



Fotografía: Miikka Luotio
<https://unsplash.com/photos/OZQESnXutw>

ESTIGMAS SOBRE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SU INFLUENCIA EN LA DECISIÓN DE ASISTIR A PSICOTERAPIA, EN POBLACIÓN RURAL DE LA CAPILLA, BOYACÁ

Alejandra Paola Contreras Otálora
alejandra-contreras@upc.edu.co

Andrés Felipe Nieto García
andres-nieto@upc.edu.co

Daniela Parra Lamprea
daniela-parra1@upc.edu.co

Laura Camila Revelo Vásquez
laura-revelo@upc.edu.co

Manuel Fernando Rincón Ovalle
manuel-rincon1@upc.edu.co

Abstract

Social stigmas are an important aspect to consider when deciding to seek psychological help. Considering this, we aimed to identify the stigmas that the rural population of La Capilla (Boyacá) has about professionals in clinical psychology, and how these could influence the decision to attend (or not) to psychotherapeutic treatment. Although there are professionals who provide this service in La Capilla, there is no expected connection between social needs and therapy attendance whatsoever. The research was developed from the hermeneutic-interpretive paradigm, using a qualitative and descriptive design. The sample was selected for convenience: participants were 10 inhabitants (6 women and 4 men) from the rural area of the municipality, aged between 18 and 65

years, and the information was collected through semi-structured interviews. The results indicate a relationship between participants' stigmas about mental illness, which, indirectly, generate a barrier towards psychotherapeutic treatment. It was also identified that treatment barriers include the lack of information on psychological programs and geographic distancing, as determining factors that influence the decision to access mental health services.

Keywords

Stigmas, Social representations, Clinical psychology, Mental health, Treatment barriers, Rural population.

Resumen

Los estigmas sociales son un aspecto importante a considerar al momento de tomar la decisión de buscar ayuda psicológica. A partir de esto se buscó identificar si los estigmas que tiene la población rural de La Capilla Boyacá, acerca de los profesionales en psicología clínica, influyen en la toma de decisión de asistir o no a los tratamientos psicoterapéuticos pues, aunque hay profesionales que prestan dicho servicio, no se encuentra una conexión esperada entre la necesidad social y la asistencia a terapia. La investigación se desarrolló desde un enfoque cualitativo, de tipo descriptivo, tomado desde un paradigma hermenéutico-interpretativo. El tipo de muestreo se realizó por conveniencia; los participantes fueron 10 habitantes (6 mujeres y 4 hombres) de zona rural de dicho municipio, con edades comprendidas entre 18 y 65 años; la recolección de la información se hizo a través de entrevistas semiestructuradas. En los resultados se encontró que sí existe una relación entre los estigmas que se desarrollan en los participantes al momento de hacer referencia a una enfermedad mental, lo cual genera, indirectamente, una barrera hacia el tratamiento psicoterapéutico; asimismo se identificó que, dentro de las barreras de tratamiento, la falta de información de programas psicológicos y el distanciamiento geográfico también son factores determinantes que influyen en la decisión de acceder a servicios relacionados con la salud mental.

Palabras clave

Estigmas, Representaciones sociales, Psicología clínica, Salud mental, Barreras de tratamiento, Población rural.

Introducción

La asistencia a terapia psicológica se ve mediada por diferentes factores que influyen de manera positiva o negativa. Entre los obstáculos que constituyen barreras de tratamiento psicológico, se pueden mencionar la distancia o el desplazamiento, los costos, la infraestructura hospitalaria, la desinformación, o los prejuicios y estereotipos alrededor de la enfermedad mental y la terapia psicológica (Montorio, Márquez,

Losada y Fernández, 2003). En cuanto a los facilitadores, en la actualidad las personas se están interesando cada día más por tener una mejor salud mental, que según la OMS (2018) es crucial para asegurar el bienestar general de los individuos, sociedades y países. Existe una gran cantidad de enfermedades mentales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) y un buen número de psicólogos clínicos en el campo laboral con

las capacidades necesarias para prestar sus servicios psicoterapéuticos a la comunidad (COLPSIC, 2016). Por ejemplo, en Colombia se ha establecido que un 4,7% de la población sufre de depresión y que hay un incremento en la tasa de años perdidos por trastornos mentales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). A pesar de ello, no se encuentra la conexión esperada entre la necesidad social (incremento de enfermedades mentales) y la asistencia a terapia psicológica. Es importante resaltar que para hablar de salud en general, la OMS (2018) destaca al bienestar mental como componente fundamental dentro de la comprensión global de salud. En Colombia esto es respaldado por la Ley 100 de 1993 y la Resolución 5521 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual busca garantizar la prestación de servicios integrales, equitativos y de calidad.

