

**[2018]**



**IBEROAMERICANA**  
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

**Imaginarios sociales relacionados con la salud mental y su incidencia en la inclusión social comunitaria. Estudio comparativo en dos grupos poblacionales**

**Aleida Fajardo Rodríguez**

**Psicología  
Facultad Ciencias Humanas y  
Sociales  
Corporación Universitaria  
Iberoamericana**



Imaginarios sociales relacionados con salud mental y su incidencia en la inclusión social comunitaria. Estudio comparativo en dos grupos poblacionales

Social imaginaries related to mental health and its influence on community social inclusion. Comparative study in two population groups

Autora

Aleida Fajardo Rodríguez

Coinvestigador

Javier Cabrera Grosso

Universidad de Buenos Aires

Asistentes Investigación

*Primer Semestre de 2018*

Olga Lucía Fuentes

Jully Katherine Oliveros

Javier González Peralta

Deisy Liliana Ramos

Angie Tatiana Sánchez Quintero

*Segundo Semestre de 2018*

Michel Julián Forero Hincapie

Angela González Ramírez

Javier González Peralta

Katherin Pereira Rico

Gina Quintero Amaya

Angie Tatiana Sánchez Quintero

Corporación Universitaria Iberoamericana

Diciembre, 2018

## **Agradecimientos**

A todos los(as) participantes en este proceso investigativo, quienes nos han aportado diversas miradas en torno a la salud mental y nos han permitido reflexionar críticamente, en torno al quehacer del investigador y a los sentidos de la investigación. Al coinvestigador y a todo el equipo de asistentes de investigación, por sus valiosos aportes tanto en las reflexiones teórico-metodológicas, como en la gestión y consolidación de cada etapa del proyecto. A la Corporación Universitaria Iberoamericana y a cada una de las instancias encargadas de la investigación en esta Institución por la confianza en el desarrollo de esta apuesta investigativa.

## Resumen

Desde un enfoque cualitativo y una mirada transdisciplinar (Psicología- Fonoaudiología), se realizó una aproximación comprensiva a los imaginarios sociales relacionados con la salud mental y se identificó cómo se relacionan éstos con la inclusión social comunitaria, específicamente de personas con diagnósticos en salud mental. Para la recolección de información se priorizaron dos contextos socioculturales (Bogotá y Buenos Aires), que contaban con algunos aspectos comunes en función de los procesos de implementación de las políticas públicas de salud mental y algunas necesidades compartidas en función de procesos comunitarios. La estrategia de análisis de información fue orientada por los supuestos del análisis crítico del discurso y el análisis comparativo cualitativo. Se encontraron algunos elementos de convergencia en función del contenido que sustenta los imaginarios sociales en los dos contextos. Se identificaron retos en relación al desarrollo de análisis cualitativos comparativos.

*Palabras Clave:*

Imaginarios sociales, salud mental, inclusión social, bienestar

## **Abstract**

From a qualitative approach and a transdisciplinary view (Psychology - Speech Therapy), a comprehensive approach to the social imaginaries related to mental health was made and it was identified how these are related to community social inclusion, specifically of people with mental health diagnoses. For the collection of information, two sociocultural contexts were prioritized (Bogotá and Buenos Aires), which had some common aspects in terms of the implementation processes of public mental health policies and some shared needs based on community processes. The strategy of information analysis was guided by the assumptions of critical discourse analysis and qualitative comparative analysis. Some elements of convergence were found in terms of the content that sustains the social imaginaries in the two contexts. Challenges were identified in relation to the development of comparative qualitative analyzes.

*Key Words:*

Social imaginaries, mental health, social inclusion, wellness

## **Tabla de Contenido**

<b>Introducción .....</b>	<b>9</b>
<b>Capítulo 1 - Fundamentación conceptual y teórica .....</b>	<b>13</b>
<b>Capítulo 2 - Aplicación y Desarrollo .....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 Tipo y Diseño de Investigación</b>	
<b>2.2 Población o entidades participantes</b>	
<b>2.3 Definición de Variables o Categorías</b>	
<b>2.4 Procedimiento e Instrumentos</b>	
<b>2.5 Alcances y limitaciones</b>	
<b>Capítulo 3 - Resultados .....</b>	<b>25</b>
<b>Capítulo 4 - Discusión.....</b>	<b>31</b>
<b>Capítulo 5 - Conclusiones.....</b>	<b>35</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>38</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>49</b>

## **Índice de Anexos**

Anexo A. Soporte Pilotaje Versión A

Anexo B. Soporte Pilotaje en Validación con Argentina

Anexo C. Modelo Preguntas Validadas

Anexo D. Modelo Consentimiento Informado



## Introducción

La salud mental es una categoría priorizada de forma relativamente reciente en las discusiones de salud en general: A partir de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, la OMS asume como una apuesta relevante el asunto de la Salud Mental (OMS, 2008; OMS, 2013), lo cual ha redundado en la generación de políticas públicas y en el desarrollo de diversas aproximaciones investigativas.

En términos investigativos dos tendencias, de algún modo complementarias han aportado elementos para la comprensión de la salud mental y de las dinámicas asociadas a ésta: Una enmarcada en un enfoque epidemiológico, interesada en la identificación de indicadores objetivos en función de morbilidad, comorbilidad, efectividad de los tratamientos en salud mental, niveles de cobertura, acceso a servicios de salud mental entre otros (*N. de Almeida-Filho, 1992*), que ha permitido evidenciar por ejemplo como en las últimas dos décadas, se ha dado un incremento en las patologías relacionadas con la salud mental y que las condiciones estructurales macrosociales, los determinantes sociales (condiciones de pobreza, posibilidad de acceso a bienes y servicios) se convierten en factores que afectan de diversa manera las condiciones de salud mental de los individuos y los grupos.

Una segunda tendencia, se interesa en comprender los aspectos de orden simbólico, las prácticas y representaciones compartidas en torno a salud mental. Dentro de esta se ha identificado como un elemento de interés investigativo el asunto de las representaciones e imaginarios colectivos en torno a la salud mental (*Barbosa Pereira y Sanches Peres, 2016; Hoyos, López, Tabima, 2015; Scolni y Soliverez, 2015; Torres, 2012*). Dado que permiten ampliar la mirada en torno a la categoría salud mental, recogiendo aspectos de los entornos sociales, culturales y étnicos (*M. J. Alexander y E. Las ka, 1992*).

Por otra parte, como un elemento transversal se ha identificado la necesidad de realizar aproximaciones investigativas comprensivas de la salud mental, en tanto la deficiente salud

mental de los individuos y los grupos comunitarios afecta toda la estructura social y dichos niveles de afectación pueden incrementarse cuando se presentan condiciones de desventaja social y económica.

Los anteriores aspectos han influido en que la salud mental, sea un tema priorizado a nivel internacional y nacional, evidenciado en parte en el desarrollo de políticas públicas de salud mental. Para el caso de Argentina y Colombia (poblaciones objeto de esta investigación) en términos de Política Pública, se cuenta respectivamente con la Ley Nacional de Salud Mental 26657 -que contempla el abordaje fuera del ámbito de la internación hospitalaria y da valor relevante a los lazos sociales, al manejo intersectorial e interdisciplinario- y con el Plan Nacional de Salud Mental 2014-2021, la Política Nacional de Salud Mental (2014) y La ley 1616 de 2013.

No obstante, estos avances normativos, se evidencian importantes retos en los procesos de implementación dado tanto la presencia de discursos antagónicos frente a la salud mental, como a las necesidades de comprensión y transformación de prácticas individuales y colectivas.

En Argentina, por ejemplo, país con una fuerte tradición psicológica y psiquiátrica -con la existencia de 4 hospitales públicos monovalentes de salud mental-, se evidencia en la cotidianidad una pugna entre los discursos que abogan por la internación y los que enuncian otras alternativas, pugna que atravesó todo el proceso de construcción de la ley, los hospitales psiquiátricos siguen estando abarrotados y con evidentes características necesarias de rastrear. Para el caso de Colombia, con dinámicas particulares en el proceso de implementación de la Política, se dan también necesidades en función de la optimización de los procesos de salud mental de base comunitaria (los cuales han demostrado ser los más efectivos tanto para los individuos como para las comunidades), el empoderamiento de los actores sociales que tienen que ver directa o indirectamente con la salud mental y los temas de cobertura y calidad para la atención integral.

Las anteriores condiciones motivan en desarrollo de aproximaciones investigativas comprensivas de la salud mental: desde apuestas que toman en cuenta el rol del contexto comunitario se han dado intereses tendientes a caracterizar y comprender elementos de orden subjetivo e intercultural que resultan relevantes al momento de realizar procesos de acompañamiento e intervención en salud mental (Schonfeld, Brailovskaia & Margraf, 2017), emergiendo como temas de interés las representaciones sociales, los imaginarios sociales (Torres Cubeiro, 2012) y las percepciones compartidas en los grupos sociales y comunitarios en función de la salud mental, de la política pública y de los diferentes diagnósticos en salud mental.

