



**Representaciones Sociales sobre enfermedad mental en tres estudiantes de psicología
de octavo semestre jornada nocturna, de la Corporación Universitaria Minuto de
Dios- Seccional Bello 2015-2.**

Proyecto de investigación para optar al título de Psicólogo

Alex José Durán Álvarez

Blanca Nubia Orozco Giraldo

Conrado Antonio Cano Arenas

Asesora:

Catalina Suárez Melo

Psicóloga aspirante a Doctora en psicología de la universidad de Salamanca

Facultad Ciencias Humanas y Sociales

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Seccional Bello -Antioquia

2015-2

Dedicatoria

A Dios por ser nuestra fortaleza.

A nuestros asesores Catalina Suárez Melo y Yomar de Jesús Ossa Henao por su compañía y compromiso con esta investigación.

A nuestras familias, amigos, docentes y demás personas que de alguna manera contribuyeron en la consecución de esta meta.

“Lo que el mundo llama genio es el estado de enfermedad mental que nace del predominio indebido de algunas de las facultades. Las obras de tales genios no son sanas en sí mismas, y reflejan siempre la demencia mental general.” Edgar Allan Poe.

Tabla de Contenido

1. Introducción.....	6
2. Justificación.....	8
3. Planteamiento del problema	10
3.1. Antecedentes de investigación	13
4. Objetivos.....	18
4.1. General	18
4.2. Específicos	18
5. Referente Conceptual	19
5.1. Una breve mirada histórica de la enfermedad mental	19
5.2. Miradas diversas sobre la Enfermedad Mental	22
5.2.1. Concepción Psiquiátrica.....	22
5.2.2. Concepción Jurídica.....	24
5.2.3. Concepción psicológica	28
5.3. Representaciones Sociales.....	33
6. Metodología.....	39
6.1. Diseño metodológico.....	39
6.1.1. Criterios de selección de las tres unidades de análisis.....	41
6.1.2. Estrategias de recolección de información	41
6.1.2.1. Entrevista semiestructurada.....	41
6.2. Categorías de análisis	45
6.3. Proceso metodológico.....	46
7. Análisis de resultados	47
7.1. Estereotipos - Representación Social - Imagen del Enfermo Mental.....	47
7.2. Religión – Representación Social – Enfermedad Mental.....	50
7.3. Representación Social – Enfermedad Mental – Persona Peligrosa.....	53

7.4.	Relatos individuales – representación social- enfermedad mental.....	55
7.5.	Familia –representación social – enfermedad mental	57
7.6.	Academia – Representación social - Enfermedad Mental	60
7.7.	Enfermedad mental – Estado – Representación Social.....	64
8.	Conclusiones.....	68
9.	Anexos	70
1.	Bibliografía.....	76

Resumen

Esta investigación indaga por las representaciones sociales sobre enfermedad mental presentes en tres estudiantes de psicología de octavo semestre jornada nocturna, de la Corporación Universitaria Minuto de Dios- Seccional Bello 2015-2. Se utilizó una entrevista semiestructurada para explorar por la influencia de los discursos religioso, académico, social y familiar en las representaciones.

La investigación encontró que existen representaciones sociales que se transforman en el tiempo por medio de la adquisición de conocimientos y las experiencias de vidas, sin embargo existen algunas representaciones que aunque son permeadas por los diferentes discursos conservan su esencia.

1. Introducción

Cuando se habla de las representaciones sociales (RS)¹ sobre la enfermedad mental (EM)² en estudiantes de psicología es preponderante reconocer la RS como el sentido y significado que los sujetos dan a la realidad para explicarla; asociada dicha explicación a los estereotipos construidos socialmente que se caracterizan por la asignación de facultades que contrastan, por ejemplo lo “normal” y lo “anormal”, lo “bueno” y lo “malo”, lo “sano” y lo “enfermo” etcétera.

Sobre ésta última la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) define que la salud mental es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, en ese sentido sugiere que la enfermedad mental surge cuando la interacción de los ámbitos mencionados (físico, mental y social) se ve afectada de manera tal que impida la relación adecuada del individuo con el medio que lo rodea. Sobre esto, Winnicott citado por Kremer, (2011) indica que “en los asuntos humanos nada es incuestionablemente definido y ¿quién puede decir dónde termina la salud y dónde comienza la enfermedad?” (p.412), lo cual expone que la vecindad entre los términos de salud mental y EM generan ambivalencia en su uso y conceptualización.

Por otra parte las representaciones sociales han de intervenir en la forma como se lleva a cabo una intervención terapéutica, ya que dan pie a la subjetividad tanto en el proceso diagnóstico como intervenido. De ahí la importancia de esta investigación, pues brinda herramientas para reflexionar sobre la EM y las concepciones, ideas o imaginarios de los

¹Nota al pie: en esta investigación se utilizara RS para referirse a las Representaciones Sociales.

²Nota al pie: en esta investigación se utilizara EM para referirse a la Enfermedad Mental.

psicólogos en formación. El lector encontrará el problema a trabajar, el cual contiene elementos tales como el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación.

Continuamente se identifican los diferentes planteamientos teóricos en torno a los conceptos relacionados con las representaciones sociales, construcciones sociales e individuales, una aproximación histórica al concepto de enfermedad mental y el abordaje de la enfermedad mental desde las representaciones sociales.

Se plantea el diseño metodológico, resaltando que se trata de una investigación de enfoque cualitativo de tipo fenomenológico, en donde se emplea una entrevista semiestructurada como instrumento para obtener los datos que posibiliten a través de los resultados obtenidos, dar a conocer las conclusiones pertinentes.

Por último se presentan las conclusiones del trabajo, de acuerdo a los objetivos del estudio.

2. Justificación

El conocimiento producido en el campus académico es una construcción mediada por el saber científico y el saber generado por vivencias personales de sus miembros; es allí donde emerge la importancia de estudiar las representaciones sociales sobre la enfermedad mental en tres estudiantes de psicología de octavo semestre de la Corporación Universitaria Minuto de Dios (UNIMINUTO), debido que la representación que el estudiante tenga del concepto de EM mediará su ejercicio profesional, tanto a nivel individual como colectivo, y por ende que las medidas y tratamientos que el futuro profesional disponga, sean adecuadas y respondan a las necesidades del otro³, llámese paciente, comunidad, empresa.

De otro lado se espera que el psicólogo en formación próximo a graduarse en este caso de UNIMINUTO, Seccional Bello haya adquirido durante el trascurso de su carrera los elementos que le permitan determinar las diversas formas en las que se nombra la EM, y por tanto que al momento de enfrentarse al campo laboral en el ejercicio de su profesión pueda determinar la presencia o ausencia de la misma con claridad sin limitarse por la diversidad de términos que existen para nombrarla.

En ese orden de ideas conocer si existen falencias permite que la academia adopte las medidas necesarias para la solución de las dificultades (en caso de que existieran); lo que generaría que tanto la institución como los futuros profesionales cumplan a cabalidad con su labor y en esa medida no se afecten los intereses del otro.

³Nota: en este apartado se utiliza el concepto "otro" para referirse a paciente, comunidad y empresa.

Así pues, esta investigación aporta tanto a los psicólogos en formación como a los profesionales de la psicología, puesto que permite explorar nuevas concepciones y ampliar el marco teórico en relación a la forma en la que las diversas representaciones sociales que tiene el psicólogo en formación sobre la enfermedad mental pueden llegar a inferir en la lectura que hace de los diversos padecimientos del consultante y lo cual finalmente deriva en un diagnóstico clínico y en la particularidad de los tratamientos requeridos por cada trastorno o EM, aportando de esta forma bases que posteriormente pueden ser de utilidad al momento de discutir asuntos éticos, teóricos y prácticos en relación al que hacer psicológico frente a la EM, a su clasificación o diagnóstico y a la forma de intervención desde las diferentes perspectivas teóricas.

De otro lado, los resultados del estudio ayudarán como avance o iniciativa para que posteriormente personas interesadas en dicha temática ahonden y profundicen al respecto. De esta manera aportará al conocimiento o en su defecto a que las personas que tengan acceso a la investigación realizada se cuestionen asuntos relacionados con la enfermedad mental.

Pese a que en la búsqueda de datos se encontraron diversos resultados relacionados con investigaciones un tanto similares, se pudo evidenciar que este trabajo se hace novedoso en tanto recopila material importante postulado por diversos teóricos y le da su propia perspectiva, a lo que se le suma los sujetos de la muestra no han sido investigados al respecto. Es decir que es primera vez que se abordan estos temas con los tres sujetos con objetivos investigativos.

3. Planteamiento del problema

El hombre a lo largo del tiempo ha intentado explicar distintos fenómenos que le son difíciles de comprender, entre los cuales está la Enfermedad Mental -EM-. La EM es un término impreciso que no posee una explicación ni una definición única y es usado por diferentes ciencias y saberes, como la psiquiatría, el derecho y la psicología. Dicha imprecisión se evidencia en la existencia de postulados que van desde explicaciones sobrenaturales hasta explicaciones científicas.

A continuación se presentan algunas disciplinas que han trabajado en torno a la conceptualización de la EM. En el caso de la psiquiatría según Capponi, (2011)“se constituye como una rama más de la ciencia médica cuando surge la noción de enfermedad mental” (P.. 29); la cual se ha encargado de estudiar la EM con base en la observación de “signos” y “síntomas”⁴clasificándole de manera similar como el modelo médico hace con la enfermedad en general, de manera que lo somático y lo psíquico quedan al mismo nivel de evaluación y la comprensión.

Por otra parte, el ámbito jurídico entendido como “un mecanismo específico de ordenación de la existencia social humana” Alfonso y Hofmann (2006), concibe la EM basado en enfoques médicos y psicológicos, en relación a lo “normal” y lo “patológico”; consecuentemente, lo jurídico participa en el tipo de relaciones que la sociedad establece con la EM. Ejemplo de lo anterior es el establecimiento de leyes y normas que pretenden regular las prácticas sociales que giran en torno a la EM.

4 De acuerdo con Desviat (2010), el signo se entiende como la señal, el artefacto, el hecho y el síntoma como el fenómeno(p.130).

En primera instancia la Constitución Política de Colombia (1991) no expone una definición clara de lo que debe entenderse por enfermedad mental, sin embargo determina directrices en las que ordena al Estado la protección de esta población y determina que “sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan” (p. 3).

En segundo lugar el Código Penal Colombiano (CPC, 2011), presenta una dificultad para abordar la EM; puesto que si bien por un lado no hay una definición precisa, por otro lado supone la existencia de enfermos mentales quienes requieren un trato especial, por ejemplo: de inimputables⁵.

Por último se puede mencionar la Ley 1616 de Salud mental colombiana (ley del 21 de enero del 2013) y la ley 1306 Por la cual se dictan normas para la Protección de Personas con Discapacidad Mental y se establece el Régimen de la Representación Legal de Incapaces Emancipados. (Ley 1306 del 05 de junio de 2009), esta última ley no discrimina entre EM y “discapacidad mental”.

Teniendo en cuenta las normas y leyes mencionadas anteriormente, se pone en evidencia la existencia de la dificultad en torno al concepto de EM dentro de la legislación colombiana, sin embargo esto también ocurre en otros países y refleja la ambigüedad del tema.

Desde la psicología existen diferentes formas de abordar el tema de la EM, basándose en diferentes corrientes teóricas, algunas clásicas como la humanista, la cognitivo conductual y la psicología dinámica; las cuales se acercan al tema de la EM de forma distinta, de allí que en psicología se encuentren nociones como “demencia”, “trastorno mental”, “psicosis”, “locura”,

⁵Inimputabilidad: de acuerdo con Gaviria, (2005) surge cuando el sujeto no está en capacidad de entender la naturaleza de su acto o de determinar su conducta, a causa de trastorno mental o inmadurez psicológica (p. 26).

“esquizofrenia”, “neurosis”, algunas catalogadas como enfermedades que afectan el sistema nervioso.

De acuerdo con lo expuesto a lo largo del texto, se puede decir que el término EM es abordado desde diferentes concepciones, saberes y disciplinas, lo cual dificulta el abordaje de la misma. Sin embargo, aunque no se halla una unificación del concepto, esto no implica que alrededor de la EM no existan construcciones de saberes y prácticas, por lo contrario, cada disciplina aporta algo a la comprensión y abordaje que se da al concepto de EM y al enfermo mental.

Por todo lo anterior, surge el interrogante sobre las ideas que estudiantes de psicología tienen acerca de la EM, ya que en su praxis estarán continuamente en relación, no solo con la salud mental, sino también con las distintas denominaciones de la EM, a las cuales pueden acercarse por medio de las *Representaciones Sociales*; en ese sentido para el caso de esta investigación es pertinente abordar de manera general la teoría de RS como medio que permita aproximarse a la construcción social realizada del concepto EM.

En ese orden de ideas, cabe señalar que las RS Moscovici (1960) citado en Espinosa, Santamaría, Martínez, & Hernández, (2015)

Una necesidad de todo sujeto de identificar y resolver problemas que el mundo le plantea; por esta razón, el hombre fabrica representaciones que lo guían de alguna forma a definir y nombrar en conjunto diversos aspectos de su realidad y, a su vez, lo guían de alguna manera para interpretarlos y enfrentarlos (p. 14).