Ahora bien, en contextos rurales existen diferentes factores que inciden en la toma de decisión de la asistencia a terapia psicológica. Uno de ellos es la poca atención que se le da a los servicios de salud mental en zona rural por parte de las entidades estatales, a pesar de que en el 2014 se estimó que en Colombia aproximadamente 11 millones de personas vivían en el campo (DANE, 2014). Además, en esta población se encuentran los niveles de pobreza más altos, en comparación con la zona urbana, por falta de oportunidades, exclusión y por ser centro principal del conflicto armado (DNP, 2014). Debido a esto, existen brechas en el acceso a los servicios de salud mental en las zonas rurales de país, asociadas a deficiencias de infraestructura y dotación (consultorios, hospitales y centros de salud acordes a los requerimientos básicos para la atención especializada), así como a la falta de profesionales expertos en psicología clínica en la mayoría de municipios colombianos, por lo que la responsabilidad de diagnosticar posibles afectaciones psicológicas recae normalmente en los médicos generales. A esto, se suma la dispersión geográfica y la falta de una oferta de servicios de salud articulada, propias de las zonas rurales que constituyen una de las principales barreras de acceso de la población rural (Plan Nacional de Salud Rural. Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Además de estas condiciones, es importante resaltar el papel de las representaciones y los estigmas sociales frente a la salud mental y los profesionales de la misma, que constituyen barreras menos tangibles frente a la asistencia esperada a tratamientos psicoterapéuticos (Campo, Oviedo y Herazo, 2014), pues, como afirman Baptista y Zanón (2017), la estigmatización está acompañada de sentimientos de vergüenza, lo cual inhibe

la búsqueda de ayuda, acompañado de la creencia de que quien acude al psicólogo es la persona que padece de algún trastorno severo. Igualmente, las representaciones sociales pueden constituir un factor favorable. Así, por ejemplo, López, Guzmán y Beltrán (2004) encontraron representaciones en torno a la idea del psicólogo, como un profesional que “ayuda a solucionar problemas, enfrentar y solucionar situaciones conflictivas” (p.39), mientras que García y cols. (2014) identificaron representaciones que “lo posicionan como un profesional que favorece el desarrollo humano y se interesa por la persona y su convivencia en la colectividad” (p.13). Estos antecedentes muestran que el acceso equitativo a servicios de salud mental no solo está ligado a políticas públicas que aseguren la disponibilidad de recursos físicos y humanos, sino a esquemas socioculturales presentes en la población. En este sentido, resulta relevante establecer si la existencia de estigmas sobre la psicoterapia y la enfermedad mental afectan la elección de las personas de buscar o no ayuda terapéutica.

Con respecto al contexto rural del municipio de La Capilla, Boyacá, el contexto es el siguiente. Para el año 2011, la proporción de población con necesidades básicas insatisfechas alcanzó un 64,02%, muy por encima del departamento de Boyacá (30,77%), aunque para el 2018 este porcentaje disminuyó al 7,14% (ESE Centro de Salud La Candelaria, Boyacá, 2019). A pesar de esta pronunciada reducción en la población con necesidades básicas insatisfechas, dentro de los boletines del centro de salud La Candelaria del municipio de La Capilla se pudo identificar que antes del 2017 no se tenían en cuenta las problemáticas de salud mental, por lo cual, esta disminución no necesariamente implica que la dimensión de salud en atención psicológica se encuentre satisfecha.

Dado este contexto, como pregunta de investigación se planteó el siguiente interrogante: ¿Los eventuales estigmas sociales acerca de los psicólogos clínicos, presentes en la población rural del municipio de La Capilla, Boyacá, pueden influir en su elección de asistir o no a terapia psicológica? Abordar estas problemáticas en sectores rurales resulta relevante, pues, como lo indica Lamas (2017), “necesitamos incrementar estudios e investigación que aborden temas como la subjetividad rural, la resignificación del campo, la

percepción ante las oportunidades de desarrollo y bienestar personal y social, las formas familiares rurales, el sentimiento de comunidad, etc., y lo ya efectuado, difundirlos y sistematizarlos” (p.84). En este sentido, los psicólogos debemos asumir el reto de abordar diferentes contextos sociodemográficos que no tienen la posibilidad de ir a un centro de salud.

Barreras de tratamiento

Cuando se habla acerca de las barreras de tratamiento, se hace referencia a todos aquellos obstáculos que dificultan o impiden la circulación o, en este sentido, a la asistencia a un servicio de salud, específicamente a psicoterapia. Se debe hacer este énfasis, debido a que las necesidades relacionadas a la salud física son las que mejor atención reciben ya que tanto su concepto social como institucional responde de la misma manera, siendo esta una respuesta estandarizada y universal; caso contrario a los conceptos relacionados a la salud mental, psicológica y social (Losada y Fernández, 2003)

Estigmas

Erving Goffman (1963) definen el término estigma como “un atributo que desacredita profundamente a la persona, la ‘contamina’ y la convierte en alguien ‘manchada’, llevando consigo una intención negativa frente a algún grupo, con el fin de negar su existencia verdadera, frente a elementos diferentes no permitidos en la sociedad creando posteriormente un distanciamiento hacia la persona ‘etiquetada’ (p. 12). En ese sentido, cuando una persona posee un atributo o característica diferente a la de los demás, “el medio social establece las categorías de personas que en él se pueden encontrar” (Goffman, 1963, p.1) y así, la persona estigmatizada se convierte en alguien indeseable y segregado por parte de las personas que son miembros de este medio o categoría.

Salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. También la define como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Método

Diseño de Investigación

La investigación se enmarca en el paradigma hermenéutico – interpretativo, con un diseño cualitativo de tipo descriptivo, que busca el desarrollo de conceptos que pretenden comprender los fenómenos sociales en la cotidianidad dando la importancia necesaria a las intenciones, experiencias y opiniones de cada uno de los participantes sobre la labor del psicólogo clínico. En este sentido, la presente investigación es un ejercicio comprensivo y contemplativo.

Participantes

La investigación se realizó en el municipio de La Capilla (Boyacá, Colombia). Los participantes fueron 10 habitantes (6 mujeres y 4 hombres) de zona rural, con edades comprendidas entre 18 y 65 años y sin formación profesional. El muestreo se realizó por conveniencia y los criterios de inclusión fueron ser mayor de edad y ser residente del municipio o zona veredal, mientras que los criterios de exclusión fueron: asistir a tratamiento psicoterapéutico en la actualidad, negarse a firmar el consentimiento informado, o presentar algún trastorno psicológico o problema cognitivo que impidiera la comprensión del ejercicio.

Instrumentos

Como técnica de recolección de información se eligió la entrevista semiestructurada, que permite identificar datos más profundos y detallados según el contexto del entrevistado, de forma coherente con esta investigación que pretendió acceder a hechos no observables “como pueden ser: significados, motivos, puntos de vista, opiniones, insinuaciones, valoraciones, emociones, etc.” (Heinemann, 2003), evidenciando de forma más clara y amplía la perspectiva de cada participante.

Este instrumento estuvo conformado por 13 preguntas, distribuidas en tres fases. En la fase uno, se hizo la apertura de la entrevista, con preguntas en torno a algunos datos sociodemográficos para caracterizar la muestra; en la fase dos, el objetivo fue indagar acerca de la percepción de enfermedad mental; por último, en la fase tres se buscó información acerca de la percepción del psicólogo. Antes de su administración, la validación de contenido de la entrevista se hizo según el juicio de expertos.

Procedimiento

Las entrevistas se realizaron presencialmente del 16 al 18 de octubre de 2020, cumpliendo con las medidas de bioseguridad (COVID-19), pertinentes

para el cuidado de los participantes y los investigadores. La duración de las mismas fluctuó entre 15 y 40 minutos y las entrevistas fueron realizadas en parejas de investigadores, a excepción de una de ellas, la cual la hizo solo un entrevistador por petición del participante.

Inicialmente, el entrevistador explicaba al participante el propósito, el procedimiento y las condiciones de la investigación; luego, solicitaba su firma en el consentimiento informado, para garantizar autonomía por parte de los participantes y la protección de sus datos e información brindada; después de esto, el entrevistador procedía a iniciar una conversación informal para establecer confianza (rapport) con el participante, dando inicio a la entrevista. El registro de la misma fue grabado en audio. Una vez concluidas, las entrevistas fueron transcritas de forma manual para asegurar una mayor precisión en los datos obtenidos. Posteriormente, se realizaron sus respectivos análisis.

Análisis de la información

El análisis de la información se realizó con base en la teoría fundamentada planteada por Glaser y Strauss (1967), donde el foco central es generar, inductivamente, ideas teóricas o hipótesis nuevas a partir de los datos recolectados (Glaser y Strauss, 1967 citado por Restrepo, 2013). Uno de los tipos de análisis que plantean estos autores es la codificación abierta, una clase de codificación en donde se examina el texto, estableciendo comparaciones y haciendo preguntas relacionadas con quién, cuándo, dónde, qué, cómo, cuánto, por qué, etc., las cuales ayudan a categorizar e identificar las principales relaciones, significados e interpretaciones de cada una de las personas que aportó a la investigación.

Los datos fueron tratados y analizados por medio del programa Atlas Ti V 9.0, software que permitió desarrollar el análisis cualitativo, la organización, la reagrupación y la gestión de la información recogida con los participantes, a partir de la asociación de códigos, generando así una red semántica. El uso de Atlas Ti V 9.0 permite a partir de sus funciones y comandos, aplicar los principales procedimientos de la teoría fundamentada, manteniendo una relación entre conceptos, con el fin de facilitar los procesos de construcción de conceptos y categorías (Riaño M y Vega J. 2018).

Resultados

Para empezar, se debe indicar que, de los 10 participantes, solamente cuatro manifestaron haber tenido alguna relación o contacto con profesionales de psicología. A continuación, se exponen los hallazgos relacionados con las percepciones frente a la enfermedad mental; luego, los resultados frente a la percepción sobre la labor del psicólogo y el tratamiento psicológico y por último, los resultados con respecto a la búsqueda de atención psicológica.

