

**Representaciones sociales que poseen algunos familiares respecto del trastorno
psicótico de uno de sus miembros en la ciudad de Medellín**

Trabajo de grado para optar al título de psicóloga de la Universidad EAFIT

Estudiante:

Estefanía Bustamante Piedrahíta

ebustamanp@eafit.edu.co

Asesor:

Juan Gabriel Carmona Otálvaro

jcarmo11@eafit.edu.co

Universidad EAFIT

Escuela de Humanidades

Departamento de Psicología

Medellín, 2021

Tabla de Contenido

1. Resumen.....	3
2. Introducción	3
3. Antecedentes de investigación	5
4. Planteamiento del problema, justificación y objetivos.....	14
4.1. Justificación (Pertinencia y relevancia científica, social y formativa)	16
4.2. Objetivos.....	17
4.2.1 General	17
4.2.2 Específicos	17
5. Marco teórico conceptual	17
5.1. Representación social	18
5.2. Trastorno psicótico	21
6. Diseño metodológico.....	26
6.1. Tipo de estudio.....	26
6.2. Población/ muestra - informantes o fuentes de información.	27
6.3. Categorías o variables /unidades de análisis	28
6.4. Instrumento	29
6.4. Procedimiento	30
6.6. Consideraciones éticas	31
7. Resultados	31
8. Discusión y conclusiones	40
9. Referencias bibliográficas	47
10. Anexos	52
10.1. (Anexo 1: Consentimiento informado)	52
10.2. (Anexo 2: Matriz categorial. Guía de entrevista).....	55
10.3. (Anexo 3: Tabla de metodología).....	55
10.4. (Anexo 4: Matriz de tendencias)	56

1. Resumen

Objetivo: Describir las representaciones sociales que poseen algunos familiares respecto del trastorno psicótico de uno de sus miembros. **Marco referencial:** Se construye a partir de establecer el estado del arte respecto de la cuestión y de la definición de dos conceptos esenciales, estos son: Las representaciones sociales y el trastorno psicótico. También se hace referencia a un concepto igualmente importante que es: La familia. **Método:** Se trata de un estudio de tipo cualitativo descriptivo transversal basado en entrevistas semiestructuradas a algunos miembros familiares de una persona diagnosticada con trastorno psicótico. **Resultados:** Sobre las representaciones sociales, se evidenció que la información sobre el diagnóstico es adquirida por medio de: La experiencia, el acompañamiento del familiar a medicina psiquiátrica, la formación y/o el conocimiento común. Sobre el campo de representación se averiguó que existe una imagen del diagnóstico como oportunidad de aprendizaje, de afectación del entorno y una imagen del vínculo familiar como lejano. Se halló que la actitud frente al diagnóstico se caracteriza por las preocupaciones y expectativas que están orientadas al miembro familiar, la familia y las personas del entorno. Además, existe una actitud ambivalente respecto al esto actual de la familia en términos de bienestar. **Discusión y conclusiones:** Se realiza un dialogo entre los resultados y el marco referencial identificando el nivel de semejanza o diferencia con la investigación presente, respondiendo la pregunta de investigación. Al mismo tiempo, se presenta la utilidad de los hallazgos, recomendaciones para futuras investigaciones y limitaciones de esta investigación.

Palabras clave: *Representación social, trastorno psicótico y familia.*

2. Introducción

En el siguiente trabajo se abordan las representaciones sociales de algunos familiares respecto del trastorno psicótico de uno de sus miembros. Para ello, se

establecen los antecedentes de investigación para determinar el estado del arte del asunto en cuestión. Se precisa de investigaciones de naturaleza similar, señalando las tendencias investigativas respecto de los problemas abordados, los propósitos trazados, los marcos de referencias o conceptos utilizados, los tipos de estudio desarrollados, los sujetos abordados, los instrumentos utilizados, las categorías de análisis usadas y los principales hallazgos encontrados.

Después se presenta el planteamiento del problema y se establece la pregunta de investigación: ¿Qué representaciones sociales poseen algunos familiares respecto del trastorno psicótico de uno de sus miembros en la ciudad de Medellín? Posteriormente se plantea la justificación científica, social y académica. Luego, se instauran los objetivos de investigación que, en general, responder la pregunta de investigación. Posteriormente, se conforma el marco teórico conceptual en el cual se desarrollan una serie de referencias conceptuales relacionadas a tres ejes conceptuales: Representación social; trastorno psicótico y familia.

En cuanto al diseño metodológico, se determina que este trabajo trata de un estudio de tipo descriptivo, cualitativo, transversal; de tipo estudio de caso. En este sentido, se establece el tipo de población, algunos miembros familiares residentes en la ciudad de Medellín que cuentan con un familiar que ha sido diagnosticado con trastorno psicótico. Enseguida, se trazan las categorías con las cuales se procede a hacer el análisis: *Información del trastorno psicótico, Campo de representación del trastorno psicótico y Actitud frente al trastorno psicótico*, con lo cual se busca describir las representaciones sociales que poseen los familiares respecto del trastorno psicótico de uno de sus miembros. Posteriormente, se procede a describir tanto el instrumento y el procedimiento, como la pertinencia para la recolección de la información. Además, se exponen las consideraciones éticas aplicadas a esta investigación.

En última instancia, después de la aplicación del instrumento, se concreta el análisis de los resultados, donde se exponen las tendencias generales demostradas con citas textuales de los participantes, así como las excepciones. Y se hace una discusión entre los resultados de este trabajo con los antecedentes de investigación y el marco teórico, cerrando con las conclusiones y la respuesta a la pregunta de investigación.

3. Antecedentes de investigación

El propósito de este apartado apunta a establecer el estado del arte, o mejor de la ciencia, respecto de la cuestión de *describir las representaciones sociales que poseen algunos familiares respecto del trastorno psicótico de uno de sus miembros en la ciudad de Medellín*; para ello se señalan y discuten las tendencias investigativas generales, así como las excepcionales, respecto de: *los problemas abordados, los propósitos trazados, los marcos de referencias o conceptos utilizados, los tipos de estudio desarrollados, los sujetos abordados, los instrumentos utilizados, las categorías de análisis usadas y los principales hallazgos encontrados.*

Los *problemas* abordados por los estudios de similar naturaleza a este fueron: “El manejo del paciente y de su familia en unidades pediátricas de alta complejidad” (Arab, E; Álvarez, H; Herskovic, V; Matamala, M, 2017). “Se indaga por representaciones sociales de los trastornos mentales y/o enfermedad mental” (Barbosa, D, J; Gomes, A, M; Oliveira, M, L; Verdán, R; Oliveira, L; Nunes da Silva, A, 2018). “La relación entre los trastornos mentales infantiles y los problemas en el subsistema conyugal” (Leija, E, M; Jiménez, N, I & Macías, E, L, 2015). “La experiencia de atención a personas con enfermedades raras y sus familias” (López, C, L, 2019). También existe el problema de que, “Vivir con esquizofrenia representa un enigma para todas aquellas personas que no presentan la enfermedad o conviven con alguien que la padece” (Hernández-Holguín, M, D & Zaraza-Morales, R, D, 2017). “El trastorno afectivo bipolar (TAB) y la esquizofrenia

son causas importantes de sufrimiento para los pacientes y sus familias, pues se afectan su funcionamiento y su dinámica normal. Esto es importante, ya que la implicación de la familia es esencial para un tratamiento óptimo del paciente” (Berruecos, Y, A; Díaz-Zuluaga, A, M; Duica, K; López-Jaramillo, C; Ospina, S; Palacio, J, D & Ramírez, A, 2017). “Se busca medir el estigma percibido de los familiares de las personas con enfermedad mental” (Chih-Cheng, C; Chung-Ying, L; Jian-An, S; Koschorke, M & Kun-Chia C, 2018). “Esto lleva a pensar en las cuestiones del proceso diagnóstico dentro del quehacer médico” (Carvajal, C, 2017). Y, “Los dilemas que enfrentan los profesionales de la salud mental en la inclusión de la familia en los proyectos de atención terapéutica a la persona con angustia psicológica” (Constantine, T.C, 2017). “Las dolencias mentales afectan a un porcentaje de la población (25 %) que no se corresponde ni con los conocimientos que la población general tiene de ellas ni con los recursos (4% PIB) que invertimos en atenderlas en el sistema sanitario. Esta contradicción, o discrepancia, es evidente desde hace tiempo en la literatura de médica” (Torres, C, M, 2018).

Con lo anterior se ve una tendencia a los problemas relacionados con la familia y el paciente, y como a estos les afecta el diagnóstico. Principalmente los estudios se centraron en: La esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, en general, “enfermedades raras”. Con lo anterior, se ve la problemática sobre el manejo que se da al diagnóstico, al paciente y la familia de este, y las consecuencias que surgen a partir de dicho manejo.

En relación con los *propósitos* trazados se pretende revisar, “El impacto emocional y las diversas respuestas que pueden producirse, especialmente ante diagnósticos que implican mayor gravedad para el paciente y/o por las repercusiones familiares que puedan tener. Se plantea que el diagnóstico puede actuar como un estresor, e incluso constituirse en un acontecimiento traumático se hace hincapié en la responsabilidad médica, ética y legal que asume el médico cuando formula un diagnóstico y debe informarlo al paciente”

(Carvajal, C, 2017). “Promover o recuperar la calidad de vida de los pacientes adolescentes y sus familias. Incorporar la mirada de salud mental en estos escenarios de manera temprana logrando reducir el impacto emocional tanto de hospitalizaciones, procedimientos y estadías hospitalarias prolongadas, mejorando el bienestar de los pacientes en el corto y en el largo plazo, tanto de la patología de salud mental o psiquiátricas, como contribuyendo a mejorar el pronóstico de las enfermedades médicas. Lograr una mejor comprensión de las necesidades tanto de los pacientes, familias y necesidades del equipo médico” (Arab, E; Álvarez, H; Herskovic, V & Matamala, M. 2017).

Otros propósitos trazados fueron, “Conocer las necesidades de la familia cuidadora de una persona con trastorno mental en el actual modelo de atención en la salud” (Bessa, J, B & Waidman, M, A., 2013). “Identificar las actitudes y comportamientos que evidencian y caracterizan la adherencia familiar al tratamiento en pacientes con trastorno mental grave” (Martín, P, E; Obando, P, D & Sarmiento, M, P, 2018). “Reflexionar en la base de la literatura acerca de las representaciones sociales de los trastornos mentales y/o enfermedad mental” (Barbosa, D, J; Gomes, A, M; Oliveira, M, L; Verdan, R; Oliveira, L, F & Nunes da silva, A, 2018). “Abordar las representaciones sociales acerca de la salud y la enfermedad mental con los familiares de personas con trastorno mental” (Solano, M, M & Vásquez, C, S. 2014). “Medir el estigma percibido en los familiares de las personas con enfermedad mental” (Chih-Cheng, C; Chung-Ying, L; Jian-An, S; Koschorke; M, Kun-Chia C & Thornicroft, G, 2018). “Comprender el significado de vivir con esquizofrenia para personas que presentan la enfermedad y sus familiares” (Hernández-Holguín, M, D & Zaraza-Morales, R, D, 2017). “Describir el ajuste conyugal de un grupo de padres de familia que solicitaron atención psiquiátrica para sus hijos, y asociarlo con la gravedad de la psicopatología presente en éstos” (Leija, E, M; Jiménez, N, I & Macias,

E, L, 2015). “Establecer la ocurrencia del síndrome del cuidador entre los cuidadores de personas con enfermedad mental” (Castro-Álzate, E, S; Dávila-Vásquez, P, X & Salazar-Torres, L, J. 2019).