Al hecho de que las RS, sean una de las formas mediante las cuales los sujetos pueden aproximarse a la realidad, se agrega que estas son construcciones cambiantes en el tiempo, lo cual posibilita el surgimiento de nuevos conocimientos atravesados además, por las diferentes entidades que se constituyen socialmente como: la iglesia, la familia y la escuela. Por lo tanto, en concordancia con el asunto que se pretende abordar en esta investigación, es válido tomar la academia como referente principal en la transformación de las RS de sus estudiantes, puesto que ésta participa activamente en este proceso.

Así las cosas, como se observa a lo largo de este escrito el concepto de EM ha sido abordado desde diferentes perspectivas y saberes, lo cual denota interés por otros investigadores y disciplinas. Adicionalmente en el contexto universitario de Medellín y su área metropolitana ese encuentra poco material teórico que aborde la problemática planteada, por ello resulta oportuno preguntar ¿Cuáles son las representaciones sociales sobre la enfermedad mental que tienen tres estudiantes de psicología de octavo semestre de la Corporación Universitaria Minuto de Dios-Seccional, Bello 2015-2?

3.1. Antecedentes de investigación

Se considera importante realizar un breve recorrido por investigaciones que han indagado por la relación entre EM y las RS; puesto que esto da cuenta del interés que este asunto ha generado en otros investigadores y contextos. Por tanto a continuación se presentarán algunas investigaciones relacionadas con el tema.

En relación a esto los investigadores Hernández-Cardet (2011) en el hospital psiquiátrico de Santiago de Cuba, abordaron la concepción de EM en profesionales de la psicología que allí laboraban, llegando a varias conclusiones de las cuales se resalta la siguiente:

Los criterios teóricos identificados para definir una enfermedad mental en la institución son: grado de pérdida del vínculo con la realidad, estado de los recursos personológicos para interactuar con el medio y con los coetáneos, niveles de orientación consigo mismo y con el espacio, nivel de congruencia de las acciones del sujeto con lo socialmente estipulado, nivel de amplitud del conjunto de motivos, carácter de las vivencias personales y formas de simbolizar e internalizar la realidad por el sujeto (P 58).

Los criterios antes mencionados señalan un listado de aspectos clínicos que determinan cuando una persona está enferma mentalmente; lo cual indica que existen concepciones de la EM emparentadas con criterios académicos aprendidos.

Así mismo se destaca la investigación realizada por Moll-León (2013) la cual indagó por las representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana; hallando que en las concepciones generales de la salud mental, se encuentran tanto en las que aluden propiamente a la salud mental como en las referidas a la enfermedad mental. Lo que indica que referirse a salud mental conlleva de forma implícita a hacerlo sobre EM.

Cabe resaltar que esta investigadora encontró además que dentro del gremio de trabajadores de la salud existen prejuicios en relación a la persona que padece un desorden mental; lo que podría repercutir en la intervención que dichos profesionales realizan con esta población; y que por otra parte indagó en torno a las representaciones de la salud mental, encontró que los participantes del estudio suelen aproximarse a ella a partir de nociones generales que aluden por un lado a la ausencia de enfermedad y por otro, al equilibrio y bienestar. Confirmando de esta manera la relación inherente entre la salud mental y la EM.

Por otra parte se considera importante la investigación realizada por Chaverra-Zapata, Mervin, Giraldo-Acevedo, & Real, (2008) en la cual se indagó por la representación social de la enfermedad mental que tienen los profesionales de la salud de cinco municipios del oriente antioqueño: El Carmen de Viboral, La Ceja, Marinilla, Rionegro y El Retiro; con el fin de entender como dicha representación influye en el modo de intervención del profesional de la salud en este contexto regional.

La investigación logra establecer varias conclusiones relevantes para este escrito: Primero: que “el “enfermo mental” tiene un restringido lugar en el aparato de salud colombiano. Por ideología política, el estado busca la normalización de la diferencia en términos de la persona, como integrante de un aparato de producción” (p.80). Por otra parte los investigadores logran establecer que:

En la intervención, los profesionales de la salud, muestran inseguridad en los pasos a seguir con el paciente, algunos, por inconsistencias en su formación personal académica,

y otros, por la falta de unanimidad científica en la búsqueda de, el origen, evolución e intervención de la enfermedad mental (p. 78).

En esa misma línea encontraron que la representación que tienen los profesionales abordados, sobre la enfermedad y el enfermo mental se da: desde, la situación que para ellos vive el enfermo mental en su entorno, y, la problemática generada al momento de la intervención (P. 78). Finalmente se hizo un rastreo de información en la Corporación Universitaria Minuto de Dios-Seccional Bello, donde no se hallaron investigaciones que relacionaran las RS con la EM, sin embargo se encontró una cantidad importante de investigaciones dedicadas a la RS.

Ejemplo de ello es el trabajo de Espinosa et al. (2015), en el que indagaron por la forma cómo operan las representaciones sociales sobre la maternidad en la decisión de ser o no ser madre en un grupo de mujeres profesionales entre los 25 y 35 años de edad de la ciudad de Medellín. Evidenciando en el discurso de las entrevistadas que las R.S, así como la decisión de ser o no ser madre dependen de una experiencia de vida subjetiva y de las relaciones socioculturales con el entorno.

Los investigadores exponen que las RS sobre la maternidad pueden estar mediadas por una parte por experiencias personales subjetivas y por otro lado por características propias del entorno, es decir por factores externos como: la formación académica, el estrato socioeconómico, la composición familiar. Por otra parte Correa, Ortiz, & Arias (2015) se interesaron por la relación existente entre el diagnóstico del estado mental que se realiza en las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPS) acreditadas en salud en el Área Metropolitana del Valle

de Aburrá y el que se sustenta desde los enfoques teóricos de la psicología; una de las conclusiones pertinentes para el caso que compete consiste en que:

Tanto en el ejercicio clínico que se lleva a cabo al interior de las IPS como desde los diferentes enfoques teóricos de la psicología, continúa imperando la utilización de los manuales estadísticos y clasificados DSM-IV y CIE-10 como lenguaje común entre profesionales (p. 176).

Con base en lo anterior, se evidencia que el carácter imperante que posee el uso de los manuales estadísticos DSM-IV ahora DSM V y el CIE-10 por los profesionales de la salud que se desempeñan en las IPS donde se ejecutó la investigación, lo que permite dar cuenta de la estandarización de parámetros que determinan la EM y por ende al enfermo mental. En lo expuesto en las investigaciones mencionadas se pueden señalar varios asuntos relevantes, por ejemplo: lo frágil y desdibujado del lugar que ocupa en la sociedad la persona que se considera enferma mental; así mismo se evidencia que la forma de intervenir de los profesiones investigados, está atravesada tanto por el saber científico como por el saber que surge de aspectos sociales y vivencias personales.

4. Objetivos

4.1. General

- Conocer las Representaciones Sociales sobre la Enfermedad Mental en tres (3) estudiantes de psicología de octavo semestre, de la Corporación Universitaria Minuto de Dios-Seccional Bello 2015-2.

4.2. Específicos

- Identificar las representaciones sociales, sobre la enfermedad mental en tres estudiantes de psicología de octavo semestre del año 2015, de la Corporación Universitaria Minuto de Dios-Seccional Bello.
- Analizar las representaciones sociales sobre enfermedad mental existentes en tres estudiantes de psicología de octavo semestre del año 2015, de la Corporación Universitaria Minuto de Dios-Seccional Bello.

5. Referente Conceptual

5.1. Una breve mirada histórica de la enfermedad mental

El concepto de EM a través de la historia ha recibido diversas explicaciones desde las cuales puede ser entendido, dichas explicaciones aluden a causas sobrenaturales, biológicas, además como fenómeno funcional y psicológico⁶. Cada una de estas concepciones se inscribe en las distintas culturas y en momentos de la historia, por ejemplo la explicación de la EM como fenómeno sobrenatural aparece en el hombre primitivo y en culturas como la greco-romana donde no se hablaba de enfermedad sino de posesiones. En el siglo V a.c trágicos como Eurípides, Sófocles y Esquilo escribían sobre los juegos de los dioses sobre los hombres. Es decir, un hombre o una mujer podrían enloquecer por peripecias de los dioses; pensamiento predominante en algunos momentos de la historia, donde según Chaverra-Zapata et al. (2008) “la locura era el resultado de la posesión de espíritus malignos enviados por los dioses en estado de cólera” (p. 24).

Así mismo, este misticismo estaba emparentado con el mundo social y de la salud, como lo deja ver Alsina (1982) citado por Salazar et al., (2007) al indicar que “la medicina Griega anterior a Hipócrates era sacerdotal y se caracterizaba por creer que un dios, espíritu o demonio es el que envía la enfermedad al pecador como castigo, por lo que recibe el nombre de medicina mágica o creencial” (p.167).

⁶Entendido fenómeno funcional y psicológico como “La enfermedad es el producto de una situación negativa. El enfermo sería, parcialmente, responsable de lo que le ocurre y puede ser ayudado” (Ayestarán & Páez, 1986, p. 97).

En la Edad Media continua operando la concepción “demoniaca” de la “locura”, es decir que aún se concebía al “loco” como un “poseído” y “endemoniado”, lo que conllevó a que se le suministrara tratamientos basados en exorcismos, con el fin de liberarlos de males y demonios. Así mismo en dicha época, de acuerdo con Foucault (1993) la “locura” se consideraba como pecaminosa y producto de los vicios de los hombres (p.19), lo que da cuenta de que en esta época existieron consideraciones morales que indicaban que el hombre era de alguna manera esclavo de sus deseos.

Posteriormente el médico francés Philippe Pinel en 1793 atribuyó la EM a causas biológicas, transformando así la forma en que la sociedad concebía la EM y al enfermo mental; al respecto Omaña-Palanco (2008) indica que “La contribución fundamental de Pinel fue cambiar la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales para que pasasen a ser considerados como seres humanos merecedores de un tratamiento médico digno”(p. 13).

Pinel en su *Tratado de Insanía* (1801, citado en Omaña-Palanco 2008), clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocia y demencia, explicando su origen por la herencia y las influencias ambientales, además propuso el *tratamiento moral* “el cual consiste en la aplicación de las facultades del entendimiento y de las conmociones morales al tratamiento de la alienación mental”(Esquirol, 2013, p.156)

En la concepción que designa la EM como fenómeno de causas biológicas, puede observarse un cambio de paradigma⁷ en cuanto a la representación que se tenía de la “locura”; es decir que ésta ya no se atribuye de forma exclusiva a causas sobrenaturales, sino que se integra el aspecto biológico como causal de este fenómeno. Retornando a la visión que Hipócrates (460-

⁷Según Kuhn citado por Contreras (2004) un paradigma “es aquello que comparten los miembros de una comunidad científica en particular” (Pág. 44)

377 a.c) tenía al decir que “los trastornos psicológicos podrían tratarse como cualquier otra enfermedad, ya que consideraba que podían tener por causa alguna patología o traumatismo cerebral y verse influido por la herencia”(Castro, 2009, p.86)

El postulado anterior deja ver como a la explicación sobrenatural dada a las causa de la EM, se suma el aspecto biológico, lo que según Capponi (2011) se debe a que Pinel en 1793 "rompe las cadenas de los alienados y los consagra como enfermos" (p. 29), lo cual dio paso a que se tuviese una visión medica del enfermo mental, constituyéndole como objeto de estudio y por ende dando paso al surgimiento de la disciplina psiquiátrica .

Desde la perspectiva que explica la EM como un fenómeno funcional y psicológico se atribuyen sus casusas a factores del entorno, por ejemplo a “problemas en el trabajo, económicos y de salud” Ayestarán & Páez (1986, p.96)los cuales pueden generar situaciones negativas que afectan sus áreas de funcionamiento como lo son: lo familiar, lo educativo y lo social, sin embargo esta concepción no desconoce las causas biológicas de la EM. Lo anterior expone la variedad de concepciones y explicaciones que a través del tiempo las distintas culturas han dado al fenómeno de la EM, lo que permite observar que aún es una discusión abierta, dinámica y cambiante de la cual se han pronunciado diversas disciplinas.

5.2. Miradas diversas sobre la Enfermedad Mental

5.2.1. Concepción Psiquiátrica

Referirse a la psiquiatría actualmente como disciplina que se interesa por la dimensión mental del hombre, se debe en gran medida a los aportes del médico Francés Philippe Pinel, quien de acuerdo con Chaverra-Zapata et al., (2008):

Abogó por la idea de que los alienados son a la vez enfermos como los otros, no son ni poseídos, ni criminales, ni diferentes de los otros y que por tanto, debían ser tratados separadamente de los demás, y separadamente según los casos, en servicios hospitalarios especializados, Pinel fundó la medicina mental como disciplina independiente, a partir del aislamiento terapéutico de los alienados (p.34-35).

Se puede decir entonces que la visión médica que Pinel tenía de la “alienación”, rompió con las explicaciones sobrenaturales de la época que concebían a los enfermos mentales como “poseídos” y “endemoniados”, esta ruptura entre la explicación sobrenatural y la biológica va a representar un paso importante para pensar no solo las causas de la EM, sino también su posible tratamiento. Ahora bien, a pesar de los cambios que han ido sufriendo las concepciones sobre la EM en la psiquiatría, lo que siempre se ha conservado es la preponderancia de una explicación orgánica y funcional.