Percepciones de la enfermedad mental

Según la información recolectada con respecto a lo que conocen los participantes por enfermedad mental, se encontró que la mayoría de ellos presentaba confusión en su definición o directamente expresaban que no tenían claridad ante su concepto, utilizando términos referentes a la inconsciencia en el actuar, describiendo a las personas que poseían alguna enfermedad mental como sujetos que demostraban deficiencia en la coordinación motora, problemas en la toma de decisiones y alteraciones a nivel emocional y cognitivo; una de estas respuestas involucró el miedo como factor de impedimento y de “deficiencia cerebral”. En general, la mayoría de respuestas tenía un componente de duda y de factores específicos conductuales o cognitivos dirigidos a la consciencia y memoria.

Con respecto a las características de las personas que padecen una enfermedad mental, los participantes los describen como poco sociables, impulsivos, frustrados, groseros y violentos, haciendo énfasis en que dicho comportamiento es causado por el hecho de que no “se aguanta los problemas que él mismo carga”, añadiendo que son personas inconscientes de sus propios actos. Solo uno de los participantes diferenció los comportamientos de las personas dependiendo de la enfermedad mental que posean, “hay personas que pueden estar depresivas, siento que no es que se note... aunque depende, porque si es una persona que tiene esquizofrenia ya es muy notorio en sus actitudes”.

Al interrogar a los participantes acerca de las diferencias en la afectación y los efectos de las enfermedades mentales en zonas rurales y zonas urbanas, encontramos que las opiniones estuvieron divididas; cuatro de ellos evidenciaron no tener conocimiento sobre si existe o no una diferencia. Además de la poca claridad en las respuestas, tres entrevistados manifestaron que la diferencia es marcada por la facilidad en el acceso a servicios especializados en las zonas urbanas, ya que en zonas rurales el acercamiento a esta asistencia es

más complicada, debido a la geografía del territorio y la lejanía de los sitios adecuados en esta prestación; por último, tres participantes consideran que en la zona rural es menos común la presencia de enfermedades mentales, asimismo es más “llevadero” el tratamiento debido al sector en el que viven, enfatizando en la “tranquilidad” de la zona.

Al preguntarle a los participantes sobre la posibilidad de cura y mejora cuando una persona presenta algún tipo de enfermedad mental, se evidenció que gran parte de la muestra responde afirmativamente a la existencia de dicha posibilidad ante un trastorno psicológico, pero suponen algunas condiciones. Dentro de las restricciones, se exponen ideas en torno a la genética, factores biológicos, herencia, espiritualidad y deficiencias emocionales; presentándose ejemplos como los siguientes: “Sí señor, pero lo que es genético no”, “Yo creo que sí, pero igual es cuestión de tratamiento” y “si, depende la enfermedad, depende la causa, como a veces son espirituales, a veces sí son emocionales”. Merece resaltar, como lo manifestaron algunos participantes, la importancia que le dan a la búsqueda de Dios y la ayuda espiritual que les proporciona, y cómo esta relación genera una estabilidad emocional, siendo uno de los factores principales al cual recurren.

Percepciones del psicólogo

Se resaltó una visión positiva general, haciendo uso de expresiones en torno a la ayuda que puede proporcionar el profesional, además de ser una persona que da consejos y brinda orientación a partir del diálogo, sin ningún tipo de prejuicio. Uno de los participantes respondió de esta manera: “es la persona que lo escucha a uno -como mi mamá, por ejemplo- ellos lo miran a uno sin reproches, sin mal, son un soporte, como una ayuda para relajarse un poquito también”, haciendo énfasis en la función de desahogo y libertad de discurso.

Respecto al acercamiento que han tenido las personas con los profesionales en psicología, se evidencia que seis participantes no han tenido ningún tipo de vinculación; el resto de ellos, en algún momento de su vida, asistieron a psicoterapia con un profesional. Cuatro de ellos manifiestan malas experiencias como: “llegar acusada de que la psicóloga me dijera que me llevaran donde los locos”; esta participante narraba cómo, en el tiempo que asistió a terapia se sintió atacada y juzgada por parte del profesional que llevaba su caso; otro de ellos evidenció su inconformidad con la labor, expresando que: “con los psicólogos es tiempo perdido, entonces en eso poco puedo

hablar de ello, porque le digo ... una vez ya tuve trato y no sentí nada...”.

