



ITESO, Universidad  
Jesuita de Guadalajara

14 de febrero de 2022.

**Dr. Gerardo Maldonado Paz**  
**Jefe de Investigación y Posgrado**  
**Centro de Investigación en Ciencias Cognitivas**  
**Universidad Autónoma del Estado de Morelos**  
**PRESENTE**

Por medio de la presente le comunico que he leído la tesis “**Teorías intuitivas y modelos causales de la esquizofrenia en profesionales de la salud mental y legos**” que presenta la alumna:

**Cecilia Ávalos Tinoco**

para obtener el grado de Maestro/a en Ciencias Cognitivas. Considero que dicha tesis está terminada por lo que doy mi **voto aprobatorio** para que se proceda a la defensa de la misma.

Baso mi decisión en lo siguiente:

El trabajo de la alumna Ávalos Tinoco es un trabajo original y sólido. Cumple los objetivos generales y particulares, y responde a las preguntas de investigación planteadas.

La alumna muestra dominio de la teoría y las técnicas empleadas, así como una bibliografía adecuada.

Su propuesta se puede extender para analizar otros problemas y proponer mejoras en los abordajes teórico-prácticos por lo que considero que contribuye a la construcción de conocimiento.

Sin más por el momento, quedo de usted

A t e n t a m e n t e

---

Dra. Silvia Piña Romero

Profesora de la asignatura Fundamentos de Ciencias Computaciones  
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRONICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

### Sello electrónico

**SILVIA PIÑA ROMERO** | Fecha:2022-02-24 18:00:04 | Firmante

LlodrmPb0hhE4KBuGbjdPcYndVmd3O+iB2lVGHkx+ZZ/3vNLD8DWBt91gt3gGZ2kGN5gZ8QSuRltp38Z+oDi0Vk+aAn1Inb2Aj7CX8xhDgl6wx9ljeMYzmj3f1xsS09k3ELLP+WfM2d37TRllot85kz/TgJJ/SdrOmabM7Vtf4lopdVgNa0BMtZVJnDgvCXrFkDfwbSARSJqK2i4e6mOIdJYdmRty8tEeKmqU2oVU6tHrfgyrTgw34HtkqCqjxjzkllOeuHKISGori63Lis88FervOin3r2t8DnWW6D0M4tqKhu6RTE7isGtLcC7+CVGLAmakA80Gh++/COhFR88ow==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[YdCNtEThg](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/OUXvA4OtcGh00vY4ldqstmnvT1CnztFC>





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



Centro de Investigación  
Transdisciplinaria en Psicología

Cuernavaca, Morelos a 18 de febrero 2022.

**Dr. Gerardo Maldonado Paz**  
**Jefa de Programas Educativos**  
**Centro de Investigación en Ciencias Cognitivas**  
**Universidad Autónoma del Estado de Morelos**

Por medio de la presente le comunico que he leído la tesis *Teorías intuitivas y modelos causales de la esquizofrenia en profesionales de la salud mental y legos* que presenta la estudiante:

*Cecilia Ávalos Tinoco*

para obtener el grado de Maestra en Ciencias Cognitivas. Considero que dicha tesis está terminada por lo que doy mi **voto aprobatorio** para que se proceda a la defensa de la misma.

Baso mi decisión en lo siguiente:

Es una tesis completa que incluye el análisis de las teorías intuitivas sobre el concepto de esquizofrenia en psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas y legos. La estudiante resolvió puntualmente todas las observaciones realizadas al documento, resultando una tesis completa y clara.

Sin más por el momento, quedo de usted

Atentamente

---

Dra. Ma. de la Cruz Bernarda  
Téllez Alanís



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

### Sello electrónico

MA DE LA CRUZ BERNARDA TELLEZ ALANIS | Fecha:2022-03-01 16:54:01 | Firmante

LiobYcdjzCtyaKad1oK/bNECE2Pk8Nu/s9FAXm/MqGyUDn5N0GLN3gzxrujTg3bWusDEabPOLr9LSMxERI4XpUI/KRk2Nz9EIUoo4Xr+oHNW70APF67x/3/WwtVLaabQDdm2FE9Yrz4cROXvqVKAiqoNP7wgOuJbFamD+SMPKq8bOoeYuepXtNahXRunjHruPfd8zniApsDvdacix9mynP+r/VJujFiwHXLy46YHam3EvWxJ7OOVy5KgZXP3+oEoUUnX+3B+aT2GsgAn5sz59PPVMuQrEoGQwZjNiQ/S9XOKOUvDB3dEWdcYw1A9vuBDqkANz25504oPfkKoknb2VA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



wO3MPnIJ

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/NSRS92po8tM1BUKIM2LHQVvgzFBo9uF8>



20 de febrero de 2022

**Dr. Gerardo Maldonado Paz**  
**Jefe de Investigación y Posgrado**  
**Centro de Investigación en Ciencias Cognitivas**  
**Universidad Autónoma del Estado de Morelos**  
**PRESENTE**

Por medio de la presente le comunico que he leído la tesis “**Teorías intuitivas y modelos causales de la esquizofrenia en profesionales de la salud mental y legos**” que presenta la alumna:

**Cecilia Ávalos Tinoco**

para obtener el grado de Maestro/a en Ciencias Cognitivas. Considero que dicha tesis está terminada por lo que doy mi **voto aprobatorio** para que se proceda a la defensa de la misma.

Baso mi decisión en lo siguiente:

- El trabajo cubre los requisitos señalados en los lineamientos académicos del Programa de la Maestría en Ciencias Cognitivas.
- La estudiante solventó las sugerencias realizadas por su comité.
- El planteamiento de la investigación está debidamente sustentado y los antecedentes son pertinentes para contestar la pregunta de investigación.
- El aparato crítico, tablas y figuras parten de una adecuada revisión bibliográfica y se encuentran en el formato correspondiente.
- El texto es un aporte en una de las líneas de investigación del Área de antropología y cognición y de nuestro cuerpo académico. En este sentido, el análisis de los modelos causales y prácticas de un grupo de profesionales de la salud mental sobre la esquizofrenia y las variaciones asociadas a su formación profesional; retoma la discusión filosófica-psicológica de ver los trastornos mentales como entidades naturales. Por otra parte, cuestiona desde la antropología: el devenir histórico de la salud mental contemporánea, cómo estos especialistas modelan sus conocimientos y el impacto que puede tener esto en una relación especialista-paciente más empática y lo derivado de ello.
- La tesis demuestra una metodología articulada y original. En línea con las buenas prácticas de investigación, el proyecto se sometió y fue aceptado por el Comité de Ética del CITPSI.
- Los datos recabados fueron tratados desde un enfoque mixto, haciendo un análisis de contenido a partir de diferentes softwares, lo que puede contribuir más adelante a replicar este diseño de investigación en muestras más amplias y con otras nociones.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



Centro de Investigación en Ciencias Cognitivas

Área de Antropología y cognición

- La discusión y consideraciones finales están redactadas de manera sencilla, destacando la reflexión en torno a la conceptualización de la esquizofrenia en particular y las psicopatologías en general.

Sin más por el momento, quedo de usted

A t e n t a m e n t e

(e.firma UAEM)

\_\_\_\_\_  
Dra. Diana Armida Platas Neri



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

### Sello electrónico

**DIANA ARMIDA PLATAS NERI | Fecha:2022-02-21 10:11:04 | Firmante**

DGIu9aEZD9cHApM6cQ2XJi8UFSEBO7uTaMl2CnHp4mrBlpL8+xqjxmvoTT0n7bIOOf+tIW9uQR++jTvyx26uxMFx22Orll/6uBfmdjX1hi9XOCpeD6vry7CN2ILuPGRto4pTUYfihA7kzLC8hLfr2qAL07iR4Qo0dWLMaYDvOzaxYq0fd+9wKeBpBTJRtb+pr9uWC89xGNj6S+L/5i47JCC7rOJj+BywpSO6yd0ELzxEvoGrpj46COajs+4kFGNSi3B18gfZVLONQnpdAV7LuEjymnTZJHPHuzwcBlxK5e8/zDP9vn7aXYDBoaBBTtyu3ZHP0Bb/DnGC1zOI8xGTA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[L61hwJNIA](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/UJOPvcXjJBZ0ksKw5Ypq2z41dS8XK3Wa>



Ciudad de México, a 17 de febrero de 2022.

**Dr. Gerardo Maldonado Paz**  
**Jefe de Investigación y Posgrado**  
**Centro de Investigación en Ciencias Cognitivas**  
**Universidad Autónoma del Estado de Morelos**  
**PRESENTE**

Por medio de la presente le comunico que he leído la tesis "**Teorías intuitivas y modelos causales de la esquizofrenia en profesionales de la salud mental y legos**" que presenta la alumna:

**Cecilia Ávalos Tinoco**

para obtener el grado de Maestro/a en Ciencias Cognitivas. Considero que dicha tesis está terminada por lo que doy mi **voto aprobatorio** para que se proceda a la defensa de la misma.

Baso mi decisión en lo siguiente:

El trabajo de investigación realizado por la alumna Cecilia Ávalos Tinoco, fue evolucionando de manera muy satisfactoria a lo largo de dos años. En el proceso la alumna asimiló los conceptos y enfoques que son la base de su investigación, a saber, los conceptos de teorías implícitas y modelos causales, encontrando además una vía por demás interesante de materializarlos a partir de una metodología para entrevistar a expertos y legos respecto a las causas que atribuyen a la génesis de la esquizofrenia.

En términos metodológicos la alumna llevo a cabo todos los procedimientos que son usuales en los estudios de psicología cognitiva, aplicando un estudio piloto para probar el instrumento y ver su viabilidad, para posteriormente trabajar con su muestra completa. Cabe mencionar que lograr integrar la muestra completa que se propuso desde un inicio para aplicar el instrumento, requirió de un gran esfuerzo debido a la pandemia y el consecuente confinamiento. Es preciso mencionar que la muestra involucró distintos tipos de especialistas en salud mental, algunos como los psiquiatras y los psicoanalistas, representaron un reto mayor en cuanto a su reclutamiento. En cuanto al análisis de los datos obtenidos, el resultado fue también muy satisfactorio, teniendo en cuenta que involucró aprender a utilizar una herramienta nueva como Ucinet, para llevarla a cabo.

No menos importante la estructura del documento final que compone la tesis, involucró también un trabajo constante de comprensión y ajuste de los conceptos relevantes para el análisis final, dando lugar a un todo coherente.

Por último, cabe mencionar que el trabajo de Cecilia Avalos es sin duda relevante para la investigación en teorías implícitas y modelos causales, fundamentalmente porque puso a prueba un diseño metodológico novedoso, que echa luz sobre la manera en que distintos expertos de la salud mental conciben



Hoja Membretada

la esquizofrenia y sus causas. Sin duda el trabajo de la alumna tiene un gran potencial de análisis que podrá ser explotado en distintos artículos.

Por todo lo anteriormente referido reitero mi voto aprobatorio

Sin más por el momento, quedo de usted

A t e n t a m e n t e

(e.firma UAEM)

---

Dra. Mariana Salcedo Gómez)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

### Sello electrónico

**MARIANA SALCEDO GÓMEZ | Fecha:2022-02-17 16:16:38 | Firmante**

jEoXuhTXSSPh5EAFATAd8hwjBwDvPdLyeLA5zguqSVn85ngo72swzCcva7A472za9JSb2ja8pKT23xMUYYvBUZAOCRfJ+YXGdJL/Op3sMb3UhGMZiaaGlgTdq4ywT3OghHkp0G52J965W5UTCtm+EGb3Nif08v+MNJx3WXlqH3rRDz23gBRb3nHCEj+h2zO5GBwIVXwkukQN11m4F+ZErniSDpBmDKURiucFjGtEp3oV5GDzsAZ3my32rpfK4mg8z7w4b6/Y64wjQo/K/RheSolxlrifgHQ7A8eeZgilQXpr2KYiBwDqykjcl4oe2x4kaGc6MR6mTMrI2L4YCTVgjLA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[a7BzZT4VU](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/BJ2tTuLgrbE5DmpWmJXCb5RpUSj0xZmn>





## INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Estudios Regionales



Cuernavaca, Mor. 15 de Febrero de 2022

**DR. GERARDO MALDONADO PAZ**  
**Jefe de Investigación y Posgrado**  
**Centro de Investigación en Ciencias Cognitivas**  
**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS**

PRESENTE

Por medio de la presente le comunico que he leído la tesis **“Teorías intuitivas y modelos causales de la esquizofrenia en profesionales de la salud mental y legos”** que presenta la Alumna:

**CECILIA ÁVALOS TINOCO**

para obtener el grado de Maestra en Ciencias Cognitivas. Considero que dicha tesis está terminada por lo que doy mi **voto aprobatorio** para que se proceda a la defensa de la misma.

Bajo mi decisión en lo siguiente:

- La tesis presentada cumple con los requisitos teórico-conceptuales, metodológicos y formales de una tesis de Maestría en Ciencias Cognitivas.
- La tesis se caracteriza e incluye reflexiones de carácter interdisciplinar.
- La tesis aborda un fenómeno relevante en las Ciencias Cognitivas.
- Evidencia una madurez analítica e interpretativa a destacar.

Sin más por el momento, agradezco de antemano su atención y aprovecho la ocasión para enviarle un saludo cordial.

ATENTAMENTE  
POR UNA HUMANIDAD CULTA

(e.firma UAEM)

**DRA. MARTA CABALLERO GARCÍA**

Profesora Investigadora de Tiempo Completo, Titular B, Definitiva, adscrita al CICSER de la UAEM, integrante NAB Posgrado del CINCCO, Integrante del SNI 33243, Nivel II

Av. Universidad 1001 Chamilpa Cuernavaca Morelos México, 62209  
martacg@uaem.mx





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

#### Sello electrónico

**MARTA CABALLERO GARCIA** | Fecha:2022-02-15 05:01:45 | Firmante

M78LbdQ9yYynNpmgfpANwq8wVrquz8ia1vUV4GBgz+F8lG4inuXTdnBzpuA08t7wZpW/NffFYMCi2PfQOHmFD0limBbk+S3trW+98RrUVCP5ZkkHYTU7+yeNLviNcUbbLXb9EN  
KZSYcGUAdE401rYQ9NsybLZB4M54sIsOAQTriAYZ1Ds7gl0ZPrVxAW5YuAd5H1R6CJSPDWrHO2ARsH9/Wr7gLzY7adZIZsQRvV732jggzCVLsgHawPYVDxacvsp0JIFNr+uQ/  
By7lVrT7cXITkMqZqaBtJHMUu0rLLsMnduhcsCvejVLfrl+W9otBUhObNVK0/T4B1X9FPBrOQ==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o  
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[tspLJxRqu](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/Is3CqgKVzbAnCLAT80ajsZpC4rSaRv2f>





Universidad Autónoma del Estado de Morelos

MAESTRÍA EN CIENCIAS COGNITIVAS

Teorías intuitivas y modelos causales de la esquizofrenia en profesionales de la salud  
mental y legos

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA  
EN CIENCIAS COGNITIVAS

P R E S E N T A

Cecilia Ávalos Tinoco

Directora de Tesis: - Dra. Diana A. Platas Neri

Co Directora: - Dra. Mariana Salcedo Gómez

Comité tutorial: - Dra. Marta Caballero García

-Dra. Silvia Piña Romero

-Dra. Bernarda Téllez Alanís

Cuernavaca, Morelos

Diciembre, 2021

*Declaro que esta Tesis es mi propio trabajo a excepción de las citas en las que se ha dado crédito a los autores. Así mismo, que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de algún otro grado profesional o equivalente. El Comité de Investigación Ética del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología, Cuernavaca, México (11 de Septiembre del 2021) otorgó la aprobación necesaria para este estudio bajo el proyecto número CONBIOÉTICA-17-CEI-003-20190509. De igual modo, se siguieron estrictamente las leyes de protección de datos de terceros para el uso de la información en la presente investigación.*

*Para Annie: las palabras no alcanzan a describir lo feliz que es el mundo porque existes. Te llevo siempre en mi corazón.*

## AGRADECIMIENTOS

A todos los voluntarios, gracias por su tiempo, disposición y amabilidad esta tesis está hecha con sus voces y conocimientos.

A mis asesoras, Dra. Diana, Dra. Mariana, Dra. Ivy, Dra. Marta y Dra. Berna, gracias por su comprensión, su pasión y su entrega. Trabajar con ustedes fue un viaje intenso y agradable. Me siento profundamente honrada de haberlas tenido como mentoras, gracias por enseñarme a hacer investigación.

A mis compañeros, Jaime, Alicia, Sebastián, Laura, Lupita, Eduardo y Esteban, gracias por los momentos compartidos, aunque breves, fueron divertidos e interesantes, gracias por el apoyo a distancia pero siempre presente. Gracias a Raúl, Yaz y a Geo por sus valiosas aportaciones y su confianza en la investigación.

A mis amigos Lisy, Irán y Francisco, gracias por las charlas revitalizantes y por ser la red que me recuerda constantemente que la confianza es trascendental.

A mi psicoanalista Danny, gracias infinitas, tu escucha ha transformado mi vida.

A mis hermanos David, Letty, Elo y Richard, gracias por el ejemplo de fortaleza y tesón que me dieron desde niña.

# Índice

Resumen.....	7
Abstract .....	8
Introducción .....	9
<b>Capítulo 1. Fundamentos Teórico-Conceptuales .....</b>	<b>11</b>
1.1. Perspectiva de salud y enfermedad mental en el mundo moderno occidental.....	11
1.1.1 Evolución del concepto .....	16
1.1.2 Esquizofrenia, definición y clasificación.....	19
1.2 Teorías intuitivas.....	25
1.3 Marcos explicativos y modelos causales, definición y aplicación.....	27
1.4 Los cuatro modelos de abordaje .....	29
<b>Capítulo 2. Planteamiento del problema .....</b>	<b>34</b>
2.1 Justificación .....	35
2.2 Preguntas de Investigación .....	36
2.3 Hipótesis .....	36
2.4 Objetivos de la investigación.....	37
2.4.1 Objetivo General .....	37
2.4.2 Objetivos Específicos .....	37
<b>Capítulo 3. Método y técnicas.....</b>	<b>38</b>
3.1 Tipo de investigación .....	38
3.2 Participantes .....	38
3.3 Diseño de investigación.....	38
3.4 Decisiones que se tomaron a partir de la experiencia del piloto .....	39
3.5 Instrumentos .....	39
3.6 Procesamiento de la información .....	40
3.7 Consideraciones éticas .....	41
<b>Capítulo 4. Resultados .....</b>	<b>43</b>
4.1 Caracterización de la muestra.....	43
4.2 Densidad, número de nodos y vínculos generales por grupos.....	46



4.3 Grados de conectividad por nodos .....	51
4.4 Grados de conectividad por teorías y modelos causales .....	56
4.5 Comportamiento individual de participantes dentro del grupo.....	62
<b>Capítulo 5. Discusión y consideraciones finales .....</b>	<b>65</b>
5.1 Discusión.....	65
5.2 Consideraciones finales .....	69
5.3 Limitaciones y proyecciones a futuro .....	70
 Referencias .....	 71
 Anexos .....	 79
Anexo 1. Consentimiento Informado .....	79
Anexo 2. Cuestionario sociodemográfico .....	82
Anexo 3. Guión de entrevistas .....	84

## Índice de tablas y figuras

Tabla 1.	
Características de los grupos de especialistas y legos.....	42
Tabla 2.	
Agrupación de los diferentes factores en modelos y teorías .....	43
Figura 1.	
Red de factores mencionados por el grupo de psicólogos agrupados por modelo.....	46
Figura 2.	
Red de factores mencionados por el grupo de psiquiatras agrupados por modelo.....	47
Figura 3.	
Red de factores mencionados por el grupo de psicoanalistas agrupados por modelo .....	48
Figura 4.	
Red de factores mencionados por el grupo de legos agrupados por modelo.....	49
Figura 5.	
Factores con mayor grado de conectividad de los psicólogos.....	51

Figura 6.	
Factores con mayor grado de conectividad de los psiquiatras.....	52
Figura 7.	
Factores con mayor grado de conectividad de los psicoanalistas.....	53
Figura 8.	
Factores con mayor grado de conectividad de los legos.....	54
Tabla 3.	
Suma de grado de conectividad por profesión y teorías.....	55
Figura 9.	
Gráfica de conectividad .....	57
Tabla 4.	
Suma de grado de conectividad por profesión y modelo.....	58
Figura 10.	
Modelos causales A.....	59
Figura 11.	
Modelos causales B.....	60
Figura 12.	
Incidencia de redes causales en la esquizofrenia.....	61
Figura 13.	
Elección de factores por individuo dentro de cada grupo.....	63

## Resumen

**Antecedentes:** El creciente avance en los problemas de salud mental y su atención, requiere de reflexiones orientadas a analizar la concepción de fenómenos como la esquizofrenia. Al respecto, la antropología cognitiva ha señalado que es necesario no solo discutir estos constructos y sus perspectivas disciplinares, sino que también es ineludible conocer la forma en que los especialistas de la salud mental modelan su conocimiento, llevan a cabo su práctica y determinan sus tratamientos. **Objetivo.** Conocer los factores que conforman las redes de las teorías intuitivas y los modelos causales, así como las características y tendencias en la concepción de la esquizofrenia en especialistas de la salud mental y legos. **Material y métodos:** Participaron 30 profesionales de la salud mental y 10 legos. Se utilizó un enfoque de métodos mixtos, conformado por la recolección de datos sociodemográficos y una entrevista abierta, donde a partir de un listado libre se determinaron los factores causales de la esquizofrenia por cada grupo de participantes, para organizarlos posteriormente en redes y así, medir las características y los patrones de variación y semejanzas. **Resultados:** Se obtuvieron los factores causales más representativos para cada grupo de participantes, los que se comparten entre grupos y los que tienen mayor conectividad. Así mismo, se encontró que existen diferencias notorias entre las redes conformadas por los tres tipos de especialistas evaluados. Se observó además, por un lado, que la configuración de las redes de los legos fue muy parecida a la de los psicólogos, ambos mencionaron factores de diferentes marcos explicativos, lo que denota una concepción de la esquizofrenia más apegada al dominio cognitivo mixto. Por otro lado los psiquiatras y psicoanalistas eligieron factores pertenecientes a marcos explicativos más delimitados, lo que muestra una concepción de la enfermedad más apegada a un dominio cognitivo específico.

