



VIGILADA MINEDUCACIÓN Res. 12220 de 2016

**REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA SALUD MENTAL EN
PROFESIONALES DE LA SALUD VINCULADOS A INSTITUCIONES DE SALUD
MENTAL EN CALI**

JULIO CESAR JARAMILLO BENJUMEA

JOSÉ MONTILLA LONDOÑO

JAIDER VALENCIA RICO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD
SANTIAGO DE CALI, 29 DE ENERO DE 2021

**REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA SALUD MENTAL EN
PROFESIONALES DE LA SALUD VINCULADOS A INSTITUCIONES DE SALUD
MENTAL EN CALI**

JULIO CESAR JARAMILLO BENJUMEA

JOSÉ MONTILLA LONDOÑO

JAIDER VALENCIA RICO

LUCELY OBANDO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD
SANTIAGO DE CALI, 29 DE ENERO DE 2021

ARTICULO 23 de la Resolución No. 13 del 6 de Julio de 1946, del Reglamento de la Pontificia Universidad Javeriana.

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y la moral católica y porque las Tesis no contengan ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

Resumen

Objetivo: comprender las representaciones sociales sobre salud mental que tienen los profesionales de la salud vinculados a instituciones de salud mental en la ciudad de Cali. Método: es de enfoque cualitativo de tipo descriptivo con diseño fenomenológico del tipo de muestreo por conveniencia, la técnica de recolección de la información fue por entrevistas semi estructurada, muestreo por bola de nieve a 18 profesionales de la salud conforme al grupo interdisciplinario establecido en la ley 1616 de 2013, teniendo en cuenta 3 profesionales por cada una de las 6 especialidades que la conforman. Resultados: Los participantes hablaron sobre las representaciones sociales que tienen de la salud mental logrando identificar que, a primera instancia, la información construida en la infancia y adolescencia sobre la salud mental su concepto y conocimiento es escasa, además, es en el proceso académico o laboral en el que se inicia un proceso de estructuración, construcción que desdibuja el estigma de salud mental y de paciente, también, de una introspección sobre el uso de sí mismo de los servicios de salud mental. Conclusiones: se puede afirmar que subsiste en la actualidad de algunos profesionales, un estigma frente a la salud mental, que puede estar influenciando de forma directa la manera en que percibe al paciente y el acceso que este tiene de los servicios de salud mental para su propia necesidad y beneficio.

Palabras claves: Representaciones sociales, Salud mental, Profesionales de la salud

Summary

Objective: to understand the social representations about mental health that health professionals linked to mental health institutions in the city of Cali. Method: it is a qualitative, descriptive approach, having a phenomenological design of the convenience sampling type, the information collection technique was by snowballing 18 health professionals according to the interdisciplinary group established in Law 1616 of 2013, taking into account 3 professionals for each of the 6 specialties. Results: The participants spoke about the social representations they have of mental health, managing to identify that, at first instance, the information built in childhood and adolescence about mental health, and their concept and knowledge is scarce. In addition, it is in the academic or work process in which a structuring process begins, a construction that blurs the stigma of mental health and the patient, also of an introspection on the use of oneself as a consumer of mental health. Conclusions:

It can be affirmed that a stigma regarding mental health persists in the professional, which may be directly influencing the way in which the patient is perceived and the access that this professional has to mental health services to your own need and benefit.

Keywords: Social representations, Mental health, Health professionals

Introducción

La presente investigación evidencia los resultados obtenidos sobre las representaciones sociales que tienen profesionales de un medio hospitalario de la salud mental. Esta investigación se constituyó desde la diferenciación que comporta las representaciones sociales, como una forma de conocimiento de sentido común que se expresa y se elabora en espacios distintos a los que definen y estructuran al conocimiento científico. Por este motivo, se partió del supuesto que había en los sujetos participantes en la investigación, una forma de conocimiento previo a su formación profesional que definía lo que podría ser para ellos la salud mental, sobre el que se asentaba y se legitimaba posterior a su conocimiento académico. El objetivo fue analizar las representaciones sociales que han tenido los profesionales de la salud mental y los que adquirieron a partir de aprendizajes o experiencias individuales en entornos cultural o socialmente determinados, de acuerdo con esto, se generó un estigma acerca de si podían tener alguna incidencia en las intervenciones que estos realizaban con los pacientes.