Igualmente, en los estudios de naturaleza similar a este, que están relacionados a la esquizofrenia y otras “enfermedades raras” se plantearon como propósitos: “Reconocer las prácticas de cuidado en familias que tienen un miembro con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar (TAB)” (Correa, M, V & Hernández, M, B. (2013). “Determinar la repercusión familiar de los diagnósticos retraso mental leve y trastorno de la conducta” (Cabrera, R, A. 2018). “Describir el nivel de emociones expresadas, la carga y el funcionamiento de las familias de los pacientes bipolares” (Berruecos, Y, A; Díaz-Zuluaga, A, M; Duica, K, López-Jaramillo, C; Ospina, S; Palacio, J, D; Ramírez, A & Vargas, C, 2017). “Mejorar la calidad de vida de las personas con una enfermedad rara y sus familias facilitando el acceso a información de calidad, así como acogiendo, apoyando y orientando a las personas que consultan. Además, se fomenta la creación e impulso de redes de personas afectadas, familiares y profesionales. fomentar la normalización biopsicosocial y la inclusión de las personas y sus familias que afrontan la complejidad e impacto de convivir con el diagnóstico de una enfermedad rara” (López, C, L. 2019). “Examinar los dilemas que enfrentan los profesionales de la salud mental en la inclusión de la familia en Los proyectos de atención terapéutica a la persona con angustia psicológica” (Constantine, T, C, 2017). “Comprender la alfabetización en salud mental, el estigma de las dolencias mentales y el de revelar o no el diagnóstico de una dolencia mental” (Torres, C, M, 2018). “Describir los diagnósticos e intervenciones de enfermería creados durante la consulta de enfermería a personas con trastorno mental y familiares” (Brusamarello, T; Capistrano, F, C; Oliveira, V, C; Mercedes, N & Maftum, M, A, 2013).

“Evaluar la efectividad de un programa de intervención psicoeducativa en la reducción de la sobrecarga del cuidador informal” (Martín-Carrasco, M, 2018).

Se remite a estudios que investigan enfermedades que no solo están relacionadas al trastorno psicótico, sino que son condiciones mentales que pueden considerarse “raras”, porque se consideran que puede ser de utilidad por su similitud en cuanto que se consideran en nuestra sociedad como condiciones extrañas.

Referente a los propósitos de cada estudio, se puede encontrar varias tendencias, focalizándose en términos como: El impacto emocional y como reducirlo, la repercusión, representaciones sociales, y estigmas relacionados a los significados de la enfermedad. La carga que creen que puede tener y la que en realidad conlleva el cuidar de un miembro de la familia con un diagnóstico psiquiátrico. También se busca tratar las respuestas, actitudes, comportamientos, prácticas, emociones, funcionamiento de los pacientes, y principalmente de los familiares respecto al desajuste por el Diagnóstico considerado de gravedad que puede ser visto como estresor. Se busca evidenciar la responsabilidad médica y como en el sistema de salud se trata de establecer redes de impulso, fomentar la normalización, para que tanto como los pacientes y la familia puedan afrontar la complejidad e impacto del diagnóstico y mejorar así la calidad de vida de la familia en general, Se fomenta el bienestar mediante la alfabetización en salud mental, el manejo del diagnóstico, intervenciones psicoeducativa y la comprensión de las necesidades de la familia y los pacientes.

En lo que corresponde los marcos *de referencias o conceptos* utilizados se puede evidenciar conceptos en común como: Salud mental, Esquizofrenia, Cuidadores, Representaciones sociales, Diagnóstico, Psiquiatría, Familia, Paciente, Trastornos mentales, Enfermedad mental, Profesionales de la salud, Calidad de vida.

Los *tipos de estudio* desarrollados fueron principalmente de carácter descriptivo, como en los estudios de la adherencia familiar en el trastorno mental grave que también es interpretativo (Martín, P, E; Obando, P, D & Sarmiento, M, P, 2018). El de cuidado a las personas con trastorno mentales y a las familias (Brusamarello, T; Capistrano, F, C; Oliveira, V, C; Mercedes, N & Maftum, M, A, 2013). La intervención domiciliaria en psicosis (Gomis, O; Palma, C & Farriols, N, 2017). El funcionamiento conyugal en padres de familia que llevan a sus hijos a una evaluación psiquiátrica (Leija, E, M; Jiménez, N, I & Macias, E, L, 2015). La carga del cuidador en familias de personas con trastorno mental (Castro-Álzate, E, S; Dávila-Vásquez, P, X & Salazar-Torres, L, J, 2019). El estigma percibido en cuidadores (Chih-Cheng, C; Chung-Ying, L; Jian-An, S; Koschorke, M & Kun-Chia C, 2018). Y la repercusión familiar de los diagnósticos (Cabrera, R, A, 2018). En donde se vio el uso de una metodología mixta cuanti-cualitativa.

Los estudios también tuvieron la constante de ser cualitativos. Puesto que, están basados en el diseño, recolección, interpretación y análisis de información cualitativa (no estandarizada, no numérica) que trataban los de temas de: Los profesionales de la salud mental y familiares de personas con angustia mental (Constantine, T, C, 2017). El de Familia, en la salud y en la enfermedad Mental (Solano, M, M & Vásquez, C, S, 2014). Encerrado a oscuras (Hernández-Holguín, M, D & Zaraza-Morales, R, D, 2017). La concepción de la familia (Bessa, J, B; Brischiliari, A; Marcon, S, S & Waidman, M, A, 2014). Y otros mencionados anteriormente ya que compartían el carácter de ser descriptivos también. Se encontraron dos estudios explicativos que buscan encontrar las razones o causas que ocasionan ciertos fenómenos, estos fueron: el impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática (Carvajal, C, 2017). Y el del manejo del paciente y su familia en psiquiatría (Arab, E; Álvarez, H; Herskovic, V & Matamala, M, 2017).

También hubo estudios de carácter exploratorio que tienen por objetivo la formulación de un problema para posibilitar una investigación más precisa o el desarrollo de una hipótesis. Los estudios fueron: Contradicciones en salud mental (Torres, C, M, 2018). Las representaciones sociales de los trastornos mentales (Barbosa, D, J; Gomes, A, M; Oliveira, M, L; Verdán, R; Oliveira, L, F & Nunes da Silva, A, 2018). Y contradicciones en salud mental (Torres, C, M, 2018). Otros estudios que se encontraron fueron de tipo experimental, documental retrospectivo, observacional, comprensivo, se hizo uso de un método fenomenológico-hermenéutico, un estudio multicéntrico y otro prospectivo longitudinal, terapéutico-comparativo.

La tendencia en el abordaje de los *sujetos*, fueron personas diagnosticadas médicamente con trastorno mental, niños y adolescentes, profesionales de la salud, grupos familiares y cuidadores de personas con enfermedad mental.

El *instrumento* principalmente utilizado fueron las entrevistas, estas fueron usadas por Martín, P, E, Obando, P, D & Sarmiento, M, P, 2018; Constantine, T, C, 2017; Castro-Álzate, E, S, Dávila-Vásquez, P, X & Salazar-Torres, L, J, 2019; Correa, M, V & Hernández, M, B, 2013; Cabrera, R, A, 2018; Solano, M, M & Vásquez, C, S, 2014; Hernández-Holguín, M, D & Zaraza-Morales, R, D, 2017; Bessa, J, B, Brischiliari, A, Marcon, S, S & Waidman, M, A, 2014, entre otros. Igualmente fueron usados la recopilación bibliográfica, análisis reflexivo de literatura, guion sistematizado, búsqueda de bases de datos electrónicas, atención directa, evaluación por medio de MINI-Kid y la Escala de Ajuste Diádico (EAD-13), aplicación formal de la escala de Zarit y el cuestionario WHO-DAS 2.0, análisis de la información con el software cualitativo Atlas ti, análisis e interpretación, Cuestionario de Evaluación de Repercusión Familiar (IEQ), las de Hamilton y Young, SANS y SAPS, escalas EEAG, FEICS, FACES III ECF y

análisis multivariable MANCOVA y la DCFS-TW, El AFC, la fiabilidad test-retest, la consistencia interna, la validez.

Finalmente, respecto de los *principales hallazgos* se encontró que, “Las representaciones sociales acerca del trastorno mental están vinculadas a la familia, al diagnóstico, paciente y a los profesionales que trabajan en el área de la salud mental” (Barbosa, D, J; Gomes, A, M; Oliveira, M, L; Verdan, R; Oliveira, L, F & Nunes da Silva, A, 2018). “Las reacciones emocionales asociadas al diagnóstico de una enfermedad poco frecuente pueden provocar alteraciones conductuales y psicopatologías que influyen de forma negativa sobre el proceso de adaptación a la enfermedad y la calidad de vida de la persona afectada y su familia” (López, C, L, 2019). “La representación de «familia» constituye el tejido estructural de las significaciones de las relaciones familiares para afrontar la enfermedad mental; la enfermedad mental como representación social entraña una deshumanización que discrimina y estigmatiza, propiciada en el propio círculo filial y la marca del diagnóstico en las formas comunicativas y relacionales del grupo familiar” (Solano, M, M & Vásquez, C, S. 2014). “Para los pacientes, la familia y para los cuidadores, vivir con una enfermedad mental conlleva una sensación de encerramiento que afecta el proyecto de vida de unos y otros (Hernández-Holguín, M, D & Zaraza-Morales, R, D, 2017). El concepto de estigma social asociado a las dolencias mentales nos informa de cómo se aumentan y redefinen las causas de esa distancia social entre ciencia y sentido común construido en la socialización” (Torres, C, M, 2018).

También, se descubrió que, “Los diagnósticos de enfermedad mental repercutieron en las familias evaluadas, exigiendo en estos algunos cambios en su dinámica interna y modo de vida” (Cabrera, R, A, 2018). “Se encontró que los atributos del médico y las características del paciente interactúan para facilitar o complicar los efectos de la comunicación del diagnóstico” (Carvajal, C, 2017). “Existen carencias en los servicios

de la red de salud mental en relación a los cuidados a las personas con trastorno mental y sus familiares en lo que concierne la necesidad, por lo tanto, se llegó a la conclusión de que estas necesidades necesitan ser exploradas por los profesionales de la red en salud mental para la posibilidad y la concretización de una asistencia no institucionalizada, integral y resolutive a la persona con trastorno mental y a su familia” (Bessa, J, B & Waidman, M, A, 2013). “Es relevante la aplicación de diagnósticos e intervenciones de enfermería a personas con trastornos mentales y familiares, una vez que estas intervenciones proporcionan al enfermero un cuidado direccionado, fundamentado en la cualidad y en la excelencia” (Brusamarello, T; Capistrano, F, C; Oliveira, V, C; Mercedes, N & Maftum, M, A, 2013).

De igual forma, se halló que, “Las intervenciones domiciliarias mejoran la adherencia al tratamiento, las actividades de la vida diaria, las habilidades sociales y tienen un efecto beneficioso sobre los conflictos familiares y sociales” (Gomis, O; Palma, C & Farriols, N, 2017). “Es importante evaluar las situaciones, que no son infrecuentes, en las que el cuidado familiar se hace inviable por la negligencia o la negativa a participar por los miembros de la familia, con instituciones o incluso intervenciones legales” (Constantine, T.C, 2017). “La adherencia familiar puede verse como un comportamiento de participación activa, pero también como un proceso de fortalecimiento de los vínculos, lo que puede disminuir la sobrecarga y el sufrimiento en familiares, cuidadores y pacientes” (Martín, P, E, Obando, P, D, Sarmiento, M, P, 2018). “Cuidar es una forma de cultivar la humanidad. Indagar por las formas de cuidado propio y del otro, tanto del cuidador como de quien es cuidado, puede hacer más estética la trayectoria de cuidar del equipo de salud y de la díada enfermo-cuidador” (Correa, M, V & Hernández, M, B, 2013). “Se estableció que el 68,6% de la población participante presenta algún grado de sobrecarga; por lo que constituyen un factor que considerar en la implementación de procesos de intervención e

investigación que vinculen al cuidador como agente clave en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental” (Castro-Álzate, E, S; Dávila-Vásquez, P, X & Salazar-Torres, L, J, 2019). “Tras la aplicación de la intervención psicoeducativa manualizada se produjo una mejoría en el estado psicológico de los cuidadores informales. Estos cambios se mantuvieron un año después” (Bastida-Loinaz, M, T; Domínguez-Panchón, A, I; Gonzáles-Fraile, E; Iruin-Sanz, A & Martín-Carrasco, M, 2018). “La de atención a la familia se convierte en parte del plan de atención” (Bessa, J, B; Brischiliari, A; Marcon, S, S & Waidman, M, A, 2014).

En suma, como *punto de ruptura*, respecto al problema de investigación se evidencia una necesidad de abordar en profundidad sobre las representaciones sociales que pueden darse especialmente en la ciudad de Medellín, ya que el contexto es determinante para estas, y también se necesita abordar la influencia de estas representaciones, en la familia y en el trascurso del diagnóstico. De igual forma, se ve una falencia en el sistema de salud respecto al manejo del diagnóstico, el paciente y la familia, con respecto a esto es posible ampliar e indagar sobre cómo sería el más adecuado y beneficioso modo de actuar de los profesionales de salud.