En cuanto a las funciones que esperan ver de un psicólogo en zonas rurales, surge nuevamente el tema o referencia a la duda y falta de claridad sobre la labor que pueden cumplir en las zonas rurales. Se les preguntó a los participantes acerca del tipo de situaciones en las que acudiría con un profesional en psicología clínica, encontrándose que varios participantes asistirán a terapia psicológica dependiendo de la causa y los factores que lleven a tomar esta decisión; siendo estas: el buscar apoyo y ayuda en áreas de su vida donde sienta debilidad y deficiencias emocionales, es ello se destaca la respuesta de dos participantes declarando que acudirían a esta asistencia para llevar a parientes cercanos, afirmando que necesitan ayuda en la búsqueda de posibles direccionamientos y “consejos” ante aspectos personales de su vida. Una participante afirmó que asistirá solo si cumple con aspectos de cercanía geográfica. Por último, se consultó con los participantes si conocen los pasos a seguir para acceder a los servicios de psicología en el municipio, se encontró que

ocho de ellos no conocen la ruta adecuada, teniendo respuestas como: “esa pregunta no sabría cómo contestarla” o “no tengo ni idea”; solo dos de los diez participantes conocen una parte del proceso para acceder a la asistencia terapéutica.

Considerando la información expuesta, se procedió a realizar el análisis de las entrevistas, con ayuda del software Atlas TI versión 9.0 basándonos en la teoría fundamentada, donde surgieron diferentes categorías, que permitieron el diseño de una red semántica a partir de la cual se representaron gráficamente los contenidos encontrados en las entrevistas, proporcionándonos interrelaciones entre las narraciones de los participantes.

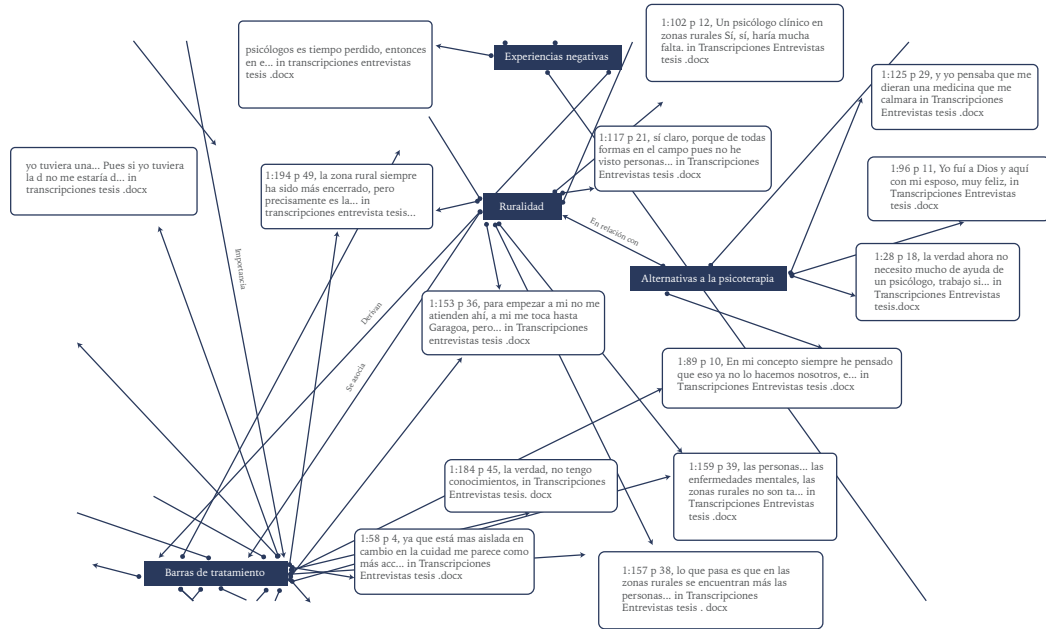
La Tabla 1 presenta las categorías emergentes y las Figuras 1, 2 y 3 presentan la red semántica derivada de dichas categorías. Teniendo en cuenta el tamaño de la red completa, se presentan fragmentos de la misma por separado para una mejor organización, además de buscar un mayor énfasis en las categorías de análisis.

Tabla 1. Códigos emergentes.

Alternativas a la psicoterapia
Atributos de personas con enfermedad mental
Barreras de tratamiento
Enfermedad mental
Estigma social
Experiencias negativas
Labor del psicólogo clínico
Percepción en salud mental
Percepción tratamiento
Representaciones sociales
Ruralidad

Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Correlación de los siguientes códigos: percepción de salud mental, experiencias negativas, ruralidad, y barreras de tratamiento.