Las representaciones sociales son las que están caracterizadas por una individualidad y una comunidad; cada una construye percepciones o creencias elaboradas por sí mismo, pero que, al momento de interactuar entre sí, hacen que se puedan re-conceptualizar (Moscovici, 1979). Además, la representación construye el objeto y no logra existir un objeto sin representación, lo que se constituye en una diada epistemológica (Knapp, Suárez y Meza, 2003).

Desde la perspectiva de Moscovici (1979), se ha señalado que las representaciones sociales condensan la forma de pensamiento que impera en una sociedad y constituye las normas, valores, creencias, mitos que cada persona de esa sociedad adopta sobre la realidad social y empírica que enfrenta en la cotidianidad. Tiene como ámbito de expresión el espacio de la calle y la casa, en contraste con el conocimiento científico, producto de una reflexión cuidadosa, adecuada a lógicas metodológicas

de validación de forma estricta y se difunde y produce en las instituciones educativas, principalmente las de nivel superior.

Según Moscovici (1979), en las representaciones sociales existen condiciones como, por ejemplo, la dispersión de la información del individuo no tiene un bagaje propio de información y necesita del concepto social para completar su representación de realidad (social). Asimismo, de acuerdo con Jodelet (1989), toda representación es la representación de un objeto y un sujeto, debido a esto se plantearon esferas de pertenencia de las representaciones sociales, esto ubica al sujeto en la intersubjetividad, subjetividad y trans-subjetividad. “Las representaciones sociales emergen determinadas por las condiciones en que son pensadas y constituidas, teniendo como denominador el hecho de surgir en momentos de crisis y conflictos” (Mora, 2002 p. 8).

Las representaciones sociales para Moscovici, están divididas en tres dimensiones denominadas: la información, esta hace referencia a la adquisición de conocimientos de un grupo de sujetos dentro de una sociedad o cultura, el campo de representación puede conllevar a identificar qué es necesario ver un todo y no algo parcializado o por separado. De igual forma, la actitud refiere de manera directa a la característica esencial de la representación social en el que, en primera instancia, el sujeto toma una posición sobre esta y en función de la posición que toma referente, empieza a generar un comportamiento en sociedad (Moscovici, 1979).

Los especialistas en salud pública han comenzado a comprender que es necesario acudir a razones externas, relacionadas con factores sociales, económicos y políticos, para desarrollar políticas sanitarias más pertinentes y efectivas en estas sociedades desarrolladas y modernas. La psicología de la salud en los años setenta ayudó a superar el modelo biomédico y empezó a integrar su conocimiento en múltiples disciplinas, abarcan hasta la política. (Velandia, Salamanca y Alarcón, 2018; Garzon, 2013 y Pérez y Moreyra, 2017).

Ante la situación planteada, y como marco de justificación, se puede mencionar que la salud mental es un constructo que está en proceso de asentamiento dentro del ámbito cultural colombiano, dado que aún se puede percibir en la práctica que existen elementos de tabú, desde los pacientes, lo que interfiere con el conocimiento de la temática y nubla la importancia social e individual que tiene la comunidad; en este sentido, la salud mental sigue siendo invisibilizada de las diferentes ramas de la

salud, a su vez, esto conlleva a que su población priorizada sea estigmatizada por no recibir la atención de la forma oportuna que lo amerita, así como la necesidad del abordaje desde políticas públicas locales basadas en la evidencia, más allá de conceptos basados en políticas mundiales, continentales y muy pocas veces nacionales. Fotia y Assis (2012) refirieron que, desde la ley en Argentina, no hay un entendimiento social de la necesidad de espacios adecuados para la intervención de pacientes con dificultades de salud mental, dado que los profesionales en el momento de dar la atención, no cuentan con espacios especializados ni óptimos. Esto implica que, tanto los profesionales como los pacientes, estén bajo tensión afectando así el estado de salud de los pacientes y generando factores estresores en los profesionales, lo que no es algo ajeno dentro del contexto de atención en salud en Colombia.