Ejemplo de ello es la propuesta de Omero (2009) cuando menciona que la EM “alude a aquellos trastornos mentales considerados graves o mayores como son la esquizofrenia, trastornos psicóticos, la depresión mayor con características biológicas, trastornos bipolares, trastornos graves de personalidad y de la conducta alimentaria” (p.290). Por su parte Raheb

(2008) refiere que “en psiquiatría las anomalías de las funciones psicológicas (psicopatología) son consideradas como el fundamento de la enfermedad mental” (p. 3).

Los anteriores postulados señalan que al interior del ámbito médico-psiquiátrico no existe unanimidad sobre el concepto de EM, lo que conlleva a que en esta disciplina existan diversas formas de intervención sobre la EM. Por ejemplo Henry Ey, (1935), citado por Capponi (2011) considera que la psiquiatría “tiene por objeto no la variación del comportamiento en relación a la historia personal, a los eventos, al ambiente, sino a las modificaciones del ser que impiden se lleve a cabo esta conducta plástica” (p.17). Por su parte Gian Carlos Reda, (1981) psiquiatra Clínico, citado por Capponi, (2011) indica “nosotros debemos en cambio intervenir con los psicofármacos sobre el sufrimiento, y sobre una serie de disturbios que han alterado su modo de vivir y que lo degradan gravemente en su existencia” (p. 18).

Puede observarse que existen posturas de la psiquiatría que no se interesan por la influencia en la EM de factores subjetivos, como las vivencias personales y las influencias del ambiente, sin embargo otras si atienden estos aspectos, así lo indican Calderón, Gutiérrez, & Velasco, (n.d.) cuando manifiestan que el tratamiento psiquiátrico debe tener en cuenta aspectos biológicos, psicológicos y sociales, considerando necesaria la articulación de equipos interdisciplinarios (p. 1341).

Con base en las propuestas anteriores es posible subrayar que en psiquiatría, tanto a nivel de definición de EM como de las prácticas de intervención que de allí se desprenden, no existe unanimidad, sin embargo, se destacan puntos confluentes como: el carácter rector del ámbito

biológico y la atención del fenómeno de la EM mediante la administración de fármacos⁸ al sujeto que se considera enfermo mental.

5.2.2. Concepción Jurídica

La Constitución Política de Colombia (República de Colombia, 1991), establece las directrices que regulan el trato que debe darse a las personas con algún tipo de “limitación”. Por ejemplo en el Capítulo I. De los “Derechos Fundamentales”, artículo 13 indica que: “El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan” (p. 3).

En ese orden de ideas, la Constitución concibe la EM como “debilidad manifiesta” y la pone al mismo nivel de aquellas personas que por situaciones económicas o físicas se encuentren en situación de vulnerabilidad.

En el Capítulo II. De los derechos sociales, económicos y culturales, artículo 47 señala que “El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran” (p.10). Artículo que expresa como la Constitución Política ordena al Estado la inclusión en el sistema de educación de las personas con “limitaciones mentales”, mediante la

⁸Un fármaco es toda sustancia química, usada para la prevención, diagnóstico o tratamiento de las enfermedades en el hombre. (Falkowski, 2006, p. 1)

instauración de políticas que regulen la participación de esta población en los estamentos sociales.

En la revisión de los lineamientos que establece la Constitución Política de Colombia en cuanto al trato que la sociedad y los entes gubernamentales deben brindar al sujeto que presenta algún tipo de limitación ya sea física o mental, se puede vislumbrar que la regulación de la conducta social hacia estas personas, requiere ordenamientos legales que garanticen su desarrollo y pertenencia social.

Por su parte el Código Penal Colombiano (CPC)⁹(ley 599 del 2000) en el Título III de la conducta punible en el Artículo 33, Acerca de inimputabilidad determina que “Es inimputable quien en el momento de ejecutar la conducta típica y antijurídica no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad sociocultural o estados similares” (p. 96).

Cabe resaltar que el CPC se aproxima entonces a los asuntos relacionados con la EM desde denominaciones como: “inmadurez psicológica”, “trastorno mental” y los emparenta con la condición de “inimputable”, en esa medida ordena la eximición jurídica de las personas que bajo esta condición ejecuten conductas que transgredan la normatividad establecida y tipificada como “delito”. Por tanto, como hecho antijurídico por el que una persona bajo la connotación de “punible” recibiría una sanción de orden legal, por ejemplo la privación de la libertad en centro carcelario. Sin embargo, en el artículo 71 determina que “al inimputable por trastorno mental transitorio con base patológica, se le impondrá la medida de internación en establecimiento

⁹CPC hace referencia a Código Penal Colombiano.

psiquiátrico, clínica o institución adecuada de carácter oficial o privado, en donde se le prestará la atención especializada que requiera” (p.116).

En esta misma línea el CPC en el Capítulo IV de las medidas de seguridad, en el artículo 75, establece que:

Si la inimputabilidad proviene exclusivamente de trastorno mental transitorio sin base patológica no habrá lugar a la imposición de medidas de seguridad. Igual medida procederá en el evento del trastorno mental transitorio con base patológica cuando esta desaparezca antes de proferirse la sentencia (p. 118).

Así pues, el CPC por medio del establecimiento de normas jurídicas establece el tratamiento que debe concederse a la persona que padece un “trastorno mental” de carácter transitorio o permanente. En ese sentido, los sujetos inimputables para la ley son aquellos que presentan algún tipo de limitación psicológica que desvirtúe su facultad de reconocer y responsabilizarse de sus actos.

Dentro del orden jurídico se encuentra también como estamento de regulación la reciente Ley de Salud Mental en Colombia (1616 de 2013) la cual en el artículo 3° indica que:

La salud mental se define 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 (p.1).

En contraste con la definición de salud mental que expone la ley 1616, refiere que la discapacidad mental:

Se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples ocasiones comprender el alcance de sus actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo, puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante (p. 2).

Las definiciones: “salud mental” y “discapacidad mental” que brinda la Ley 1616 establecen en sí misma una dicotomía, es decir, que dejan ver la brecha existente entre ambos constructos; lo cual en términos de aplicación de la ley separa radicalmente el sujeto “sano” del sujeto “enfermo”. Por lo que se anticipa que este tipo de divisiones amparadas en el marco legal podrían contribuir a la instauración de nuevas representaciones y formas en que la sociedad en general concibe lo “sano” y lo “enfermo”.

Por su parte la Ley 1306 de 2009, dicta normas para la Protección de Personas con Discapacidad Mental y se establece el Régimen de la Representación Legal de Incapaces Emancipados. En el Capítulo I de las consideraciones preliminares, en el artículo 1° establece que: “La presente ley tiene por objeto la protección e inclusión social de toda persona natural con discapacidad mental o que adopte conductas que la inhabiliten para su normal desempeño en la sociedad” (p.1).

Dicha Ley 1306 tiene por objeto la inclusión social de las personas con discapacidad mental, en la sección primera en el artículo 17 “consideran con discapacidad mental absoluta quienes sufren una afección o patología severa o profunda de aprendizaje, de comportamiento o de deterioro mental”; esta norma pretende regular algunas prácticas sociales encaminadas a la exclusión de la población que presenta dicha “discapacidad”.

Entonces se puede apreciar que el surgimiento de la norma misma podría deberse a que en la sociedad existen prácticas destinadas a la opresión de las personas que presentan alguna “limitación psíquica”, cabe resaltar que la ley misma es excluyente, puesto que el uso del concepto “discapacidad mental” ubica a quien la padece en una situación de inferioridad frente a los demás, por tanto bajo este influjo genera que la sociedad le represente de diversas formas.

5.2.3. Concepción psicológica

La psicología también ha participado del estudio del fenómeno de la EM desde diferentes vertientes teóricas, algunas clásicas como: la corriente cognitiva, la humanista y la psicología dinámica; de las cuales han surgido términos como “trastorno mental”, “incongruencia” y “trastornos de personalidad”¹⁰. Muchas de las denominaciones que se encuentran en el terreno de la psicología exponen connotaciones relacionadas a conductas o comportamientos que causan malestar al individuo, afectan su relación consigo mismo, con los demás y su capacidad para adaptarse a las demandas del entorno.

¹⁰Nota: además de los términos mencionados, existen otros conceptos teóricos en psicología, sin embargo no es propósito de ésta investigación ahondar en cada uno de ellos.

Dicha diversidad de términos indican que al interior de la psicología no hay unanimidad frente al concepto de EM; sin embargo, sí existen construcciones teóricas entorno a su conceptualización, por tanto la multiplicidad de términos que emergen de la disciplina psicológica no constituyen un limitante. Al respecto Bleichmar & Bleichmar (1989) indican que si bien esto “complejiza el campo de observación y teorización, al mismo tiempo lo enriquecen” (p.29).

Dicha complejidad permite rastrear diversos conceptos, nociones e ideas. Por ejemplo el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V), no se refiere directamente al termino EM, pero sí utiliza el término de “trastorno mental” el cual indica que éste es “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (DSM V, 2013 p. 5). Cabe resaltar que dicho manual no corresponde a una escuela de la psicología específicamente, éste puede ser utilizado por psicólogos y psiquiatras en el desarrollo su ejercicio profesional.

Por otra parte en el terreno de la psicología dinámica tampoco existe una definición específica ni unánime de la EM, sin embargo se encuentran definiciones¹¹ como: “Autismo normal”(Mahler, 1985) “Posición esquizo-paranoide y Posición depresiva” (Klein citado en Segal, 1982) y “Caracteropatía” (Winnicott 1963). Por otro lado Otto Kernberg (1987), define los *Borderlines* como: “Trastornos de la personalidad como constelaciones de rasgos del carácter

¹¹ Es de aclarar que para el caso de esta investigación dichas definiciones no se intentan equiparar al concepto de EM.

anormales o patológicos, de identidad suficiente para implicar una perturbación significativa en el funcionamiento intrapsíquico, interpersonal o ambos” (p.68).

Se puede observar que la definición de “trastorno mental” que expone el (DSM V) y la de “trastorno de personalidad” que propone Kernberg (1987) se constituyen mediante términos diferentes, sin embargo comparten elementos que establecen lo “normal” y lo “anormal” los cuales se determinan a través de la presencia de afecciones a nivel psicológico, biológico y social que repercuten en el funcionamiento del psiquismo y afectan la capacidad del sujeto para adaptarse al medio al que se adscribe.

Respecto a la adaptación Millon (2003) citado por Sánchez (2003, p. 165) psicólogo cognitivo expone que: “La diferencia principal, entonces, es que los individuos normales muestran flexibilidad adaptativa en respuesta a su ambiente, mientras que las personas con trastornos de la personalidad exhiben conductas rígidas y desadaptativas”. Por tanto para este autor la línea entre lo “normal” y lo “anormal” radica en la capacidad de adaptación que un sujeto posea para responder a las demandas del entorno.

Por otra parte desde la psicología humanista tampoco existe consenso frente al concepto de EM, sin embargo, Rogers citado por Muñoz-Polit, (2014), hace referencia al término de “incongruencia” e indica que:

Una persona incongruente sería aquella que se negara muchas cosas de sí misma, experiencias que ha tenido y que no ha podido asimilar. Sería altamente defensiva, pues cualquier cosa que le revelara algo más de lo que él piensa pondría en juego su autoimagen (p.33).

Se evidencia entonces que estas aproximaciones teóricas convergen en algunos asuntos como señalar y determinar mediante la práctica y construcciones investigativas la existencia de posibles patologías en la vida individual y social del hombre. Por otro lado no convergen en sus ideas sobre las causas y las manifestaciones clínicas; algunas de estas posturas se interesan más en la sintomatología mientras que otras que interesa conocer la génesis de las EM.

Por otra parte el (DMS V) intenta delimitar una serie de trastornos, pero en este intento hay síntomas dentro de los mismos trastornos que no son fáciles de acomodar dentro de una sola patología. Al respecto Pitzer citado por Kernberg, (1987), indica que “no hay ningún postulado que diga que cada trastorno mental es una entidad discreta con límites precisos (discontinuidad) respecto a otros trastornos mentales, así como a la ausencia de trastorno mental” (p.69).

En esta misma línea la psicopatología según Gamboa-Chaverra (2007):

Es una disciplina referida a un campo de problemas cuya extensión es bastante amplia. Dicho campo puede incluir tanto las perturbaciones psíquicas como los conflictos en las relaciones humanas o las alteraciones de la conducta. Incluye también la problemática institucional y social en relación con la enfermedad mental (p.1).

Por otra parte Balint (s.f.) citado por Bleichmar (1989) difiere de ésta y expone que:

La psicopatología puede ser mejor comprendida si se deja a un lado la teoría del conflicto mental como factor etiológico mental y se acepta que lo que pasa con estos enfermos es que le “falta algo” que debió ser provisto en la más temprana infancia. Acuño para definir este “algo” el término de falta básica (p.127).

Cuando Balint introduce el concepto “falta algo” propone ampliar su marco explicativo, es decir invita a pensar la EM desde la ausencia o falta “algo” a lo cual llama “falta básica” para referirse a fallas arcaicas presentadas en la niñez del sujeto y que afectan su posterior desarrollo psíquico y por consiguiente sus áreas de funcionamiento.

