fructífera y provechosa y contribuir de alguna forma con la comunidad a la que se pertenece. Al respecto, Herazo (2014) concibe la salud mental como una propiedad particular o colectiva relacionada con el desarrollo humano y social, el goce de la vida misma, reproducción de capital social, simbólico y económico.

La salud mental es una cualidad con múltiples características, lo que hace difícil su definición. Diferentes teóricos intentan, sin éxito, acotar a cabalidad todos los aspectos

relacionados con la salud mental, ya que sus definiciones terminan dejando por fuera algunos elementos, por lo que no se logra llegar a un acuerdo final sobre este concepto.

### 4.3 La enfermedad mental

La construcción de una definición en la cual se pueda ver reflejado todo lo referente a la enfermedad mental es más que complicado si se tiene en cuenta que diversos autores no han logrado llegar a un acuerdo sobre la que puede ser catalogada como una concepción adecuada y definitiva del concepto.

La enfermedad mental puede ser definida como anormalidad; así, Mebarak et al. (2009) consideran que se deben tener en cuenta cuatro componentes para considerar la presencia de una enfermedad mental. El primero es la *infrecuencia estadística*, refiriéndose a que el comportamiento no debe ir en contraposición de los rasgos comportamentales prevalentes en la comunidad a la que se pertenece; el segundo componente radica en la *violación de las normas*, reconocida como la conducta que transgrede, de alguna forma, las normas socialmente establecidas, amenaza de alguna forma o produce ansiedad a las personas en relación. El tercero radica en la *aflicción personal*, distinguida por el sufrimiento subjetivo; la conducta puede ser caracterizada por ser anormal si produce aflicción, en gran medida, a quien la porta, aparecen elementos como el dolor, disfuncionalidad o tormento y, finalmente, se habla de la *incapacidad o disfunción*, distinguida por que, debido al estado afectivo, mental y comportamental del individuo, este es incapaz de alcanzar metas sociales, personales, familiares o laborales.

De acuerdo con estos autores la enfermedad mental puede ser concebida en términos de normalidad y anormalidad, entonces un individuo es normal si evidencia la habilidad requerida para relacionarse, adaptarse a su entorno de forma provechosa, flexible, productiva; además, las autopercepciones del entorno son generadoras del equilibrio cognitivo – afectivo, relaciones interpersonales perdurables, francas, sanas y estables, y patrones comportamentales funcionales. Del mismo modo, Herazo (2014) observa que, desde la mirada biomédica, se disfruta de salud mental cuando no se presenta un trastorno mental, con base en los criterios acordados según el DSM-5 y el CIE-10; desde lo comportamental se goza de salud mental cuando el individuo se adapta al contexto social, cultural, laboral y familiar; desde la mirada cognoscitiva cuando se tiene un desempeño intelectual adecuado, que brinde la posibilidad de desempeñarse aceptablemente y,

en última instancia, desde la perspectiva socioeconómica, cuando se logra incorporarse de manera adecuada al medio productivo y se adapta a las contradicciones sociales.

Es de resaltar la cantidad de elementos que influyen en la vida de los individuos. Si los factores sociales, económicos, laborales, familiares, culturales se ven afectados de alguna forma, se puede desarrollar alguna afección psicológica que puede desestabilizar la salud de un sujeto; sin embargo, mantenerse de manera perdurable en el tiempo, sin afecciones de ningún tipo, puede ser considerado como algo que, aunque deseable, es complicado de conseguir, teniendo en cuenta la variedad de contingencias que se hacen presentes en el transcurso de la vida.

## **5 Metodología**

### **5.1 Enfoque del estudio**

Este estudio se realizó mediante un enfoque interpretativo. Conforme con Hernández et al. (2003), este enfoque es el adecuado cuando se pretende comprender la perspectiva del grupo poblacional que se investigará en relación con fenómenos sociales, experiencias vividas, opiniones, significados; dicho de otra forma, la manera en la que las personas escogidas conciben, desde su subjetividad, la realidad. Con la utilización de este enfoque se pretende, desde una perspectiva comprensiva, abordar el fenómeno de las representaciones sociales de los estudiantes de psicología de una universidad en el municipio de Apartadó-Antioquia, lo que brindará un acercamiento a la manera en la que esta categoría social concibe la enfermedad mental.

### **5.2 Método de investigación**

La aproximación a los constructos se realizó mediante elementos del enfoque estructural de la teoría de las representaciones sociales. Según Abric (2001), la representación social se encuentra compuesta por elementos, es decir, tiene un contenido organizado en su estructura interna; por lo tanto, el estudio de las representaciones no se puede limitar solo a la identificación de su contenido, sino también a la manera en la que este se encuentra organizado. Con base en esta conceptualización el método estructuralista de las representaciones sociales busca identificar y hacer surgir los componentes que constituyen la representación, conocer la manera en la que se encuentran organizados estos elementos y determinar el núcleo central de la representación.

En este sentido, Banchs (2000) indica que el enfoque estructural se caracteriza por indagar por metodologías que permitan precisar el núcleo central o la estructura de las RS y la posterior elaboración de teorías explicativas sobre la función de esa estructura. Mediante esta teoría se busca comprender tanto lo cognitivo de la construcción, como funciones, dimensiones y componentes de la estructura cognitiva. Según Abric (2001), la aproximación a las RS desde esta metodología se debe dar por medio de un conjunto de técnicas establecidas en momentos continuos, el primer momento consiste en la identificación del contenido de la representación, el segundo en el

reconocimiento de los elementos, su relevancia y jerarquía, y, finalmente, la determinación del núcleo central.

### **5.3 Participantes de la investigación**

Mediante este estudio se aspiró reconocer el contenido y la estructura de las representaciones sociales de la enfermedad mental, construidas por los estudiantes del programa de psicología de una universidad en el municipio de Apartadó-Antioquia.

Esta población se encuentra conformada en promedio por 129 personas, de los cuales se esperaba participaran más de la mitad por lo menos en la primera fase. Teniendo en cuenta la contingencia por la pandemia por COVID-19 este estudio se realizó de manera completamente virtual, por lo tanto, el contacto de la población objetivo se llevó a cabo mediante correo electrónico, al cual se les proporciono los pasos de la investigación y demás datos de importancia.

De este modo, los participantes fueron un total de 40 estudiantes del programa de psicología, esta fue la cantidad de estudiantes que respondieron a la información enviada por medio del correo electrónico institucional, correo que fue proporcionado por los directivos de dicha institución de educación superior; en el primer acercamiento con los participantes se le proporciono una contextualización de la investigación explicando que esta consistía en dos partes, se explicó que la primera era formulario que estaban leyendo y la segunda era una entrevista semiestructurada que se realizaría posteriormente, en esta segunda fase se logro contactar a 11 estudiantes con los cuales se acordó realizar una entrevista de forma virtual, esto teniendo en cuenta la situación sanitaria de ese momento

### **5.4 Proceso de recolección de la información**

La recolección de datos de este trabajo investigativo se dio en dos fases; la primera fue exploratoria, con ella se aspiraba tener una aproximación al contenido y estructura de las RS de la enfermedad mental. Para esta fase se utilizó la técnica de asociación libre (Anexo 1). De acuerdo con Abric (2001), esta técnica consiste en que, mediante un término o serie de términos inductores, se le pide al sujeto que manifieste los conceptos que se hagan presentes en su memoria; por medio de esta técnica se permitió acceder a los hipotéticos núcleos figurativos de la representación, e

indagar por los núcleos latentes. Este método es reconocido como el sistema capital para recolectar los elementos que conforman la estructura de los contenidos en la representación, aunque de manera exploratoria. Para la realización de este trabajo el término conductor fue *enfermedad mental*, los participantes fueron 40 estudiantes del programa de Psicología, de los cuales cada uno proporcionó cinco términos; así, los datos recogidos con esta técnica constituyeron la materia prima para la segunda fase.

La segunda fase de la recolección de información se dio con la intención de profundizar en los contenidos y estructuras de las RS de la enfermedad mental. Para esta fase la técnica de recolección fue la entrevista semiestructurada. Desde la perspectiva de Hernández et al.(2003), este tipo de entrevista se caracteriza por ser maleable y abierta; es una reunión que se da para el intercambio de información entre el entrevistador y el entrevistado u entrevistados, que puede llevarse a cabo para indagar alrededor de experiencias, opiniones, valores, creencias, sentimientos, emociones, percepciones y más. Esta entrevista se dio en torno a los contenidos obtenidos en la primera fase, cabe resaltar que para su realización se construyó una guía inicial de entrevista semiestructurada (Anexo 2).

### **5.5 Proceso de análisis de la información**

La información recogida en la primera fase (exploratoria) se analizó teniendo en cuenta la frecuencia de aparición de los términos en la técnica asociativa; igualmente, se identificó el rango de aparición de los términos, es decir, el momento en el cual la persona los nombró. El cruce de frecuencia y rango dio lugar al listado de términos más relevantes que darían cuenta de una aproximación al contenido y estructura de la RS estudiada. Igualmente, estos términos se analizaron a partir de la propuesta de codificación de la teoría fundada, la cual permite la concepción de categorías, que pueden ser denominas centrales y periféricas de la representación Restrepo (2013).

La información recolectada en la segunda fase, haciendo uso de entrevistas semiestructuradas, se analizó mediante las herramientas de codificación planteadas por la teoría fundamentada de diseño sistemático, las cuales son la codificación abierta, la codificación axial y la codificación selectiva. Mediante este tipo de diseño, conforme con Hernández et al. (2003), se emplea un sistema de procedimientos de índole cualitativa para poder producir teorías que puedan

dar explicación a nivel conceptual de acciones e interacciones específicas; este procedimiento posibilitó el análisis y la comprensión de un fenómeno tan amplio como el abordado.

El primer paso para el análisis de la información fue la codificación abierta, mediante la cual se revisó y analizó el material para generar, por medio de este, una comparación continua de categorías y significados que se vieron reflejados en los datos recolectados; el segundo paso consistió en la codificación axial, mediante la cual, con las categorías obtenidas durante en el primer paso, el investigador selecciona los elementos que considera más relevantes y los ubica en el centro de todo el proceso, estas fueron consideradas como categoría central o fenómenos clave; el último paso es la codificación selectiva, con la cual las categorías recogidas con anterioridad se integran en un solo sistema conceptual en torno a una categoría central (Hernández et al., 2003).

## 6 Consideraciones éticas

Este estudio se acogió a las disposiciones de la Resolución número 8430 de 1993 (Ministerio de salud de Colombia, 2012) en la cual se clasifica este tipo de investigación como sin riesgo, denominación que es reservada para estudios en los cuales no se realice ningún tipo de intervención o modificación intencionada de variables tanto fisiológicas, biológicas, psicológicas o sociales de los participantes de la investigación; entre estos se consideran los estudios que usen entrevistas, cuestionarios y en los que no se traten o identifiquen aspectos sensibles de la conducta, sin embargo, autores como Mondragón (2007), afirman que todos los estudios en humanos traen consigo riesgos para los participantes; en lo psicosocial estos riesgos se encuentran relacionados al factor emocional que posteriormente puedan detonar algún malestar de orden psicológico, además de riesgos sociales como la estigmatización o discriminación; por lo tanto, teniendo en cuenta el carácter de la investigación, se previó que durante este procedimiento se pudiesen hacer presentes algunas situaciones en las que el entrevistado pudiera tener respuestas desadaptativas ante las preguntas, pudieran surgir cuestionamientos hacia sus propias respuestas, descaderando angustia, tristeza y demás, por lo tanto, se considera esta investigación de riesgo mínimo, además se pretendió tener la habilidad de brindar primeros auxilios psicológicos y la posibilidad de remitir a asesoramientos psicológicos si estos se hubieren considerado necesarios.

También se observó la ley 1090 (Congreso de la Republica de Colombia, 2006) por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología. El abordaje de esta investigación se dio respetando la dignidad, en miras de salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes; con conocimiento de las normativas legales y estándares profesionales que regulan la conducta en investigaciones con humanos; además acoge los planteamientos del Código de Ética en la Investigación de la Universidad de Antioquia (Vicerrectoría de Investigación, 2015) mediante la cual se rigen los compromisos al realizar una investigación. Con base a lo anteriormente enunciado, esta investigación se fundamentó en los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad.

## **6.1 Participación**

Se considera que la población objetivo de esta investigación no se encuentra en una posición de vulnerabilidad, estos se encuentran en libertad para consentir lo que consideren que puede, de alguna forma, violentar sus intereses, además de poseer la habilidad de evaluar riesgos; por otro lado, no son escogidos por su pertenencia a ningún grupo social, minoría étnica o condición como desplazamiento forzado. Con esta investigación no se otorgo ni se despojó de ningún privilegio que pueda ejercer coacción; estos, eligieron de forma libre su participación o no en esta investigación sin intento de manipulación.

Con esta población se consideró necesaria la firma del consentimiento informado (Anexo 3), en el cual se comunicaron las fases de la investigación, los derechos, los objetivos y demás datos de relevancia para que estuvieran informados de la investigación y sobre sus derechos en caso de no querer o poder continuar más con este proceso. Para esta investigación se garantizó la confidencialidad y privacidad de la información proporcionada por los participantes, esta no fue revelada y se utilizó solo con fines académicos.

