



Trabajo final de grado

Autor:

Anna María Lozada Aldana

Joan Norberto Aguilera Romero

Trabajo presentado como requisito para optar por el  
título de psiquiatra

Bogotá – Colombia

2020

Representaciones sociales de la psiquiatría en los estudiantes de medicina de la Universidad  
del Rosario - 2020

Autor

Anna María Lozada Aldana  
Joan Norberto Aguilera Romero

Tutores

Temático: Milton Murillo Pinto (Md psiquiatra)

Metodológico: Silvia Rivera (Epidemióloga)

Escuela de medicina y ciencias de la salud

Especialización en psiquiatría

Universidad del Rosario

Bogotá - Colombia

2020

## **Identificación del proyecto**

Institución académica: Universidad del Rosario

Dependencia: Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Título de la investigación: Representaciones sociales de la psiquiatría de los estudiantes de medicina de la Universidad del Rosario – 2020

Instituciones participantes: Universidad del Rosario

Tipo de investigación: Cualitativa

Investigador principal: Anna María Lozada Aldana

Investigadores asociados: Joan Norberto Aguilera Romero

Asesor clínico o temático: Milton Murillo Pinto

Asesor metodológico: Silvia Rivera

“La Universidad del Rosario no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

Agradecimientos

## Contenido

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <b>1. Introducción</b> .....                 | 9                                    |
| 1.1. <i>Planteamiento del problema</i> ..... | 10                                   |
| 1.2. <i>Justificación</i> .....              | 13                                   |
| <b>2. Marco Teórico</b> .....                | 14                                   |
| <b>3. Pregunta de investigación</b> .....    | 22                                   |
| <b>4. Objetivos</b> .....                    | 24                                   |
| 4.1. <i>Objetivo general</i> .....           | 24                                   |
| 4.2. <i>Objetivos específicos</i> .....      | 24                                   |
| <b>5. Metodología</b> .....                  | 25                                   |
| 5.1. <i>Tipo y diseño de estudio:</i> .....  | 25                                   |
| 5.2. <i>Población</i> .....                  |                                      |
| 5.3. <i>Tamaño de muestra</i> .....          |                                      |
| 5.4. <i>Criterios de selección</i> .....     |                                      |
| 5.4.1. <i>Criterios de inclusión</i> .....   |                                      |
| 5.4.2. <i>Criterios de exclusión</i> .....   | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| 5.7. <i>Plan de análisis</i> .....           |                                      |
| <b>6. Aspectos éticos</b> .....              | 28                                   |
| <b>7. Administración del proyecto</b> .....  | 30                                   |
| 7.1. <i>Cronograma</i> .....                 | 30                                   |
| 7.2. <i>Presupuesto</i> .....                | 31                                   |
| <b>8. Resultados</b> .....                   | 32                                   |
| <b>9. Discusión</b> .....                    | 514                                  |
| <b>10. Anexos</b> .....                      | 15                                   |



## Resumen

Desde sus inicios la psiquiatría ha tenido una clara estigmatización dentro de la sociedad, se han mantenido prejuicios, estereotipos y prevención hacia las enfermedades mentales, los psiquiatras y la psiquiatría, con implicaciones importantes a nivel de salud pública.

Se realizó este estudio para analizar las representaciones sociales de los estudiantes de medicina dentro de un contexto de estigma por parte del personal de salud.

## Antecedentes:

Algunos estudios han mostrado la presencia de estigma en el personal de salud hacia la enfermedad mental y la psiquiatría. Se ha encontrado que existe prevención y actitudes aversivas en esta población, que incluye a los estudiantes de medicina, quienes muestran un trato diferencial con los pacientes con enfermedad mental.

## Metodología:

Metodología cualitativa de diseño fenomenológico, enfoque en análisis de narrativas, a través de entrevistas semiestructuradas.

## Resultados:

Los estudiantes de primer semestre, mostraron una actitud más abierta hacia los temas indagados, con menos prejuicio y una creencia evidente en la importancia de la salud mental, en los estudiantes de sexto se evidenció más estigma en sus representaciones y en décimo semestre, una clara decepción con los manejos y tratamientos de la especialidad y persistencia de ciertos elementos estigmatizantes.

## Conclusiones:

El conocimiento que se adquiere durante la carrera y que construye las representaciones sociales, puede mejorar el entendimiento de la enfermedad mental pero no necesariamente disminuye el estigma que se ha instaurado a nivel social, interpersonal e intrapersonal.





## **1. Introducción**

Historicamente, la psiquiatría y la enfermedad mental han estado relacionadas con discriminación, estigmatización y prejuicio, usualmente se relaciona a las personas con enfermedad mental con incapacidad o peligrosidad (1). Diferentes estudios realizados en varios países, evidencian que las actitudes y representaciones sociales en la población no han variado de forma significativa en las últimas décadas, ya que persisten opiniones y comportamientos de discriminación hacia los individuos con un trastorno mental (2).

La salud mental posee múltiples factores de entendimiento en la población general y el personal de salud. Específicamente en estos últimos, se desarrollan constructos ideológicos y conceptuales que van a constituir sus representaciones sociales sobre este tema desde antes de su ingreso a la universidad y durante toda su carrera. Como resultado, se ha observado una mezcla de elementos teóricos y científicos con prejuicios y conceptos previamente establecidos que es difícil cambiar del todo (3).

En el presente estudio se analizarán las representaciones sociales de los estudiantes de medicina de I, VI y X semestre de la universidad del Rosario en Bogotá, sobre la psiquiatría, la enfermedad mental y los psiquiatras, con el fin de lograr un mayor entendimiento de la construcción de estas y si existen elementos de estigma.

### *1.1. Planteamiento del problema*

En el mundo se estima que aproximadamente 450 millones de personas tienen algún trastorno mental, una de cada cuatro familias tiene al menos un miembro afectado, 4 de las 6 causas principales de los años vividos con discapacidad son resultado de estos trastornos y alrededor de 1 millón de personas se suicida cada año (4). Las tasas de mortalidad son considerablemente más altas en los individuos con trastornos depresivos o esquizofrenia, estos tienen entre un 40 y un 60% más probabilidades de morir de forma prematura comparados con la población general. Adicionalmente, el suicidio es la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes a nivel mundial. Estas enfermedades predisponen para el desarrollo de otras patologías y tienen un claro impacto en la carga de enfermedad, representan un 13% de la carga total de morbilidad mundial, con un impacto a nivel de la pérdida de producción económica estimada en 16.3 millones de millones de dólares entre el 2011 y el 2030 (5).

Según la encuesta nacional de salud mental del 2015 en Colombia, la prevalencia de enfermedad mental es de 10.8% en mujeres, 7.9% en los hombres y 4.7% en la población infantil (6); a lo largo de los años, se ha intentado aumentar la cobertura en servicios de salud, sin lograr un impacto en el acceso a estos. Se han estudiado las causas de este fenómeno, como las largas distancias que se deben recorrer en la población rural, las distancias entre IPS, los tiempos consumidos en trámites de consulta, exámenes y tratamientos, poca oferta de especialistas en ciertas regiones del país, altos costos en transporte y en diligencias requeridas para la atención completa, estos describen los factores administrativos, económicos y geográficos sin contar otros inmersos en el contexto cultural y social (7).

En un estudio realizado en Colombia en el 2016, se reportó que las personas solteras y los que padecían una enfermedad crónica consultaban más a los servicios de salud mental y solo el 37.5% de las personas que presentaban algún trastorno mental solicitaban estos servicios, uno de los principales factores que explicó este fenómeno, tuvo relación con causas actitudinales, asociadas con posible miedo y estigma. (8). Un ejemplo claro de estigma en salud mental, se encuentra en las altas tasas de suicidio entre los médicos siendo aproximadamente un 40% mayor entre los hombres y hasta un 30% mayor en las mujeres

comparándolos con otras profesiones. A pesar de tener más conocimiento en factores de riesgo y enfermedad mental, no consultan de forma oportuna aún cuando presentan mayor prevalencia de síntomas depresivos, incluso se ha visto que los médicos que consuman el suicidio han consultado y recibido menor atención en salud mental que el resto de la población que consuma el suicidio. Gran parte de este fenómeno es explicado por el estigma, el temor a ser señalados con algún problema o enfermedad mental y la vergüenza de que los demás sepan de su consulta a psiquiatría. (9).

Al intentar ampliar la cobertura en salud mental, uno de los factores de más difícil control y modificación para lograr la utilización de estos servicios es el estigma, las razones que pueden explicar la estigmatización incluyen el desconocimiento, la poca aceptación de los trastornos mentales como enfermedades y la percepción de incompetencia y peligrosidad de quienes los padecen, observado tanto en la población general como en los cuidadores y los propios pacientes. Adicionalmente, las fuentes de discriminación de las personas con patología mental son múltiples, se reportan los medios de comunicación, familiares, pareja, pares en el trabajo, empleadores y el personal de salud como los que influyen en el estigma, lo cual aumenta la complejidad para abordar esta problemática; el demorar la atención en salud mental, lleva a un aumento de la carga general de enfermedad, expresada en años de vida saludable perdidos DALY (disability adjusted life years), años de vida perdidos por muerte prematura YLL (years of life lost to premature mortality) y años vividos con discapacidad YLD (years lived with disability) (10).

El ejercicio de la psiquiatría no surge al mismo tiempo que el concepto de enfermedad mental, inicialmente no existía un sitio específico donde los enfermos mentales fueran atendidos, pues no se reconocía una patología en estos; es en los leprosarios cuando empezaban a desocuparse, que dieron lugar a hospicios que se transforman en asilos a los cuales se enviaban los pacientes con enfermedad mental para aislarlos de la sociedad en la que vivían, brindando un manejo que protegía a la sociedad, pero no a estos y reforzaba de manera importante una pérdida de su libertad (11). El poco conocimiento sobre el área en ese entonces llevó al control no de la enfermedad mental, sino de los enfermos, convirtiéndolos en “los alienados” para el bienestar de la sociedad, y son los cuidadores de los hospicios los que incursionan en intentos de tratamiento, más bien empíricos, que al

observarse hoy en día vulneraron los derechos y el bienestar de estas personas (11). No fue sino un par de siglos después que nace la psiquiatría, pero la visión de esta y de la enfermedad mental, quedó inmersa en ese contexto cultural e histórico, que lleva a una consulta inoportuna, dada la representación que se tiene, lo que prolonga el tiempo de pacientes con sufrimiento psíquico sin tratamiento, limita la funcionalidad de los mismos y de forma consecuente, produce un mayor desgaste en los cuidadores y un mayor desarrollo de dificultades en las relaciones interpersonales a nivel familiar. (7)(10).