A lo anterior se agrega que, la percepción de mejoría en los pacientes psiquiátricos que han sido medicados, es considerablemente baja, a pesar de que los pacientes que han accedido a los servicios para patología mental es significativa, demostrando que se tiene más eficacia al trabajar farmacológica y psicoterapéuticamente y evidencia una disminución de costos para el tratamiento para las patologías mentales marcando una significativa disminución de costos en depresión y trastorno afectivo bipolar, ya que solamente el acceso al tratamiento farmacológico no es eficaz y es de mayor costo (Moreno-Londoño, 2020). Por otro lado, (La tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento para el 2016 demostró que, para el departamento del Valle del Cauca, por cada 100 mil habitantes, la tasa es del 2.73 % lo cual, según la comparación con las estadísticas nacionales, no manifestó un número representativo: “El departamento del Valle del Cauca (2,73), Huila (2,51) y Meta (2,45) fueron las entidades con más altas mortalidad por esta causa. Amazonas, Casanare, Guainía, Guaviare, San Andrés y Providencia, Vaupés y Vichada, tuvieron mortalidad cero” (Min. Salud, 2018, p. 9). Además, el proceso de formación del profesional hace énfasis en el manejo de trastorno mental, no en la promoción del bienestar psicológico que podría generar un mayor impacto en la sociedad, limita de esta forma, otros roles posibles del psicólogo en su praxis, que solo se dedica a aplicar y confirmar el modelo biomédico sobre la salud mental (Castorina 2016; Chimil et al., 2017).

Este panorama planteó que, para lograr un impacto en la salud mental, se requiere de la consecución de un modelo integrador y no de mecanismos excluyentes, como los dispositivos manicomiales y reclusorios, estos, en su esencia, son excluyentes de la sociedad, los profesionales de

la salud con formación biomédica consideran espacios adecuados para las personas con problemáticas en salud mental (Raimondi, Alcoba y Todaro, 2012). Si bien, en ocasiones no se aborda la salud mental desde un concepto manicomial, también se encuentran visiones asumidas desde la subjetividad social sobre los pacientes/usuarios, medicamento/desarrollo y patología/salud que profundizan estas dicotomías. Aún persisten un conjunto de prácticas y representaciones sociales cristalizadas que componen lo que se ha denominado “subjetividad social manicomial”, esto conlleva a sospechar que el constructo de enfermo mental que tiene la sociedad no difiere mucho del que sostienen los profesionales de la salud mental (Magalhaes, González, Patiño 2019; Navarro y Trigueros, 2019). Como también lo refirieron Múnera, Uribe y Yepes (2018), las enormes carencias y limitantes que tienen los sistemas de salud hace que se amplifique la percepción de sufrimiento en la vivencia de la enfermedad mental, desde lo que esta significa en la concepción biomédica. Además, desde la atención primaria en salud, refirió Parra (2015), hay múltiples protocolos de intervención que ubican al paciente de salud mental como un desgaste para el profesional, debido a las interconsultas y derivación a especialidades, al generar un prejuicio contra el usuario del sistema, aunado a esto Moreno-Londoño (2013) manifiesta que en Colombia la demanda en salud se encuentra enfocada a la enfermedad donde no hay un sistema enfocado a la promoción o bienestar integral en salud mental, donde el personal asistencial de primera línea no tiene la formación en tratamientos para problemas de salud mental, generando así sobrecargos en el sistema de salud y dificultades en el acceso a la atención adecuada.

Cabe agregar que se encuentra una brecha en el ámbito mundial sobre la atención y el acceso en salud mental para recibir una adecuada intervención en prevención y promoción. Por este motivo, según la OMS, la oportunidad de la atención se dificulta en costos en países con bajos ingresos, referente al acceso y a los recursos necesarios para implementarlos. A nivel nacional, se encuentra que el 83,1 % de la población nacional diagnosticada con una enfermedad de salud mental recibe acceso a psicoterapia por psicología (Min. Salud; Colciencias, 2015). A partir de esto se evidenció que, la demanda por parte de la población frente al acceso en salud mental es alta, situación en la que las entidades promotoras de salud, en factores como la capacidad instalada, han presentado dificultades para dar respuesta ante la necesidad, puesto que, de la población que decide consultar, se refleja que entre el 88 % al 94%, logra acceder al servicio, aunque se colapsa a la vez la oportunidad de la atención (Min. Salud; Colciencias,