Lo expuesto por este autor concuerda con la propuesta de Moffat, (1970) cuando dice que:

La “enfermedad básica” es una desorganización masiva (la paralización, el vacío) que se encuentra por debajo (como causa última) de lo categorizado comúnmente como enfermedad, que, según la concebimos nosotros, no es sino una defensa (ineficaz y subjetiva) contra la vivencia primaria de vacío y disolución del yo, que es el verdadero vértice de la enfermedad (p.17).

En esa línea de pensamiento tanto Balint como Moffat, (1970) coinciden en considerar la “falta” y el “vacío” en etapas tempranas de la existencia del sujeto como fuente principal en la causa de la “enfermedad”.

Se observa, entonces, que la diversidad de aproximaciones teóricas que nacen de la disciplina psicológica, si bien no logran la unificación del concepto de EM, sí aportan elementos mediante el trabajo investigativo para su estudio y teorización, interviniendo así en la forma como la sociedad en general se relaciona con la EM y con el enfermo mental; por lo tanto podría decirse que los enfoques teóricos de acuerdo con la visión que tienen acerca del sujeto otorgan o no un lugar a lo que algunos conciben como “trastorno”, “EM”, “persona trastornada”, “trastorno mental”.

5.3. Representaciones Sociales

El concepto de representación social requiere un abordaje desde diferentes apreciaciones teóricas, entre las cuales se encuentra en principio, la de Durkheim (1898) citado por López, Gómez, & Ojalvaro (2011) el cual se refería a representaciones individuales y colectivas e indicaba que son:

Como los conceptos, categorías abstractas que son producidas colectivamente y que forman el bagaje cultural de una sociedad. A partir de ellas se construyen las representaciones individuales y que no son otra cosa que la forma o expresión individualizada y adaptada de estas representaciones colectivas a las características de cada individuo (p.15).

Posteriormente Moscovici (s.f.) citado por Araya, (2002) sustituye el concepto de representación colectiva de Durkheim por representación social arguyendo que *las representaciones colectivas, de acuerdo con la concepción clásica de (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014), son un término explicativo que designa una clase general de conocimientos y creencias (ciencia, mitos, religión, etc.), desde nuestro punto de vista, son fenómenos ligados con una manera especial de adquirir y comunicar conocimientos, una manera que crea la realidad y el sentido común. Enfatizar esta diferencia fue mi propósito al sustituir el “colectiva” de Durkheim por “social”(p.22).*

Con base en lo dicho por Moscovici el argumento que lo condujo a transformar el concepto “colectivas” por “social” radica en que para él, la propuesta Durkheimiana terminaba en la explicación de conocimientos, religión, mitos, etcétera. Por el contrario el concepto de lo social es una construcción más amplia; en la medida que concibe la realidad social desde un marco explicativo que agrupa tanto el sentido y significado que los sujetos dan a sus experiencias personales, como el influjo que las experiencias de otros sujetos, causa en estas.

Las RS serían en esa lógica un enlace importante; según Jodelet, Denise (Entrevistado por Rodríguez Cerda, 2002) “para entender como la gente actúa en su vida hay que ver cuál es el significado que la gente pone en su universo” (p.131). Universo mediado además, por elementos que articulados conllevan tanto en lo particular como en lo colectivo a la consolidación de un enmarañado de RS complejo de definir, que demanda el uso de diversos postulados teóricos que permiten ampliar los horizontes de comprensión de las mismas.

Araya (2002) señala que las RS “hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana: el conocimiento del sentido común” (p.11), vemos como para Arayala forma de conocimiento a la que se atribuye la connotación de “sentido común” da cuenta por un lado de las herramientas y mecanismos que las personas utilizan para guiar su vida y por otro, la forma en la que las distintas épocas y los diferentes contextos interfieren en la creación de las diversas (RS) por las cuales están atravesados los sujetos al estar inmersos en la sociedad.

De otro lado Moscovici, citado por Araya (2002), considera la representación social como:

(...) una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos... La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (P.. 7).

En ese sentido, la interacción entre las diversas formas de conocimientos y maneras de ver la realidad, permite que las RS que poseen los sujetos se construyan y varíen en el tiempo; confirmando que son un proceso dinámico y generador de nuevas “realidades”. Sin embargo, según Jodelet citado por Jasanada(2000), dice que las RS pueden llegar a convertirse en creencias, las cuales, expresa la autora están permeadas a mayor grado por la tradición y por elementos de orden mágico. Dichas representaciones pueden derivarse en creencias, en tanto los sujetos de los diversos grupos no las cuestionen sino que les acepten totalmente.

En ese orden de ideas Rodríguez (2003) citando a Jodelet (1984) dice que: “la representación social corresponde a un acto del pensamiento en el cual el sujeto se relaciona con un objeto y mediante diversos mecanismos ese objeto es sustituido por un símbolo” (p.65); en ese orden de ideas, si el objeto queda representado mediante un símbolo en la mente del sujeto; habría que tener en cuenta la ambivalencia de la relación objeto-sujeto, dado que ambos ejercen una especie de fuerza que necesariamente genera la incidencia de uno sobre el otro. Es decir, que mediante la interacción colectiva e individual de sus miembros se construye la realidad, la cual no es posible escindir debido que estas instancias se relacionan entre sí, lo cual generan que

se determinen y se influyen respectivamente. La RS entonces queda como una impronta en la “mente”.

Por tanto las RS son construcciones que determinan de alguna manera lo que puede llegar a ser o pensar un sujeto, puesto éstas se han instaurado en la realidad en la que se inscribe; una realidad del orden de lo representado que influye en tanto se ha construido en un contexto que media la forma como los sujetos perciben y se auto-perciben; dando cuenta de que la RS no tiene una fórmula lógica, lineal de introspección, autonomía e individualidad, por el contrario cada uno de estos constructos posee en su opuesto inherente y necesario, un contrapeso que le permite el equilibrio. Dicho en otras palabras, la autonomía es a la heteronomía¹², lo que lo individual es a lo social.

Así pues las RS dan cuenta del modo del sujeto y del modo cultural; desde la perspectiva de Marková (1996) citada por Araya(2002) refiere que:

La teoría de las representaciones sociales es fundamentalmente una teoría del conocimiento ingenuo. Busca describir cómo los individuos y los grupos construyen un mundo estable y predecible partiendo de una serie de fenómenos diversos y estudia cómo a partir de ahí los sujetos “van más allá” de la información dada y qué lógica utilizan en tales tareas. Son parte de un entorno social simbólico en el que viven las personas. Al mismo tiempo ese entorno se reconstruye a través de las actividades de los individuos, sobre todo por medio del lenguaje (p.29).

¹² De acuerdo con la Real Academia (RAE, 2015) heteronomía se entiende como: condición de la voluntad que se rige por imperativos que están fuera de ella misma.

En comunión con lo anterior, el lenguaje constituye un elemento determinante en la construcción que el sujeto hace de la realidad, que además le permite articular algunos discursos que permean la edificación de dicha realidad, por ejemplo, lo político, lo económico, lo social y lo cultural. En ese sentido, la colectividad está atravesada por la existencia de discursos que llevan implícitas creaciones colectivas preestablecidas y, difícilmente observables a primera vista. Lo determina formas de pensamiento mediadas por las RS.

Desde otro punto de vista, Jodelet citada por Rodríguez Cerda (2002) considera que:

(...) la representación social es una forma de saber cotidiano y práctico se puede tomar su análisis desde diferentes puntos de vista. El primer punto de vista sería ver a través de los contenidos que tiene y que se pueden acercar gracias a entrevistas y a análisis de discurso o textos literarios o históricos, etcétera; se puede analizar el contenido en términos de elementos que van a contribuir a la construcción de una visión que tiene el sujeto social, sea individual o grupal cerca de cierto objeto (...) (p.122).

Sin embargo es importante resaltar que las RS no son la única forma de explicación existente frente a una realidad que se transforma día a día; como dice Jodelet citado por Popovich (2003)“...creo que es porque esta noción nos permite dar cuenta, no de la totalidad, sino que es una clave de entrada al análisis de los fenómenos” (s.p.). Dicho esto, se entiende que la teoría de las RS es un cúmulo de creaciones, puntos de vista, que se alejan, convergen, se crean y se recrean. Alineándose con el surgimiento de nuevas teorías y paradigmas, que sin abandonar los anteriores, formulan propuestas que luchan por viajar a la misma velocidad del cambio social, cambio que además gira en diversas direcciones, haciéndole impredecible.

En resumen se puede decir que la teoría de las RS se ha consolidado como una base teórica consistente que permite hacer lectura de los diferentes fenómenos sociales. Sin embargo, es de aclarar que es un constructo abierto y susceptible a la reinterpretación, en la medida en que los diferentes postulados teóricos convergen en que no es posible capturar la realidad de manera vertical y definitiva. Pero la realidad existe en la comunicación que los sujetos hacen del mundo y esa realidad la que interesa a las RS.

6. Metodología

6.1. Diseño metodológico

Esta investigación se interesa por las Representaciones Sociales sobre la Enfermedad Mental construidas por un grupo de tres estudiantes de octavo semestre de psicología de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Seccional-Bello. Lo que hace pertinente que el tipo de investigación sea de enfoque cualitativo, el cual a la luz de Hernández-Sampieri (2014):

La investigación cualitativa se enfoca en comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto. El enfoque cualitativo se selecciona cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigará) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad (p. 518)

El diseño investigativo es fenomenológico el cual “se basa en el análisis de discursos y temas específicos, así como en la búsqueda de sus posibles significados”(Hernández Sampieri et al., 2014, p. 516). En este sentido el diseño fenomenológico se adecúa a esta investigación, puesto que se pretenden conocer las representaciones sociales de las unidades de análisis seleccionadas, las cuales son consideradas como un estudio de un todo integrado que forma o constituye dicha unidad de análisis una persona, una entidad étnica, social, empresarial, por lo tanto, no se trata de estudio de cualidades separadas o separables.

En esta investigación se considera oportuno trabajar con tres unidades de análisis, pese a que se pretende explorar el carácter social de las representaciones sobre la enfermedad mental no es necesario elegir una gran cantidad de población para alcanzar dicho propósito, así lo expresan Wagner & Elejabarrieta, (1998) citados por Araya (2002):

(...) no es porque cierta característica es compartida por diversas personas, grupos, o entidades de más amplio abasto, que una propiedad es social. Lo social es una propiedad que se imprime en determinados objetos con base en la naturaleza de la relación que se establece con ellos, y es precisamente la naturaleza de esa relación la que es definitoria de lo social. Veámoslo con un ejemplo: el agua de los ríos, el agua bendita y el agua para beber. La segunda por la implicación simbólica que tiene para los y las actoras sociales, y la tercera por la relación vitalmente relevante que se establece con ella, pueden considerarse objeto social, mientras que el agua de los ríos —a excepción de que provoque un desastre social— puede considerarse como algo irrelevante y sin entidad social.

De acuerdo con lo anterior el carácter de lo social en una representación lo determina la representación social misma, que se impregna en la lectura que los sujetos realizan. Por tanto en este caso al explorar las representaciones de las tres unidades de análisis se explorará también la influencia de las diversas representaciones sociales en la manera como representan la enfermedad mental.

6.1.1. Criterios de selección de las tres unidades de análisis

Los criterios para la selección de las unidades de análisis fueron:

- A. Que fuesen estudiantes de octavo semestre de psicología de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Seccional Bello.
- B. Que pertenezcan al mismo pensum académico.
- C. Que tuvieran alguna creencia religiosa. Este criterio se considera importante porque el aspecto religioso ha influenciado históricamente en las representaciones de la EM.¹³

6.1.2. Estrategias de recolección de información

Inicialmente se exploran las bases de datos de diversas universidades con el fin de rescatar el mayor número de investigaciones relacionadas con la temática que convoca, para luego hacer mediante la lectura y el análisis de los textos un filtro que permita elegir los más relevantes para esta investigación y mediante la elaboración de fichas bibliográficas de estos rescatar lo que concierne. Posteriormente se utiliza la entrevista semiestructurada.

6.1.2.1. Entrevista semiestructurada

Para esta investigación se utilizó como herramienta de recolección de datos una entrevista semiestructurada, ya que “las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar

¹³Nota al pie No se toma como criterio las personas que no practiquen algún tipo de religión puesto que este no es un estudio comparativo.

conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas) (Hernández Sampieri et al., 2014, p.418)

Se halla relevante dicha entrevista para esta investigación en tanto aporta elementos subjetivos de los entrevistados, al tiempo que permite verificar los factores externos que influyen en unión, sobre las representaciones de la enfermedad mental, para lo cual se construyó un instrumento de recolección de datos por parte de los investigadores. Las preguntas estaban dirigidas a reconocer las representaciones sociales de la EM en los estudiantes de psicología, teniendo en cuenta aspectos socioculturales y subjetivos.

6.1.2.2. Parámetros para la construcción de la entrevista

Los parámetros que orientaron la construcción de esta entrevista se fundamentan en aspectos como lo científico, lo histórico, lo religioso, la formación académica y desarrollo evolutivo; dichos parámetros permiten explorar como estas concepciones han participado en la construcción de la representación social sobre enfermedad mental que poseen actualmente los tres entrevistados. Por otra parte, en la entrevista se utilizó el término “loco” en algunos apartados ya que dicho término no encierra una categoría específica y es utilizado cotidianamente.