Teniendo en cuenta este contexto, este proyecto pretende aportar elementos para la comprensión de representaciones compartidas – imaginarios sociales, relacionados con salud mental y su relación con los procesos de inclusión social en contextos comunitarios. Frente a este tipo de interés investigativo, la Corporación Universitaria Iberoamericana durante los años 2016 y 2017 desarrolló sendos ejercicios investigativos tendientes a la comprensión de las percepciones y las construcciones socioculturales situadas en función de procesos de inclusión social –de personas con discapacidad- (Rodríguez, Fajardo, Meza 2016/2017). Por otra parte, la Universidad de Buenos Aires, mediante su Maestría en Problemáticas Sociales Infanto Juveniles, se ha interesado en la comprensión transdisciplinar de aspectos referidos a la implementación de la política pública en función de diversas problemáticas sociales.

Se propone la siguiente pregunta orientadora: ¿Cuál es la incidencia en la inclusión social comunitaria, de los imaginarios sociales referidos a salud mental, de dos grupos poblacionales?. En función de este interés, se desarrollaron los siguientes objetivos orientadores del proceso de investigación:

### Objetivo General:

Comprender los imaginarios sociales relacionados con salud mental en dos grupos poblacionales e identificar como se relacionan estos con la inclusión social comunitaria.

### Objetivos Específicos:

- Caracterizar los imaginarios presentes en torno a salud mental, en dos grupos poblacionales.
- Contrastar los imaginarios sociales en torno a salud mental, identificados en dos grupos poblacionales.
- Identificar significados explícitos e implícitos en torno a imaginarios de salud mental y describir como estos se constituyen en barreras o facilitadores para la inclusión social comunitaria.
- Describir la relación entre imaginarios sociales e inclusión social comunitaria, en dos grupos poblacionales

## Capítulo 1 – Fundamentación conceptual y teórica

En relación a la definición y al abordaje de la salud mental, a partir del movimiento anti psiquiatría, de la medicina social (N. de Almeida-Filho, 1992; G. de Roux, 1992), de la emergencia de campos en psicología como la psicología comunitaria y de los movimientos sociales (en la década de los 60) interesados en la garantía de derechos y en la inclusión social de los grupos poblacionales marginados, se evidenció la necesidad de ampliar la comprensión tanto de los procesos terapéuticos efectivos en salud mental, como de los sistemas diagnósticos de clasificación y del rol central de las organizaciones de base comunitaria y de las mismas personas con afectaciones en salud mental en los procesos de vinculación activa a la comunidad.

Derivado de lo anterior, la salud mental es definida por la OMS (2008), como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. En este sentido, está mediada por varios aspectos, unos propios del individuo, referido a sus condiciones biológicas y a sus recursos subjetivos (como por ejemplo rasgos de personalidad, temperamento, resiliencia) y otros relacionados con el entorno social.

En relación a este último aspecto, la consideración de las condiciones sociales, los determinantes sociales resulta necesaria para la comprensión de la salud mental. En este sentido, la OMS (2008) señala que “la pobreza y los estresores psicosociales asociados (por ejemplo, violencia, desempleo, exclusión social e inseguridad) se correlacionan con los trastornos mentales. La pobreza relativa, la escasa educación y la desigualdad en el seno de las comunidades se asocian a un riesgo elevado de problemas de salud mental” (p.6). Estudios como los adelantados por Gili, López Navarro, Castro y otros (2016), han abordado estos aspectos.

Dentro de las miradas que contemplan el rol del contexto social en la definición social de salud, autores como Conrad y Scheneider (1990, citados por Galarza & Gravano, 2012,

p.183), señalan que “la dolencia es un estado fisiológico y la enfermedad es un estado social presumiblemente causado por la dolencia”. Esta apreciación resulta válida igual para la salud mental

Si bien existen diversas aproximaciones a la salud mental y a su definición, hay algunos aspectos comunes a destacar, algunos referidos con el asunto del bienestar, otros con las posibilidades de desarrollo individual de las capacidades humanas y algunos centrados en las relaciones que establecen las personas con su entorno sociocultural, como sujetos activos y autónomos: Para Herazo (2014, p. 24) “se considera un bien individual y colectivo asociado al desarrollo humano y social y al disfrute de la vida misma, generador de capital social, cultural, simbólico y económico”. Por otra parte Goldchluk, (2012, p.21), señala que es “una condición necesaria para que cada individuo afronte de una manera apropiada y creativa los desafíos que le propone la vida que le ha tocado”. En términos un tanto más amplios y más cercano a la relación individuo-entorno social, Parales (2008, p, 663), enuncia que “la salud mental en una acepción comprensiva es un estado de bienestar definido de acuerdo con estándares socioculturales”.

La salud mental es influida entonces por diversos factores algunos relacionados con las características físicas, de base biológica y otros de orden social / sociocultural, relacionados con las interacciones, las prácticas y las representaciones compartidas. Dentro de las características de orden social, un referente relevante tiene que ver con los aspectos normativos y de política pública presentes en un contexto específico, los cuales orientas tanto acciones en los escenarios sociales, como la garantía de los derechos de las personas con condiciones de afectación en su salud mental. En este sentido Goldchluk, (2012, p.23) destaca que “la salud mental no sólo depende de una intervención técnica, sino que depende de las actitudes y decisiones políticas que una sociedad tome y da lugar a que nuevos actores comunitarios se incorporen a la tarea”

Desde otras miradas, un factor influyente en la definición de salud mental tiene que ver con la noción de normalidad – anormalidad presente en un grupo social, en este sentido

Angel y Thoits (Citados por Urzúa, 2010, p. 362) señalan que “la percepción de normalidad o anormalidad de una condición física o mental está de acuerdo a un grupo de referencia, teniendo un marcado efecto la cultura sobre la salud y la enfermedad”. Las representaciones compartidas por un colectivo, en este caso en torno a la salud mental, pueden contar tanto con un sustento desde los saberes populares, como algunos referentes desde el modelo médico u otros discursos de los profesionales de la salud.

Dentro de estas múltiples miradas de salud mental, se ubican algunos aspectos diferenciales en función del enfoque que se privilegie para su abordaje en Psicología por ejemplo se encuentran de forma más prevaleciente los siguientes enfoques:

a. Enfoque Cognitivo-Conductual, el cual asume el abordaje de la salud mental contemplando tres aspectos: Lo cognitivo, lo conductual y lo emocional. Lo cognitivo tiene que ver con los rasgos, el temperamento y la personalidad del individuo. Lo conductual, hace referencia a la diversidad de repertorios comportamentales y lo emocional tiene que ver con las habilidades del individuo para regular, comprender y nombrar lo que siente (Keegan,2012). Una definición de salud mental dentro de este enfoque contempla que esta hace referencia a “contar con las habilidades y capacidades para definir objetivos valorados, así como concebir e implementar planes para alcanzarlos de modo socialmente aceptable” (Keegan, 2012, p. 54).

b. Enfoque biopsicosocial, reconoce la salud mental como un producto de la interacción entre las condiciones biológicas y en el entorno.

c. Enfoques Sociales: Social Crítico, Psicosocial, centrados en las consideraciones en torno a la salud mental como productos de las interacción entre las posibilidades para el ejercicio de la autonomía y desarrollo de sus capacidades de las personas y las

condiciones que el entorno social ofrece. Reconoce que las condiciones de desventaja socioeconómica y los cambios abruptos a nivel social son factores que pueden influir de forma negativa en la salud mental.

De forma complementaria a estos enfoques, el Ministerio de la Protección Social (2005), destaca que en términos de comprensión y abordaje de la salud mental, se han presentado las siguientes tendencias históricas:

- a. Anatomoclínica: En esta “la salud mental se caracteriza por ser de manejo individual, farmacológico, vista como un fenómeno básicamente biológico, concebida a partir de la enfermedad, escindiendo la salud del cuerpo de la salud de la mente y actuando sobre la persona enferma a través de servicios asistencialistas de salud”.
- b. Estratégico: Se destaca porque está “basado en la salud pública y la participación social”. Para la comprensión de la salud mental, retoma tres ejes: “El biológico, el psicoevolutivo y el ambiental”. Para los procesos de intervención parte de los “los saberes y conocimientos sociales”.
- c. Ecológico: Su interés central gira en torno al establecimiento de la relación individuo- medio ambiente. Para este caso, la definición de salud mental, considera las condiciones del entorno geográfico y sociocultural como relevantes.
- d. Alternativos: Se destaca porque reconoce que en un contexto sociocultural multiétnico, se dan diferentes concepciones de salud mental y de los modos de tratamiento. Reconoce entonces, que los pueblos indígenas, afrocolombianos y ROM, tienen “sus propias formas de ver y manejar el proceso salud enfermedad”.



