
Creencias y opiniones de la sociedad acerca de las personas con esquizofrenia

Beliefs and opinions of society about people with schizophrenia

Grace Suárez Rodríguez & Hancel Duque Rhenals

Corporación Universitaria Reformada

Recibido: 27 de abril de 2021 / Aceptado: 18 de diciembre de 2021

Resumen

Las creencias y opiniones de la sociedad frente a las personas que son diagnosticadas con esquizofrenia han contribuido a generar una serie de sentimientos discriminatorios, rechazo y desinformación que influyen de manera negativa en la persona sobre la que recae el diagnóstico. El propósito de esta investigación fue comprender las creencias y opiniones de la sociedad en relación con las personas son diagnosticadas con esquizofrenia. El estudio cualitativo, tiene un diseño de enfoque en la teoría fundamentada. Realizamos una entrevista semiestructurada a siete participantes residentes en la ciudad de Barranquilla, Colombia. Para el análisis de datos seguimos los pasos propuestos por Strauss y Corbin. Los resultados permitieron comprender y conocer los conocimientos acerca de la esquizofrenia, su sistema de creencias y sus diversas motivaciones para expresar sentimientos y comportamientos hacia las personas que son diagnosticadas con esquizofrenia. En conclusión, parte del conocimiento que las personas tienen acerca de la esquizofrenia ha sido influenciado por fuentes informales que han contribuido a generar estigmatización, prejuicio y discriminación.

Palabras clave: actitudes públicas, creencias, esquizofrenia, percepciones, sociedad

Abstract

The beliefs and opinions of society towards people who are diagnosed with schizophrenia have contributed to generating a series of discriminatory feelings, rejection, and misinformation that negatively influence the person who relapses the diagnosis. The purpose of this research was to understand the beliefs and opinions of society about people being diagnosed with schizophrenia. The qualitative study has a grounded theory approach design. We conducted a semi-structured interview with seven participants in Barranquilla, Colombia. For data analysis, we followed the steps proposed by Strauss and Corbin. The results allowed to understand and know the knowledge about schizophrenia, its belief system, and its various motivations to express feelings and behaviors towards people diagnosed with schizophrenia. In conclusion, part of people's knowledge about schizophrenia has been influenced by informal sources that have contributed to stigmatization, prejudice, and discrimination.

Keywords: beliefs, perceptions public, attitudes, schizophrenia, society

Toda comunicación relacionada a este artículo debe dirigirse a la autora principal al siguiente correo electrónico: grace.suarez@unireformada.edu.com

Vol 8 No. 1 (2021)
Salud y Conducta Humana

Las creencias y opiniones de las personas en general o de la comunidad con respecto al tema de la esquizofrenia suelen ser variadas. Generalmente las opiniones suelen ser negativas debido a la falta de conocimiento frente a un hecho que resulta extraño o anómalo, o quizá se deba a un exceso de información errónea que se ha transmitido a lo largo del tiempo. Esta visión negativa frente a las personas que poseen un diagnóstico psiquiátrico- o bien un diagnóstico como el de esquizofrenia- conlleva a que surjan distintas perspectivas y fenómenos sociales tales como el estigma, la exclusión, el prejuicio y la discriminación.

El estigma puede ser considerado como una de las principales causas de sufrimiento en las personas que son diagnosticadas con esquizofrenia debido al gran impacto psicosocial que genera (Arboleda-Flórez, 2005; Stuart, & Aboleda-Flórez, 2001). El estigma constituye un proceso de etiquetamiento, pérdida de estatus y discriminación de la que es objeto una persona que presenta una característica que un grupo social rechaza (Link & Phelan, 2001). Según Ochoa y colegas (2011) el estigma social comprende la vivencia de pérdida de roles sociales (amistad, relaciones sentimentales, paternidad, desarrollo educacional y laboral) y experimentan con frecuencia el temor al rechazo, lo que trae consigo el ocultamiento de la enfermedad para soslayar los efectos de la discriminación. Además, el proceso de estigmatización también produce efectos sobre la persona que estigmatiza, tales como desconfianza, rechazo, ansiedad y rabia (Ochoa et al., 2011).

Usualmente las personas que son diagnosticadas con esquizofrenia poseen problemas para desempeñarse con facilidad en el ámbito familiar y social. La baja funcionalidad se debe a las mismas motivaciones del problema como lo son la

baja autoestima, depresión, episodios psicóticos, pero también influye la falta de comprensión y apoyo por parte de otras personas (DePonte et al., 2000; Dinos, et al., 2004; Read & Baker, 1996). Además, las personas con diagnóstico de esquizofrenia se las suele ver como violentas, peligrosas, impredecibles e incompetente para tomar sus propias decisiones (Rose et al., 2007; Thompson et al., 2002). En consecuencia, las personas con este tipo de diagnóstico se ven afectadas de manera tal que evitan buscar ayuda profesional o apoyo familiar o social.

Un estudio realizado por García González (2019) sobre el estigma social y autoestigma en la esquizofrenia mostró que las personas con el diagnóstico percibían mayor estigmatización, mientras peor es la percepción de su estado actual de salud. También encontró relación entre percibir el estigma social y una mayor autoestigmatización (García González, 2019). Por otra parte, un estudio realizado por Maza Rivera (2015) acerca del estigma experimentado por personas con diagnóstico de esquizofrenia presentó que las personas participantes habían tenido diferentes experiencias de estigma en el ámbito social e individual. Estas experiencias de estigma estaban relacionadas con el personal de salud, porque recibieron comentarios ofensivos o calificativos. Además, mencionaron haber tenido abandono o distanciamiento por parte de sus familiares (Maza Rivera, 2015).