**Palabras Clave:** Esquizofrenia, Modelos causales, Teorías intuitivas, Salud mental, Trastornos mentales.

## Abstract

Background: The growing progress in mental health problems and their care requires reflections aimed at analyzing the conception of phenomena such as schizophrenia. In this regard, cognitive anthropology has indicated that it is necessary not only to discuss these constructs and their disciplinary perspectives, but it is also inescapable to know the way in which mental health specialists model their knowledge, conduct their practice, and determine their treatments. **Objective.** Know the factors that make up the networks of intuitive theories and causal models, as well as the characteristics and trends in the conception of schizophrenia in mental health specialists and lay people. **Material and methods:** 30 mental health professionals and 10 lay people participated. A mixed methods approach was used, consisting of the collection of sociodemographic data and an open interview, where from a free list, the factors of schizophrenia were determined for each group of participants, to later organize them in networks and thus measure characteristics and patterns of variation and similarities. **Results:** The most representative causal factors were obtained for each group of participants, those that are shared between groups and those that have greater connectivity. Likewise, it was found that there are notorious differences between the networks made up of the three types of specialists evaluated. It was also observed, on the one hand, that the configuration of the networks in the lay people was very similar to that of the psychologists, both mentioned factors from different explanatory frameworks, which denotes a conception of schizophrenia more attached to the mixed cognitive domain. On the other hand, psychiatrists and psychoanalysts chose factors belonging to more delimited explanatory frameworks, which shows a conception of the disease more attached to a specific cognitive domain.

**Keywords:** Schizophrenia, Causal Models, Intuitive Theories, Mental Health, Mental disorders

## **Introducción**

Los trastornos mentales han sido considerados como un fenómeno multiforme, desde el siglo XIX esta apreciación ha permitido su abordaje en diferentes direcciones. Las perspectivas socioculturales clásicas como la antropología y la sociología se han centrado en el estudio de las comunidades, del individuo y su funcionamiento dentro de la sociedad considerando aspectos como: las representaciones culturales de la salud, de la enfermedad y las prácticas de atención, entre otros. Mientras que la psiquiatría y la psicología clásicas han focalizado su investigación en la localización, descripción y terapéutica de la enfermedad dentro del cuerpo, lo que de alguna manera, ha derivado en la institucionalización de la salud mental. La aproximación a partir de la antropología cognitiva plantea la posibilidad de revisar el pensamiento, no sólo desde los procesos como lo haría la psicología, sino también desde su contenido. Lo que permite explorarlos y describirlos desde otros ángulos, de tal manera que se descubran patrones de variación o acuerdos entre especialistas de las diversas disciplinas. Aunado a ello, es enriquecedor sumar a estas reflexiones una breve perspectiva histórica que permita observar el devenir de la esquizofrenia desde el inicio de su estudio, hasta la actualidad. Esta perspectiva analítica se respalda con las investigaciones de diversos autores que subrayan la ambigüedad que existe en la caracterización de las nociones relacionadas con este trastorno, además de la falta de integración entre los puntos de vista de los expertos que pertenecen a las diferentes disciplinas involucradas; por ello, es difícil establecer una aproximación pertinente hacia la esquizofrenia, en donde es posible apreciar dominios cognitivos con puntos de vista poco claros y suspendidos en el tiempo, no sin consecuencias en el rumbo de la terapéutica (Ross, 2004; Giosan et al., 2001; Kleinman, 2004; Jenkinns & Barret, 2004; Lynch & Medin, 2006; Maupin, 2015).

En este sentido, la literatura ha establecido que algunos especialistas con formación en el modelo biomédico conciben a la esquizofrenia desde la patología y el método científico,

otros, utilizan un modelo más integral, al considerar las particularidades de los pacientes; sin embargo, los diagnósticos, pronósticos y tratamientos, difícilmente se separan de la línea del modelo biomédico (Haslam & Kvaale, 2015; Ahn et al., 2009; Miresco & Kirmayer 2006; Lovell et al., 2019). En consecuencia, mediante la realización de entrevistas a un grupo de participantes que incluye a especialistas de la salud mental y legos, se intentó determinar de qué manera se estructuran las teorías que conforman y representan la concepción de la esquizofrenia.

En el capítulo uno apartado 1.1, se explora el contexto histórico de las enfermedades mentales y de la esquizofrenia. En el apartado 1.1.1, se hace un recorrido en el tiempo de la construcción y evolución del concepto a partir del siglo XVII. Los criterios de diagnóstico, definición, estadísticas y tratamiento de la esquizofrenia en la actualidad se revisan en el apartado 1.1.2, para tener presentes los lineamientos que intentan encuadrar el padecimiento. Posteriormente en la sección 1.2 las teorías intuitivas, 1.3, la definición y aplicación de los modelos causales y marcos explicativos y 1.4 se exploran los cuatro modelos causales de las enfermedades mentales y de la esquizofrenia. En el capítulo 2, se enuncia el planteamiento del problema, la justificación, preguntas de investigación, las hipótesis y los objetivos generales y específicos de la investigación. En el capítulo 3, se encuentra la descripción de la metodología y las técnicas que se llevaron a cabo para obtener las redes de pensamiento de los especialistas y legos. En el capítulo 4, se muestran los resultados del método aplicado, así como, los análisis estadísticos respectivos, finalmente, en el capítulo 5, se encuentra la discusión y las consideraciones finales, así como, las limitaciones de la investigación, con el deseo de que futuras investigaciones puedan ampliar las salvedades señaladas.

## Capítulo 1. Fundamentos Teórico-Conceptuales

La manera en la cual las personas hablan es muy reveladora. Las palabras que escogen, los ejemplos que usan y cómo construyen sus argumentos, son el resultado de un largo proceso de arquitectura de identidad, asimilación de valores y socialización.

Michel Foucault

### ***1.1. Perspectiva de salud y enfermedad mental en el mundo moderno occidental***

En Europa, en el siglo XVII, el postulado con el que se daba explicación a las enfermedades mentales era la Teoría de los Humores, propuesta en la Grecia clásica por Hipócrates (400-377 a. C) y desarrollada posteriormente por Galeno (129-199 d. C). En aquel tiempo (y hasta finales del siglo XVIII), sobre todo en occidente las personas con padecimientos mentales se encontraban en una situación precaria. Se pueden enlistar, una serie de cambios sociales e históricos en el siglo XVII que le fueron dando un giro, al concepto de enfermedad mental, de tal manera que empezó a tener un nuevo significado (Noll, 2007; Foucault, 1978):

1. El confinamiento de los enfermos en cárceles y manicomios.
2. La posibilidad de observar a las personas con el padecimiento durante más tiempo a consecuencia del encierro.
3. La influencia científica de Francis Bacon en el estudio del concepto de enfermedad.

El acceso al estudio de los síntomas de los pacientes dio lugar a la creación de los primeros escritos y tratados sobre los padecimientos mentales. Principalmente en Inglaterra, autores como William Battle del Hospital St. Luke en Londres, John Haslam de "Bedlam" en Londres y William Cullen de Edimburgo fueron punta de lanza de nuevas investigaciones. El siglo XVIII sentó las bases en las que diversos autores edificaron sus propias aportaciones ya con una mirada científica, cada uno desde su experiencia, acuñó términos y descripciones

de enfermedades mentales en un intento de realizar acercamientos más acertados (Noll, 2007).

La psicología de las facultades mentales impregnaba la mayoría de las exploraciones de principios del siglo XIX, cada nueva contribución favoreció cambios constantes. En Francia principalmente se dio aprobación al estudio de la subjetividad mediante la escucha de las experiencias internas y del contenido de la consciencia (Berrios 1996). Autores como Phillippe Pinel en 1801, John Haslam en 1809, George Man Burrows en 1828, incluyendo a Benedict Agustín Morel en 1852, delinearon sus exploraciones examinando conductas, síntomas, facultades mentales, subjetividad y manifestaciones corporales (Adityanjee, 2002). Otros investigadores, como, Esquirol en 1817, Baillarger en 1842, Michéa en 1846, Tamburini en 1870, Charles Bonnet en 1880 y Gurney en 1885, dirigieron su mirada a características más abstractas de los trastornos mentales, tales como: las alucinaciones, el delirio y las alteraciones del sueño, las cuales se mantuvieron dentro de un enfoque neurológico (Berrios, 1996).

En el trabajo de Moreau de Tours se tomaron en cuenta predominantemente: las sensaciones y experiencias del enfermo en torno a los delirios, las alucinaciones, las emociones, las acciones volitivas inducidas por drogas, etc. En 1874 Franz Brentano edificó el concepto de Intencionalidad poniendo énfasis en el contenido de la conducta y en el sentido de los síntomas más allá de su forma; su trabajo trazó el camino hacia la orientación del análisis semántico que se desarrolló posteriormente en las investigaciones psicoanalíticas. Sigmund Freud, en su escrito Introducción al narcisismo de 1915, dejó en claro que las alucinaciones y el sueño exponían una historia de vida y las consideró como parte de la estructura psíquica del sujeto (Berrios, 1996).

La historia sobre la atención a las enfermedades mentales en México se puede observar desde cuatro grandes momentos marcados por diferentes sucesos histórico-políticos: La época prehispánica, los 300 años de la época colonial, el siglo XIX que tiene su origen en



1810 con la guerra de Independencia y el siglo XX marcado por el inicio del movimiento revolucionario (Sacristán, 2005). Al respecto, es importante tomar en cuenta que desde antes de la conquista, en México ya existía un fenómeno cultural amplio sobre la percepción y tratamiento de las enfermedades mentales, conformado por los diversos pueblos de la región de Mesoamérica. Sin embargo, es de destacar que los escritos que hablan sobre medicina prehispánica son traducciones realizadas por los habitantes de origen europeo o mestizos, cuya visión en buena medida es producto de la aculturación, por lo tanto, no puede afirmarse, que en esas versiones no se encuentre infiltrada la concepción del redactor (López-Austin, 2017). Dejando en claro el punto anterior, en el México prehispánico podía hacerse una distinción entre la existencia de enfermedades del cuerpo o accidentes como torceduras y fracturas, que no representaban ningún enigma para los médicos indígenas y aquellas que eran consideradas como enfermedades enviadas por los dioses y seres míticos, estas últimas estaban constituidas por síntomas y padecimientos graves estrechamente ligados a las emociones; eran atribuidas a conductas que transgredían las disposiciones de las divinidades y provocaban ira, envidia, o simplemente, las enfermedades eran producto del alarde del poder y voluntad que poseían (Aguirre-Beltrán, 1963; López-Austin, 2017). También, se observaban enfermedades provocadas por hombres con poderes obtenidos al nacer bajo el signo de los dioses. Para la restitución de la salud en cada caso, era importante identificar con precisión las causas que provocaban la enfermedad; el tratamiento incluía un contenido *real o tangible* (plantas medicinales, aceites, sales, esencias, etc.), *simbólico* (espacios, cosas, animales, etc.) *imaginario* (creencias y fe de los pacientes) (Aguirre-Beltrán, 1963; López-Austin, 2017).

Con la llegada de los españoles se produjo un nuevo proceso de aculturación, en donde los agentes considerados como causales en aquella época, se mantuvieron por un tiempo mezclados con la influencia del misticismo religioso de los conquistadores (Aguirre-Beltrán, 1963). Posteriormente, en 1567 Bernardino Álvarez con apoyo del ayuntamiento y de la

Congregación de Arzobispos funda el primer hospital al que nombró Hospital de San Hipólito, en donde se atendía a convalecientes, ancianos, desamparados y enfermos mentales. Luego en 1687, José Sáyago también con ayuda del Arzobispado de México fundó el Hospital del Divino Salvador, en donde se atendía principalmente a mujeres. En ambos, la atención era precaria y las condiciones insalubres e inadecuadas, las necesidades específicas de los pacientes no eran tomadas en cuenta y se encontraban en el abandono tanto del estado como de la sociedad en general (Sacristán, 2005). Es importante destacar que en aquellos años, los avances en el conocimiento de los padecimientos mentales eran pocos y continuaban influidos por la mirada y prácticas religiosas. Se consideraba entonces que las enfermedades mentales podían tener su origen en la falta de fe, por lo que los tratamientos se complementaban con la asistencia a los oficios religiosos para rezar y purificar el alma a través de las penitencias. En el hospital también existían las jaulas, utilizadas para el control de los enfermos que al encontrarse en medio de un brote, se mostraban iracundos. Los hospitales para enfermos mentales que se fundaron después, siguieron la misma línea de tratamientos hasta 1861, cuando las instituciones de beneficencia existentes se secularizaron, estableciéndose un modelo de manicomios con tratamiento moral, en donde los pacientes se distribuían en pabellones, se disponían de amplios jardines, buenas condiciones de higiene, servicios básicos y se mantenía a los enfermos alejados de las emociones que les habían hecho llegar al lugar, muchas de las propuestas se quedaron solo en proyectos, pues algunos de los pacientes de estas instituciones que fueron trasladados al naciente hospital de la Castañeda, presentaban historias clínicas incompletas o se desconocía su nombre. (Sacristán, 2005; Sacristán, 2010). En Septiembre de 1910 se abrieron por primera vez las puertas del Hospital La Castañeda, el cual por reglamento, atendería a cualquier persona que sufriera alguna enfermedad mental, a partir de los 5 años, de cualquier sexo o estatus económico, presentando un certificado de diagnóstico firmado y en donde se indicaran los principales

síntomas como falta de adaptación social y fallas de conducta. Como los certificados eran impartidos por médicos generales y los diagnósticos diferenciales eran difusos, el hospital rápidamente empezó a saturarse; 10 años después de su apertura, al tope de su capacidad, sin mantenimiento de las instalaciones y con poco control de los pacientes, las condiciones dentro del hospital se volvieron extremas. Los pacientes se lesionaban los pies con el piso de madera en mal estado, la electricidad funcionaba con deficiencia, había plagas de ratas, las aguas negras cubrían las salas del hospital y se carecía de ropa e insumos necesarios para los pacientes (Sacristán, 2010). Posteriormente, en 1929, con el apoyo del gobierno, la institución se recuperó y los procesos de diagnóstico y hospitalización mejoraron. En 1945 se fundó la primera granja para enfermos mentales en donde se destacó principalmente el tratamiento ocupacional. Los pacientes que ingresaron fueron aquellos con diagnóstico considerado crónico y/o incurable. En los siguientes años se establecieron otras granjas en diferentes estados de la república, con la intención de que el modelo de trabajo, diversión, descanso y responsabilidades específicas para los pacientes logaran su reintegración completa a la sociedad, sin embargo, ese objetivo tampoco fue posible (Sacristán, 2010). Finalmente en 1965, se descubrió que los apoyos recibidos del gobierno en la Castañeda se destinaban exclusivamente, a los avances tecnológicos, médicos y de investigación, mientras que los pacientes, se mantenían en la pobreza y total abandono (Sacristán, 2010). Estas condiciones llevaron a las autoridades de la Secretaría de Salud a iniciar el cierre paulatino del hospital. Para reubicar a los enfermos, se abrieron dos hospitales psiquiátricos, el Fray Bernardino Álvarez y el Dr. Juan N. Navarro, tres granjas que ahora son conocidas como hospitales campestres, un hospital hogar, entre otros. (Sacristán, 2010).

Aunque los investigadores no logran ponerse de acuerdo sobre si algunas formas de psicosis surgieron en los últimos siglos, a lo largo de reseñas y crónicas históricas, se ha documentado acerca de personas que han mostrado signos de trastornos psicóticos, desde

los albores de la prehistoria e incluso en el México prehispánico; sin embargo, en esos primeros escritos, se refiere que estas personas no eran tratadas como enfermos mentales, ya que, la cosmovisión que los antepasados sostenían, se asentaba en reflexiones basadas muchas de ellas en conexión con un significado sagrado o entidades sobrenaturales. Con el tiempo y los inevitables y necesarios cambios históricos, culturales y científicos, la visión europea de la salud mental ganó terreno y es la que persiste hasta nuestros días en la perspectiva psiquiátrica (Noll, 2007; López-Austin, 2017; Aguirre-Beltrán, 1963).

### **1.1.1 Evolución del concepto**

Desde 1801 y hasta mediados del siglo XIX, los franceses se interesaron en el estudio de las enfermedades mentales que los británicos habían iniciado. Las investigaciones y clasificaciones cuidadosamente detalladas de los alienistas (médicos dedicados al estudio de la mente) Pinel, Esquirol y los miembros de su círculo, dieron lugar al surgimiento de una nueva especialidad médica: la psiquiatría. Algunos autores señalan que la historia de la esquizofrenia puede considerarse como la historia de la psiquiatría, pues esta disciplina surgió a partir de los esfuerzos realizados por los médicos que trabajaban en los manicomios y asilos para enfermos mentales, tanto públicos como privados (Noll, 2007; Maatz, & Hoff, 2014). Los primeros psiquiatras, recopilaron información y escribieron sus libros a partir de las observaciones y experiencias directas con enfermos mentales; centraron sus estudios en los trastornos psicóticos y en particular con la esquizofrenia (Noll, 2007; Berrios, 1996).

En 1801, el tratado del médico francés Philippe Pinel *L'aliénation mentale* implementó un trato más humano de las personas con estos cuadros de padecimiento a través de la filosofía llamada "Trato moral". Los médicos ingleses William Tuke y Vincenzo Chiarugi con ayuda del movimiento sin restricciones de John Conolly en 1840 desarrollaron las modificaciones respectivas para que esta filosofía fuera aceptada también en Inglaterra. En

América, el único médico que publicó un libro sobre las enfermedades mentales en 1812 fue Benjamin Rush, quien trabajaba en el Hospital de Pensilvania, fue hasta el siglo XX que los médicos de Estados Unidos realizaron mayores avances (Noll, 2007).

La descripción más temprana de la esquizofrenia tal como se conoce, tuvo lugar en 1809 en los escritos de John Haslam del Hospital Bethlem Royal de Londres y en el tratado que desarrolló Pinel en el asilo Salpêtrière en París, en ambos escritos se puede encontrar una definición muy parecida y la misma denominación para referirse a la esquizofrenia (síndrome de Pinel-Haslam). La explicación que ambos autores hacen de la enfermedad puede compararse con las especificaciones de la llamada Esquizofrenia crónica Tipo II (DSM-III, DSM-IV y DSM-IV-TR) (Noll, 2007).

En sus escritos, Haslam habló de deterioro cognitivo y Philippe Pinel de *démence*, este síntoma fue retomado posteriormente por el alienista francés Benedict Agustín Morel quien acuñó el término *démence précoce* en 1853, vocablo retomado posteriormente por el alemán Emil Kraepelin. En sus descripciones, Morel incluía a la degeneración mental y la parálisis general, posteriormente se descubrió que este segundo síntoma se debía a la sífilis terciaria (Noll, 2007; Adityanjee, 2002).

En la década de 1840 específicamente en Alemania, Inglaterra, Francia y Estados Unidos, se formaron las primeras asociaciones de psiquiatras y empezaron a describir padecimientos que afectaban principalmente a los jóvenes, cuyas causas eran desconocidas (Jablensky, 2010). En 1845 el neurólogo y psiquiatra alemán Wilhelm Griesinger promovió el uso del término demencia parálitica para describir una condición que parecía ser esquizofrenia, suscribió que dicha condición era causada principalmente por alteraciones estructurales del cerebro y del sistema nervioso (Adityanjee, 2002). Theodor Meynert en 1867 realizó diagramas de conexiones de diferentes áreas cerebrales basados en principios asociacionistas en los que planteaba una etiología anatomopatológica de las enfermedades mentales. Los trabajos de Meynert impulsaron las investigaciones de Gustav

Fechner quien a su vez, influyó sobre Wilhelm Wundt y Emil Kraepelin todos en la misma línea de relación síntoma-lesión cerebral (Berrios, 1996; Adityanjee, 2002).

En Alemania, en 1863 los estudios de Kahlbaum en conjunto con Hecker, tomaron en cuenta factores como, la edad, el sexo y un componente importante (el tiempo), permitiendo determinar la duración, evolución y pronóstico de la esquizofrenia. Introdujeron los términos ciclotimia, distimia, verbigeración, parafrenia, catatonia y hebefrenia, considerándose dentro del campo de las psicosis degenerativas. Sus estudios también se enfocaron en el mal funcionamiento cerebral y aportaron métodos psiquiátricos de investigación, su principal contribución fue el método clínico que hoy es llamado psicopatología (Berrios, 1996; Adityanjee, 2002).