Los anteriores aspectos permiten evidenciar que el concepto de salud mental es dinámico y a lo largo del tiempo ha logrado asociarse al bienestar, aunque evidencia diferencias relevantes en las estrategias de intervención. De otro lado, desde los enfoques más contemporáneos, los que consideran el entorno sociocultural como importante para la comprensión de la salud mental, emerge la necesidad de abordar tanto las prácticas colectivas como los aspectos simbólicos como el lenguaje y las representaciones compartidas, como elementos fundamentales tanto para la definición como para la garantía de la salud mental. En este contexto la referencia a los imaginarios sociales se torna vigente.

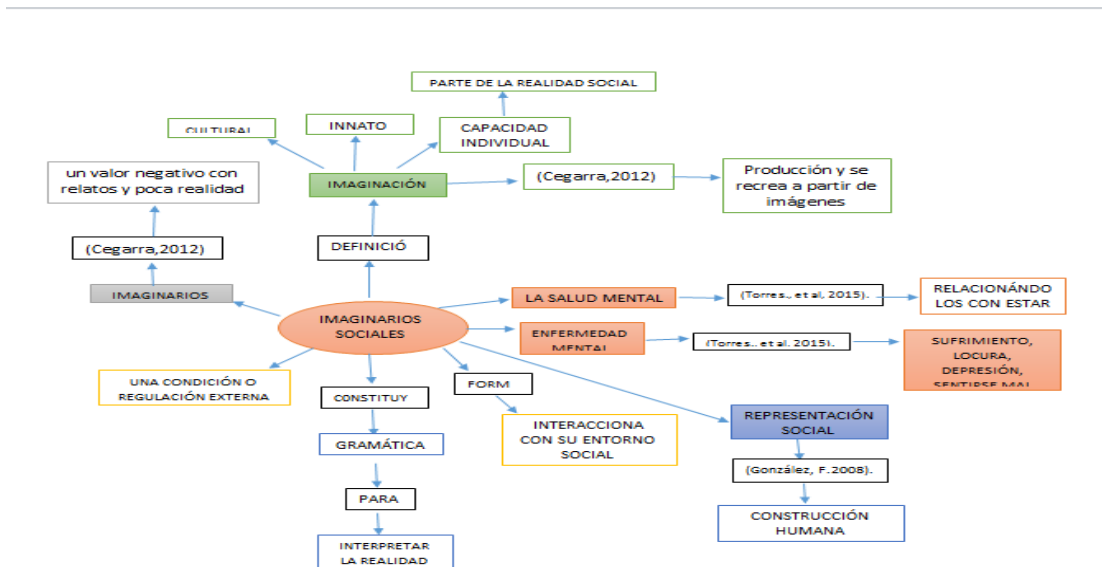
Los imaginarios sociales han sido considerados desde múltiples miradas. A continuación se recogen algunas de las más relevantes: a “esquemas que permiten dar explicación, sentido y significado a un fenómeno” (Freire, 2017, p. 5). En este sentido este autor destaca que “el imaginario, por tanto, se ubica en lo social, en lo cultural. No es del sujeto, sino del colectivo y de lo socio-histórico” (Freire, 2017, p.7). Como características del imaginario social se encontrarían la presencia de “un conjunto de relaciones magnéticas que actúan como memoria afectivo-social de una cultura, un substrato ideológico mantenido por la comunidad” (Freire, 2017, p.10). En este sentido, son configurados por “Las representaciones sociales o colectivas [...] y, por lo tanto, éstos son marcos de referencia desde los cuales los sujetos decodifican las representaciones que le vienen del contexto y las hacen suyas” (Freire, 2017, p.12).

Por otra parte, Cergara, (2012, p.3), destaca que “el imaginario social constituye una “gramática”, un esquema referencial para interpretar la realidad socialmente legitimada construido intersubjetivamente e históricamente determinado”

En relación con lo anterior, los imaginarios sociales, como producto de construcciones colectivas y cumplen con varias funciones. Particularmente, para el caso de la salud mental, Pintos (1995, citado por Torres, 2012, p.113) señala los siguientes aspectos:

- a. “Genera imágenes de estabilidad en situaciones de cambio social”. En este sentido, el imaginario social “produce estabilidad donde no la hay. Aplicado al Imaginario Social médico de la DM” dolencia mental /enfermedad mental, “es la idea de enfermedad orgánica la que da coherencia a la incomprensible situación de cambio”.
- b. “Genera percepciones de continuidad en experiencias de discontinuidad. El Imaginario Social de enfermedad mental en el modelo médico [...], genera la sensación de continuidad al situarnos en desarrollo “normal” de una enfermedad”.
- c. “Aporta explicaciones globales de fenómenos fragmentarios. El imaginario[...] ofrece una perspectiva unificada de lo que es de por si fragmentario y sin sentido”.
- d. “Permite actuar sobre los procesos comunicativos de los sistemas diferenciados. Esto facilita que el sistema social pueda comunicarse al observar como real lo construido por los sistemas especializados”. En este caso por ejemplo, las construcciones que las disciplinas especializadas como la Psicología y la Psiquiatría hacen en torno a la definición de salud mental.

La figura 1, recoge aspectos en torno a la relación entre imaginario social y salud mental, de acuerdo a las posturas de varios autores que se aproximado a estas consideraciones



**Figura 1.** Elementos relacionales imaginario social- salud mental a partir de la revisión teórica

**Marco Referencial.** Como se ha enunciado previamente, la salud mental ha sido un tema de interés social. Una evidencia de esto es la emergencia de políticas públicas, en tanto estas son un instrumento para la garantía de los derechos, que puede influir de forma positiva en la calidad de vida y el bienestar de los individuos y las comunidades.

Para el caso específico de la salud mental, cumplen con algunas de las siguientes funciones “focaliza la población a intervenir, segmenta las problemáticas a abordar y destina recursos para la intervención; establece mecanismos de control, seguimiento y evaluación del conjunto de acciones que las constituyen, en consonancia con las necesidades locales y con los lineamientos internacionales en materia de salud mental” (Henao, S.; Quintero, S.; Echeverri, J.; Hernández, J. Rivera et al, 2016, p.185).

De acuerdo con Henao et all. (2016, p.186) “en la segunda mitad del siglo XX y principios del XXI, Colombia, Paraguay, Ecuador, Argentina, Uruguay, Brasil y Perú elaboraron una política pública de salud mental, situación que obedece a un contexto mundial, donde las organizaciones internacionales de salud (OPS y OMS) y los Estados Nacionales empiezan a reconsiderar la salud mental como un derecho- Lo anterior ocasionó que en la primera década del año 2000 se diera impulso al desarrollo de “programas nacionales de salud mental y a modernizar la legislación y protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y sus familiares”

En este mismo sentido, Parales (2008, p. 663) destaca que “en Colombia existe un creciente interés por la promoción de la salud mental; la Ley 1122 de 2007 sitúa a la salud del Plan Nacional de Salud Pública, con énfasis en problemas como violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio”. Por otra parte el Ministerio de la Protección Social (2008), señala que “una Política Nacional de Salud Mental debe ser una política pública que apunte a reducir la carga que representan los trastornos mentales en la salud de la población y sus consecuencias en el desarrollo social, así como mejorar las capacidades del Estado, las instituciones y la sociedad en general para afrontar la problemática, dentro del contexto del Sistema de Protección Social y el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

Para el caso colombiano, como antecedentes para el desarrollo de la Política Nacional de Salud Mental se encuentran el estudio nacional de salud mental del año 2003, el cual recogió los principales aspecto en relación a la caracterización sociodemográfica de afectaciones en la salud mental de la población colombiana y las políticas distritales y departamentales de salud mental.

Por otra parte, se encuentra como un recurso asociado a la Política, la Ley 1616 de 2013, la cual define la salud mental como: “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y

mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones” (Herazo, 2014, p. 24)

En términos normativos y en función con el objeto de esta investigación, se incluyen a continuación los desarrollos en torno a política pública para el caso de Argentina. De acuerdo con el Ministerio de Salud de este país, “uno de los principales objetivos de la política pública en salud mental de la actual gestión ha sido articular interdisciplinaria e intersectorialmente las políticas sobre adicciones para integrarlas al campo de la salud con base en la Ley Nacional 24.788, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Capítulo II, artículo 4), y su Decreto de Reglamentación N° 603/2013, procurando la atención de las problemáticas de consumo y las adicciones en la Red de Servicios de Salud/Salud Mental con base comunitaria, orientada según la perspectiva epidemiológica y la implementación de un modelo de atención que comprenda la reducción de daños” (p.296).