En el caso particular de la esquizofrenia, las creencias pueden surgir a raíz de un exceso de información errónea que ha sido influenciada en gran medida por los medios de comunicación, generando confusión e interrogantes en el público. Esta visión de la enfermedad ha sido reforzada por estos medios, ya que en ocasiones la información es una forma de sesgar la realidad y fomentar un estereotipo de personas agresivas, desorganizadas y que provocan miedo (Boisvert & Faust, 1999; Ferriman,

2000). Además, debido a la influencia de los medios de comunicación, se han incrementado las limitaciones de la persona y su sufrimiento, provocando consecuencias en su reinserción social (Muñoz et al., 2011).

La poca comprensión o conocimiento sobre este problema hace que tanto la persona diagnosticada con esquizofrenia como su familia no solo se vean afectados por un diagnóstico desalentador y con un modelo de tratamiento permanente, sino también se afecten por las preocupaciones que existen con respecto a la violencia y la peligrosidad. Según Fresán y colegas (2011) la percepción de que las personas con un diagnóstico de esquizofrenia no poseen la capacidad de controlar su comportamiento, son agresivas, violentas y peligrosas, puede agravar los síntomas negativos de la esquizofrenia.

El propósito de esta investigación cualitativa fue conocer y comprender las opiniones y creencias de la sociedad frente a las personas con diagnóstico de esquizofrenia. También, conocer las motivaciones y razones que permiten que la sociedad perciba a una persona con este diagnóstico de determinada manera.

Método

La presente investigación tuvo como base una metodología cualitativa, porque permite estudiar la realidad en su contexto natural para así lograr comprender y describir aquellos fenómenos que se presentan de manera particular. Según Flick (2004) las características esenciales de la investigación cualitativa son: la posibilidad de seleccionar el método y la teoría más indicada al fenómeno de estudio, el hecho de reconocer para luego analizar las distintas perspectivas y el rol que juega la reflexión de la persona que

investiga. Además, permite la construcción de sentido respecto a un evento. Para el caso de esta investigación, serán las creencias y opiniones de la sociedad frente a las personas con un diagnóstico de esquizofrenia.

Diseño

El diseño estuvo guiado por la teoría fundamentada. Este supuesto tiene como razón de ser la construcción de una teoría que emergerá a través de la recopilación y análisis de los datos que se recojan durante el estudio (Strauss & Corbin, 2002). Por otro lado, y gracias a que las teorías fundamentadas surgen por medio de los datos es más probable que debido a sus características generen conocimientos. Estos nuevos saberes permiten el aumento de la comprensión de distintos temas y proporcionan de manera significativa una guía para la acción de acuerdo con el tema de estudio (Strauss & Corbin, 2002).

Participantes

La estrategia de muestreo que se utilizó fue la de variación máxima, que es un proceso de recogida de datos donde la persona que investiga pretende acceder a la variedad existente del fenómeno estudiado y así guiarse de los rasgos de la población para incluir dicha variedad en la muestra (Flick, 2015). El número de participantes se definió por adelantado, incluyendo ciertos rasgos específicos, tales como rango de edad, profesiones y cuántos participantes femeninos y masculinos. La idea de fondo es que los rasgos demográficos fueran útiles para acceder a la variedad existente de lo que estudiamos (Flick, 2015).

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron que los participantes fueran mayores de edad, aunque se estimó un rango de edad entre los 18 y 45 años y que los participantes estuvieran en

capacidad de narrar sus opiniones y creencias. Dentro de esta investigación no se tuvo en cuenta si los participantes habían tenido contacto o no con una persona con diagnóstico de esquizofrenia dado que la razón del estudio es conocer y comprender sus opiniones frente a las personas con este diagnóstico. Además, se tuvo en cuenta que los participantes pertenecieran a diferentes estratos socioeconómicos, y diversas profesiones con el fin de garantizar la variedad existente del fenómeno estudiado. En total se reclutaron siete personas.

Recolección de datos

Realicé una entrevista a profundidad siguiendo un modelo de conversación que se da entre pares. Es decir, no es un intercambio robotizado y estricto de preguntas que el entrevistador le realiza a la persona participante, sino que las preguntas van surgiendo en el transcurso del intercambio de información. Por tanto, el rol de la persona que investiga no sólo se centra en obtener respuestas, sino en aprender qué preguntas hacer y de qué manera (Taylor & Bogdan, 1987). La preparación antes de la realización de las entrevistas consistió en un entrenamiento metodológico sobre el tipo de investigación, muestreo y diversas técnicas de recolección de datos. Posteriormente, diseñé un protocolo de entrevista semi estructurada de acuerdo con las categorías relevantes de la investigación, dichas categorías surgieron a raíz de la revisión de la literatura.

Procedimiento

Debido a la emergencia sanitaria por Covid-19 en marzo del 2020, el reclutamiento de los participantes se hizo de manera virtual a través de publicaciones en diversas plataformas digitales y contactos cercanos. De esta manera,

contacté a las personas interesadas en hacer parte del estudio, facilité la información y el consentimiento informado. Aquellas personas que estuvieron de acuerdo en participar del estudio se les realizó la entrevista a través de la plataforma virtual Zoom. La entrevista fue grabada solo en audio y no en video para garantizar el anonimato de los participantes. Solicité un análisis de la investigación por medio del Acta de evaluación N° 03 – 2020, aprobado por el Comité de Ética en Investigación y Desarrollo de la Corporación Universitaria Reformada, llevada a cabo el día 15 de mayo de 2020 y constituida bajo el acta N° 24.

En primer lugar, conversé sobre el propósito del estudio con cada una de las personas interesadas y les facilité una hoja de consentimiento informado. Una vez las personas leyeron el consentimiento, aclaré las dudas sobre el estudio y aquellas personas que estuvieron de acuerdo, procedieron a firmar el documento. La participación de las personas fue totalmente voluntaria.