En 1896 Emil Kraepelin planteó factores importantes en el origen de la *dementia praecox*: la edad, la historia familiar y una personalidad premórbida indicaban las diferencias entre *dementia praecox* y locura maniacodepresiva. Igualmente propuso, la herencia genética, los nacimientos prematuros, complicaciones obstétricas, aborto espontáneo y trabajo de parto difícil como trascendentales en la etiología. Apoyó sus investigaciones en un gran número de casos de manera longitudinal. También, realizó viajes a China, Tailandia, Japón y Malasia, reuniendo información suficiente para comparar las incidencias de Oriente con las de Occidente. Así Kraepelin, llegó a la conclusión de que estaba ante una enfermedad que parecía presentar el mismo patrón que podía evolucionar hacia una degeneración cognitiva y conductual, ante ello concluyó que era necesario buscar las causas en el cuerpo y no en la raza, el clima, la alimentación o en circunstancias generales de vida (Adityanjee, 2002; Jablenksy, 2010, Zoch, 2002).

Finalmente en 1906, el psiquiatra suizo Eugene Bleuler influenciado por autores como: Wundt, Freud y Jung, realizó modificaciones significativas al concepto de *dementia praecox* e introduce el término de esquizofrenia. Bleuler, agregó a la entidad variaciones en las que observó poca o nula evolución hacia un deterioro terminal y que no siempre empezaban en

la adolescencia. Por ello, tomó la decisión de cambiar el apelativo designado por Kraepelin porque únicamente describía la enfermedad y no al enfermo, además, sostuvo que no era una, en un sentido estricto, sino una amalgama de alteraciones y que por lo tanto era más acertado hablar de las esquizofrenias. Tomando en cuenta la etiología, el curso y los síntomas, Bleuler diferenció entre esquizofrenia de proceso y reactiva. (Adityanjee, 2002; Jablensky, 2010). En este contexto, Bleuler contribuye con una visión diagnóstica transversal de la enfermedad, frente a la visión longitudinal propuesta por su antecesor Emil Kraepelin, separando entre síntomas fundamentales, aquellos que persisten a lo largo de la enfermedad (trastornos de asociación, afectividad, ambivalencia y autismo) y accesorios, aquellos que cambian y remiten a lo largo del tiempo (síntomas como las ideas delirantes o las alucinaciones) (Noll, 2007; Maatz, & Hoff, 2014).

Con los alemanes como líderes en las investigaciones a finales del siglo XIX la esquizofrenia se delineó como un trastorno que implicaba un deterioro grave en el principio de realidad. Las descripciones y clasificaciones (hebefrénicas, catatónicas y paranoides) de 1899 aunadas a las realizadas por Eugene Bleuler (esquizofrenia simple) son las que persistieron hasta el DSM-III, DSM-IV y DSM-IV TR. Cabe señalar que el subtipo caracterizado como esquizofrenia desorganizada se clasificó en el CIE-10 como esquizofrenia hebefrénica. Al ampliar el concepto de demencia precoz, Bleuler tomó en cuenta factores psicógenos y reactivos como desencadenantes del trastorno de naturaleza heterogénea y con múltiples procesos patológicos, esta concepción se posicionó principalmente en Estados Unidos y dominó la psiquiatría hasta 1980.

### **1.1.2 Esquizofrenia, definición y clasificación**

La palabra esquizofrenia se deriva del griego, por un lado, del término *esquizo σχίζειν* (schizein), que significa “escindir” y por otro, de la palabra *frenia φρήν* (phren), que significa “mente”; dando origen a la palabra compuesta “mente escindida” o separada de la realidad

(Abeleira, 2012). Dentro de las características clínicas reportadas sobresalen la presencia de pensamiento desorganizado, desorden de las percepciones, de las emociones, del lenguaje, del comportamiento, así como, pérdida del principio de realidad. Refiere, además, que “en todo el mundo, la enfermedad se asocia a una discapacidad que puede afectar el desempeño educativo y laboral” (OMS, 2019, Datos y Cifras, párrafo 3). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2019), actualmente, la esquizofrenia se define como un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, esto es, 12 millones de hombres y 9 millones de mujeres; se destaca el hecho de que los hombres presentan la enfermedad a más temprana edad.

La prevalencia del trastorno en el mundo es del 1%. La edad promedio en la que suele presentarse es principalmente en la adolescencia. Alrededor del 40% de los hombres que son diagnosticados presentan el primer episodio antes de los 20 años, en contraste, se ha encontrado que las mujeres tienen su primer episodio a mediados de la década de los 30's. La esquizofrenia tardía suele presentarse de los 40 años en adelante y la parafrenia (esquizofrenia en adultos mayores) a partir de los 60 años (Tamminga, 2020).

En México, la prevalencia de esquizofrenia reportada en el periodo 2000 – 2015 en persona de 15 a 65 años fue de 171/100,000 habitantes (Villamil et al., 2009; Díaz-Castro et al., 2020); mientras que, en el periodo 2016 – 2019 fue de 202/100,000. Se espera que los cambios en las condiciones sociales actuales en el contexto de la pandemia promuevan un incremento de las cifras (Díaz-Castro et al., 2020; Secretaría de Salud, 2020).

Los objetivos principales de los tratamientos se dirigen a la reducción de la gravedad de los síntomas, la preservación de las funciones cognitivas y conductas sociales, la prevención de recaídas y la reducción del uso de drogas recreativas. Se ha señalado que los antipsicóticos son la piedra angular de los tratamientos, estableciendo que mientras más temprano sea el diagnóstico y la intervención, la prognosis será más favorable (Tamminga, 2020; Corell et al., 2017). Los antipsicóticos, considerando la actividad que presentan los



receptores de los neurotransmisores, se dividen en convencionales, principalmente medicamentos tales como la clorpromazina, flufenazina, haloperidol y loxapina, así mismo, los de segunda generación están representados principalmente por amisulprida, aripiprazol, olanzapina, quetiapina y risperidona (Tamminga, 2020; Corell et al., 2017).

Otro de los componentes principales del tratamiento es la rehabilitación y los servicios comunitarios de apoyo. Los pacientes se unen a programas de entrenamiento y recuperación de habilidades psicológicas, cognitivas y sociales así como de rehabilitación vocacional; en algunos casos se les asigna un supervisor profesional que los acompaña en la readaptación de la vida laboral e independiente. La rehabilitación cognitiva también se incluye en estos servicios, con el objetivo de que las personas con esquizofrenia mejoren su capacidad de atención, memoria operativa y funciones ejecutivas (Tamminga, 2020).

Con respecto a la psicoterapia, algunos autores señalan que la terapia cognitivo-conductual (individual o grupal) ha resultado tener mayor eficacia en la disminución de ideas delirantes y en conjunto con la psicoeducación familiar parece reducir la probabilidad de recaídas (Tamminga, 2020; Furnham, 2009). Otros autores han señalado la eficacia de otro tipo de intervenciones tales como el psicoanálisis; considerando que el tratamiento va más allá de la reducción de ideas delirantes proponiendo el análisis de la relación del paciente con sus síntomas al considerarlo no desde la consciencia, sino desde el inconsciente (Allouch, 2020; Ruíz; 2020; Casillas, 2020).

La clasificación actual de la esquizofrenia en el DSM-V es la siguiente:

A. Deben de estar presentes dos o más de los síntomas siguientes, cada uno de ellos durante una parte significativa del tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2), o (3).

1. Delirios

2. Alucinaciones

3. Discurso desorganizado (p.ej., disgregación o incoherencia frecuente).

4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico

5. Síntomas negativos (expresión emotiva disminuida o abulia)

B. Deben de estar presentes durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el criterio A presentes de forma atenuada (p.ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ejemplo., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones son notables, además de los otros síntomas requeridos para

la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito). Por otro lado, la clasificación del CIE-10 es la siguiente:

La esquizofrenia F20 se caracteriza por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones, así como manifestaciones afectivas inapropiadas. En general se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos. No hace distinción entre la forma aguda, crónica, compensada o descompensada.

En el CIE-10 se considera la clasificación de delirio (*Delirium* no inducido por drogas). Se trata de un síndrome cerebral orgánico caracterizado por la presencia simultánea de trastornos de conciencia y atención, de la percepción, del pensamiento, de la memoria, de la psicomotricidad, de las emociones y del ciclo sueño-vigilia. El síntoma cardinal es la alteración de la conciencia. Su inicio es brusco, su duración es corta (horas o días) y presenta fluctuaciones a lo largo del día. La entrada en el IA se realiza por Delirio (R41.0).

En caso de encontrar en el informe de alta la existencia de agitación psicomotriz, sería conveniente indagar en la historia clínica pues muchas veces se trata de estados confusionales agudos debidos a la hospitalización o a la enfermedad de base. En este caso se codificaría como F05 Delirio debido a afección fisiológica conocida.

En las caracterizaciones de ambos manuales diagnósticos se observan algunas diferencias, es claro que en el DSM-V, hay una clasificación con base en los síntomas específicos del trastorno y su duración como punto esencial para considerar el diagnóstico, en cambio, en el CIE-10, se plantea una definición general que abarca los síntomas que pueden presentarse sin especificaciones precisas y destaca que puede ser una enfermedad degenerativa. Además, en el CIE-10 existe una definición exclusiva del delirium, en dónde hay una referencia distintiva a la agitación motriz como síntoma diferencial de otras enfermedades, no así en el DSM-V.

Desde la perspectiva psicoanalítica, la definición se ha modificado dependiendo de dónde se ubica el foco de la discusión, sin dejar de hacer referencia a una causalidad psíquica más que física. Minkowski en 1927, refirió que se trataba de la pérdida del contacto con la realidad, Freud en 1915 construye el concepto de narcisismo y a partir de ahí, hace una separación entre esquizofrenia y paranoia, en ese sentido, a la esquizofrenia la definió como una retrotracción hacia el autoerotismo y a la paranoia como una regresión libidinal al narcisismo. Lacan la sitúa dentro de la psicosis, y en la primera parte de su obra la ubica como una estructura psíquica en la que se introduce al sujeto mediante el lenguaje; en la segunda parte, la define más, como una condición frente al desenganche y enganche del lazo social (Abízano, 2018). Éstas últimas definiciones (de la primera y segunda parte de la obra de Lacan) son las que guían la concepción y práctica psicoanalítica en su mayoría, cabe destacar que desde esta perspectiva, la esquizofrenia no es una enfermedad o una categoría psiquiátrica, sino una estructura psíquica o una forma de reaccionar del individuo ante circunstancias vitales (Allouch, 2020).

Como se revisó en apartados anteriores el nombre del trastorno ha sido objeto de múltiples opiniones, actualmente se está abriendo a nuevas observaciones y debates ya que algunos investigadores han señalado que el nombre puede dar pie a estigmatizaciones y asociarse a malos pronósticos, algunas sugerencias han sido: trastorno de integración, trastorno de desregulación de la dopamina, síndrome de notabilidad, etc. con una apuesta a que estas nuevas concepciones tengan efectos sobre la terapéutica (Abízano, 2018; Silva, 1993).

En los siguientes apartados se revisarán las teorías intuitivas y los marcos explicativos para dar paso a los modelos causales desde los que actualmente pueden ser estudiadas las enfermedades mentales y en particular la esquizofrenia.

## **1.2 Teorías intuitivas**

Una característica significativa de los humanos es la capacidad para crear diferentes teorías, entre ellas, las que se refieren a las causas sobre un fenómeno natural, evento o enfermedad, etc. Para que estas inferencias y conjeturas puedan organizarse cognitivamente, es necesario que el bebé humano transite por una serie de procesos (Carey, 2011). Primero, la creación de representaciones sensoriales, perceptuales, sensoriomotoras y conceptuales, sentarán las bases para procesos de aprendizaje subsecuentes. Posteriormente el niño aprenderá una serie de mecanismos que le ayudarán a alcanzar la diversificación del primer bagaje de representaciones para luego construir el sistema conceptual de la edad adulta (Gelman & Legare, 2011; Carey, 2011). Algunos autores sostienen que la cualidad de elaborar representaciones es innata porque es equiparable a la forma en que otras especies generan imágenes que explican su entorno, no obstante, en los humanos, se presentan capacidades cognitivas especializadas que, aunadas al lenguaje como un sistema simbólico de comunicación, permiten elaborar esas representaciones con los aprendizajes adquiridos antes y después del lenguaje, instituyendo dominios e inscripciones de entidades muy particulares en cada individuo (Carey, 2011, 2014).

Las localizaciones referenciales de las entidades en el mundo y la forma de relacionarse inferencialmente de los diversos sistemas mentales constituyen la base para singularizar la organización conceptual en cada ser humano. Los conceptos son las unidades de pensamiento e integran los andamios cognitivos de creencias y de sistemas de representación como las teorías implícitas, que se distinguen por delinear las creencias personales y de individualidad, algunos autores señalan que estas teorías son suposiciones que moldean fuertemente la comprensión, la toma de decisiones y la conducta, pero que no necesariamente han sido examinadas detalladamente por la persona que las construye, también están las teorías populares o de dominio compartido, ambas hacen referencia a

creencias ordinarias o cotidianas que tiene la mayoría de la gente, asimismo, son conocidas también como teorías intuitivas o legas (Carey, 2014). El término intuitivo refiere lo opuesto a científico y el término teoría hace referencia a la forma en que las ideas sobre las causas, curso y tratamientos de las enfermedades se interconectan (Furnham, 2017). También están las teorías que se crean y se prueban observacional y empíricamente, conocidas como teorías explícitas o marcos explicativos (Carey, 2014; Furnham & Telford, 2011; Dweck, 2017). Las tres convergen en las interpretaciones y explicaciones de los fenómenos y de la vida en general.

Existe una vasta literatura sobre el estudio de las teorías intuitivas y su aplicación en diversos campos (Furnham & Telford, 2011; Zedelius et al., 2017). Con respecto a las investigaciones acerca de las enfermedades mentales, existen tres diferentes enfoques principales, que se superponen en algunos momentos. El primero versa sobre las creencias en cuanto a la conducta y el trato que deben recibir las personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad mental (Nunnally, 1961). El segundo se orienta en la percepción que tienen las personas sobre los tratamientos prescritos y los trastornos de la conducta; los resultados de las poblaciones estudiadas muestran que existe baja consciencia de las causas, la manifestación y la cura principalmente de la depresión y de la esquizofrenia (Furnham et al., 2011; Furnham & Wincelhaus, 2012; Furnham & Carter-Leno, 2012). El tercer enfoque se ha centrado específicamente en las creencias que los legos tienen sobre las causas y los tratamientos con el objetivo de encontrar alguna relación entre creencias erróneas y actitudes negativas hacia las personas con algún trastorno mental (Furnham & Buck, 2003). Dentro de los estudios dirigidos a las causas, también se encuentran aquellos que han realizado comparaciones sobre los factores causales, tanto de enfermedades mentales como físicas, en poblaciones que comprenden a especialistas y legos, ya sea dentro de un mismo país o entre países; los resultados han arrojado que existen variaciones en la percepción de las causas de la enfermedad en investigaciones

transculturales, así como en las de un mismo país (Maupin, 2015; Lynch & Medin, 2006). En ese sentido, los científicos han propuesto dos modelos generales de construcción de teorías intuitivas, el primero, semejante al modelo biomédico (ver apartado 1.3): es decir, los legos tienen la concepción de que los trastornos mentales son como cualquier otra enfermedad y que los síntomas están ligados necesariamente a una patología biológica derivada de un conjunto de síntomas. El segundo, más parecido al modelo psicosocial (ver apartado 1.3), sugiere que los legos consideran que los trastornos mentales tienen causas psicológicas y ambientales, (Furnham, 2017).

Tanto las teorías intuitivas como los marcos explicativos se encuentran inmersos en los modelos causales de las enfermedades, y por su parte, los modelos causales encuadran la estructura de ambos, mostrando el dominio cognitivo al que pertenecen (Lynch & Medin, 2006; Maupin, 2015). La literatura señala que las teorías intuitivas de la esquizofrenia difieren entre los individuos que conforman una cultura, así como, entre las culturas de diferentes regiones (Furnham & Rees, 1988; Furnham & Brower, 1992)

### **1.3 Marcos explicativos y modelos causales, definición y aplicación**

Los marcos explicativos se entienden como un conjunto de supuestos sobre qué tipos de causas y principios son relevantes para un fenómeno particular. Existe evidencia considerable desde la antropología médica que sugiere que estos marcos explicativos, es decir, una forma académica y científica de pensar e interpretar las enfermedades, también se modifica profundamente tanto dentro como entre diversas culturas (Lynch & Medin, 2006). Los investigadores han encontrado que si los argumentos no se ajustan entre sí, no se toman en cuenta, parecen inverosímiles o las explicaciones se estiman poco satisfactorias con relación a aquellos que son compatibles (Furnham, 2017; Lynch & Medin, 2006).

Una diferencia importante entre los marcos explicativos de la enfermedad que los antropólogos han discutido extensamente es entre aquellos que la atribuyen a causas físicas y aquellos que la encuadran en un marco social, psicológico o cultural, es decir a un dominio cognitivo específico, no obstante, el concepto de causalidad de la enfermedad también puede ser observado a partir de su vinculación con explicaciones más integrativas, es decir, a un dominio cognitivo mixto, es decir, incluyen en su marco explicativo un amplio rango de modelos (médico, psicosocial, sociocultural o psicoanalítico). Los modelos causales son concebidos a partir de las explicaciones teóricas tanto de especialistas como de legos, sobre las características o factores que dan origen a las enfermedades mentales. Los factores causales no son necesariamente causas independientes o directas de una enfermedad o dolencia, sino que están integrados en redes más amplias donde interactúan con otros factores en la causalidad de la enfermedad o la manifestación de síntomas de diagnóstico. Estas interacciones sirven potencialmente como vínculos entre los diversos componentes de los modelos causales, desde las nociones de causalidad final, fisiopatología, tratamiento y resultado. Desde esta perspectiva, los investigadores, han propuesto dos hipótesis como herramienta para analizar el comportamiento de los modelos (Lynch & Medin, 2006; Maupin, 2015): *La hipótesis de especificidad de dominio* que propone que los marcos explicativos de la enfermedad se vinculan a dominios cognitivos específicos y *la hipótesis de dominio cruzado* que propone que los marcos explicativos de la enfermedad no se vinculan a dominios cognitivos particulares sino que ambos se utilizan de manera conjunta, es decir, combinando información entre modelos para explicar las causas de la enfermedad.



#### **1.4 Los cuatro modelos de abordaje**

Partiendo de las distinciones teóricas enmarcadas en las secciones anteriores, los estudios sobre las enfermedades mentales y en particular sobre la esquizofrenia, pueden ser vistos a través de cuatro grandes modelos causales. Estos son, de manera resumida:

El modelo biomédico, sus postulados se definen a partir del estudio sistemático de las bases biológicas y médicas describiendo la enfermedad como una interrupción del proceso fisiológico corporal (Lynch & Medin, 2006). Las teorías que han surgido al respecto son: la genética, la dopaminérgica, la de las enfermedades autoinmunes, de las enfermedades virales y la neurológica, que han tenido gran auge en los últimos tiempos (Zoch, 2002). La teoría genética se ha observado desde dos vertientes, la de un solo gen y la poligenética. La primera hace referencia a una predisposición a adquirir la enfermedad que es heredada y la segunda postula que varios genes ubicados en diferentes partes de los cromosomas pueden activarse por diferentes causas y en diferentes momentos de tal manera que la manifestación de la esquizofrenia se presenta (Zoch, 2002). La teoría dopaminérgica postula que existe una hiperactividad y/o sensibilidad en los receptores postsinápticos de dopamina a nivel mesolímbico, mesocortical y nigroestriar, sin embargo, esta premisa, solo da cuenta de los síntomas positivos, en cuanto a los síntomas negativos, no se encuentra alguna relación (Abínzano, 2018; Zoch, 2002). La teoría de las enfermedades autoinmunes señala que se ha encontrado que algunos pacientes presentan niveles elevados de inmunoglobulinas G (IgG) A (IgA) y M (IgM) causando una respuesta autoinmune similar a la que se produce en la artritis reumatoide, estas inmunoglobulinas se fijan a las neuronas del septum y a las células gliales provocando muerte neuronal. Dentro de esta teoría también se encuentra la de los genes que producen una reacción llamada loci de histocompatibilidad HLA en pacientes que han recibido algún injerto y que luego han recibido el diagnóstico de esquizofrenia (Restrepo-Martínez et al., 2021; Zoch, 2002). La teoría de las enfermedades virales postula que la esquizofrenia puede ser la manifestación

de algún proceso patológico ocurrido en la madre durante el segundo trimestre de gestación y que afecta el desarrollo del SNC. Algunos de los virus más mencionados son el citomegalovirus, influenza y herpes simple (Saiz et al., 2010; Zoch, 2002). Por último, la teoría neurológica postula que la esquizofrenia se produce como resultado de alteraciones producidas durante el periodo de neurodesarrollo, estas modificaciones tales como la diferenciación y migración de precursores neuronales, proliferación de dendritas y axones, apoptosis (muerte celular programada) y poda sináptica son provocadas por predisposiciones genéticas aunadas a agentes ambientales tempranos (infecciones virales y/o procesos inmunológicos virales) (Saiz et al., 2010).