Se realizaron preguntas aludiendo al término EM de forma directa ya que éste es uno de los conceptos principales de la investigación; por tanto se consideró relevante realizar las siguientes preguntas:

¿Qué es para usted la enfermedad mental?

¿Cuáles considera usted, son las causas de enfermedad mental?

¿Cuándo alguien se enferma mentalmente que se puede hacer?

¿Cómo se evidencia que alguien está enfermo mentalmente?

¿Quién debe atender al enfermo mental?

¿Qué tipo de enfermedades mentales conoce?

¿La idea de enfermedad mental que tenía al iniciar su pregrado ha cambiado a la fecha?

Se consideran importantes estas preguntas por que las respuestas que emerjan pueden estar atravesadas por asuntos religiosos, teóricos, académicos y jurídicos entre otros, que permiten explorar la construcción social e individual que los entrevistados tienen en torno al tema.

Se usa el término “loco”, porque este ha sido una figura históricamente representativa de la EM. Entonces se considera que el hecho de preguntar por el “loco” no contamina la representación de los estudiantes abordados en esta investigación, además ya se ha preguntado anteriormente por la EM, en ese orden de ideas introducir la palabra “loco” no permea la idea que puedan tener los entrevistados sobre la enfermedad mental; por ese motivo todas las preguntas respecto a la categoría de la “locura” fueron realizadas finalizando la entrevista. Así las cosas se preguntó a los entrevistados:

Cuando era niño ¿Cómo imaginaba un “loco”?

¿Cómo era el “loco” de su pueblo?

¿Usted ha escuchado historias de locos en su familia?

La religión como uno de los discursos que participan en la comprensión de la “locura” también es de relevante importancia al momento de determinar las RS de la EM, ya que pudiesen

encontrarse elementos religiosos inmersos en la postura que los entrevistados han adquirido ante la EM. Por lo cual se consideró realizar las siguientes preguntas:

¿Practica alguna religión? Esta se realiza con el fin introducir la siguiente pregunta, en caso de recibir una respuesta afirmativa.

¿Qué idea tienen de enfermedad mental dentro de la iglesia? se realiza esta pregunta específica, dado que la mirada que las diferentes religiones realizan de la enfermedad mental, puede oscilar entre explicaciones médicas, míticas, pecaminosas, religiosas entre otras, que participan en la construcción que los sujetos han realizado psíquicamente de la EM.

Se utilizó la asociación libre, la cual según Araya (2002) hace parte de las “técnicas asociativas” mediante:

Un término inductor (o de una serie de términos), se les pide a las personas que produzcan todos los términos, expresiones o adjetivos que se les “ocurran”. El carácter espontáneo —por lo tanto menos controlado— y la dimensión proyectiva de esa producción deberían permitir así tener acceso, mucho más rápido y fácil que en una entrevista, a los elementos que constituyen el universo semántico del término o del objeto estudiado. La asociación libre permite actualizar elementos implícitos o latentes que serían ahogados o enmascarados en las producciones discursivas (Araya, 2002, p. 59).

En este caso se utilizó con el objetivo de explorar las RS de la EM en los tres estudiantes entrevistados mediante la administración de algunos conceptos académicos relacionados con la

EM, de los cuales los sujetos debían expresar de formas rápida lo que pensaban al escuchar dichos términos; posteriormente se les pidió expresaran tres palabras que pensarán al escuchar el término EM con el fin de acceder a elementos de orden inconsciente que pudieran participar en la elaboración de las RS de la EM. Al tiempo que se puede explorar si las respuestas dan cuenta de una construcción permeada por discursos académicos.

¿Si yo le digo alienación que piensa?

¿Si yo le digo psicosis qué piensa?

Mencione tres palabras que se le ocurran cuando escucha ¿enfermedad mental!

Después de la aplicación de la entrevista se codificó la información, lo cual permitió sustentar las categorías que se consideraron importantes para lograr el análisis de los datos obtenidos.

6.2. **Categorías de análisis**

Como lo plantea Monje Álvarez (2011) las categorías son los conceptos que hacen parte de la investigación y que son necesarias definir de forma clara, en la investigación las categorías de análisis surgen a partir del marco teórico y con ellas se definen qué y cuáles conceptos son los que se usaran para explicar el tema de investigación, las categorías también delimitan cuales son los límites y alcance de la investigación ya partir de ellos se organiza la reflexión de los datos (p.92); por tanto para el caso de esta investigación se consideraron pertinentes las siguientes categorías:

- Lo académico: esta categoría es fundamental puesto que permite el análisis de la posible transformación de una representación por medio de la adquisición de conocimientos.

- Lo social: se considera importante esta categoría ya que podría dar cuenta de la influencia del Grupo Social en las RS.
- Lo religioso: se consideró que el aspecto religioso puede afectar las RS de los individuos, por tanto esta categoría permite identificar la participación religiosa en la construcción de las RS
- Lo individual: en esta categoría se busca indagar por experiencias personales que pueden intervenir en la concepción de las RS.
- Lo familiar: lo familiar participa activamente al tener un contacto directo con el sujeto en la formación de las RS, por tanto se considera relevante.
- Lo jurídico: categoría emergente¹⁴ que aparece en el discurso de los entrevistados y que hace alusión a la forma como en lo jurídico aparecen aspectos relacionados con el trato que se debe dar al enfermo mental.
- El peligroso: categoría emergente que en los discursos alude a una forma de RS del enfermo mental construida socialmente.

6.3. Proceso metodológico

El presente proyecto surge del interés de los investigadores por abordar las Representaciones sociales sobre la enfermedad mental. Inicialmente se exploraran las bases de datos de diversas universidades con el fin de rescatar el mayor número de investigaciones relacionadas con la temática que convoca, para luego hacer mediante la lectura y el análisis de

¹⁴Las categorías emergentes no se contemplaban al inicio de la investigación, su aparición obliga a los investigadores a ampliar la información que permitan su análisis acerca de las mismas.

los textos un filtro que permita elegir los más relevantes para esta investigación y mediante la elaboración de fichas bibliográficas de éstos, rescatar lo que concierne.

Posteriormente se pasó a la construcción de la entrevista y se determinaron los criterios de selección de las tres unidades de análisis que fueron estudiantes de la Corporación Universitaria Minuto de Dios Seccional Bello de la jornada nocturna a los cuales el grupo de investigadores contactaron de forma directa y posteriormente se estableció el día y la hora en el que se realizaría la entrevista.

El día acordado se realizó dicha entrevista; esta se realizó el mismo día para evitar que pudiera circular la información entre los participantes y por tanto que se sesgara la información. Para continuar con dicho proceso se pasó a la transcripción, categorización y análisis de los discursos a la luz de la teoría de las representaciones sociales.

7. Análisis de resultados

En aras de comprender las representaciones sociales sobre la enfermedad mental que tienen tres estudiantes de psicología de octavo semestre de la Corporación Universitaria Minuto de Dios-Seccional Bello 2015-2, se expone la narración que realizaron en relación a la “locura”, lo religioso, lo académico, lo familiar, lo jurídico, lo social, lo peligroso en relación a la EM, fase previa e ineludible para el análisis propuesto.

7.1. Estereotipos - Representación Social - Imagen del Enfermo Mental

La sociedad por medio de los discursos que en ella circulan participa en la construcción y la transformación de las RS sobre la EM y del enfermo mental a través del tiempo, donde sus

miembros acuden a la descripción de algunas características, heredadas de una generación a otra para designar fenómenos como la EM.

Al enfermo mental a lo largo de la historia se le ha dado diversas concepciones como las de “loco”, “alienado”, “asocial” las cuales de cierta forma develan los estereotipos que la sociedad va creando de la EM, estereotipos que no se distancian de los hallados en el discurso de los entrevistados tras la pregunta, cómo se imaginaban un “loco” cuando eran niños.

En ese orden de ideas a continuación se podrá observar que si bien los entrevistados refieren a sus vivencias e imaginarios de niños, en éstos se denota una clara influencia de las construcciones discursivas en torno a la “locura” y al “loco” de la sociedad en la que se inscriben.

Así el entrevistado tres expresa:

“siempre le metían a uno el imaginario, niños pues no se salgan pa la calle que se los roba el loco”, hecho que pudo haber influenciado en la representación y la postura que el entrevistado asume frente a la EM y el enfermo mental; como se puede observar en su respuesta, desde la niñez la concepción que tiene de “loco” ha sido influenciada por las RS del entorno en el cual ha participado dejando así una huella en su psiquismo que al parecer ha perdurado en el tiempo, puesto que al sugerirle que expresara tres palabras que pensará luego de escuchar el término enfermedad mental, surgieron las siguientes asociaciones: “peligro”, “soledad”, “tristeza”, “miedo” por tanto es evidente que en esta persona continua operando el estereotipo de “loco ” que fue influenciado desde su infancia.

Por su parte el entrevistado uno para exponer la imagen del “loco” que tiene de su niñez, acude a un conjunto de características físicas estereotipadas y permeadas por lo que escuchaba decir éste.

“la figura y la imagen que tengo del “loco”, de niño, que fue la que dije al principio obedece a la primera figura que vi del “loco” de un señor alto, con el cabello largo, despeinado, un poco sucio, hablando muy duro, es una persona que hace cosas fuera de la realidad”

La narración del este entrevistado coincide con los hallazgos encontrados por Hernández-Cardet (2011) donde exponen algunos criterios clínicos que determinan la EM como lo son: grado de pérdida del vínculo con la realidad, nivel de congruencia de las acciones del sujeto con lo socialmente estipulado (p. 58).

“...y su discurso era refiriéndose a alguien o sea una persona que no era el refiriéndose a otro que tampoco era el pero que había una conversación entre ellos dos siendo el donde se manifestaban agresiones”.

El discurso de los entrevistados manifiesta que el “loco” es entonces aquel que actúa de forma diferente a como se hace en la sociedad, es decir a los estereotipos que se edifican y se transforman socialmente; al respecto Araya, (2002) indica “que los estereotipos son el primer paso en el origen de una representación” (p. 45). Por tanto el hecho que los sujetos entrevistados pertenezcan a grupos sociales, genera que su discurso en torno al enfermo mental y la EM este mediado por las diversas RS que de allí se desprenden.

7.2. Religión – Representación Social – Enfermedad Mental

La religión ha participado en la construcción que la sociedad ha realizado del concepto de EM y del tratamiento que se ha dado al enfermo mental; como lo deja ver Omaña Palanco(2008)al decir que: “Las enfermedades eran un “castigo divino”, y para conseguir la curación, los sacerdotes debían descubrir cuál era el pecado que se había cometido. En el “tratamiento” se empleaban oraciones, salmodias, sacrificios, fórmulas mágicas” (p. 9).

La religión es tan importante que aspectos relacionados con lo religioso continuaron apareciendo en la base de las narraciones de los entrevistados sobre las posibles causas de la EM y del enfermo mental.

El entrevistado tres ha construido sobre su religión una idea donde la EM es producto del pecado o de espíritus malignos que se apropian de la voluntad de sus fieles: “*uno va a creer que tiene... a ese se le metieron los espíritus, por decirlo así, es lo que se dice en las iglesias*” idea que concuerda con episodios de la historia religiosa. Así mismo este entrevistado expresa que: “*(...) esa persona esta así porque se salió, se retiró, entonces tiene siete espíritus, es así o sea, eso es lo que más se nombra*” se observa en la narración de éste que la religión en la cual participa considera que puede ser “poseído” quien no cumpla con los parámetros establecidos.

Es decir que para este entrevistado el hecho de retirarse de la religión a la que se adscribe puede implicar algún tipo de castigo divino, este mismo sujeto considera que: “*desde lo religioso siempre perciben al “loco” desde una postura pecaminosa*”. Se evidencia que desde

estas prácticas religiosas se trasmite a los fieles una RS de enfermo mental desde una concepción “pecaminosa” que perdura en el tiempo.

En este caso aunque los participantes indican que sus RS se han transformado mediante el paso por la academia, en su discurso sobre la EM se hallan elementos que continúan siendo de orden religioso ya que todos los entrevistados hicieron referencia a la forma como desde sus religiones aún se sigue considerando al “loco” como alguien influenciado por fuerzas malignas. Al respecto el entrevistado uno expresa. *“se podría pensar que desde la religión católica ha habido una creciente percepción y apertura a considerar las enfermedades mentales justamente por lo que son enfermedades”* lo cual se hace relevante ya que estos cambios también se considera afectan la representación de la EM del entrevistado sin embargo por otra parte manifiesta que *“todavía existen algunas comunidades que piensan que los “locos” son aquellos que están siendo influenciados por el mal llámese el demonio o un espíritu impuro”*. Es decir que continúan operando bajo una lógica mítica, hecho que concuerda con la historia y con la manera como a los trastornados mentalmente se les ha tratado como a pecadores o “poseídos”.

En esa misma línea es importante resaltar que de acuerdo con la narración de los entrevistados uno y tres, el postulado de las iglesias en las que participan le atribuyen casusas sobrenaturales a la EM; explicadas éstas como posesiones de espíritus y castigos divinos, sin embargo no lo expresan a título personal; es decir que no lo manifiestan como si compartieran dicha postura, hecho que contrasta con la percepción que al respecto tiene el entrevistado dos quien refiere que el pecado podría ser la génesis de la EM, cuando dice:

“Bueno yo considero que una (sonríe) es una opinión muy personal, es la concepción del pecado, hoy en día digamos que el pecado se percibe como algo natural, es vivir en, pues es decir, hacer cosas que son prohibidas ante una sociedad hoy en día está muy permitido, y yo creería que por eso es que digamos hay una sociedad enferma”.