La sociedad tiende a agrupar personas colectivamente en “estereotipos” porque representan nociones de grupos que ayudan a generar impresiones y expectativas de los individuos, estas van a tener un rol importante en la génesis del estigma, que no se encuentra solo en la población general, los profesionales que trabajan en salud también presentan elementos de discriminación hacia la enfermedad mental (12). En algunos estudios se ha encontrado una frecuencia de discriminación hacia la enfermedad mental, reportada del 17% al 31% en los profesionales de la salud no relacionados con salud mental (13). Se ha observado, que los profesionales de la salud presentan actitudes diferentes hacia los pacientes con enfermedad física versus los pacientes con enfermedad mental, prefiriendo la distancia o el poco contacto con estos pacientes (14); otros estudios han mostrado que los médicos tienen actitudes como ignorar las quejas físicas de los pacientes con enfermedad mental y hacerlos esperar más tiempo para atenderlos en consulta (12).

Los estudiantes de medicina comparten un sistema de creencias común al del resto de la población, sosteniendo algunos prejuicios y premisas estigmatizantes hacia la enfermedad mental (15,16), por ejemplo, que se trata de pacientes que no se recuperan, que son agresivos y peligrosos (17). Así mismo, la psiquiatría no es la especialidad de primera elección entre los médicos graduados (18), existiendo un estigma no solo hacia la enfermedad mental, sino también hacia la psiquiatría como especialidad y hacia el psiquiatra como especialista. Algunos estudios han mostrado que entre el 14.3% y el 15.7% de los estudiantes de medicina, considerarían la psiquiatría como una elección potencial de posgrado (19). A nivel de atención primaria, se ha visto que las actitudes de los estudiantes de medicina y su interacción con los pacientes cumplen un papel importante y de relación directa para una percepción de mejoría en la atención en salud mental (20).

## *1.2. Justificación*

En el año 2013, surgió la Ley 1616 de Salud Mental en Colombia, cuyo objetivo es garantizar la atención integral que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud mental para toda la población colombiana, con prioridad a los niños, niñas y adolescentes. Favorece la promoción de la salud mental y la prevención de las enfermedades mentales. (21) Dado que el acceso a los servicios de salud mental es uno de los pilares principales para garantizar la atención propuesta, se debe trabajar en fortalecer las diferentes variables ya mencionadas que lo limitan.

Al disminuir el estigma como barrera de acceso, se logra aumentar la solicitud de servicios de promoción, prevención, asesoría y rehabilitación, se puede aumentar la asignación de recursos que se destinan a salud mental, porque se consideran los trastornos mentales como entidades que deterioran la funcionalidad de los individuos que los padecen. Sin dejar de lado que actualmente se observa un panorama poco favorable para la población con trastorno mental, con pocas opciones de rehabilitación e inclusión laboral que también guardan una evidente relación con el estigma. Si se trabaja en la disminución de este, se pueden ampliar las posibilidades de empleo, con una mejoría en la funcionalidad, ingresos e independencia de estas personas. Adicionalmente llegaría a disminuir la patología de dependencia a sustancias psicoactivas y conductas delictivas asociadas, ya que existe evidencia de que el tener un trastorno mental, incrementa la probabilidad del consumo y dependencia a estas sustancias por todas las implicaciones socioculturales que aborda (10).

Para desarrollar estrategias que logren disminuir el estigma en la población, primero se debe conocer como está conformado este. Los diferentes grupos poblacionales que lo evidencian y como se lleva a cabo en cada uno de estos grupos, en su contexto social y cultural, dado que se ha encontrado autoestigma, estigma en los familiares de pacientes y en el personal de salud. (10)

Los médicos son uno de los pilares fundamentales dentro de los equipos de salud, así mismo, los estudiantes de medicina serán los futuros médicos generales y especialistas. Los

estudios han mostrado que el estigma se encuentra presente de manera importante en esta población. Por esta razón, se considera que es de gran importancia identificar los factores que influyen en el estigma y cómo se está comportando en los estudiantes de medicina, lo cual podría contribuir en un futuro para crear estrategias que impacten en estos. (22)

## **2. Marco Teórico**

A lo largo de la historia, la psiquiatría ha tenido algunos elementos llamativos que la hacen diferente a las demás especialidades médicas, principalmente en su surgimiento. Sus inicios se remontan al final de la edad media, cuando la lepra desaparece en el mundo occidental. Hasta ese entonces los leprosos eran encerrados en sitios específicos para personas con dicha enfermedad, los leprosarios, que eran abundantes en toda Europa, principalmente en Francia. Eran consideradas personas que debían mantenerse excluidas del grupo social, como figuras a las cuales se debía temer, dado su alto grado de contagio, pero también por un contexto social que los asumió como inferiores y les dio un trato discriminatorio. Al desaparecer la lepra, llamativamente se mantienen y repiten los rituales de exclusión social y discriminación hacia los enfermos mentales, quienes heredaron de los leprosos esta concepción y trato (11).

Las personas con enfermedad mental eran expulsadas de sus ciudades y a veces entregados a grupos de mercaderes o peregrinos, quienes los dejaban en puertos no planeados, asegurándose que quedarán excluidos del resto. A pesar de esto, algunas ciudades mantenían cierto tipo de enfermos mentales, es decir, solo se deshacían y expulsaban unos cuantos, al parecer los extraños, mientras que a otros se les daba tratamiento en los hospitales en los que tenían sitios o recintos especiales para estos enfermos. En parte, estos comportamientos eran secundarios al temor de la seguridad de los ciudadanos o porque los consideraban poco útiles en la sociedad, pero no explica de forma completa muchos otros rituales de exclusión, como prohibirles la entrada a las iglesias o algunos “juegos” que realizaban en los que azotaban públicamente a los enfermos mentales, luego se simulaba una especie de carrera en la que eran perseguidos por los ciudadanos y posteriormente los expulsaban de las ciudades, golpeándolos con varas (11).

En la edad media, se concebía la enfermedad mental similar a las personas que tenían algún tipo de adicción y en algunos países europeos era considerada una de las debilidades del ser humano como la pereza, el olvido o el aturdimiento (11). En todo este proceso se generó cierta evolución en la concepción de la locura misma, se convirtió en una "forma relativa de la razón" con la posibilidad de ser más cercana a la verdad o generar una serie de dudas sobre cuál es la verdad, cuál es la razón y si finalmente no resulta ser una mezcla en la que la locura tiene parte importante (11).

Desde principios del siglo XVII la enfermedad mental toma un papel importante en la literatura, autores de gran relevancia como Shakespeare y Miguel de Cervantes la incluyen como protagonista de sus relatos, así como muchos autores, inicialmente le dan un poco más de importancia y luego no como papel principal, pero sí como parte del conflicto en sus novelas (11).

La internación empezó en Europa como un intento de acabar con los indigentes y mendigos de la ciudad, a quienes inicialmente se expulsaba de estas. Así fue una medida parlamentaria en París con el Hospital General, que empezó a recluir a todos los desempleados, a quienes alimentaba y mantenía, pero privaban de la libertad. Este fenómeno se dio en respuesta a una crisis económica que atravesaba occidente en el siglo XVII con un descenso en los salarios, aumento del desempleo y poca disponibilidad de la moneda. En estas casas de internación en los diferentes países de Europa, se asignan labores a los internos, labores que debían ser productivas y verificadas por los dueños de estos sitios.

Con el tiempo mejoró la crisis económica, pero notaron que se beneficiaban de la mano de obra al menor precio que podían tenerla, por lo cual se mantuvieron las labores productivas para personas de ambos sexos y de múltiples edades. Sin embargo, estos sitios de internación fracasaron poco a poco en las ciudades que se habían instaurado, por no lograr su objetivo, ya que disminuían la mendicidad de la región, pero al suministrar trabajo de producción a estas personas, aumentaban a su vez el desempleo de la región en la que se encontraban. Así fueron desapareciendo en toda Europa para principios del siglo XIX como eran concebidos hasta entonces, pero poco a poco introdujeron a estas casas de internación

a los enfermos mentales, teniéndolos con las mismas exigencias de los mendigos y ociosos, para notar que no podían realizar las actividades al mismo ritmo del resto (11).

La enfermedad mental documentada en los primeros registros se explicaba y describía como problemas espirituales o posesiones demoniacas, con su consecuente tratamiento basado en rituales, exorcismos y rezos para su sanación. Posteriormente, durante el siglo XVIII se cambió un poco el concepto y se adjudicó la enfermedad mental como una enfermedad de la sociedad y las costumbres. Surgen también los asilos, recintos cuya función era aislar de la sociedad los pacientes con enfermedad mental con un enfoque de tratamiento a ocupar su tiempo libre en distintas actividades, sin embargo, allí se incursionó en diversos tratamientos empíricos en busca de manejar la enfermedad mental, pero que lejos de ser opciones terapéuticas apropiadas, vulneraron los derechos de los pacientes y denotaban violencia en su aplicación (11).

A mediados del siglo XX con la aparición de opciones farmacológicas se empezó a cambiar el manejo del enfermo mental, se incluyó la psiquiatría como una especialidad médica, lo cual evidencia el poco tiempo que lleva si se compara con otras especialidades médicas. El uso de los antipsicóticos permitió modificar y dejar atrás varias de las terapias poco pertinentes mencionadas anteriormente, sin embargo, en los primeros años de uso de estos medicamentos se evidenciaron los efectos adversos de los mismos como los síntomas extra piramidales, la sedación y sialorrea (11) que a pesar de disminuir significativamente con la mejora de las moléculas y las dosis, persisten en el concepto popular de la población hacia los psicofármacos, lo que genera temor y cierta aversión a utilizar estos medicamentos.

Parte de la historia de la medicina y la psiquiatría, incluye entender de forma más completa el estigma, para un mejor abordaje, se debe revisar en qué consiste la representación de normalidad y anormalidad en una sociedad. Edouard Zarifian describe la complejidad de trazar una línea entre lo normal y lo patológico, dado que es un concepto que va a variar de forma significativa depende quien lo establezca, si es el sufrimiento del sujeto que padece los síntomas, el médico o la sociedad. Por un lado, en cuanto a síntomas psiquiátricos se refiere, el paciente suele ser poco consciente de los mismos, el médico según describe, tiende a cargar con una presión extra para definir diagnósticos y añade un tinte patológico



que en ocasiones puede verse influenciado por esta presión y la sociedad que puede ser cambiante según el momento histórico o la cultura (23).

Existen algunos elementos que logran definir la presencia de anormalidad como los signos clínicos, estos, aunque en psiquiatría pueden no ser lo suficientemente objetivos para algunos autores, tienen ciertas características que les permiten acercarse mejor al momento de definir lo patológico. Para ser considerado un signo, debe ser universal y presente en los diferentes contextos tanto del paciente como contextos históricos, así, por más subjetivo que pueda ser un síntoma, si ya ha sido descrito de la misma forma en el pasado como parte de un cuadro clínico, se puede considerar válido para definir patología (23). Canguilhem plantea la fisiología como la ciencia que crea y regula sus propias normas, define las condiciones biológicas normales y a partir de estas, se puede establecer la anormalidad. Landré Beauvais realizó algunas de las primeras descripciones de enfermedad en su tratado sobre semiología médica y describe el concepto como “cualquier cambio en el cuerpo, sano o enfermo que es perceptible para los sentidos”, así se ha consolidado una construcción del concepto de anormalidad, con una crítica importante hacia la psiquiatría por no tener parámetros completamente objetivables para lograr una definición más tangible de patología en esta área. (23)

La palabra estigma proviene del griego *stigma* que traduce picadura, fue usada inicialmente como un término que implicaba algún tipo de marca corporal poco favorable de connotación negativa, que poseía un individuo y que lo señalaban como un traidor o esclavo y de esta forma implicaba discriminación y alejamiento de este. El estigma incluye un complejo de actitudes y comportamientos tales como el señalamiento, prejuicio, discriminación, aislamiento social y la vergüenza. Este concepto se ha mantenido a lo largo de la historia, ha recibido algunas modificaciones en su contexto, pero mantiene su esencia (24).