En segundo lugar, y luego de haber dado a conocer el consentimiento informado procedí a iniciar el proceso de entrevistas. Las entrevistas fueron grabadas en audio con el fin de analizarlas posteriormente. Inicialmente realicé una entrevista a cada persona participante para analizarlas en detalle y luego se volvió a convocar a las personas participantes para realizar una nueva entrevista con aspectos que hayan surgido de la entrevista previa. La saturación de categorías fue el criterio que se tuvo en cuenta para la finalización del proceso (Strauss & Corbin, 2002).

Análisis de los datos

Para el análisis de datos se tuvo en cuenta los lineamientos de la teoría fundamentada; es decir, la codificación

abierta, la codificación axial, y finalmente la codificación selectiva (Charmaz, 2006; Strauss & Corbin, 2002). Una vez recolectada la información a través de la entrevista a profundidad se descomponen los datos en incidentes o ideas a los cuales se les da un nombre que los represente. Este proceso se da en la medida en que se analizan los significados de manera comparativa o en el contexto en que surgen (Strauss & Corbin, 2002). Además, es importante extraer el contenido de las entrevistas con el fin de analizar e identificar los conceptos para agruparlos dentro de una categoría o asignarles una etiqueta de modo que la información agrupada en cada etiqueta guarde cierta similitud de acuerdo con la denominación que haya establecido la persona que investiga y así lograr minimizar lo más posible la diferencia entre los datos (Álvarez & Gayou, 2009; Vasilachis, 2006). En la codificación axial se inicia el proceso de reagrupar los datos que se fragmentaron durante la codificación abierta (Strauss & Corbin, 2002). En este sentido, dentro de la codificación axial las categorías se relacionan con subcategorías con el fin de construir explicaciones más concretas acerca de los fenómenos estudiados (Strauss & Corbin, 2002). Dentro de la codificación selectiva, se agrupan los códigos dentro de las categorías para que se relacionen lo más posible con la categoría central (Álvarez & Gayou, 2009). Este proceso requiere integrar y clarificar las categorías, pero para ello se requiere de diferentes procesos (Strauss & Corbin, 2002). Una vez identificada la categoría, se desliga del proceso de codificación aquella información que no guarde relación y se procede a buscar información con una relación más directa hasta lograr la saturación de los datos (Glaser, 1992). Strauss & Corbin (2002) proponen diversas teorías que pueden ser útiles a la hora de integrar los conceptos e identificar la categoría central, tales como: escribir el argumento de la historia, usar diagramas o

revisar y clasificar los memorandos realizados de manera sistemática. Por último, de acuerdo con la categoría central y sus respectivas subcategorías se procede a la elaboración de una teoría que provea de una explicación lógica lo que ocurre con el fenómeno estudiado.

Para garantizar la calidad de la investigación se recurrió a la triangulación como mecanismo de control y validación. Este es definido por Denzin & Bogdan (1987) como la combinación en un estudio único y específico de distintos métodos o fuentes de datos, esta estrategia suele ser utilizada como un modo de proteger a la investigación de las tendencias del investigador y someter a un control recíproco los relatos de las personas informantes. Apoyándose en otro tipo de datos o fuentes, las personas que investigan pueden lograr tener una comprensión más confiable acerca de las personas o situaciones sociales objetos de estudio (Taylor & Bogdan, 1987). Con base a lo anterior, en esta investigación se recurrió a la triangulación de la fuente, logrando así corroborar con las personas participantes si la información derivada del análisis de las entrevistas coincidía realmente con sus opiniones y pensamientos respecto del fenómeno estudiado. En este orden, la triangulación permitió enriquecer el conocimiento sobre las creencias y opiniones de las personas, con relación a las personas con diagnóstico de esquizofrenia. La triangulación de los datos también permitió corroborar la información de las personas participantes y así lograr una mayor credibilidad de los datos.

Resultados

Con el fin de mantener la confidencialidad de las personas participantes se presentan los resultados usando seudónimos. El análisis de los datos permitió identificar unas propiedades y dimensiones que se asociaron a una

categoría central, para lo cual se elaboró una gráfica que recopila la experiencia narrada de los participantes. Su estructura está presentada en forma de gráfica que permite identificar la categoría central y una serie de propiedades que se relacionan entre sí de distintas formas. Allí se pudo identificar la categoría central denominada creencias y opiniones que tienen las personas del común (haciendo referencia a las personas participantes del estudio) acerca de las personas que son diagnosticadas con esquizofrenia. Emergieron cuatro subcategorías denominadas: 1) creencias y opiniones acerca de la esquizofrenia, 2) limitantes en la esquizofrenia, 3) apoyo familiar, social y profesional, 4) la salud mental y sus servicios. La figura 1 muestra los resultados en sus respectivas categorías.

Las creencias y opiniones que tienen las personas participantes acerca de la esquizofrenia y las personas que son diagnosticadas con este problema son variadas. Usualmente, las personas participantes del estudio interpretaban la esquizofrenia como una enfermedad, un trastorno, una condición o un malestar mental que puede relacionarse con voces y/o alucinaciones. Así lo deja ver Alan cuando expresa:

Porque la definición de enfermedad obedece más a alteraciones en tejidos físicos y a afecciones físicas. La esquizofrenia eh, es simplemente un, más bien es un malestar mental, no debería ser catalogado como enfermedad (Alan, p.1: 8-10).

Hortensia por su parte considera que la esquizofrenia es un trastorno, así se refleja en su discurso:

La esquizofrenia, bueno yo creo que es eh... no sé si está bien utilizado el término, pero sería un

trastorno en el que, pues las personas no están como del todo aterrizadas en la realidad, de pronto ven cosas, escuchan cosas, eh... lo cual los hace como actuar un poco extraño en las actividades cotidianas (Hortensia, p. 1: 7-10).