Llama la atención que el entrevistado dos inclusive determina al pecado la génesis de la EM: *“para mi enfermedad mental arranca desde ahí desde el pecado, pero esa es como el imaginario que se tiene pues en las iglesias cristianas”.* Lo que permite acercarse a la representación principal que el entrevistado posee del enfermo mental como “pecador” y que deriva de la concepción que él mismo expresa de la sociedad enferma como producto del “pecado” en concordancia con lo que según el entrevistado su iglesia piensa del pecado, se observa como la RS de este entrevistado posee dos vertientes que se contraponen pero coexisten: primero génesis de la EM por el pecado, pero a la vez es un asunto que no se puede demostrar científicamente.

De otro lado es importante resaltar que para algunos entrevistados los discursos religiosos participan de las formas de tratamiento que se le brinda a los que están siendo poseídos por: *“el demonio o un espíritu impuro”* (entrevistado tres), lo que hace que la concepción mítica y pecaminosa continúe instaurándose en los participantes de estos ritos religiosos y por tanto sea lenta la transformación de las RS en torno a la EM. Dichas formas de “tratamiento” que utilizan algunas religiones para sanar a los enfermos mentales o a los “poseídos” continúan haciendo parte de las formas de exclusión que registra la historia, en las cuales a las personas que padecían algún tipo de enfermedad se les alejaba de la población que se consideraba como sana, es decir

que al “loco” se le trataba como impuro, de lo cual Foucault (2002) expresa que: “(...) el acceso a las iglesias estaba prohibido a los locos, aunque el derecho eclesiástico no les develaba los sacramentos” (p. 11) lo que permite dilucidar que el discurso religioso es fundante y determinante en los sujetos para la construcción de las RS que giran en torno a los enfermos mentales. Es de aclarar que justamente la participación de las religiones en torno a las diversas miradas que a través de la historia han dado a la EM también ha aportado en la transformación de las mismas.

7.3. Representación Social – Enfermedad Mental – Persona Peligrosa

Los discursos que giran en torno al “loco” permean los diferentes espacios, hecho que conlleva a la constitución de representaciones tanto individuales como colectivas, lo cual se observa en el caso de los entrevistados ante la pregunta sobre la imagen que se tenían del “loco” cuando eran niños, éstos emitieron algunos relatos que giran en torno a la peligrosidad del “loco”:

“imaginaba un “loco” como alguien con la intención de generar daño así lo percibía”

(Entrevistado tres)

Por tanto la representación que éste sujeto tiene sobre de la “locura” concuerda con lo dicho por Moll L. (2013) cuando en su investigación encontró que “los participantes consideran que un individuo que sufre una enfermedad mental es percibido como "loco", "peligroso", "agresivo", "dependiente" e "incapaz"(p. 110).

Cabe resaltar que la concepción de peligrosidad se observa, pasa de generación en generación (en las familias de los entrevistados) como una especie de herencia que puede llegar

a determinar que dicha concepción de peligrosidad ante el “loco” continúe operando en la actualidad en algunos estudiantes, como influencia de algunas RS que se les transmitió mediante el discurso y que giraban en torno a un “loco” : agresivo “era alguien peligroso entrevistado dos, alguien que de cierta forma genera inseguridad para la gran masa de la población, hecho que demuestra cómo pese a que desde hace siglos se trataba de desmitificar al “loco” esta visión aun aparece inmersa en la posición que se le sugería a los estudiantes objetos de este estudio cuando eran niños.

Al respecto la entrevistado dos expresa que le decían “el “loco” es alguien que robaba niños, era alguien malo, de que es alguien que le va a hacer daño a los niños”

De otro lado llama la atención la forma en que las vivencias del entrevistado dos han participado en la representación que tiene del enfermo mental, al respecto expresa persona expresa que tras observar en un vecino ciertas conductas “anormales” lo catalogó de “loco”:

“Es decir empezó pues a hacer a matar las reses de él en la finca, a matar los animales, a lacerarse él, a maltratar la esposa y entonces para nosotros era como una persona loca, una persona sádica, que hace cosas malas, que es un asesino en serie, por ejemplo, ese tipo de cosas”(entrevistado dos).

En cuanto a la respuesta del entrevistado dos se halla que éste comparte la mirada del “loco” como peligroso al señalar:

“la figura y la imagen que tengo del “loco” de niño que fue la que dije al principio obedece a la primera figura que vi del “loco” de un señor alto con el cabello largo despeinado un poco sucio hablando muy duro y su discurso era refiriéndose a alguien, una persona que no

era él refiriéndose a otro que tampoco era él pero que había una conversación entre ellos dos siendo el donde se manifestaban agresiones.

Es de anotar que de esta representación del enfermo mental como “peligroso”, “agresivo”, “malo”, se encuentra registro en la historia, como lo revela Foucault (1993) cuando expresa que en la época clásica no existía “exclusión entre la locura y el crimen, sino una implicación que los anuda. El sujeto puede ser un poco más insensato o un poco más criminal, pero, hasta el final, la locura más excesiva estará rodeada de maldad” (p.101)

En resumen se puede que al retomar Banchs (1986) citada por Araya (2002) se puede decir que las representaciones de los estudiantes “se manifiestan en el discurso espontáneo, nos resultan de gran utilidad para comprender los significados, los símbolos y formas de interpretación que los seres humanos utilizan en el manejo de los objetos que pueblan su realidad inmediata” (p.28).

Lo que sugiere permite que tras observar la manera como los discursos de los sujetos sugieren al enfermo mental con el sinónimo de “loco” y por ende tras pedirles que expresaran lo que se le ocurriera ante la palabra psicosis, surgieron respuestas como: “persona que hace cosas malas”, “perversión” se determine que en dichas respuesta hace eco las representaciones sociales.

7.4. Relatos individuales – representación social- enfermedad mental

En esta categoría se observa que aun cuando los sujetos entrevistados construyen sus RS a partir del contacto continuo que tienen a través de su vida con la familia, la cultura y la academia, también lo hacen por medio de experiencias subjetivas, es decir por medio del sentido

y significado que atribuyen a los eventos que conforman su biografía de vida. Así lo muestra la narrativa de los entrevistados que ante el interrogante sobre cómo era el “loco” de su pueblo o barrio tuvieron expresiones como

“persona que salía a la calle, se desvestía, que salía corriendo, que te hablaba y quizás te encontrabas con esa persona y con sus conversaciones, quizás fuera de tono, quizás pues no tan oportunas, pues más que nada ese es el concepto que me lleve pues por la experiencia personal que tuve y esa idea que duro por mucho tiempo” (entrevistado dos).

Lo que permite observar una especie de estereotipo que concuerda con la que la sociedad tiende a estandarizar del “loco”: persona despeinada, que habla incoherencias, con ideas extrañas, que se desnuda en público, que no tiene unos adecuados hábitos alimenticios, entre otras.

Por su parte el (Entrevistado dos) ante el mismo interrogante relata una situación vivenciada en su niñez en la que hace énfasis sobre un evento relacionado con un sujeto que residía en una finca cercana

“se enloqueció es decir empezó pues a hacer a matar las reses de el en la finca, a matar los animales, todo tipos de animales, a lacerarse él a maltratar la esposa y entonces para nosotros era como una persona loca esa era como la historia es como la historia que más me marco porque lo viví” es decir surgen las experiencias subjetivas que aportan sus propias significaciones a la lectura que se realice da la EM.

En las narraciones anteriores se puede ver que los dos entrevistados ante el mismo interrogante tuvieron respuestas distintas; en esa medida es posible resaltar la incidencia que

tiene en la construcción de la RS la valoración subjetiva, el sentido y el significado que el sujeto consigna sobre la situación experimentada, por tanto si se pretende conocer las RS que un individuo posee sobre algún saber específico, ineludiblemente estos aspectos tendrían que tenerse en cuenta; al respecto Jodelet (2003) citado Rodríguez Cerda (2002) por sostiene que “para entender como la gente actúa en su vida hay que ver cuál es el significado que la gente pone en su universo” (p.131).

Por tanto ante las formas de actuar que no están dentro de los estándares sociales surgen miradas que tienden a enmarcar a los sujetos como “normales” y “anormales” y que por ende pasan a hacer parte del entramado de representaciones sociales en torno a lo que llega a ser nombrado como enfermedad mental o como enfermo mental, por tanto en algunos casos se encontraron este tipo de RS en los que los trastornados mentales actúan bajo: *“una persona pues con una manera de ser bastante distinta”* (entrevistado tres)

Así pues la sociedad mediante alguna RS enmarca al enfermo mental en determinadas conductas y síntomas, de lo cual los entrevistados de este estudio no son exentos.

7.5. Familia –representación social – enfermedad mental

En esta categoría se analiza la incidencia de la familia en la elaboración de las RS sobre la EM que tienen los tres entrevistados; al respecto Betancur Betancur, Restrepo-Ochoa, Ossa, Zuluaga Arboleda, & Pineda Rodríguez (2014) indica que:

La representación no es sólo un reflejo de la realidad, sino también una organización significativa que adquiere sentidos únicos y consensuales en un sistema de relación contextual, subjetivo y social, que rige los vínculos del individuo con su espacio y los otros,

en tanto determina sus comportamientos y sus prácticas y condiciona una serie de anticipaciones y expectativas (p. 47).

De acuerdo con lo anterior, la familia mediante sus discursos estructura la forma en que sus miembros dan sentido y significado, no solo a la realidad, sino al vínculo que establecen con el entorno, con los otros y con las ideologías sociales. Por tanto en los siguientes fragmentos de entrevista se expone la influencia que la familia ha tenido frente a la construcción de la RS que los tres estudiantes tienen de la EM. Así pues al respecto se halla la siguiente información relevante: “en la familia todavía se sigue diciendo que hay un primo que tengo es loco, que está en el internado” (Entrevistado uno).

Por tanto en algunos casos las RS tienen que ver con asuntos que se escuchan a nivel familiar o pos vivencias personales de los familiares que escuchan los niños y que aportan a la imagen que se van creando del enfermo mental durante el transcurso de su desarrollo evolutivo y que posteriormente e la edad adulta interfiere en la mirada que se asume del enfermo y de la enfermedad mental

Al respecto el entrevistado dos expresa

“hablar del loco, suele ser muy digamos algo como común en muchas familias pienso yo, obviamente en la mía también se conversaba, por eso que veíamos historias también de vecinos, de mi mamá cuando vivíamos en un municipio que se llama Ituango ¿cierto? entonces si se comentaba mucho del loco”.

Por tanto llama la atención que en términos generales en los discursos de los entrevistados se halle constantemente la designación de la “locura” como el hecho de no estar en la realidad, en la “normalidad” y se encontró que el discurso en torno al “loco” es decir las RS de las familias hacen que se establezcan distancias entre el que se encuentra en la realidad y aquel que por medio de su “locura” se haya distante de la misma

“si claro, en mi familia todo el tiempo decían: mira ese como está de loco, míralo como habla, está más perdido, está fuera de la realidad” (entrevistado tres)

Así pues dentro de las familias surgen explicaciones en torno al hecho de que las personas “están fuera de la realidad” como la que se le dan a la “anormalidad” en el cual el sujeto tiene que permanecer dentro del rango que previamente se ha caracterizado como normal, es decir que se clasifica al interior de las familias de forma sencilla al “loco” como aquel que expone solo comportamientos extraños o poco frecuentes en una determinada sociedad o cultura, y clasifica las “desviaciones” (entrevistado dos) como “anormales” y de enmarcarla dentro de unos rangos idealizados que dejan personas con etiquetadas de enfermas mentales.

En este orden de ideas el entrevistado tres expone su experiencia al expresar que la familia decía del enfermo mental

“éste está más “loco” que una cabra el pobre, pues, y otras expresiones como que loquera, para referirse a conductas que para mi familia estaban por fuera de lo que era estar cuerdo, si ves” (Entrevistado tres).

Representaciones que giran como se ha sugerido, en torno a la pérdida de la realidad del sujeto, también la familia y por ende sus miembros o algunos de estos se articulan a discursos como los religiosos, donde las RS de dioses que castigan el pecado enviando males a sus hijos y

haciéndolos divagar en los horizontes de la “locura” afectan la RS que se tiene del Enfermo mental.

Por tanto con base en la lógica que exponen los entrevistados es oportuno remitirse a la historia en la cual a la luz de M. Foucault (1963) se puede observar cómo se le designaba a los conflictos familiares como un “asunto privado y connotación de asunto psicológico” (p.69), así mismo este autor expresa que a los llamados “locos” las familias los internaban para evitar la “deshonra”, es decir por defender el honor de las éstas. (p. 107) lo que implica que los discursos familiares también influye en la mirada que se realiza a nivel social del “loco” y por ende de la EM.

En este sentido cabe resaltar, que las narraciones presentadas por los entrevistados dan cuenta de la relevancia de la familia en lo concerniente a la construcción de las RS, lo cual confirma lo expuesto por Ossa (2012), cuando indica que la familia es un elemento de organización significativa, es decir, que influye en la posición, la connotación, el valor y el significado que los sujetos atribuyen a algunos asuntos de orden social, en el caso de esta investigación la EM. Por tanto la familia participa activamente en las representaciones que se construyen tanto de forma individual como colectiva del enfermo mental y de la EM.