Generalmente en la sociedad, se establecen ciertas categorías a las cuales pertenecen los individuos, así como qué tan aceptables son estas categorías. De esta forma, al conocer un extraño, de manera inconsciente, se intenta analizar a qué categoría puede corresponder según sus atributos o características que pueden clasificarlo en las aceptadas o las no aceptadas, para brindar así una “identidad social”. Todas las características indeseables no

entran necesariamente en las no aceptadas, dado que esto dependerá de si encaja o no en los estereotipos de determinada sociedad. Se puede decir entonces que el estigma no está determinado por un atributo particular aislado, sino que se trata más bien de una interacción entre un estereotipo y un atributo (24). Termina por constituir una identidad social, define la pertenencia a un grupo social particular y da la connotación de una “identidad social devaluada”, aunque algunos autores consideran que no se encuentra del todo en la persona estigmatizada, sino en un contexto que define determinada característica como devaluación (25).

Link y Phelan propusieron un abordaje sociológico del estigma en el que incluyen algunos conceptos importantes como etiquetas, estereotipos, separación cognitiva, reacción emocional y pérdida del estatus y discriminación, en este último se incluye la discriminación estructural, en la que las instituciones colocan en desventaja a los grupos estigmatizados o cuando ciertas políticas limitan los derechos de una población y una participación importante del poder económico, social y político (25). Corrigan y Watson presentaron un modelo social cognitivo de respuesta personal al estigma, en el que los individuos con una enfermedad mental desarrollan un auto estigma, cuando conocen la imagen cultural negativa que caracteriza su grupo, lo que conduce al autodesprecio y esto a su vez, a una serie de reacciones emocionales que limitan el bienestar psíquico del individuo, adicionalmente incluyen representaciones colectivas como jerarquías sociales, políticas y estereotipos culturales que se producen por principios cognitivos que terminan por influir en la legitimidad del estigma. (26)

Goffman en su libro Estigma, relata a lo largo de la historia, 3 tipos diferentes de estigma; primero, los defectos o deformidades físicas, segundo, los defectos en el carácter que son interpretados como falta de voluntad, pasiones antinaturales o creencias rígidas y falsas, en los que se pueden incluir perturbaciones mentales, homosexualismo, adicciones a las drogas y conductas políticas extremistas y por ultimo, plantea un tipo de estigma concerniente a la raza, nacionalidad o religión que pueden ser transmitidos por medio de la herencia (24).

En lo que al estigma sobre la enfermedad mental se refiere, Scheff propuso una teoría denominada la “teoría de la etiqueta” en la que al colocar etiquetas desfavorables a los

individuos, estos cambian su autopercepción y de la misma forma cambia su interacción y oportunidad social, estos estereotipos son construidos en la socialización y reforzados diariamente en su interacción, dan lugar a posiciones sociales que se acompañan de algunas expectativas de comportamiento del sujeto y constituyen así, las “identidades de rol” como la de ser un enfermo mental. (27). También han sido descritos los comportamientos que, en sociología, se tienen frente a los individuos estigmatizados. Se les adjudican adjetivos discriminatorios que indican que la persona es menos valiosa, menos capaz o incluso inferior al resto de los humanos, construyen alrededor toda una teoría que justifique su peligrosidad y estatus inferior, basados en las características presentes (24). En respuesta, los individuos estigmatizados, aprenden que sus características los hacen diferentes y por lo tanto no aceptados en el círculo social en el que se desenvuelven, los lleva a sentir que se encuentran distantes de lo que en realidad “deberían” ser, lo que genera la vergüenza de no ser aceptados y los lleva al autodesprecio.

Resulta interesante la descripción de comportamientos en lo que llaman “los contactos mixtos” interacción entre las personas estigmatizadas y las que no lo son. En estas situaciones se observa que existe un sin número de comentarios por parte de los no estigmatizados, quienes consideran que están en todo el derecho a señalar al estigmatizado, por la simple existencia de esa característica que lo hace diferente, generan así varias reacciones entre los estigmatizados, que suelen variar entre el retraimiento y la agresión, generan una dificultad importante para establecer relaciones con sus pares al asimilar que el aislamiento será parte frecuente de sus interacciones. Adicionalmente, los que estigmatizan a menudo lo hacen como una forma de defensa y autopreservación frente a lo desconocido que en el momento perciben como amenaza (24,25)

La enfermedad mental, de entrada, supone un rótulo negativo en la sociedad, no solo asociado a factores psicológicos sino también a factores socioculturales y reales basados en ciertos comportamientos de índole agresivo y/o extraño, observados en pacientes que cursan con algunas patologías psiquiátricas (28). Todo esto conduce a que los individuos antes de consultar a los servicios de salud mental, específicamente al psiquiatra, tengan una serie de prejuicios y temores de ser catalogados con estas enfermedades, ya que saben lo

que representa para la sociedad. Además de los posibles tratamientos que podrían recibir desde un punto de vista sesgado con los fenómenos que se observaban años atrás (29).

Dado lo anterior, el estigma se convierte en un fenómeno social complejo de gran peso no solo para los individuos sino también para sus familias y cercanos. Entre las décadas 1960 y 1970 surgió un movimiento que se denominó el movimiento antipsiquiatría, el cual plantea el concepto de que no existen las enfermedades mentales de ninguna índole, que son al contrario, un invento de los profesionales de la salud mental y las industrias farmacéuticas como una necesidad de encasillar a los individuos y brindar tratamientos innecesarios, lo que termina convirtiéndose en una finalidad puramente económica y al servicio de su egoísmo. También formularon que los psiquiatras tenían exceso de poder sobre los pacientes y cuestionaron en múltiples ocasiones la pertinencia de brindar un tratamiento en contra de la voluntad de estos, ya que según este movimiento se vulneraban los derechos de los individuos, empezando por el derecho a decidir si quería ser tratado o no (30).

En la literatura se ha descrito un abordaje multinivel que sugiere que la salud y la asistencia en salud, forman parte de una red de relaciones entre los individuos y sus estructuras sociales (31). Al seguir este enfoque, se puede considerar que el estigma puede operar en tres niveles diferentes; el estructural, interpersonal e intrapersonal (31). El estigma estructural se refiere a las estructuras sociales que pueden participar de elementos discriminatorios hacia algún tipo de población, incluye elementos sociológicos y políticos (12,31). El estigma interpersonal consiste en la falta de conocimiento, actitudes que incluyen los prejuicios y algunos comportamientos (14). En general los profesionales de la salud tienen mayor conocimiento sobre la enfermedad mental que la población general, sin embargo, desconocen algunas patologías y trastornos que podrían tener relación con la persistencia del estigma. El estigma intrapersonal se enfoca en el individuo y las dinámicas que afectan las experiencias de estos con el medio ambiente (31). También hace referencia al auto estigma, que incluye creencias negativas sobre sí mismo, vergüenza y aceptación de algunos estereotipos de las enfermedades mentales (32).

A través de este enfoque multinivel, se han desarrollado posibles estrategias de intervención en los diferentes niveles; las intervenciones a nivel intrapersonal se dirigen al individuo, a cómo piensa y cómo se comporta (31). Por esto, pueden considerarse algo

superficiales, dado que no modifican entidades estructurales, pero pueden tener un efecto más duradero, al considerar aspectos profundos de cada individuo. Se han diseñado dos tipos de intervenciones intrapersonales. La primera, que tiene como objetivo modificar aspectos afectivos, cognitivos, fisiológicos y respuestas a nivel comportamental de individuos en grupos estigmatizados para ayudarlos a hacer frente al estigma. La segunda, se enfoca en disminuir el estigma hacia un grupo particular (12,31).

Existen diversas opciones para llevar a cabo estas intervenciones intrapersonales. Una de ellas son las herramientas educativas, por medio de conferencias o información presentada de diferentes maneras a los individuos (12,31). Aquí se puede tener como objetivo grupos estigmatizados o grupos no estigmatizados y trabajar para disminuir los estereotipos que pueden tener hacia los grupos estigmatizados. Otra opción que ha mostrado resultados en personas con enfermedad mental es la terapia cognitivo conductual, que reduce el auto estigma y mejora el funcionamiento social de estos individuos (31,33). La escritura expresiva también ha mostrado ser una estrategia de afrontamiento entre las personas estigmatizadas, al manifestar sus pensamientos y sentimientos sobre experiencias traumáticas. El sentido de pertenencia a un grupo se ha descrito como una característica psicológica importante entre los seres humanos, por tanto, las intervenciones que aumenten la sensación de pertenencia pueden tener cierta eficacia en la reducción del estigma. Otra estrategia planteada es la afirmación de valores, al recordar la identidad valiosa del individuo que ayuda a restablecer un sentido de autointegración (31).

Existen otras intervenciones enfocadas al nivel interpersonal, que utilizan las situaciones sociales en las que se observa la interacción entre los estigmatizados y los no estigmatizados. Se usa el procesamiento de la información en grupo con técnicas de terapia cognitivo conductual aplicadas a la interacción entre los miembros participantes (33). El contacto entre los grupos también es usado como herramienta para mejorar actitudes y comportamientos hacia las personas estigmatizadas. Este contacto puede llevarse a cabo de diversas formas, una de ellas es la rehabilitación en la comunidad (31).

Las intervenciones estructurales, están orientadas a realizar cambios en la sociedad, en instituciones culturales, disminuyen barreras educativas y con importante alcance para un gran número de personas. Se utilizan en ocasiones enfoques legislativos con herramientas

jurídicas y políticas para proteger los grupos estigmatizados, así como la publicidad, medios de comunicación e intervenciones educativas (31).

Se han realizado algunos estudios en diferentes poblaciones alrededor del mundo para disminuir el estigma en salud mental, que incluyen campañas realizadas por la OMS. Sin embargo, no han tenido mucho éxito de cambio en las concepciones referentes al estigma de los individuos, en parte porque los medios audiovisuales y de comunicación tienen mayor peso para difundir la información y cambiar poco a poco prejuicios y otros componentes del estigma, que el impacto que tienen capacitaciones, contacto con los pacientes y otras intervenciones (12,34).