## **6.2 Beneficios**

Esta investigación posibilitó a los participantes ahondar en la construcción social de la enfermedad mental, lo que permitió promover conocimiento sobre la manera en la que esta es concebida, facilitando la comprensión de parte de la realidad social y la forma de pensar como grupo social, lo que proporciono a los futuros profesionales en el área la oportunidad de sopesar estas concepciones y la manera en la que estas influyen en la forma de guiarse y tomar decisiones en su vida profesional; de este modo, permitiendo un acercamiento a la forma de comprender tanto a la enfermedad mental como a las personas que la padecen, lo que a la larga podría brindar acceso a la comprensión de algunos fenómenos como el estigma. Por otra parte, se promovió el conocimiento de este grupo en particular.

### **6.3 Proceso de devolución**

Dadas las características de este estudio, no se contempló la entrega de resultados individuales, por lo que los hallazgos de esta investigación fueron compartidos por medio del correo electrónico que el participante proporciono durante la recolección de datos.

## 7. Hallazgos del estudio

En este apartado se presenta un informe detallado de los resultados del análisis de los datos recolectados; de este modo, se presentan los resultados de la primera fase, los cuales se obtuvieron mediante análisis prototípico (de frecuencias y rangos) y análisis categorial. Del mismo modo, se presentan los hallazgos de la segunda y última fase, la cual dio lugar a una variedad de conceptualizaciones de gran riqueza teórica sobre las RS hacia la enfermedad mental.

### 7.1. Análisis de la fase exploratoria del estudio

#### 7.1.1. Análisis prototípico

Este procedimiento, según Navarro (2004), se crea con la finalidad de indagar por la prototipidad, esto con el objetivo de identificar la organización del contenido evocado mediante el cruce de dos indicadores; la frecuencia de aparición (cuántas veces en total fue evocada) y el rango, que se determina conforme al momento en el que se hace mención el término, es decir, en primer, segundo o tercer lugar.

Este análisis se realizó con las asociaciones de una muestra de 40 estudiantes, una vez finalizado el ejercicio exploratorio de asociación libre. Fueron evocados un total de 200 términos en relación con *enfermedad mental* (término inductor), de los cuales 130 fueron diferentes. Esta información fue analizada a partir de las frecuencias y rangos de aparición de las palabras evocadas.

Con respecto al análisis de frecuencias, se halló que hubo términos que fueron nombrados más veces que otros. La teoría sugiere que los términos que aparecen con mayor frecuencia son, hipotéticamente, los más centrales en la representación social (Navarro, 2004), en este caso, de la enfermedad mental. Así, los términos que tuvieron mayor frecuencia de evocación con la aplicación de esta técnica asociativa fueron: trastorno-trastornos (15 veces), ansiedad (8 veces) y depresión (7 veces). También hubo otros términos que tienen frecuencias relevantes: trauma-traumas (5 veces), miedo-miedos (4 veces), ayuda (4 veces), locura (4 veces), enfermedad (3 veces), incapacidad (3 veces), loco (3 veces), discapacidad (3 veces) y malestar (3 veces).

En cuanto al análisis de rango, este se realizó asignando una puntuación a cada término, de acuerdo con el momento de aparición en la asociación de los participantes, así: si fue evocado en

primer lugar, se asignó cinco puntos; segundo lugar de evocación, cuatro puntos; tercer lugar, tres puntos; cuarto lugar, dos puntos, y quinto lugar, un punto. Este ejercicio de análisis implicó que, a mayor puntuación en rango promedio, el término habría sido evocado en un lugar más destacado (más rápido) en la asociación de los participantes. Tras este análisis se encontró que los términos con un rango más importante ( $\geq 15$ ) en el ejercicio asociativo fueron: trastorno-trastornos (57 puntos), ansiedad (30 puntos), depresión (22 puntos) y trauma-traumas (19 puntos). Aparecieron otros con rangos que se consideraron también relevantes, aunque no tan centrales ( $\geq 10$ , pero  $<15$ ):, malestar (15 puntos), loco (13 puntos), locura (11 puntos), miedo-miedos (10 puntos) y discapacidad (9 puntos).

Con base en estos análisis, se concluyó que, en la representación social de la enfermedad mental construida por los estudiantes de psicología participantes del estudio, hay elementos que se organizan como centrales, tanto por su frecuencia como por su rango de aparición. Estos elementos, al igual que los que se sugieren como periféricos, se muestran en la siguiente tabla (Tabla 1) que alude al prototipo hipotético de esta representación.

**Tabla 1**

*Prototipo de las RS de la enfermedad mental*

		<b>Rango promedio</b>				
		<b><math>\geq 15</math></b>		<b><math>\geq 10</math> pero <math>&lt; 15</math></b>		
	<b>Termino</b>	<b>F</b>	<b>Rango</b>	<b>Termino</b>	<b>F</b>	<b>Rango</b>
<b>Frecuencia <math>\geq 4</math></b>	Trastorno - trastornos	15	57	Locura	4	11
	Ansiedad	8	30	Miedo, miedos	4	10
	Depresión	7	22			
	Trauma-traumas	5	19			
<b>Frecuencia <math>\geq 3</math> pero <math>&lt; 4</math></b>	Malestar	3	15	Loco	3	13
				Discapacidad	3	9
				Enfermedad	3	8
				Incapacidad	3	8

Conforme con Navarro y Gaviria (2009), estos indicadores (frecuencia y rango) proporcionan información de dos dimensiones, por un lado, se encuentra la dimensión colectiva en la que se ven reflejados los términos más repetidos por los participantes y, por el otro, la dimensión individual, en la cual se encuentra el orden establecido por las personas. Siguiendo esta línea de

pensamiento, Navarro (2004) indica que el cruce de estas dos dimensiones nos brinda un cuadro 2x2, en el cual podemos observar con mayor claridad la información correspondiente al núcleo central, datos que se encuentran reflejados en el cuadro número 1, en el que se encuentran las palabras más evocadas y mencionadas en un primer lugar, en este caso, el posible núcleo central de la representación social de la enfermedad mental se encuentran los términos: trastorno-trastornos, ansiedad, depresión, trauma-traumas. En el periférico 2, según Navarro (2008) y Navarro y Gaviria (2009), se encuentran las palabras que enriquecen el área semántica de las referencias del objeto de representación, pero que se posiciona en los últimos lugares de la escala jerárquica, en este se encuentran los son los términos: locura, miedo-miedos; así, en el periférico 3 se ubican los términos que, aunque no se encuentran entre las palabras más evocadas ni mencionadas en los primeros momentos, tienen relevancia, en este se encuentra el término malestar y, por último, el periférico 4 se reflejan los términos también de relevancia semántica: loco, discapacidad, enfermedad, incapacidad.

Los términos que se encuentran ubicados en el núcleo central hacen referencia a la manera en formas de llamar a la enfermedad mental, los malestares mentales más comunes y lo que puede ser identificado como una de las causas de afecciones en la salud mental. En el periférico 2 se identifica una denominación asociada a los estereotipos relacionados con las personas que padecen de una enfermedad mental, esos que socialmente pueden llegar a ser considerados como locos; por otra parte, se hace referencia al miedo, una emoción que puede verse relacionada tanto con padecer una enfermedad como con el recelo que se tiene hacia las personas que las padecen. El periférico 3 se constituye por un solo término, con el que se logra reconocer el padecimiento asociado a la enfermedad mental. En el periférico 4, por su parte, se encuentran los términos con mayor nivel de estigma referente a la enfermedad mental, hacen presencia los términos: loco, discapacidad, enfermedad, incapacidad, los cuales reflejan parte de los prejuicios, la pérdida de habilidades y competencias asociada a este tipo de enfermedad.

### ***7.1.2 Análisis categorial***

Del mismo modo, se realizó el análisis categorial que permitió agrupar los términos asociados en distintas dimensiones o categorías (Navarro y Gaviria, 2009).

**Tabla 2***Categorías constitutivas de las RS de la enfermedad mental*

<b>Categoría</b>	<b>Términos asociados a la categoría</b>
<b>Trastornos mentales específicos</b>	Depresión, ansiedad, psicosis, psicótico, esquizofrenia, bipolaridad, trastorno obsesivo compulsivo, alzhéimer, demencia.
<b>Dimensión conductual</b>	Desequilibrio, desadaptabilidad, desajuste, aislamiento, alejamiento, cambio sustancial en la conducta del individuo, anormalidad.
<b>Naturalización de la enfermedad mental</b>	Normal, común, posibilidad.
<b>Estereotipos</b>	Disfuncionalidad, inferioridad, superioridad, discapacidad, límite, limitación-limitaciones, incapacidad, incapacidad mental, incapacidad para cumplir con las demandas sociales, subdesarrollo, fuera de sus cabales, degenerado, discriminación, falta, no hay control, no piensa actúa, riesgo, raro, anormalidad, insensato, diferente, tabú, problema- problemas.
<b>Signos y síntomas</b>	Pensamiento rumiante, distorsión, inestabilidad, inestabilidad mental, afección, desequilibrio, desequilibrio en la mente, afectación por algo reprimido, persona con falsos recuerdos o que esos mismos efectos le causan inconvenientes mentales, síntomas, inconsciencia, alteraciones, desadaptabilidad, cambio sustancial en la conducta del individuo, aislamiento, desajuste, miedos incomprensibles, sufrimiento, estrés, soledad, tristeza, irritabilidad, desesperación, angustia, confusión, pánico, vacío, discapacidad, dificultad-dificultades.
<b>Dimensión afectiva</b>	Malestar, miedo-miedos, miedos incomprensibles, soledad, sufrimiento, estrés, dolor, padecer, desesperación, tristeza, angustia, confusión, irritabilidad, pánico, vacío, vergüenza, frustración, incomprensión, fatiga, aflicción, insensibilidad, jaula, emociones, padecimiento.
<b>Dimensión correlato biomédico</b>	Enfermedad, enferma, enfermo, daño, daños en algunas estructuras cerebrales que conllevan a crear relaciones dañinas en las conexiones cerebrales, un daño, cerebro, medicamento, medicación, lesión cerebral, mal, mal del desarrollo de la psiquis, síntoma.
<b>Sinónimos-formas de nombrar la enfermedad mental</b>	Locura, loco, trastorno-trastornos, trastorno mental, trastorno psicológico, patología, psicopatología, condición, condición temporal o permanente, circunstancia psíquica, ausencia de salud mental, persona con problemas, problema psiquiátrico, comportamiento de la persona, desequilibrio en la mente, estado, psiquiátrico, vicisitud.
<b>Causas de la enfermedad mental</b>	Interrupción del desarrollo, estructura psíquica, patología que se desarrolló en el cerebro y no le permiten desarrollar normalmente sus funciones, circunstancia psíquica, problemas emocionales, problemas emocionales y físicos, afectación por algo reprimido, trauma-traumas, daños en algunas estructuras cerebrales que conllevan a crear relaciones dañinas en las conexiones cerebrales, lesión cerebral, desequilibrio de la mente, mal del desarrollo de la psiquis.
<b>Atención a la enfermedad mental</b>	Ayuda, tratamiento diferencial, terapia, psicólogo, cuidados, medicamento, medicación.
<b>Otros</b>	El razonamiento, vida digna, desconocido, psique, mente, crítica, alineación, necesidad, salud mental, salud.

Mediante este análisis emergieron once categorías entre las cuales fueron distribuidos los 130 términos recolectados, los nombres de estas categorías corresponde a: trastornos mentales específicos; dimensión conductual, que hace referencia a características comportamentales observables; naturalización de la enfermedad mental; estereotipos; signos y síntomas; dimensión afectiva, que recoge términos asociados a emociones y sentimientos asociados a la enfermedad mental; dimensión correlato biomédico, que alude a asociaciones referidas a una dimensión biológica de la enfermedad mental; sinónimos-formas de nombrar la enfermedad mental; causas de la enfermedad mental; atención a la enfermedad mental, que hace referencia posibles tratamientos de estos padecimientos, y, en último lugar, otros, que agrupa términos que no fueron ubicados en las categorías mencionadas anteriormente.