A nivel de proceso reglamentarios destaca que “a partir de la Ley Nacional de Salud Mental (Capítulo V, Artículos 8º y 9º), desarrollar como política de Salud Mental (SM) la promoción de los procesos de atención basados en abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados para la atención en SM. La misma debe basarse en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y por fuera del ámbito de internación hospitalario monovalente (manicomios), orientándose al reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales” (Ministerio de Salud, República de Argentina, p.52).

## **Capítulo 2 - Aplicación y Desarrollo**

### **2.1 Tipo y Diseño de Investigación**

*Enfoque Metodológico:* Cualitativo

*Tipo de Muestreo:* De Avalancha o en Cadena y Teórico

*Diseño:* Narrativo

### **2.2 Población o entidades participantes**

*Muestra (participantes):* Dos grupos poblacionales: Habitantes de las ciudades de Bogotá y Buenos Aires.

Para Bogotá, se contó con la participación de 54 personas, de estas se realizaron 9 entrevistas en profundidad y 8 grupos focales.

Para Buenos Aires, se contó con la participación de 29 personas, de estas se realizaron 9 entrevistas en profundidad y 2 grupos focales

*Criterio de inclusión:* Ser mayor de 18 años, habitar o trabajar en alguna de las ciudades referidas.

Nacionales argentinos o colombianos, (con un período de por lo menos dos años de vivienda en el país si es una persona nacionalizada). Familiares con historia de uso de las instituciones de salud mental.

### **2.3 Procedimiento e Instrumentos**

*Técnicas:* Entrevista en Profundidad y Grupo Focal

Nota: En la prueba piloto de aplicaron 12 entrevistas semiestructuradas, se cuenta con transcripción y análisis de contenido de las mismas.

***Procedimiento:***

***Fase 1. Alistamiento:*** Apropiación conceptual, metodológica y gestión de población.

***Fase 2. Recolección y Análisis de Información:*** Aplicación de las técnicas propuestas, con las poblaciones priorizadas. Desarrollo de análisis crítico del discurso

***Fase 3. Consolidación de Informe y productos derivados del proceso investigativo***

## **2.5 Consideraciones Éticas**

A nivel ético, en esta investigación se acogieron los referentes enunciados en el Código de Ética del Psicólogo en Colombia (Ley 1090 de 2006) para la investigación con humanos, las indicaciones del Comité Ético de la Corporación Universitaria Iberoamericana: en este sentido, se asumieron los aspectos emanados de la Resolución 2378 de 2008, las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos de 2002 y se identificó que de acuerdo con el artículo 11 de la Res. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud Colombiano, la presente investigación pertenecía a la categoría de investigación sin riesgo.

En este marco investigativo, se contemplaron también los aspectos normativos referidos al respeto de los derechos humanos y ciudadanos enunciados en las Constituciones Políticas de las Repúblicas de Colombia y Argentina.

## **2.6 Entidades Participantes**

Corporación Universitaria Iberoamericana mediante el Programa de Psicología y como aliado externo la Universidad de Buenos Aires, mediante el coinvestigador, vinculado a la Maestría Problemáticas Sociales Infanto Juveniles.

## **2.7 Dificultades del Estudio**

Como elementos que incidieron en el desarrollo del proceso de investigación se identificaron dos relevantes: Las dinámicas administrativas y los calendarios académicos diferenciales incidieron en la alineación de algunas etapas del proceso de investigación

conjunto Bogotá-Buenos Aires. Por otra parte, aunque se vinculó una asistente de investigación en Buenos Aires, debido a elementos que trascendieron la posibilidad de manejo del coinvestigador en esa ciudad, finalmente no se logró contar con su participación efectiva en el proceso. Finalmente, como parte del proceso mismo de recolección de información, se evidenciaron algunas dificultades en la recolección de datos (particularmente de población en general), en varias ocasiones fue necesario reprogramar las actividades previstas. Debido a lo enunciado previamente, algunas de las actividades previstas en función del análisis comparativo, serán concluidas por las entidades aliadas durante el año 2019. Este informe se actualizará con estos análisis complementarios.

## **2.8 Definición de Categorías**

Teniendo en cuenta la revisión teórica, inicialmente se plantearon como categorías básicas “salud mental”, “inclusión social” e “imaginario social”. A partir de los datos recogidos se identificaron categorías emergentes en función de la pregunta orientadora. Dentro de estas categorías, se encontraron “conocimiento especializado”, “resiliencia”, “transformación social”, “interacción”. Del proceso de triangulación que se adelante para el año 2019 (cuando la entidad aliada concluyan el proceso de análisis de información, se prevee que estas categorías se fortalezcan y/o se identifiquen nuevas categorías relevantes, en función del objetivo de investigación).



### Capítulo 3 - Resultados

A partir de la información recogida se identificaron los siguientes aspectos, los cuales se irán relacionado con cada uno de los objetivos específicos del proyecto:

En relación a la caracterizar los imaginarios presentes en torno a salud mental, en dos grupos poblacionales, se encontró que se dan al menos dos tendencia marcadas en relación con este aspecto: Una centrada en la concepción de bienestar y otra desde el discurso de la adaptación social para el caso colombiano. Se encontraron otras categorías menos frecuentes en las cuales se vinculaba lo opuesto a salud mental con genialidad, originalidad, autenticidad. En este sentido, se evidencian elementos asociados a las vivencias personales de los(as) participantes que hacen que se otorgué dicha connotación.

Por otra parte, en relación a contrastar los imaginarios sociales en torno a salud mental, identificados en dos grupos poblacionales. Se ha logrado identificar dos grandes aspectos: Uno en función de la problematización para el caso de Argentina del asunto de la adaptación como expresión de salud mental (situación que se identificó en parte de los relatos para el caso de Colombia, como favorable). Por otra parte, se destaca la importancia de la Política Pública en el asunto de la garantía de la salud mental. Para los dos casos se evidenciaron cuestionamientos en relación con la aplicación y/o implementación efectiva de las Políticas de Salud Mental, en parte asociado a favores como interés estatal, burocracia, costo económico que esto implica. Finalmente, un elemento compartido emergió en función de la necesidad de atención especializada oportuna en la atención en salud mental, la cual para el caso de los relatos de la población argentina es vista como un derecho fundamental, para el caso de Colombia, el discurso no presentó esta característica tan marcada.

En relación con lo anterior, los relatos evidencian que gran parte de los(as) participantes ha escuchado hablar y/o supone que existe una Política de Salud Mental, sin embargo, se presenta una percepción generalizada en torno a la inoperancia de la misma, la falta de

cumplimiento de la misma. La Política es percibida como un recurso para la garantía de los derechos de las personas con enfermedad mental.

“Pues la política pública se realiza con el deber de garantizar ehh los derechos de las personas de salud mental, entonces que se desenvuelven en un ambiente sano, que tengan derecho a los derechos de salubridad, de citas médicas, ehh procedimientos médicos, etc de una forma ágil y eficaz por decirlo así, ehh con el fin de pronto de garantizar también como va hacer las relaciones laborales, las relaciones familiares, cómo debe actuar la familia frente a estos sucesos, ehm los derechos y deberes porque pues sería ideal que en Colombia se cumplieran las políticas públicas” Profesional 4

Por otra parte, en relación a identificar significados explícitos e implícitos en torno a imaginarios de salud mental y describir como estos se constituyen en barreras o facilitadores para la inclusión social comunitaria, se encontraron los siguientes aspectos, los cuales tienen interconexión con los elementos referidos previamente en este análisis:

Los imaginarios presentes en torno a salud mental, se concentraron en estar bien, en evidenciar adaptación social o cultural, en responder de forma adecuada a las situaciones personales o relacionales, derivado de este último aspecto se enuncia la posibilidad de poder entablar relaciones de calidad.

“Salud mental es como el estado psicológico de una persona estable, o sea como que no tenga problemas propios o consigo mismo”. Profesional 8

“Pues para mi salud mental es como está la persona mentalmente, valga la redundancia, en ese momento que tan efectivo se puede acoplar a la sociedad” Profesional 9

“Para mí la salud mental sería esa estabilidad que tiene una persona de afrontar cualquier situación cotidiana” Profesional 10

Por otra parte, como elemento transversal se identificó el papel del contexto social como generador y transformador de imaginarios sociales y por ende en los procesos de inclusión social comunitaria. En relación a este último aspecto, se identificaron elementos en torno a la institucionalización de las personas con diagnósticos en salud mental como una posibilidad para que se establezcan, lo cual realmente no da cuenta de un proceso de inclusión social comunitaria, sino que más bien es percibido como un escenario en el cual la persona con diagnóstico en salud mental, pueda lograr niveles de estabilidad para retornar el entorno social comunitario.