7.6. Academia – Representación social - Enfermedad Mental

En esta categoría se analiza la forma como la academia ha influido y quizá transformado las RS de la EM en las unidades de análisis, además al considerar la relevancia de ésta en la presente investigación se hace necesario destacar que se hallaron elementos importantes en las narraciones de los entrevistados, los cuales se presentan a continuación.

Al preguntar al entrevistado qué es para él una enfermedad mental respondió:

“es el padecimiento subjetivo que tiene... es el padecimiento subjetivo que notician las personas en un determinado momento. Yo podría entonces llamar enfermedad mental a un padecimiento que es del orden de lo subjetivo que se noticia a través del discurso y que y que desborda a la persona en angustia y hace que sus relaciones con el mismo, con los demás y con su mundo, se vean afectadas”.

Vale la pena observar como este entrevistado refiere al término “padecimiento subjetivo” cómo un concepto académico mediante el cual busca denominar el malestar subjetivo que las personas experimentan en los momentos de dificultad; de igual forma utiliza la expresión “noticia a través del discurso” mediante la cual señala el uso del lenguaje en su sentido amplio como el medio de comunicación que un sujeto utiliza para notificar una anomalía o “*angustia*” vivida.

Por otra parte con el propósito de analizar la participación de la academia en la transformación de la RS sobre la EM, sería pertinente volver sobre la cuestión que apuntaba a conocer la imagen que este entrevistado tenía en su niñez del “loco”; la cual al ser dividida en dos momentos, deja ver que en la primera parte de su discurso acudió a aspectos físicos para desinar al “loco”: *la imagen del “loco” que tengo obedece a un señor alto con el cabello largo, despeinado un poco sucio y hablando muy duro*, y padecimiento subjetivo.

Lo anterior evidencia que las RS sobre la EM de este entrevistado están mediadas por experiencias subjetivas y por el discurso académico; al respecto Araya (2002) señala que: “las estructuras sociales inciden sobre la formación de las representaciones sociales, y de cómo

intervienen los esquemas ya constituidos en la elaboración de nuevas representaciones” (p. 33-34).

A este mismo entrevistado mediante la técnica de asociación libre, se le indicó que expresara una palabra en la que pensara al escuchar el término “psicosis” y su respuesta inmediata fue “locura”, lo cual da cuenta de que las RS sobre la EM de este sujeto, están mediadas por el discurso académico; develando además que las RS son entidades “dinámicas, pues éstas se modifican constantemente en la interacción diaria de las personas” (Araya, 2003. p 45).

Por su parte el entrevistado dos ante el mismo interrogante indica: *“para mí la enfermedad mental es una persona que no actúa acorde con los lineamientos de una cultura, eso es lo que yo entiendo por enfermedad mental”*.

Este entrevistado introduce un asunto importante que se emparenta con la descripción realizada por el entrevistado uno, cuando al referir la imagen del “loco” que tenía en su niñez indicaba que: *“su discurso era refiriéndose a alguien, o sea una persona que no era él, refiriéndose a otro que tampoco era él pero que había una conversación entre ellos dos, siendo él donde se manifestaban agresiones”*, lo que al parecer encuentra vecindad ser con la narración del entrevistado dos cuando hace énfasis en que una conducta característica del “loco” consiste en que: *“no actúa acorde con los lineamientos de una cultura”*; en esa medida las narraciones de ambos sujetos convergen al señalar que al parecer la sociedad construye parámetros de

comportamientos que delimitan lo “real” de lo no “real”, es decir que actuar de manera distinta a establecido por el consenso social puede ser indicativo de EM.

Con base en lo anterior se evidencia que para los entrevistados la EM o el que padece una enfermedad mental, actúa de forma distinta a lo que la sociedad determinaría como “normalidad”; sobre esto Foucault (1963), expresa que: “los hombres de la sinrazón son tipos que la sociedad reconoce y aísla, el depravado, el disipador, el homosexual, el mago, el suicida, el libertino. La razón empieza a medirse según cierto apartamiento de la norma social” (P.77).

Por su parte el entrevistado tres en cuanto a las causas de la EM expresa que: *“digamos que uno vivir en un sistema reprimido como el que vivimos eso también es una causa de la enfermedad mental porque justamente, la enfermedad mental ahora se ha tomado, digamos que la visión que tiene es porque se ha aislado el ser y se está mirando es como la enfermedad o el síntoma y ese ser humano se está aislando”*. Cuando este sujeto refiere el concepto de *“sistema reprimido”* expone la participación de la academia en su discurso, en el cual al parecer hace referencia a las limitaciones que establecen las normas sociales entre el deseo del hombre y lo que se le permite hacer o tener; por otra parte manifiesta que la EM es el resultado de que: *“se ha aislado el ser y se está mirando es como la enfermedad o el síntoma y ese ser humano se está aislando”*, permitiendo observar en su narración la presencia del academia, ya que acude a conceptos teóricos como *“síntoma”* cuando indica que se *“ha aislado el ser”* hace referencia a un tipo de “exclusión” de la existencia humana.

En cuanto al entrevistado dos utiliza diversos términos académicos cuando define lo que considera una EM, como se puede observar a continuación:

“la enfermedad mental es una anomalía digámoslo así el primero a nivel cognitivo cierto en los procesos que la persona viene realizando e es una alienación de la realidad si y la persona pierde el enfoque de sus tareas cotidianas, las más básicas y elementales como son tareas relacionadas con sus capacidades básicas como la memoria, la atención, la percepción y por eso en digamos esa anomalía, esa alienación,”

Como se puede ver la academia tiene un incidencia amplia en las RS de este entrevistado, así lo sugiere su narración cuando realiza un despliegue de términos para referir “*anomalías*” “*alienación*” y afecciones relacionadas con procesos mentales superiores como “*la memoria*”, “*la atención*”, “*la percepción*” que afectan no solamente al sujeto en lo individual sino en su esfera social, es decir en sus áreas de funcionamiento. Por lo tanto posterior al análisis del discurso de los tres entrevistados en esta categoría se evidencia que la forma como la academia incide en las RS sobre la EM de estos sujetos se fundamenta por una parte en la teorización de conductas y comportamientos, y por otra en la posición que los entrevistados asumen frente a los postulados de la academia.

7.7. Enfermedad mental – Estado – Representación Social

Ésta es una categoría emergente que surge cuando se preguntó a las unidades de análisis por quién debe tratar al enfermo mental; el entrevistado uno indica que debe ser atendido por “el psicólogo”, el entrevistado tres dice que debe haber una atención interdisciplinaria donde de ser necesario se articule el “psiquiatra”; sin embargo cabe resaltar que el entrevistado dos no coincide con los anteriores puntos de vista y expone lo siguiente:

“Una muy buena pregunta” (dice su nombre y apellido) y continúa relatando:

“considero que lo debe atenderlo el Estado, pero obviamente de mano pues de los psiquiatras y de los psicólogos”. ¿Por qué? Porque a veces es ese mismo Estado, es ese mismo sistema el que se encarga de inconscientemente de enganchar al ciudadano o al ser humano en ese sistema consumista, obviamente el Estado es el que se debe encargar, es el que apersonar de la situación, porque yo veo que muchas veces lo hacen las familias, son las que se encargan de eso las familias y eso es muy complicado”.

El anterior relato es claro que para el entrevistado el Estado es directamente responsable de atender a los enfermos mentales y que en caso que dicho Estado no cumpla con su función son las familias de éstos las que se ven obligadas a asumir toda la responsabilidad. Esta percepción que el entrevistado tiene está en concordancia con algunos de los dictámenes que se expusieron anteriormente en cuanto a lo jurídico, donde la Constitución Política de Colombia de 1991 indica que “El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan” (p. 3).

El entrevistado dos aunque hace mención al acompañamiento del psicólogo y el psiquiatra, enfatiza en el acompañamiento que el Estado debe suministrarle a los enfermos mentales.

En esa misma línea es interesante que también según la persona entrevistada:

“en este sistema del clientelismo, pues, es cosa súper rápida, súper “loca”, pierde la posibilidad de vivir y donde todo va supremamente rápido. Y hay pueden surgir muchas enfermedades mentales. La depresión por ejemplo, porque no alcanza uno el ideal de la sociedad, que debería ser exitoso en todo”.

El relato anterior que deja ver que el Estado también participa en la construcción que se ha venido nombrando, existe en torno a la EM y que si bien de cierta forma se dijo al hablar de la normatividad que se establece para regular las prácticas relacionadas con la EM, en la perspectiva del entrevistado se halla que el Estado también es responsable de que se pierda “la posibilidad de vivir” ya que se está al servicio de cierta manera de la maquinaria de producción de la industria. Lo cual concuerda con lo expuesto por M. Foucault citado por Carmona (2002), cuando hace dice que la vida se pone al servicio de la industria.

En ese mismo orden de ideas se halla relación entre lo que se ha expresado con uno de los hallazgos que realizaron en la investigación realizada por Chaverra Zapata, Giraldo Aceveo, & Mery Real, (2008) en la cual como se mencionó en los antecedentes de investigación, los investigadores encontraron que “el “enfermo mental” tiene un restringido lugar en el aparato de salud Colombiano. Por ideología política, el estado busca la normalización de la diferencia en términos de la persona, como integrante de un aparato de producción” (p.80).

Por tanto desde lo jurídico se puede decir que las dificultades que generan las faltas de definiciones claras es que se den las mismas dificultades al interior de las leyes y al momento de abordarlas. Como se puede evidenciar en la legislación colombiana existen también vacíos en relación al término EM, que se hacen evidentes en la medida en que las leyes y artículos que apunta a la regulación de este fenómeno, actúan sobre bases pre-construidas por otros discursos. Por consiguiente, si los pilares de dichas leyes están atravesados por un objeto desdibujado, estas carecerán de precisión en su actuar.

Ahora bien el hecho que el Estado se apropie de leyes que intentan regular las prácticas en torno a la comprensión y trato que se le da al enfermo mental, también aporta a la construcción de las RS y la EM.

8. Conclusiones

La investigación encontró que las representaciones sociales sobre la enfermedad mental en los sujetos participantes coinciden en que el “enfermo mental” es una persona que está constantemente por fuera de la realidad; por lo tanto a partir de esta investigación se concibe que el enfermo mental está por fuera de los parámetros considerados por la sociedad como “normales”.

Dentro de las representaciones sociales de la enfermedad mental en las tres unidades de análisis se encontró la idea de que el sujeto que la padece es un ser peligroso para sí mismo y para la sociedad, lo cual se encuentra reflejado en las entrevistas realizadas cuando afirman que: el “loco” es una sujeto que roba niños, que “mata”, que hace daño; lo que coincide con los antecedentes de investigación, donde Moll L. (2013) quien encontró que el enfermo mental era percibido como alguien: "loco", "peligroso", "agresivo", "dependiente" e "incapaz"(p. 110).

Se halló que la representación social sobre la enfermedad mental en los sujetos entrevistados se ha asociado con la de un sujeto llamado “loco”, relacionándose con el imaginario social que se ha construido alrededor del concepto de “loco”, incluyendo los estereotipos y las distintas interpretaciones que se han realizada de él en distintos contextos sociales e históricos, siendo el contexto familiar uno de los lugares sociales donde se establece.

Se encontró que las representaciones sociales sobre la enfermedad y el enfermo mental que poseen los tres estudiantes entrevistados están atravesadas por los distintos discursos académicos que han adquirido en su formación profesional, lo que permitió identificar como esta formación influye en la concepción de enfermedad mental y el enfermo mental.

Se concluye que las representaciones sociales sobre enfermedad mental en los estudiantes entrevistados contienen elementos tanto académicos como del sentido común como son: personales y religiosos, por lo tanto es una amalgama de discursos académicos y de sentido común.

La investigación encontró que hay una variedad de posturas frente a la enfermedad mental: psicológicas, psiquiátricas y jurídicas, de acuerdo a la postura será la intervención que se haga de la enfermedad mental. Así se concluye que alrededor de la enfermedad mental y el enfermo mental existen varias prácticas que son constituidas al interior de cada disciplina

Se encontró que algunas de las categorías de análisis comparten la idea de que la intervención del enfermo mental debe ser realizada por instituciones públicas como el Estado, responsabilizándolo de todo su proceso de tratamiento.

En los enfoques teóricos clásicos de la psicología se evidencian convergencias, pero también divergencias en relación con la enfermedad mental y enfermo mental; en la psicología está relacionado con las escuelas teóricas y las cosmovisiones que la integran, y de acuerdo al enfoque será la comprensión y la intervención de éstos.

Teniendo en cuenta los diferentes hallazgos de esta investigación y la importancia que para la psicología debería tener la comprensión de la construcción de la realidad del sujeto, más que la psicopatologización o normalización del mismo, surge la inquietud alrededor de lo imperante de repensar/replantear la conceptualización de la EM, otorgándole un lugar al sujeto, más que orientarse a la estigmatización del mismo.