En la primera mitad del siglo XX, el sociólogo francés Durkheim planteó el concepto de un pensamiento colectivo que tenía influencia en el comportamiento de los seres humanos, distanció el concepto del individualismo que reinaba en la época. Posteriormente, Moscovici, psicólogo francés, en su tesis doctoral retoma el concepto con el nombre de teoría de las representaciones sociales, da una forma novedosa de entender algunos procesos y fenómenos psicosociales, cuyo origen se explica con variedad de elementos históricos, culturales y sociales. (35). Aborda la forma en que las personas procesan la información a su alrededor, como entienden y analizan lo que ocurre, tratan de resolver diferentes cuestiones sobre su vida y su relación con los demás. De esta manera, se construye su propia realidad y termina siendo una reelaboración de elementos construidos por otros. (36). Moscovici define las representaciones sociales como “una modalidad particular de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre individuos”. (37). Estas representaciones deben ser comprendidas a partir de aquellas que le dieron origen, no de forma directa en los comportamientos que la evidencian. (37).

Las representaciones sociales se refieren a un tipo de conocimiento que se genera de forma colectiva y se dispersa rápidamente en una sociedad, se puede localizar en el sentido común y tiene un papel importante en la construcción del significado de los conceptos y objetos, así como los sucesos de la vida diaria. Se desarrollan por medio de las interacciones con la base cultural de cada individuo, pueden utilizarse como una guía para el entendimiento de las acciones de las personas y permiten simplificar la complejidad de fenómenos sociales.

También tienen una clara influencia, las prácticas sociales de la vida cotidiana, que producen modificaciones importantes en el universo simbólico de una comunidad. (35).

Las representaciones sociales tienen una estructura conformada por dos partes, el núcleo central y el sistema periférico. El núcleo central que está constituido por elementos sociológicos, ideológicos e históricos, con una influencia importante de la memoria colectiva y sistema de normas del grupo, es estable y relativamente resistente al cambio, que le brinda firmeza y coherencia a la representación. El sistema periférico es menos normativo y más funcional, lo que facilita la relación con la realidad circundante, pero también es más sensible a los cambios que suceden en el contexto alrededor de la comunidad. Brinda cierta flexibilidad de adaptación y media entre el núcleo central y la realidad externa. (35)

En el contexto profesional, las representaciones sociales constantemente se redefinen, de acuerdo a los profesionales que las poseen. Así, los elementos formativos de una carrera tienen una carga de creencias y conocimiento que pueden o no, ser blanco de análisis y reflexión por parte de sus estudiantes (38). En salud mental, este proceso incluye niveles de jerarquía, patrones particulares de interacción, con una relación cercana con el contexto sociocultural en el que se desarrolla. Involucra relación entre docentes, estudiantes y la universidad, quienes participan en esta construcción recíproca. (38)

## **Pregunta de investigación**

¿Cuales son las representaciones sociales de la enfermedad mental y la psiquiatría como especialidad médica en el 2020 en los estudiantes de medicina de la Universidad del Rosario?

## **3. Objetivos**

### *3.1. Objetivo general*

Explorar las representaciones sociales de los estudiantes de medicina de la Universidad del Rosario sobre la enfermedad mental, la psiquiatría y el psiquiatra como especialista en el año 2020

### *3.2. Objetivos específicos*

1. Identificar las representaciones sociales de los estudiantes de medicina de la Universidad del Rosario frente a la psiquiatría como especialidad
2. Identificar las representaciones sociales de los estudiantes de medicina de la Universidad del Rosario frente a la salud mental
3. Identificar las representaciones sociales y opiniones de los estudiantes de medicina de la Universidad del Rosario frente al psiquiatra como especialista
4. Identificar si existe estigma entre los estudiantes de medicina frente a la psiquiatría como especialidad y que elementos intrapersonales configuran estas representaciones.
5. Explorar los elementos interpersonales que puedan constituir e influir en sus representaciones sociales frente a la psiquiatría
6. Evaluar si el acercamiento académico a la práctica clínica en psiquiatría puede influir en la dimensión interpersonal del estigma



## 4. Metodología

### 4.1. Tipo y diseño de estudio: Cualitativo

Se plantea un estudio de metodología cualitativa de diseño fenomenológico con un enfoque de análisis de narrativas en el que se abordan las representaciones sociales de los estudiantes de medicina en diferentes momentos de su formación académica, frente a la psiquiatría, sus patologías y pacientes, adicionalmente frente a la psiquiatría como especialidad en el abanico de posibilidades futuras de posgrado. Dentro de estos estudiantes se incluyó, una parte que no ha tenido contacto clínico aún con pacientes con enfermedad mental, así como otros que ya tuvieron este tipo de contacto luego de sus rotaciones respectivas.

Se contactó inicialmente a los representantes de semestre, primero, sexto y décimo. Se les informó sobre el estudio que se iba a realizar y ellos a su vez, difundieron la información en sus respectivos semestres. Los estudiantes con interés en participar, se comunicaron con los entrevistadores, quienes luego de explicar en detalle en qué consistía el proyecto, enviaron el consentimiento informado para ser firmado por cada uno. Posteriormente se realizaron las entrevistas de forma virtual a través de la plataforma Zoom, dado que por la pandemia del COVID-19 no se pudieron llevar a cabo de manera presencial. Fueron grabadas allí, luego fueron transcritas de forma textual en Word, para finalmente llevar a cabo las interpretaciones de la información recolectada.

El tamaño de la muestra se limitó a 15 estudiantes por el factor de saturación de la información. Fueron entrevistados, 5 estudiantes de cada semestre, en primer semestre se entrevistaron 4 estudiantes de sexo masculino y una estudiante de sexo femenino, tanto en sexto como en décimo semestre, se entrevistaron 4 estudiantes de sexo femenino y un estudiante de sexo masculino.

Para tener una aproximación integral se deben considerar las redes de interacción del individuo, así como su entorno sociocultural. Así se logra un mayor entendimiento de los fenómenos que perpetúan el estigma en una sociedad, un grupo particular como los estudiantes de medicina y cada individuo de forma aislada. Por esto, se decidió llevar a cabo la entrevista, haciendo énfasis en tres elementos de entendimiento, el estructural, el interpersonal y el intrapersonal, descritos previamente de forma detallada.

En este estudio se va a dar un enfoque metodológico de análisis de las representaciones sociales de los estudiantes de medicina, en el que se abordan los elementos relacionados con las estructuras sociales referentes al ejercicio de la psiquiatría y del papel que esta desempeña en la sociedad. Uno de los motivos por los cuales se realizaron entrevistas semiestructuradas individuales, fue poder evaluar si el acercamiento académico a la práctica clínica en psiquiatría puede influir en la dimensión interpersonal del estigma. Si el tener conceptos teóricos y una aproximación práctica en las respectivas rotaciones, disminuye los prejuicios o por el contrario los refuerza, de esta forma, buscar un posible impacto en el concepto construido desde la crítica de sus propios elementos psíquicos.

La entrevista se dividió en tres partes, cada una enfocada en las aproximaciones descritas anteriormente, estructural, interpersonal e intrapersonal (entrevista anexa al final del documento). Tuvieron una duración aproximada de 25 a 35 min.

### *5.2 Criterios de inclusión y exclusión:*

Criterios de inclusión:

- Estudiantes de medicina mayores de edad de los semestres I, VI y X

Criterios de exclusión:

- Estudiantes que no quieran participar en el estudio
- Estudiantes de otros semestres

### *5.3 Alcances y límites de la investigación:*

Cómo alcances de la investigación, esta permitirá ampliar la perspectiva y visión sobre la percepción de la psiquiatría, de los pacientes, de la enfermedad mental y del psiquiatra. Se logrará determinar si se encuentra estigma, se describirán las representaciones sociales de los estudiantes de medicina y se tratará de observar los elementos anteriormente descritos en tres niveles diferentes, el estructural, interpersonal e intrapersonal. Esto puede dar una visión acerca del trato distinto por parte del personal de salud hacia pacientes con enfermedad mental versus pacientes con otras enfermedades físicas, el poco interés de los estudiantes hacia esta rama de la medicina y poder entender de manera más detallada este fenómeno (12,14–16)

Se tuvo un marcado desbalance entre hombres y mujeres en el muestreo. En primer semestre fueron entrevistados 4 hombres y una mujer y tanto en sexto semestre como en décimo semestre la proporción contraria, 4 mujeres y un hombre.

### *5.4 Sesgo y error*

Se considera que pudo haber un sesgo importante por la forma de selección, que tuvo que ser modificada, dado que después de contactar a los representantes de semestre, los estudiantes entrevistados fueron los que voluntariamente se ofrecieron para las entrevistas, ya que presentan algún tipo de interés en la psiquiatría y por tanto algunas representaciones sociales diferentes de sus compañeros que no tienen un gusto particular por esta especialidad.

Debido a que los entrevistadores son residentes de psiquiatría, puede existir cierta dificultad entre los estudiantes para decir todo lo que realmente piensan. Dado que en las escuelas de medicina existe un modelo de relación jerárquica en la que los estudiantes se encuentran tratando de cumplir una posición de aceptación tanto social como en su contexto académico. Adicionalmente, puede llegar a ser una respuesta diferente la que los estudiantes dan al ser entrevistados de la que pudieran tener en una

situación real de interacción con un paciente con enfermedad mental o si eventualmente requieren atención por psiquiatría.

## **5. Aspectos éticos**

Se considera que la investigación presenta un nivel medio de riesgo, dado que se trata de una población subordinada.

Se limitará el acceso de los instrumentos de investigación únicamente a los investigadores según Artículo 8 de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud.

Será responsabilidad de los investigadores el guardar con absoluta reserva la información contenida en las historias clínicas y a cumplir con la normatividad vigente en cuanto al manejo de esta reglamentados en los siguientes: Ley 100 de 1993, Ley 23 de 1981, Decreto 3380 de 1981, Resolución 008430 de 1993 y Decreto 1995 de 1999.

Las entrevistas serán anonimizadas, reservando la identidad de los estudiantes que participaron en el estudio.

Se asegura que no existirán represalias académicas ni de otra índole, por no participar en el estudio

Todos los integrantes del grupo de investigación estarán prestos a dar información sobre el estudio a entes organizados, aprobados e interesados en conocerlo siempre y cuando sean de índole académica y científica, preservando la exactitud de los resultados y haciendo referencia a datos globales y no a pacientes o instituciones en particular.

Se mantendrá absoluta confidencialidad y se preservará el buen nombre institucional profesional.

El estudio se realizará con un manejo imparcial y responsable.

No existe ningún conflicto de interés por parte de los autores del estudio que deba declararse.

Ruta de atención

En caso de presentarse alguna reacción emocional en los estudiantes, por tratar temas que pueden ser delicados para ellos, se realizará el siguiente procedimiento:

Se dirigirá al estudiante al departamento de psiquiatría de la Universidad del Rosario, donde se realizará una valoración integral por salud mental para evaluar la severidad de los síntomas y de esta forma definir las intervenciones pertinentes en cada caso.

El estudio fue previamente revisado y aprobado por el comité de ética de la Clínica Nuestra Señora de La Paz. Se anexa documento.