“Entonces pienso que sí, que si es necesario un psiquiátrico siempre cuando se tenga do el acompañamiento familiar, porque eso es lo que permite a una persona salir de una crisis independientemente si tiene o no tiene problemas de salud mental” Gina Quintero Rev. Población Profesional

Un elemento que media en esta consideración tiene que ver con el tipo de diagnóstico en salud mental:

“Pues todo depende pero yo digo que lugar perfecto para esa persona no lo habra, puede que la persona..la enfermedad que tenga, digamos si es algo muy fuerte este en un psiquiatrico, pero no se va sentir como si fuera un buen lugar para ella, aunque tiene que tener lo que mi compañera decía, toda la vigilancia, medicamentos, observación diaria, pero pues lugar perfecto, no..no habría” Profesional

El diagnóstico es una instancia que influye en la representación que construye el entorno social en torno a la persona diagnosticada, este elemento estuvo presente en los relatos tanto de familiares, como de comunidad en general y profesionales:

“Pues la percepción que yo tenía de mi prima era que era super independiente, ella era una estudiante de ..., que eso mejor dicho se ganaba la beca, que emm le esperaba un buen

futuro, que le pagaran muchísimo, que iba a viajar mucho, si.. después de que tuvo la recaída, le encontraron esquizofrenia y empezó a tomar medicamentos y tuvo diferentes episodios y eso fue como ella ya no es capaz de estar sola, no es, no puede ser independiente, se volvió como muy acogida a mama, mi mama, y mama y mama” Familiar

La enfermedad mental o cualquier situación que se salga de “lo normal”, es percibida como peligrosa, en ese sentido el contenido del imaginario gira en torno a la sensación de riesgo que encarna el comportamiento de ese otro diferente

“yo tengo un familiar, un conocido y ella tiene Síndrome de Down, se llama [...], pues yo como la vi crecer, pero entonces yo no me le acercaba a ella, pero yo pensé, pues **uno de niño piensa que eso se pega**, no sé, algo así, me acercaba a ella a medida que fui creciendo y fue entendiendo el tema, compartí con ella pero igual ellos son muy fuertes, entonces me da cosa lastimarla y que ella me lastime, pues ya ahorita tiene como cuarenta, como 38 años de edad, igual es muy grande y ellos tienden a ser bruscos”

En los relatos se evidencia también la denominación de la ausencia de salud mental como **lo patológico**, como aquello que requiere ser tratado:

“aterrizaría como tal mirando la patología y como las precauciones generales y en caso tal de que tenga que tomar medicamentos y emplear hacer otras acciones” Profesional 4

“si la enfermedad no la conozco la abordaría toda, toda, toda, de a lado a lado, de que se trata, por qué dio, ehhh precauciones, recaídas, todo, la estudiaría mucho realmente para saber qué es lo que tengo y así mismo desenvolverme en el contexto que vaya a realizar” Profesional 5

Otro elemento identificado tiene que ver con el acceso a información especializada como una posibilidad para modificar el contenido del imaginario. Esto se identificó particularmente en el relato de profesionales algunos de los cuales adicionalmente tenían

algún familiar con una situación de salud mental. La información permitió modificar imaginarios previos en torno a la ***enfermedad mental como algo raro, algo que se puede contagiar o como una cuestión de debilidad de carácter, debilidad para afrontar las situaciones vitales***

“Emm si ha cambiado la percepción, porque emm cuando nos dimos cuenta de lo de mi primo, yo estaba como en décimo o en once, entonces yo quería ser como biólogo, entonces quise estudiar Biología, entonces decía que esas cosas de mental debería ser para gente que de pronto yo decía en ese entonces ***se le corre la teja***, hace muchas cosas súper locas entonces no, a medida que fui estudiando entonces cambió la percepción, y cambió la concepción de lo que tenía mi primo, entonces como que la primera vez que le dio eso yo dije como ya pasó, pero ya después que volvimos (silencio), que volvió a tener una recaída que le dio como 100 veces más duro yo dije pues ya hemos estudiado un poco entonces ya la relación que tenemos los dos tiene que afianzarse más” Profesional 1

“Entonces mi percepción de ella no ha cambiado, digamos que ya en el contexto que estoy, que estamos nosotros ya vemos cómo funciona, de que se trata la enfermedad, que ***no es contagioso, nada prendedizo*** e igual lo podemos tratar normal pero tratarlos con ciertos cuidados” Profesional 2

“más que en el caso de tratar con un familiar que presente alguna enfermedad de salud mental, es la carrera la que le hace a uno pues conocer un poco y ser más, más empático y no ver la vida como tan (no entiendo), porque uno puede decir tengo mil problemas y son peores que los que tiene esa persona y esa persona porque reacciona así porque se ve triste, porque a cada rato está llorando y es porque uno a veces en su ignorancia no concibe que todos manejamos las situaciones de manera diferente” Profesional 3

Asociado a la transformación del contenido del imaginario, la información especializada aporta en la transformación del vínculo que se establece hacia personas que tengan alguna afectación en su salud mental.

“yo creo que también emm darle un giro al momento en que una persona le diga pues le cuente a uno oiga imagínese que mi primo desarrollo esto o imagínese que me tope con esta situación y pues uno no puede hacer nada, pero decirle como esto no es así, háblale de esta forma, busca esta solución, lee este documento, ehh lo que yo hice fue darle un giro, puedes tratarlo de esta forma, ósea como muchas eee formas de llegar a la situación ***sin necesidad de prejuicio y de cómo excluir a la persona en una situación de dificultad***” Profesional 5

*En relación con la Inclusión Social Comunitaria, se identificó que el contenido del imaginario social media, incide en la posibilidad de relación de una persona con diagnóstico en salud mental y su entorno próximo, sea este familiar o comunitario. Se dan situaciones más de integración que de inclusión, muy influenciados por el asunto de concebir al otro como diferente.*

## Capítulo 4 – Discusión

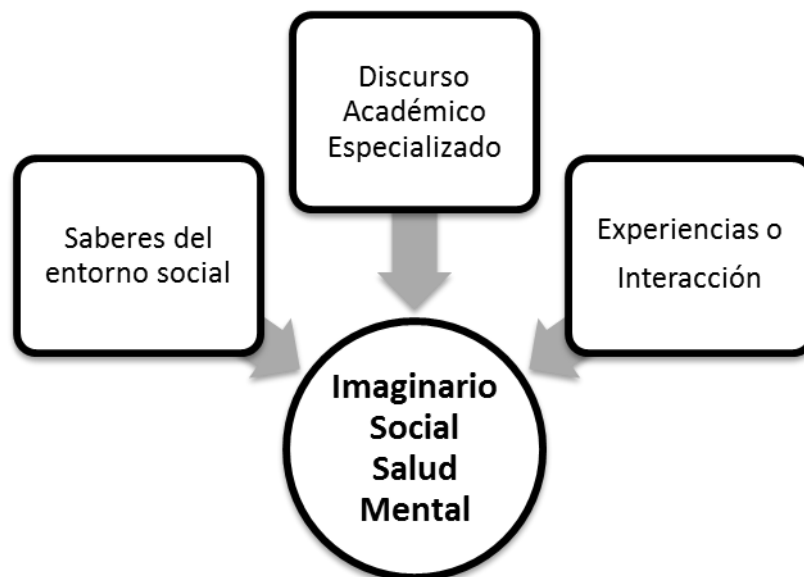
El imaginario social como categoría teórica es un recurso de interés para comprender elementos relacionales, vinculares y comportamentales de un escenario social, elemento en el que hay en gran medida consenso teórico. No obstante, su abordaje en términos metodológicos resulta retador dada tanto la naturaleza misma del constructo como las diversas teóricas que han acompañado su desarrollo.

Trasladado esto al asunto de la salud mental, se identifica también que si bien este constructo es polisémico en los escenarios culturales, mediante el recurso al imaginario social logran identificarse algunos elementos nucleares compartidas en función de esta categoría los cuales son compartidos por diferentes actores sociales. Otro elemento para la discusión en este sentido tiene que ver con la posibilidad dinámica del imaginario el cual desde algunas apuestas teóricas termina siendo un elemento más estático, pero que al menos a partir de las técnicas empleadas y de los análisis efectuados, termina siendo al parecer más flexible. Para este caso en particular en función de la información de calidad, especializada y/o de la posibilidad de relación cercana o vínculo con una persona que haya evidenciado alguna condición de salud mental.

Otro elemento que es de discusión y problematización tiene que ver con la posibilidad de establecer estudios comparativos de corte cualitativo, sin transgredir los elementos mismos de este enfoque y sus apuestas paradigmáticas. En este sentido, se encuentra la necesidad de ampliar los recursos para contrastar la particularidad de los escenarios y aquello que sin desconocer esa particularidad hace parte de los elementos compartidos por varias culturas, aunque sus orígenes no necesariamente sean los mismos. Es una posibilidad para ampliar la mirada en función de este tipo de análisis comparativo y de sus posibilidades y potencialidades.