Aunque dentro del discurso de las personas participantes no hay un conocimiento claro acerca de las causas de la esquizofrenia, sin embargo, la creencia más popular está relacionada con problemas biológicos. Dicho esto, los conocimientos que existen sobre los tratamientos se inclinan al uso de medicamentos que tienen un efecto sedativo y pocos expresan la posibilidad del uso de la terapia para la esquizofrenia. En cuanto a la recuperación, varían las opiniones, desde que la esquizofrenia no tiene cura hasta que es posible que una persona logre recuperarse y tener una mejor calidad de vida.

Con respecto a las causas de la esquizofrenia, Cielo comenta:

...tiendo a pensar que las cuestiones eh: psicológicas, estos temas mentales tienen algo más que todo... como genético, un factor biológico no sé ya, creo que hay una cuestión que es algo no sé de pronto no sé si hay un gen exactamente que dirija la esquizofrenia o algo, pero si siento que hay una cuestión ahí que es como de nacimiento ya (Cielo, p. 3: 87-92).

Alan expresa sobre los tratamientos utilizados para la esquizofrenia:

...sé que actualmente, eh...se emplean medicamentos, calmantes, eh... terapia y aislamiento... (Alan, p. 2: 47-48).

Un tema importante para resaltar es el

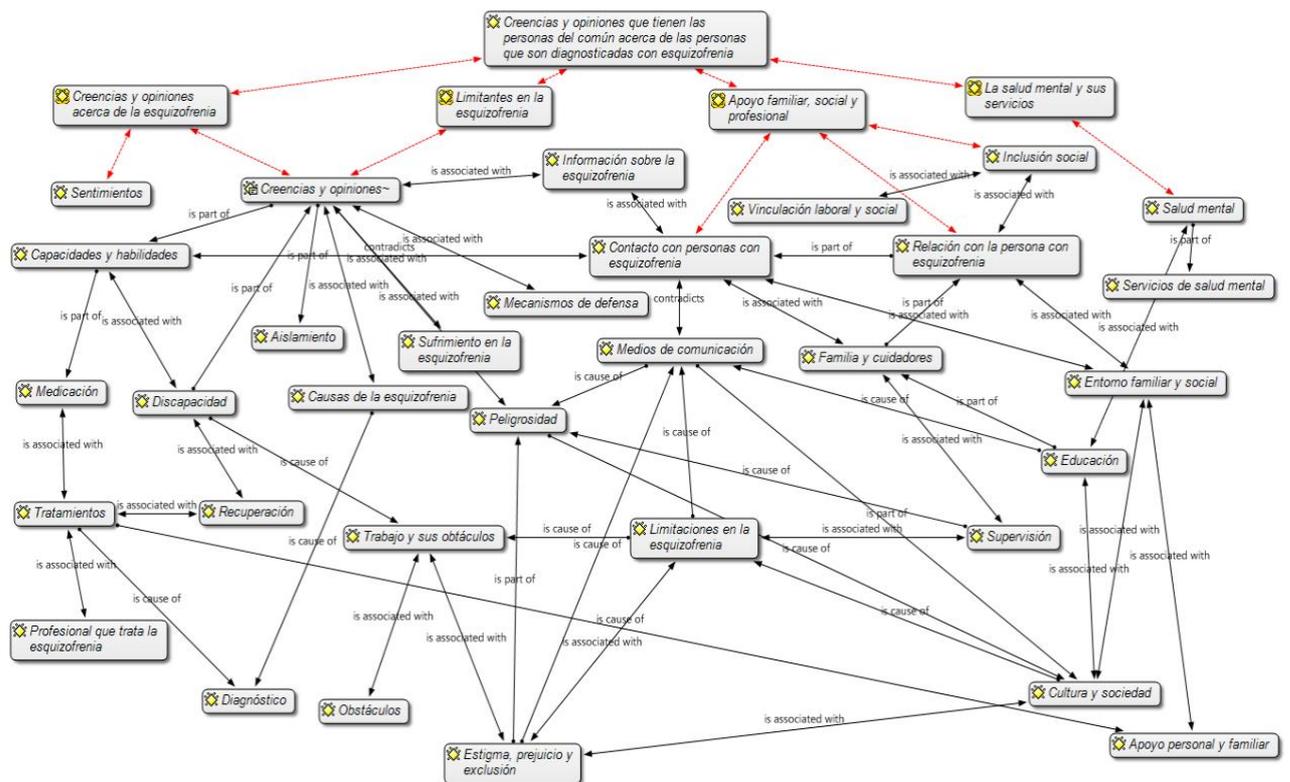
hecho de si una persona que ha sido diagnosticada con esquizofrenia puede estar en la capacidad de desempeñarse de manera apropiada en un ambiente laboral y social. De acuerdo a las personas entrevistadas existe cierto escepticismo de acuerdo a esto, pues se considera que el malestar que puede provocar la esquizofrenia en la persona puede afectar su productividad o no va a poder desarrollar sus habilidades como las demás personas.

...de tener las capacidades puede que las tenga son personas supremamente inteligentes y demás, pero de pronto eh...llegará un momento en que su enfermedad, yo le llamo pensamientos desorganizados eh... pues van a alterar eh...su productividad, va a afectar su productividad (Hortensia, p. 3: 70-74).

Con respecto a la productividad, Hortensia expresa:

Figura 1.

Creencias y opiniones que tienen las personas del común acerca de las personas que son diagnosticadas con esquizofrenia



Con relación a que una persona con diagnóstico de esquizofrenia no podrá desarrollar sus habilidades y capacidades como las personas que no tienen este diagnóstico, Miguel expresa:

...puede que sí las tenga, porque pienso que todos los seres humanos poseemos habilidades, cada quien es experto o se desenvuelve en roles diferentes, pero...una persona con esquizofrenia aunque pueda tener esas habilidades no las va a poder desarrollar como el resto porque van a haber momentos o pueden ser momentos permanentes en los que su mente va a estar perturbada y esas habilidades que aunque él las tiene no las puede desarrollar porque no está dentro de sus cinco sentidos (Miguel, p. 3: 75-80).