Desde el punto de vista del modelo biomédico, la esquizofrenia, se ha convertido en un conjunto de numerosas prácticas conceptuales unificadoras y de entidades fijas en el tiempo (Boorse, 1975; Jenkins, 2015).

El *modelo psicosocial* explora los factores sociales como generadores de pensamientos y emociones en el individuo que pueden dar lugar al origen del padecimiento, reconocen la naturaleza física cognoscible y la perspectiva psicológica, social y moral (Kleinman, 1995; Lynch & Medin, 2006). Las teorías que respaldan este modelo son: el estado de sobre-alerta, la teoría de las percepciones excesivas, teoría de la madre esquizofrenógena, la teoría del defecto en el desarrollo psicológico y la psicología del yo (Zoch, 2002). La teoría del estado de sobre alerta señala que las personas que padecen el trastorno se encuentran en un estado de activación del SNC más elevado que los sujetos normales, esto puede ser detectado a partir de pruebas de EEG, en donde se miden los tiempos de reacción a estímulos visuales o auditivos. La teoría de las percepciones excesivas tiene su base en la del estado de sobre alerta, McReynolds en 1960 avanza en las investigaciones y postula que debido a que las personas con esquizofrenia tienen una percepción excesiva de estímulos, se encuentran en un estado de angustia exacerbada y para defenderse de ella los pacientes se vuelven apáticos y asilados (Zoch, 2002). La teoría de la madre

esquizofrenógena, establece que las madres de las personas que han sido diagnosticadas con esquizofrenia no muestran interés ante las necesidades de los hijos, son dominantes, agresivas e incapaces de brindarles cariño sincero; también presentan esquemas de valores cambiantes, son inseguras y las concepciones sobre la sexualidad parecen fuera de la norma (Seeman, 2016; Zoch, 2002). La teoría del defecto en el desarrollo psicológico postula que algunos niños que han desarrollado esquizofrenia tienden a presentar dificultades de adaptación a situaciones en constante cambio, establecen relaciones interpersonales poco adecuadas, tienen poco control de impulsos su sistema de valores no es adecuado. La teoría de la psicología del yo señala que los pacientes con esquizofrenia a menudo sienten que nada tiene sentido, que todo es pasajero, afirman no saber quiénes son, además estas experiencias se anudan con un sentimiento de ser diferente a los demás o de estar equivocado, aparece desde la primera infancia y revela una falla en la estructura psíquica (Parnas & Henriksen, 2014; Zoch, 2002).

El *modelo sociocultural* se podría ver como un enfoque derivado del modelo psicosocial, pero éste deja de lado el reduccionismo psicológico de la enfermedad, los aspectos sociales, se articulan con la salud y la enfermedad y se establecen interrelaciones de las creencias acerca de las causas, la forma de experimentar los síntomas, las representaciones específicas de la conducta así como los tratamientos y prácticas terapéuticas con estimación de resultados. Se construye como un lenguaje cultural (Kleinman, 1978; Jenkins, 2006). Las teorías que se encuentran hasta el momento anexadas a este modelo son: la de los papeles anómalos desempeñados por los miembros de la familia, teoría de la comunicación anormal, influencia de la clase social y la teoría del cambio cultural (Zoch, 2002). La teoría de los papeles anómalos desempeñados por los miembros de la familia establece que dentro de la dinámica familiar, los integrantes desempeñan papeles inconsistentes, intercambiables y no concuerdan con la edad o el sexo, además presentan formas de relacionarse de manera simbiótica o erotizadas de

padres a hijos (Zoch, 2002). La teoría de la comunicación anormal o del doble vínculo, propuesta por Watzlawick y Bateson de la Escuela de Palo Alto, postula que los mensajes de comunicación entre los integrantes de las familias de los pacientes con esquizofrenia son vagos, difusos, indefinidos, fragmentados o incoherentes ocasionando confusión y fallas en la construcción de la estructura psíquica en los niños (Parrilla, 2015; Zoch, 2002). La teoría de la influencia de la clase social establece que existe una fuerte asociación entre el desarrollo de la esquizofrenia y el estatus socioeconómico bajo debido a las dificultades de acceso a tratamientos adecuados, baja calidad en la alimentación, problemas económicos, exposición a ambientes con alta propensión a la violencia, las drogas y el alcohol, así como mayor aislamiento social y alta criminalidad. Tales situaciones pueden verse reflejadas en problemas de desarrollo psicológico (Jones et al., 2008; Zoch, 2002). La teoría del cambio cultural establece que existe una asociación entre las presiones sociales (industrialización, aculturación, urbanización y cambios económicos bruscos) que se presentan en las personas que migran de un país a otro y el desarrollo de la esquizofrenia. Algunos autores señalan que estas tensiones por sí mismas pueden dar lugar a la enfermedad, otros suscriben que es necesario que exista una predisposición genética aunada a los factores para que la esquizofrenia se desencadene (Zoch, 2002). El *modelo psicoanalítico* es meramente interpretativo, considera que las personas con esquizofrenia son agentes capaces de realizar actos significativos que tienen una intención, un motivo o una razón. Desde esta perspectiva, los pacientes no son actuados por fuerzas biológicas que hacen que se comporten de determinada forma (Furnham, 1992). Las teorías que actualmente respaldan este modelo son: la teoría de las estructuras psíquicas (Lacan, 1956-1966) y la teoría de la forma de reaccionar ante un suceso vital (Lacan, 1967-1980). La teoría de las estructuras psíquicas, esta teoría establece que existen tres estructuras psíquicas clínicas, la neurosis, la psicosis y la perversión, reflejan la posición subjetiva de cada individuo en el mundo, es decir, la forma en que los sujetos se relacionan con su

entorno (Bernal, 2009). La teoría de la forma de reaccionar ante un suceso vital postula como su nombre lo dice que las personas, mediante un acto, hablando de los síntomas de la esquizofrenia, dicen algo que les es imposible decir de otra manera, sin embargo, esta forma de reaccionar, por extraña o exótica que parezca, no es ajena a ninguna persona, de esta manera, señala debería ser desechada la búsqueda de una versión unitaria de la esquizofrenia (locura) (Allouch, 2020).

## Capítulo 2. Planteamiento del problema

En la concepción de la esquizofrenia gran parte de las investigaciones priorizan el modelo biomédico y enfatizan las causas asociadas a biomarcadores, lo que sitúa los aspectos sociales y culturales en un segundo plano. Sin embargo, los componentes culturales articulan la estructura de los trastornos mentales fusionándose con las premisas de las ciencias de la salud de manera intrincada. La cultura es un almacén de saberes constituidos y es primordial porque le permite al ser humano crear estrategias adaptativas, por otra parte, el ejercicio social es resultado de los pensamientos, sentimientos y entendimientos, es decir, de lo que hay en el cuerpo y en la cabeza de las personas, esto permite observar que es imposible dejarlos de lado en cuanto a constitución del sujeto se refiere (Vike, 2011).

Los estudios realizados señalan que existen diversas caracterizaciones (teorías intuitivas) en torno a la etiología, curso y tratamiento de la esquizofrenia. Por otro lado, la literatura muestra que las teorías intuitivas de los profesionales de la salud mental convergen con las teorías formadas a partir de sus estudios facultativos. Predominando las segundas sobre las primeras, porque se sugiere que los cambios conceptuales generados con la adquisición de nuevos conocimientos originan un tinte de creencias primarias en la articulación de las teorías intuitivas (Aguirre-Beltrán, 1963; López-Austin 2017). Esto muchas veces impide la escucha de la historia de los pacientes, pues al ser explicada desde los hechos cotidianos, no hay un referente desde la construcción conceptual biomédica, por lo tanto, la posición subjetiva de las personas con esquizofrenia se queda en un nivel de clasificación y descripción.

## 2.1 Justificación

En México, la prevalencia de esquizofrenia reportada en 1994 fue de 1.2% en hombres y 0.9% en mujeres (Sandoval de Escurdia, 2005). Para 1996 y hasta el año 2000, 34,813 personas habían sido diagnosticadas, por lo que la posibilidad de sufrir la enfermedad aumentó aproximadamente 1.54% (Fraga-Díaz, Alvarado-Ruvalcaba, Saucedo-Sauceda, Velarde-Del Río y Fragoso-Morales, 2010); del año 2005 al 2013 el porcentaje se incrementó 1.72%, es decir, 65,750 personas fueron diagnosticadas, casi el doble de las que se habían reportado en el año 2000 (Arredondo et al., 2013).

Por otra parte, el manual DSM-V (2014), el cual clasifica y delinea signos y síntomas de la enfermedad, deja claro en el apartado “Utilización del manual”, en el subapartado “Elementos de un Diagnóstico, Criterios diagnósticos y Elementos descriptivos”, que las pautas para hacer un diagnóstico deben estar acompañadas del discernimiento clínico. En este sentido, se advierte que existe una ventaja al no incluir los factores causales en el DSM-IV (tampoco son incluidos en el DSM-V) ya que, esto atenúa las diferencias en la concepción de los distintos descubrimientos que pudieran presentarse entre psiquiatras o escuelas de psiquiatría y psicólogos (Yrjö, 2003). No obstante, se ha mencionado que la clasificación de los síntomas también es riesgosa, puesto que puede provocar que los especialistas se enfoquen en la categorización y en la información rigurosamente reglamentada, dejando de lado los elementos socioculturales y psicosociales, que son pieza fundamental en la conformación del concepto (Yrjö, 2003)..

Como se señaló anteriormente, la existencia de ambigüedades conceptuales y la dificultad para caracterizar e integrar los diversos saberes disciplinares, obstaculiza una aproximación más acertada hacia el trastorno lo que provoca concepciones monolíticas y consecuencias directas sobre las personas que sufren el padecimiento.

La presente investigación pretende conocer los factores que conforman las redes de las teorías intuitivas y modelos causales en la concepción de la esquizofrenia en especialistas

de la salud mental y legos, así como, sus características y tendencias, abriendo la posibilidad de que la metodología sea aplicada a otros padecimientos mentales. Además, con los hallazgos a partir de los análisis realizados, se espera aportar el conocimiento necesario que sirva de base para futuras investigaciones en donde se pueda avanzar hacia un análisis de la concepción del trastorno y su relación con la terapéutica.

## **2.2 Preguntas de Investigación**

¿Qué factores conforman las redes derivadas de las teorías intuitivas y los modelos causales en psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas y legos con respecto a la concepción de la esquizofrenia?

¿Cuáles son las características y patrones de variación y semejanza de las redes causales de los especialistas con respecto a la concepción de la esquizofrenia?

¿Cuáles son las características y patrones de variación y semejanza de las redes causales de los legos con respecto a la concepción de la esquizofrenia?

## **2.3 Hipótesis**

H1. Los factores de las teorías intuitivas y de los modelos causales de los especialistas se sustentarán principalmente en el modelo biomédico, mientras que, los factores de los legos se fundamentarán en los modelos psicosocial, sociocultural y psicoanalítico.

H2. Las redes causales de los especialistas tenderán a factores más específicos y en menor cantidad.

H3. Las redes causales de los legos tenderán a factores más diversos y en mayor cantidad.



## **2.4 Objetivos de la investigación**

### **2.4.1 Objetivo General**

Conocer los factores que conforman las redes derivadas de las teorías intuitivas y los modelos causales, así como, las características y tendencias con respecto a la concepción de la esquizofrenia en especialistas de la salud mental y legos.

### **2.4.2 Objetivos Específicos**

- Conocer los factores que componen las redes causales de los diferentes grupos de participantes.
- Describir las características y patrones de variación y semejanza de las redes causales de tres tipos de especialistas.
- Describir las características y patrones de variación y semejanza de las redes causales entre tres grupos de especialistas y legos.

## Capítulo 3. Método y técnicas

### 3.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio no experimental, transversal, comparativo, con un enfoque mixto.

### 3.2 Participantes

El tipo de muestreo fue no probabilístico; la muestra se conformó a través de una convocatoria abierta por redes sociales (Instagram, Facebook, Twitter) y mediante la recomendación entre especialistas.

*Criterios de selección*

*Grupo 1.* Psiquiatras y residentes.

*Grupo 2.* Psicólogos con grado de licenciatura y/o psicólogos que estén cursando el último semestre de la licenciatura en psicología y/o pasantes de la licenciatura en psicología y que estén interesados en el ejercicio de la psicología clínica.

*Grupo 3.* Psicoanalistas con experiencia con pacientes con esquizofrenia o graduados de psicología o psiquiatría que tengan formación psicoanalítica.

*Grupo 4.* Legos, fueron personas interesadas en participar en el proyecto; compartían los criterios de no contar con instrucción profesional de disciplinas del área de la salud, además de no tener o haber tenido algún familiar con diagnóstico de esquizofrenia. La totalidad de la población que integró el estudio, fueron personas activas y sin ninguna condición que los identificara como personas vulnerables.

### 3.3 Diseño de investigación

En la primera fase, se realizó un estudio piloto con su respectivo análisis de resultados; el propósito fue aplicar la entrevista abierta y evaluar su viabilidad para el proyecto; una vez probada la pertinencia metodológica se inició la fase dos del estudio que consistió en la

selección de la muestra, la aplicación de la entrevista abierta y la recolección de los datos, para lo cual se elaboró una base de datos con la finalidad de realizar posteriormente el análisis estadístico.

### **3.4 Decisiones que se tomaron a partir de la experiencia del piloto**

En el diseño del estudio piloto se propuso realizar dos entrevistas a los participantes, sin embargo, debido a limitaciones de tiempo para concluir la presente investigación, se vio la necesidad de recabar los datos en una única sesión. En la selección de la muestra, la propuesta original contemplaba escenarios específicos en los que se llevarían a cabo las entrevistas, no obstante, una vez más, por el tiempo y la imposibilidad de contacto presencial con los participantes, se decidió hacer una convocatoria abierta en redes sociales y con entrevistas en línea. Con respecto al procesamiento de los datos, se realizaron modificaciones en la construcción de las matrices, de tal manera que el cálculo de la medida de densidad de las redes fue más precisa, así mismo, las modificaciones permitieron la obtención de otras medidas de centralidad (conectividad de los nodos, nodos que se comparten entre grupos, entre otras). Por último, para lograr mayor precisión en la distribución de los factores mencionados, se tomaron en cuenta además de los modelos causales, las teorías comprendidas en cada uno.

### **3.5 Instrumentos**

Con el propósito de caracterizar a la población estudiada se utilizó un cuestionario elaborado en un formulario de Google para la recopilación de información sociodemográfica (Day, 1987) (ver anexo 2), así mismo, con base en las investigaciones de Maupin (2015) y Lynch & Medin (2006), se elaboró una entrevista abierta en la que se solicitó a los participantes que enlistaran los factores causales de la esquizofrenia; una vez obtenida la lista y con la intención de profundizar en las causas mencionadas, se pidió que explicarán

de qué manera desde su experiencia o conocimiento el elemento mencionado influía en la etiología de la esquizofrenia. El mismo procedimiento se realizó con cada factor causal identificado hasta alcanzar la enfermedad objetivo (ver anexo 3). Las entrevistas, cada una con una duración de 30 a 45 minutos en promedio, se llevaron a cabo de forma virtual, usando las plataformas Zoom o Google meet. Todos los participantes autorizaron la grabación del audio para su posterior transcripción y análisis.

### **3.6 Procesamiento de la información**

Para el análisis de los datos obtenidos en el cuestionario sociodemográfico se calcularon porcentajes y frecuencias para las variables cualitativas (sexo y profesión) y medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas (edad y años de experiencia profesional) obtenidas con el software SPSS versión 25. Con respecto a la entrevista abierta se utilizaron dos métodos de análisis de contenido; por un lado, se construyeron las redes causales de factores por cada grupo de participantes que consideró la frecuencia de relaciones entre los elementos causales a partir de matrices de incidencia y por otro lado, se construyó un Heat Map para comparar la semejanza entre participantes por cada grupo. Las exploraciones se realizaron con el software Excel para las bases de datos y figuras, y NetDraw versión 2.176 de Ucinet para las redes causales.

Una red causal es una aplicación de una herramienta matemática conocida como grafo y que permite observar la relación entre ideas y conceptos que diversos actores señalan como originarios de un fenómeno. Los datos que componen la red están comprendidos en una estructura de filas y columnas llamada matriz de incidencia. Con esta organización por un lado, es posible saber si los dominios cognitivos son específicos o cruzados y por otro, da cuenta de las diferencias y semejanzas de los factores causales al observar su distribución entre los actores (Hanneman & Riddle, 2005).

La configuración de una red está dada por actores y relaciones, es decir nodos y aristas. Así un nodo representa un actor, en este caso un factor causal mencionado por un especialista o un lego y una arista es el vínculo o la relación entre factores (Hanneman & Riddle, 2005).

En la base de datos las filas y las columnas representan los factores causales que los grupos de especialistas y de legos señalaron. La fila en la que se localiza un factor mantiene correspondencia con otro u otros factores situados en las columnas, de tal manera que, el factor fila causa al factor columna. Por ejemplo, si un participante mencionó que el ambiente agresivo causa el consumo de sustancias, esta respuesta fue registrada en la celda correspondiente a la fila ambiente agresivo y a la columna consumo de sustancias (Hanneman & Riddle, 2005).

Una característica que es importante destacar con respecto al análisis de redes causales es que al integrar la visión de un grupo de actores se posibilita el descubrimiento de discrepancias epistemológicas que sería poco probable apreciar si se analizara el contenido causal de un solo actor, es decir, se trata de advertir, cómo a partir de un patrón de elecciones se derivan otros modelos más integrales (Maupin, 2015; Hanneman & Riddle, 2005).

Es así como las redes causales brindan información acerca de la influencia de qué tanto la formación psiquiátrica, psicoanalítica, psicológica o el contexto sociocultural intervienen en la estructura, construcción y contenido de los modelos causales de la enfermedad, en este caso de la esquizofrenia (Maupin, 2015).

### **3.7 Consideraciones éticas**

El proyecto fue evaluado por el Comité de Ética del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, obteniendo el número de registro CONBIOÉTICA-17-CEI-003-20190509. La investigación cumplió con los

protocolos aprobados por la Ley General de Salud en México, en su Título Quinto sobre la investigación para la Salud. Adicionalmente, se siguieron los protocolos de Ginebra (2016), correspondientes a investigación en salud realizada en seres humanos y la versión vigente de la declaración de Helsinki (1964), considerando sus subsecuentes enmiendas (Miranda-Novales & Villasís-Keever, 2019).

Los participantes colaboraron libre y voluntariamente, así mismo, se consideró que la recolección de datos podría producir incomodidad, ansiedad o desagrado en un nivel moderado, por tal motivo, se explicó en forma detallada a los entrevistados en qué consistiría su participación, reiterando que podrían abandonar la investigación en cualquier momento. En caso de manifestar alguna duda, se sugería una sesión virtual para platicar más a detalle del proyecto.

Los datos de los participantes fueron almacenados en un disco duro externo bajo clave de acceso, así mismo, el manejo de identificaciones y archivos, estuvieron a cargo de la investigadora responsable del proyecto de investigación (Lic. Cecilia Avalos). Se hizo del conocimiento de los participantes, que los datos recolectados se usarían únicamente para fines académicos y manteniendo el anonimato (ver anexo 1).

## Capítulo 4. Resultados

### 4.1 Caracterización de la muestra

En este apartado se describen los resultados de las características sociodemográficas generales de los participantes. El total de la población estuvo conformado por 4 grupos de 10 personas cada uno; un grupo de psicólogos, otro de psicoanalistas, uno de psiquiatras y finalmente un grupo de legos, se destaca que la edad media de los especialistas es de 34.7 años con un rango de edad de 21 a 62 (DE=  $\pm 10.8$ ), donde 16 son mujeres, 14 son hombres y ninguno se consideró como no binario. La mayoría tienen experiencia clínica con un promedio de 4.1 años (DE=  $\pm 6.8$ ) y 20 trabajan con pacientes diagnosticados con esquizofrenia (véase Tabla 1). Mientras que en los legos se destaca que la edad media es de 31.7 años con un rango de edad de 19 a 57 años (DE=  $\pm 13.9$ ), donde 5 son mujeres, 4 son hombres y 1 se consideró como no binario (véase Tabla 1).

**Tabla 1.**

#### *Características de especialistas y legos*

	Hombre	Mujer	No binario	Edad		EC		TAPE
	Fc	Fc	Fc	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	Fc
Psicólogos	2	8	-	30.2	7.5	1	1.5	4
Psiquiatras	6	4	-	34.6	11.6	8.1	10.4	10
Psicoanalistas	6	4	-	39.3	11.9	3.3	2.9	6
Legos	4	5	1	31.7	13.9	-	-	-

Nota: Fc= frecuencia; EC= experiencia clínica; TAPE= trabaja actualmente con pacientes con esquizofrenia.