## **7.2 Hallazgos segunda fase del estudio**

### ***7.2.1 La enfermedad mental, la disrupción y el sufrimiento***

La enfermedad mental es entendida, desde los relatos de los participantes, como un asunto emergente y adquirido, que se manifiesta de forma transitoria en la vida de las personas. Esta tiende a ser limitante, a generar algún tipo de angustia, malestar, desmejoramiento de la calidad de vida, desequilibrio de los procesos mentales, incapacidad, descontrol y sufrimiento. Tiende a alterar de alguna forma el funcionamiento en alguno de los ámbitos de la vida, tanto de la persona que manifiesta el malestar como de la familia que padece con él. Se resalta la mención al sufrimiento con el que se asocia la enfermedad mental, posicionando al sujeto que padece en el lugar de una persona a la que le duele la situación en la que se encuentra; así, se reconocen estos padecimientos como situaciones dolorosas en la vida; del mismo modo, se asocia la enfermedad mental con la pérdida de capacidades, estatus, de la imagen de sí mismo, con la pérdida en sí. Al respecto, una de las participantes señaló sobre la enfermedad mental:

(es) lo que no es normal en ese sujeto en particular, contrario a lo que ya estaba sucediendo. Por ejemplo, tenemos dos personas, una persona podía, por ejemplo, estudiar todo el día sin ningún problema, y había otra persona que podía, por ejemplo, tener problemas para estudiar todo el día, tenía que recurrir a trasnochar o ese tipo de cosas. Entonces, la primera

persona, que no tenía problemas para estudiar durante todo el día, de repente sucede algo, digamos a nivel mental, que ya le dificulta a esa persona estudiar todo el día. O sea, es como algo que interrumpe la normalidad de una persona en particular. (Juliana)

La enfermedad mental es vista como algo nocivo de lo que las personas se deben alejar. El que padece, conforme a los relatos de los participantes, tiende a ser considerado como loco, discapacitado, débil, carente de inteligencia, incapaz, incontrolable y problemático, siendo todas estas características poco deseables en una persona. Por otra parte, se tiende a pensar que quien padece una enfermedad mental, quiere llamar la atención, que está exagerando los síntomas de la enfermedad; de ahí que esta tienda a ser minimizada, esto con la intención de que no exista el malestar. Así, se usan expresiones como “debe echarle ganas” y “no es para tanto” o “solo se está haciendo show”.

Por otra parte, se reconoce que existe un sin número de enfermedades mentales, debidamente categorizadas y jerarquizadas con sus síntomas correspondientes, pero también se resalta que hay personas más propensas a padecer una enfermedad mental que otras. De este modo, se plantea que no todo el mundo tiene las mismas posibilidades de manifestar un padecimiento; también, que el cuadro sintomatológico de las enfermedades mentales dependerá de características como la personalidad. Un participante refirió:

Es posible considerar, por ejemplo, las estructuras psicóticas, que tienen como una predisposición un poco más a... Sin embargo, según las primeras enseñanzas freudianas la neurosis también, porque el neurótico se mueve más como en esta predisposición a la enfermedad. Sin embargo, el psicótico, por ejemplo, por su estructura, por la forclusión por cómo es, por esa no diferenciación o esa falta de diferenciación, está un poco más dispuesto, no sé si me hago entender, las expresiones del dolor, del padecimiento, de la enfermedad que es lo que llamaríamos síntomas, dependen mucho o difieren mucho de una persona u otra según su estructura y según el padecimiento también. Cuando hago referencia a estructuras estoy hablando de estructura mental y estructura psíquica, entonces, hay expresiones de síntomas que pueden ir desde el llanto, el no comer, el insomnio, hasta alucinaciones, disociaciones de la realidad, por ejemplo, en la psicosis. La forma en la que aparecen los síntomas son muy subjetivos para mí. (Carlos)

Así, se pone en perspectiva *la enfermedad mental como padecimiento subjetivo*, es decir, no hay una causa inequívoca de la enfermedad mental, no todas las personas las padecen de la misma manera, se menciona la variedad de situaciones que pueden ser consideradas como desencadenantes de un padecer para unas personas y para otras no. El siguiente relato ilustra esta concepción de la enfermedad mental:

Pues, excluyendo las causas que ya están comprobadas científicamente que generan una enfermedad mental, las causas biológicas, digamos un accidente, que una persona se golpee la cabeza y que alguna parte del cerebro se vea afectada y genere algún tipo de afectación mental, algún tipo de trastorno mental. Hay personas que quizás si les puede generar un trastorno mental, pero hay otras personas que no. No sé, yo siempre que pienso en lo mental siempre me parece que prima mucho lo subjetivo (...) tú sabes, como en las matemáticas que uno dice que  $2+2$  da 4; yo creo que con las enfermedades mentales no aplica así, uno no puede decir que esto más esto igual a enfermedad mental, hay muchas cosas que varían. (Catherine)

De esta manera, teniendo en cuenta el padecimiento, los síntomas, el nivel de angustia y disfuncionalidad que causen determinará la gravedad de las enfermedades. Para uno de los participantes esto es claro:

Para mi todas son graves, pero en lo que yo he escuchado de comentarios sobre mi carrera y sobre salud mental, creo que la gente tiende a creer que la más grave es la esquizofrenia. Les tienen miedo y, es como, no sé, piensan que los esquizofrénicos van y van a atacar a alguien así porque si...(silencio) Y eso que depende de la enfermedad, porque en el caso de muchas enfermedades que la gente cree que son menos graves como la depresión o la ansiedad, no se te desvaloriza tanto, pero si se le resta importancia a la enfermedad. (Saray)

La jerarquización mencionada posiciona en su cúspide a la psicosis o esquizofrenia y pone en sus últimos lugares a malestares como la ansiedad. El reconocimiento de este aspecto da un ordenamiento de la enfermedad mental en función de su alejamiento respecto de los cánones de

normalidad socialmente impuestos, lo que trae influye en el trato que se le da a quien la padece. Así lo afirmó un participante:

Siento que se discriminan mucho o se apartan mucho en sí de la sociedad por lo mismo, por evitar situaciones de violencia y, no sé, no generar pánico, porque muchas personas no somos conscientes de qué es una enfermedad mental. Entonces a muchos quizás nos asusta, entonces siento que (...) los mantienen pues muy aislados de la sociedad, en el sentido de que, si nosotros sabemos que una persona tiene alguna enfermedad mental, entonces nos apartamos de ella, no la dejamos que se integre quizás en un grupo donde estemos reunidos, no se les da quizás el mismo trato; en muchas partes los vemos como menos o como imposibilitados para ciertas acciones o situaciones. (Mariana)

En este orden de ideas, de acuerdo con el padecimiento se determina el lugar social que el sujeto enfermo ocupa, y la forma de relacionamiento con él, se tiende a considerar que el que padece puede afectar a otros, ya que siguiendo los relatos, si el trastorno afecta solo al que al enfermo no es importante; pero si de alguna forma afecta a la sociedad, automáticamente se convierte en una amenaza, en algo a lo que se debe estar atento. En este sentido, es posible hablar de un tipo de *distanciamiento del padecer ajeno*, esto se evidencia en el relato de la siguiente participante:

En lo que yo he visto, en las noticias nunca especifican <ay, él tiene tal cosa> pero sí generalmente en los comentarios, por ejemplo, la gente dice <ay, es un psicótico>, o <tiene esquizofrenia>, por ejemplo, que también es otra enfermedad que está muy estigmatizada. Entonces, más que todo sí, como a esas que predominan por decirlo así, porque nunca he visto que comenten algo, una enfermedad mental más sencilla, como por ejemplo, no sé, bueno no es ni tan sencilla, pero más que todo la de trastorno de la alimentación, no me acuerdo como es que se llama, más que todo porque no causa daño al otro en sí, sino que es hacia su propio cuerpo, es a su propio ser, entonces como tal, por decirlo así, lo podemos ver como una enfermedad mental menos peligrosa, porque más que todo la gente se escandaliza más cuando el daño le causa hacia otro. Cuando el daño lo causa hacia sí mismo no hay como que tanto alboroto. Por ejemplo, digamos, los viciosos, como que <ay si no

roban no hay problema>, pero no piensan en todo el daño que esa persona se está haciendo a sí misma con el vicio. Por ejemplo, los loquitos de la calle, del barrio, nadie dice nada siempre y cuando ese loco no roba, no le hace daño a la otra persona, pero todos somos conscientes del daño que se está haciendo a sí mismo y ahí nadie dice nada, ahí no es malo. (Luisa)

Asimismo, el discurso de los participantes tiende a narrar cómo la enfermedad mental se encuentra rodeada de un *desconocimiento y tabú cultural*, en el cual se evita hablar de ella. De acuerdo con los entrevistados, socialmente no se comprende lo que esta significa, y se minimiza el padecer y la importancia del profesional en psicología. Igualmente, se hace referencia al paradigma médico como el origen de la asociación entre enfermedad mental y disfuncionalidad. Los relatos de los participantes indican lo siguiente:

Actualmente estoy haciendo prácticas en un colegio rural y es bien gracioso que cada vez que hablamos de psicología, por ejemplo, yo intento hacer como mapas de ideas con los chicos, preguntar que si saben algo de la psicología, entonces todos dicen <no es eso es para locos>, entonces una asociación lleva a la otra. Entonces, la enfermedad mental digamos que ha sido estigmatizada, porque cuando se piensa en ella muchos piensan en hospitales psiquiátricos, en hospitales mentales, y no nos hemos dado cuenta de cómo decía que algo muy común de qué muchos estamos en casa y estamos padeciendo (...), por cosas muy cotidianas por las que podemos pasar, entonces, digamos que el estigma es demasiado, creería, el común denominador. (Carlos)

Por otro lado, un aspecto a tener en cuenta es la afirmación propuesta por los participantes en la cual consideran que la enfermedad mental tiene las mismas características de una enfermedad física, como lo afirma el siguiente relato: “Aparece pues como una enfermedad, porque tiene las condiciones que una enfermedad normal, pues, que una física tendría también, es algo que aparece, son unos síntomas que aparecen y que te incapacitan para funcionar normal en tu vida”. (Amador)

Estos relatos ubican a la enfermedad mental del lado de lo común, con esto se hace referencia a su prevalencia estadística, sin embargo, no se debe olvidar que, a pesar de que las enfermedades mentales sean cada vez más prevalentes, en la sociedad se siguen percibiendo con

estigmas, “quizá todos la tengamos pero que no somos capaces de decirlo por el estigma” (Carlos). Este estigma al que todos los participantes hicieron referencia influye de forma negativa en la sociedad, puesto que se tiende a minimizar los síntomas de los malestares y a etiquetar a la persona como anormal. Al profundizar en esta etiqueta, los entrevistados aludieron a que esta, una vez puesta, es casi imposible de eliminar; por lo tanto, el que es ubicado en el lugar de enfermo mental jamás podrá salir de ahí. Este asunto puede identificarse como una de las causas del miedo al diagnóstico, se le huye para evitar ocupar el lugar del enfermo, un lugar que nadie quiere porque es de conocimiento público lo que este trae consigo.

Algo que llama la atención es la comprensión de la infancia como una etapa fundamental en la vida de las personas, que constituye a la persona, y la importancia de una crianza apropiada para no evidenciar padecimientos en la adultez y tener una autopercepción sana. Esto se refleja en el siguiente relato:

No le estamos prestando la atención suficiente a la etapa de la infancia, no estamos viendo que es que allí vamos a formar al adulto que va a ser después, que la salud mental que va a tener de adulto estará muy determinada de la manera en la que ese niño viva su infancia; pero incluso a los niños, son a los que menos atención se les suele presta, los niños son casi que ignorados, o sea, la infancia, ese proceso de crecer, muchas veces se ignora y no se asume con la responsabilidad que se debería y a mí me parece que desde allí empezamos con las buenas o las malas prácticas de salud mental y es que no tenemos la información suficiente por ejemplo, para criar un hijo, seguimos repitiendo y repitiendo lo que hemos visto o lo que nos hicieron a nosotros. (Amalia)

Del mismo modo, se hace referencia a las formas en las que se puede nombrar el padecer. Se expresan términos como trastorno, desorden, patología, problemas mentales, locura, disvariación del ser, una forma de ser diferente, anormalidad, síndromes, trastornos, déficit cognitivo; la terminología también hace alusión a conceptualizaciones despectivas como “se le cruzaron los cables”, “loco”, “habitante de calle”, “esquizofrénico”.

De igual manera, se reconoció que existe una amplia riqueza de padecimientos mentales, las enfermedades mentales mencionadas en el transcurso de las entrevistas dieron lugar a los siguientes malestares: depresión, episodio depresivo, síndrome de Down, piromanía, ludopatía,

Alzheimer, psicosis, neurosis, fobias, psicópata, obsesivo compulsivo, ansiedad, estrés, trastorno de sueño, bipolaridad, trastorno antisocial, trastorno distímico, trastorno disociativo de la identidad, trastornos alimenticios, agorafobia, autismo, histeria, déficit cognitivo, perversión, anorexia, trastorno afectivo, epilepsia, ataques de pánico, depresión posparto.

### ***7.2.2 El origen de la enfermedad mental. La fuerza del ambiente en el padecer***

En los relatos aparece repetidamente la enfermedad mental como un atributo multicausal e impredecible, esto dado por lo subjetivo del malestar asociado a la enfermedad mental; así, se logró identificar tres factores que pueden desencadenar la presencia de una enfermedad mental, estos son los factores *personales/subjetivos, ambientales/contextuales y biológicos/hereditarios*.