En muchos casos cuando los problemas mentales se vuelven inmanejables se tiende a aislar a la persona para lograr estabilizar su estado. Este pensamiento no es muy diferente al de las personas que participaron este estudio, porque consideran que la medida de aislamiento solo debe utilizarse cuando la persona presenta crisis intensas o cuando la persona puede resultar peligrosa para sí misma o para los demás, pero enfatizan que este proceso debe llevarse de una manera adecuada. Es decir, que pese a la medida de aislamiento la persona debe recibir un trato digno. Otras opiniones consideran que ninguna persona debe ser sometida a aislamiento sino por el contrario que en los momentos de alteración es cuando más deben recibir apoyo.

Con respecto al aislamiento, Kimetsu comenta:

...siempre y cuando estén bien tratadas porque si se pueden curar o

se pueden tratar y controlar para que puedan llevar una vida normal con sus tipos de medicamentos, no necesita ser aislado, pero si la persona llega un punto de que el peligro sea demasiado tanto para el como para la sociedad, como para la gente que lo rodea sí, debería ser aislado e ir tratándose frecuentemente volverlo a involucrar si se puede (Kimetsu, p. 10: 317-322).

De la misma forma Hortensia comenta:

...yo creo que estas personas necesitan apoyo, es decir de pronto si llegan a un punto de ser peligrosos para la sociedad eh... de que hayan cometido pues crímenes y de demás de pronto tal vez si aislarlo en un centro especializado... (Hortensia, p. 6: 178-180)

Sin embargo, Milena considera que por ningún motivo se debe aislar a las personas:

...no- independientemente de lo que sepa de esquizofrenia o no pienso que de que nadie debe ser aislado por ningún motivo, ninguna enfermedad, es más ni siquiera conocemos la pandemia de que estén en aislamiento creo que siempre hay que estar pendiente, llamándolo o lo que sea, pero no hay que dejarlo solo, a nadie (Milena, p. 6: 173- 176)

Por otro lado, la visión usualmente negativa que existe frente a las personas con un diagnóstico como el de esquizofrenia hace que aparezcan fenómenos sociales, tales como el estigma, el prejuicio, la exclusión, la

discriminación, entre otros. Las personas participantes de este estudio tienden a pensar que las personas con esquizofrenia están enfermas, que son impredecibles lo que hace difícil confiar en ellas y a raíz de esto las personas prefieren tener un trato distante. Las opiniones con respecto al estigma se dirigen hacia el ámbito del desconocimiento. Es decir, que estos conceptos errados que se tienen sobre las personas que son diagnosticadas con esquizofrenia, se deben al hecho de no saber con exactitud a qué hace referencia el término esquizofrenia. Consideran que fomentar la educación en temas de vital importancia como los problemas mentales puede contribuir a eliminar las barreras que generan los fenómenos sociales antes mencionados. Además, un aspecto importante y que se encuentra muy arraigado en las personas participantes, es el tema de la peligrosidad. Dentro de las opiniones se evidenció que factores como un ambiente tenso, un tratamiento tardío o condiciones de salud específicas puede contribuir a que una persona con un diagnóstico de esquizofrenia resulte peligrosa o bien sea vista como tal. Dentro del tema sobre la peligrosidad las personas participantes consideran que una persona con este tipo de diagnóstico no es consciente de sus actos y que ante un momento de crisis o de extrema tensión puede lastimar a otra persona. De acuerdo con lo mencionado anteriormente, algunas personas participantes resaltan que para que las personas con un diagnóstico de esquizofrenia puedan llevar una vida equilibrada es necesario que tengan el debido acompañamiento médico y psicológico.

La sociedad está llena de muchas creencias y percepciones falsas por lo que resulta más común que se estigmatice a todo aquello que se considere diferente, atípico o fuera de lo común. Así lo expresa Alan al decir:

...porque la sociedad eh... es la que

pone las etiquetas, la sociedad pone la etiqueta de locura y en torno a la locura crea todo un panorama, eh... falso donde hay una preconcepción de lo que es una persona loca, una persona con esquizofrenia y eso se le ve en el público que lo consume muy fácil, entonces están llenos de, como sociedad estamos llenos de definiciones muy falsas (Alan, p. 4: 107-111).

En el tema de peligrosidad Kimetsu considera que si una persona con diagnóstico de esquizofrenia lleva un tratamiento adecuado no debería ser peligrosa, así lo deja ver cuando dice:

... depende de su tratamiento, si lleva un debido control y... está diagnosticado y... se cuida y se toma sus medicamentos como cualquier tipo o cosa que tenga pues...no debe ser peligroso (Kimetsu, p. 7: 213-215).

Por su parte Cielo considera que el medio donde se desenvuelve la persona puede influir en su comportamiento, así lo expresa:

...en algún momento sí, pero suponiendo yo que de pronto es una persona que no se trató a tiempo, que el medio tampoco, no apoya o no ayuda a su tranquilidad, a lo que necesita eh... una persona que de pronto pues se le agravaron otras condiciones además de la esquizofrenia eh... entonces yo siento que sí puede haber casos en que sea muy peligroso, pero por factores ya como del entorno, de cómo fue su experiencia, cómo se ha tratado y eh...de pronto qué otras condiciones tengan (Cielo, p. 7: 231-236).