## 6. Administración del proyecto

### 6.1. Cronograma

| <b>Actividades</b>   | <b>Agosto a<br/>Octubre<br/>2019</b> | <b>Enero y<br/>febrero<br/>2020</b> | <b>Abril a<br/>Agosto<br/>2020</b> | <b>Septiembre<br/>y octubre<br/>2020</b> | <b>Noviembre<br/>15 de 2020</b> | <b>Nov 15 a<br/>Nov 30 de<br/>2020</b> | <b>Diciembre<br/>2020</b> |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------|
| <i>Protocolo</i>   | x                                    |                                     |                                    |  |                                 |  |                           |
| <i>Diseño de<br/>entrevistas</i>                           |                                      | x                                   |                                    |  |                                 |  |                           |
| <i>Realización<br/>de entrevistas</i>                      |                                      |                                     | x                                  |  |                                 |  |                           |
| <i>Análisis y<br/>resultados</i>                           |                                      |                                     |                                    | x  |                                 |  |                           |
| <i>Revisión por<br/>parte de los<br/>tutores</i>           |                                      |                                     |                                    |  | x                               |  |                           |
| <i>Corrección<br/>de<br/>observacione<br/>s realizadas</i> |                                      |                                     |                                    |  |                                 | x                                      |                           |
| <i>Entrega final</i>                                       |                                      |                                     |                                    |  |                                 |  | X                         |

## 6.2. Presupuesto

Duración del proyecto: 18 meses

| Elemento       | Tipo de recurso                      | Tipo de Unidad                        | Unidades | Precio por unidad | Costo             |
|----------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------|-------------------|-------------------|
| Personal       | Sueldo de psiquiatra asesor temático | Jornada Mensual<br>2 horas por semana | 18       | 480,000           | 8,640,000         |
| Personal       | Sueldo de asesor metodológico        | Jornada Mensual<br>2 horas por semana | 18       | 480,000           | 8,640,000         |
| Personal       | Sueldo autor del proyecto 1          | Jornada mensual<br>4 horas por semana | 18       | 640,000           | 11,520,000        |
| Personal       | Sueldo autor del proyecto 2          | Jornada mensual<br>4 horas por semana | 18       | 640,000           | 11,520,000        |
| Toner          | Impresión consentimientos informados | tinta                                 | 1        | 222,000           | 222,000           |
| Esferos        | Papelería en general                 | Caja con 12                           | 1        | 11,000            | 11,000            |
| Hojas de papel | Papelería en general                 | Resma de papel                        | 1        | 10,500            | 10,500            |
| Transporte     | Viaticos                             | Gasolina                              | 5        | 8,900             | 44,500            |
| Transporte     | Viaticos                             | Parqueadero                           | 360      | 90                | 32,400            |
| <b>Total</b>   |                                      |                                       |          |                   | <b>40,568,400</b> |

Por la pandemia por el COVID 19 se modificó la forma de realización de las entrevistas, que tuvieron que realizarse de manera virtual, lo cual disminuyó los costos.

## 7. Resultados

Este estudio ha analizado las representaciones sociales que los estudiantes de medicina tienen sobre la psiquiatría, la enfermedad mental y los psiquiatras, en diferentes momentos de su formación profesional, teniendo como punto de análisis los semestres I, VI y X. Se evaluaron tres categorías que enfocan el estigma, descritas previamente, el componente estructural, el interpersonal y el intrapersonal.

Se denominará a los entrevistados de la siguiente manera:

- P1: Primer entrevistado masculino, primer semestre.
- P2: Segundo entrevistado masculino, primer semestre.
- P3: Tercera entrevistada femenina, primer semestre.
- P4: Cuarto entrevistado masculino, primer semestre.
- P5: Quinto entrevistado masculino, primer semestre.
- S1: Primera entrevistada femenina, sexto semestre.
- S2: Segunda entrevistada femenina, sexto semestre.
- S3: Tercer entrevistado masculino, sexto semestre.
- S4: Cuarta entrevistada femenina, sexto semestre.
- S5: Quinta entrevistada femenina, sexto semestre.
- D1: Primera entrevistada femenina, décimo semestre.
- D2: Segunda entrevistada femenina, décimo semestre.
- D3: Tercera entrevistada femenina, décimo semestre.
- D4: Cuarto entrevistado masculino, décimo semestre.
- D5: Quinta entrevistada femenina, décimo semestre.



*Definición de categorías:*

Componente estructural: Esta categoría hace referencia a los elementos y estructuras sociales que pueden llegar a construir una representación de discriminación hacia algún grupo poblacional.

Componente intrapersonal: Hace referencia al auto estigma, incluye elementos y creencias personales que mantienen prejuicios y estereotipos. Incluye los elementos del estigma que afectan la relación con otros.

Componente interpersonal: Esta categoría aborda el conocimiento o la falta del mismo en los individuos, que puede favorecer la existencia de prejuicios, así como propiciar la persistencia de estos.

### **Componente estructural**

En los tres semestres entrevistados se observó una respuesta bastante homogénea frente al concepto de la psiquiatría como área y especialidad médica, con la utilización de definiciones generales. Se encontró que los estudiantes de décimo semestre consideran más útil y necesaria la psiquiatría en los diversos campos no clínicos sino también sociales, educativos, publicitarios y hasta políticos, los estudiantes de primer semestre también consideran útil esta especialidad en varios espacios no hospitalarios, a diferencia de los estudiantes de sexto semestre, quienes en su mayoría, restringieron su utilidad al ambiente clínico

Se encontraron en primer semestre respuestas como

P2: *“Se necesita en todas partes, a medida que avanza el tiempo hay más gente con enfermedades mentales y que necesitan una guía”*

P3: *“En todo, desde las campañas publicitarias hasta la parte integral de las personas”*

P4: *“Yo diría que, en todos los espacios de la sociedad, ya que nadie está exento de vivir una crisis tanto emocional como mental”.*

Contrario a algunas respuestas encontradas en sexto semestre

S3: *“En las clínicas de alto nivel en caso de que necesiten atención de urgencias por psiquiatría”*

S4: *“se necesita en los hospitales”*.

Tal como se esperaba, por la forma de selección descrita en la metodología, todos los estudiantes de primer semestre y la mayoría de sexto y décimo semestre comentaron sobre su gusto por la psiquiatría. En primer semestre todos refirieron que estaba dentro de sus primeras opciones de posgrado o que habían ingresado a medicina con el objetivo de ser psiquiatras. En sexto semestre, dos de los entrevistados afirmaron que tenían un gusto importante por la psiquiatría y era una opción fuerte de especialidad, otros dos estudiantes expresaron claramente que no tienen un gusto por esta rama de la medicina y la estudiante restante comentó que, aunque le gustaba bastante la temática no la consideraría como futura especialidad, S5: *“Es algo a lo que no dedicaría mi vida, pienso que al enfrentarme a eso podría ser un poco desgastante, no tengo la vocación para dedicarme a ver personas con ese tipo de trastornos”*. En décimo semestre la mayoría de los estudiantes entrevistados ha considerado la psiquiatría como una posibilidad futura de especialización personal en algún momento de su carrera, pero por diferentes razones actualmente no constituye su primera opción. Describieron que tuvieron cierta decepción posterior al acercamiento clínico y observación del trabajo con pacientes en sus diferentes rotaciones.

Todos los estudiantes de sexto semestre consideran que los psiquiatras obtienen satisfacción de su trabajo. Entre los estudiantes de primer semestre, dos de ellos piensan que al ejercer, los psiquiatras no obtienen satisfacción, uno de ellos (P3) comentó que no se ven los resultados como en otras especialidades, el otro estudiante refirió que en Colombia no se podía obtener satisfacción suficiente trabajando como psiquiatra, P5: *“se menosprecia más esta especialidad que en otros países como Estados Unidos donde hay más locos entonces los aprecian más y las oportunidades de trabajo son más, mientras que aquí se siente el desprecio cuando dicen por ejemplo, ¿estudiaste medicina e hiciste todo esto para ser psiquiatra?”*. Esto evidencia un claro estigma hacia la psiquiatría pero también hacia la sociedad norteamericana.

En décimo semestre se observó que las respuestas fueron más detalladas y completas, dieron ejemplos de lo que han visto en los psiquiatras con los que han tenido contacto en su práctica clínica. Uno de ellos manifestó que, aunque los pacientes que se recuperan son

muy pocos, estos deben darles satisfacción para seguir con su trabajo, D4: *“llega un punto en que uno debe hacerlo, pero creo que ese gozo y satisfacción de que se están haciendo bien las cosas, es limitado por las características de la profesión. Uno decir que a un paciente se le va a dar un tratamiento y no va a volver no ocurre, pero es más como por las expectativas de uno”*.

En especial en esta categoría, se vió en las respuestas, un frecuente uso de la tercera persona, cuando los estudiantes se referían a creencias, opiniones o construcciones conceptuales comunes con respecto a la psiquiatría tuvieron la tendencia de no hablar en primera persona, sino en tercera persona. Probablemente usaron esto como herramienta para expresarse de una forma más cómoda y libre, evitar el temor de ser juzgados por los entrevistadores e intentar mantener su posición social en el modelo jerárquico descrito anteriormente. Así, se encontraron respuestas como

P3: *“la gente cree que es solo para gente loca pero no”*.

P5: *“vemos cada vez gente más loca, pero las personas desprecian la salud mental y la psiquiatría”*. Y con respecto a la psiquiatría dijeron, S4: *“está infravalorada por las demás especialidades pero yo creo que porque no tiene el apoyo que requiere y como especialidad no la toman tan en serio, la ven como una especialidad inferior pero no creo que sea así”* aquí se refiere a opiniones de agentes externos, con un claro uso de la tercera persona. También se encontró en los semestres sexto y décimo, que enfatizaron la subjetividad, incertidumbre y poca disponibilidad de paraclínicos y soluciones quirúrgicas en la práctica de la especialidad, con una connotación negativa y como un punto desfavorable altamente criticado tanto por otras especialidades como por ellos mismos como estudiantes, concepto que no estuvo presente en primer semestre. Estos adjetivos muestran un evidente paradigma cuantitativo imperante en el modelo médico de la actualidad con la que son formados en las escuelas de medicina.

En general en primer y sexto semestre consideran que los psiquiatras tienen formas de ser y de trabajar diferentes a otras especialidades, dieron atributos positivos dignos de ser admirados como *“paciencia, fortaleza mental, más empatía”*. En décimo semestre se encontraron respuestas más variadas, describieron los psiquiatras según las características

que han observado en los especialistas con quienes han tenido contacto en sus rotaciones clínicas, algunos los describieron como analíticos, pacientes y mucho más amables que otros especialistas, otros como D4 *“son perspicaces, muy certeros al momento de contrarrestar lo que están escuchando”*.

D1: *“tienden a interiorizar más las cosas, profundizar más e ir más allá”*

D5: *“uno está como predispuesto de que los psiquiatras son raros o diferentes, pero me pongo a pensar y ese tipo de personas están en todas las especialidades, entonces no es algo de psiquiatría”*

Nuevamente se evidencian prejuicios en las representaciones sociales sobre la naturaleza de los psiquiatras, reforzados por conceptos sociales.