El factor *ambiental/contextual* fue al que más se le atribuyó influencia en la posible manifestación de enfermedad mental, conforme a los relatos, el entorno te puede enfermar:

Es el entorno de la persona como tal, la sociedad que puede hacer un papel fundamental e influyente a la hora de una enfermedad mental, porque puede que sea voluntario e involuntario, o sea, alguien puede hacer que esta persona tenga esta incapacidad. (Sandra)

Los relatos junto con la repetición de palabras como trauma, eventos traumáticos y la relación que se establece con el contexto social del país, asociado a la violencia, conflictos bélicos, grupos al margen de la ley, guerra, agresiones, reconocen determinantes ambientales en el origen de los padecimientos, como lo sugiere el siguiente relato:

Yo soy de pueblo, entonces te imaginarás el desconocimiento que tiene de lo que es la salud mental. En un lugar donde prevalece muchas veces solo sobrevivir, porque bueno, quizás ahora las cosas sean muy diferentes, se tenga mayor acceso a la educación, una mejor educación entre “”, también falta mucho, pero, por ejemplo, como se criaron mis padres o mis abuelos en una época en la que digamos, pudo afectar mucho su salud mental, pero no se pensaba en la salud mental porque en lo único que se pensaba era en sobrevivir, porque no podemos negar o obviar también el lugar en donde vivimos y todo lo que ha traído. Yo no sé, como que el peso o la cuota tan alta que uno paga por vivir en el campo en Colombia,

que son temas de violencia, la guerra, de grupos al margen de la ley, que al final el único que sale perdiendo ahí es el campesino; entonces, siento que, en sí a la salud mental, a los aspectos emocionales es como que se les olvida. (Natalia)

Igualmente, se hace referencia a situaciones de abuso sexual que generan altos niveles de estrés, problemas en las dinámicas familiares, y la incapacidad de adaptación al entorno, como lo comparte el siguiente relato:

Cuando no nos adaptamos o cuando no es posible adaptar el medio a nosotros o nosotros al medio, pues obviamente va a haber ahí choque, y sabemos que, de alguna manera, las enfermedades mentales a veces pueden darse en algunas ocasiones por esa imposibilidad de adaptación a las demandas del medio. (Carlos)

Por otra parte, se hace referencia a factores externos como el consumo de medicación por parte de la madre durante el periodo de gestación, además, se hace evocación a la represión que existe sobre la mujer como posibles causas de padecimiento. Lo ambiental es determinante según estos relatos, ya que como ser social, el ser humano se encuentra en constante contacto con los otros, por lo que estos pueden ocasionar enfermedades o pueden desencadenar alguna si se tiene una predisposición genética.

En lo *personal/subjetivo* se hace referencia a que los recursos y características de la personalidad son muy variados y lo que puede ser un desencadenante para una persona, para otra puede simplemente ser un evento más en la vida, de esta manera lo sugiere el siguiente relato: “Ahí estaríamos hablando de que una de las causas son las cosas a las que nos enfrentamos ¿no? es decir, el contexto y la forma en la que interpretamos esas cosas del contexto”. (Amador)

Estos atributos individuales son considerados como importantes ante la manifestación de sintomatología referente a los malestares mentales, en esta línea, se considera el consumo de sustancias psicoactivas como un factor a tener en cuenta, ya que estos pueden propiciar la manifestación de enfermedades mentales.

Posteriormente se mencionan los factores *biológicos/hereditarios* y la importancia de la predisposición genética e historial familiar, se reconoce a la depresión y esquizofrenia como unas de las enfermedades con bases biológicas o hereditarias. Los relatos consideran cómo algo a tener

en cuenta son los antecedentes familiares en el desarrollo de padecimiento. Pese a esto, hay un mayor reconocimiento de la *fuerza del ambiente en la constitución de la enfermedad mental*; así, aunque estén presentes disposiciones biológicas, son las condiciones ambientales las que desencadenan o precipitan la aparición de esta enfermedad. No obstante, se considera que no se pueden delimitar las causas de la enfermedad, el relato a continuación es claro en eso:

El ser humano al ser tan social, al ser un ser relacional, es que el hecho es que la misma existencia puede ocasionar una enfermedad mental. Además de las enfermedades mentales que surgen por causas biológicas, por ejemplo, la epilepsia que vemos que también tiene un componente biológico, o otro tipo de enfermedad mental, digamos la esquizofrenia, que hay veces que dicen son a veces hereditarias, pero hay enfermedades mentales que surgen en el desarrollo del ser humano, en el vivir del ser humano, que uno no sabe quizá en algún evento o la forma como la persona experimentó un evento, un suceso. Entonces yo decir la causa de una enfermedad mental, eso yo creo que es del 1x1. (Catherine)

### **7.2.2.1 Lo ruidoso del padecer**

Las narraciones de los participantes indican que los síntomas son una manifestación de la enfermedad que se intenta callar, ya que estos tienden a ser escandalosos, son una alarma de enfermedad; por lo tanto, se intenta ocultarlos para no ser percibido ante la mirada de los otros como una persona rara de la cual se deben alejar; esto se ve reflejado en el siguiente relato: “La anormalidad es una como una alerta, como que algo así, como que algo raro posiblemente puede tener” (Luisa); así, se identificó que los síntomas se ven reflejados en tres ámbitos: a *nivel emocional*, a *nivel somático* y a *nivel cognitivo/comportamental*.

A *nivel emocional* se evidencia en llanto, tristeza, miedo, agresividad, angustia, falta de culpa, sufrimiento, falta de conciencia, sensación de malestar, cambios de humor, estado de ánimo bajo, incapacidad para reconocer lo que se siente y perturbación. El *nivel somático* se hace referencia a insomnio, cansancio, dolor de cabeza, falta de apetito, aumento o pérdida de peso, inapetencia y somnolencia. El *nivel cognitivo/comportamental* hace referencia a los síntomas relacionados con los pensamientos y la conducta, como carencia de raciocinio en la toma de decisiones, falta de lógica e interpretación, distorsiones mentales, torpeza en el comportamiento,

distorsión de la información, incapacidad para razonar o para solucionar problemas, alucinaciones, pensamientos intrusivos, ensimismamiento, falta de socialización, hablar solo en la calle, rituales obsesivos, ser raro, comportarse retraídamente, ser conflictivo y usar palabras soeces.

Los síntomas mencionados en mayor medida fueron los del nivel cognitivo/comportamental. Se puede afirmar que esto es debido a que son los más escandalosos y alarmantes que se pueden observar en una persona; no se necesita profundizar mucho en la vida de un individuo para darse cuenta de que el otro habla solo, alucina o tiene un sin número de rituales, estos son los que nos hacen ponerle atención a otro y decir que no es como los demás.

### ***7.2.3 La pérdida del ser en la enfermedad mental***

En lo social se percibe al que padece de una enfermedad mental como una persona con múltiples características negativas o desacreditadoras por las cuales merece la exclusión; a estos se les ve con lástima y recelo, se les percibe como peligrosos, se los considera incapaces. El constante escrutinio social y el hecho de que se les tiende a rechazar por los síntomas que los otros pueden considerar como raros o anormales y el padecimiento, con toda su carga cultural, traen consigo el estereotipo de incapacidad asociada a los padecimientos, lo cual influye de forma negativa en lo social, laboral, familiar, en la limitación de ciertas acciones y derechos y la creación de vínculos, es como si el no cumplir con las estipulaciones para la pertenencia de “los normales”, se les retiran sus derechos. El siguiente relato hace referencia a eso:

Yo siento que se les aparta (...) el hecho de que o son peligrosos o son bobos, entonces, por eso, por ejemplo, en el ámbito laboral yo no los contrato, o en las relaciones afectivas, suena feo, pero, ¿quién se va a casar con alguien así? No es algo que yo diría, pero sería algo que uno escucha; entonces sí, siento que es como excluirlas de un ambiente social, de un ambiente laboral y, al mismo tiempo, siento que en algunas familias es como un sobreproteger a esa persona, como si no se pudiera también valer por sí misma debido a la enfermedad. Claro está, todo depende pues de los niveles de gravedad o de disfuncionalidad que la enfermedad le impida al sujeto. (Natalia)

En este sentido, se puede hablar del *desprestigio de la enfermedad mental*, ya que socialmente se reconoce el lugar que ocupa la enfermedad mental y las personas que la padecen, es como si se pudieran percibir las consecuencias sociales de ser diagnosticado con una enfermedad mental. Socialmente, el que padece de una enfermedad mental tiene un lugar que nadie quiere ocupar; las personas perciben *la enfermedad mental como una amenaza* que les supone la eliminación de su estatus exponiéndolas al rechazo y la marginación social, por lo tanto, consideran que deben ocultar la enfermedad para evitar las consecuencias asociadas. Así, las narraciones hacen referencia tanto a la marginación social como al autoestigma:

Son unos marginados... nosotros mismos como sociedad o como seres o como sujetos pertenecientes a esta sociedad, entendemos que las personas que sufren, que pasan o que están pasando por alguna circunstancia de la vida que les hace presentar ciertos síntomas o que les hace tener diagnosticada una enfermedad mental, saben que también tienen ese lugar como marginados o como personas que deben ocultar ese diagnóstico, porque sino, van a ser marginados, van a ser rechazados, van a ser vistos como débiles, entonces creo que eso mismo hace también que las personas crean que deben ocultar su diagnóstico. El lugar de marginados no solamente se lo damos nosotros como pertenecientes a la sociedad que juzgamos al otro, sino los mismos sujetos que se están juzgando también, es decir, hay un estigma y ese estigma está interiorizado también, entonces creo que es una problemática que se alimenta. (Amador)

Se hace referencia a que la persona que padece una enfermedad también tiene cierto estigma dirigido hacia sí misma y sobre su padecimiento, lo que hace resaltar la interiorización de la cultura en el individuo, cómo al desarrollarse en una sociedad, mediante la internalización de las RS y categorías sociales, el sujeto se autopercibe como recipiente de todos los estigmas y marginación asociados a la enfermedad mental que padece, así como de autoperibirse con las características asociadas a su padecimiento. En este sentido, el ser diagnosticado puede manifestarse con una pérdida de la identidad, se confronta la propia realidad con la del conjunto de características asociadas al padecimiento.

Así, la enfermedad mental confronta al que padece, sus relaciones, su imagen; esto puede llegar a evidenciarse en esa imagen que se tiene de sí mismo, en la identidad, situación en la cual

la persona puede pensar que no es merecedora de un lugar en la sociedad, una vida familiar, laboral, afectiva; de este modo el padecimiento se presenta como algo disruptivo que cambia la forma de percibirse de la persona.

Asimismo, es importante tener en cuenta la *eliminación del sujeto*. En los relatos de los participantes, mencionan que se tiende a borrar a la persona como un sujeto con derechos, virtudes y defectos, esto, utilizando a la enfermedad para definir a la persona. El relato siguiente hace referencia a esto:

Yo creo que eso lo confronta mucho a uno con la sociedad. Me refiero a las relaciones que uno establece con personas, y que ese estigma aparece también luego, que dentro de las relaciones entonces, muchos pueden ser vistos desde el lugar de lástima, <no, pero es que él tiene tal cosa, él es depresivo o él ha tenido intentos de suicidio>, entonces el estigma, digamos que tiene efecto en las relaciones interpersonales. El estigma y la enfermedad mental tiene efectos en la representación del sí mismo, porque es que estamos hablando de que es posible que hayan cambios en la imagen que yo tengo de mí y que, a la vez, me pone como a pensarme, qué pueden pensar los otros de lo que yo tengo o qué imagen tendrán de mí ahora. Entonces la enfermedad mental confronta a quien la padece, confronta sus relaciones, confronta su imagen. (Carlos)

Así, “el depresivo”, “el bipolar”, “la esquizofrénica” se convierten en la característica por la cual se identifica a la persona, esto con todas las connotaciones que trae en la vida social. El padecimiento cambia la imagen ante los otros, trae consigo mayor posibilidad de ser juzgados y señalados, a esto hace referencia la siguiente participante:

A raíz de que se le dé un diagnóstico a una persona, tanto la familia como los amigos, la sociedad en general, cambia la manera en que la ve. Ya lo puede ver como el pobrecito, como aquel que está indefenso o que se tiene que tocar con cuidado, que no se pueda hablar de ciertos temas con él. Entonces, puede tener como muchos efectos adversos realmente, eso es muy relativo en cada caso realmente, porque de pronto si esa persona era aislada totalmente o la familia, los amigos no le prestaban atención, puede que, a raíz de ese

diagnóstico, las personas se acercan mucho más a él, entonces sus redes de apoyo se puedan fortalecer a partir de eso, tiene como sus pro y sus contra. (Amalia)

También se expresa que se tiende a utilizar el padecimiento como un insulto denigrante del cual se hace uso. Esto lo ilustra el siguiente relato:

Tachar a alguien de enfermo mental trae consigo consecuencias muy grandes, o sea, es una etiqueta que se le pone y ya no se ve a la persona, sino que se ve ese trastorno, se ven esos síntomas, se les justifican muchas cosas, o sea, como que se les borra un poco de la responsabilidad y digamos que hay algunas (enfermedades mentales) que dificultan en algunas áreas de la vida algunos aspectos que a otras personas se les haría muy sencillo. Sin embargo, siento que también, como que se les quita del todo la responsabilidad del sujeto, entonces, más que todo como por esa etiqueta, ese escrutinio social, siento que tengo yo como el conflicto con el término de enfermedad mental, es como, ¿recuerdas que antes se hablaba de retraso mental y no de déficit cognitivo?, incluso se usaba como un insulto, <¡ah, es que usted es un retrasado mental!>, ¿por qué eso tendría que ser entonces un insulto? O a una persona se le dice <¿es que tu estas loca?>, o sea, lo usan como de maneras muy despectivas. Por eso siento que es el conflicto. (Natalia)

Para designar al que padece, al que se sale de la “normalidad” del entorno, se usan términos como ¿usted es bipolar?, además, se evidencia *apropiación de terminología clínica*, lo que trae consigo el uso indiscriminado de estos términos que en apariencia hacen parte del discurso social, sin embargo, estos términos no tienen el mismo significado que en la ciencia, pero son reconocidos socialmente “tiene la depre” “es bipolar” “psicópata” “¿estás loco?”; a pesar de que la ciencia puede reconocer características depresivas, psicopáticas y demás, estos son usados en el discurso social común para describir cuándo algo está funcionando por fuera de lo normal.