Siguiendo esa misma línea, muchas de

las creencias que se forjan en la sociedad está influenciada por los medios de comunicación ya que estos son considerados como una fuente de información importante que mantiene a las personas actualizadas sobre los eventos que suceden en el mundo. Además, también constituyen una forma de entretenimiento. Si bien los medios de comunicación, especialmente la televisión y los medios virtuales no están en la obligación de educar a las personas sobre diversos temas, sus contenidos influyen de manera significativa en la percepción sobre la realidad. Por otro lado, las personas participantes expresan que los medios de comunicación no sólo tienen la responsabilidad de informar sino de hacerlo de manera educativa, certera y sin sesgos de juicio. En este sentido es necesario que exista un trabajo comprometido para que las personas puedan recibir una información clara y veraz.

Sobre la influencia de los medios de comunicación en la información o desinformación acerca de la esquizofrenia Alan expresa:

...Si, yo creo que más desinformación, pues eh...la, uno de los objetivos de la prensa es vender y por vender se certifican la verdad en muchos conceptos y el amarillismo vende entonces, es muy fácil eh...ver noticias de, por ejemplo, asesinatos y que los encabezados sean “personas loca mata gente” y el término locura se asocia con la esquizofrenia y la definición se pierde ahí (Alan, p. 4: 114-118).

Sobre los medios de comunicación Miguel expresa:

...los medios de comunicación no están en la obligación de educar. Si

es cierto porque más que todo son como para entretenimiento, si es cierto que cumplen un rol fundamental porque es que muchas veces, mucha gente los ve más que todo la televisión y ahora el internet, entonces muchas veces los medios de comunicación se encargan de difundir información falsa, información que escapa a la verdad, solo por el hecho de ganar más televidentes o internautas o sea, hay muchas páginas, hay muchos canales de televisión que venden un contenido ajeno a la realidad, pero solo con fines de entretenimiento, entonces ellos lo hacen para vender más su producto y no les interesa si lo que están diciendo es verdad o no, obviamente ahí se está vendiendo una falsa imagen por ejemplo, en el caso de la esquizofrenia (Miguel, p. 11: 358-368)

Por otra parte, algo que puede contribuir de manera positiva en las personas con diagnóstico de esquizofrenia, es el apoyo tanto familiar como profesional como una forma de confianza, seguridad, ayuda y amor. El cuidado por parte de familiares de las personas con un diagnóstico de esquizofrenia puede resultar un verdadero reto debido a la poca información, herramientas deficientes para contribuir con el proceso de recuperación de la persona o la inexistencia de un acompañamiento médico adecuado. Este aspecto resulta de gran importancia ya que el ser humano es un ser social que requiere de las relaciones interpersonales para poder desenvolverse en el medioambiente, comprender las dinámicas y lograr una mayor integración. En este sentido, la empatía, la solidaridad e inclusión pueden representar muchos beneficios para estas personas debido a que al integrarse socialmente pueden lograr mayor confianza y estabilidad

emocional.

El apoyo constituye una parte básica del tratamiento debido a que eso fomenta la escucha, la comprensión, y el acompañamiento. Así lo expresa Cielo:

...sí, por supuesto. Yo siento que en esquizofrenia o en otras de pronto otros eh... otras condiciones también mentales eh... el contexto, el apego socio afectivo con las personas alrededor es trascendental porque es que se trata de convivir (Cielo, p. 4: 112-114).

...el apoyo indiscutiblemente muchas situaciones eh...en muchas situaciones es como el tratamiento digamos básico, escuchar al otro, comprender al otro, acompañarse en el proceso (Cielo, p. 4: 120-122).

Por otra parte, algunos participantes resaltan la importancia de incluir **socialmente** a las personas con diagnóstico de esquizofrenia con el fin de que puedan percibir ese apoyo y acompañamiento. Así lo deja ver Kimetsu al decir:

...generalmente las personas con esquizofrenia siempre tiran a la soledad entonces...al incluirlo en la sociedad, al ver que emocionalmente se pueden... pueden estar bien, que pueden ver amistades, a sus familiares, sentir amor, cariño, sentir compañía pues lo puede ayudar a que esas personas con esquizofrenia puedan mejorar... (Kimetsu, p. 4: 107-111).

Sobre la inclusión social, Hortensia expresa:

...siempre que una persona está enferma o discapacitada eh...

pues... siempre tendríamos que buscar la manera de incluirlos, o sea, de no excluirlos eh...porque igual son seres humanos y hay que aprender pues a vivir con ellos y darle como el mayor apoyo posible (Hortensia, p. 4: 121-124).

Por último, resulta de gran importancia resaltar el papel de la salud mental a nivel general, ya que en muchas ocasiones los eventos traumáticos, situaciones tensas, o la poca adaptabilidad pueden afectar y desencadenar en problemas mentales. En muchas ocasiones las personas omiten la importancia de todo lo relacionado con la salud mental y abordan poco en estos temas o en las situaciones que les generan malestar, creando ideas y comportamientos poco saludables o adaptativos. En este sentido, no es solo importante y necesario recibir información adecuada sobre la salud mental sino hacer énfasis en la educación sobre estos temas y optimizar los servicios de salud mental con el fin de que las personas puedan acceder de manera fácil y puedan beneficiarse de las opciones terapéuticas existentes.

Las empresas públicas de salud poco se preocupan por realizar campañas de salud mental y en ocasiones los médicos no hacen énfasis en esto y no lo socializan con las personas. Así lo dice Hortensia:

...si te soy sincera creería que no tanto, es más que todo porque nunca cuando voy a un centro médico pues he visto campañas por así decirlo por lo menos en mi EPS (Entidad Promotora de Salud) nunca he visto que hayan hecho algo relacionado a salud mental eh... de pronto cuando he ido al médico por alguna condición física pues tampoco... me han preguntado si mi misma condición pues podría sentirme yo mal como para de pronto eh...

remitirme a algún psicólogo (Hortensia, p. 11: 336-341)

Además, agrega que en un momento de su vida acudió al médico y este pareció no darle importancia:

...en una ocasión siendo niña eh... tuve como episodios en el colegio en el que pasé de ser una estudiante súper estrella a empezarme a sentir estresada, a no querer ir y demás... incluso al comentarlo al mismo médico pues eh...no fue como que no se le dio tanta importancia, entonces por eso en ese sentido eh...si creería que es difícil acceder (Hortensia, p. 11: 342-346).