4. Planteamiento del problema, justificación y objetivos

Es imperativo plantear por qué el desconocimiento de las representaciones sociales de la familia representa un problema. La necesidad de averiguar sobre este asunto surge del hecho de considerar que:

La representación social de la enfermedad mental entraña una deshumanización que discrimina y estigmatiza; esta condición se presenta en el propio círculo filial, y se afianza con un diagnóstico que marca las formas comunicativas y relacionales del grupo familiar. (Solano y Vásquez, 2014)

Respecto a lo anterior, se puede afirmar que, sobre la enfermedad mental, se ve una tendencia a presentar un estigma y discriminación, esto puede ser debido a que las personas poseen representaciones sociales que en gran medida provienen del contexto y las cuales suelen estar formadas con base en prejuicios. Una condición como el trastorno psicótico, es llamativa de abordar, ya que es un trastorno que trae consigo diversos síntomas que hacen a la persona generalmente distinta ante los ojos de las demás personas. Es interesante explorar como la familia ve este trastorno psicótico cuando es uno de sus miembros el que lo posee. Pues, como se ha mencionado, desde la propia familia surge una discriminación porque se estigmatiza la enfermedad mental.

Cuando un miembro de la familia se ve enfrentado al caso de padecer y ser diagnosticado con una enfermedad mental, las representaciones sociales que tienen los familiares son de gran importancia en la forma en que transcurre el diagnóstico, dado que dichas representaciones son fundamentales en el modo en que la familia se desenvuelve en torno al trastorno, determinando su manejo y tratamiento (Berruecos, Y, A, Díaz-Zuluaga, A, M, Duica, K, López-Jaramillo, C. Ospina, S, Palacio, J, D, Ramírez, A &, 2017).

De igual forma, es atractivo investigar este asunto en el marco de la ciudad de Medellín porque las representaciones sociales varían según el contexto y es importante entender, desde el campo de la psicología, cómo se da este asunto en nuestro entorno actual.

Entonces, entender las representaciones sociales de la familia es un asunto importante de resolver porque nos proporciona una perspectiva más amplia para entender cómo se desarrolla la enfermedad cuando el personal de salud no está presente, puesto que la familia es agente constante en la vida de quien padece una condición mental.

El propósito de este trabajo es describir las representaciones sociales que poseen algunos familiares respecto al trastorno psicótico de uno de sus miembros, puesto que se

quiere observar las características de las representaciones sociales de esta población en el contexto de la ciudad de Medellín, debido a que la familia es determinante en el transcurso y desarrollo de la enfermedad mental (Berruecos, Y, A, Díaz-Zuluaga, A, M, Duica, K, López-Jaramillo, C. Ospina, S, Palacio, J, D, Ramírez, A &, 2017).

Con todo lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación: *¿Qué representaciones sociales poseen algunos familiares respecto del trastorno psicótico de uno de sus miembros en la ciudad de Medellín?*

4.1. Justificación (Pertinencia y relevancia científica, social y formativa)

Referente a la pertinencia y relevancia científica de este trabajo se puede destacar la intención de llenar un vacío en el conocimiento sobre las representaciones sociales de algunos familiares respecto del trastorno psicótico, más específicamente en el contexto de la ciudad de Medellín. Con este conocimiento se pretende buscar un beneficio para el paciente, la familia y nuestra sociedad en general, contribuyendo a poner en relieve la representación social asociada al trastorno mental y favorecer, de este modo, si es necesario, una posible modificación de esta cuestión. Al generar conocimiento científico respecto a esta situación se tiene la oportunidad de identificar cómo las representaciones influyen en el manejo y tratamiento del trastorno psicótico ya que la familia se ve involucrada en este proceso y en su éxito. Con todo, la pertinencia social de esta investigación se ve reflejada en la intención de contribuir en la adecuada divulgación de la información científica que pueda ayudar a disminuir un problema social causado por el estigma y la falta de conocimiento, para que así las personas, o entidades relacionadas, empiecen a educar respecto al trastorno psicótico modificando así, si es necesario, las representaciones sociales perjudiciales para las personas relacionadas a esta enfermedad.

Por último, este ejercicio posee una gran relevancia en mi formación académica puesto que puedo poner en práctica los conocimientos teóricos sobre investigación que he adquirido y en el proceso iré alimentando mi entendimiento sobre un tema que para mí es de gran interés y relevancia como lo son las representaciones sociales respecto al trastorno psicótico, además aportaré a la comprensión acerca de mi problema de investigación.

4.2. Objetivos

4.2.1 General

Describir las representaciones sociales que poseen algunos familiares respecto del trastorno psicótico de uno de sus miembros en la ciudad de Medellín.

4.2.2 Específicos

- Identificar la información que posee algunos familiares respecto del trastorno psicótico de uno de sus miembros.
- Identificar el campo de representación de algunos familiares respecto del trastorno psicótico de uno de sus miembros.
- Identificar la actitud que posee algunos familiares frente al trastorno psicótico de uno de sus miembros.

5. Marco teórico conceptual

A continuación, se desarrollan un conjunto de referencias conceptuales con relación a las representaciones sociales de algunos familiares respecto del trastorno psicótico de uno de sus miembros; para lograr este cometido, se disertará alrededor de los siguientes 3 ejes conceptuales: *Representación social; trastorno psicótico y familia.*

5.1. Representación social

Cuando se habla de representaciones sociales es necesario remitirse al autor Serge Moscovici, quien ha planteado una serie de consideraciones importantes de mencionar al respecto, él asevera que:

La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y es una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran a un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de la imaginación. (Moscovici, 1979, p. 17)

Explicando lo anterior, se trata entonces, de un conocimiento que poseen un grupo, que es común, que permite comunicar, actualizarse e integrarse mediante los intercambios sociales (Mora, 2002).

Adicionalmente, Moscovici (1979) propone en su teoría que cada representación tiene tres facetas: La actitud, la información y el campo de representación. La información, “Se relaciona con la organización de los conocimientos que posee un grupo con respecto a un objeto social” (Moscovici, 1979, p. 45). Al referirse al campo de representación Moscovici (1979) nos remite a, “La idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de la representación” (p. 46). Y en cuanto a la actitud, la describe como, “La orientación global en relación con el objeto de la representación social” (Moscovici, 1979, p. 47).

A partir de lo planteado por Moscovici, Farr (1983) define las representaciones sociales como un sistema que permite a las personas dirigirse de manera lógica respecto al mundo físico y social. Además, concede que los individuos integrantes de una sociedad

se comuniquen mediante un código colectivo que permite clasificar y nombrar las distintas características del mundo y su historia. Se trata de un lenguaje que expresa “teorías” con un entramado de ideas, valores, actitudes, imágenes, que organizan la realidad.

De igual forma, Darío Páez (1987), ofrece cuatro características de las representaciones sociales sobre los cometidos que cumplen. Uno de ellos se trata escoger y dar importancia a los caracteres importante del discurso subjetivo dotado de ideología donde hay una interacción con el otro. Otro cometido de la representación social trata de la descomposición de dichos caracteres en códigos simples. También cumple la función de fabricar modelos, o teoría del mundo a partir del discurso. Y, por último, otorga sentido a la realidad y es conductor de como se debe vivir en sociedad.

Mora (2002) explica las dimensiones de la representación social, definidas por Moscovici, de la siguiente manera:

A). La información. Es la organización o suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento, hecho o fenómeno de naturaleza social. Conocimientos que muestran particularidades en cuanto a cantidad y a calidad de los mismos; carácter estereotipado o difundido sin soporte explícito, trivialidad u originalidad de su caso.

B). El campo de representación. Expresa la organización del contenido de la representación de forma jerarquizada, variando de grupo a grupo e inclusive al interior del mismo grupo. Permite visualizar el carácter de contenido, las propiedades cualitativas o imaginativas, en un campo que integra informaciones en un nuevo nivel de organización en relación a sus fuentes inmediatas.

C). La actitud. Es la dimensión que significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación que, al verse en conjunto, completa la estructura de la representación en términos de contenido y de sentido. (p. 10)

Con relación a lo anterior, Moscovici (1979) establece que la actitud es, de las dimensiones que conforman la representación, la que es más frecuente. Por este motivo, se puede decir que, existe una representación solo cuando ya hemos tomado una postura.

Respecto de las circunstancias de emergencia de la representación social, es llamativo que están determinadas por condiciones conflictivas y críticas, pues se tratan de detonadores para la constitución de una representación (Moscovici, 1979).

Siguiendo en esta línea, Mora (2002) expresa que hay tres condiciones de emergencia. La primera, cuando la información que se tiene es insuficientes y desorganizada, existiendo una dispersión de la información, que puede ir desde escasa hasta muy abundante. La segunda condición se trata de que mediante el intercambio social hay hechos que generan opiniones y juicios que focalizan a una persona o un colectivo. Por último, una condición de emergencia de la representación es la presión social a tomar posición, postura, opiniones y acciones.

Ahora, relacionado con la dinámica de una representación social, se puede distinguir dos procesos: La objetivación y el Anclaje. El primero se refiere a la formación de la simbolización y naturalización de los elementos de la representación. El segundo hace referencia a la atadura de la representación al marco de referencia de la sociedad que permite entender la realidad (Moscovici 1979).

Sobre la determinación de una representación social, Mora (2002) expresa que, “Además de las dimensiones, de la dinámica y de las condiciones de emergencia de una

representación social, existen formas de determinación social: la central y la lateral” (p. 12). Siguiendo con esto, se propone diferenciar las determinaciones, puesto que la central, regula la emergencia del contenido y la representación. Y la lateral se dirige a aspectos expresivos y cognitivos, siendo menos directa (Mora, 2002).

5.2. Trastorno psicótico

Cuando se habla de trastorno psicótico, se refiere a un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de diversos síntomas, como delirios o alucinaciones. También se puede resaltar la presencia de trastornos del comportamiento como el comportamiento catatónico, la hiperactividad, la inhibición psicomotriz, entre otros (CIE-10).

Al mismo tiempo, APA (2013) ha descrito el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos como, “Anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos” (p. 87).

A continuación, se expone como definen, APA (2013), los síntomas y trastornos mencionados:

Los delirios son creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. Su contenido puede incluir varios temas (p. ej., persecutorios, referenciales, somáticos, religiosos, de grandeza, erotomaníacos, nihilistas, de control).

Las alucinaciones son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vívidas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más

comunes en la esquizofrenia y en los trastornos relacionados. Las alucinaciones deben tener lugar en el contexto de un adecuado nivel de conciencia.

El pensamiento desorganizado (trastorno formal del pensamiento) habitualmente se infiere a partir del discurso del individuo. El sujeto puede cambiar de un tema a otro (descarrilamiento o asociaciones laxas). Sus respuestas a las preguntas pueden estar indirectamente relacionadas o no estarlo en absoluto (tangencialidad). En raras ocasiones, el discurso puede estar tan desorganizado que es prácticamente incomprensible y se asemeja a una afasia sensorial en su desorganización lingüística (incoherencia o "ensalada de palabras")

El comportamiento motor muy desorganizado o anómalo se puede manifestar de diferentes maneras, desde las "tonterías" infantiloides a la agitación impredecible. Pueden evidenciarse problemas para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a un objetivo, con las consiguientes dificultades para realizar las actividades cotidianas. El comportamiento catatónico es una disminución marcada de la reactividad al entorno. Oscila entre la resistencia a llevar a cabo instrucciones (negativismo), la adopción mantenida de una postura rígida, inapropiada o extravagante, y la ausencia total de respuestas verbales o motoras (mutismo y estupor)

Los síntomas negativos son responsables de una proporción importante de la morbilidad asociada a la esquizofrenia, siendo menos prominentes en otros trastornos psicóticos. Dos de los síntomas negativos son especialmente prominentes en la esquizofrenia: la expresión emotiva disminuida y la abulia, es decir la reducción del habla. (pp. 87-88)

Los tipos de trastorno de tipo psicótico son: Trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia, trastorno psicótico inducido por

sustancias/medicamentos, trastorno psicótico debido a otra afección médica. También existe la categoría en el manual sobre otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado, no especificado y otro trastorno psicótico (APA, 2013).