De este modo, la normalidad y anormalidad son determinantes en la enfermedad mental. La anormalidad es un término reconocido como un constructo social que se usa para nombrar cuando algo no está andando conforme al “deber ser”, “Algo fuera del común de lo que ya está estandarizado” (Sandra). Esto se evidencia por actos considerados fuera de lo común, relacionados con gritar, con las alucinaciones, signos más llamativos y que se encuentran relacionados con

trastornos específicos como la esquizofrenia. La anormalidad es un factor a tener en cuenta, porque puede ser reconocida como una bandera roja que indica enfermedad mental; de esta forma, la sociedad funciona como un ente que se encarga de vigilar lo normal para poder decidir si se puede pertenecer a la sociedad; si no eres “normal” la sociedad puede expulsarte por no cumplir con las condiciones de pertenencia, así que la diferencia no es agradable, no gusta lo diferente, se puede decir que la “anormalidad” del que padece es castigada con soledad.

#### ***7.2.4 La enfermedad mental: una marca deshonrosa***

Los participantes consideran que la enfermedad mental es percibida como una etiqueta socialmente negativa y desfavorecedora, limitante en el sentido de que frena la búsqueda de ayuda profesional por miedo al diagnóstico. El diagnóstico se ve como una amenaza a la vida, a este se le tiene miedo, no se quiere padecer y menos una enfermedad mental; una vez realizado el diagnóstico, la persona evita mencionarlo a toda costa, por las consecuencias que puede desencadenar, como la exclusión, marginación, el trato diferente y el etiquetamiento; así, algunas personas tienden a evitar buscar ayuda del profesional en el área, porque “el psicólogo es para locos” y nadie quiere estar en el lugar del loco. El siguiente relato es revelador en este aspecto:

El rotulo de enfermedad mental trae consigo muchísimas cosas, sobre todo a nivel familiar, a nivel social. Trae consigo etiquetas que no suelen favorecerle a la persona, porque al etiquetarte a ti con una enfermedad mental, de una vez cambia todo tu entorno, te empiezan a ver diferente, a tratar diferente, muchas veces a justificar ciertos actos por la misma enfermedad, entonces <no, ahí va el loco>, es lo que suelen decir. (Natalia)

Por otra parte, al indagar por el origen de este estigma hacia la enfermedad mental se reconoció que tiene lugar en el desconocimiento y desinformación cultural sobre esta, el miedo a lo que es extraño y los medios de comunicación, películas y las noticias en los cuales las personas con algún tipo de padecimiento mental son asociadas con características negativas como la agresividad y el peligro; de este modo, se hace mención del *desconocimiento cultural de la enfermedad mental* como ocurre en la narración de la siguiente participante:

Eso se ve en todas partes, quizá se vea más manifiesto en zonas rurales, incluso hasta se pueden ver más abierto a escuchar sobre lo que es la salud mental y las cosas que traiga, pero eso también se ve como en las zonas urbanas, también puede que me contradiga por lo que voy a decir ahora, pero más que ... sectorizar en donde hay o no hay desconocimiento sobre la salud mental yo siento que es algo muy cultural, de acá de nosotros, de todos. (Natalia)

El desconocimiento cultural en lo referente a las enfermedades mentales hace que en ocasiones estas sean utilizadas con fines maliciosos, como encubrir la realidad de crímenes atroces; esta situación no es extraña, en el país esto se ha intentado hacer en un sin número de ocasiones para intentar salir con el menor castigo posible de situaciones dolorosas. El desconocimiento al que se hace referencia es asociado con la desinformación presente en algunos medios de comunicación que tienden a generar asociaciones negativas hacia los padecimientos mentales en sus producciones. Esto se refleja en el siguiente relato:

A mí me dicen que una persona es esquizofrénica, pero yo con esa persona ya antes estuve bien, yo voy a estar más prevenida, me refiero como a lo que uno ha visto y ha alcanzado a escuchar, entonces se está como más prevenido e incluso miedo, porque es que ¿qué aparece muchas veces en los medios de comunicación? Que una persona, con tal trastorno, asesinó a Fulanito, o una persona que sufría de esquizofrenia quemó una casa, entonces, se pone el diagnóstico por delante y eso muchas veces influye en la actitud y en los pensamientos que tienen las personas sobre dicha enfermedad. (Natalia)

No se puede ignorar el poder de los medios de comunicación y cómo en ocasiones el desconocimiento hace que ayuden a fortalecer estereotipos y estigmas hacia algunos padecimientos específicos como la esquizofrenia, es común que se asocie este padecimiento en concreto con crímenes, esto, en la mayoría de las ocasiones, sin ningún soporte.

Por otra parte, los relatos revelaron que también se tiende a justificar las acciones del enfermo mental; de ese modo, se hace referencia a una de las razones por las que estos padecimientos suelen ser usados con fines cuestionables; se comprende que esto se debe a la consideración de inimputabilidad que se concede ante algunos padecimientos mentales, lo que

tiende a traer consigo impunidad que beneficia la criminalidad, de este modo, lo expresa el siguiente relato:

De justificarse por padecerla, digamos que un ladrón, un violador y digan enseguida <ay, es que él tiene problemas de depresión>, entonces como que justificarlo, acciones que dañan al otro, por padecer la enfermedad, me parece que eso no se tolera, porque igual es un sujeto que se tiene que hacer responsable por lo que hace y querer, por decirlo así, lavarse las manos simplemente porque está enfermo, no se justifica. (Luisa)

### **7.2.3 El enfermo mental: el desecho de la sociedad**

Al hacer mención del padecer mental, automáticamente los participantes tendieron a pensar en la locura (esquizofrenia), de este modo se hizo la siguiente asociación, enfermedad mental= locura y locura=esquizofrenia; así, *el enfermo mental es un esquizofrénico*. Se resalta que, en la mayoría de las veces que se pregunta por la enfermedad mental, los participantes mencionan la esquizofrenia como *la enfermedad mental central*, por excelencia; esta es vista como la más grave y de la que se debe tener cuidado. Como hace referencia la siguiente participante:

Cuando yo pensaba en enfermedad mental solamente pensaba en algunas enfermedades, la esquizofrenia o la depresión, que era la que yo conocía. La depresión porque se hacía evidente, con relación al suicidio; uno sabía que una persona que se suicidaba es porque posiblemente era una persona depresiva. O la esquizofrenia por los locos, como se le dice acá. Uno ve a una persona que andaba por la calle así, uno decía <ese está loco> y uno sabía que el loco era un esquizofrénico. (Nohemi)

#### **7.2.3.1 La esquizofrenia y la locura. La enfermedad mental por excelencia**

Con base a lo anterior, se propone que la enfermedad mental central es la esquizofrenia ya que, al preguntar específicamente por la tan recurrente locura, los participantes afirmaron que con esta se referían a la psicosis o esquizofrenia, así se hace referencia en el siguiente relato:

Lo que normalmente es un loco, por ejemplo, muchos síntomas asociados a la locura, la locura que muchos denominamos, la mal llamada locura, tiene que ver con la psicosis. Entonces, están las alucinaciones de tipo verbal, de tipo cinestésico, de tipo visual, la pérdida de la realidad, disociaciones; son como esos síntomas con los que uno asocia la locura o la mal llamada locura. Sin embargo, supongo que habrá otros que, para la misma categoría locura pensarán en alguien depresivo, en alguien ansioso, pero en lo personal diría que, el mal llamado loco es a lo que nos referimos en la psicosis. (Carlos)

Esta enfermedad considerada central, según los relatos, se caracteriza por comportamiento fuera del común, alucinaciones, disociaciones, incapacidad de producir y por el peligro asociado a este padecimiento. Refieren además que estos son los más señalados socialmente; de este modo, se puede decir que la relevancia hacia este padecimiento en específico se presenta debido a que las personas son capaces de identificar en el comportamiento signos de “anormalidad”.

En esta misma línea, en los relatos se reconoce que este padecimiento tiende a ser asociado con suciedad, criminalidad, habitantes de calle, fumadores y drogadicción. El que padece de esquizofrenia se sale de lo “bueno” acordado por la sociedad, de este modo, todo lo no moralmente correcto es vinculado a los padecimientos mentales. Esto puede verse reflejado en el siguiente relato:

Loquitos de la calle, los chirretes, los gamines, los que andan todos sucios, que duermen en la calle, que fuman y que viven en ese mundo de las drogas, es algo que va por fuera de lo normal. Todos decimos como que es malo vivir en la calle y posiblemente sobrevivir, o que su vida gire en torno a las drogas, entonces está en esa parte de la anormalidad y lo fuera de lo común, entonces uno dice <no, está loco>. (Luisa)

Así también, la psicosis tiende a ser asociada, según los medios de comunicación, con características negativas como violencia, asesinato y peligro; además, cuando alguien comente un crimen, conforme con los relatos, se tiende a pensar que esa persona sufre de algún tipo de enfermedad mental que lo arrastró a llevar a cabo dicha acción, como si solo una mente enferma pudiera hacer eso. De esta forma lo manifiesta la siguiente participante:

Por los estigmas de la sociedad y también como por las películas, no sé, porque por lo general en las películas siempre como que sobreexageran las acciones de esas personas. Por ejemplo, cuando vemos en las noticias aquí en Apartadó, por ejemplo, la Chiva, <Fulanito mató a no sé cuántas puñaladas>, uno dice <es psicótico>, porque como tal ese trastorno, inclusive personas que no estudian psicología, ya le tienen miedo, por decirlo así al trastorno psicótico. Entonces no sabría de dónde sale tanto estigma hacia este trastorno. (Luisa)

Las personas conocen qué es la esquizofrenia y cuáles son sus mayores síntomas, las alucinaciones y el delirio. Este conocimiento en algunas ocasiones se usa para nombrar lo que no se sabe cómo poner en palabras, como los crímenes atroces, innombrables e irreconocibles, así como las personas que no encajan en lo común; de esta forma, la locura es un *chivo expiatorio de la sociedad*, se usa para nombrar lo que no tiene nombre, para encasillar a aquellas situaciones que no encajan con los acuerdos sociales. Aquí se da lugar a la marginación, del destierro de lo que es considerado como poco digno de la sociedad, al enfermo mental; conforme con los relatos de los participantes, al que padece de esta enfermedad se le juzga moralmente y con base de los estándares sociales, se puede decir que él no pertenece a los míos porque él padece y yo no; el siguiente relato lo expresa con claridad:

A las personas con enfermedades mentales nos los han metido en la cabeza como esas personas raras, las no normales, o sea, nos creemos normales porque no parecemos lo que ellos, entonces siempre tendemos como a rechazar lo que para nosotros no es normal. (Mirian)

Así, *se manifiesta el deshonor del padecer*, es el lugar en el que nadie quiere estar por su carga y desvalorización asociada. La discriminación, la dificultad de pertenecer socialmente hablando, la pérdida de estatus que ocasiona una enfermedad mental puede ser paralizante porque sus consecuencias son pérdidas en diferentes ámbitos de la vida, del sitio que se ocupaba y exclusión de lo social.

#### 7.2.4 La sociedad del bienestar y su ideal en salud

Los relatos de los participantes hacen referencia a la sociedad y a cómo en esta no se permiten rasgos de debilidad; hacen alusión a un *positivismo tóxico* que imposibilita el padecer, el expresar sufrimiento, malestar y dolor; estas expresiones, consideradas negativas, tienden a ser minimizadas e ignoradas, ya que el que padece solo “debe echarle ganas”. La siguiente narración reflexiona sobre el tema:

Yo siempre he dicho que estamos como en la época del bienestar, en la época de la manía, debes estar bien siempre. En la época que la gente no tolera cuando una persona no está bien, cuando una persona, digamos, está en un proceso de duelo, entonces, una persona pierde a un ser querido y quieren que en un mes ya salga del proceso de duelo, que en un mes ya se sienta bien, que en un mes vuelva a la rutina. Es como que la gente no sabe manejar y no tolera el malestar de las otras personas; como que hoy en día la gente no tuviera derecho a estar mal, a sentirse mal, entonces como eso me genera malestar a mí, te margino, te alejo. (Nohemi)

Se puede decir que no se tolera el dolor del otro, de esta manera, se hace referencia a *ideales de salud* prácticamente imposibles de cumplir, no se debe padecer porque “el bienestar está dentro de cada uno” y si se le buscara, las personas se sentirían mejor. De este modo, se tiende a culpar a la persona por su padecer, por la situación en la que se encuentra porque se cree que, si se quisiera, el malestar simplemente desaparecería. La enfermedad es considerada un signo de debilidad que no puede ser tolerado en una sociedad en la cual la autosuficiencia es gratamente premiada, por lo tanto, el enfermo es excluido como un tipo de paria que no merece el lugar que ocupaba.