En el tema de la salud mental hay un aspecto que debe tenerse en cuenta y es la educación, haciendo alusión al hecho de que es necesario facilitar una información adecuada y normalizadora acerca de los problemas mentales, sobre esto Alan expresa:

...porque eso nos ayuda a, a quitar el estigma social, y a tener las herramientas adecuadas para el trato de esa condición (Alan, p. 5: 148-149).

Discusión

A través de esta investigación con este grupo de personas que entrevisté, pude conocer y entender cómo las creencias y opiniones contribuyen a crear una serie de sentimientos discriminatorios, estigma, prejuicio y exclusión hacia las personas que son diagnosticadas con esquizofrenia. Todo esto debido a información sesgada, imprecisa o errónea, usualmente impartida por los medios de comunicación, quienes pueden contribuir a generar este estigma por un uso inadecuado del lenguaje o perpetuar usos imprecisos o metafóricos de términos relacionados con la

enfermedad mental (Rukavina et al., 2012).

Esta visión de la enfermedad ha sido reforzada por los medios de comunicación ya que en ocasiones la información es una forma de sesgar la realidad y fomentar un estereotipo de personas agresivas, desorganizadas y que provocan miedo (Boisvert & Faust, 1999; Ferriman, 2000). En ese sentido, Muñoz y colegas (2011) expresan que el estigma social que acompaña a la persona que tiene un padecimiento de tipo mental a lo largo de la vida, también está influenciado por los medios de comunicación. Esto podría incrementar las limitaciones del paciente, su sufrimiento, y ha traído consecuencias en su reinserción social.

La estigmatización hacia las personas con problemas mentales está relacionada con la ignorancia; es decir el poco o falso conocimiento sobre la condición mental, el prejuicio que está relacionado con el miedo, ansiedad y rechazo y en última instancia la discriminación que ocurre en la familia, a nivel interpersonal y laboral (Ruiz et al., 2012). La estigmatización media de forma negativa en la persona que vive con la condición y contribuye a que sus posibilidades de recuperación y reinserción social se vean disminuidas. Además, una de las actitudes que predomina más es el hecho de que las personas en la sociedad consideran que alguien que es diagnosticado con esquizofrenia puede ser violenta, o bien evitarían el contacto con ellas. Según Frésan y colegas (2011) la percepción que se tiene sobre que los pacientes no poseen la capacidad de controlar su comportamiento siendo agresivos, violentos y peligrosos puede agravar en gran medida los síntomas negativos de la esquizofrenia. Además, la enfermedad mental siempre ha estado vinculada a una serie de prejuicios sociales que determinan a la persona con el diagnóstico

de esquizofrenia como agresiva, rara, impredecible en su conducta, débil, vago e improductivo. Además, otras percepciones como el que no pueden razonar, que su curso de la enfermedad es crónico y que la persona es culpable de su enfermedad (Byrne, 2011; Crisp et al., 2000).

Grandón y colegas (2018) realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar el estigma social y la adscripción de estereotipos negativos en las personas con diagnóstico de esquizofrenia utilizando una escala de conocimiento. El análisis mostró que el 58.6% de las personas evaluadas piensan que las personas con un diagnóstico de esquizofrenia poseen personalidad dividida. Según este estudio, el 56.1% ve a las personas con este tipo de diagnóstico como peligrosas y el 43.1% considera que las causas se deben a la genética (Grandón y colegas, 2018).

Las relaciones de apoyo son fundamentales en el proceso de tratamiento, recuperación y en la mejora de la calidad de vida de las personas que viven con el diagnóstico, ya que el entorno en el que se desenvuelven influye en sus emociones y pensamientos. Por tanto, un ambiente familiar hostil puede ser perjudicial para la persona diagnosticada con esquizofrenia. Gutiérrez y colegas (2012) resaltan el hecho de que las personas con un diagnóstico de esquizofrenia que a su vez poseen relaciones de apoyo sólidas desarrollan una mejor calidad de vida y una reducción de los síntomas. También presentan un menor ingreso hospitalario, en comparación con aquellas personas que no poseen dicho apoyo (Gutiérrez et al., 2012).

Un punto importante son los servicios de salud mental que son los que deben garantizar el acceso y proteger la salud mental de las personas. Sin embargo, el acceso a la asistencia dependerá de la

percepción que las autoridades y la población en general tengan sobre la enfermedad mental (León, 2005).

Por un lado, si las personas con problemas mentales son percibidas como peligrosas y cuya recuperación resulta muy difícil, habrá mucha oposición a la hora de colocar nuevos servicios de salud mental en vecindarios con inmuebles de buena calidad y de fácil acceso (León, 2005). Un aspecto para resaltar es que el estigma sobre la salud mental reduce el consentimiento de las autoridades para proporcionar recursos financieros que permitan el suministro de una asistencia de buena calidad (León, 2005), así como las malas condiciones de trabajo pueden afectar la calidad de los programas y los servicios de salud mental (OPS/OMS Perú, 2001).

Concluimos sobre la importancia de facilitar información normalizadora con el fin de generar una mayor empatía en el público y un conocimiento más apropiado y veraz acerca de las personas que son diagnosticadas con esquizofrenia. Existe la necesidad de reestructurar ciertas opiniones y creencias que existen acerca de la esquizofrenia. Además, es de gran importancia que desde la academia se propongan nuevos modelos teóricos que permitan una mayor comprensión de la esquizofrenia desde una perspectiva más humana.