Relacionado al trastorno delirantes, se habla de ideas que continúan al menos durante un mes y que son delirantes. Son situaciones que podrían ocurrir en realidad. Es un trastorno infrecuente que inicia en edades medias o avanzadas. La interacción social no se ve afectada. Hay diversos tipos según el delirio que predomine: Erotomaniático, el delirantes piensa que las otras personas están enamoradas de él; El delirio de grandeza, la persona que cree que es muy talentosa; Celotípico, piensa que ha sido víctima de una infidelidad; Y el persecutorio, la persona cree que lo están siguiendo o que conspiran contra él. Hay otro tipo de delirio que es físico, pues se refiere al cuerpo y su funcionamiento. En cuanto a este trastorno, es importante evaluar el peligro que pueda presentar padecer delirios (Ortuño & Gutiérrez, 2011).

El trastorno psicótico breve es infrecuente, en el que los síntomas duran al menos un día y menos del mes, luego de eso, la persona se recupera por completo. Este se detona debido un factor de estrés grande, siendo más frecuente en personas con trastornos de personalidad. Para diagnosticarlo se debe cumplir con al menos un síntoma psicótico (Ortuño & Gutiérrez, 2011).

Respecto al Trastorno esquizofreniforme, Ortuño & Gutiérrez (2011) afirman que, “Es en todo idéntico a la esquizofrenia, excepto en su duración: un mes como mínimo, pero menos de seis meses. La persistencia de síntomas o la discapacidad durante más de seis meses sugiere esquizofrenia” (p. 5697).

La esquizofrenia se trata de una psicosis en la que, en muchas ocasiones, no hay una total recuperación de la persona que la padece. El trastorno es degenerativo, dejando diversas alteraciones en la personalidad y en la cognición que hacen difícil el recobro de

las capacidades. Una característica importante es que empieza a temprana edad, en la adolescencia o juventud (Ortuño & Gutiérrez, 2011).

Con respecto a la Psicosis secundarias (trastorno psicótico debido a una afección médica general, trastorno psicótico inducido por sustancias) Ortuño & Gutiérrez (2011) explican que:

Aunque los cuadros psicóticos más importantes son los primarios, también pueden ser secundarios a diversas enfermedades médicas generales, fármacos, tóxicos y sustancias de abuso. Uno de los retos más importantes en la atención urgente de un episodio psicótico es diferenciar si se trata de una psicosis secundaria o primaria. Los distintos trastornos orgánicos pueden presentar manifestaciones psicopatológicas; por ejemplo, síntomas psicóticos que las hacen indistinguibles de los trastornos primarios. No obstante, algunas psicosis orgánicas presentan signos y síntomas físicos y neurológicos característicos que pueden ser de ayuda a la hora de identificarlos. Es importante detectar síntomas motores o signos focales junto a las manifestaciones psicopatológicas a través de la exploración neurológica minuciosa. La edad de inicio es otro aspecto diferencial. Las psicosis primarias suelen comenzar en la adolescencia o en el inicio de la vida adulta, mientras que las secundarias lo hacen en edades posteriores. Por tanto, un inicio en edades atípicas sugiere psicosis secundaria, especialmente si el paciente no presenta una historia personal de antecedentes psiquiátricos. La forma de inicio progresiva es más característica de las psicosis primarias (aunque pueden presentar cualquier forma de inicio), las secundarias suelen tener un inicio agudo. (p. 5698)

En los trastornos del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico se presentan síntomas que generan malestar clínico significativo en diversas

áreas de la vida. Así mismo como deterioro en el funcionamiento. Lo diferenciador aquí es el hecho que no se cumplen con todos los criterios de los trastornos de esquizofrenia u otros trastornos. En general, esta categoría se utiliza cuando se comunica el motivo por el que no cumple con los criterios (APA, 2013).

La categoría del trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico se emplea cuando se decide no especificar el motivo por el cual no cumple con los criterios de un trastorno específico del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico. Además, se usa cuando no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más preciso (APA, 2013).

Además de esta conceptualización, se precisa mencionar la epidemiología y prevalencia del Trastorno psicótico. En la encuesta Nacional de salud mental se determinó que un 10,1 % de los adolescentes tienen síntomas sugestivos de algún tipo de psicosis, 8,9% en hombres y 11,4 en mujeres. En personas entre 18 y 44 años existe una prevalencia de indicadores de psicosis de un 7,1 %, 6,2% en hombres y 7,7% en mujeres. El 6,7 de los adultos de 45 años en adelante tiene algún síntoma sugestivo de psicosis. En los hombres, la prevalencia es de 5,4%, y en las mujeres de 7,5% (Ministerio de Salud de Colombia, 2015). Al mismo tiempo, en un estudio poblacional en Medellín se demostró que la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos tiene una prevalencia del 1,0% en la población general. Así mismo, se expone que existen factores genéticos que se han visto relacionados a la enfermedad (Torres de Galvis & Posada Villa, 2012).

Finalmente, es importante hacer un breve abordaje del concepto de familia. En este sentido, es importante destacar su cualidad histórica. Puesto que, principalmente proviene de la cultura. La familia se entiende entonces como una institución social, que es un lugar propicio para la formación de la subjetividad, dando sentido y significado, escribiendo la historia, tanto individual como social de hombres y mujeres. Es decir, los

seres hablantes construyen significantes sociales, siendo el concepto de la familia, producto del lenguaje (López, Y, 1998).

Siguiendo en esta línea, “En su sentido más abstracto, la familia constituye un conjunto de elementos de carácter simbólico que se articulan entre sí a partir de determinados principios de estructura” (Baena, Rengifo y Carmona, 2020, p. 3).

Dicho lo anterior, una visión estructural del concepto de familia concede entender como funciona fenoménicamente los diversos integrantes como: El papá. La mamá, el hijo, la hija, la hermana, entre otros. Permite examinar qué representan quienes adquieren dichas funciones simbólicas. Aquí se puede destacar la cualidad lingüística de los vínculos familiares, su carácter simbólico (Baena, Rengifo y Carmona, 2020).

La familia cumple diversas funciones, que existen para favorecer la supervivencia del individuo y, por tanto, de la sociedad. Estas funciones son: Sexuales, económicas, reproductivas y educativas (Lévi-Strauss y Otros, 1956).

6. Diseño metodológico

6.1. Tipo de estudio

Con base a lo que pretende alcanzar la presente investigación, y de acuerdo con su propósito general, podrá ser clasificada como un *estudio de tipo descriptivo* puesto que se pretende recolectar información suficiente para aclarar la pregunta de investigación. Con relación al tiempo, se tratará de un estudio *transversal*, puesto que sólo se hará una toma de datos en un momento específico. De acuerdo con el tratamiento que se les dará a los datos, el presente estudio podrá caracterizarse como un *estudio cualitativo*, ya que se intentará describir y comprender la situación estudiada a través de un análisis de los datos obtenidos en las entrevistas semiestructuradas.

El diseño que corresponde a la presente investigación podrá ser caracterizado como un estudio de caso, puesto que se basará en el estudio de la variable: Representaciones sociales del trastorno psicótico, a través de un proceso de contacto con algunos familiares mediante el desarrollo de entrevistas para posteriormente organizar, analizar y discutir de los resultados.

6.2. Población/ muestra - informantes o fuentes de información.

La muestra son algunos miembros familiares residentes en la ciudad de Medellín que cuentan con un familiar, con el cual tienen una interacción constante, que ha sido diagnosticado con trastorno psicótico. Los sujetos fueron escogidos sin ninguna consideración de tipo sexo o nivel social, se requirió que fueran mayores de edad, puesto que se tiene mayor capacidad de razonamiento, y que tuvieran disponibilidad de participar en la investigación.

Sobre la muestra se puede decir, tomando como referencia Galeano (2007), que, “Son selectivas. Pocos casos pueden ser suficientes ya que interesa la profundidad no la cantidad de información ni su representatividad matemática” (p. 34). Siguiendo en esta línea, Guba (1987, citado en Galeano 2007) menciona que, “El procedimiento de muestreo se dirige mediante conocimientos que surgen progresivamente sobre lo que es importante y relevante” (p. 34).

Para hallar la muestra se localizó miembros familiares que contaban con los criterios de investigación antes expuestos. Esto en principio buscando personas a través de medios de comunicación masiva, como los grupos de WhatsApp del pregrado de la Universidad EAFIT, de semilleros y de la organización estudiantil. De igual forma, se realizó publicaciones en páginas de Medellín asociadas a temas psicológicos. También se recurrió a la estrategia de Bola de nieve que trata de encontrar un caso perteneciente al grupo objeto de investigación y éste lleva al siguiente y al próximo y así sucesivamente.

El número de participantes fueron 7 miembros de distintas familias, este número se determinó durante el transcurso de la investigación y se localizaban los participantes. Vale aclarar que la consecución de dichos participantes fue laboriosa, dado que hablar sobre un familiar con un diagnóstico de trastorno psicótico genera bastante rechazo. Varias personas se mostraron reacias a hablar del tema y decidieron no participar.

Remitiendo a Galeano (2004), la selección de los informantes y fuentes:

Es un proceso progresivo sujeto a la dinámica que se deriva de los hallazgos de la investigación. La muestra inicial se va ajustando de acuerdo a los desarrollos del proceso investigativo, a las condiciones del contexto y a la dinámica de la realidad objeto de análisis. (p. 35)

Se quiso encontrar diversas realidades relacionadas con el objeto de estudio, hasta poder alcanzar el nivel de saturación de la información diversa que pudieran brindar los participantes. Pero conseguir participantes en este contexto no es fácil, a causa de que el trastorno psicótico está estigmatizado y en muchos casos se llega incluso a la negación del diagnóstico o del familiar mismo.

6.3. Categorías o variables /unidades de análisis

Pregunta de investigación	Objetivo general	Objetivos específicos	Categorías/variables
¿Qué representaciones sociales poseen algunos familiares respecto del trastorno	Describir las representaciones sociales que poseen algunos familiares respecto del trastorno psicótico de	Identificar la información que posee algunos familiares respecto del trastorno	Información del trastorno psicótico.

psicótico de uno de sus miembros en la ciudad de Medellín	uno de sus miembros en la ciudad de Medellín	psicótico de uno de sus miembros.	
		Identificar el campo de representación familiar del trastorno psicótico de uno de su miembro.	Campo de representación del trastorno psicótico.
		Identificar la actitud que posee algunos familiares frente al trastorno psicótico de uno de sus miembros.	Actitud frente al trastorno psicótico.

6.4. Instrumento

En este apartado se describe el instrumento que se utiliza en esta investigación y su pertinencia para la recolección de información. Para la realización de la recolección de datos se construye y aplica una entrevista semiestructura, en la que se da un intercambio entre los sujetos participantes e investigador. La entrevista semiestructurada se elabora a partir de una matriz categorial (Ver Anexo 2) que contiene la pregunta de investigación, el objetivo general, los objetivos específicos, las categorías y subcategorías a analizar, permitiendo elaborar las preguntas para la entrevista. Las categorías de análisis son: Información del trastorno psicótico, Campo de representación del trastorno psicótico y Actitud frente al diagnóstico. A partir de las categorías de análisis mencionadas surgen las siguientes subcategorías: Diagnóstico psicótico, Efectos en la familia, Imagen del miembro familiar con diagnóstico, Imagen del vínculo con el familiar diagnosticado,

Preocupaciones y exceptivas frente al diagnóstico y finalmente, Bienestar de la familia. Sobre la base de lo anterior se construye una serie de preguntas enfocadas en última instancia a responder la pregunta de investigación.

Para el presente trabajo es pertinente elegir cómo instrumento una entrevista semiestructurada, puesto que permite al investigador tener un guía de como traer la información que requiere de los participantes. El instrumento al ser un orientador y no una imposición admite una libertad en el dialogo dejando que la expresión subjetiva de los participantes en torno al tema no esté atada, pudiendo posiblemente evocar más información relevante al ser un intercambio de sujetos en una conversación que se desarrolla de forma natural.