### **Componente interpersonal**

Sobre el concepto de enfermedad mental, casi todos los estudiantes expresaron su definición de una forma objetiva, trataron de dar un tinte médico y fisiopatológico en sus respuestas. Aunque se encontraron algunos estudiantes en primer semestre que incluyeron expresiones más coloquiales con una representación social clara de estigma como P2: *“sería como que una persona está loca, está muy triste o le falta un tornillo”*, P3 *“gente que no puede estar con los demás porque tiene más riesgo”*. Se evidencia la construcción social de origen histórico de que las personas con enfermedad mental no son aptas para vivir en una comunidad y deben ser aisladas.

La mayoría de los estudiantes de primer semestre consideran que las principales causas de la enfermedad mental son los traumas de la infancia y vivencias durante esta etapa y colocan en segundo lugar la carga genética. Adicionalmente dos de ellos consideraron la soledad como una causa importante. Los estudiantes de sexto y décimo semestre, dieron respuestas que incluyeron algunos factores adicionales, como los estresores diarios, la presión social que genera expectativas inalcanzables en las personas y experiencias en el transcurso de sus vidas. En el manejo, tienen claro que existen dos pilares para el tratamiento de las enfermedades mentales, la farmacoterapia y la psicoterapia, esta última no es completamente entendida por muchos, pero referida en sus respuestas.

Con relación al trato que se les debe dar a las personas con enfermedad mental, en primer semestre resaltaron la importancia del respeto, la empatía, dignidad y humanidad, aunque algunos estudiantes presentan algunas dudas sobre cómo deberían comportarse frente a un paciente.

P1: *“El trato no sabría cómo abordarlo, si muy amigablemente o como mostrar que estoy en una posición de médico para ayudarlo, eso me parece difícil, creo que depende de cada persona. Si llega alguien como que no sería más como hacerle ver que estoy para ayudarlo, pero si es alguien que llega más receptivo sería como más de confianza, de amigos”.*

P2: *“Creo que hay como un tratamiento único para cada paciente, por eso yo siento que la psiquiatría es una de las ramas más difíciles porque cada paciente se comporta diferente, fue criado diferente y tiene formas diferentes de responder al trauma entonces creo que debe ser muy personalizado”.*

P3: *“Si uno está ahí escuchando sin juzgar creo que ayuda muchísimo. Hay mucha gente que se siente incomprendida y que no la escuchan”*

P5: *“Lo mejor que se pueda, ser lo más humano posible pero no ser muy emocional al respecto, no actuar, mostrar ese lado de ti amable, que la persona se sienta comprendida, que no se sienta sola y que vea que lo que está viviendo no es el raro ni el único y darle una esperanza”.*

P4: *“Creo que se le puede ayudar desde una simple charla y si nada de eso funciona ahí si la medicación”.*

En sexto semestre enfatizaron que el trato debía ser igual al de cualquier otra persona, sin hacer ninguna diferencia por su condición

S1: *“yo creo que nosotros como médicos lo más que se podría hacer con esa persona es como brindarle apoyo, con escucha con atención y hacerle sentir que sigue siendo persona a pesar de lo que padece porque siento que hay gente que desnaturaliza mucho a las personas por tener una enfermedad mental”.*

S2: *“Yo pienso que el mismo trato que para todos los pacientes, siempre empático, siempre como de ayudar y estar dispuesto para el paciente”.*

S4 *“Comprensivos pero también firmes entendiendo que una enfermedad mental no te justifica de todo, tú puedes tener un trastorno de depresión pero no por eso vas a hacer una masacre, debo ser comprensiva con la situación pero también entender que tienen la posibilidad de tratamiento y de lidiar de una u otra forma con la condición”.*

Por otro lado, en décimo semestre se enfocaron en buscar el punto intermedio en el trato, sin irse a ningún extremo de permisividad, conmiseración o discriminación, tampoco de desprecio, tratar de no infantilizarlos ni darles tampoco un trato privilegiado excesivo,

D2: *“El trato debe ser de mucho respeto. A veces uno los vuelve niños y uno tiene que tratar de humanizarse y dejar de infantilizarlos mucho, con mucha tolerancia y llenarse de paciencia porque no son pacientes nada fáciles”.*

D4: *“Creo que no se puede omitir un aspecto y es que es un paciente que siente dolor, que hay algo dentro de sí que no le permite salir de eso, es un proceso personal en el cual uno debe acompañarlo, no es volverse su mejor amigo porque uno tampoco está para eso y no va a ser el único paciente pero es un proceso para ver qué es lo que el paciente quiere hacer”.*

D5: *“Yo creo que a un paciente con enfermedad mental no creo que toque aterrizarlo a las malas pero tampoco seguirle la corriente, hacerle caer en cuenta que está fuera de una realidad pero con tacto y respeto porque igual son personas”*

### **Componente Intrapersonal**

Se les preguntó a los estudiantes que tan fácil o difícil era para ellos hablar sobre temas emocionales. Algunos comentaron que se les facilitaba y les gustaba hablar de esos temas, otros refirieron que dado que eran personas tímidas o reservadas, no les agrada compartir sus emociones con frecuencia. La mayoría de los estudiantes resaltó la importancia de poder hablar y compartir sus emociones con otros, manifestaron que actualmente es frecuente asumir que las personas que los rodean se encuentran bien, cuando probablemente esten atravesando por bastantes dificultades a nivel emocional.

Del total de entrevistados, 6 han consultado alguna vez al psiquiatra, el resto manifestaron que consultarían en caso de requerirlo. Una de las estudiantes habló de forma explícita sobre el auto estigma en este punto, comentó, D2: *“uno mismo tiene mucho estigma de ir al psiquiatra y uno pone muchas excusas de que no lo necesita y otras cosas para no ir”*.

El total de los entrevistados respondieron que recomendarían a sus familiares, ir al psiquiatra sin dudarlo, pero algunos de ellos dijeron que podía no ser fácil, S3: *“creo que es difícil porque muchas veces la gente toma el consejo de ir al psiquiatra como si uno les estuviera diciendo que está loco, pero si lo haría”*.

La mayoría de los estudiantes tiene algún familiar o persona cercana con una enfermedad mental y todos ellos hicieron énfasis en su trato no discriminatorio, P3: *“la trato como si fuera cualquier persona, normal”*, P2: *“trato de ayudarlos sin romper la barrera de su espacio, trato de no juzgarlos y que se sientan acompañados”* solo uno de los estudiantes de décimo semestre comentó la dificultad que presentaba en ocasiones con un familiar con enfermedad mental cuando tenía comportamientos agresivos.

Con respecto a cómo creerían que es vivir con una enfermedad mental, los estudiantes dieron diferentes descripciones, todas de índole negativo. Algunos elementos importantes se repitieron como la importancia de perder el control sobre su vida, sus emociones y decisiones, así como tener que enfrentar una sociedad que discrimina, rechaza y genera vergüenza hacia las personas que tienen una enfermedad mental. También se encontraron algunos calificativos llamativos entre los estudiantes de sexto y décimo semestre.

D5: *“debe ser lo peor que le puede pasar a uno, debe ser terrible, mucho peores que las enfermedades físicas”*

D4: *“es lo más incapacitante que puede haber”*

S5: *“Creo que debe ser de las cosas más agotadoras del mundo, algo con lo que siempre está ahí haciendo más peso dentro de todo lo que uno ya tiene que vivir entonces debe ser agotador”*

P4 *“Un infierno. Por lo que me han referido y lo que yo sentía e incluso en los pacientes se puede ver en la cara que es un infierno, no tener control sobre uno mismo creo que es la parte más difícil”*.

Algunos reconocen adicionalmente, la dificultad de manejar el estigma en la sociedad

S4: *“ Debe ser súper complicado, aunque se le ha quitado el tabú no es mucho lo que se habla de eso y más allá de lo que tienes que vivir de lidiar con tu propia enfermedad, es lidiar con lo que creen los demás con todo el estigma social, entonces debe ser bien complicado y nada fácil”*

S3: *“ yo creo que vivir con una enfermedad mental debe ser en cierta medida frustrante. Porque la persona va a creer que es diferente y porque la enfermedad mental siempre ha sido estigmatizada y el que tiene una enfermedad mental está loco y que nadie lo va a entender. Creería que la persona viviría con vergüenza y el estigma de las demás personas por lo que ocultaría lo que tiene en verdad”*

D1: *“Creo que ni siquiera ellos mismos entienden por lo que están pasando y mucho menos la gente que está alrededor, la gente se estresa mucho, se molesta y no les interesa lo que vive la persona, para los enfermos mentales atravesar por eso es muy duro porque además de la afectación interna también es muy duro con sus amigos, familiares y todo el mundo afuera”*.

Estas descripciones evidencian una prevención y rechazo hacia la enfermedad mental, no solo en los estudiantes entrevistados sino también en una sociedad que ellos mismos identifican que rechaza, limita, oculta y discrimina los pacientes psiquiátricos, además, de una clara incompreensión y falta de conocimiento. En la mayoría de las preguntas aquí relacionadas, intentan verbalizar que dentro de sus representaciones sociales, la enfermedad mental no es diferente de la enfermedad física, pero sus respuestas manifiestan de forma implícita y explícita todo lo contrario.

De forma general y contrario a los resultados esperados, se observó que los estudiantes de primer semestre mostraron una perspectiva más abierta y receptiva con respecto a la enfermedad mental, la psiquiatría y los psiquiatras, evidenciaron un poco menos de prevención y rechazo frente a estos temas que los estudiantes de sexto semestre. Por otro



lado, en décimo semestre, se encontraron definiciones más completas, con mayor uso de terminología médica en sus respuestas. En este semestre se evidencian representaciones sociales que han sido construidas a partir de su experiencia clínica con los pacientes en las respectivas rotaciones. Esto probablemente explica una menor prevención, sin embargo, persisten algunos elementos negativos hacia la enfermedad mental que pueden evidenciarse con frases como *“es lo peor que le puede pasar a una persona”*.

## **8. Discusión**

La observación y análisis de las representaciones sociales en psiquiatría tiene implicaciones científicas y sociales, con fundamento en el sentido común y una construcción paulatina con los conocimientos adquiridos a lo largo de la formación profesional, sin olvidar el papel tan importante de las experiencias de cada individuo en su vida cotidiana, que limita la objetivación de estas representaciones (38). Así, termina por ser un compendio de información de diferentes fuentes que a lo largo de su vida, cada persona integra y construye como representación social.

A partir de lo que se encontró en la revisión de la literatura, se esperaban resultados diferentes a los encontrados. Según la teoría, el estigma tiene un importante componente de relación con el conocimiento de los individuos y el aumento de este, así como el contacto con pacientes con enfermedad mental, debería disminuirlo (39).