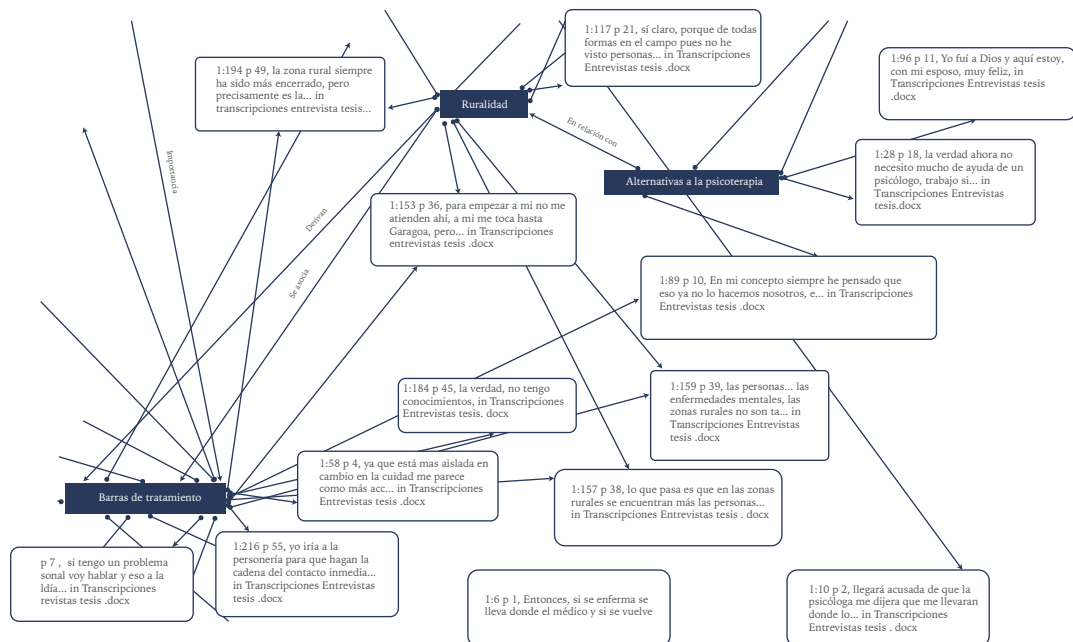


Fuente: Elaboración propia

La Figura 1 presenta la relación existente entre experiencias negativas, ruralidad y barreras de tratamiento, como muestra de la negación de

asistir al psicólogo, vinculado también a la dificultad en términos de movilidad y desplazamiento para acceder a dichos servicios.

Figura 2. Correlación de los siguientes códigos: Barrera de tratamiento, ruralidad y alternativas a la psicoterapia.

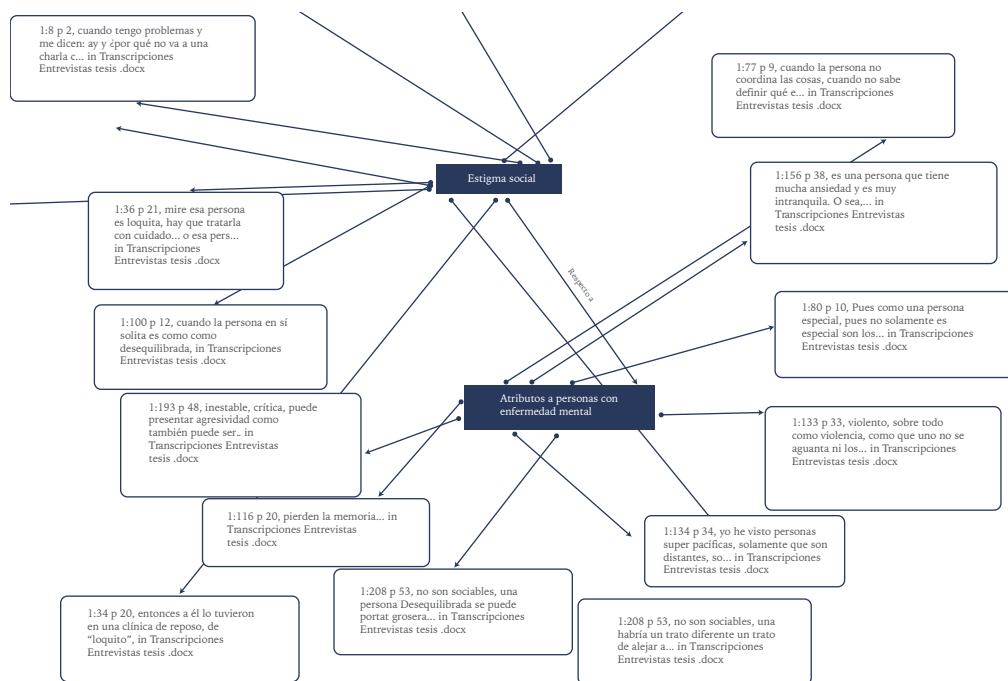


Fuente: Elaboración propia

Las relaciones presentadas en la Figura 2 dan muestra de las limitaciones en zonas rurales en términos de abandono, poca atención por parte del Estado y limitaciones en personas de la

tercera edad que viven en zonas veredales. Por otro lado, las alternativas a la psicoterapia se relacionan con componentes religiosos, añadiendo otra barrera más.

Figura 3. Correlación de las siguientes categorías: Estigma social y atributos a personas con enfermedades mentales.



Fuente: Elaboración propia

En la Figura 3 se evidencia una relación directa en cuanto a estigma social y los atributos o características que los participantes les

proporcionaban a las personas con enfermedad mental, definiéndose desde conceptos negativos y desacreditadores.