2015). Además de las dificultades de oportunidad en la atención de servicios de salud mental, se ha encontrado que existe un crecimiento con relación al ciclo vital. En el país, por ejemplo, “el porcentaje de hospitalización por psiquiatría en la población infantil es de 5,1 %; en adultos entre 18 y 44 años del 13,9 %, y en los mayores de 44 años es del 16,2 %” (Min. Salud; Colciencias, 2015, p. 319), esto mostró que, a medida que la población aumenta en su ciclo vital, los porcentajes de necesidad de hospitalización en psiquiatría también aumentan.

Por otro lado, Gómez y Osorio (2015) afirmaron que en la formación de los nuevos estudiantes de medicina, los docentes se encuentran realizando, en su quehacer profesional, una réplica de una política educacional en la que el paciente es percibido desde un abordaje biomédico que no tiene en cuenta sus determinantes sociales, lo que conlleva a una falta de atención humanizada por parte del profesional, dado que la enseñanza se enfoca en elementos patologizantes, en la que la perspectiva del médico aún responsabiliza al paciente de su enfermedad y no logra entender que su situación no es solo propia, sino a múltiples factores (Navarro y Trigueros, 2019).

Por todo lo anterior, resulta oportuno pensar un planteamiento que permita visibilizar otras praxis para la salud mental de los colombianos, aprovechar además que, la modificación de las dinámicas sociales actuales, la llegada de la época del post conflicto y ahora la pandemia del COVID-19, han generado una notable visibilidad en las temáticas relacionadas frente a la salud mental. Dado que este momento histórico ha permitido comprender que en el proceso de salud-enfermedad, el elemento social es un factor influyente en lo psíquico, es el psicólogo uno de los llamados a mostrar cómo se integra su conocimiento acerca de su quehacer y su rol con los saberes populares y las representaciones que hacen las personas de los distintos aspectos que conciernen a su existencia. El psicólogo de la salud debe basar sus labores de diseño de programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud en lo que la sociedad establece y posibilita, delimitar en un ámbito y un contexto en el quehacer del psicólogo de la salud que resulta necesario para que este cuente con la menor resistencia posible (Mebarack et al., 2008).

Consecuente con lo anterior, en Colombia debería tomarse en cuenta la psicología clínica, la psicología social y la psicología de la salud como una sola y no como áreas distantes en el campo de estudio de las problemáticas de salud de los sujetos, esta integración debería reflejarse, no solo en la

formación de la academia de pregrado, sino en el postgrado, para que se desarrollen y se propongan desde ahí políticas de salud, seguido de la implementación de estrategias de investigación dirigidas hacia la gerencia de salud, política pública, modelos de atención en salud y el diseño de guías clínicas (Velandía et al., 2018; Pérez y Moreyra, 2017).

Un dato que mostró la importancia de otros modelos de atención biomédica, se ha observado frente a la necesidad de internación en unidad de salud mental. Varios estudios afirmaron que los pacientes logran una mejoría de sus dificultades psicológicas en instituciones con varios tipos de ofertas de tratamiento, al mostrar que la psiquiatría no es la única alternativa de intervención. Así, “la percepción de mejoría frente a los servicios recibidos para la patología mental es de 74,9 % en la valoración de mejor y mejorando en la población infantil; 79,6 % en adultos entre 18 a 44 años” (Min Salud; Colciencias, 2015, p. 319). Esta percepción de mejoría obtenida a partir de otras intervenciones de salud mental ha aumentado, dado que varios estudios señalaron que el 93 % de los pacientes que requirieron medicación, solo el 16,2 % refirieron sentirse aliviados (Min. Salud; Colciencias, 2015).