En las representaciones sociales, se esperaba encontrar más estigma por el factor desconocimiento en los estudiantes de primer semestre, pero los hallazgos en las entrevistas fueron contrarios a esta teoría. Esto puede tener una explicación en el entusiasmo inherente de los estudiantes de primer semestre frente a un universo clínico desconocido. Algunos estudios reportan contradicciones entre los resultados, que afirman, pueden deberse al uso de herramientas de autoinforme, que introducen un probable sesgo de discapacidad social (1). También puede tener relación con que la totalidad de los estudiantes de primero,

poseen un gusto particular por la psiquiatría y la contemplan como una posibilidad de elección futura de especialidad, a diferencia de los otros semestres.

Se observó que los estudiantes de décimo semestre transformaron sus representaciones sociales sobre la psiquiatría a lo largo de su carrera. Manifestaron que inicialmente la habían considerado como una opción de especialidad futura, pero posterior a la realización de sus rotaciones clínicas, modificaron sus contrucciones de opinion personal frente a la satisfacción de los psiquiatras, lo oportuno de los tratamientos y la efectividad de los mismos, con un tinte de decepción en sus discursos. Se considera que este fenómeno puede estar relacionado con el funcionamiento de los servicios de salud mental en Colombia, con un pobre seguimiento a los pacientes y pocas herramientas de rehabilitación a los mismos, adicional a un imperante paradigma cuantitativo en el modelo médico actual.

El semestre que evidenció representaciones sociales con mayor estigma fue sexto semestre,, estos estudiantes fueron los que se encontraron con mayor variedad respecto a su gusto por la especialidad. Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, se puede afirmar que existe una relación importante entre el gusto por la psiquiatría y el estigma hacia la especialidad, los psiquiatras y las enfermedades mentales.

Durante las entrevistas se pudo observar cierta ambivalencia entre algunas respuestas de los estudiantes, por un lado conceptos y afirmaciones explícitamente positivos frente la psiquiatría y la enfermedad mental y por otro, elementos implícitos negativos. Esta ambivalencia saca a relucir diferentes factores que influyen en la comunicación de estas representaciones sociales, como ya se mencionó por el elemento de deseabilidad social, sumado a la persistencia de estereotipos y prejuicios en un contexto cultural y social.

Sin lugar a dudas y tal como lo muestra la literatura, es evidente que en la actualidad existe todavía un marcado estigma en las representaciones sociales del personal de salud, que puede empezar por los estudiantes de medicina. Sin embargo, puede que la diferencia del estigma encontrado en primer semestre, comparado con los otros semestres, responda también a un fenómeno psicoeducativo, formativo y de apoyo por parte de la Universidad.

Estos elementos fueron identificados al indagar en sexto y en décimo semestre sobre cambios que consideran importantes en la forma de abordar la salud mental. Los estudiantes mencionaron que en la Universidad del Rosario se ha venido desarrollando un programa que intenta darle más importancia a la salud mental, brinda mayor información al respecto y recalca la importancia de esta. También se ha incentivado la realización de actividades voluntarias y de apoyo disponible en salud mental, que continuamente se desarrollan dentro del campus de la universidad.

Esta iniciativa de la decanatura del medio consiste en dos programas, que iniciaron en el 2018, UR Emotion y Lifeteam. UR Emotion surgió como una herramienta de psicopedagogía de la emoción, concebida como una competencia que puede ser desarrollada y en la que cada persona puede conocer información sobre el procesamiento emocional desde la parte intelectual, con base en ese conocimiento desarrollar acciones consecuentes y observar sus respuestas con ejercicios que pueden llegar a modular las mismas. En este modelo los individuos pueden identificar emociones, de qué forma las manifiestan y como impactan el nivel cognitivo.

A través de un proceso de facilitación se favorece la toma de decisiones, está constituido por 4 espacios, Conocerte, Recrearte, Crearte y Emocionarte. Conocerte es un espacio destinado al acompañamiento individual para que la persona se reconozca y entienda mejor sus emociones, Recrearte y Crearte son módulos diseñados para la expresión de la emoción, en ellos se intenta a través de ejercicios vivenciales en espacios de la universidad, reconocer emociones que surgen frente a situaciones que pueden suponer un reto, presión emocional de algún tipo o frustración, identificar cogniciones y elementos físicos que acompañan esa emoción para llevarla al terreno de las decisiones e intentar mejorar las mismas.

Inicialmente suponía un programa completamente electivo para los espacios libres de los estudiantes fuera de sus clases o rotaciones, pero actualmente se intenta que sea parte del programa curricular e incorporan también elementos de la psicología educacional con modelos de psicoeducación y apoyo. Actualmente se diseña un modelo llamado la línea 24/7, orientado como servicio de apoyo a los estudiantes con diferentes urgencias psicológicas entre ellas todo tipo de ideación suicida.

Por otro lado, se encuentra en marcha el programa Lifeteam, orientado en identificar, apoyar y asesorar a los estudiantes que están pasando por alguna dificultad emocional, desde su posición de pares, así, desarrollan diferentes capacitaciones periódicas a los estudiantes y otras personas que quieran ser parte del programa, para orientarlos como primeros respondientes frente a crisis emocionales y generar un sentimiento de fraternidad y compañía entre los estudiantes.

Se han intentado desarrollar otras estrategias a nivel mundial para la reducción del estigma en salud mental como el contacto, educación, protesta frente declaraciones públicas con alto contenido de estigma y medios de comunicación. Existen resultados variables en los estudios de estas estrategias. Algunos sugieren que el contacto con pacientes con enfermedad mental es clave para disminuir el estigma, pero otros indican que el mismo contacto puede tener efectos negativos y aumentar la estigmatización en los profesionales de la salud, dado que ellos son quienes son más vulnerables a los estereotipos por estar presentes en los momentos más críticos de los pacientes con enfermedad mental. Por esto se ha considerado fundamental educar a los profesionales de la salud no solo con los conceptos de estigma, sino también sobre las actitudes y prácticas estigmatizantes que pueden transmitir y el posible daño en relación con la calidad de vida, esperanza, y posibilidades de recuperación del resto de la población (40). Se cree que este último elemento no se desarrolla aún en las escuelas de medicina, por lo cual puede llegar a ser una opción considerable para poner en marcha y lograr una disminución paulatina del estigma entre los estudiantes, no solo de medicina sino también de otras carreras.

## 10. Conclusiones

En conclusión, se pudo observar que, en las tres categorías descritas se encuentran elementos de estigmatización en las representaciones sociales que persisten en los estudiantes de medicina. Por un lado, sobre la psiquiatría como especialidad en su naturaleza, que algunos admitieron era infravalorada en el medio y fuera de él, las características de los psiquiatras como profesionales, a pesar de que contrastaron estos prejuicios con la realidad de su experiencia clínica y por otro lado, la enfermedad mental como entidad, con una clara diferencia en su representación con la enfermedad física.

En el componente estructural se observaron características y representaciones construidas a nivel social que se evidencian en las opiniones dadas por los estudiantes, así como también en sus referencias cuando hablaron en tercera persona.

En el componente interpersonal se pensaba que el conocimiento podría modificar las percepciones hacia un mejor entendimiento de la enfermedad mental y por tanto un menor estigma. En las entrevistas, los resultados no fueron del todo consistentes con esta teoría, dado que los estudiantes de sexto semestre evidenciaron un mayor estigma en sus representaciones sociales que los de primero. La diferencia principal en los dos semestres, radicó en el gusto por la psiquiatría encontrado en la totalidad de los estudiantes de primero y solo algunos de los entrevistados en sexto. Por tanto se considera que este elemento puede tener un papel fundamental en la construcción de estas representaciones. En décimo semestre, se modificaron de forma importante las representaciones sociales de los estudiantes a lo largo de la carrera, probablemente por la dificultad para una adecuada recuperación y rehabilitación que se aleja de un sistema de salud mental ideal.

En el componente intrapersonal, se observó que hay diferentes representaciones sociales, pero sin importar la facilidad personal para manejar los temas emocionales, se evidenció que hay un concepto general sobre la importancia de la salud mental. Se

encuentran conceptos que evidencian un estigma presente en la forma de abordar temas de salud mental a nivel personal y familiar, pero se piensa que influyó de forma significativa el sesgo de deseabilidad social más que en los otros componentes estudiados.

Se considera que el programa en desarrollo por la decanatura y la facultad de medicina ha tenido un impacto positivo considerable en la desestigmatización de la enfermedad mental entre los estudiantes, el acercamiento y empoderamiento de la salud mental y una mentalidad más abierta hacia estos temas. Esto se vio reflejado en los resultados que se encontraron en primer semestre, que han sido los estudiantes principalmente beneficiados de estos programas.

Aunque todavía falta un largo camino para lograr una adecuada aceptación y desmitificación tanto de la enfermedad mental como de la psiquiatría, se cree que es un buen inicio para continuar el desarrollo de este tipo de programas. Es una herramienta para incentivar el acercamiento a estos temas y trabajar en conjunto con los futuros médicos del país y también con los futuros profesionales de las distintas áreas diferentes a la medicina.

Aunque el estigma hacia la enfermedad mental y la psiquiatría ha persistido por bastantes décadas, durante la carrera de medicina, la adquisición de conocimiento y experiencia clínica disminuye muchos de los prejuicios establecidos socialmente pero aún persisten muchos otros que pueden llegar a transformarse en las representaciones sociales de los individuos. Existe un gran campo de acción no solo en los estudiantes de medicina sino también en la sociedad, con posibilidades de estructurar programas que prioricen la salud mental y poco a poco desmitifiquen la enfermedad mental y la psiquiatría hasta lograr una mayor aceptación de estas.

## 9. Referencias

1. Kopera M, Suszek H, Bonar E. Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in Mental Health Professionals and Medical Students. 2014;
2. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG, et al. Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125(6):440–52.
3. Betancur CB, Restrepo-ochoa DA, Jesus Y De, Henao O, Arboleda CZ, Rodríguez CP. Representaciones sociales sobre salud mental en un grupo de profesionales en la ciudad de Medellín : análisis prototípico y categorial \* analysis. 2014;96–107.
4. Organización Mundial de la salud. Salud mental. Organ Mund La Salud [Internet]. 2016;1–2. Available from: [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)
5. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013- 2020. WHO Libr Cat Data. 2013;
6. Gómez-Restrepo C. La Encuesta Nacional de Salud Mental–ENSM 2015. Vol. 45, *Revista Colombiana de Psiquiatria*. 2016. 1 p.
7. Guimón J. Prejudice and realities in stigma. *Int J Ment Health*. 2010;39(3):20–43.
8. González LM, Peñaloza RE, Matallana MA, Gil F, Gómez-Restrepo C, Landaeta APV. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45(S 1):89–95.
9. Mancera KC, De Santacruz C, Salamanca MA. «aceptando mentes dementes». Grupo de opinión, información y apoyo sobre el estigma de las enfermedades mentales en Facebook. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*. 2014;43(3):139–45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2014.02.007>
10. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Stigma: Barrier to access to mental health services. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*. 2014;43(3):162–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001>
11. Foucault M. *Folie et raison: Histoire de la folie à l'âge classique*. 1976.
12. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med*. 2003;56(2):299–312.