En esta línea, los participantes narran que el sufrimiento ajeno incomoda, no se sabe qué hacer con él, se ha interiorizado el intenso comercial de esta sociedad tóxica que ha influenciado las creencias de las personas, en el que no se puede sentir ningún malestar porque la felicidad está en cada uno, y cada uno puede y debe ser feliz; una sociedad que primero exige el cumplimiento de sus ideales insanos, para posteriormente marginar a quien evidencia malestar; esta sociedad parece estar interesada en la producción, lo que pase el individuo no es importante, es completamente reemplazable; si un individuo es débil debe ser excluido, olvidado y reemplazado.

En esta línea, se tiende a disminuir la relevancia de los malestares y el dolor que estos pueden ocasionar. La búsqueda de ayuda es solo para trastornos graves (psicosis); de esta manera, la incomodidad, dolor y malestar que puede ocasionar una enfermedad mental menos grave es irrelevante. Así, *se normaliza vivir con el padecer*, el sobrellevar el sufrimiento y buscar en sí mismo la ayuda que se necesita. Es relevante pensar cómo esta ideología influye en las personas que padecen, pero no son capaces de expresarlo, en el afligimiento que debe ocasionar sufrir mientras se busca la cura dentro de sí mismo, sin encontrar respuesta.

No es solo la enfermedad mental, es la enfermedad, ya sea psíquica o somática, ninguna es bien vista en la sociedad, cualquiera que no cumpla con los estándares de normalidad será excluido; esto incluye personas con malformaciones, discapacidades físicas, cognitivas y enfermos mentales.

### ***7.2.5 La deshumanización de la salud***

El discurso de algunos participantes indicó que se deben tener en cuenta diversos factores que influyen en el acceso a los servicios de salud, entre estos resalta la falta de energía e internet que impide el acceso a multitud de campañas de salud, tanto física como mental, que se crean por medios de comunicación y redes sociales. Por otro lado, se manifestó que las explicaciones mágicas sobre la enfermedad mental, que se utilizan en algunas áreas rurales para dar sentido a malestares mentales, de alguna forma frenan la búsqueda de apoyo profesional. El siguiente relato comparte este punto de vista:

La forma en como yo concebía la enfermedad mental era muy parecida a la del resto de las personas, más porque vengo de una familia cristiana, entonces, la enfermedad mental es falta de fe o falta de oración, por no creer en Dios o son locos o son demonios, espíritus que poseen a esas personas y hacen que hagan ese tipo de cosas. (Carlos)

La falta de acceso en términos de salud mental hace referencia a la multitud de lugares, en el país, que no tienen acceso a servicios de salud y mucho menos a información confiable sobre padecimientos mentales; esto aunado a la pobreza, con la que además se asocia la aparición de padecimientos como el estrés, la ansiedad y la depresión. Se relata que nadie piensa en salud mental con el estómago y los bolsillos vacíos y con la incertidumbre frente a la supervivencia. En esta

línea, los participantes comprenden la salud mental en el país como precaria; el acceso a los servicios es visto como deficiente, ya que no suplen las necesidades de quienes los requieren, a esto se le suman las tardanzas en términos de atención, ya que las personas pueden pasar meses intentando pactar una cita y otros meses esperando que la fecha acordada llegue. El siguiente relato reflexiona sobre esto:

Principalmente en Colombia, empezando primero porque no hay un apoyo en estas instituciones que ayuden a estas personas que padecen esta enfermedad, entonces, generalmente las personas que padecen esta enfermedad las lidian los propios familiares, la familia tiene que estar trabajando. Una madre soltera que tenga varios hijos y digamos que uno de ellos tenga una enfermedad mental, entonces ella no puede hacerse cargo de cuidarlo porque va a estar trabajando; digamos que los hermanos todavía no tienen la suficiente capacidad para poder sobrellevar a esta persona o pueden estar estudiando o también trabajando; entonces principalmente por la negligencia del Estado, de ofrecer ayuda a estas personas, generalmente algunas pueden ir a la calle. (Luisa)

En esta línea, se relata que en ocasiones las familias suelen sobreproteger al miembro que padece, de la manera en la que se suele proteger a la persona que se considera imposibilitada para sobrevivir por sí misma, se protege a los niños, ancianos y a los enfermos; así, se hace alusión a la carga que trae consigo tener un familiar al que se debe cuidar y en torno al cual gira la dinámica familiar. De este modo, se manifiesta que esta situación se debe a que las instituciones gubernamentales que deben, de alguna forma, brindar ayuda no lo hacen, por lo tanto, la familia es el único soporte durante el padecimiento.

El desconocimiento general alrededor de las enfermedades mentales tiende a tener consecuencias negativas; estas consecuencias pueden ser observadas en la manera en la que se constituyó el sistema de salud del país, la atención brindada por las entidades prestadoras de este servicio y en la afectación de la calidad de vida de las personas que padecen una enfermedad mental y de las familias, que tienen a ser el soporte durante el malestar. El siguiente relato reflexiona al respecto:

Me parece que es algo que es estructural en todas las áreas, incluso en el área clínica también estamos viendo la manera en la que se procede, que me parece a mí no es la adecuada, incluso nos damos cuenta de que no tenemos una buena cultura en torno a lo que es salud mental, cuando es difícil acceder a una cita por psicología y cuando una cita de psicología dura 20 minutos, cuando todos sabemos que eso no es ético ¿Cómo vas con una persona y vas a durar en todas las consultas 20 minutos? y eso es súper rápido porque es que solamente te la pasas llenando papelería, porque ni siquiera miras al paciente a los ojos porque estas llenando documentos; cuando solamente te pagan es por estar recetando y por dar diagnósticos y a veces diagnósticos que la persona pues, ni siquiera tiene. (Amalia)

En contraposición a esto, también se identificó un aumento en el interés por la salud mental, se manifiesta que a esta se le está prestando más atención últimamente, ya que van en aumento los talleres sobre salud mental, líneas de atención de salud mental y que las personas, en estos momentos, son más abiertas sobre este tema; aunque falta mucho en materia de atención. En apariencia la salud mental es una moda para muchas personas y otros afirman que es el interés de los jóvenes lo que ha despertado esta nueva preocupación. El relato a continuación menciona esto:

Yo creo que es un poco por las formas de educación de las nuevas generaciones porque nos hemos dado cuenta que, en serio, el dinero es importante pero el sistema en el que estamos nos consume tanto, que consume el sujeto dejando un mero objeto, un mero objeto carente de alma, entonces es algo que yo creo que nos ha preocupado a todos, de pronto como que es un temor, pienso, que se haya vuelto más como una moda, sin embargo, quiero creer que se trata más de la conciencia y de las posibilidades que hay hoy en día, al acceso a procesos psicológicos o psiquiátricos. (Carlos)

Se puede decir que una amplia parte de la población colombiana no puede permitirse el acceso en términos de salud mental; esta población es cada vez más pobre, el acceso a la educación es precario, cada nuevo informe evidencia cómo la informalidad laboral crece a pasos agigantados, las personas están ocupadas pensando en sobrevivir, alimentar a sus familias, pagar deudas; del mismo modo, el sistema de salud cada vez se ve más empobrecido, sin abastecimiento, sin inversión y sin citas, menos para algo que no es considerado de vital importancia como la salud

mental. El desconocimiento en términos de salud mental se ha visto expresado en dramatizaciones sin sentido de medios de comunicación, que en lugar de concientizar empeoran el estigma hacia las enfermedades mentales; así, en miras de este tétrico panorama, pedirle a una persona que busque ayuda en medio de esta situación es triste, es triste pensar que la salud tanto física como mental se ha convertido en un bien de mercado, en un claro “¿lo puedes pagar?”

No se puede decir que solamente la salud mental es olvidada en Colombia, todo el sistema de salud se encuentra en aparente colapso ante la mirada indiferente de los entes gubernamentales, así, es de interés mencionar que, ante este colapso, la salud mental ha quedado por fuera de las necesidades relevantes a mantener. El acceso a un profesional de la salud mental se puede convertir en un paseo desgastante que culminará en una entrevista de aproximadamente 20 minutos con un profesional escribiendo síntomas, sin la posibilidad de profundizar, pensando en qué diagnosticar; esto al mejor estilo de un caso clínico propuesto para una curso de psicopatología, el sujeto no está presente, solo hay unos síntomas y la tarea es identificar dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) qué nombre darle a ese conjunto de síntomas. Al final de este proceso se tendrá el diagnóstico, posiblemente medicación y una cita de revisión en los próximos tres o seis meses, esto se muestra como una *deshumanización del sistema de salud*, un sistema que debería ser el encargado de proporcionar bienestar.

### ***7.2.6 Necesidades del padecer***

Conforme con los relatos de los participantes, el tratamiento de la enfermedad mental debe ser interdisciplinario; sin embargo, se hace mención que en primer lugar está el psicólogo y posteriormente al psiquiatra, ya que “*la psicología no lo puede resolver todo, están otras áreas*” (*Juliana*), esto se refleja en el siguiente relato:

Inicialmente creería que lo principal es buscar primero ayuda psicológica, que el psicólogo lo que va a hacer es brindarte unas herramientas con las que, posiblemente, puedas tratar de afrontar todas esas problemáticas que estás teniendo en ese momento de tu vida particular, y si eso no funciona, ya ahí creería que es importante el tratamiento psiquiátrico. (Amador)

Se resalta que la sociedad debe empezar a hacer el esfuerzo de comprender e intentar apoyar al que padece, también, reconoce la importancia de la atención apropiada, un lugar seguro en el que se pueda hablar y se escuche el dolor del padecer, asimismo, se manifestó la importancia del profesional en psicología, medicación de ser necesario, tratamiento y terapia apropiada. También se reconoce que la personalidad, los recursos de afrontamiento y la cultura son características a tener en cuenta en el tratamiento. Se expresa que el tratamiento no suele darse de forma rápida como muchas personas desean, se menciona que este toma tiempo en dar resultados cosa que suele incomodar a las personas.

De manera análoga, a pesar de que la mayoría de los participantes reconoció la importancia de la medicación durante el tratamiento de un padecimiento mental, se considera que a veces los efectos secundarios son difíciles de afrontar (como dormir durante todo el día, y pérdida del apetito y funciones sexuales), lo que elimina la posibilidad de llevar a cabo una vida normal, además se hace referencia a la consideración de que no siempre callar el síntoma es lo apropiado, es por esto que se le da importancia a la terapia, ya que en esta se busca el origen del síntoma y mediante este se ayuda a disminuir el nivel de angustia que este puede causar. La narración de la siguiente participante permite vislumbrar esta situación:

A nivel general yo siento que se necesita obviamente, la compañía, las redes de apoyo suelen ser muy beneficiosas para todo, el adecuado tratamiento porque si bien hay unas, siento que la medicación quiere tapar todo con medicamentos, pero se deja lo emocional por fuera, creo que es la terapia, en concordancia con una medicación adecuada, no una que te vaya a ti a poner como un zombi, te vaya a dejar dormir todo el día, hay personas que no quieren tomar la medicación precisamente por eso, eso le impide hacer muchas otras cosas y trae muchos efectos secundarios, que también le afectan mucho a nivel personal, social o en las relaciones de pareja por ejemplo, porque hay unas que son como, sobre todo en lo psicótico que son como un freno, entonces, impiden incluso que haya una erección y eso afecta mucho, o sea, que un medicamento a uno le afecte la parte sexual, eso esta jodido, uno no lo va a querer tomar. (Natalia)

Asimismo, los relatos de los participantes tienden a resaltar al otro como una de las necesidades para tener en cuenta durante un padecimiento mental, la compañía, el respeto, la

aceptación, el apoyo (familiar, social, profesional), la escucha, las redes de apoyo fuertes y las personas tolerantes, fueron descritas como las necesidades más relevantes. Se puede afirmar que, así como el otro puede, de alguna forma, enfermar, también puede ayudar a sanar con su compañía.

Del mismo modo, se manifestó la necesidad de concientizar, informar e impulsar la comprensión y empatía hacia las enfermedades y la salud mental además de que se proporcione un lugar de relevancia a la salud mental, así como el que ocupa la salud física.