En la tabla 2, se agruparon los 100 factores a los que los grupos de especialistas y legos hicieron alusión, ubicándolos de acuerdo con los marcos explicativos: biomédico, psicosocial, sociocultural y psicoanalítico, así mismo, la ordenación (de los factores) se planteó con mayor detalle considerando las teorías que cada uno de los modelos contempla. Las iniciales que aparecen al final de los elementos representan la codificación que se utilizó en la construcción de las matrices de incidencia.

**Tabla 2**

*Agrupación de los diferentes factores en modelos y teorías.*

<b>Modelo</b>	<b>Teoría</b>	<b>Abreviación de Factores</b>	<b>Factores</b>	
B. Modelo biomédico	B1. Epigenética	AC	Genética	
		MADG	Contaminación ambiental	
		MGA	Mala alimentación durante la gestación	
		PEPP	Mutaciones genéticas de nuestros antepasados	
		AGSFA	Periodo prolongado del parto	
		POMG	Activación de genes susceptibles por fenómenos ambientales	
		HIPOXN	Polimorfismo genético	
		FVB12yD	Hipoxia neonatal	
		MA	Falta de vitamina B12 y D	
		S1erTP	Mala alimentación	
		RPM	Sangrados en el 1er. trimestre del parto	
		EEA	Ruptura prematura de membranas	
		AS	Embarazo en edad avanzada	
		ADVD	Abuso sexual	
		PEAVA	Accidentes de la vida diaria	
	ADVT	Padre de edad avanzada		
	TDE	Adversidades de la vida temprana		
	CR	Tabaquismo durante el embarazo		
	CS	Pertenecer a ciertas religiones		
	B2: Dopaminérgica	CQC	Consumo de sustancias	
		AFADyON	Cambios en la química cerebral	
			Alteración en el funcionamiento de la actividad dopaminérgica y otros neurotransmisores	
			DC	Daño cerebral
			AMN	Alteraciones en la migración de las neuronas
			PND	Problemas del neurodesarrollo
	B3: Neurológica	PN	Problemas neurológicos	
		MN	Muerte neuronal	
ACON		Alteraciones en la conectividad neuronal		
CNF		Cerebros neurológicamente frágiles		
PVAD		Problemas vasculares asociados a demencia		
ONNCC		Organización diferente del neuropilo y de las neurona de la corteza cerebral		
DVEH		Disminución del volumen de estructuras hipocampales		
B5: Enfermedades virales	NI	Nacimiento en invierno		
	EVSTG	Enfermedades virales en el 2do trimestre de gestación		
	EVIT	Enfermedades virales en la infancia temprana		



P. Modelo Psicosocial	P1. Madre esquizofrénica	CA	Crianza ambivalente
		AESQ	Ambiente esquizofrenizante
		FL	Negligencia Falta de límites
	P2. Defecto del desarrollo psicológico	SVC	Sensación de vulnerabilidad constante
		EPF	Ensimismamiento
		BR	Estructura de personalidad frágil
		RDPSM	Baja resiliencia
		ETV	Retardo en el desarrollo psicomotor Etapas transicionales de la vida
	P3. Estado de sobre-alerta	IPS	Inestabilidad psíquica
		EPT	Estrés postraumático
SL		Situaciones límite	
SE		Sufrimiento emocional	
P4. Percepciones excesivas	DP	Ansiedad	
	E3	Depresión	
	HR	Estrés Hiper razonamiento Aislamiento	
P5. Psicología del yo	PDE	Personalidad depresiva e introvertida	
	DDY	Debilidad del yo	
	PCY	Poca confianza en el yo	

S. Modelo sociocultural	S1. Papeles anómalos desarrollados por los miembros de la familia	RID	Relaciones interpersonales disfuncionales
		SDP	Sobrepotección de los padres
		AA	Ambiente agresivo
		MP	Maltrato psicológico
	S2. Comunicación anormal	PF	Problemas familiares
		V Familiar	Violencia familiar
		VF	Violencia física
		FAEE	Familias con alta emoción expresada
		LSFF	Lazos sociales y familiares frágiles
	S3. Influencia de la clase social	PE	Problemas económicos
			Discriminación
			Bullying
		BNE	Bajo nivel educativo
	S4. Cambio cultural	VAU	Vivir en áreas urbanas
		PS	Presión social
		MAE	Miedo al exterior
2y3GDM		2ª y 3ª generación de migrantes	
ISMM		Influencia social a ser monista	
RSYP		Reglas sociales y políticas	

N. Modelo Psicoanalítico	N1. Forma de reaccionar ante un evento	FRL	Forma de relación con el lenguaje
		FRE	Forma de relación con las experiencias
		FRDS	Forma de respuesta ante una demanda social
		RASVCP	Relación ante un suceso de vida del que solo se puede dar cuenta a posteriori
		FORD	Forma de relación con el deseo
		RAIS	Ruptura ante algo imposible de simbolizar
	DFRARRI	Defensa o rechazo de un aspecto de la realidad ante una representación inconciliable	
	N2. Estructuras psíquicas	HV	Historia de vida
		ESP	Estructura subjetiva de la personalidad
		PPP	Polo posible de la psicosis
		FNP	Forclusión del nombre del padre
		FN	Fijación en el narcisismo
		RTL	Retrotracción de la libido
		TG	Tercera generación
FINS		Falta de Inscripción en lo simbólico	

*Nota: La distribución de los factores se realizó de acuerdo con la literatura (=) y las recomendaciones de dos expertas.*

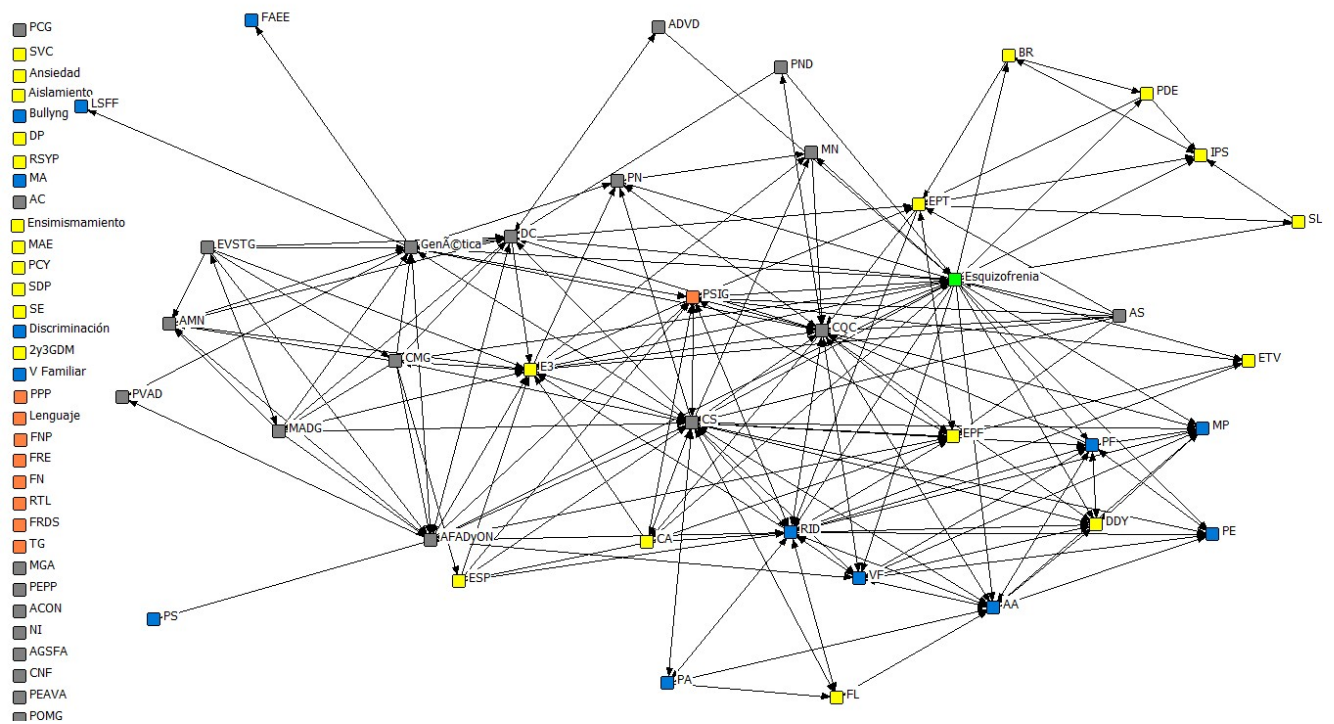
#### 4.2 Densidad, número de nodos y vínculos generales por grupos

Para cada grupo (legos, psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras), se sumaron las matrices de incidencia de los participantes (10 matrices por cada grupo), de tal manera que, la matriz resultado proporcionó el número de veces que fue mencionada cada relación entre factores (densidad). Las matrices construidas en Excel alimentaron a Ucinet NetDraw 2.176 y se obtuvieron las 4 redes causales que a continuación se presentan. En cada red se calculó la densidad, el número de nodos y los vínculos generales por grupos; cabe aclarar, que la densidad es una medida central que da cuenta de cuantas aristas existen versus cuantas aristas posibles podrían existir, es decir, de todos los nodos que componen una red, en teoría, todos podrían conectarse con todos excepto con sí mismos, sin embargo, en la realidad, es poco probable que existan redes con una conexión del 100% de sus elementos. La figura 1 muestra la red causal de la esquizofrenia mencionada por el grupo de especialistas en psicología, se compone de 38 nodos, 203 vínculos y una densidad

promedio de 2.1%. Se observa un predominio de nodos del modelo biomédico (en color gris) y del modelo psicosocial (en color amarillo); con menor frecuencia se encuentran el modelo sociocultural (en color azul) y el modelo psicoanalítico (en color anaranjado). Los factores que se localizan en el costado izquierdo de la imagen fueron mencionados por los otros grupos, sin embargo, en esta red en específico no tienen relevancia, esta particularidad conlleva la misma explicación en las tres figuras subsecuentes.

**Figura 1.**

*Red de factores mencionados por el grupo de psicólogos agrupados por modelo*

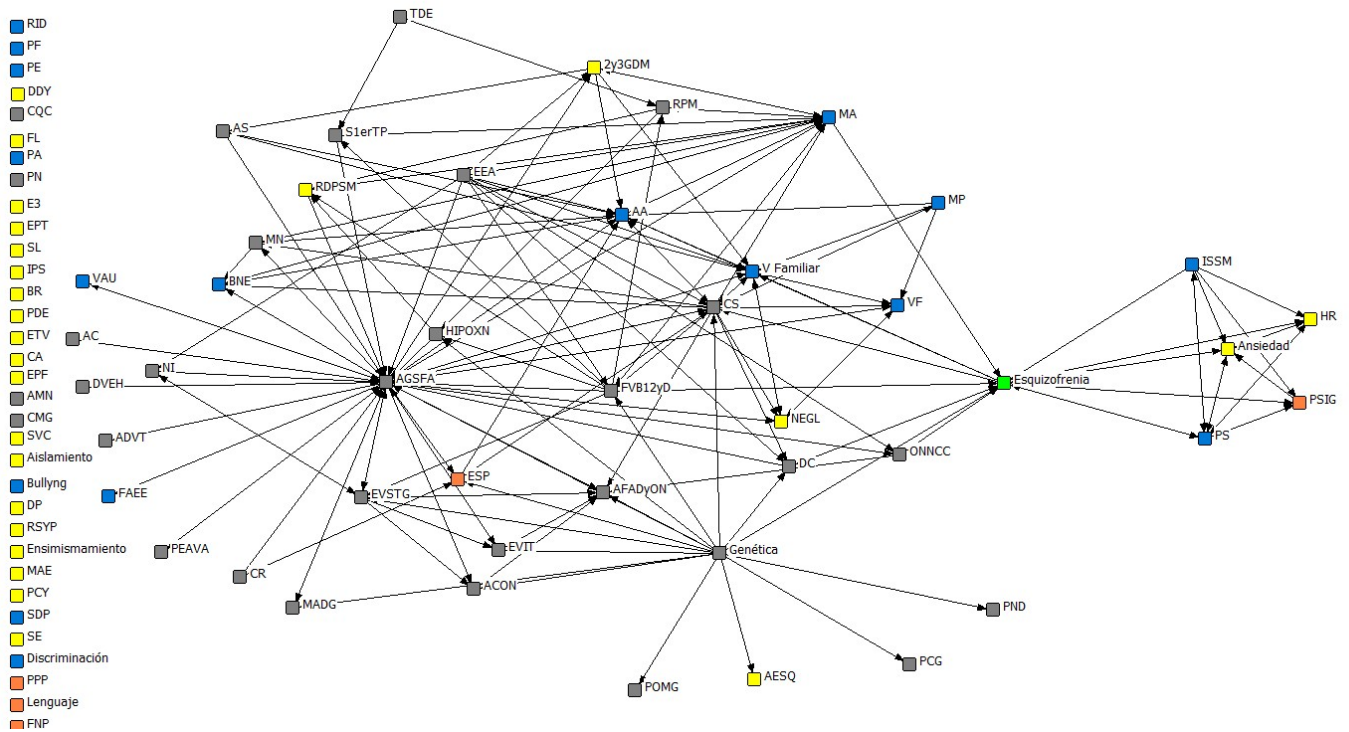


Nota: Gris: Biomédico; Amarillo: Psicosocial; Azul: Sociocultural; Anaranjado: Psicoanalítico. Consultar el significado de abreviaturas en la tabla 2

La figura 2 representa la red causal de la esquizofrenia mencionada por el grupo de psiquiatras, se compone de 45 nodos, 161 vínculos y una densidad promedio de 1.6%. La configuración muestra el predominio de nodos del modelo biomédico (en color gris) y con menor frecuencia nodos del modelo sociocultural (en color azul), de modelo psicosocial (en color amarillo) y del modelo psicoanalítico (en color anaranjado).

**Figura 2.**

*Red de factores mencionados por el grupo de psiquiatras agrupados por modelo*

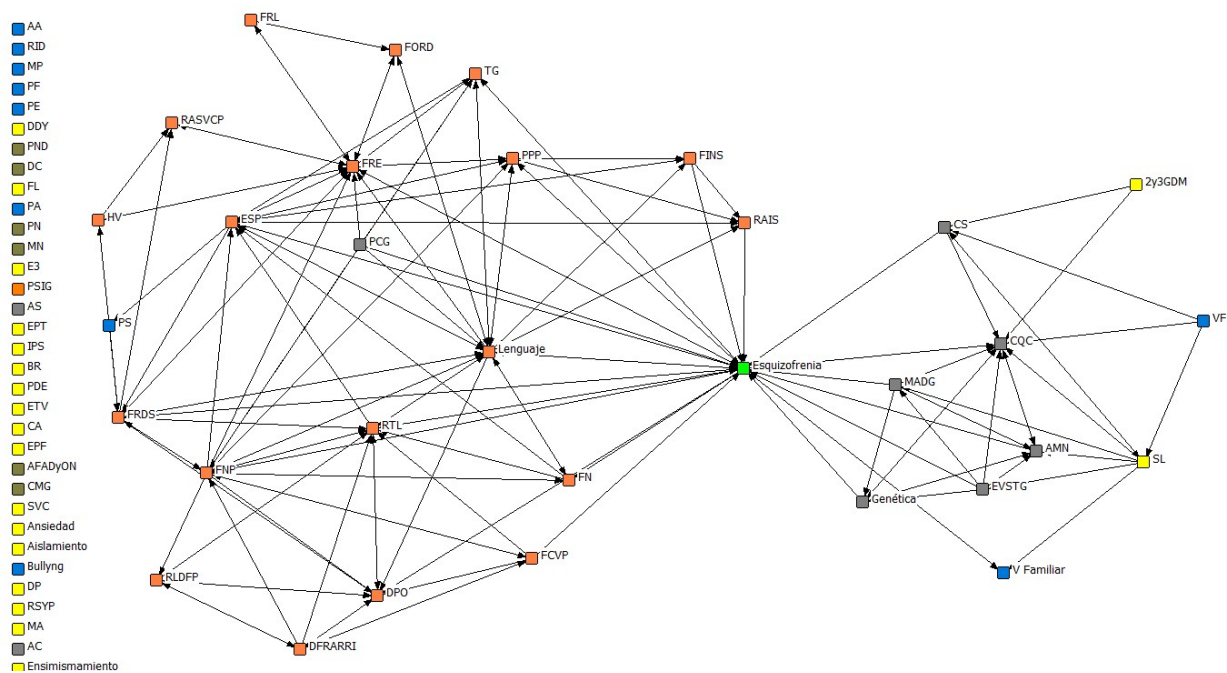


Nota: Gris: Biomédico; Amarillo: Psicosocial; Azul: Sociocultural; Anaranjado: Psicoanalítico. Consultar el significado de abreviaturas en la tabla 2

En la figura 3 se observa la red causal de la esquizofrenia mencionada por el grupo de psicoanalistas. Está compuesta por 31 nodos, un total de 141 vínculos y una densidad promedio de 1.41%. En la disposición de esta red se visualiza la primacía de nodos del modelo psicoanalítico (color anaranjado) y del modelo biomédico (color gris), cabe destacar que, en esta red causal se observa una escasa relación entre los nodos del modelo psicoanalítico con los nodos pertenecientes a los otros modelos, hecho que tiende a indicar un modelo explicativo congruente, ya que, se organiza en sus propias categorías de análisis. Los nodos restantes ubicados en el lado derecho de la red, principalmente del modelo biomédico establecen una relación directa con la esquizofrenia, mientras que, unos pocos nodos del modelo sociocultural y psicosocial podrían entenderse como detonadores de los factores biomédicos.

**Figura 3.**

*Red de factores mencionados por el grupo de psicoanalistas agrupados por modelo*

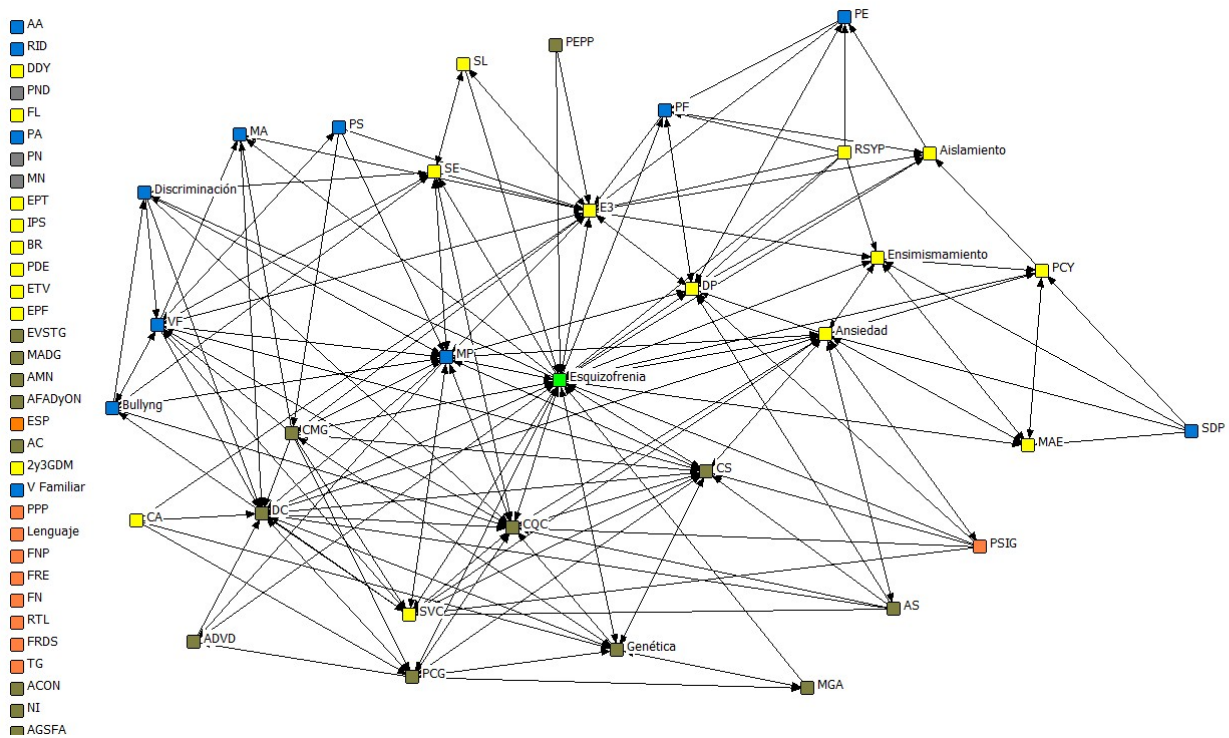


Nota: Gris: Biomédico; Amarillo: Psicosocial; Azul: Sociocultural; Anaranjado: Psicoanalítico. Consultar el significado de abreviaturas en la tabla 2

En la figura 4 se muestra la red causal de la esquizofrenia mencionada por el grupo de legos. Está construida por 32 nodos, 203 vínculos y una densidad promedio de 2.1%. Se observa un equilibrio entre los nodos del modelo psicosocial (color amarillo) y del modelo sociocultural (color azul) y en menor frecuencia del modelo biomédico (color gris) y del psicoanalítico (color anaranjado), este último representado por un solo nodo. Cabe desatacar que el factor pérdidas significativas (PSIG) fue nombrado por la mayoría de los participantes de los cuatro grupos.