Discusión y conclusiones

La presente investigación pone en evidencia los estigmas que la población rural del municipio de La Capilla, Boyacá, tiene con respecto a las personas que poseen una enfermedad mental, siendo esto una barrera de tratamiento ante la asistencia a terapia. Se considera que la comunidad identifica la estigmatización a partir de perspectivas o experiencias subjetivas, lo cual genera conceptos negativos como la baja autoestima, la negación de la enfermedad y el rechazo social de la comunidad hacia la persona que posee estos atributos (Guevara y Hoyos, 2018). En este sentido, nuestros hallazgos corroboran la siguiente premisa: el estigma es un atributo negativo que

le produce a la persona que lo posee atribuciones cargadas de significados en torno a la diferencia y la poca deseabilidad social (Maguallares, 2011).

Dentro de las respuestas más relevantes ante la enfermedad mental surgen atribuciones negativas, con adjetivos similares a los encontrados en una investigación en Lima, Perú (Moll León, 2013), como "loco", "peligroso", "agresivo", "dependiente" e "incapaz", así como representaciones en torno a la pérdida de conciencia junto a las cuales se aproximaban desde una visión de desequilibrio y malestar. Igualmente, a partir de las representaciones sociales encontradas en la población adulta de México, Torres, Munguia, Beltran y Salazar

(2015) descubrieron descripciones y categorizaciones similares a las nuestras, con sinónimos de enfermedad mental como “loco” “desequilibrio” e “incapacidad”, además del énfasis en instituciones asociadas a la reclusión de los enfermos mentales como el manicomio y psiquiátrico. En este sentido, este tipo de descriptores son perjudiciales para las personas que cuentan con algún trastorno psicológico, perpetuando la exclusión social y el estigma que permea esta situación (Goffman, 1963).

Por otro lado, es especialmente importante la percepción del psicólogo como factor decisivo ante la representación de la asistencia a terapia. Se logró determinar que, aunque no todos los participantes habían asistido a terapia psicológica, la gran mayoría de ellos tuvieron una respuesta y opinión positiva ante los psicólogos y la psicoterapia, reflejando sentimientos de aceptación y de reconocimiento laboral y social, coincidiendo con la investigación de Fernández, Perez, Navea, Nevado y Facea (2020), en la cual se evidencian respuestas positivas y con tendencias a estar de acuerdo con la funcionalidad de la psicología.

Ahora, teniendo en cuenta el objetivo de esta investigación, el cual busca reconocer si los estigmas sociales que tiene la población rural del municipio de La Capilla, Boyacá acerca de los psicólogos clínicos influyen en la elección de asistir o no a terapia psicológica, se tuvieron en cuenta dos áreas específicas a lo largo del proyecto: el área de estigma en salud mental y el área de estigma acerca del rol del psicólogo clínico. De esta forma, se puede decir que, en general, los estigmas están presentes en ambas áreas.

Es importante resaltar que los estigmas en el área “rol del psicólogo clínico” no son el principal factor que determina la decisión de asistencia a terapia, ya que una gran parte de los participantes manifestó tener una visión positiva; solo unos pocos expresaron una perspectiva negativa, aunque no es considerada estigma, debido a que estas pocas visiones se les atribuyen a malas experiencias que han tenido los participantes con estos profesionales en el pasado.

Un segundo aspecto a resaltar es que, a diferencia del área anterior, en salud mental existen muchos imaginarios acerca de las personas que padecen enfermedades de este tipo, la mayoría de estos, basados en atributos que caracterizan a dichas personas y la forma en que su entorno

las ve, motivo por el cual no consideran requerir servicios psicológicos por miedo a ser discriminados o juzgados.

A lo largo de la investigación, se pudo identificar que es necesario tener en cuenta todo lo que conlleva hablar de barreras de tratamiento, partiendo del hecho de que el estigma es solo uno de los aspectos que influyen en la decisión de asistencia a terapia. Es evidente que, al ser una zona rural, las distancias, la infraestructura y la escasez de profesionales especializados en el área clínica afectan significativamente la asistencia a terapia, y a esto se le suma la desinformación por parte de la población, ya que a pesar de las dificultades existe una ruta para acceder a tratamientos psicológicos, pero la mayoría desconoce cuál es esta ruta o no posee información acerca de la disponibilidad activa de este servicio.

También se encontraron estrategias para reducir las consecuencias del estigma. Como dicen Heijnders y Van der Meij (2006), el estigma es una construcción social (no es una característica individual de una persona), por lo que las estrategias que proponen inciden en el nivel social, ya que para disminuir las consecuencias de esta problemática no es suficiente trabajar con los afectados, sino que es necesaria también una intervención de otros elementos de la sociedad. Shannon Couture y David Penn (2003) también plantean una estrategia para reducir el prejuicio que se tiene hacia las personas con enfermedades mentales. De acuerdo con “la hipótesis del contacto”, esta se trata a través del conocimiento directo de las personas que forman parte del grupo estigmatizado. De esta manera, es posible reducir el prejuicio o los estigmas que se siente, en este caso, hacia las personas con enfermedades mentales, por ejemplo.