### ***7.2.6 Confrontación entre el sentido común y la ciencia***

Conforme a los relatos de los participantes la formación académica ha influido de manera determinante en la visión de la enfermedad mental, ya que esta les ha brindado una mirada más humana del mundo. Es de común acuerdo que la carrera ha influido en la modificación de las creencias que tenían sobre las enfermedades mentales; la formación les brindó la posibilidad de comprender mejor al otro, de generar empatía; confrontó creencias, soportadas en el sentido común, sobre los padecimientos, con conocimiento teórico-científico. En este sentido, se reconoce que antes se juzgaba de alguna manera al enfermo, pero que en estos momentos las actitudes son más comprensivas; las narraciones hacen pensar que la educación sobre la salud mental es un aliado fundamental para combatir el estigma y el prejuicio prevalente ante los padecimientos mentales. El siguiente relato profundiza en esto:

La formación académica brinda pues como una especie en expansión a la visión que uno tiene del mundo, y cuando uno comienza a estudiar psicología ya no dice cosas como que <ay tiene como psicosis> porque uno ya sabe que psicosis se refiere a otro tipo de cosas, o sea es como conocer los conceptos, dejar de utilizarlos de manera tan cotidiana. Creo que en alguna vez de mi vida no tuve que haber hecho como que < ay soy tan bipolar> por allá en la adolescencia, y llegar por ejemplo acá a la academia y saber verdaderamente qué es la bipolaridad y ese tipo de cosas; pues como encontrarse con la teoría, encontrarse con los conceptos, encontrarse con claridades sobre cosas que antes se hablaban de manera como muy fresca. (Juliana)

Es relevante señalar que los relatos tienden a mencionar características muy importantes para el ser humano como la empatía, la asertividad; se reconoce que la carrera está moldeando futuros profesionales en contacto con su humanidad, algo a tener en cuenta en esta carrera que se fundamenta como una ciencia social, pero sobre todo humana. El programa de psicología es visto como una carrera que ayuda a comprender a otro en su padecer, lo que ayuda a comprender que las enfermedades mentales son comunes y que la posibilidad de manifestar una es real, a esto hace referencia el siguiente relato: “Todos somos susceptibles a tener alguna enfermedad mental, dependiendo de las condiciones a las que nos enfrentemos y de la forma en la que interpretemos esas situaciones, todos podemos desbordarnos, todos podemos vernos vulnerables frente a algo”. (Amador)

Del mismo modo, se hace notar, desde sus perspectivas, cuáles son las funciones del psicólogo, estas van desde brindar herramientas para el afrontamiento de problemáticas que se presentan en el transcurso de la vida, hasta funciones políticas. El siguiente relato amplía esta idea:

La psicología se ha convertido como una ciencia subversiva, porque se trata de poner en dialéctica como todo, como estas cosas que surgen y que se necesitan ¿A qué me refiero? a que nuestra labor, por ejemplo, es, si no lo hay, generar esos espacios de diálogo en el que pensemos o en el que ayudemos a otros a comprender, a flexionar, a sensibilizar de que <ey, sí se necesita pensar en el dolor mental como algo serio> Digamos que es algo subversivo porque nuestros sistemas económicos que es a lo que responde básicamente todo hoy en día, la educación, la salud mental, política, todo básicamente, no le es como útil servicios que no le devuelvan y retribuyan, pero es que es necesario pensar en el sujeto y la salud mental como derechos básicos también. Estamos hablando de salud, de bienestar integral, entonces el algo súper necesario el papel del psicólogo, el papel del profesional de la salud mental, en cultivar y gestionar sus espacios no solo en esferas políticas, sino incluso en esferas sociales en donde se hable sin tabúes, sin mitos, sin tapujos, de la necesidad que hay de bienestar mental. (Carlos)

Por otra parte, los relatos de los participantes reconocen a *la psicología* como una ciencia estigmatizada, la cual tiende a ser minimizada y a estar rodeada de prejuicios, como que “el psicólogo es para locos”; de la misma manera, consideran que de los profesionales de esta área se

espera perfección, por tanto, los participantes creen que se tiende a deshumanizar al profesional: “y eso que es psicóloga”. (Amalia)

Así, se vislumbra que *todo lo que se asocie con la enfermedad mental es estigmatizado*; tanto el que padece como el que lo guía en un mejoramiento de su padecer, son percibidos de forma negativa; todo estudiante o profesional en alguna área de la salud mental, en algún momento, ha escuchado las asociaciones entre estar loco e ir al psicólogo. Esto llega hasta el punto de decir que “los psicólogos están locos”, por lo tanto, comprender al que padece está mal visto; así, se crea un tipo de relación vincular en la cual si alguien se reúne con “el loco” debe parecerse a él.

Cabe señalar que, en los relatos de algunos participantes, se evidencia cierta adherencia a estereotipos y estigma asociados a la enfermedad mental. Esto es considerado de importancia, ya que a pesar de que anteriormente se mencionó que la carrera de alguna forma ha ayudado a reducir algunas percepciones poco apoyadas por la ciencia, en el discurso de varios participantes sale a relucir todavía cierto estigma, no se puede olvidar la dificultad que supone la deconstrucción de estigmas y estereotipos sobre este tema en específico.

## 8 Discusión

Las indagaciones por las RS, especialmente en el enfoque escogido, tienden a dar resultados de gran riqueza. Los resultados de este estudio exploratorio estuvieron en sintonía con investigaciones anteriormente realizadas.

Conforme con la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM, 2015), las situaciones de violencia, maltrato, desplazamiento, influyen en gran medida en la presencia de malestares mentales. No hay que obviar en ningún momento el entorno de violencia y las vergonzosas cifras en términos de desplazamiento en el país, esto aunado al conflicto armado interno que ha estado presente por más de medio siglo, lo que ha dejado una huella en la sociedad colombiana y un precio muy alto por pagar en términos de salud. Los traumas y las violaciones en términos de derechos han dejado una sociedad seriamente afectada.

Los hallazgos evidenciaron que en las representaciones sociales de la enfermedad mental se identifican algunos determinantes sociales en salud mental como lo es la pobreza. Estos determinantes son claramente reconocidos por autores como Henao et al. (2009) y Mora y Bautista (2014), quienes plantean que los padecimientos y la responsabilidad del padecer no responden en muchas ocasiones a lo que una persona puede o no hacer, ya que las condiciones de pobreza e imposibilidad de acceso a servicios de salud se escapan de sus manos. Colombia es en un país aparentemente incapaz de suplir las necesidades en términos de salud; no obstante, estos estados de salud-enfermedad, claramente influenciados por el contexto, son gravemente ignorados sin ningún tipo de contemplación.

Se reconoce el olvido, la falta de información e inversión y el estigma hacia el padecimiento, también identificados por Palacio (2018), Rojas et al. (2018) y Hernández y Sanmartín (2018), como aspectos relevantes en salud mental. Es del conocimiento común que la atención en salud en el país no es la mejor y el descontento con esta es cada vez más marcado; el olvido y estigma en el que se tiene a la enfermedad mental puede ser explicado por el desconocimiento, no se sabe qué hacer con quien padece y no se comprende lo que este está pasando, así que simplemente se ignora y se aparta al enfermo.

Goffman (2006) hace referencia al estigma como una marca desacreditadora y a cómo esta trae consigo la exclusión del ámbito social y expone a los sujetos estigmatizados al menosprecio.

Esta persona estigmatizada puede ser reconocida por los demás como no humana, por lo que su eliminación del ámbito social no representa ningún problema, al ser distinta a aquellos que se consideran normales o sin marca. El ser humano se rige bajo las categorías sociales que dictan qué características pertenecen a las personas para lograr clasificarlas y, de esta forma, crear una imagen de lo que puede hacer o esperar de esta, y relacionarse con los que sí pertenecen a la categoría propia. Esta conducta puede tener bases biológicas-adaptativas.

Puede pensarse que uno de los hallazgos más relevantes de este estudio son las relaciones sociales de las personas con padecimientos mentales, como elementos constitutivos de las representaciones sociales analizadas. Estas personas son estigmatizadas y discriminadas en áreas sociales. A propósito, autores como Mora y Bautista (2014) comentan cómo estos sujetos son rechazados por sus padecimientos, y las investigaciones de Castro (2005), Magallares (2011) y Mayascano et al. (2015), reconocen que los medios de comunicación han influido en la asociación del enfermo mental con peligro; además, se ha identificado el estigma en prácticamente todos los aspectos de la vida. Muchas personas no permiten que el que padece se les acerque de alguna forma; así, son de suponer las complicaciones asociadas a tener una relación afectiva-amorosa con otro. Sáez et al. (2018) confirma que la socialización y el rechazo sexual en alguien con un padecimiento no es poco frecuente, este mismo autor hace referencia a la conversión del sujeto en el padecimiento, quien pierde su posición y su nombre al ser etiquetado con el de su enfermedad.

Por otra parte, Vicente et al. (2005) hacen referencia al miedo al diagnóstico también identificado en esta investigación. Las personas sienten que la enfermedad mental es un atributo que trae consigo una infinidad de asociaciones negativas, por lo que no quieren estar ubicados en esa posición. Esto puede generar que, por el temor a estar enfermo, se evite buscar ayuda profesional así se experimente malestar.

También se hace referencia a la confrontación entre el sentido común y lo aprendido en la académica. Medina et al. (2018), Calvo (2018) y Vicente (2019), confirman que el acceso a información adecuada y responsable ayuda a disminuir el estigma que existe hacia la enfermedad mental. En este trabajo investigativo se identificó que los estudiantes a pesar de que sus relatos fueron cuidadosos y respetuosos, todavía evidencian cierto estigma, algo que es de esperarse, ya que las representaciones sociales no son nada fáciles de modificar y menos en un tema de esta índole.

## 9 Conclusión

Las indagaciones de este proyecto investigativo se dieron con el objetivo de reconocer las representaciones sociales de la enfermedad mental, construidas por estudiantes del programa de psicología de una universidad en el municipio de Apartadó. Siguiendo los resultados de la primera fase se puede concluir que las representaciones sociales de estos estudiantes no son del todo estigmatizantes, pero todavía se encuentran presentes estereotipos y estigma.

Los estudiantes empezaron identificando y definiendo lo que es la enfermedad mental, la cual es vista como un trastorno. Se hace mención de los trastornos más frecuentes estadísticamente hablando, que son la ansiedad y la depresión, y posteriormente hicieron referencia al posible origen del padecimiento; tanto en la primera como la segunda fase, se identificó el papel casi determinante del entorno y cómo los traumas ocasionados por este pueden generar padecer. De este modo, se puede decir que el núcleo central de la representación social, hipotéticamente está planteado en términos del conocimiento académico adquirido durante el pregrado.

En esta línea, los elementos periféricos evidencian cómo se puede entrelazar el sentido común con el conocimiento académico, se hace mención al miedo, el malestar que ocasiona la enfermedad mental, tanto a quien la padece como a quien se encuentra en el entorno, así, a pesar de que, en gran medida, los participantes intentan expresarse de forma académica hacia la enfermedad mental, todavía existe el relacionamiento de esta con características negativas como la locura, el loco, discapacidad e incapacidad; esto permite decir que es más que complicado sobreponerse a las representaciones sociales. Esto es algo para tener en cuenta, ya que, en la segunda fase, la fase con la que se pretendía profundizar en las representaciones sociales, ellos reconocieron que la vida académica les ha ayudado a minimizar los estigmas y creencias negativas hacia quienes padecen una enfermedad mental; sin embargo, también hacen mención de la complicación de esta tarea que requiere un proceso de trabajo interno. Es de relevancia profundizar en las características individuales de esta tarea, pues parece ser que la carrera por sí sola no hace el trabajo, sino que el estudiante debe hacer un proceso de introspección y querer trabajar en esas creencias soportadas por el sentido común. con base en esto y en la información recolectada, se puede afirmar que la carrera es más que determinante en el inicio de esta profundización en el aprendizaje social, pero también se resalta que hay estudiantes más avanzados en su proceso formativo que otros y, aunque en un primer momento se llegó a pensar que esta profundización y

cuestionamiento de estereotipos sociales era debido al semestre académico en el que se encontraban, la atenta observación a esta información ha permitido develar que esta no era la razón.

La segunda fase, que fue mucho más rica en términos conceptuales, dio lugar a la explicación del estigma y al abordaje de las consecuencias de este en la vida, tanto de quienes padecen una enfermedad mental como de quienes no. Esta percepción negativa socialmente establecida causa estragos en la vida; el que padece se puede llegar a sentir marginado, cohibido, como recipiente de todas las características negativas asociadas al padecimiento; por otro lado, el que no es diagnosticado, pero siente algún malestar, se puede ver limitado para buscar ayuda profesional, ya que esta es vista como orientada para los que están locos o tienen un padecimiento grave como la esquizofrenia

La identificación de la sociedad como una de las fuentes principales de malestar, sus ideales en términos de salud, en ocasiones imposibles de conseguir, generan que la persona siente la necesidad de ocultar su padecimiento. Nadie quiere padecer una enfermedad mental, nadie quiere ser objeto del miedo, lástima, exclusión y muchos menos de culpabilización; el desconocimiento y la falta de interés en esta área es preocupante, algunas personas tienden a tener el conocimiento del sentido común como inmodificable, inamovible, no se puede cuestionar y mucho menos cambiar.

En esta misma línea, los medios de comunicación, las películas y series, se consideran relevantes en la prevalencia de estos sesgos, estos tienden a reproducir estigmas y asociaciones negativas, el drama, la sangre, violencia y asesinatos con los que se tienen a asociar a los padecimientos mentales solo reproduce ese desconocimiento, el miedo y la necesidad de excluir. Muchos medios no se responsabilizan por la información que producen, no saben o no les interesa lo que sus producciones puedan ocasionar.

## **10 Limitaciones**

Esta investigación, realizada a través de entrevistas mediadas tecnológicamente, se pudo beneficiar del uso de una metodología presencial, la cual permitiría profundizar de manera más apropiada y directa en el tema de interés. En el caso de la primera fase, la presencialidad y el estar frente al otro, podría proporcionar resultados más propios de asociación libre, ya que su fundamento principal es decir lo primero que se manifieste en el pensamiento, pero debido a la metodología remota los participantes pudieron tomarse el tiempo de pensar y consultar, a pesar del consejo de no hacerlo. En esta línea, las entrevistas realizadas de forma presencial habrían permitido observar el lenguaje corporal, lo que posibilita complementar las afirmaciones de los participantes.