13. Harangozo J, Reneses B, Brohan E, Sebes J, Csukly G, López-Ibor JJ, et al. Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *Int J Soc Psychiatry*. 2014;60(4):359–66.
14. Minas H, Zamzam R, Midin M, Cohen A. Attitudes of Malaysian general hospital staff towards patients with mental illness and diabetes. *BMC Public Health* [Internet]. 2011;11:317. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed10&NEWS=N&AN=21569613>
15. Mukherjee R, Fialho A, Wijetunge A, Checinski K, Surgenor T. The stigmatisation of psychiatric illness: The attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiatr Bull*. 2002;26(5):178–81.
16. Gray AJ. Stigma in psychiatry. *J R Soc Med*. 2002;95(2):72–6.
17. Aker S, Aker AA, Boke O, Dundar C, Sahin AR, Peksen Y. The attitude of medical students to psychiatric patients and their disorders and the influence of psychiatric study placements in bringing about changes in attitude. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2007;44(3):204–12.
18. Williams JA, Liu N, Afzal K, Cooper B, Sherer R, Morgan I, et al. Positive attitudes towards psychiatry among Chinese medical students. *Int J Soc Psychiatry*. 2014;60(1):21–9.
19. Ongecha-owuor F, Psych MM, Kuria M, Psych MM, Mutiso V, Syanda J, et al. Attitudes Toward Psychiatry : 2008;(April).
20. Popescu CA, Buzoianu AD, Suciuc SM, Armean SM. Attitudes toward mentally ill patients: A comparison between Romanian and international medical students. *Clujul Med*. 2017;90(4):401–6.
21. Colombia. Ley 1616 de salud mental. 2013;2013(Enero 21).
22. Shen Y, Dong H, Fan X, Zhang Z, Li L, Lv H, et al. What can the medical education do for eliminating stigma and discrimination associated with mental illness among future doctors? Effect of clerkship training on Chinese students' attitudes. *Int J Psychiatry Med*. 2014;47(3):241–54.
23. Londoño DE, Dening T. The emergence of psychiatric semiology during the Age of Revolution: evolving concepts of “normal” and “pathological.” *Hist Psychiatry*.



2016;27(2):121–36.

24. Goffman E, Altmarcha A. Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. *Pap Rev Sociol.* 1972;6:198.
25. Yang LH, Kleinman A, Link BG, Phelan JC, Lee S, Good B. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Soc Sci Med.* 2007;64(7):1524–35.
26. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol Sci Pract.* 2002;9(1):35–53.
27. Scheff T. *Being mentally ill : a sociological theory.* Routledge,. 2017.
28. Kaplan AM, Haenlein M. Users of the world, unite! The challenges and opportunities of Social Media. *Bus Horiz.* 2010;53(1):59–68.
29. Thoits PA. Resisting the stigma of mental illness. *Soc Psychol Q.* 2011;74(1):6–28.
30. Guimón Ugartechea J. Freudismo, contracultura y antipsiquiatría. 1972;
31. Cook JE, Purdie-Vaughns V, Meyer IH, Busch JTA. Intervening within and across levels: A multilevel approach to stigma and public health. *Soc Sci Med [Internet].* 2014;103:101–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.023>
32. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry.* 2014;1(6):467–82.
33. Gormley D, Quinn N. Mental Health Stigma and Discrimination: The Experience Within Social Work. *Practice.* 2009;21(4):259–72.
34. Malla A, Shaw T. Attitudes Towards Mental Illness: The Influence of Education and Experience. *Int J Soc Psychiatry.* 1987;33(1):33–41.
35. Aguirre Dávila E. Representaciones sociales y análisis del comportamiento social. *Diálogos 3 Discusiones en la Psicol Contemp.* 2004;11–25.
36. Banchs MA. Concepto de “Representaciones Sociales”. Análisis comparativo. *Revista Costarricense de Psicología.* *Revista Costarricense de Psicología;* 1986. p. 27–40.
37. Moscovici S. *El psicoanálisis, su imagen y su público.* Huemul. Paris, France; 1979.
38. Cordich V, De Leon MV, Frankel D. Representaciones sociales de estudiantes *SABERES Y PRÁCTICAS EN SALUD MENTAL : La Matanza León.* 2018;
39. Rüsçh N, Angermeyer MC, Corrigan PW. *Mental illness stigma : Concepts ,*

consequences , and initiatives to reduce stigma. 2005;20:529–39.

40. Sordi B, Arena C, Sireesha J, Pimentel J, Khenti A, Amélia I, et al. Stigma in health professionals towards people with mental illness : An integrative review. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. 2019;33(4):311–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.006>

## 10. Anexos

### 10.1. Anexo I.

#### Entrevista Estructurada

##### Ámbito estructural

1. ¿Para usted que es la psiquiatría?
2. ¿Dónde son útiles los psiquiatras para la sociedad?
3. ¿Qué piensa usted de la psiquiatría frente a otras especialidades?
4. ¿Alguna vez ha pensado en la psiquiatría como una posible especialidad para usted?  
¿Porqué?
5. ¿Los psiquiatras tienen características personales y formas de trabajar diferentes a otros especialistas? ¿Por qué?
6. ¿Cree usted que los psiquiatras obtienen satisfacción de su trabajo?

##### Ámbito interpersonal

1. ¿Qué es una enfermedad mental?
2. ¿Cómo piensa usted que se le puede ayudar a un paciente con una enfermedad mental?
3. ¿Cómo se tratan las enfermedades mentales?
4. ¿Cómo debe ser el trato que se le da a los pacientes con una enfermedad mental?
5. ¿Cuáles cree usted que son las causas más frecuentes de la enfermedad mental?

##### Ámbito Intrapersonal

1. ¿Cómo se siente frente a hablar de temas emocionales?
2. ¿Alguna vez consultaría a un psiquiatra?
3. ¿Alguna vez aconsejaría a un familiar de ir al psiquiatra?
4. ¿Tiene familiares o amigos que sufran de una enfermedad mental? De ser así, cómo es su comportamiento con ellos (Acá tratando de encontrar si se relacionan igual que con otros...)
5. ¿Cómo cree usted que es una persona que sufre de una enfermedad mental?

## 10.2. Anexo 2.

Consentimiento informado

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:

### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por favor, lea cuidadosamente esta información sobre el estudio de investigación titulado  
**“Representaciones sociales de la enfermedad mental y la psiquiatría en los estudiantes de medicina de la Universidad del Rosario en el 2020”**

- Siéntase en completa libertad de preguntar al personal del estudio todo aquello que no entienda.
- Una vez haya comprendido la información, se le preguntará si desea participar del estudio. En caso afirmativo, deberá firmar este documento y recibirá una copia.

### OBJETIVO DEL ESTUDIO

Explorar las opiniones y percepciones de los estudiantes de medicina de la Universidad del Rosario sobre la enfermedad mental, la psiquiatría y el psiquiatra como especialista en el año 2020

### ¿POR QUÉ FUE USTED ELEGIDO PARA PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

Para este estudio se requieren estudiantes de medicina de la universidad del Rosario que actualmente cursen los semestres I, VI y X en el año 2020

### RIESGOS Y BENEFICIOS

Su participación en este estudio no tiene ningún riesgo.

Este estudio ofrece beneficios a la población general ya que va a permitir ampliar la perspectiva y visión sobre la percepción de la psiquiatría, de los pacientes, la enfermedad mental y el psiquiatra, logrando determinar si se encuentra estigma en la psiquiatría, describiendo las percepciones de los estudiantes de medicina.

### ¿COMO SERÁ LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO?

Su participación requiere de los siguientes procedimientos, que usted podrá libremente aceptar o rechazar:

1. El lugar para realizar estos procedimientos será acordado entre el investigador y usted, de tal manera que se conserve su seguridad y tranquilidad.
2. Se les realizará unas preguntas relacionadas a diferentes formas de percibir la psiquiatría y la relación con su vida por parte de alguno de los investigadores. Las respuestas serán registradas por medio de una grabadora, de tal manera que los investigadores puedan guardar fielmente sus respuestas que posteriormente serán transcritas para llevar a cabo un análisis de datos.
3. Parte de su relato puede ser utilizado de forma literal en el documento escrito.

4. No se utilizarán nombres o cualquier otro elemento de vida que puede llevar a identificarlo.

#### GARANTÍAS DE SU PARTICIPACIÓN

“La información se mantendrá bajo estricta confidencialidad y no se utilizará su nombre o cualquier otra información que pueda identificarlo personalmente. Toda la información que se obtenga de este estudio de investigación se utilizará únicamente con el propósito que aquí se comenta. Los investigadores de este estudio son los únicos autorizados para acceder a los datos que usted suministre.

Participar en el estudio no tiene ningún costo. No se llevarán a cabo ningún tipo de procedimientos o exámenes en este estudio. Ni usted, ni otra persona involucrada en el estudio, recibirá beneficios políticos, económicos o laborales como compensación por su participación. Su participación será completamente voluntaria y tendrá el derecho de retirarse en cualquier momento del estudio si usted así lo desea. Igualmente, si en algún momento desea que la información que usted brinda no sea utilizada por los investigadores, lo podrá comunicar y respetaremos su decisión.

#### ACEPTACIÓN

Por favor marque con una “X” en caso de que acepte o no acepte lo siguiente:

| Autorizo a los investigadores del estudio para:  | Acepto | No acepto |
|--|--------|-----------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar los procedimientos descritos en este documento, necesarios para la realización del estudio de investigación</li> </ul> |        |           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Hacer grabaciones en audio</li> </ul>   |        |           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicarse conmigo para invitarme a participar de otros estudios de investigación</li> </ul>                                   |        |           |

Participante

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 Nombre                      Cédula                      Firma                      Día/Mes/Año

#### ESPACIO RESERVADO PARA EL INVESTIGADOR

En nombre del estudio “**Representaciones sociales de la enfermedad mental y la psiquiatría en los estudiantes de medicina de la Universidad del Rosario en el 2020**”, me comprometo a guardar la identidad de \_\_\_\_\_ como participante. Acepto su derecho a conocer el resultado de todas las entrevistas realizadas y a retirarse del estudio a su voluntad en cualquier momento. Me comprometo a manejar los resultados de esta investigación de acuerdo con las normas para la realización de

investigación en Colombia (Resolución 8430 de 1993 y Resolución 2378 de 2008) y la ley para la protección de datos personales (Ley estatutaria 1581 de 2012).

Nombre: \_\_\_\_\_  
Documento de Identidad No \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Fecha (día/mes/año) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿INFORMACIÓN O PREGUNTAS ADICIONALES?

Si en algún momento desea obtener información adicional sobre el estudio puede contactar a:

Anna María Lozada Aldana

[anna.lozada@urosario.edu.co](mailto:anna.lozada@urosario.edu.co)

Joan Norberto Aguilera Romero

[Joan.aguilera@urosario.edu.co](mailto:Joan.aguilera@urosario.edu.co)

Residentes de psiquiatría - Universidad del Rosario

### 10.3 *Anexo 3*

Se adjunta documento de aprobación por el comité de ética.