En consecuencia, el modelo de determinantes sociales puede generar una comprensión sobre la importancia de las representaciones sociales y la apreciación que estas brindan sobre la salud mental vista desde los profesionales. El tema de las representaciones sociales puede permitir entender la importancia de los determinantes sociales de la salud, “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen,” (OMS, 2009 como se citó en Montaner, Foz y Pasarín, s.f., párr. 1). Considerar estos aspectos sociales pueden mostrar la necesidad de reestructuración en la construcción de políticas públicas de salud mental basadas en las percepciones y realidades de todos los agentes involucrados (profesionales, instituciones y pacientes), da una validez a los actores que participan en el proceso y no que estas políticas sean basadas en modelos teóricos de forma exclusiva, que obligan a una homogeneidad. Este tipo de perspectiva podría permitir que, como lo señaló Cazorla (2014), se empodere al paciente como replicador de un buen pronóstico de intervención, permitir a la vez, una mirada de la salud mental desde una perspectiva más amigable, con apoyo del paciente como replicador de las buenas prácticas diagnósticas y burocráticas que exige el sistema de salud.

Diferentes investigaciones, tanto a nivel internacional (Moll, 2013) como a nivel nacional, Betancur (2017) Pineda y Betancur (2015) y Álvarez (2010) han señalado que la representación de salud

mental que poseen las personas encargadas del quehacer en las unidades de salud mental no dista mucho de la construcción social que han tenido a lo largo de su vida, esta ha sido construida a través de la interacción con su entorno y no hay una gran diferencia a través del conocimiento científico construido en la academia. La revisión de antecedentes sobre las representaciones sociales como área de conocimiento de salud mental, conlleva a comprender que el profesional realiza su intervención desde su constructo individual y social, este se genera a través de las influencias de su entorno e historia de vida, según los datos encontrados, se aproxima a su conocimiento científico, como lo mencionaron Betancur (2017), Moll (2013), Pineda y Betancur (2015). Las similitudes identificadas entre los usuarios y los profesionales están en la percepción de determinantes sociales, por un lado, los profesionales expresan que unos de los factores determinantes son la alimentación, las condiciones de la comunidad, la violencia, la salud mental y los servicios de salud. La falta de recursos o la pobreza extrema hace que sea difícil poder darles manejo a estos aspectos. Se necesita de una equidad, un fortalecimiento y unas políticas públicas en las que se piensen, a partir de las necesidades, tanto de profesionales como de los usuarios (De Oliveira et al., 2013).

Sin embargo, no se encontraron más estudios que caractericen los puntos comunes en los pensamientos y constructos que los trabajadores de la salud mental tienen sobre la salud mental y la población en general que no tiene formación especializada en salud mental. El profesional, no solo atiende e interviene, sino desarrolla tareas que van más allá de las contratadas por los servicios de salud y se relacionan con lo que él es como sujeto social, estas, en general, suelen ir en pro del bienestar del paciente y facilitan espacios adecuados de atención o potencializan una intervención dada. Sin embargo, la atención en salud mental provoca sobrecarga en el profesional, donde son víctimas de agresiones verbales por los pacientes y las instituciones no generan ninguna valía sobre este aspecto con contrataciones que denotan insatisfacción en el trabajador, y su descuido puede conducir a sobrecostos en el sistema de salud por afectaciones que sufren el personal asistencial (Berrios, 1991; Moreira y Lucca, 2020).

De esta forma, se hace necesario generar estudios que salden esta brecha, para lo que se genera el siguiente interrogante: *¿cuáles son las representaciones sociales de salud mental que tiene un grupo de profesionales que trabajan en instituciones de salud de la ciudad de Cali?* Se planteó como objetivo

general comprender las representaciones sociales sobre salud mental que tienen los profesionales de la salud vinculados a instituciones de salud mental en la ciudad de Cali, con el fin de identificar la información o las concepciones sobre salud mental que tienen los profesionales, al igual que describir las actitudes que asumen los profesionales frente a las políticas públicas sobre salud mental en los distintos ámbitos de su praxis como profesionales, y por último, reconocer el campo representacional sobre salud mental que tienen estos profesionales.