También, se considera una limitación importante la escasa participación de los estudiantes; el acceso a estos fue difícil y la participación fue mínima, sobre todo en la segunda fase del estudio.

## **11 Recomendaciones**

Es recomendable la indagación por la enfermedad desde una perspectiva procesual. Se ha logrado conceptualizar la presencia de un estigma y asociaciones negativas fuertemente constituidas y reconocidas por todas personas pertenecientes a la sociedad, en este punto, la profundización en este aspecto es más que relevante. En este sentido, sería relevante profundizar en la influencia de los medios de comunicación en el estigma persistente hacia la enfermedad mental.

## Referencias

- Abric, J. C. (2001). Prácticas sociales y representaciones. *Mexico*, 227.
- Araya, S. (2002). Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. *Cuaderno de Ciencias Sociales*, 127, 1–84.
- Banchs, M. A. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Paer Reviewed Online Journal*, 9, 3.1-3.15.
- Betancur, C., & Restrepo, D. A. (2016). Representaciones sociales sobre salud mental construidas por profesionales en la ciudad de Medellín: un enfoque procesual. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(2), 5–14. <https://doi.org/10.18270/chps.v16i2.1973>
- Calvo, J. S. (2018). Estigma de los profesionales de enfermería de salud mental hacia las personas con trastorno mental grave. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 7(1), 4–21. <http://doi.org/10.35761/reesme.2019.7.02>
- Castro, S. E; & de Vicente, A. (2019). La Atribución Causal y las Creencias sobre los Trastornos Mentales en Población General y Psicólogos. Un Estudio Exploratorio. *Clinica y Salud*, 29(2), 81–90.
- Castro, H. M. (2005). Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermillo Valdizan*, VI(Nº1), 33–42.
- Congreso de la república de Colombia. (2013). *Ley 1616 de 2013*. Artículo 3: Salud Mental. <https://acortar.link/Hg7qMHI>
- Congreso de la República de Colombia. (2006). Ley 1090 DE 2006. *Diario Oficial*, 2006(46383), 1–27.
- Flament, C. (2001). Estructura, dinámica y transformación de las representaciones sociales. In *Prácticas sociales y representaciones*. (pp. 33–52).
- Gil, H., Winter, M., Leon, P., & Navarrete, E. (2016). El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. *Norte de Salud Mental*, XIV(55), 103–111.
- Goffman, E. (2006). *Estigma La Identidad Deteriorada*. (p. 85).
- Henao, S., Restrepo, V., Alzate, A. F., & González, C. M. (2009). Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia , 2004-2006. *Facultad Nacional de Salud Publica*, 27(3), 271–281.

- Herazo, E. (2014). La salud mental ante la fragmentación de la salud en Colombia : entre el posicionamiento en la agenda pública y la recomposición del concepto de salud Mental. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 21–27.
- Hernández, D. M., & Sanmartín, C. F. (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Gerencia y Políticas de Salud*, 17, 35.
- Hernández, R; Fernández, C., & Baptista, M. (2003). *Metodología de la investigación*.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In *Psicología social II* (pp. 469–494).
- Magallares, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales : discriminación y exclusión social. *Revista Quaderns de Psicologia*, 13(2), 7–17.
- Mayascano, F., Lips, W., Mena, C., & Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales : características e intervenciones salud mental. *Salud Mental*, 38(1), 53–58.
- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M., & Quintero, M. F. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología Desde El Caribe*, 0(0), 83–112.
- Medina, Y., Martínez, C., Morales, L., & Olarte, P. (2018). Las actitudes del alumnado universitario frente a las personas con trastorno mental. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3, 208–220. <https://acortar.link/qCIo2i>
- Ministerio de la Protección Social. (2003). Estudio nacional de salud mental. *Ministerio de La Protección Social*, 57.
- Ministerio de salud., & Colciencias. (2015). *Encuesta nacional de Salud Mental*.
- Ministerio de salud. (2012). Resolución número 8430 de 1993. *Ministerio de Salud.*, 32(4), 471–473. <https://acortar.link/QOT2C>
- Ministerio de salud. (2018). *Boletín de salud mental: Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio*.
- Mondragon, L. (2007). Ética de la investigación psicosocial. *Medigraphic Artemisa*, 30(6), 25–31.
- Mora, J., & Bautista, N. (2014). Estigma estructural , género e interseccionalidad . Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental*, 37(4), 303–312.
- Moscovici, S. (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público. *Papers on Social Representations: Electronic Version*, 4(2), 363.

- Moscovici, S. (2019). *On Social Representations. October 1981*.
- Navarro, O., & Gaviria, M. (2009). Representaciones Sociales del habitante de la calle. *Universitas Psychologica*, 9(2), 345–355. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n2/v9n2a04.pdf>
- Navarro, O. (2004). Representación social del agua y de sus usos Psicología. *Psicología Desde El Caribe*, 16.
- Navarro, O. (2008). Representación social de la evaluación en estudiantes universitarios. *Revista Educación y Pedagogía*, 20(50), 141–153.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Invertir en salud mental. *Catalogación Por La Biblioteca de La OMS*, 52. <https://doi.org/10.52379/mcs.v1i3.34>
- Organización Mundial de la Salud. (2020a). *Depresión*. <https://acortar.link/8TSsT>
- Organización Mundial de la Salud. (2020b). *Día Mundial de la Salud Mental: una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en salud mental*. Comunicado de Prensa-Ginebra. <https://acortar.link/jJZfU1>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Los trastornos mentales afectan a una de cada cuatro personas*. 4.
- Palacio, C. A. (2018). Situación de salud mental en Colombia. *International Journal of Psychological Research*, 11(2), 6–7. <https://doi.org/10.21500/20112084.3712>
- Restrepo, D. A., & Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202–211.
- Restrepo, D. A. (2013). La Teoría Fundamentada como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales. *CES Psicología*, 6(1), 122–133. <https://doi.org/10.21615/2579>
- Rojas, L. A., Castaño, G. A., & Restrepo, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Ces Medicina*, 32(2), 129–140.
- Rouquette, M. (2011). ¿Que hay de social en las Representaciones sociales? *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, Vol.3(Nº1), 95–101.
- Sáez, E. J., Burguete, M. D., Martínez, J. R., & Moreno, F. D. (2018). Estigma social percibido y estrategias de afrontamiento en personas con enfermedad mental. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 5, 15–20. <https://doi.org/10.35761/reesme.2018.5.03>
- Vicente, B., Kohn, R., Saldivia, S., Rioseco, P., & Torres, S. (2005). Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental, en Chile. *Revista Panamericana de Salud*

*Pública*, 18(4–5), 263–270. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892005000900006>

Vicerrectoría de Investigación. (2015). *Código de ética en investigación de la Universidad de Antioquia* (Vol. 3, Issue 52, pp. 103–111).

Villarreal, G. E. (2007). Las representaciones sociales : una nueva relación entre el individuo y la sociedad. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 17(49), 434–454.

## Anexo

### Anexo 1. Primera fase: asociación libre

Proyecto de investigación "Representaciones sociales de la enfermedad r ☆

Preguntas Respuestas 45 Configuración

Enviar

Proyecto de investigación:  
"Representaciones sociales de la enfermedad mental construidas por estudiantes de psicología de una universidad del municipio de Apartadó-Antioquia"

Mi nombre es Wendy Machado, curso el IX semestre del pregrado en Psicología en la Universidad de Antioquia seccional Apartadó. Para la culminación de este proceso académico me encuentro realizando un proyecto que tiene por objetivo identificar las representaciones sociales de la enfermedad mental por parte de estudiantes de psicología de una universidad en el municipio de Apartadó-Antioquia.

La participación en esta indagación es completamente voluntaria y no se le realizarán retribuciones de ningún tipo a quienes decidan participar. Es de importancia aclarar que los datos aquí proporcionados serán utilizados únicamente con fines académicos y son totalmente confidenciales, a estos solo tendrán acceso la investigadora y su asesora. El estudiante participante puede tener acceso a la información recolectada una vez esta se encuentre consolidada y analizada, y no se proporcionarán informes personales.

El plan de recolección de información diseñado se llevará a cabo mediante dos fases, la primera está dividida en dos momentos: el primero se realizará mediante esta encuesta, cuyo diligenciamiento puede tardar aproximadamente 5 minutos, para la cual el participante solo debe seguir las instrucciones dadas a continuación; para el segundo momento de esta fase se les enviará a los participantes otra encuesta en la que deberán dedicar aproximadamente otros 5 minutos. La segunda fase se dará mediante una conversación llevada a cabo de manera virtual.

Para participar el estudiante debe estar cursando el pregrado en Psicología en la Universidad de Antioquia.

Ante cualquier duda sobre este proyecto, puede contactarse conmigo al correo: wendy.machado@udea.edu.co

Dado lo anterior, autorizo y manifiesto mi intención de participar en la investigación anteriormente descrita. \*

Acepto

Confirmo pertenecer al pregrado de Psicología en la Ciudadela Educativa \*

Sí

No

Edad \*

Texto de respuesta corta

Género \*

Femenino

Masculino

Otra...

docs.google.com/forms/d/1ayngprOKeZMgpTVj5EicbVwmRaawUrbIVTPuDisuSx8/edit

Proyecto de investigación "Representaciones sociales de la enfermedad r

Preguntas Respuestas 43 Configuración

Municipio de residencia \*

Texto de respuesta corta

Semestre académico \*

Texto de respuesta corta

Correo institucional \*

Texto de respuesta corta

Después de la sección 1 Ir a la siguiente sección

Proyecto de investigación "Representaciones sociales de la enfermedad r

Preguntas Respuestas 43 Configuración

Sección 2 de 3

Para la siguiente sección por favor no utilice ningún tipo de ayuda tecnológica, responda acuerde con lo que considere.

Descripción (opcional)

Por favor, ingresar las palabras o términos que hacen presencia en su memoria cuando escucha el término "Enfermedad mental". Limite sus respuestas a terminos concisos.

Descripción (opcional)

Termino 1 \*

Texto de respuesta corta

Termino 2 \*

Texto de respuesta corta

Proyecto de investigación "Representaciones sociales de la enfermedad r

Preguntas Respuestas 43 Configuración

Termino 3 \*

Texto de respuesta corta

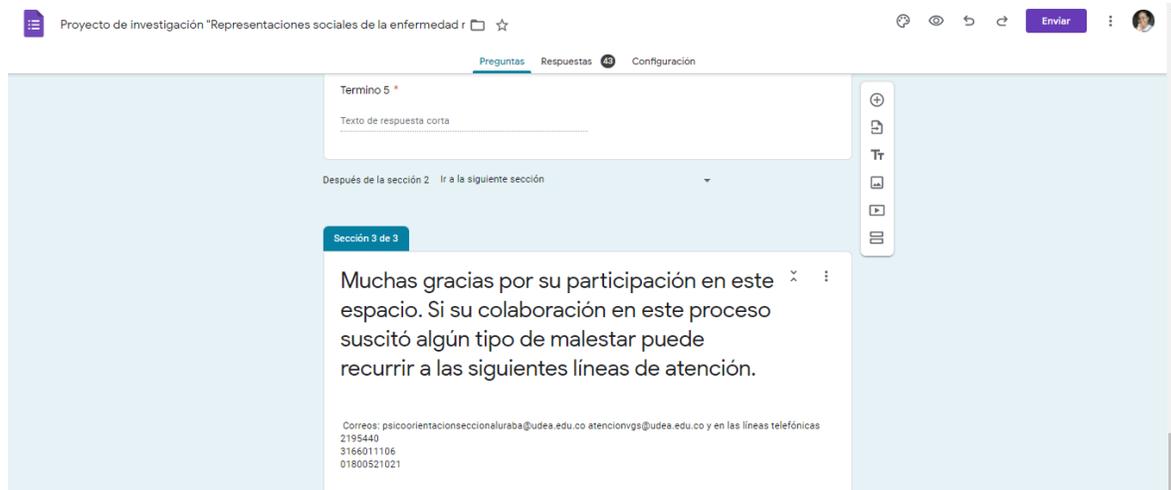
Termino 4 \*

Texto de respuesta corta

Termino 5 \*

Texto de respuesta corta

Después de la sección 2 Ir a la siguiente sección



## Anexo 2. Guía inicial de entrevista

1. Para ti, ¿qué es la enfermedad mental?
2. ¿Cuáles son los signos que hacen pensar que una persona tiene una enfermedad mental?
3. Desde tu perspectiva, ¿cuáles son las causas de la enfermedad mental?
4. ¿Cuáles son los efectos de la enfermedad mental?
5. Desde la perspectiva de algunos, la enfermedad mental está asociada a disfuncionalidad o anormalidad, ¿qué piensas de esto?
6. ¿Cuáles son las características de una persona que tiene una enfermedad mental? ¿Cómo se define esa persona?
7. ¿Qué opinas de los tratamientos dados a la enfermedad mental?
8. ¿Cuál es el lugar que, socialmente, se le da a las personas con enfermedad mental?
9. Desde tu perspectiva, ¿qué papel tiene la formación como psicólogo en la forma como concibes hoy la enfermedad mental?

### Anexo 3. Consentimiento informado segunda fase. Grabación de entrevistas