Al poner en diálogo los resultados con los elementos teóricos abordados previamente, se identifican los siguientes aspectos de convergencia para el caso de los participantes de Bogotá:

1. En la construcción y consolidación del imaginario social en torno a salud mental, median varios elementos, que interactúan y se influyen mutuamente. La figura 2 los presenta:

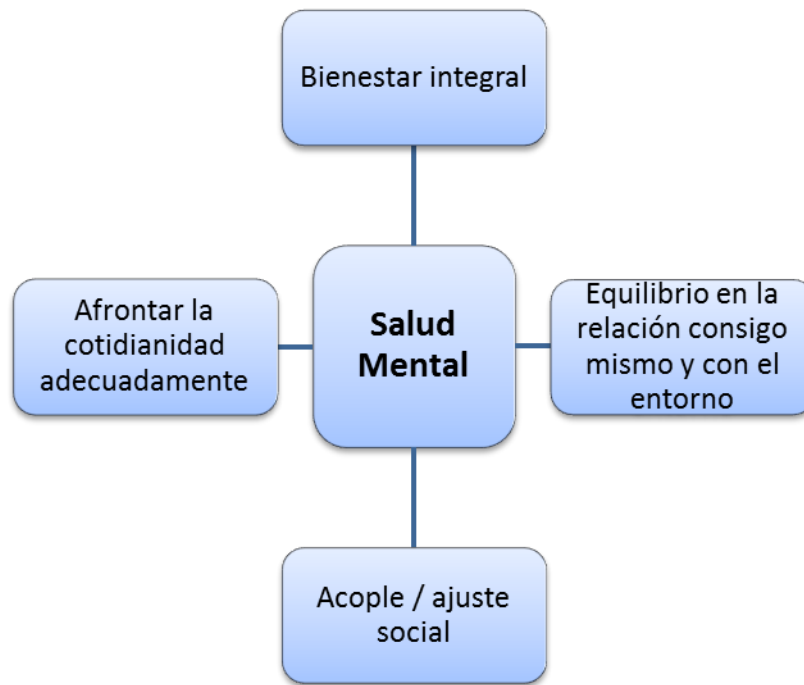


**Figura 2.** Elementos que inciden en la construcción y/o consolidación del imaginario social salud mental

En relación con lo anterior, el imaginario si bien tiene unos elementos constitutivos de fondo, también tiene una característica dinámica que permite transformar el contenido en función de la interacción de los elementos que presenta la gráfica. Para el caso particular de esta investigación se encontró que el acceso a información especializada y de calidad puede incidir favorablemente en procesos de inclusión social comunitaria.



2. En torno a la construcción de la categoría salud mental, en los relatos de los(as) participantes, se pudieron identificar cuatro subcategorías que concentraban la mayor parte de la información, la figura 3 las presenta:



**Figura 3.** Elementos imaginario salud mental a partir de la recolección de datos

Las concepciones en torno a Bienestar Integral y Equilibrio en la relación consigo mismo, están más cercanos a lo declarado por la OMS y por la Política Pública de Salud Mental en Colombia. Por otra parte, las dos miradas complementarias en relación a afrontamiento adecuado de la cotidianidad y Acople o Ajuste Social, recogen dos elementos referidos por apuestas más cercanas a las apuestas del modelo médico en salud.

Por otra parte, cada una de estas subcategorías está expresada en unos elementos que las caracterizan, la figura 4 los ilustra



**Figura 4.** Categorías emergentes en función de la categoría salud mental

En función de la anterior gráfica, se puede establecer que la salud mental es una categoría que para la mayoría de participantes en esta investigación se asocia con el bienestar, expresado en diversas vías que van desde el equilibrio relacional hasta las posibilidades de afrontamiento de las situaciones cotidianas.

Finalmente, en función de la pregunta orientadora propuesta inicialmente, se identificó que los imaginarios sociales en torno a salud mental, inciden, tienen relación, tanto en los

aspectos emotivos como en las posibilidades de relación, de visibilización, de reconocimiento y por ende de inclusión social de las personas con diagnósticos de salud mental. Se identifica también como pertinente el acceso a información de calidad por parte de la comunidad en general, de los familiares y/o cuidadores, quienes en sus escenarios comunitarios ejercen roles relevantes que pueden aportar en la transformación de imaginarios con cargas negativas, que desconocen la individualidad, la diversidad y la potencialidad de las personas con diagnósticos en salud mental.

## **Capítulo 5 – Conclusiones**

### **5.1 Cumplimiento de objetivos y aportes a líneas de investigación de grupo**

En relación con el objetivo general y los objetivos específicos propuestos, el desarrollo del proceso de investigación logró parcialmente el logro de los objetivos (a diciembre de 2018), lo anterior debido a que aún se encuentra en proceso de análisis la información recogida en Buenos Aires, por lo cual si bien se incluyen elementos del comparativo enunciado, aún se pueden fortalecer.

A continuación se incluyen cada uno de los objetivos específicos, con una breve descripción respecto al cumplimiento del mismo:

- Caracterizar los imaginarios presentes en torno a salud mental, en dos grupos poblacionales. Se cumplió de forma adecuada.
- Contrastar los imaginarios sociales en torno a salud mental, identificados en dos grupos poblacionales. A la fecha se cumple de forma parcial, se ampliará en enero de 2019, debido a calendario de la institución aliada y a tiempos del coinvestigador.

- Identificar significados explícitos e implícitos en torno a imaginarios de salud mental y describir como estos se constituyen en barreras o facilitadores para la inclusión social comunitaria. Se cumplió de forma adecuada
- Describir la relación entre imaginarios sociales e inclusión social comunitaria, en dos grupos poblacionales. A la fecha se cumple de forma parcial, se ampliará en enero de 2019, debido a calendario de la institución aliada y a tiempos del coinvestigador.

## 5.2 Producción asociada al proyecto

Evento	Descripción Producto
Congreso Colombiano de Psicología 2018	Ponencia (aceptada) – (No se participó debido a asuntos administrativos)
VII Congreso ALFEPSI ( Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología)	Ponencia (aceptada) – (No se participó debido a asuntos administrativos)

Capítulo de Libro (coautoría con investigadoras Programa de Psicología)

<b>Aprobado para Publicación en 2018</b>
Importancia de la Psicoeducación en Personas Diagnosticadas con Esquizofrenia

Proyección sometimiento productos	Revista
Artículo derivado de la Investigación Enero de 2019	<i>Saude e Sociedade</i> Q2  <i>Research in Social Science and Disability</i> Q3
Artículos derivados de documentos de Trabajo Final de Diciembre de 2018	<i>Revista Cubana de Salud Pública</i> Q3  Revista Salud Mental Mejicana Q4

|

### 5.3 Líneas de trabajo futuras

Concluir el proceso comparativo para dar cuenta del sometimiento proyectado a 2019. Dar continuidad al proceso de vínculo interinstitucional con la Universidad de Buenos Aires. Realizar proceso de socialización con estudiantes de la Maestría en Problemáticas Sociales Infanto-Juveniles a final de marzo de 2019.

## **Anexos**

### **Anexo A. Modelo Piloto entrevista en Profundidad**

Datos sociodemográficos: Mayores de edad. Nacionalidad. Diferentes tipos de ciudadanía. Residencia Permanente o Nacionalidad. Acceso a servicios de salud mental. Residencia (en Bogotá o fuera). Leyes nacionales y provinciales.

Prueba Piloto Abordaje de Investigación

1. ¿Qué es la locura?

RTA: Es una enfermedad mental

2. ¿Qué características considera usted que debe tener una persona para considerarla loca?

RTA: Es en el comportamiento, en el lenguaje, como se viste y también en la forma de actuar.

3. ¿Considera usted que está loco?

RTA: Si, porque a veces uno tiene cambios emocionales ejemplo cuando uno explota en el momento de tener malgenio.

4¿Qué piensa usted que es Salud mental?

RTA: Es estar bien, es saber manejar la situación de estrés.

5. ¿Que conoce usted en torno a las políticas públicas en salud mental?

RTA: No se sabe nada, nunca tocan ese tema.

6. ¿Cree usted que la salud mental tiene la suficiente atención por parte del gobierno?

RTA: No nunca

7. ¿Considera que las personas que tienen una enfermedad mental reciben los mismos derechos que usted?

RTA: No porque existe la discriminación en cuanto a estas personas que sufren la enfermedad mental

8. ¿Conoce a alguna persona con una enfermedad mental (Experiencia-Vivencia)?

RTA: Si mi papá, el sufrió un accidente cerebro vascular, que hizo que tuviera cambios en el comportamiento, se volvió una persona desaseada, solo duerme, se le olvida las cosas, es agresivo y se le dificulta el lenguaje.

9. ¿Cómo influye la salud mental en el comportamiento de las personas?