6.4. Procedimiento

El procedimiento metodológico realizado aquí consistió: Primero, en una contextualización histórica, empírica y teórica. Después se elaboró una Matriz en donde se consignaron la pregunta de investigación, objetivos, categorías, subcategorías y preguntas, obteniendo el instrumento, tratándose de una entrevista semiestructurada. Después se hizo una prueba piloto para determinar la efectividad del instrumento para la recolección de la información y se realizaron los cambios pertinentes para finalmente aplicar la entrevista a los sujetos participantes y posteriormente se transcribieron los datos (Ver Anexo 3).

Explicando lo anterior, para responder a la pregunta de investigación, se realiza primero una prueba piloto para verificar si el instrumento cumple con su función. Para luego, ser aplicado a los sujetos participantes. Se transcribe de forma textual lo dicho en la entrevista, y posteriormente, se codifican y categorizan las respuestas obtenidas con el instrumento, respondiendo a las categorías y subcategorías de rastreo y análisis. Se hace

una síntesis de lo expresado por los participantes sin distorsión y, con base a eso, se establecen las tendencias que hacen parte del análisis y los resultados (Ver anexo 4).

A partir del procedimiento mencionado, se permite analizar los datos obtenidos para llegar al conocimiento deseado acerca de las representaciones sociales que poseen algunos familiares respecto al trastorno psicótico de uno de sus miembros.

6.6. Consideraciones éticas

Para aplicar las consideraciones éticas en mi investigación se tuvo en cuenta lo que expresa el artículo 5 de la resolución número 8430 de 1993 el cual dice que, “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar”. Igualmente se tuvo en consideración lo estipulado en la Ley 1090 de 2006 sobre el secreto profesional en investigaciones en psicología. Es fundamental tener en cuenta lo anterior durante toda la investigación, para esto se cumplió con los ya mencionados artículos, esto mediante una investigación justificada científica y éticamente, que se fundamentó en la investigación previa realizada, se garantizó la seguridad de los involucrados, se expresó la inexistencia de riesgos, se entregó un consentimiento informado a los participantes que explicó todo lo anterior, incluyendo el propósito de la investigación, características de los participantes, el tratamiento de los datos, el procedimiento de la entrevista y la participación voluntaria. Esta investigación se realizó con el apoyo en investigación de la universidad EAFIT.

7. Resultados

A partir del objetivo general y de los objetivos específicos se desarrollaron las categorías y subcategorías obtenidas, las cuales son: *Información del trastorno psicótico*, con las subcategorías: Diagnóstico psicótico, efectos en la familia; *Campo de*

representación del trastorno psicótico, con las subcategorías: Imagen del miembro familiar con diagnóstico e imagen del vínculo con el miembro diagnosticado; *Actitud frente al trastorno psicótico*, con las subcategorías: Preocupaciones frente al diagnóstico, expectativas frente al diagnóstico y bienestar de la familia.

Dentro de la primera categoría, *Información del trastorno psicótico*, refiriendo a la primera subcategoría, Diagnóstico psicótico, la información que prevalece sobre el trastorno psicótico en general y el particular que posee el miembro familiar se distingue en términos de conocimiento, por el hecho de que la mayoría de entrevistados, 4 de 6, son estudiantes de psicología, dicha información refiere que el trastorno psicótico se caracteriza por: Desconexión entre lo real e imaginario, alucinaciones, alteraciones de la percepción, como se puede evidenciar cuando el Sujeto 1 menciona “*La dificultad más grande de ellos es que no tienen límite entre lo real y lo que ellos tienen en su imaginación...*”, de igual forma, el Sujeto 3 relata que “*Es un trastorno donde tienen alteraciones de la percepción, pueden tener alteraciones de memoria, de conciencia, algo donde el cerebro no le está funcionando bien*”. Hay que mencionar además que la gran parte de los sujetos resaltan los delirios como una característica, lo anterior se puede demostrar cuando el Sujeto 1 dice “*Fundamentalmente los delirios... no solamente de persecución sino también de grandeza*”. Otra característica que se mencionan es comportamiento inusual e impulsivo, que se pueden evidenciar mediante lo dicho por el Sujeto 2 “*Yo lo veía que él estaba hablando como con otras personas, que peleaba con otras personas, pero no había nadie, tirando las cosas al cielo*”. Además, la información relacionada al trastorno psicótico particular del familiar que prevalece es que los que padecen dicho trastorno suelen caminar mucho, como el sujeto 1 dice “*Necesidad de caminar mucho, de alguna manera de deambular*”. Y se menciona que hay factores genéticos y detonantes, afirmándolo el Sujeto 3 “*Casi siempre es un evento estresante*

que lo detona... tiene mucha parte genética... por un incidente que tuvo de niño". Por último, se menciona varias veces la tendencia al uso de drogas psicoactivas, como lo mencionan el Sujeto 4 "*Sus alucinaciones se daban por el tema de drogadicción*".

En cuanto a los medios por los cuales se enteró sobre qué es el trastorno psicótico que posee el miembro familiar, prevalece que la obtención de información se dio a través de familiares que estuvieron cerca del proceso diagnóstico y que fueron informados mediante médicos psiquiatras. Lo anterior se puede evidenciar cuando los Sujetos 4 y 5 afirman respectivamente "*Por medio del grupo familiar nos enteramos de todos esos diagnósticos, nos enteramos de todo lo que sucede*"; "*Eso fue mi mamá, ella lo llevó a todas las terapias, lo llevó al psiquiatra, lo visitaba en la clínica y ese tipo de cosas... le dijeron el diagnóstico y me dijo: Vea su tío tiene eso*".

Respecto de los materiales de información consultados por la familia, prevalecen los artículos y el DSM como materiales revisados, como se puede probar cuando los sujetos 1 y 3 refieren "*Siempre leemos artículos y nos los mandamos*"; "*En la carrera, el DSM y los artículos que nos haya mandado la profe*". Si bien la mayoría consultó artículos y el DSM, algunos sujetos optaron por materiales diferentes como casos de orientación psicoanalítica y pruebas proyectivas, esto debido a la formación que tienen los sujetos en psicología y específicamente en psicoanálisis.

Los aspectos más relevantes del trastorno que prevalecen son: Los problemas de percepción, que se demuestra cuando el Sujeto 3 afirma que "*Escuchaba voces, sentía que había unas personas malas que lo perseguían*". Otros aspectos relevantes que predominan son comportamientos impulsivos, inusuales y agresividad, que se puede evidenciar cuando el Sujeto 2 sostiene que "*Cuando uno trata de acercarse, él reacciona con agresividad*" y el Sujeto 4 explica que "*Sus ganas de pelear, a machete, es porque alguien le dijo que él otro es enemigo*". Mas aspectos relevantes son: La relación con las

personas, e incomodidad por parte de los demás, demostrándose cuando el Sujeto 5 asevera que *“Cuando tiene alucinaciones se nota mucho, puede ser muy incómodo para las personas que están a su alrededor, porque grita y hace un montón de cosas”*. Aunque en gran parte los sujetos manifestaron que una característica relevante es la agresividad, se vio una excepción en un familiar diagnosticado, puesto que se manifiesta que no es en absoluto agresivo, esto puede ser explicado por el hecho de que el carácter del diagnosticado tiende a la pasividad.

En síntesis, se puede decir que la información que se tiene respecto a la primera subcategoría, Diagnóstico psicótico, es que se trata de un trastorno que, en general, se caracteriza por alteraciones de la percepción donde existe una desconexión entre lo real y lo imaginario. También es un trastorno en el que las personas que lo padecen tienen un comportamiento inusual e impulsivo. Vale mencionar que como características del trastorno particular del miembro se tiene como tendencia que está relacionado con el consumo de drogas psicoactivas, factores genéticos y detonantes. Además, se menciona que el familiar en particular suele caminar mucho. Los medios y los materiales por los que se informaron sobre el trastorno psicótico del familiar, fueron a través de familiares que poseían información propiciada por médicos, artículos y el DSM. Como aspectos relevantes del trastorno psicótico del familiar prevalecen los problemas de percepción, comportamiento agresivos e impulsivos, y dificultades para relacionarse con los demás.

Con relación a la segunda subcategoría: Efectos en la familia. La información señalada, que es tendencia, sobre los efectos en la familia por tener un miembro diagnosticado, fue adquirida por la experiencia, dado que no hubo una investigación por parte de la familia u instrucción por parte de médicos, cosa que podemos ver cuando el Sujeto 5 dice que *“Información que yo haya leído no, es más como por la observación”* y cuando el Sujeto 6 menciona que *“Yo lo digo ya como a modo de experiencia”*. Los

efectos mencionados que predominan son: La dificultad para la familia, como asevera el Sujeto 6 *“Obviamente difícil, muy difícil para la familia”*; La no aceptación y vergüenza, viéndose reflejadas cuando el Sujeto 2 sostiene que *“Eso causa muchos efectos, tengo una prima que se avergüenza, ella dice que no es el tío”* y el Sujeto 5 indica que *“A ellos como que le da pena, le da pena que mi tío haga eso... le huyen e incluso tratan como de no hablar del tema, simplemente cuando es necesario y tratan de meterse el cuento de como: eso no es nada, hacerse los locos en cuanto al tema... es un tema muy tabú”*. La incredulidad se puede atestiguar cuando Sujeto 1 explica que *“No entendíamos porqué nos había pasado a nosotros”*. Otros efectos en la familia son: La tristeza, angustia, preocupación, como evidencia el Sujeto 6 *“Es como una angustia y una preocupación... yo también siento esa preocupación”*. También se logra corroborar que existen conflictivos familiares cuando el Sujeto 1 dice *“Nosotros estábamos cogidos del pelo, hemos tenido muchas peleas, pero no hemos tenido ruptura”*.

Por último, una tendencia importante a destacar fue que se vio una unión en la familia cuando se afronta la condición, lo anterior se constata cuando el Sujeto 2 afirma que *“También tiene un factor de unión porque cuando sucedía eso yo veía a toda la familia como: ¿qué vamos a hacer? ¿Cómo lo protegemos? Que no le vaya a pasar nada malo, que no lo vaya a golpear, estar pendiente, así...”*.

A modo de resumen, respecto a la segunda subcategoría, Efectos en la familia, la información que se tiene, que fue adquirida mediante la experiencia, es que es complejo para la familia, dado que trae consigo, sentimientos de vergüenza, tristeza, preocupación y angustia generando en ocasiones no aceptar la situación y conflictos familiares. También se menciona una tendencia a la unión familiar a la hora de enfrentar la condición.

Finalmente, de la categoría *Información del trastorno psicótico* se puede resumir que la organización o suma de conocimientos sobre el trastorno psicótico, que poseen los

miembros familiares, que hace parte de su proceso de organización de la realidad otorgándole sentido, se caracterizan por ser adquiridos a través de la experiencia, relacionada al proceso diagnóstico mediante la interacción entre la familia y médicos psiquiatras; Y en algunos, la información fue adquirida en su formación en psicología, recurriendo a materiales de información como artículos y el DSM. La información que se tiene es que se trata de un trastorno en el que prevalecen alteraciones de la percepción, comportamientos inusuales e impulsivos y dificultad para relacionarse con los demás. También se tiene el conocimiento de que este diagnóstico tiene relación con el consumo de sustancias psicoactivas, factores genéticos y experiencia detonantes. Así mismo, se sabe que, para la familia, es difícil esta condición puesto que genera sentimientos de vergüenza, angustia, y tristeza que conllevan conflictos en la familia e incredulidad. Finalmente, es importante destacar fue que se vio una unión en la familia cuando se afronta la condición. Como se puede ver en este párrafo de síntesis, los conocimientos que manifiestan los miembros familiares muestran particularidades en cuanto a cantidad y a calidad de los mismos; También se puede visualizar un carácter estereotipado o difundido sin soporte, dado que se habla en algunas ocasiones desde la experiencia y no específicamente basados en hechos estudiados u objetivos. Por otro lado, algunos manifiestan conocimientos explícitos obtenidos por medio del estudio del trastorno, por alguna información que les dio un médico psiquiatra o por la información común del trastorno psicótico que es “sabida por todos”. Todo lo anterior hace parte del contenido que tienen las representaciones sociales que poseen algunos miembros familiares.