**Figura 4.**

*Red de factores mencionados por el grupo de legos agrupados por modelo*



Nota: Gris: Biomédico; Amarillo: Psicosocial; Azul: Sociocultural; Anaranjado: Psicoanalítico. Consultar el significado de abreviaturas en la tabla 2

La comparación estimada entre las densidades de red puede ser analizada desde dos ángulos. El primero, con base en el número de elementos que la conforman, y el segundo, considerando el modelo al que pertenece cada factor dentro de la red completa. Por ejemplo, la red de factores mencionados por el grupo de los psiquiatras tiene 45 nodos con 161 vínculos; comparada con la de los legos conformada por 32 nodos y 203 vínculos, es posible señalar que aunque la composición del grupo de los legos es más pequeña, presenta mayor densidad. La otra perspectiva plantea que la red de los especialistas en psiquiatría, al tener un mayor número de nodos del modelo biomédico (color gris), muestra mayor comunicación entre ellos, lo que permite una mejor congruencia y por lo tanto, una alta densidad.

#### **4.3 Grados de conectividad por nodos**

En las figuras y tablas que se muestran a continuación se presentan las descripciones realizadas a partir del cálculo de los grados de salida y de entrada. El grado es un indicador global de la densidad de red que señala el número de veces en las que un nodo se conecta con otro nodo; el factor causa, está indicado por el grado de salida y el factor causado o como efecto de, se muestra por el grado de entrada.

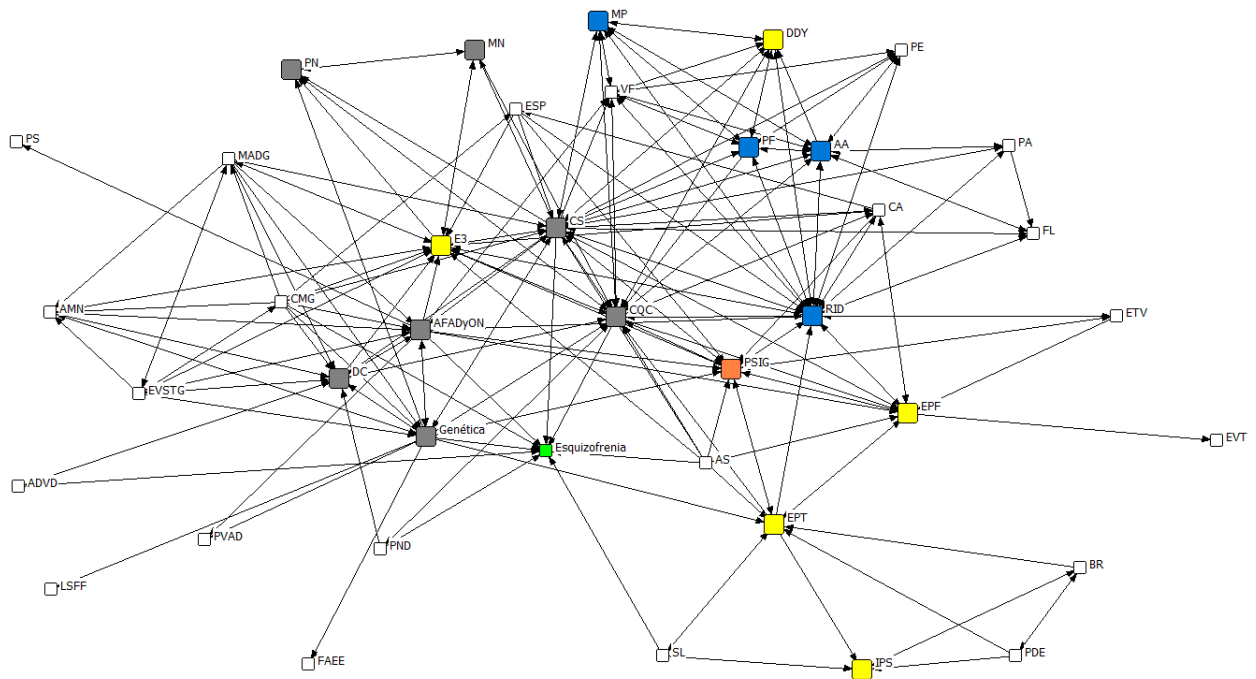
Para determinar los nodos con mayor conectividad, se tomó en cuenta el número de aristas que llegan y salen de cada uno, es decir, cuando un nodo recibe más información (aristas de llegada) significa que ese factor (representado por el nodo) tuvo un mayor número de menciones, mientras que las aristas de salida representan las relaciones con otros nodos, por lo tanto, si hay más aristas de salida, entonces ese factor tiene mayor probabilidad de ser una causa más directa de la esquizofrenia.

En la red de factores del grupo de psicólogos (figura 5), se observa que el consumo de sustancias (CS), el estrés (E3), las pérdidas significativas (PSIG), los cambios en la química cerebral (CQC), las relaciones interpersonales disfuncionales (RID), el ambiente agresivo (AA) y el estrés postraumático (EPT) presentan mayor conectividad. Se observa también,

que algunos factores presentan menor grado de conectividad, como es el caso de las alteraciones en el funcionamiento de la actividad dopaminérgica y otros neurotransmisores (AFADyON), la genética, los problemas familiares (PF), la estructura de personalidad frágil (EPF), el daño cerebral (DC), los problemas neurológicos (PN), la muerte neuronal (MN), la inestabilidad psíquica (IPS), el maltrato psicológico (MP), la debilidad del yo (DDY) y los problemas económicos (PE).

**Figura 5.**

*Factores con mayor grado de conectividad de los psicólogos*



Nota: nodos grises: modelo biomédico; nodos amarillos: modelo psicosocial; nodos azules: modelo sociocultural; nodos anaranjados: modelo psicoanalítico; nodos blancos: factores con baja conectividad.

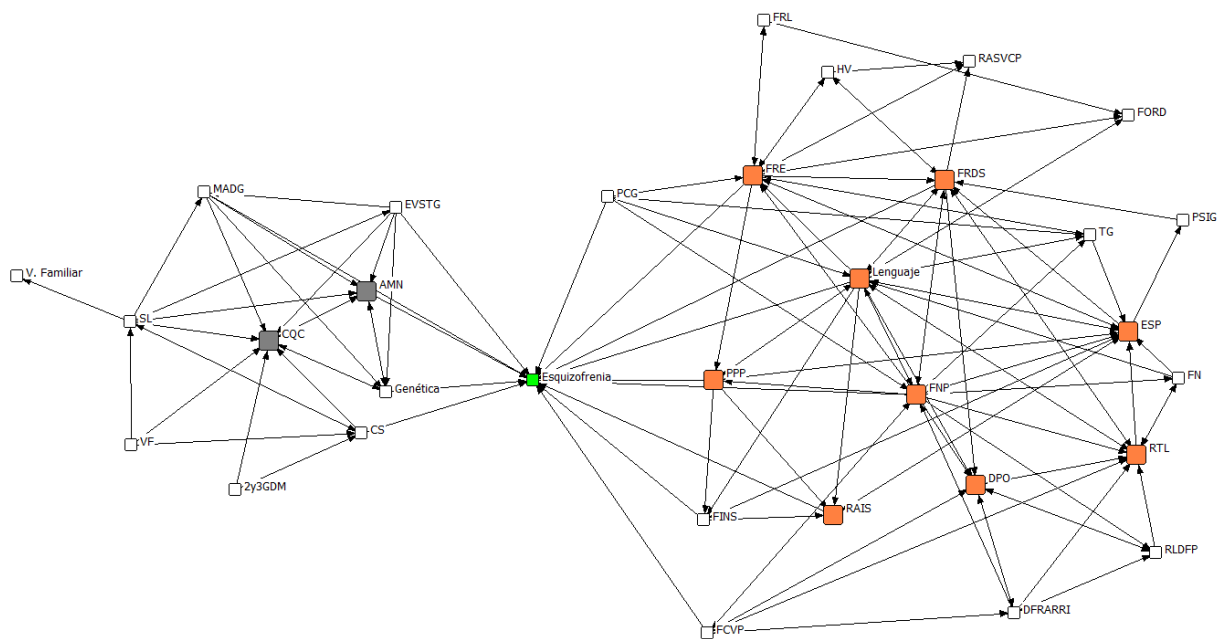




En la red del grupo de psicoanalistas (figura 7), se observa que el lenguaje, la ruptura ante algo imposible de simbolizar (RAIS), la estructura subjetiva de la personalidad (ESP), la retrotracción de la libido (RTL), la forclusión del nombre del padre (FNP), la forma de reaccionar ante una demanda social (FRDS), el polo posible de la psicosis (PPP), la forma de relación con las experiencias (FRE), la desinvestidura parcial de objetos (DPO), los cambios en la química cerebral (CQC) y las alteraciones en la migración de las neuronas (AMN), son los factores que presentan mayor conectividad. Cabe destacar que esta red es muy parecida a la red de los psiquiatras en el sentido de la predominancia de elección de componentes de un solo modelo teórico.

**Figura 7.**

*Factores con mayor grado de conectividad de los psicoanalistas*



Nota: nodos grises: modelo biomédico; nodos anaranjados: modelo psicoanalítico; nodos blancos: factores con baja conectividad



#### 4.4 Grados de conectividad por teorías y modelos causales

En la tabla 3, se muestra el resultado de la suma de los factores por grupos de especialistas y legos de acuerdo con la teoría y modelo al que pertenecen. Representa la conectividad (grado) de todos los nodos de cada clasificación. Se observa, por ejemplo, que en el caso de psiquiatras, psicólogos y legos, se encontró mayor conectividad de los factores del modelo biomédico, principalmente de la teoría epigenética (B1), mientras que con los psicoanalistas, la mayor conectividad se observó en los factores del modelo psicoanalítico, en especial, el correspondiente a la teoría de las estructuras psíquicas (N2) y así para cada grupo.

**Tabla 3**

*Suma de grado de conectividad por profesión y teorías*

	B1	B2	B3	B5	N1	N2	P1	P2	P3	P4	P5	S1	S2	S3
Psicólogos	103	55	99	8	20	6	20	7	24	17	44	78	47	9
Psiquiatras	151	37	24	17	4	5	7	6	7	15	0	64	16	23
Psicoanalistas	17	7	19	6	64	177	0	0	0	10	0	5	2	0
Legos	84	26	59	0	8	0	4	0	54	33	67	75	19	21

Nota: Nota: B1, B2, B3, B5: modelo biomédico; N1, N2: modelo psicoanalítico; P1, P2, P3, P4, P5: modelo psicosocial; S1, S2, S3: modelo sociocultural

En la figura 9, se observa el número de veces que los grupos mencionaron los factores distribuidos en los marcos explicativos como causa o como efecto. Las barras en color amarillo representan al grupo de psicólogos; se observa que al igual que los psiquiatras, emplearon elementos de los 4 modelos explicativos, destacando como los más frecuentes y pertenecientes al modelo biomédico B1 (teoría epigenética), B3 (teoría neurológica) y B2 (teoría dopaminérgica), seguidos con menor frecuencia por factores socioculturales y psicosociales S2 (teoría de la comunicación anormal), S3 (teoría de la influencia de la clase social), P4 (teoría de las percepciones excesivas), P1 (teoría de la madre esquizofrenógena) y N1 (teoría sobre la forma de reaccionar ante un evento), por último

con pocas menciones se observan factores pertenecientes a P5 (teoría de la psicología del yo), B5 (teoría de las enfermedades virales), N2 (teoría de las estructuras), P3 (teoría del estado de sobre-alerta) y S3 (teoría de la influencia de la clase social).

Las barras en color gris representan a los psiquiatras quienes nombraron factores de los 4 modelos explicativos, principalmente, codificaciones del modelo biomédico, esto es, B1 (teoría epigenética) y B2 (teoría dopaminérgica), así mismo, nombraron con menor frecuencia factores que corresponden a codificaciones del modelo sociocultural, S1 (teoría de los papeles anómalos desarrollados por los miembros de la familia), S3 (teoría de la influencia de la clase social) y S2 (teoría de la comunicación anormal), por último, mencionaron nuevamente factores de codificación del modelo biomédico, B3 (teoría neurológica), B5 (teoría de las enfermedades virales) y del modelo psicosocial P4 (teoría de las percepciones excesivas), P1 (teoría de la madre esquizofrenógena), P3 (teoría del estado de sobre-alerta), P2 (teoría de defecto del desarrollo psicológico), N1 (teoría sobre la forma de reaccionar ante un evento) y N2 (teoría de las estructuras).

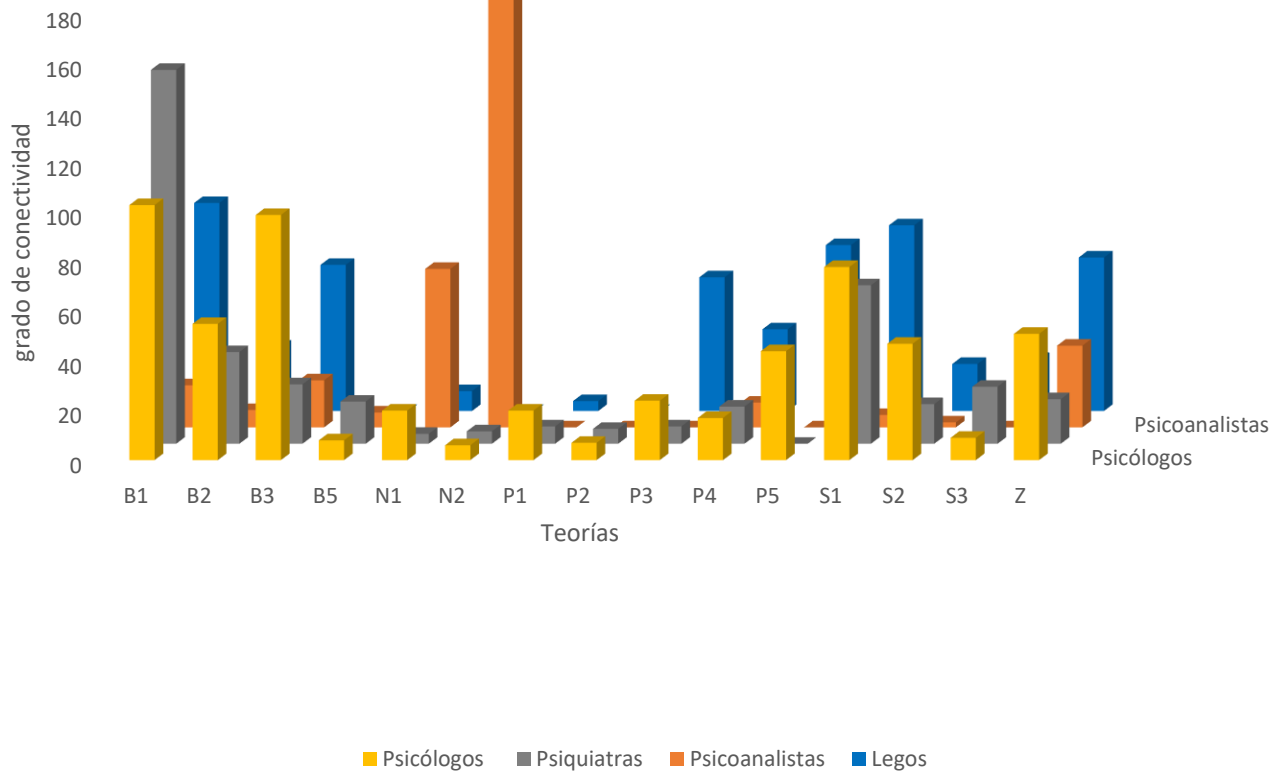
Las barras color anaranjado representan a los psicoanalistas; este grupo mencionó con mayor frecuencia los factores N2 (teoría de las estructuras) y N1 (teoría sobre la forma de reaccionar ante un evento) que pertenecen al modelo psicoanalítico, en segundo término, los factores B3 (teoría neurológica), B1 (teoría epigenética) y P4 (teoría de las percepciones excesivas), por último, B2 (teoría dopaminérgica), B5 (teoría de las enfermedades virales) y S1 (teoría de los papeles anómalos desarrollados por los miembros de la familia).

Las barras en color azul representan al grupo de los legos, quienes mencionaron factores de los cuatro modelos explicativos y cuyas características se asemejan a las mencionadas por los psicólogos y en menor medida a los citados por los psiquiatras; eligieron factores del modelo biomédico y sociocultural, esto es de mayor a menor frecuencia, B1 (teoría epigenética), S1 (teoría de los papeles anómalos desarrollados por los miembros de la familia), P5 (teoría de la psicología del yo), B3 (teoría neurológica), P3 (teoría del estado

de sobre-alerta), P4 (teoría de las percepciones excesivas), B2 (teoría dopaminérgica), S3 (teoría de la influencia de la clase social), S2 (teoría de la comunicación anormal), N1 (teoría sobre la forma de reaccionar ante un evento) y P1 (teoría de la madre esquizofrenógena).

**Figura 9.**

*Gráfica de conectividad*



La tabla 4 y la figura 10, muestran la concentración de los nodos que pertenecen a un mismo grupo de especialistas y la suma total de su grado por modelo explicativo, de tal manera que, se observa que el modelo biomédico (B), fue considerado con mayor frecuencia por psicólogos, seguido por los psiquiatras y legos, el modelo psicoanalítico (N), fue mencionado casi exclusivamente por los psicoanalistas y con muy baja frecuencia por los psicólogos, mientras que el modelo psicosocial (P) fue considerado en primer lugar por los legos, seguido por los psicólogos y con menor frecuencia por los psiquiatras, por último, el modelo sociocultural (S), fue referido principalmente por el grupo de psicólogos, seguido por el de legos y finalmente por el de psiquiatras.

**Tabla 4.**

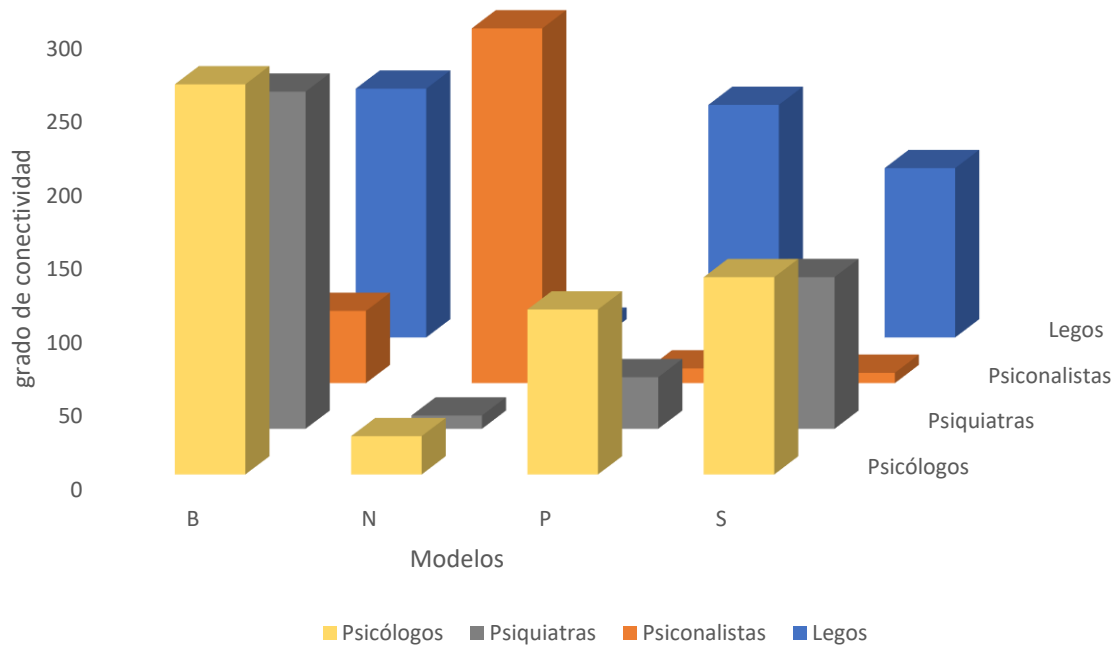
*Suma de grado de conectividad por profesión y modelo*

	B	N	P	S
Psicólogos	265	26	112	134
Psiquiatras	229	9	35	103
Psicoanalistas	49	241	10	7
Legos	169	8	158	115

Nota: B: modelo biomédico; N: modelo psicoanalítico; P: modelo psicosocial; S: modelo sociocultural

**Figura 10.**

*Modelos causales A*



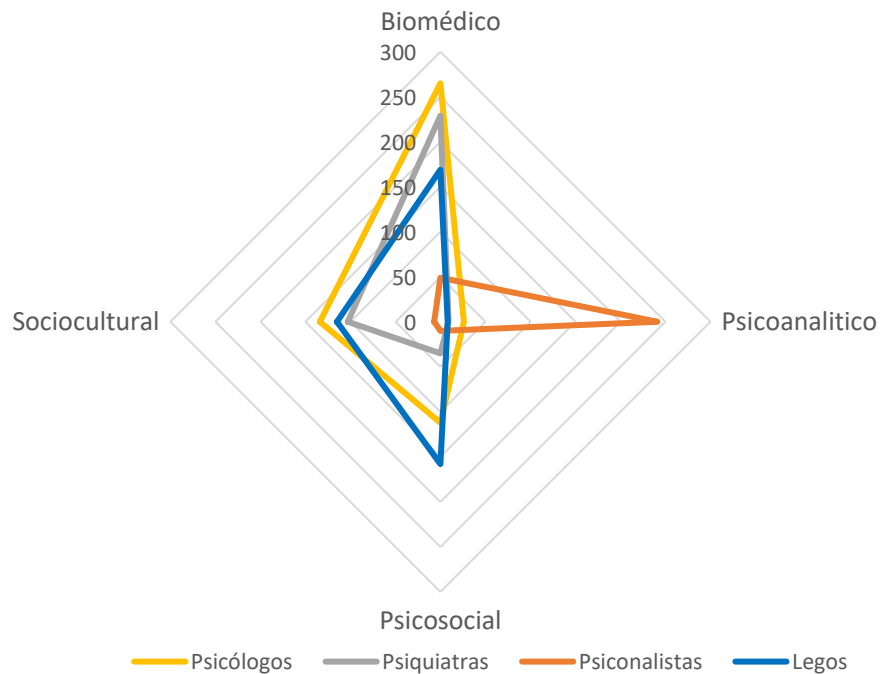
En la figura 11 se observa la representación gráfica del grado de conectividad de los factores distribuidos en los modelos explicativos por grupo de participantes. En el caso de los psicólogos (color amarillo) se observan claramente 4 puntas, que corresponden a las mencionadas con mayor frecuencia, distribuidas en los modelos biomédico, sociocultural, psicosocial y un poco menos aguda la punta hacia el modelo psicoanalítico, en color gris, se observa la figura de los psiquiatras, en donde es posible advertir claramente 3 puntas orientadas al modelo biomédico, sociocultural y psicosocial, aunque esta última con menor agudeza. Se destaca la representación producida por el grupo de psicoanalistas en color naranja en la que se observan claramente 1 punta dirigida al modelo psicoanalítico, por último, en color azul se encuentra la figura correspondiente a los legos que muestra



principalmente 3 puntas orientadas hacia los modelos biomédico, sociocultural y psicosocial.