RTA: Se le genera mala comunicación con las demás personas y rupturas en el vínculo familiar.

10. ¿Qué piensa usted, si un amigo le dice que fue al psicólogo?

RTA: Muchos dicen que está loco, pero mi experiencia por lo de mi papá me he dado cuenta que les da pautas de convivencias.

### **Observaciones:**

- 1: La entrevistada se ve muy segura y responde sin dudar.
- 2: En la segunda se tomó su tiempo por lo cual se evidencia que en la respuesta encontró conceptos acorde a la pregunta.
- 3: Se ríe cuando le hago esa pregunta por lo cual se toma el tiempo para responderla y por ello afirma que se considera loca por los cambios emocionales que a veces tiene.
- 4: La respuesta se considera pertinente a la pregunta.
- 5: Se evidencio que tiene la plena seguridad y con malestar de no saber que el gobierno haga algo por las personas con enfermedad mental.
- 6: Con indignación cree que no se está haciendo nada con el tema de la enfermedad mental.
- 7: La entrevistada afirma con total seguridad que aún existe la discriminación y por ello se nota que dejan olvidados a las personas con enfermedad mental.
- 8: La entrevistada afirma que ha tenido la experiencia con un familiar y por ende piensa que el gobierno los tiene olvidados.
- 9: Con base a la experiencia se evidencia en la respuesta lo que ha influido en su vida familiar.
- 10: No ve apática a la pregunta, más bien lo toma de buena forma y lo argumenta de una manera racional.

### Prueba Piloto Abordaje de Investigación

4. ¿Qué es la locura?

RTA: Es una enfermedad mental

5. ¿Qué características considera usted que debe tener una persona para considerarla loca?

RTA: Es en el comportamiento, en el lenguaje, como se viste y también en la forma de actuar.



6. ¿Considera usted que está loco?

RTA: Si, porque a veces uno tiene cambios emocionales ejemplo cuando uno explota en el momento de tener malgenio.

4¿Qué piensa usted que es Salud mental?

RTA: Es estar bien, es saber manejar la situación de estrés.

11. ¿Que conoce usted en torno a las políticas públicas en salud mental?

RTA: No se sabe nada, nunca tocan ese tema.

12. ¿Cree usted que la salud mental tiene la suficiente atención por parte del gobierno?

RTA: No nunca

13. ¿Considera que las personas que tienen una enfermedad mental reciben los mismos derechos que usted?

RTA: No porque existe la discriminación en cuanto a estas personas que sufren la enfermedad mental

14. ¿Conoce a alguna persona con una enfermedad mental (Experiencia-Vivencia)?

RTA: Si mi papá, el sufrió un accidente cerebro vascular, que hizo que tuviera cambios en el comportamiento, se volvió una persona desaseada, solo duerme, se le olvida las cosas, es agresivo y se le dificulta el lenguaje.

15. ¿Cómo influye la salud mental en el comportamiento de las personas?

RTA: Se le genera mala comunicación con las demás personas y rupturas en el vínculo familiar.

16. ¿Qué piensa usted, si un amigo le dice que fue al psicólogo?

RTA: Muchos dicen que está loco, pero mi experiencia por lo de mi papá me he dado cuenta que les da pautas de convivencias.

Prueba Piloto Abordaje de Investigación

1. ¿Qué es la locura?

Rta 1 : “Fuera de lo común”

Rta 2 : “Problemas para adaptarse frente a una sociedad normal”

Rta 3: “ Algo que uno puede hacer con felicidad”

2. Qué características considera usted que debe tener una persona para considerarla loca?

Rta 1 : “Que no sea acorde con lo que habla”

Rta 2 : “Hablar solo, comer cosas extrañas, contar al revés, cosas así”

Rta 3: “Que son alegres , y felices”

3. Considera usted que está loco?

Rta 1 : “A veces se me corre el Champú , a veces me da malgenio”

Rta 2 : “ No , yo me considero bastante normal”

Rta 3: “ Si estoy un poco loco”

4. Qué piensa usted que es Salud mental?

Rta 1 : “Es el comportamiento de cada individuo”

Rta 2 : La salud mental , es la que nos genera las motivaciones y que físicamente estemos bien

Rta 3 : “ Que es buena para cada persona”

5. Que conoce usted en torno a las políticas públicas en salud mental?

Rta 1 : “No conozco ninguna ley”

Rta 2: “ No , no conozco ninguna política de salud mental , ni siquiera sabia que habian políticas frente a ese tema”

Rta 3 : “ Nada”

6. Cree usted que la salud mental tiene la suficiente atención por parte del gobierno?

Rta 1 : “No , hay mucho loco suelto todavía”

Rta 2 : “ para la política , no es un asunto que afecte , entonces no tiene la importancia que debería tener ”

Rta 3 : “No creo”

7. Considera que las personas que tienen una enfermedad mental reciben los mismos derechos que usted?

Rta 1 : “No , las citas médicas y psicológicas son demoradas y valen mucho por fuera de la EPS ”

Rta 2 : “ No creo que tengan los mismos derechos de una persona normal ,porque a ellos los discriminan , no tienen apoyo de familia , ni del gobierno , pierden derecho como la educación , la salud, y el buen trato.

Rta 3 : “Si tienen los mismos derechos , porque es una persona igual a mi”

8. Conoce a alguna persona con una enfermedad mental (Experiencia-Vivencia)?

Rta 1 : “No tengo experiencia”

Rta 2 :” Conozco a una señora , que es de una vereda , tiene un problema mental, y ella camina sola, habla sola, y ella como que ve a personas y empieza a tirar piedras”

Rta 3 : “ No conozco a nadie”

9. Cómo influye la salud mental en el comportamiento de las personas?

Rta 1 : “En el miedo , y en la desconfianza”

Rta 2 : “ Son agresivos , o depresivos”

Rta 3 : “ Hacen actos , que ellos ni siquiera quieren hacer”

10. Que piensa usted , si un amigo le dice que fue a el psicólogo ?

Rta 1 : “Yo si lo apoyaria , Asi uno este loco, seria mas facil ,es una opinion diferente”

Rta 2 : “ No pienso que sea malo , creo que no le daria tanta importancia ”

Rta 3 : “Nada , no es la gran cosa”

## **Anexo B. Modelo B para recolección de datos (preliminar)**

1. ¿Para usted que es salud mental?
2. ¿Qué profesiones se relacionan con la salud mental?.
3. ¿Cuál cree que sea un problema de salud mental que afecte con frecuencia a los colombianos?
4. ¿Qué cree usted que genera más problemas de salud mental?
5. ¿Cómo cree usted que afectan los problemas de salud mental a la sociedad?
6. ¿Cómo cree usted que se pueden disminuir los problemas de salud mental en la sociedad?.
7. ¿Qué conoce usted sobre las políticas públicas de salud mental en Colombia?
8. ¿Qué situaciones cree usted afectan la salud mental de los y las cuidadoras? ¿Por qué?
9. De acuerdo a su opinión ¿quién cree que se ve afectado en su salud mental: el cuidador o la cuidadora?. ¿Por qué?.
10. ¿De qué manera cuida su salud mental?
11. ¿Qué necesidades en salud mental tienen los(as) cuidadores(as)?
12. ¿Que incluiría usted en la Política Pública para mejorar la salud mental de los(as) Cuidadoras?

## **Anexo C. Preguntas Validadas Recolección de Datos**

### **Población General**

1. ¿Para Ud. qué es salud mental?
2. ¿Conoce algún tipo de enfermedad mental?, ¿cual?
3. ¿Cuáles considera que son las causas generadoras de una enfermedad de salud mental en la actualidad?
4. ¿Quiénes considera usted que pueden presentar problemas en salud mental?
5. ¿Cuáles considera usted que son las causas de las enfermedades mentales?
6. ¿Cómo cree que se pueden tratar las enfermedades mentales?
7. ¿Para usted, cuáles son las características que definen a una persona con enfermedad mental?
8. ¿Cómo considera que debe relacionarse con una persona diagnosticada con una enfermedad mental?
9. ¿Cuál cree usted que es el lugar apropiado para una persona con enfermedades de salud mental?
10. ¿Qué acciones tomaría si usted fuera diagnosticado con un trastorno mental?
11. ¿Cómo se imagina el diario vivir de una persona con una enfermedad mental?
12. ¿Qué aportan las personas con enfermedad mental a la comunidad?
13. ¿Para qué sirve tener información sobre los trastornos mentales?
14. ¿Cuál es el papel de la familia en el tratamiento de una enfermedad mental?
15. ¿Cree usted que la clase social influye en el hecho de tener una enfermedad mental?\*
16. ¿Por qué las personas van al psicólogo?
17. ¿Conoce usted alguna política de salud mental?
18. ¿Conoce planes del gobierno en relación a salud mental?
19. ¿Si usted pudiera implementar una política para salud mental cual sería?
20. ¿Qué tanta población cree usted que es afectada por alguna enfermedad mental?\*

### **Familiares**

1. ¿Para Ud. qué es salud mental?
2. ¿Cuáles considera usted que son las causas de las enfermedades mentales?
3. ¿Cómo se pueden tratar las enfermedades mentales?
4. ¿Según su experiencia u opinión como se convive con una persona que presenta un trastorno mental?
5. ¿Qué aportan las personas con enfermedad mental a la comunidad?