En la segunda categoría, *Campo de representación del trastorno psicótico*, con relación a la primera subcategoría: Imagen del miembro familiar con diagnóstico. Se encontró, referente a lo que significa que el miembro familiar posea este diagnóstico, que para la mayoría es una experiencia de aprendizaje, como lo evidencia el Sujeto 1 al decir

“Para mí es la lección de amor más grande que yo pude tener en mi vida, lección de humildad, de no criticar, de no juzgar”. Del mismo modo el Sujeto 4 menciona que *“Significa una experiencia, aprender del otro y al mismo tiempo dudar de mí mismo”*. Cabe mencionar que esta condición afecta a todos los que están en el entorno del miembro familiar diagnosticado, cosa que se puede ilustrar perfectamente con lo que declara el Sujeto 2 *“Para mí es una enfermedad muy tesa que impacta a todos, cuando hay un familiar que lo padece los toca a todos”*.

En suma, sobre la subcategoría de Imagen del miembro familiar con diagnóstico, se puede decir que, para los familiares que tiene un miembro que posee este diagnóstico, significa una experiencia de aprendizaje y es una condición que afecta a todas las personas relacionadas al que padece.

Tocante a la segunda subcategoría: Imagen del vínculo con el miembro familiar con diagnóstico. Relacionado a lo que representa el vínculo familiar con el diagnosticado, la mayoría aseveran que no representa una relación muy cercana, verificándose lo anterior con lo que dicen el Sujeto 3 *“La relación era lejana, porque él no tenía capacidad de formar un vínculo con nosotros”* y el Sujeto 5 *“Realmente yo no tengo una relación muy cercana con él”*. Si bien, la mayoría aseguran que el vínculo con el miembro familiar representa que una relación no muy cercana o afectiva, existe unas excepciones pues se explica que representa la toma de un rol de responsabilidad y de “salvador”, esto se da porque es el papel que ha tomado en la familia. Resumiendo, acerca de la subcategoría de Imagen del vínculo con el miembro familiar, se halló que no representa una relación cercana.

En suma, respecto a la categoría *Campo de representación del trastorno psicótico* se puede decir que el carácter del contenido concreto de los aspectos precisos del trastorno psicótico que permiten visualizar las propiedades cualitativas o imaginativas en relación

con las fuentes inmediatas son: Una imagen del significado del diagnóstico como oportunidad de aprendizaje y de afectación del entorno y, de igual forma, la representación del vínculo con el familiar como lejano. Lo anterior va más allá de las fuentes inmediatas ya que integra informaciones en un nuevo nivel generando un modelo social, haciendo parte del contenido de la representación social que tiene los familiares, que establece un orden que permite a dichos individuos orientarse, haciendo inteligible la realidad física y social.

Por último, respecto a la tercera categoría, *Actitud frente al trastorno psicótico*, sobre la primera subcategoría: Preocupaciones frente al diagnóstico. la mayoría admite que les preocupa la seguridad del familiar en específico, de los miembros de la familia y las demás personas de su entorno fuera de la familia. Lo anterior se evidencia con lo que el Sujeto 2 menciona “*Me genera la preocupación a nivel de la persona, o sea de él, de su salud... Los demás también me preocupan, que en medio de su alucinación piense que los demás sean otra cosa y les vaya a hacer algo... También a nivel familiar, mi papá es el más cercano, es el que más le ayuda, me preocupa mi papá porque mi papá no le tiene miedo y me asusta que le haga algo*”. Aunque la mayoría manifiesta preocupaciones, hay una excepción, dado que hay un sujeto que expone que no hay preocupaciones, esto se da porque piensa que, si el miembro familiar dice que se siente bien, no hay motivo de preocupación.

En síntesis, respecto a la subcategoría, Preocupaciones frente al diagnóstico, se manifiesta que hay preocupación sobre la seguridad, de la familia, de las personas fuera del núcleo familiar y del miembro en particular.

Ahora, relacionado a la segunda subcategoría: Expectativas respecto al diagnóstico. Se observa como tendencia la espera de aceptación tanto de la condición como de la persona, esto se puede ver cuando el Sujeto 2 cometa “*Que la gente lo aceptara es una expectativa*

que tengo, más que criticarlo y de señalarlo, buscar cómo podemos ayudarlo". Otra expectativa que predomina es que haya un tratamiento o incluso "cura" que permita que el miembro familiar mejore su condición y pueda tener calidad de vida, lo mencionado se corrobora con lo que el Sujeto 5 dice que espera *"un posible tratamiento"* y con lo que el Sujeto 6 manifiesta *"Se puede encontrar una cura"*. Terminando con esta subcategoría, como futuras acciones, se nota una tendencia a proponer proyectos que favorezcan, el tratamiento del diagnóstico, como lo dice el Sujeto 6 *"Digamos que se puede plantear como un proyecto, investigar más"*. Si bien, la mayoría esperan una mejoría de la condición, existe una singularidad, ya que un sujeto manifiesta que no se esperan mejorías, esto se da porque se asegura que no existe una cura.

En resumen, sobre la segunda subcategoría, Expectativas respecto al diagnóstico, se espera que haya aceptación de la persona y de la condición; y se tiene la expectativa de un tratamiento o cura.

En cuanto a la tercera subcategoría: Bienestar de la familia. Sobre el estado actual de la familia, en términos generales, se observa una percepción ambivalente de los miembros familiares, puesto que, por una parte, aseguran que el estado de la familia es positivo dentro de las dificultades, y por otra, algunos afirman que el estado de la familia es negativo porque la condición conlleva malestar. La primera perspectiva se puede ver cuando el Sujeto 1 asevera que *"El estado de nuestra familia es muy bueno, todos bien muy bien, todos tenemos una vida como cualquier ser humano con cosas buenas, malas, momentos difíciles"*. Por otra parte, la segunda perspectiva se evidencia con lo que el Sujeto 4 dice *"La familia está en un estado negativo"*. Aunque la mayoría toman un partido entre positivo y negativo, hay una excepción, puesto que se menciona que el estado actual de la familia se encuentra en un punto intermedio esto se da porque se considera que no está ni bien, ni mal.

En pocas palabras, sobre la tercera subcategoría, Bienestar de la familia, se puede notar una percepción ambivalente, puesto que la mitad de los sujetos aseguran que el estado actual de la familia es bueno, la otra mitad lo describe como negativo.

En síntesis, con relación a la categoría de *Actitud frente al trastorno psicótico* se puede decir que la orientación global, sea favorable o desfavorable, se caracteriza por preocupaciones y expectativas orientadas al miembro familiar, la familia y el entorno, y finalmente, una actitud ambivalente respecto a el estado actual de la familia por el hecho que poseen un familiar diagnosticado con trastorno psicótico. Este último aspecto completa la representación, que tienen algunos miembros familiares del trastorno psicótico que posee el miembro familiar, en términos de sentido.

8. Discusión y conclusiones

Ahora se procederá a hacer un dialogo entre los resultados y el marco referencial (Antecedentes de investigación y marco teórico) identificando el nivel de semejanza o diferencia que pueda existir entre la investigación presente y otras de similar naturaleza con la intención de responder la pregunta de investigación y demostrar la novedad de los resultados para efectos de confirmar la validez del conocimiento obtenido en esta investigación. Al mismo tiempo, se presenta la utilidad de los hallazgos, recomendaciones para futuras investigaciones y limitaciones de esta investigación.

Dicho lo anterior, cuando se quiere responder la pregunta de ¿Qué representaciones sociales poseen algunos familiares respecto del trastorno psicótico de uno de sus miembros en la ciudad de Medellín? Se debe iniciar respondiendo al primer objetivo específico de la investigación: *Identificar la información que poseen algunos familiares respecto del trastorno psicótico de uno de sus miembros.*

Acerca del anterior punto, se puede decir que la información que tienen algunos familiares respecto el trastorno psicótico de uno de sus miembros, en general, es que se trata de un trastorno en el que existen alteraciones de la percepción, comportamiento inusuales e impulsivos, dificultad para relacionarse con los demás, y se relaciona con el consumo de sustancias psicoactivas, factores genéticos y experiencias detonantes. Así mismo, se tiene como conocimientos de los efectos en la familia que es una condición difícil, genera tristeza, vergüenza, angustia, incredulidad y conflictos entre la familia, pero también una tendencia a la unión familiar cuando se afronta la condición. Sobre esto, se puede identificar una semejanza con los hallazgos de Cabrera (2018) en los que encontró que, “Los diagnósticos de enfermedad mental repercutieron en las familias evaluadas, exigiendo en estos algunos cambios en su dinámica interna y modo de vida”. De igual forma, los resultados se relacionan con que, “La adherencia familiar puede verse como un comportamiento de participación activa, pero también como un proceso de fortalecimiento de los vínculos, lo que puede disminuir la sobrecarga y el sufrimiento en familiares, cuidadores y pacientes” (Martín, P, E, Obando, P, D, Sarmiento, M, P, 2018). También vale señalar la semejanza entre la evidencia de sentimientos de vergüenza e incredulidad en la familia con lo que dice Solano y Vásquez (2014) sobre que, “La enfermedad mental como representación social entraña una deshumanización que discrimina y estigmatiza, propiciada en el propio círculo filial y la marca del diagnóstico en las formas comunicativas y relacionales del grupo familiar”. Un resultado importante que no se logra evidenciar aquí es que, “El concepto de estigma social asociado a las dolencias mentales nos informa de cómo se aumentan y redefinen las causas de la distancia social entre ciencia y sentido común construido en la socialización” (Torres, C, M, 2018).

Ahora, para seguir respondiendo a la pregunta de investigación es necesario seguir con el segundo objetivo específico: *Identificar el campo de representación de algunos familiares del trastorno psicótico de uno de sus miembros*. Respecto a lo anterior, se halló una imagen del significado del diagnóstico como oportunidad de aprendizaje y de afectación del entorno. También se encontró que el vínculo familiar es lejano. Lo que se acaba de mencionar está relacionado con lo que Barbosa y Otros (2018) hallaron, “Las representaciones sociales acerca del trastorno mental están vinculadas a la familia, al diagnóstico, paciente y a los profesionales que trabajan en el área de la salud mental”. Un resultado importante a destacar de investigaciones de igual naturaleza que fue diferente a lo obtenido a aquí es lo que dice Constantine (2017) relacionado a que, “Es importante evaluar las situaciones, que no son infrecuentes, en las que el cuidado familiar se hace inviable por la negligencia o la negativa a participar por los miembros de la familia, con instituciones o incluso intervenciones legales”.

Continuando, con relación al tercer objetivo específico: *Identificar la actitud que poseen algunos familiares frente al trastorno psicótico de uno de sus miembros*. Se encontró que las preocupaciones y expectativas están orientadas al miembro familiar en específico, la familia y las personas del entorno. También se halló que existe una actitud ambivalente respecto al esto actual de la familia en términos de bienestar. Esto último, sería interesante relacionarlo con lo que dice López (2019) acerca de que, “Las reacciones emocionales asociadas al diagnóstico de una enfermedad poco frecuente pueden provocar alteraciones conductuales y psicopatologías que influyen de forma negativa sobre el proceso de adaptación a la enfermedad y la calidad de vida de la persona afectada y su familia”. Del mismo modo, se puede comparar con lo que Castro-Álzate y Otros (2019) dicen, ya que, “Se estableció que el 68,6% de la población participante presenta algún grado de sobrecarga; por lo que constituyen un factor que considerar en la

implementación de procesos de intervención e investigación que vinculen al cuidador como agente clave en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental”.

Además, un asunto de gran importancia que no se pudo explorar en profundidad en esta investigación es lo que aseveran Bessa y Waidman (2013) sobre que, “Existen carencias en los servicios de la red de salud mental en relación a los cuidados a las personas con trastorno mental y sus familiares en lo que concierne la necesidad, por lo tanto, se llegó a la conclusión de que estas necesidades necesitan ser exploradas por los profesionales de la red en salud mental para la posibilidad y la concretización de una asistencia no institucionalizada, integral y resolutive a la persona con trastorno mental y a su familia”. Por último, un resultado de una investigación que fue diferente pero que es notable destacar fue que, “Para los pacientes, la familia y para los cuidadores, vivir con una enfermedad mental conlleva una sensación de encerramiento que afecta el proyecto de vida de unos y otros” (Hernández-Holguín, M, D & Zaraza-Morales, R, D, 2017).

En conclusión y respondiendo a la pregunta de investigación, se puede decir respecto a las representaciones sociales que poseen algunos familiares respecto del trastorno psicótico de uno de sus miembros, que se caracterizan por estar divididas en tres dimensiones: Información del trastorno psicótico, Campo de representación del trastorno psicótico y Actitud frente al trastorno psicótico.