**Figura 11.**

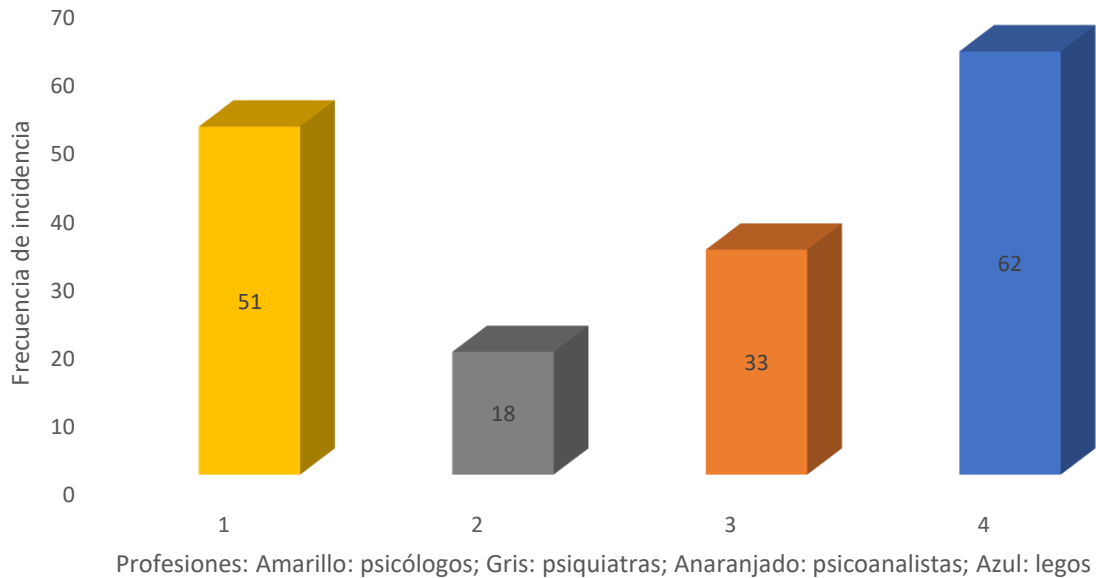
*Modelos causales B*



La figura 11 representa el número de veces que cada grupo de participantes hizo llegar la cadena causal construida hasta la esquizofrenia. Se observa que el grupo de los legos fue el que considero con mayor frecuencia (62 ocasiones) que las composiciones de sus redes derivaban en el padecimiento, en contraste, los psiquiatras fueron los que consideraron con menor incidencia (18 ocasiones) que sus redes causales concluían en la esquizofrenia.

**Figura 12.**

*Incidencia de redes causales en la esquizofrenia*



#### **4.5 Comportamiento individual de participantes dentro del grupo**

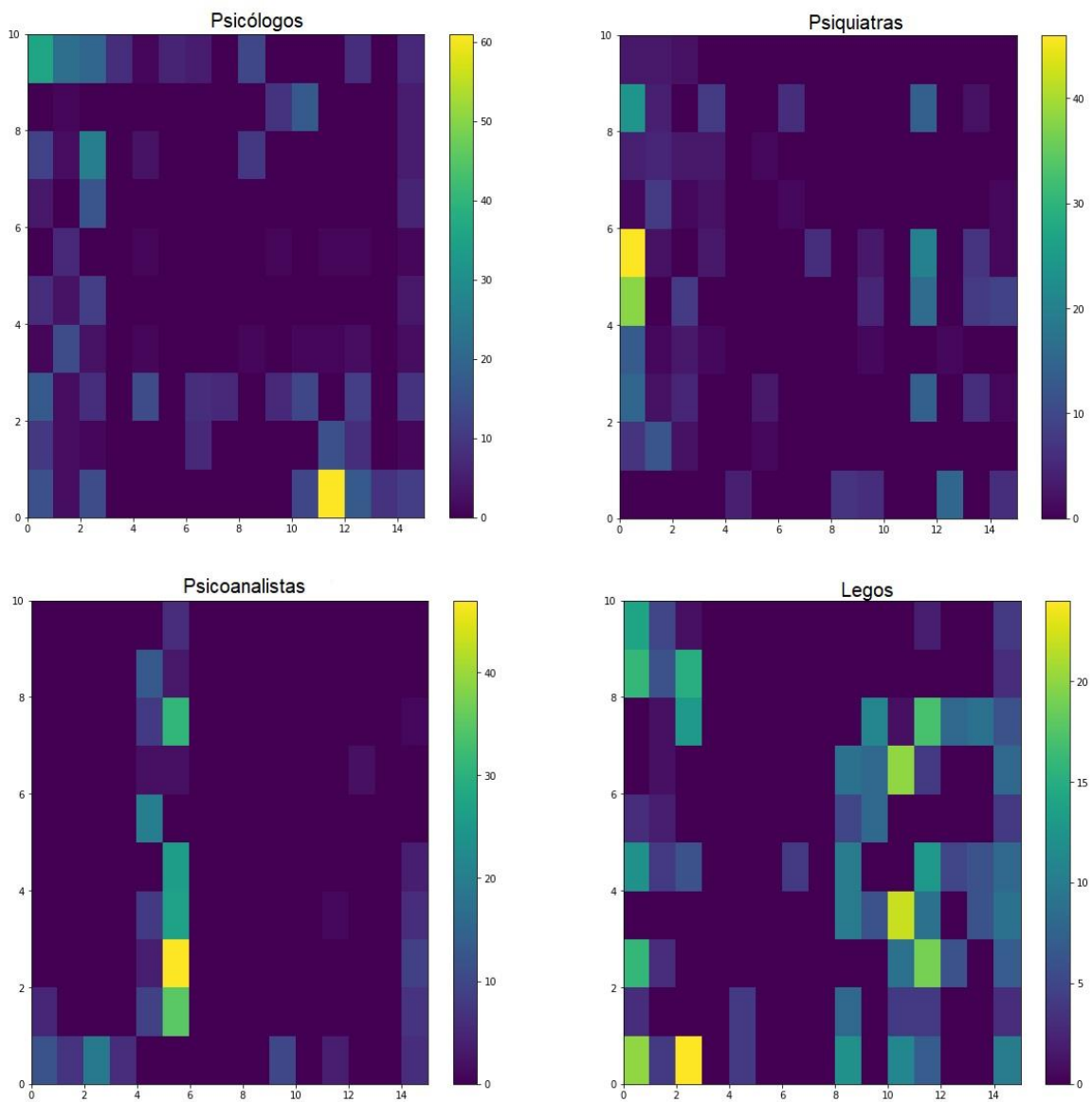
Los cuatro mapas de la figura 13 representan a cada grupo de participantes, así mismo, las líneas horizontales que forman los rectángulos dentro de cada plano simbolizan las respuestas de cada voluntario. Los números que se observan en el eje de las “x” constituyen la elección de elementos codificados en las diferentes teorías, esto es, los del modelo biomédico se ubican en las columnas 0 a 3, las teorías psicoanalíticas en las columnas 4 y 5, las psicosociales en las columnas 6 a 10 y las socioculturales de la 11 a la 13. La última columna corresponde al número de veces que cada participante dirigió su composición causal hasta la esquizofrenia. El primer mapa caracteriza las respuestas de los psicólogos, se observa que los participantes tercero y décimo, tuvieron respuestas similares, ambos incluyen elementos que abarcan casi todas las columnas del mapa; en el caso del primer participante, se destaca que pone más énfasis en los elementos de las columnas de los

modelos psicosocial y sociocultural (10 a 13), el resto de los voluntarios eligieron en su mayoría elementos del modelo biomédico (0 a 3). El segundo plano pertenece a los psiquiatras, los participantes dentro de este grupo mencionaron factores similares pertenecientes al modelo biomédico (0 a 3) y a los modelos psicosocial y sociocultural (10 a 12), así como, una menor cantidad de elementos del modelo psicoanalítico se destaca que el primer voluntario proporcionó respuestas que difieren de las del resto del grupo. El tercer plano, pertenece a los psicoanalistas, se observa que, el rango de los elementos seleccionados con más frecuencia por la mayoría de los participantes cae dentro de las columnas del modelo psicoanalítico (4 y 5); es posible advertir que las respuestas del primer informante difieren del resto, pues los factores seleccionados se sitúan en las columnas del modelo biomédico (0 a 3) y en las columnas de los modelos psicosocial y sociocultural (8 a 12), es decir, sus respuestas son parecidas a las del grupo de los psiquiatras. Finalmente el último mapa representa las respuestas de los legos, se observa que la mayoría de los factores se ubican en las columnas correspondientes al modelo biomédico (0 a 2) y las columnas de los modelos psicosocial y sociocultural (6 a 12), se destaca que no existen diferencias considerables entre cada uno de los participantes.

En los planos de la figura se aprecia que los participantes de cada grupo siguen un patrón más o menos similar en la elección de factores, sin embargo, al comparar los planos grupales no es posible encontrar patrones similares. Las agrupaciones muestran un comportamiento diferente aun cuando tres de ellas corresponden a disciplinas del área de la salud, mostrando que los participantes no comparten un acuerdo en común sobre los elementos causales de la esquizofrenia.

**Figura 13.**

*Elección de factores por individuo dentro de cada grupo*



Nota: La coloración de la cinta lateral indica la frecuencia de menciones de los factores en escala gradual. Azul oscuro: menor frecuencia y amarillo: mayor frecuencia.

## **Capítulo 5. Discusión y consideraciones finales**

### **5.1 Discusión**

El propósito del presente trabajo fue conocer los factores que conforman las redes de las teorías intuitivas y los modelos causales, así como las características y tendencias en la concepción de la esquizofrenia en especialistas de la salud mental y legos, así mismo, se determinaron los factores que interactuaron entre los diferentes grupos de participantes y se realizó una descripción de las variaciones entre las redes construidas con la información aportada por los voluntarios de cada uno de los grupos. A partir del análisis de resultados, es posible deducir que los objetivos generales y específicos se cumplieron favorablemente. Siguiendo las hipótesis de dominio cognitivo mixto y específico planteadas por los investigadores Lynch y Medin (2006), las redes de pensamiento construidas por los psicólogos y los legos tienden a orientarse en dirección a la primera hipótesis (de dominio mixto). En este estudio, ambos grupos formaron una estructura que incluye un amplio rango de las teorías y modelos revisados (figuras 1 y 4), no obstante, aunque las redes se superponen hasta cierto punto, el conocimiento expresado por los legos está fundamentado en gran medida, en las teorías intuitivas, que como señalan Furnham y Ross (1988), tienden a poner más énfasis en los factores psicológicos, sociales y familiares, donde la principal diferencia se observa tanto en los términos empleados, como en sus significados, por tanto, los resultados del presente estudio concuerdan con este señalamiento. Otro planteamiento que es importante retomar, es el que subraya el lugar preponderante que los legos le conceden al entorno en la etiología de la esquizofrenia, y que va más allá de la presencia de una disfunción fisiológica. En este sentido, al analizar las redes, se observó un mayor número de nodos pertenecientes al modelo psicosocial y sociocultural. Sin embargo, los planos de la figura 13, permiten visualizar de una manera más clara, que más de la mitad de los participantes del grupo de los legos, nombraron factores del modelo biomédico, es

decir, consideraron que las causas del trastorno se debían a un mal funcionamiento fisiológico, esto, en particular, los separa de los supuestos reportados por los autores (Furnham, 2017).

En relación con las redes de factores conformadas por los psicoanalistas y psiquiatras, se observa que la orientación de ambos grupos está dirigida a la segunda hipótesis, la de dominio cognitivo específico. Los psiquiatras eligieron principalmente factores del modelo biomédico y los psicoanalistas del modelo psicoanalítico (figuras 2 y 3) (Lynch & Medin, 2006). En este sentido, considerando sus argumentos durante las entrevistas, se infiere que aunque los psiquiatras son considerados como los representantes principales del modelo biomédico, no significa que lo encarnen en sí, más bien, utilizan las herramientas que este les brinda, por lo tanto, es de esperarse que los factores que mencionan como causas de la esquizofrenia, sean congruentes con las teorías y modelos explicativos biomédicos, no obstante, nunca pierden de vista que trabajan con un concepto abstracto, es decir, con la mente. Los psiquiatras, parten del síntoma para determinar un tratamiento y aunque encuentran algunas conexiones con un mal funcionamiento fisiológico, no lo contemplan como único referente, ya que pudiera haber un historial de antecedentes familiares de una enfermedad mental ligada a la genética y sin embargo, no presentarse en otros miembros o en generaciones posteriores. Aunado a esto, se destaca que, no consideran que los trastornos mentales sean una enfermedad, es decir, no hay un virus, una bacteria o algo en el cuerpo físico, como un biomarcador de correspondencia directa que los produzca, es ahí donde reside el conflicto epistémico actual de la profesión, ya que refieren que no existe un elemento tangible que de origen a algo intangible o abstracto a nivel de la mente; es posible observar esto, en la gran cantidad de factores que mencionaron como causantes de la enfermedad y en donde, desde su punto de vista, todos pueden influir pero no de una forma generalizable para cada paciente con esquizofrenia (Boorse, 1975; Guevara, 2008; De las Matas, 2011). Las investigaciones que hablan de esta disonancia han empezado a

cuestionar el lugar de la psiquiatría y también han realizado nuevas propuestas para una práctica clínica desde un lugar diferente al que propone la biomedicina, ya que a diferencia de otras enfermedades o condiciones médicas, en las enfermedades mentales, no existen biomarcadores o comorbilidades previas que anuncien con anticipación el padecimiento o permitan su localización a través de estudios de neuroimagen o de laboratorio (Borsboom et al., 2016; Cervantes, 2018). Por otra parte, con respecto a los psicoanalistas y retomando lo mencionado previamente, una posible explicación sobre el cumplimiento parcial de la hipótesis de dominio cognitivo específico se deriva a partir de la forma de abordar la esquizofrenia por este grupo de especialistas; por una parte, se observa que no contemplan la existencia de la esquizofrenia como una categoría psiquiátrica, más bien, la consideran una estructura psíquica que se forma a partir de que el individuo es introducido a la sociedad a través del lenguaje, y por otro lado, también le conceden relevancia a la forma en que las personas pueden enfrentar un suceso vital (acontecimiento, situación, etc.) o hechos que generan una ruptura en sí mismos y que constituyen a decir de los psicoanalistas actos que solo pueden ser leídos a posteriori, es decir, expresados a través de las palabras durante la sesión de psicoanálisis. De esta manera, para estos especialistas, el delirio, la desorganización de pensamiento y las alucinaciones son vías que expresan el sufrimiento o la singularidad de los individuos (Allouch, 2020). En referencia a las hipótesis que se plantearon para desarrollar esta investigación se observa que el cumplimiento de dos de ellas también fue parcial. La primera determinaba que la construcción de las redes causales de los especialistas en salud mental se realizaría con pocos factores y de acuerdo con el modelo biomédico. Los resultados obtenidos mostraron que únicamente el grupo de psicoanalistas conformó una red causal más pequeña en relación con las de los otros grupos. Además, los psiquiatras y psicólogos incluyeron más factores en sus redes comparadas con la de los legos; por último, exclusivamente la red del grupo de psiquiatras sustentó mayor concordancia con el modelo biomédico. La segunda hipótesis proponía que

la red causal de los legos se construiría con factores de diversos modelos y en mayor número. Los hallazgos reportados confirman la hipótesis con el grupo de los legos, no obstante, no fue el único grupo que nombró elementos causales de los diferentes modelos contemplados, también los psicólogos abarcaron casi todas las teorías y modelos en su selección de factores.

Hablar de las causas de un trastorno mental es una empresa delicada, pues para poder determinarlas con exactitud, sería necesario identificar la causa específica que la origina (De la Fuente, 2016). De todos los participantes entrevistados, ninguno refirió que los factores nombrados darían origen directamente a la esquizofrenia, por lo tanto, todos los elementos causales pueden ser considerados de riesgo y como parte de una composición muy específica para cada persona con el diagnóstico. En la figura 12 se presentan las barras comparativas que indican el número de veces en las que los voluntarios concluyeron sus cadenas causales hasta la esquizofrenia; las barras más pequeñas pertenecen a los tres grupos de especialistas, en contraste, la barra de los legos fue la más grande, hecho que confirma su conocimiento intuitivo y la cautela, preparación y experiencia de los especialistas.

En el marco de referencia también se especifica que el estatuto teórico y epistemológico de la esquizofrenia se encuentra insuficientemente delimitado y se planteaba un posible modelo para homogeneizar el acercamiento, sin embargo, el tamaño de la población y los resultados presentados hasta el momento, no hacen posible su construcción, además, las perspectivas de los psiquiatras, legos y psicólogos comparadas con las de los psicoanalistas parecen crecer desde perspectivas diferentes y el conflicto epistemológico actual en el que se encuentra la psiquiatría rebasa los objetivos trazados en esta investigación (Boorse, 1975; Cervantes, 2018). En la actualidad, la esquizofrenia se sigue manteniendo en un marco institucional, sin embargo, sería ideal, que en investigaciones futuras las reflexiones generadas, consideren que si bien, desde ciertas posturas del



conocimiento existe un acuerdo en el hecho de que la esquizofrenia tiene un origen orgánico, es también parte de una construcción social, pudiendo observarse en las diferentes manifestaciones del trastorno en todo el mundo y en la dificultad para encuadrarla en un único diagnóstico, así como, en la diversidad de abordajes (Sacristán, 2005).

Es importante enfatizar que independientemente de las diferentes redes de causalidad con la que cada especialista o lego piensa el síndrome, el trastorno, la entidad o la forma de reaccionar ante acontecimientos vitales, queda claro que ninguno se muestra indiferente ante el sufrimiento humano y que desde sus trincheras día a día se esfuerzan por brindar sus mejores herramientas a las personas que lo requieren. También, procuran mantener informados a los familiares y personas allegadas a los pacientes que han sido diagnosticados con esquizofrenia, de tal manera que se pueda disipar el estigma tan acentuado en algunos problemas mentales.

Por último es crucial señalar las aportaciones de esta metodología en estudios descriptivos. Inicialmente, permite explorar las diferentes perspectivas sobre las enfermedades mentales desde el punto de vista de diversas formaciones en el área de la salud y de la población en general, también posibilita el análisis de las variaciones estructurales de las redes causales entre grupos y el papel que juegan los factores que cada participante proporciona en la construcción de los modelos causales de la enfermedad (Maupin, 2015; Lynch & Medin).

## **5.2 Consideraciones finales**

La aplicación de esta metodología en el estudio de las variaciones y concordancias de los modelos explicativos permitió identificar las complejas formas en las que los diferentes grupos de especialistas y legos conceptualizan las causas de un trastorno mental, sin embargo, las entrevistas enfocadas en averiguar los factores causales sin profundizar en las implicaciones terapéuticas no alcanzan a reflejar con profundidad los diferentes marcos explicativos en los que se sitúan los especialistas al ejercer su profesión.

También, la aplicación metodológica para investigar las causas de la esquizofrenia puede no ser el mejor acercamiento, pues al tratarse de un trastorno de alta complejidad, en algunos momentos preguntar específicamente por las causas resultaba insuficiente y limitaba la obtención de explicaciones más amplias. Todos los participantes incluyendo a los legos, mencionaron que ningún factor por sí mismo, daba lugar a los síntomas de la esquizofrenia, sino que era necesario una composición de diversos factores para dar lugar al padecimiento. De hecho algunos especialistas llegaron a mencionar que no existían factores causales como tal, sin embargo, los enlistaban en respuesta al requerimiento metodológico de esta investigación.