Por último, para futuras investigaciones se recomienda tener en cuenta aspectos más específicos que pueden dar un contexto más concreto, como reducir el rango de edad y descartar si las variables tales como la escolaridad, alternativas a la psicoterapia o el rol de la religiosidad en zonas rurales, inciden en la construcción de estos estigmas o en la decisión de asistir o no a tratamientos psicoterapéuticos. Asimismo, es necesario resaltar que las malas percepciones de los participantes se le atribuyen al ejercicio de la psicología, lo cual conlleva a una reflexión acerca de la responsabilidad que tenemos como profesionales en salud mental.

Referencias

- Arias, C., Oviedo, Heidi, C., y Herazo. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 162-167. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001>
- Baptista, Makilim Nunes, y Zanon, Cristian. (n.d.). Why not Seek Therapy? The Role of Stigma and Psychological Symptoms in College Students. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 27(67), 76-83. <https://doi.org/10.1590/1982-43272767201709>
- Centro de salud de la Candelaria. (2019). Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud. municipio de La Capilla. https://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/asis2019/asis_la_capilla_2019.pdf
- Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic). (2016). *Comunicado al gremio de la psicología colombiana* <https://www.colpsic.org.co/sala-de-prensa/noticias/comunicado-al-gremio-de-la-psicologia-colombiana-%E2%80%933-mayo-19-de-2016/790/1>
- Congreso de Colombia. (1993). Ley 100. *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá.
- Couture, S., y Penn, D. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 12(3), 291-305.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2014). Boletín de Seguimiento Consolidación de la Paz. 10. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Publicaciones/02%20Boletin%20Consolidaci%C3%B3n%20de%20la%20paz%2010%20026-02-2015web.pdf>
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., & Varela, M. (n.d.). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167.
- Fernández, J. C., Pérez, D., Navea, A., Nevado, M., & Fouce, G. (2020, enero). Estado actual sobre la opinión e implantación en la sociedad de los psicólogos en España. Un estudio exploratorio. *Anales de psicología*, 36(1), 24-29.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu. <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>
- Guevara, Y., y Hoyos, P. (2018). Vivir con VIH: experiencias de estigma sentido en personas con VIH. *Psicogente*, 21(39), 127-139. DOI:10.17081
- Heijnders, M., y Van der Meij, S. (2006). The fight against stigma: An overview of stigma reduction strategies and interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 353-363.
- Heinemann, K. (2003). *Introducción a la metodología de la investigación empírica* (1st ed.). Paidotribo. <https://books.google.com.co/books?id=Pqa1DwAAQBAJ&hl=es>
- Lamas, H. (2017). Nueva ruralidad, psicología y educación. *Revista de Investigación Apuntes Psicológicos*, 2(1). Recuperado el 22 de abril de 2021, de https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/ri_apsicologia/article/view/862
- López, T., Guzmán, M., y Beltrán, C. (2004). Representaciones sociales sobre el psicólogo: investigación cualitativa en el ámbito de la formación de profesionales de la salud. *Revista de Educación y Desarrollo*, 2. Recuperado el 22 de abril de 2021, de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antiores/2/002_Torres.pdf
- Magallares, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia*, 13(2), 7-17. 0211-3481
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Rendición de Cuentas Informe de Gestión*. Minsalud. Recuperado el 22 de abril de 2021, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/rendicion-cuentas-informe-gestion-2018.pdf>

- Moll León, Sarah. (2013). Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana. *Revista de Psicología (PUCP)*, 31(1), 99-128.
- Montorio, C., Marqué, I., Losada, M., Fernandez, A., & Izal, M. (2003). Barreras para el acceso a los servicios de intervención psicosocial por parte de las personas mayores. *Psychosocial Intervention*, 12(3), 301-324.
- Orellana, O., García, A., Alvites, R., Salazar, C., Sotelo, L., Malaver, S., Yanac, E., y Chávez, C. (2014). Representaciones sociales sobre el psicólogo en profesores de educación básica pública y privada de lima (costa) y provincias (sierra y selva). *Revista De Investigación En Psicología*, 11(2), 41-54. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v11i2.3817>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Restrepo, D. (2013). La Teoría Fundamentada como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales. *Revista CES Psicología*, 6(1), 122-133.
- Torres, T., Munguia, J., Beltran, C., y Salazar, J. (2015). Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México. *CES Psicología*, 8, 63-76.
- Vega, J., & Riaño, M. (n.d.). *Protocolo Básico De Atlas.Ti*. Universidad Distrital Francisco José De Caldas. Recuperado el 22 de abril de 2021, de <http://repository.udistrital.edu.co/bitstream/11349/8928/1/VegaRuedaJenyAngelica2018.pdf>