La información es descrita por Moscovici (1979) como, “La organización de los conocimientos que posee un grupo con respecto a un objeto social” (p. 45). En esta investigación se evidenció que la información sobre el diagnóstico es adquirida a través de la experiencia, por medio de la convivencia con el familiar, del acompañamiento del familiar a medicina psiquiátrica, y en algunas ocasiones, por medio de la formación como profesionales de la psicología o del conocimiento común. La información que tiene los

familiares sobre lo que caracteriza el trastorno se resumen en: Alteraciones de la percepción, comportamiento inusuales e impulsivos, dificultad para relacionarse con los demás. Tiene relación con el consumo de sustancias psicoactivas, factores genéticos y experiencias detonantes. Es una condición difícil para la familia que genera tristeza, vergüenza, angustia, incredulidad y conflictos, pero también genera unión familiar cuando se afronta la condición.

El campo de representación Moscovici (1979) lo define como, “La idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de la representación” (p. 46). Se averiguó que existe una imagen del significado del diagnóstico como oportunidad de aprendizaje, de afectación del entorno y una imagen del vínculo familiar como lejano.

La actitud es descrita por Moscovici (1979) como, “La orientación global en relación con el objeto de la representación social” (p. 17). Se halló que la actitud frente al diagnóstico se caracteriza por las preocupaciones y expectativas que están orientadas al miembro familiar en específico, la familia y las personas del entorno; Y existe una actitud ambivalente respecto al esto actual de la familia en términos de bienestar.

Todo lo anterior, son las dimensiones que conforman las representaciones sociales, que son:

Una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y es una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran a un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de la imaginación. (Moscovici, 1979, p. 17)

Entonces, la información, campo de representación y actitud de la familia descrita en este trabajo, hace parte de un ejercicio psíquico que permiten que la realidad sea comprensible y pueda ser expresada a los demás miembros del grupo, en este caso, la familia. Es decir, confiere que los conocimientos que se tiene se organicen de tal modo que orienten el comportamiento y la comunicación familiar.

La utilidad práctica de todo lo anterior radica en que se empieza a formar conocimiento relacionado a las representaciones sociales de algunos familiares respecto del trastorno psicótico de uno de sus miembros en nuestro contexto actual, la ciudad de Medellín, 2021. Cuestión que permite llenar un vacío de conocimiento y vislumbrar como se organiza los conocimientos de estos individuos y como hacen legible la realidad. Esto es relevante porque se sabe que la familia es determinante en el transcurso de la condición mental (Berruecos, Y, A, Díaz-Zuluaga, A, M, Duica, K, López-Jaramillo, C. Ospina, S, Palacio, J, D, Ramírez, A &, 2017). Pues se halla que hay una información principalmente adquirida por la experiencia, cosa que puede dar cabida a sesgos, o informaciones erróneas de lo que caracteriza el trastorno psicótico. La información sobre los efectos en la familia por tener un miembro con este diagnóstico es igualmente adquirida por la experiencia, y no se muestra tener conocimientos de cómo afrontar dichos efectos, sobre esta cuestión, se demuestra una carencia de instrucción por parte de médicos y entidades de salud mental. Se identifica que para la familia este diagnóstico afecta diversas personas, situaciones y entornos; Y la mayoría admiten no tener una relación muy cercana con el familiar, este asunto es destacable ya que, se logra ver en las entrevistas con los sujetos que la familia es la encargada de cuidar al miembro familiar y se sabe que el cuidador es un agente clave en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental (Castro-Álzate, E, S, Dávila-Vásquez, P, X & Salazar-Torres, L, J, 2019). Respecto a esto, vale la pena mencionar que, “Cuidar es una forma de cultivar la

humanidad” (Correa, M, V & Hernández, M, B, 2013). Entonces, un asunto interesante aquí sería indagar como un vínculo lejano con el familiar puede estar repercutiendo en la evolución de la enfermedad.

Es llamativo saber que la mayoría ve la experiencia de tener a un familiar diagnosticado con trastorno psicótico como una oportunidad de aprendizaje, pues se logra visualizar que hay una disposición a ampliar su entendimiento en los asuntos que envuelven esta condición mental. Se entiende que prevalece una preocupación por la familia, el miembro familiar y las demás personas de su entorno, es atractivo este asunto puesto que induce a preguntarnos como responder ante estas preocupaciones, como evitar que lo que es de preocupación ocurra, y si ocurre, determinar cómo responder. Se logra vislumbrar que en general la familia espera un tratamiento, pero se manifiesta que no se sabe de procedimientos o lugares adecuados para tratar esta condición e incluso algunos familiares manifiestan querer hacer algo respecto a esto último. Aquí se logra resaltar una falta percibida por la familia que podría ser llenada con información sobre lugares y/o tratamientos, como también investigar si en nuestro contexto existe lugares que logren responder a una demanda de tratamiento de la condición mental, y si no es el caso, se puede proponer formar dichos lugares.

Ahora bien, algunas otras futuras investigaciones que se pueden pensar son: Indagar cómo las representaciones sociales de la familia afectan en el curso y tratamiento del trastorno psicótico que posee uno de sus miembros. Se puede investigar qué información es necesaria que posea la familia y cómo educar en este sentido, ya que se evidencia una falta de información sobre lo que la familia debe hacer y cómo afrontar la condición mental. Por otra parte, sería interesante indagar por el sentido subjetivo sobre el trastorno psicótico de la persona que lo padece. Por último, un asunto importante para averiguar es qué enfoque de intervención y tratamiento sería el más apropiado y beneficioso.

La principal limitación de este estudio fue la consecución de participantes, ya que las enfermedades mentales y más específicamente, el trastorno psicótico, es un tema tabú en nuestro contexto actual, muchas personas se muestran reacias a hablar sobre el tema y más aún si se encuentra relacionado a un familiar.

9. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Arab, E, Álvarez, H, Herskovic, V, Matamala, M. (2017). Psiquiatría de enlace en los niños y adolescentes. Manejo del paciente y su familia en unidades pediátricas de alta complejidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 28(6), 932-943. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301396?via%3Dihub>
- Baena, G. A., Carmona, J. G., & Rengifo, C. G. (2020). Propuesta de intervención sobre la violencia intrafamiliar: abordaje de acuerdo con la función y sentido del fenómeno violento presente en la dinámica familiar. *Estudios de Psicología (Campinas)*, 37, 1-13. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e180104>
- Barbosa, D, J, Gomes, A, M, Oliveira, M, L, Verdan, R, Oliveira, L, F, Nunes da Silva, A. (2018). Las representaciones sociales de los trastornos mentales. *Revista de Enfermagem UFPE*. 12 (6), p1813-1816. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234783>
- Bastida-Loinaz, M, T, Domínguez-Panchón, A, I. Gonzáles-Fraile, E, Iruin-Sanz, A & Martín-Carrasco, M. (2018). Efectividad de una Intervención Psicoeducativa en la Reducción de la Sobrecarga del Cuidador Informal del Paciente con

- Esquizofrenia (EDUCA-III-OSA). *Psychosocial Intervention*. 27 (3), p113-121. <https://doi.org/10.5093/pi2018a20>
- Benveniste, E. (1979). *Problemas de lingüística general I*. Siglo Veintiuno.
- Berruecos, Y, A, Díaz- Duica, K, López-Jaramillo, C. Ospina, S, Palacio, J, D, Ramírez, A & Vargas, C. (2017) Emociones expresadas, carga y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar tipo I de un programa de intervención multimodal: PRISMA. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 46(1), 2-11. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-emociones-expresadas-carga-funcionamiento-familiar-S0034745016000251>
- Bessa, J, B & Waidman, M, A. (2013). Familia de la persona con trastorno mental y sus necesidades en la asistencia psiquiátrica. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 22(1), 61-70. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100008>
- Bessa, J, B, Brischiliari, A, Marcon, S, S & Waidman, M, A. (2014). Grupo de autoayuda de la familia y la persona con trastorno mental: la concepción de la familia. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 35(3), 29-35. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.41015>
- Brusamarello, T. Capistrano, F, C. Oliveira, V, C, Mercês, N, Maftum, M, A. (2013). Cuidado a las personas con trastornos mentales y a las familias: diagnósticos y intervenciones a partir de la consulta de enfermería. *Cogitare Enfermagem*. 18(2), 245-252. <https://core.ac.uk/reader/328057330>
- Cabrera, R, A. (2018). Repercusión familiar de los diagnósticos de retraso mental leve y trastorno de conducta. *Revista Cubana*. 34 (4), 42-52. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-

[21252018000400006#:~:text=Introducci%C3%B3n%3A%20Los%20diagn%C3%B3sticos%20de%20retraso,resultados%20de%20ambas%20entidades%20diag n%C3%B3sticas](#)

- Carvajal, C. (2017). El impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática. Algunas reflexiones. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 28(6), 841-848. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-el-impacto-del-diagnostico-medico-S0716864017301463>
- Castro-Álzate, E, S, Dávila-Vásquez, P, X & Salazar-Torres, L, J. (2019). Carga del cuidador en familias de personas con enfermedad mental vinculadas al programa de hospital de día de una institución de tercer nivel en Cali (Colombia). *Revista colombiana psiquiatría* 48(2), 88-95. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v48n2/0034-7450-rcp-48-02-88.pdf>
- Chung-Ying, L, Jian-An, S, Koschorke, M, Kun- & Thornicroft, G. (2018). Estigma percibido en cuidadores: Evaluación psicométrica de la The Devaluation of Consumer Families Scale de las familias de consumidores. *International Journal of Clinical Health & Psychology*. 18 (2), p. 170-178. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1697260018300036>
- Constantine, T, C. (2017) Profesionales de salud mental y familiares de personas con angustia mental: ¿encuentro o desacuerdo? *Psicología USP*. 28(1), 23-3. <https://doi.org/10.1590/0103-656420150114>
- Farr, R. (1983). Escuelas Europeas de Psicología social: la investigación de representaciones sociales en Francia. *Revista Mexicana de Sociología*. 45(2), 641-657. <https://www.jstor.org/stable/3540263?seq=1>

- Galeano, M. (2004) *Diseño en la investigación cualitativa*. Fondo editorial Universidad Eafit.
- Gomis, O, Palma, C & Farriols, N. (2017). Intervención domiciliaria en psicosis: una revisión sistemática. *Actas. 45 (6)*, 290-302. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/19/110/ESP/19-110-ESP-290-302-827522.pdf>
- Hernández-Holguín, M, D & Zaraza-Morales, R, D. (2017). Encerrado a oscuras: significado de vivir con esquizofrenia para diagnosticados y sus cuidadores, Medellín Colombia. *Aquichan, 17 (3)*, 305-315. <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.3.7>
- Leija, E, M, Jiménez, N, I & Macias, E, L. (2015). Funcionamiento conyugal en padres de familia que llevan a sus hijos a una evaluación psiquiátrica. *Salud mental. 38(3)*, 209-215. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.029>
- Lévi-Strauss, C., Spiro, M., & Gough, K. (1956). *Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia*. (pp. 1-153). Anagrama.
- López, C, L. (2019). Promoción de la salud de las personas con enfermedades raras y sus familias: experiencia de abordaje psicosocial. *Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud. 10 (1)*. 1- 9. <https://doi.org/10.5093/cc2019a6>
- López, Y. (1998) La familia una construcción simbólica: de la naturaleza a la cultura. *Revista affectio societatis. 1 (2)*, 1-11. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/affectiosocietatis/article/view/5432>
- Manual Deontológico y Bioético. (2006, del 6 de septiembre). Ley 1090, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología.
- Martín, P, E, Obando, P, D, Sarmiento, M, P. (2018) La adherencia familiar en el trastorno mental grave. *Elsevier España, S.L.U. 50(9)*, 519-

526. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-adherencia-familiar-el-trastorno-S0212656717303451>

Ministerio de Salud de Colombia. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf

Ministerio de Salud. (1993, 04 de octubre). Resolución número 8430 De 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RE/SOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 2, 1-25. <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n2.55>

Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul.

Organización Mundial de la salud. (2003). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud 10 revisión*. (pp. 5-1177). OPS.