9. Anexos

Entrevista

1. ¿Qué es para usted la enfermedad mental?
2. ¿Cuáles considera usted, son las causas de enfermedad mental?
3. ¿Cuando alguien se enferma mentalmente que se puede hacer?
4. ¿Cómo se evidencia que alguien está enfermo mentalmente?
5. ¿Quién debe atender al enfermo mental?
6. ¿Qué tipo de enfermedades mentales conoce?
7. ¿La idea de enfermedad mental que tenía al iniciar su pregrado ha cambiado a La fecha?
8. Cuando era niño ¿Cómo imaginaba un loco?
9. ¿Cómo era el “loco” de su pueblo?
10. ¿Usted ha escuchado historias de locos en su familia?
11. ¿Practica alguna religión? Esta se realiza con el fin introducir la siguiente pregunta, en caso de recibir una respuesta afirmativa.
12. ¿Qué idea tienen de enfermedad mental dentro de la iglesia?
13. ¿Si yo le digo alienación que piensa?
14. ¿Si yo le digo psicosis qué piensa?
15. Mencione tres palabras que se le ocurran cuando escucha ¿enfermedad mental!

Consideraciones éticas

Es de anotar que para caso de esta investigación se tendrá en cuenta al momento de realizar la recolección de los datos la confidencialidad de los mismos, por tanto no se revela ninguna información de los participantes, al tiempo que se estará atento a que los procedimientos establecidos como necesarios para la investigación no ocasionen daños físicos o emocionales que afecten la salud de los entrevistados. Además, los participantes firmarán el consentimiento informado en el cual se han establecido previamente los parámetros de esta investigación.

Por tanto es pertinente tener en cuenta las directrices del Código Ético del Psicólogo, dentro de las cuales se destacan en efecto de la presente investigación las siguientes:

Artículo 35°. El psicólogo/a esta obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razones del ejercicio de su profesión haya recibido información.

Artículo 39°. La información obtenida por el psicólogo no puede ser revelada a otros, excepto en los siguientes casos, siempre y cuando no conlleve peligro o atente contra la integridad y derechos de la persona, su familia o la sociedad:

a) Cuando dicha evaluación o intervención ha sido solicitada por otra persona - jueces, profesionales de la enseñanza, padres, empleadores, o cualquier otro solicitante diferente del sujeto evaluado-, éste último o sus padres o tutores tendrán derecho a ser informados del hecho de la evaluación o intervención y del destinatario del Informe Psicológico consiguiente. El sujeto de un Informe Psicológico tiene derecho a conocer el contenido del mismo, siempre que de ello no se derive un grave perjuicio para el sujeto, y aunque la solicitud de su realización haya sido hecha por otras personas o entidades.

b) Cuando las autoridades legales lo soliciten, solo en aquellos casos previstos por la ley. La información que se suministre será estrictamente la necesaria.

Artículo 49°. Todo/a Psicólogo/a, en el ejercicio de su profesión, procurará contribuir al progreso de la ciencia y de la profesión psicológica, investigando en su disciplina, ateniéndose a las reglas y exigencias del trabajo científico y comunicando su saber a estudiantes y otros profesionales según los usos científicos y/o a través de la docencia.

Artículo 50°. En la investigación, el/la Psicólogo/a se abstendrá y se negará absolutamente a causar en la persona daños permanentes, irreversibles o innecesarios para la evitación de otros mayores. La participación en cualquier investigación deberá ser autorizada explícitamente por la/s persona/s con la/s que ésta se realiza, o bien por sus padres o tutores en el caso de menores o incapacitados.

Artículo 51°. Cuando la investigación psicológica requiera alguna clase de daños pasajeros y molestias, como choques eléctricos o privación sensorial, el investigador, ante todo, se asegurará de que los sujetos participen en las sesiones experimentales con verdadera libertad, sin constricciones ajenas de tipo alguno, y no los aceptará sino luego de informarles puntualmente sobre esos daños y obtener su consiguiente consentimiento. Aun habiendo inicialmente consentido, el sujeto podrá en cualquier momento decidir interrumpir su participación en el experimento.

Artículo 52°. Cuando la investigación requiera del recurso a la decepción o al engaño, el/la Psicólogo/a se asegurará de que éste no va a producir perjuicios duraderos en ninguno de los sujetos, y, en todo caso, revelará a éstos la naturaleza y necesidad experimental de engaño al concluir la sesión o la investigación.

Artículo 53°. La investigación psicológica, sea experimental, sea observacional en situaciones naturales, se hará siempre con respeto a la dignidad de las personas, a sus creencias, su intimidad, su pudor, con especial delicadeza en áreas como: a) el comportamiento sexual, que la mayoría de los individuos reserva para su privacidad, b) también en situaciones relacionadas con ancianos, accidentados, enfermos, presos, etc. c) que, además de cierta impotencia social entrañen un serio drama humano que es preciso respetar tanto como investigar.

Consentimiento informado

Corporación Universitaria Minuto de Dios Seccional Bello

Programa de Psicología

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales



Consentimiento informado

Estudiantes del VIII Semestre de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales del programa de Psicología de la Corporación Universitaria Minuto de Dios UNIMINUTO Seccional Bello, adelantan una investigación en relación a las **“Representaciones Sociales sobre enfermedad mental en tres estudiantes de psicología de octavo semestre jornada nocturna, de la Corporación Universitaria Minuto de Dios- Seccional Bello 2015-2.”**, es por ello, que solicitan su participación libre y voluntaria para la aplicación de una Entrevista Semiestructurada la cual será grabada, con el propósito de obtener información relevante para la investigación.

Yo _____ Identificada con cédula de ciudadanía _____ de _____ certifico que he sido informada con la claridad y veracidad debida, respecto al ejercicio académico que los integrantes del equipo de investigación me han invitado a participar. Manifiesto que participo de manera libre y voluntaria contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedora de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna. Teniendo en cuenta que se trata de una investigación con fines netamente académicos, no recibiré devolución escrita.

Nombre de la Participante: _____

Firma: _____

Fecha _____

1. Bibliografía

- Alfonso, M., & Hofmann, E. O. (2006). La filosofía del derecho. In *Consumerfreedom* (Ed.), (pp. 1–14). S.L. Retrieved from www.consumerfreedom.com
- Araya, S. U. (2002). Las representaciones sociales. Ejes teóricos para su discusión. *Cuadernos de Ciencias Sociales* 127, 127, 84. <http://doi.org/10.1174/021347407782194425>
- Ayestarán, S., & Páez, D. (1986). Representación social de la enfermedad mental. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 6(016), 95–128. Retrieved from <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1986/revista-16/08-representacion-social-de-la-enfermedad-mental.pdf>
- Betancur Betancur, C., Restrepo-Ochoa, D. A., Ossa, Y. D. J., Zuluaga Arboleda, C., & Pineda Rodríguez, C. (2014). Representaciones sociales sobre salud mental en un grupo de profesionales en la ciudad de Medellín : análisis prototípico y categorial. *Revista CES Psicología*, 7(2), 96–107.
- Bleichmar, N. (1989). *El psicoanálisis después de Freud*. México: Paidós.
- Calderón, P., Gutiérrez, J. R., & Velasco, J. J. (n.d.). Psiquiatría: bases fisiológicas de la práctica psiquiátrica. In *Farmacia hospitalaria* (pp. 1333 – 1394). Retrieved from <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP18.pdf>
- Capponi M., R. (2011). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. (U. C. de Chile, Ed.) (1st ed.). Santiago de Chile.
- Castro, A. De, Mebarak, M., Salamanca, M. del P., & Quintero, M. F. (2009). Salud mental : un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología Desde El Caribe. Universidad Del Norte*, 23(Ene-Jul), 83–112.
- Chaverra Zapata, D. C., Giraldo Aceveo, V., & Mery Real, A. M. (2008). *Aproximación a la representación social de enfermedad mental: en los profesionales de la salud de cinco municipios del oriente antioqueño (El Carme de Viboral, La Ceja, Marinilla, Rionegro, El Retiro) (Monografía para optar el título de psicólogo)*.
- Chaverra-Zapata, C., Mervin, D., Giraldo-Acevedo, V., & Real, A. M. (2008). Aproximación a la representación social de enfermedad mental en los profesionales de la salud de cinco municipios del oriente antioqueño (El Carmen de Viboral, La Ceja, Marinilla, Rionegro, El Retiro) (Monografía para optar el título de Psicólogo).

- Contreras, R. R. (2004). Paradigma científico según Kuhn. Desarrollo de las ciencias: del conocimiento artesanal hasta las ciencias normales. Retrieved October 26, 2015, from <http://es.slideshare.net/Bohemio83/paradigma-cientifico-segunkuhn>
- Correa, J. C. C., Ortiz, C. A. M., & Arias, V. S. (2015). *La relación existente entre el diagnóstico que se realiza en las IPS acreditadas en salud en el valle de Aburrá y el que se sustenta desde los diferentes enfoques de la psicología*. Bello-Antioquia.
- Desviat, M. (2010). Síntoma, signo e imaginario social=Symptom, sign and social imaginary. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 30(Ene-Mar), 125–133.
- Espinosa, D. A. N., Santamaría, D. L. O., Martínez, L. F. C., & Hernández, N. A. G. (2015). Representaciones sociales sobre la maternidad que operan en la decisión de ser o no ser madre en un grupo de mujeres profesionales entre los 25 y 35 años de edad de la ciudad de Medellín.
- Esquiro, É. (2013). Sobre las pasiones [1805] (Fragmento). *Revista Affectio Societatis*, 10, 153 – 171. <http://doi.org/0123-8884>
- Falkowski, J. (2006). Cátedra de Química Medicinal - 2006- Fac Cs. Exts. Qcas.y Nat-UnaM Guías de Estudio. *Cátedra Química Medicinal*, 1–41.
- Foucault, M. (1993). *Historia de la locura en la Época Clásica I. Bsolot.Info*. [http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6696\(199924\)35:1<63::AID-JHBS15>3.3.CO;2-O](http://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6696(199924)35:1<63::AID-JHBS15>3.3.CO;2-O)
- Foucault, M. (2002). Foucault Michel - Enfermedad Mental Y Personalidad [Sicario Infernal].PDF.
- Gamboa-Chaverra, E. (2007). *Módulo de psicopatología. The effects of brief mindfulness intervention on acute pain experience: An examination of individual difference* (Vol. 1). <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Gaviria, J. (2005). La inimputabilidad: Concepto y alcance en el código penal colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 26–48.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la investigación. Igarss 2014* (5th ed.). México: Mc Graw-Hill. <http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Hernández-Cardet, Y. (2011). La vida sólo se vuelve un poco transparente ante la razón histórica. Ortega y Gasset.
- Kernberg, O. K. (1987). Trastornos graves de la personalidad.
- Kremer, I. (2011). ¿A qué llamamos salud y enfermedad mental en pediatría? Una mirada reflexiva sobre los diagnósticos psiquiátricos y su relación con nuevas teorías de

- subjetivación en el niño. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 109(05), 412–416.
<http://doi.org/10.5546/aap.2011.412>
- López, E. Julia Hurtado, Gómez, A. I., & Ojalvaro, A. L. (2011). Las representaciones sociales mediadas por TIC'S y la brecha generacional.
- Mahler, M. (1985). Margaret Mahler, 1–3.
- Moffat, A. (1970). *Psicoterapia existencial*. s.n.
- Moll León, S. (2013). Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana. *Revista de Psicología*, 31(1).
- Monje Álvarez, C. A. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. *Universidad Surcolombiana*, 1–216. Retrieved from <http://carmonje.wikispaces.com/>
- Muñoz-Polit, M. (2014). La sensibilización Gestalt en el trabajo terapéutico: desarrollo del potencial humano.
- Omaña-Palanco, R. (2008). *Estudio sobre la depresión según la encuesta nacional de salud. 1995-2003. Historia*.
- Omero, A. a R. R. (2009). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental, 23(2010), 289–300.
- OMS. (2015). ¿Cómo define la OMS la salud? Retrieved October 26, 2015, from <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- RAE. (2015). Diccionario de la lengua española. Retrieved October 27, 2015, from dle.rae.es
- Raheb, C. (2008). Master en Paidopsiquiatría Módulo I Clasificación en. *Mater En Paidopsiquiatría*. Retrieved from http://www.paidopsiquiatria.cat/files/sistemas_clasificacion_dsm-iv_cie-10.pdf
- República de Colombia. (1991). Constitución Política de la República de Colombia de 1991.
- República de Colombia. (2011). *Código Penal Colombiano : Ley 599 de 2000*. Bogotá. Retrieved from http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/legislacion/l_20130808_01.pdf
- Rodríguez Cerda, O. (2002). Entrevista a Denise Marlmestein. *Relaciones*, XXIV, 2. <http://doi.org/http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/1991/01/04/pagina-2/34087210/pdf.html?search=trastorno%20deficit%20atencion%20hiperactividad>
- Salazar, L. J., Murillo Villa, A., & Sierra Rubio, M. A. (2007). The concept of neurosis by William Cullen as a scientific revolution. *Enseñanza E Investigación En Psicología*, 12(001), 157–178.

Sánchez, R. O. (2003). Theodore Millon , una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF*, 8, 163–173.

Segal, H. (1982). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. (Paidós, Ed.) (1st ed.). España.
Retrieved from <http://es.scribd.com/doc/146187237/86607061-hanna-segal-introduccion-a-la-obra-de-melanie-klein-arrastrado-pdf#scribd>