6. ¿Cuál era su percepción respecto a la enfermedad mental, antes de relacionarse con una persona con enfermedad mental?
7. ¿Actualmente cuál es su percepción sobre las personas con enfermedad mental?
8. ¿Cuáles considera que son las causas generadoras de una enfermedad de salud mental en la actualidad?
9. ¿Para qué sirve tener información sobre los trastornos mentales?
10. ¿Conoce usted alguna política de salud mental?
11. ¿Conoce planes del gobierno en relación a salud mental?
12. ¿Si usted pudiera implementar una política para salud mental cual sería?
13. ¿Por qué las personas van al psicólogo?

### **Profesionales**

1. ¿Para Ud. qué es salud mental?
2. ¿Quiénes considera usted que pueden presentar problemas en salud mental?
3. ¿Cuáles considera usted que son las causas de las enfermedades mentales?
4. ¿Qué aportan las personas con enfermedad mental a la comunidad?
5. ¿Cómo se imagina el diario vivir de una persona con una enfermedad mental?
6. ¿Cuál cree usted que es el lugar apropiado para una persona con enfermedades de salud mental?
7. ¿Cuáles considera que son las causas generadoras de una enfermedad de salud mental en la actualidad?
8. ¿Cuál era su percepción respecto a la enfermedad mental, antes de relacionarse con persona con enfermedad mental?
9. ¿Actualmente cuál es su percepción sobre las personas con enfermedad mental?
10. ¿Qué acciones tomaría usted si fuera diagnosticado con un trastorno mental?
11. ¿Para qué sirve tener información sobre los trastornos mentales?
12. ¿Conoce usted alguna política de salud mental?
13. ¿Conoce planes del gobierno en relación a salud mental?
14. ¿Si usted pudiera implementar una política para salud mental cual sería?
15. ¿Cuáles considera que son las razones para asistir al psicólogo?
16. ¿Cuál es el papel de la familia en el tratamiento de una enfermedad mental?
17. ¿Qué tanta población cree usted que es afectada por alguna enfermedad mental?

## Anexo D. Modelo Consentimiento Informado



CORPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
IMAGINARIOS SOCIALES Y SALUD MENTAL

FECHA \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, con documento de identidad C.C. \_\_\_\_\_, certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que me han invitado a participar; que actuó consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a éste procedimiento de forma activa. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna.

Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Firma \_\_\_\_\_

C.C.



## Referencias

- Almeida-Filho, (1992). Fundamentos de Epidemiología para los Trabajadores de la Salud Mental en la Comunidad En Temas de Salud Mental en la Comunidad. Ed. Levav, 29-47. I. Washington, D.C.: OPS
- Barbosa Pereira da Silva, M.& Sanchez Peres, R. (2016). O Imaginario Coletivo De Agenes Comunitarias de Saude Em Relacao a Usuarios de Saude Mental. Vínculo – *Revista do NESME*, 13(2), 55-65.
- Cegarra, J. (2012). Fundamentos Teórico Epistemológicos de los Imaginarios Sociales. *Cinta de moebio*, (43), 01-13. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-554X2012000100001](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-554X2012000100001)
- Congreso de Colombia. (2013). Ley 1616. "Por Medio de la Cual se Expide la Ley de Salud Mental y se Dictan Otras Disposiciones"
- De Roux, 1992. La Participación Social en los Programas de Salud Mental en la Comunidad En Temas de Salud Mental en la Comunidad. Ed. Levav, I. 141-153. Washington, D.C.: OPS
- Freire,S., (2017). Situando los imaginarios sociales: aproximación y propuestas. *Imagonautas. Revista interdisciplinaria sobre imaginarios sociales*, (9), 1-22.
- Galarza,B., & Gravano,A.,(2012). Salud mental y sistema urbano en una localidad de rango medio. *Avá*,(21) Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16942012000200008](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16942012000200008)
- Gili, M.; López-Navarro, E. Castro, A.; Homar, C.; Navarro, C.; García-Toro, M. et al. (2016). Gender differences in mental health during the economic crisis. *Psicothema*, 28(4), 407-413.
- Goldchluk , A.(2012). La salud mental vista desde la perspectiva de la psiquiatría. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría* , XXIII,
- Henaó, S.; Quintero, S.; Echeverri, J.; Hernández, J. Rivera, E. López, S. (2016). Políticas Públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 184-192.
- Herazo, E.(2015) .La salud mental ante la fragmentación de la salud en Colombia: entre el posicionamiento en la agenda pública y la recomposición del concepto de salud. *Rev.*

*Fac. Nac. Salud Pública*, 32, p. 21-27. Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/19806>

- Hoyos, V.; López, J.; Tabima, D. (2013). Imaginarios sobre enfermedad mental de la población general que asiste a los grupos de apoyo en salud mental, Pereira-Colombia. *Revista Investigaciones Andina*. [en línea] 2015, 17 (Septiembre-Sin mes) : [Fecha de consulta: 24 de noviembre de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239040814004>> ISSN 0124-8146
- Keegan E. (2012). La salud mental en la perspectiva cognitivo conductual. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, XXIII, 20-4.
- Madrigal de León, E. (2016). Fortalecimiento de la Salud Mental en México: Recomendaciones para una Psiquiatría Comunitaria. *Salud Mental*, 39(4), 235-237.
- Ministerio de la Protección Social Colombia. (2005). Guía para la Planeación del Componente de Salud Mental en los Planes Territoriales de Salud. Bogotá: Colombia
- Ministerio de la Protección Social Colombia. (2014). Lineamientos Política de Salud Mental para Colombia. Bogotá: Colombia.
- Ministerio de Salud-Presidencia de la Nación. (2013). Ley Nacional 26657. Plan Nacional de Salud Mental. Buenos Aires: Argentina.
- Miret, M.; Cabello, M.; Marchena, C.; Mellor-Marsá, B.; Caballero, F. et al. (2015). The estate of art on European Well-Being Research within the area of mental health. *International Journal Of Clinical Health & Psychology*, 15(2), 171-179.
- OMS. (2002). Fortalecimiento de la Salud Mental. Resolución del Consejo Ejecutivo de la OMS, Ginebra, EB109.R8.
- OMS. (2002). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Workplace Mental Health Policies and Programmes. Ginebra: Suiza.
- OMS. (2004). Invertir en Salud Mental. Ginebra: Suiza.
- OMS. (2008). Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/publications/9789242596205/es/](http://www.who.int/mental_health/publications/9789242596205/es/)
- OMS. (2013). Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1)
- Parales, C. (2008). Anomia Social y Salud Mental Pública. *Revista de Salud Pública*, 10(4), 658-666. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rsap/2008.v10n4/658-666/>

- Patel, V.; Kleinman A (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Ginebra, 81(8).
- Presidencia República de Colombia. (2014). Plan Nacional de Salud Mental 2014-2021, Documento Preliminar. Bogotá: Colombia.
- Ramírez-Giraldo, A.; Hernández-Bustamante, O.; Romero-Acosta, K. & Porrás-Mendoza, E. (2017). Estado de Salud Mental de Personas Víctimas del Conflicto Armado en Chenque. *Psicología Desde El Caribe*. 34(1). 1-20.
- Sanchez, M. (2017). Las consecuencias de la guerra en las emociones y la salud mental. Una historia de la psicopatología y medicalización en los frentes bélicos de Occidente (1914-1975). *Revista De Estudios Sociales*. (62), 90-101.
- Scolni, M. y Soliveréz, V. (2015). Los imaginarios Sociales sobre Salud Mental Comunitaria. Relato de una Práctica Formativa en la Facultad de Psicología de la Ciudad de Mar del Plata. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Schonfeld, P.; Brailovskaia, J. Margraf, J. (2017). Positive and Negative Mental Health Across te lifespan: A Cross-cultural comparison. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(3), 197-206.
- Torres Cubeiro, M. (2012). Imaginarios Sociales de la Enfermedad Mental. *RIPS Revista de Investigaciones Sociológicas*, 11(2), 191-113.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010000300017](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017)
- Zambrano, C.; Aroca, L & Rosero, D.F. (2015). Autogestión en la Red de Agentes Comunitarios en Salud Mental en las Instituciones Educativas del Municipio de San Lorenzo (Nariño). *Psicogente*, 18(34). 351-363.