Ortuño, F., Gutiérrez, Rojas, L., (2011). Psicosis. *Medicine*, 10(84), 5693-5702. <https://www.medicineonline.es/es-psicosis-articulo-X0304541211256264>

Solano, M, M & Vásquez, C, S. (2014). Familia, en la salud y en la enfermedad... Mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 43(4), 194-202. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502014000400004&script=sci_abstract&tlng=es

Torres de Galvis & Posada Villa, J. (2012). Primer estudio poblacional de salud mental Medellín, 2011-2012. The who world mental health survey consortium. Universidad CES.

Torres, C, M. (2018). Contradicciones en Salud Mental: Estigma, Alfabetización en Salud Mental y Revelación (o no) del Diagnóstico de un Desorden Mental. *Sociología*. 8 (2), 92-111. https://www.researchgate.net/publication/324923176_Contradicciones_en_Salud_Mental_Estigma_Alfabetizacion_en_Salud_Mental_y_Revelacion_o_no_del_Diagnostico_de_un_Desorden_Mental

10. Anexos

10.1. (Anexo 1: Consentimiento informado)

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD EAFIT

Consentimiento Informado de la Investigación: “Representaciones sociales que poseen algunos familiares respecto del trastorno psicótico de uno de sus miembros en la ciudad de Medellín”

Datos generales		
Nombre	C.C.	Edad
Escolaridad		
Dirección y teléfono	Empresa	
Ocupación	Cargo	
Lugar de evaluación		Fecha

Certifico que he comprendido que la información que reciba la estudiante de psicología es de carácter confidencial y que se recolecta en aras de dar cumplimiento al objetivo de la investigación de trabajo de grado en curso, titulada “Representaciones sociales que poseen algunos familiares respecto del trastorno psicótico de uno de sus miembros en la ciudad de Medellín”, el cual pretende llenar un vacío en la investigación sobre las representaciones sociales del trastorno psicótico mediante la generación de conocimiento científico que a su vez pueda ayudar a disminuir el estigma, la falta de conocimiento y las consecuencias de lo anterior.

Los participantes serán grupos familiares residentes en la ciudad de Medellín que cuenten con un familiar (o más) que haya sido diagnosticado con trastorno psicótico. Los sujetos serán escogidos sin ninguna consideración de tipo sexo, edad o nivel social.

Los investigadores anonimizarán mis datos, en la presentación de sus resultados, con el propósito de dar cumplimiento a lo estipulado en la Ley 1090 de 2006 sobre el secreto profesional en investigaciones en psicología. Además, comprendo que no se me hará devolución de resultados individuales, pero podré acceder al informe final de la investigación.

Se me indicó que el procedimiento a seguir es la realización de una entrevista semiestructurada individual o grupal que se aplicará aproximadamente en 45 minutos, y brindé mi autorización para que fuera grabada. Este procedimiento no conlleva riesgos para mi salud.

También se me indicó que puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre la investigadora y yo, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí.

Asimismo, podré solicitar aclaraciones sobre el proceso de investigación, en todo momento mediante el correo electrónico:

No recibiré pago por la participación en el estudio. Mi participación es voluntaria. Tengo entendido que seré participe del crecimiento del conocimiento acerca de la cuestión que se investiga, dando la oportunidad de describir cuáles son las representaciones sociales que poseen algunos familiares respecto del trastorno psicótico, buscando un beneficio para el paciente, la familia y nuestra sociedad en general, pues la familia, y sus representaciones, se ve involucrada en el éxito del manejo y tratamiento de este trastorno.

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se firma el presente consentimiento el día ____ del mes _____ del año _____, en la ciudad de _____.

Firma del participante de la investigación

C.C.

Firma estudiante de Psicología

C.C.

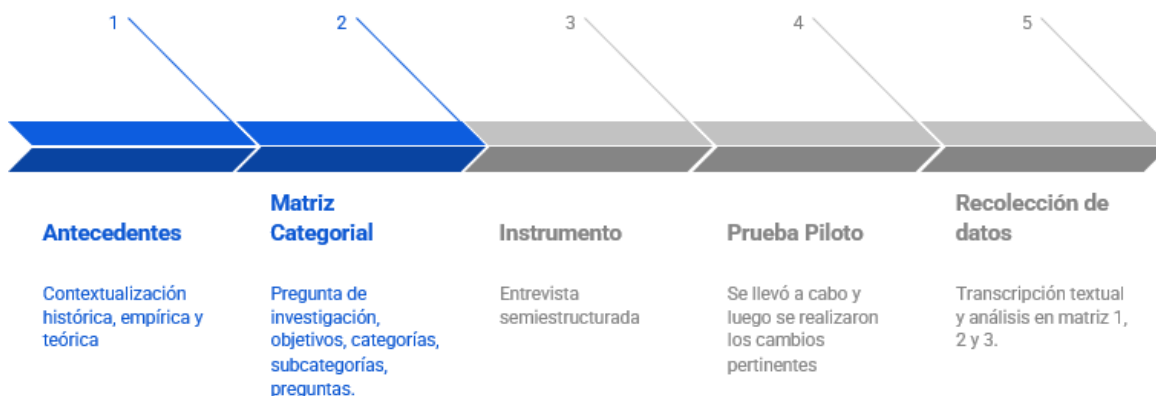
Firma psicólogo asesor docente

C.C.

10.2. (Anexo 2: Matriz categorial. Guía de entrevista)

Pregunta de investigación	Objetivo general	Objetivos específicos	Categorías de rastreo de la información/análisis	Subcategorías	Preguntas
¿Qué representaciones sociales poseen algunos familiares respecto del trastorno psicótico de uno de sus miembros en la ciudad de Medellín?	Describir las representaciones sociales que poseen algunos familiares respecto del trastorno psicótico de uno de sus miembros en la ciudad de Medellín	Identificar la información que posee algunos familiares respecto del trastorno psicótico de uno de sus miembros.	Información del trastorno psicótico.	Diagnóstico psicótico	¿Qué información tiene(n) usted(es) sobre el trastorno psicótico en general, y de X persona (Familiar) en particular? ¿A través de qué medios se enteró sobre qué es el trastorno psicótico de X persona (Familiar)? (medicina psiquiátrica, conversaciones cotidianas, medios de comunicación masiva)? ¿Ha tenido la oportunidad de consultar materiales de información con respecto al trastorno psicótico de X persona (Familiar)? ¿Puede mencionar los aspectos que le resultan relevantes del trastorno psicótico de X persona (Familiar)?
				Efectos en la familia	¿Tiene información respecto de los efectos en la familia cuando existe un diagnóstico de trastorno psicótico en un miembro?
		Identificar el campo de representación familiar del trastorno psicótico de uno de sus miembros.	Campo de representación del trastorno psicótico.	Imagen del miembro familiar con diagnóstico. Imagen del vínculo con el miembro familiar con diagnóstico.	¿Qué significa para usted que X persona (El familiar) esté diagnosticado con trastorno psicótico? ¿Qué representa para usted el vínculo con X persona (El familiar)?
		Identificar la actitud que posee algunos familiares frente al trastorno psicótico de uno de sus miembros.	Actitud frente al trastorno psicótico.	Preocupaciones frente al diagnóstico.	¿Qué preocupaciones le genera el hecho que X persona haya sido diagnosticado? (Con relación a los vínculos afectivos con otros, con la familia, trabajo, estudio, calidad de vida)
				Expectativas frente al diagnóstico.	¿Cuáles son las expectativas y posibles acciones futuras respecto al diagnóstico? (Con relación a los vínculos afectivos con otros, con la familia, trabajo, estudio, calidad de vida)
				Bienestar de la familia.	¿De qué modo valora el estado actual de su familia por el hecho de que posea un miembro con un diagnóstico de trastorno psicótico?

10.3. (Anexo 3: Tabla de metodología)



10.4. (Anexo 4: Matriz de tendencias)

Matriz 3			
Tendencia de todos los sujetos sin discriminarlos			
Categorías	Subcategorías	Preguntas	Tendencia
Información del trastorno psicótico.	Diagnóstico psicótico	¿Qué información tiene(n) usted(es) sobre el trastorno psicótico en general, y de X persona (Familiar) en particular?	La información que prevalece sobre el trastorno psicótico en general y el particular que posee el miembro familiar se distingue en términos de conocimiento por el hecho de que la mayoría de entrevistados, 4 de 6, son estudiantes de psicología, dicha información refiere que el trastorno psicótico se caracteriza por: Desconexión entre lo real e imaginario, delirios, alucinaciones, alteraciones de la percepción, dificultad para comunicarse, comportamiento inusual e impulsivo. Además, la información relacionada al trastorno psicótico particular del familiar que fue tendencia es que los que padecen dicho trastorno suelen caminar mucho y se menciona que hay factores genéticos y denotantes. Por último, se mencionó varias veces la tendencia al uso de drogas psicoactivas.
		¿A través de qué medios se enteró sobre qué es el trastorno psicótico de X persona (Familiar)? (medicina psiquiátrica, conversaciones cotidianas, medios de comunicación masiva)?	En cuanto a que medios se enteró sobre qué es el trastorno psicótico que posee el miembro familiar, prevalece que la obtención de información se dio por medio de familiares que estuvieron cerca del proceso diagnóstico y que fueron informados mediante médicos psiquiatras.
		¿Ha tenido la oportunidad de consultar materiales de información con respecto al trastorno psicótico de X persona (Familiar)?	Respecto de los materiales de información consultados por la familia, prevalecen los artículos y el DSM como materiales revisados.
		¿Puede mencionar los aspectos que le resultan relevantes del trastorno psicótico de X persona (Familiar)?	Los aspectos más relevantes del trastorno que prevalecen son: los problemas de percepción, de relación con las personas, comportamientos impulsivos e inusuales, agresividad e incomodidad por parte de los demás. También se destacó que el miembro familiar suele caminar de más.
	Efectos en la familia	¿Tiene información respecto de los efectos en la familia cuando existe un diagnóstico de trastorno psicótico en un miembro?	La información señalada, que es tendencia, sobre los efectos en la familia por tener un miembro diagnosticado, fue adquirida por la experiencia, dado que no hubo una investigación por parte de la familia u instrucción por parte de médicos. Los efectos mencionados que predominan son: La dificultad para la familia, la no aceptación, incredulidad, vergüenza, tristeza, angustia, preocupación, conflictos familiares.
Campo de representación del trastorno psicótico.	Imagen del miembro familiar con diagnóstico.	¿Qué significa para usted que X persona (El familiar) esté diagnosticado con trastorno psicótico?	Acerca de lo que significa que el miembro familiar posea este diagnóstico, la mayoría coinciden en que es una experiencia de aprendizaje y que esta condición afecta a todos los que están en el entorno del miembro familiar diagnosticado.
	Imagen del vínculo con el miembro familiar diagnosticado.	¿Qué representa para usted el vínculo con X persona (El familiar)?	En relación a lo que representa el vínculo familiar con el diagnosticado, la mayoría aseveran que no representa una relación muy cercana.
Actitud frente al trastorno psicótico.	Preocupaciones frente al diagnóstico.	¿Qué preocupaciones le genera el hecho que X persona haya sido diagnosticado? (Con relación a los vínculos afectivos con otros, con la familia, trabajo, estudio, calidad de vida)	Sobre las preocupaciones que les genera que el familiar posea este diagnóstico, la mayoría admite que les preocupa la seguridad del familiar en específico, de los miembros de la familia y las demás personas de su entorno.
	Expectativas frente al diagnóstico.	¿Cuáles son las expectativas y posibles acciones futuras respecto al diagnóstico? (Con relación a los vínculos afectivos con otros, con la familia, trabajo, estudio, calidad de vida)	Relacionado a la esperanza respecto al diagnóstico, se observa como tendencia, la espera de aceptación de la condición y la persona, un tratamiento o incluso "cura" que permita que el miembro familiar mejore su condición y pueda tener calidad de vida. Como futuras acciones se notó una tendencia a proponer proyectos que favorezcan el tratamiento del diagnóstico.
	Bienestar de la familia.	¿De qué modo valora el estado actual de su familia por el hecho de que posea un miembro con un diagnóstico de trastorno psicótico?	En cuanto al estado actual de la familia, en términos generales, se observa una percepción ambivalente de las familias, puesto que, por una parte aseguran que el estado de la familia es positivo dentro de las dificultades, y por otra, algunos afirman que el estado de la familia es negativo porque la condición les conlleva malestar.