Declaración de Estándares de la Ética en la Investigación

Financiamiento

Esta investigación no contó con financiamiento.

Conflicto de intereses

Las personas autoras no tienen ningún conflicto de intereses.

Aprobación de la junta institucional para la protección de seres humanos en la investigación

Acta de evaluación N° 03 – 2020, aprobado por el Comité de Ética en Investigación y Desarrollo de la Corporación Universitaria Reformada, llevada a cabo el día 15 de mayo de 2020 y constituida bajo el acta N° 24.

Consentimiento Informado

La presente investigación contó con un consentimiento informado que se les dio a conocer a las personas participantes.

Agradecimientos

Gracias al profesor Hansel Duque de la Corporación Universitaria Reformada, por la dirección durante la realización de esta investigación, por todos sus aportes y su motivación. A Camilo Suárez, Jenny Rodríguez y Magalys García por confiar en mí, en mi trabajo y dedicación. Además, un agradecimiento especial a todas las personas que participaron de este estudio.

Referencias

Álvarez, L., & Gayou, J. (2009). *Cómo hacer investigación cualitativa, fundamentos y metodología*. Paidós.

Arboleda-Flórez, J. (2005). Stigma and discrimination: An overview. *World Psychiatry, 4*, 8–10.

Boisvert, C., & Faust, D. (1999). Effects of the label schizophrenia on causal attributions of violence. *Schizophrenia Bulletin, 25*(3), 479-491. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033395>

Byrne, P. (2011). Psychiatric stigma. *British Journal of Psychiatry, 178*, 281-284.

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide*

through qualitative analysis. Sage.

Crisp, A., Gelder, M., Rix, S., Meltzer, H., & Rowlands, O. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry, 177*(1), 4-7. <https://doi:10.1192/bjp.177.1.4>

DePonte, P., Bird, L., & Wright, S. (2000). *Pull yourself together! A survey of the stigma and discrimination faced by people who experience mental distress*. Mental Health Foundation.

Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: The feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 184*, 176–181. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.176>

Ferriman, A. (2000). The stigma of schizophrenia. *British Journal of Medicine, 24*, 281-283. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7233.522>

Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata

Flick, U. (2015). *El diseño de Investigación Cualitativa*. Morata

Fresán, A., Robles, R., Cota, M., Berlanga, C., Lozano, D., & Tena, A. (2011). Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: Relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. *Salud Mental, 35*(3), 215 - 223. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n3/v35n3a5.pdf>

Glaser, B., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies of qualitative Research*. Aldine.

Glaser, B. (1992). *Basic of grounded*

- theory analysis: emergences versus forcing*. Sociology Press.
- Grandón, P., Aguilera, A. V., Bustos, C., Alzate, E. C., & Saldivia, S. (2018). Evaluación del estigma hacia personas con diagnóstico de esquizofrenia mediante una escala de conocimiento. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(2), 72-81. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80658480002>
- Gutiérrez, J., Caqueo, A., Ferrer, M., & Fernández, P. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, 24(2), 254-262. <http://www.psicothema.com/pdf/4008.pdf>
- León, H. (2005). Estigma y enfermedad mental: Un punto de vista histórico-social. *Revista de psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 1(1), 33-42.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., Guillén, A., & Izquierdo, S. (2011). La enfermedad mental en los medios de comunicación: Un estudio empírico en prensa escrita, radio y televisión. *Clínica y Salud*, 22(2), 157-173. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n2a5>
- Ochoa, S., Martínez, F., García-Franco, M., López, E., Villegas, R., Arenas, O., Álvarez, I., Cunyat, C., Vilamala, S., Autonell, J., Lobo, E., & Haro, J. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española*
- Neuropsiquiatría*, 31(111), 477-489. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000300006>
- OPS/OMS Perú. (2001). *Aproximaciones hacia el estado de la información en salud mental en el Perú*. Organización Panamericana de Salud-Organización Mundial de la Salud, Ministro de Perú. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2151.pdf>
- Read, J., & Baker, S. (1996). *Not just sticks and stones*. Mind.
- Rose, D., Thornicroft, G., Pinfold, V., & Kassam, A. (2007). 250 labels used to stigmatise people with mental illness. *BMC health services research*, 7(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-97>
- Ruiz, M., Montes, J., Correas Lauffer, J., Álvarez, C., Mauriño, J., & Perrino, C. (2012). Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 98-106. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.002>
- Rukavina, T. V., Nawka, A., Brborović, O., Jovanović, N., Kuzman, M. R., Nawková, L., Bednárová, B., Zuchová, S., Hrodková, M., & Lattová, Z. (2012). Development of the PICMIN (picture of mental illness in newspapers): Instrument to assess mental illness stigma in print media. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1131-1144. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0419-z>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa, Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia.

- Stuart, H., & Arboleda-Flórez, J. (2001).
Community attitudes toward people
with schizophrenia. *Canadian
Journal of Psychiatry. Revue
Canadienne de Psychiatrie*, 46(3),
245–252.
[https://doi.org/10.1177/0706743701
04600304](https://doi.org/10.1177/070674370104600304)
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987).
*Introducción a los métodos
cualitativos de investigación*.
Paidós.
- Thompson, A. H., Stuart, H., Bland, R.
C., Arboleda-Florez, J., Warner, R.,
Dickson, R. A., Sartorius, N.,
López-Ibor, J. J., Stefanis, C. N.,
Wig, N. N., & WPA. World
Psychiatric Association (2002).
Attitudes about schizophrenia from
the pilot site of the WPA worldwide
campaign against the stigma of
schizophrenia. *Social Psychiatry
and Psychiatric
Epidemiology*, 37(10), 475–482.
[https://doi.org/10.1007/s00127-002-
0583-2](https://doi.org/10.1007/s00127-002-0583-2)
- Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de
investigación cualitativa*. Gedisa
S.A.