### **5.3 Limitaciones y proyecciones a futuro**

Desafortunadamente es difícil realizar aseveraciones contundentes sobre los hallazgos reportados debido al tamaño de la muestra analizada. Este hecho, también impidió la generación de un modelo de aproximación al trastorno menos ambiguo, aunado al conflicto epistemológico del que se habló en la discusión y para el que sería necesario ampliar tanto los objetivos como el tiempo de desarrollo de la investigación. El estudio de la esquizofrenia únicamente desde las causas deja un espacio estrecho que impide realizar exploraciones alternas, además, existe la probabilidad de que las variaciones entre los grupos se estén sobreestimando o viceversa. Otra limitación, tiene que ver con el tiempo de experiencia que los grupos de profesionales de la salud dijeron tener, todos los especialistas reportaron conocimientos y experiencias en diferentes niveles, por lo que se sugiere, que en futuras investigaciones, se intente uniformar el número de años de estudios profesionales, así como de práctica clínica, y no incluir estudiantes.

En el futuro se espera que esta investigación pueda ser replicada en muestras más amplias, con la finalidad de realizar afirmaciones más contundentes, así mismo, pudiera ser una línea de base en investigaciones sobre otros padecimientos mentales o enfermedades.

## Referencias

- Abíznano, R. (2018). Aproximación al concepto de esquizofrenia: de la psiquiatría al psicoanálisis. *Investigaciones en Psicología*, 23, 7-13.
- Alanen, Yrjö. (2003). *La esquizofrenia, sus orígenes y tratamiento adaptado a las necesidades del paciente* (1ª ed.). Edición española con la ayuda de Janssen-Cilag, S.A. Depósito Legal: M-45284-2003.
- Allouch, J. (2020). Nuevas observaciones sobre el pasaje al acto. *Me Cayó el Veinte. Revista de Psicoanálisis*, 41/42, 11-23.
- Adityanjee, Aderibigde, Y. A., Theodoris, D., Vieweg, W.V.R. (2002). Dementia praecox to schizophrenia: the first 100 years. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53(4), 437-448.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V). Washington, DC. *Publicación Psiquiátrica Americana*.
- Ahn, W. K., Proctor, C. C., & Flanagan, E. H. (2009). Mental health clinicians' beliefs about the biological, psychological, and environmental bases of mental disorders. *Cognitive Science*, 33(2), 147-182
- Arredondo, A., Díaz-Castro, L., Cabello-Rangel, H., Arredondo, P., Recaman, A.L., (2018). Análisis de Costos de Atención Médica para esquizofrenia y depresión en México para el periodo 2005-2013. *Cuadernos de Salud Pública*, 34 (1), 1-13.
- Bernal, H. (2009). Las estructuras clínicas en el psicoanálisis Lacaniano. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*, 18, 1-6.
- Boorse, C. (1975). On the distinction between disease and illness. *Philosophy & Public Affairs*, 49-68.
- Borsboom, D., Rhemtulla M., Cramer A.O., Van der Maas, H. L., Scheffer, M., & Dolan C.V. (2016). Kinds versus continua: a review of psychometric approaches to uncover the structure of psychiatric constructs. *Psychol Medicine*, 46(8), 1567-1579.

- Carey, S. (2014). On learning new primitives in the language of thought: Reply to Rey. *Mind & Language*, 29(2), 133-166.
- Carey, S. (2011). Précis of the origin of concepts. *Behavioral and Brain Sciences*, 34(3), 113.
- Casillas, I. (2020). Lo he dicho todo salvo lo de la cabeza. *Me Cayó el Veinte. Revista de Psicoanálisis*, 41/42, 51-67.
- Cervantes, J.J. (2018). El problema del diagnóstico psiquiátrico: reflexiones sobre su adecuación al modelo médico. Manuscrito no publicado. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Clasificación Internacional de las Enfermedades 10.<sup>a</sup> Revisión, modificación clínica. Edición Española. *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación Subdirección General de Información Sanitaria* [www.mscbs.gob.es](http://www.mscbs.gob.es)
- Correll, C.U., Rubio, J. M., Inczedy-Farkas, G., Birnbaum, M. L., Kane, J.M. & Leutch, S. (2017) Efficacy of 42 pharmacologic cotreatment strategies added to antipsychotic monotherapy in schizophrenia: systematic overview and quality appraisal of the meta-analytic evidence. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 675-684. <http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0624>
- De la Fuente, R., & Leefmans, F. J. Á. (2016). *Psicología médica*. Fondo de cultura económica. ISBN 978-607-16-4408-4
- Díaz-Castro, L., Cabello-Rangel, H., Medina-Mora, M. E., Berenzon-Gorn, S., Robles-García, R., Madrigal-de León, E. A. (2020). Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud Publica*, 62, 72-79. <https://doi.org/10.21149/10323>

- Dweck, C.S., Foreward. En Zedelius, C. M., Müller, B. C., & Schooler, J. W. (2017). The science of lay theories (pp. v-vii). Cham, Switzerland: *Springer International Publishing*. <http://doi.org/10.1007/978-3-319-57306-9>.
- Fenichel, O., & Rangell, L. (1995). *The psychoanalytic theory of neurosis (2ª Ed.)*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203754436>
- Foucault, M. (1978). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI. ISBN 02J6-41X-ZZSA
- Fraga-Díaz del Castillo, I., Alvarado-Ruvalcaba, M. de S., Saucedo-Sauceda, A., Velarde-Del Río, L.T., Fragoso-Morales, L.E. (2010). Esquizofrenia: un problema de salud pública de grandes dimensiones en la población mexicana. Carta al editor. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(2), 187-188.
- Furnham, A. (2017). How lay theories influence our mental health. En Zedelius, C. M., Müller, B. C., & Schooler, J.W. *The science of lay theories: How beliefs shape our cognition, behavior, and health* (pp. 355–374). Springer International Publishing AG. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-57306-9\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-319-57306-9_15)
- Furnham, A. (2009). Psychiatric and psychotherapeutic literacy: attitudes to, and knowledge of, psychotherapy. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(6), 525-537.
- Furnham, A., & Bower, P. (1992). A comparison of academic and lay theories of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 161(2), 201-210.
- Furnham, A., & Buck, C. (2003). A comparison of lay-beliefs about autism and obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 49, 287–307.
- Furnham, A., & Carter-Leno, V. (2012). Psychiatric literacy and the conduct disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 24–31.
- Furnham, A., & Rees, J. (1988). Lay theories of schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 34(3), 212-220.

- Furnham, A., Kirkby, V., & McClelland, A. (2011). Non-expert's theories of three major personality disorders. *Personality and Mental Health, 5*, 43–56.
- Furnham, A., & Telford, K. (2011). Public attitudes, lay theories and mental health literacy: The understanding of mental health (pp. 3-22). En L'Abate, L., *Mental illnesses: Understanding, prediction and control*. InTech
- Furnham, A., & Wincelous, J. (2012). Psychiatric literacy and the personality disorders. *Psychopathology, 45(1)*, 29–41.
- Gelman, S.A., & Legare, C.H. (2011). Concepts and Folk Theories. *Annual Review of Anthropology, 40*, 379-398.
- Giosan, C., Glovsky, V., & Haslam, N. (2001). The lay concept of 'mental disorder: a cross-cultural study. *Transcultural Psychiatry, 38(3)*, 317-332.
- Hanneman, R. A. & Riddle, M. (2005). *Introduction to social network methods*. Riverside, CA: University of California, Riverside. <http://faculty.ucr.edu/~hanneman/>
- Haslam, N., & Kvaale, E. P. (2015). Biogenetic explanations of mental disorder: The mixed-blessings model. *Current Directions in Psychological Science, 24(5)*, 399-404.
- Silva, I.H., (1993). *La esquizofrenia de Kraepelin al DSM-IV*. Pontificia Universidad Católica de Chile. ISBN 978-956-14-0307-9
- Jablensky, A. (2010). The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 12(3)*, 271.
- Jenkins, J. H. (2015). *Extraordinary conditions: Culture and experience in mental illness* (1<sup>a</sup> ed.). University of California Press. ISBN: 9780520962224
- Jenkins, J. H. & Barrett, R. J. (2004). *Schizophrenia, culture, and subjectivity: The edge of experience*. Board. [www.cambridge.org/9780521829557](http://www.cambridge.org/9780521829557)
- Jones, B. J., Gallagher III, B. J., Pisa, A. M., & McFalls Jr, J. A. (2008). Social class, family history and type of schizophrenia. *Psychiatry Research, 159(1-2)*, 127-132.

- Kleinman, A., & Good, B. (2004). Culture and depression. *New England Journal of Medicine*, 351, 951-952.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251-258.
- Lacan, J. Obras Completas. Seminarios 3-13 (1956-1966). Bibliopsi 2016-v2.1.1. <https://www.bibliopsi.org/freudLacan.php>
- Lacan, J. Obras Completas. Seminario 14-27 (1967-1980). Bibliopsi 2016-v2.1.1. <https://www.bibliopsi.org/freudLacan.php>
- Lynch, E., & Medin, D. (2006). Explanatory models of illness: a study of within-culture variation. *Cognitive Psychology*, 53(4), 285-309.
- Lovell, A. M., Read, U. M., & Lang, C. (2019). Genealogies and anthropologies of global mental health. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 43(4), 519-547.
- Maatz, A., & Hoff, P. (2014). The birth of schizophrenia or a very modern Bleuler: a close reading of Eugen Bleuler's 'Die Prognose der Dementia praecox' and a re-consideration of his contribution to psychiatry. *History of Psychiatry*, 25(4), 431-440.
- Martínez, D. P. (2015). René Girard y la teoría del doble vínculo de Palo Alto (René Girard and double bind theory of Palo Alto). *Revista de Filosofía*, 40(2), 109.
- Maupin, N.J. (2015). Variation in Causal Models of Diabetes: A Comparison of Nurses and Lay Community Members in the United States and Guatemala. *Ethos*, 4(43), 353-375.
- Miranda-Navales, M. G., & Villasís-Keever, M. Á. (2019). El protocolo de investigación VIII. La ética de la investigación en seres humanos. *Revista Alergia México*, 66(1), 115-122.
- Miresco, M. J., & Kirmayer, L. J. (2006). The persistence of mind-brain dualism in psychiatric reasoning about clinical scenarios. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 913-918.

- Nunnally, J. C., Jr. (1961). *Popular conceptions of mental health: Their development and change*. Holt, Rinehart, & Winston.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Esquizofrenia. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Padín, G. A. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos del Tomás*, (4), 151-172.
- Parnas, J., & Henriksen, M. G. (2014). Disordered self in the schizophrenia spectrum: a clinical and research perspective. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(5), 251.
- Restrepo-Martínez, M., López-Hernández, J. C., Espinola-Nadurille, M., Bayliss, L., Medina-Rioja, R., Martínez-Ángeles, V., Galnares-Olalde, J., Téllez-Martínez, A., & Ramírez-Bermúdez, J. (2021). Psicosis autoinmune. *Revista Alergia México*, 68(4), 267-290. <https://doi.org/10.29262/ram.v68i4.981>
- Ross, N. (2004). *Culture and cognition: Implications for theory and method*. Sage. ISBN 0-7619-2906-1
- Ruíz, J. (2020). Las transiciones de Abby Stein. *Me Cayó el Veinte*. *Revista de Psicoanálisis*, 41/42, 69-82.
- Sacristán, M. C. (2005). Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 5(1), 9-33.
- Sacristán, C. (2010). La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968. *Salud mental*, 33(6), 473-480.
- Saiz-Ruiz, J., Vega-Sánchez, D. C., & Sánchez-Páez, P. (2010). Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 235-254.
- Salcedo, G. M., (2018). *Clases naturales como enjambres de disfunciones sistémicohomeostáticas. Un marco epistemológico para la clasificación de trastornos mentales* (Tesis de doctorado inédita). Universidad Autónoma de México.



- De las Matas, M. C. S. (2011). Control social de la singularidad psicótica: Epistemología psiquiátrica y bioética crítica. *Reflexiones*, 90(1), 3.
- Sandoval de Escurdia, J. M., & Richard Muñoz, M. P. (2005). La salud mental en México. *México: Servicios de Investigación y Análisis, División de Política Social, Cámara de Diputados. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>.*
- Secretaría de Salud. Consejo de Salud Mental y Adicciones. *Diagnóstico operativo de salud mental y adicciones*. México, 2020. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/647723/SAP-DxSMA-Informe\\_\\_2\\_.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/647723/SAP-DxSMA-Informe__2_.pdf)
- Seeman M.V. (2016) Schizophrenogenic Mother. In: Lebow J., Chambers A., Breunlin D. (eds) *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-15877-8\\_482-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-15877-8_482-1)
- Tamminga, C. (2020). Esquizofrenia. Manual MSD. Versión para profesionales. [https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornospsiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-ytrastornosrelacionados/esquizofrenia#v39692509\\_es](https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornospsiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-ytrastornosrelacionados/esquizofrenia#v39692509_es)
- Vike, H. (2011). Cultural models, power and hegemony. Chapter 20. En Kronenfeld, D.B., Bennardo, G., de Munick, V.C. y Fischer, M.D. *A Companion to Cognitive Anthropology* (pp 376-392). Editorial Wiley-Blackwell.
- Villamil, S. V., Valencia, C. M., Medina-Mora, M. E., & Juárez G. F. (2009). Validación de la prueba de identificación de trastornos derivados del consumo de alcohol (AUDIT) en pacientes mexicanos con esquizofrenia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 283–289.
- Zárraga, M. E. G. (2008). El paradigma epistémico de la Psiquiatría. *Investigación en Salud*, 10(1), 43-50.

Zedelius, C. M., Müller, B. C., & Schooler, J. W. (2017). *The science of lay theories*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing. <http://doi.org/10.1007/978-3-319-57306-9>.

Zoch Z. C.E. (2002). *Temas de Psiquiatría para el médico general*. Universidad de Costa Rica. CENDEISSS.

## Anexos

### Anexo 1. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



Título del protocolo: Teorías Intuitivas de la esquizofrenia en profesionales de la salud mental y legos

Investigador Principal: Cecilia Ávalos Tinoco

Tutora: Dra. Diana Platas Neri

Sede donde se realizará el estudio: Mediante entrevistas en línea.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como "Consentimiento informado". Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma y se le enviara una copia a su correo electrónico.

1. EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO ES: Identificar como las teorías Intuitivas y los modelos causales de los especialistas en salud mental y legos, configuran un marco de referencia para analizar e interpretar la esquizofrenia.

#### 2. PROCEDIMIENTO DE ESTE ESTUDIO

El procedimiento se realizará en 1 entrevista de dos fases con duración aproximada de entre 30 y 45 minutos

Fase 1. El participante contestará un cuestionario sociodemográfico a través de un formulario en Google. Se realizará una entrevista abierta de 45 min. aproximadamente. Se le pedirá al participante que responda a la pregunta ¿Podrías enumerar las casusas de la esquizofrenia?

Fase 2. Una vez terminada la lista se le pedirá que responda las siguientes dos preguntas ¿Cómo es que el factor que mencionaste causa la esquizofrenia? ¿Lo consideras un factor directo o indirecto?

#### 3. ACLARACIONES

- La decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio, puede retirarse en el momento en que lo desee, su decisión será respetada.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- Deberá contar con un dispositivo electrónico (tableta, teléfono celular, pc o laptop) y conexión a internet.
- En el transcurso del estudio, usted podrá solicitar información al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio será utilizada para la identificación de cada participante y se mantendrá en estricta confidencialidad. Será almacenada en el disco duro de la computadora personal de la investigadora responsable (Lic. Cecilia Avalos Tinoco) bajo clave de acceso. El manejo de datos y archivos estará a cargo de las investigadoras responsables del proyecto. Lic. Cecilia Avalos Tinoco, Dra. Diana Platas Neri y Dra. Mariana Salcedo Gómez. Cuando la investigación sea concluida, el tiempo de almacenamiento de los datos será de 5 años y después serán eliminados definitivamente para evitar usos indebidos.
- Las entrevistas se llevarán a cabo a través de la plataforma zoom o meet, sin embargo, únicamente se grabará el audio a través de una grabadora digital marca Olympus.
- Este proyecto cuenta con el aval del Comité de Ética en Investigación del Centro de Investigación Transdisciplinaria en Psicología con no. de registro CONBIOÉTICA-17-CEI-003-20190509.
- Se espera que, con los resultados obtenidos y el análisis estadístico, se aporte información beneficiosa para los expertos, de tal manera que influya favorablemente en su ejercicio diario y en la concepción del trastorno a partir de otras miradas. La tesis será compartida en modalidad virtual abierta en el repositorio de la biblioteca del CINCCO una vez concluida y aprobada mediante el examen de grado, además se realizará un artículo para su publicación así como la participación en dos eventos académicos. Las recomendaciones de intervención no serán proporcionadas a los legos, ya que una de las condiciones para participar es que no tengan preparación en el área de la salud mental. Al concluir su participación en la sección de agradecimientos y reconocimientos se les hará una mención por su contribución al proyecto y en caso de solicitarlo también podrán acceder libremente a la investigación en el repositorio virtual del CINCCO.
- Datos de contacto: Lic. Cecilia Avalos Tinoco. Cel. 554191-2524. ceavalost@gmail.com
- Si considera participar, le pedimos firmar la Carta de Consentimiento informado que forma parte de este documento.

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado (a) y entiendo que todos los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Estoy al tanto de que el audio de las entrevistas realizadas

por videollamada será grabado mediante una grabadora digital, con el fin de reproducir el contenido para su análisis entre las investigadoras responsables. La reproducción y publicación total o parcial de los datos y archivos se realizará de manera anónima y confidencial. Convengo en participar en esta investigación. Recibiré una copia firmada vía electrónica y con fecha. He sido informado (a) y entiendo que todos los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo participar en esta investigación. Recibiré una copia firmada vía electrónica y con fecha.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

He explicado al participante la naturaleza y los propósitos de la investigación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si aún quedan dudas. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella comprometiéndome a cuidar la integridad de los participantes.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Anexo 2.** Cuestionario sociodemográfico

Muchas gracias por participar. A continuación, le pedimos que conteste una serie de preguntas. En ningún caso las preguntas tienen respuestas correctas o incorrectas, sin embargo, es importante que dé respuestas sinceras y lo más apegadas a su realidad.

1. Edad
2. Género
  - a) Masculino
  - b) Femenino
  - c) No binario
  - d) Otro
3. ¿Cuál es su país de origen?
4. ¿Cuál es su país de residencia?
5. ¿Qué opción describe mejor su nivel educativo?
  - a) Posgrado
  - b) Licenciatura completa
  - c) Licenciatura incompleta
  - d) Otro
6. ¿Cuál es tu área profesional?
  - a) Psicología
  - b) Psiquiatría
  - c) Neuropsiquiatría
  - d) Psicoanálisis
  - e) Otro
7. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en el área de la salud mental?
8. ¿Cuál es su ocupación?
9. ¿Cuál es su situación laboral?
  - a) Empleado (a) a tiempo completo
  - b) Empleado (a) a medio tiempo
  - c) Empleado (a) por cuenta propia
  - d) Desempleado
  - e) Jubilado

- f) Estudiante
- 10. ¿Actualmente trabaja o ha trabajado con pacientes con esquizofrenia?
- 11. ¿Profesas alguna religión?
  - a) Si
  - b) No
- 12. ¿Cuál es la religión que profesas?

#### Aviso de Privacidad

El CINCCO es un Centro de Investigación que pertenece a la UAEM con domicilio en Av. Universidad 1001, Campus Chamilpa, Edificio 41. Cuernavaca, Morelos, México. C.P. 62209, es responsable de recabar sus datos personales, del tratamiento de los mismos y de su protección y resguardo, con fundamento en los artículos 20, 26,27 y 28 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 2017. Se informa que dichos datos personales NO SERÁN COMPARTIDOS CON TERCEROS. La investigadora responsable del resguardo de los datos es la Lic. Cecilia Avalos Tinoco. Si usted ya no desea que el CINCCO haga uso de sus datos personales con fines científicos y de investigación, lo puede solicitar a través del correo electrónico [cecilia.avalos@uaem.edu.mx](mailto:cecilia.avalos@uaem.edu.mx)

El cuestionario se puede consultar en esta liga:

**[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe9Ak7E58N2udWzwliv0TztyJSL3n6ONNPV7-9YuO8qdEn8yw/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe9Ak7E58N2udWzwliv0TztyJSL3n6ONNPV7-9YuO8qdEn8yw/viewform?usp=sf_link)**

### **Anexo 3.** Guión de entrevistas

#### Entrevista fase 1. Lista de asociación libre

Ahora le vamos a pedir que realice una lista de factores que considera como causas de la esquizofrenia:

1. Enumera las causas de la esquizofrenia

#### Entrevista fase 2.

A continuación, de la lista causa por causa, se le pedirá que conteste la siguiente pregunta:

- a) ¿Cómo X causa la esquizofrenia?

Si se identifica un factor causal posterior, se le pedirá una vez más al participante:

- b) ¿Cómo Y causa la esquizofrenia?

El procedimiento se realizará hasta alcanzar la enfermedad objetivo.