Esta investigación se desarrolló desde tres supuestos que se le atribuyeron al personal asistencial. El primero, el personal asistencial en salud mental reconoce la falta de ajustes razonables en el modelo académico de salud mental, debido a que no está adecuado a los modos de comprensión social al apostar al biomédico como único modelo de comprensión; segundo, los profesionales consideran insuficientes las políticas públicas de salud mental, al no estar la práctica y la existencia de estas, acordes a las necesidades del contexto, de los profesionales y los pacientes; por último, los profesionales perciben la salud mental como un tabú, a pesar de su conocimiento y su trayectoria profesional. Esta concepción de tabú estaría arraigada de forma esencial desde su crianza (como parte de su historia de vida), desde que empezó a forjar su visión sobre lo que es la salud mental. De esta forma, este estudio pretendió identificar las representaciones sociales que tienen los profesionales que ejercen la salud mental, desde la consideración que estos son los encargados de desarrollar herramientas y formas de intervención sobre la salud mental individual y comunitaria. Se espera que los conocimientos de estas formas de comprensión sobre la salud mental brinden aportes a la construcción de la política pública territorial en salud mental, dado que es la voz de los profesionales la que se está interrogando en este trabajo de investigación, al ser estos los que implementan estas políticas. La presente investigación puede constituirse en un insumo para el diagnóstico de las políticas, al tener en cuenta que existen percepciones y modos de comprensión sobre la salud mental que no está basada en la evidencia y que pueden estar afectando la manera como se aplica y se realizan las prácticas de intervención profesional, como se puede evidenciar en el indicador de los objetivos de desarrollo sostenible sobre salud y bienestar, puntualmente en el porcentaje de personas atendidas en servicios de salud mental el cual muestra que en el 2015 hubo un 6,7% de atención, para el 2019 se presentó una

atención del 4,7% la cual está por debajo de la meta para el 2018 la cual era de 8,4%. Departamento Nacional de Planeación (DNP, sf)

Metodología

Tipo de estudio: La presente investigación es de enfoque cualitativo, que tiene como propósito identificar y comprender las representaciones sociales sobre salud mental que tienen los profesionales de la salud en las instituciones de salud mental de Cali, a partir de los constructos creados por los profesionales antes de su formación profesional y cuya influencia se conjetura como presente en la praxis profesional que desarrollan en la actualidad. El estudio se abordó desde el enfoque procesual de las representaciones sociales, se enfoca en el análisis del lenguaje y los significados generados por determinados grupos de personas en la interacción social que se presenta en entornos específicos, al evaluar de igual manera, el impacto que estos significados tienen en las prácticas que las personas desarrollan (Banch, 2000).

Diseño: Para esto, desde la fenomenología se encuentra que el sujeto aprende del mundo y no sobre sí, demuestra que sus experiencias de vida se transforman y se adaptan según el entorno en el que participa e interactúa con sus representaciones, frente a distintas situaciones actuales que inciden sobre su constructo del mundo y su posición ante este (Gaviria, 2012; Salgado, 2007).

Participantes: Desde el marco de la Ley 1616 de salud mental en Colombia, se especifica en el Artículo 18 acerca del equipo interdisciplinario, el cual estará conformado por profesionales en psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional y médico general (Congreso de la república, 2013); por lo que fueron seleccionados por igual cantidad en profesiones, al escoger tres profesionales por especialidad para un total de 18 participantes, profesionales de la salud que laboran en la actualidad según el criterio de inclusión definido para esta investigación en siete unidades de salud mental de la ciudad de Cali.

Se utilizó la técnica de muestreo por bola de nieve y análisis sistemático de datos, además, como técnica de recolección de datos se utilizó la entrevista (semiestructurada) con la finalidad de recolectar información y generar un marco discursivo propio del diálogo (Cuevas, 2016).

De acuerdo con la caracterización de los participantes, el rango de edad de los 18 profesionales oscila entre los 24 y 50 años, de los cuales, 13 participantes corresponden al sexo femenino y 5 al sexo masculino. El tipo de contrato en término indefinido es de 11 participantes y de prestación de servicios 6, uno estaba como independiente. 13 de los profesionales tienen un estado civil de soltera(o), 2 en unión libre, 2 casadas(o) y una separada. El máximo de 25 años. 6 de los profesionales poseen un estudio de postgrado y 12 no lo tienen

Categorías:

Categorías	Descripción	Subcategorías	Definición
Información s	Es aquella que el sujeto construye según sus vivencias en diferentes contextos	Conocimiento sobre políticas públicas en salud mental	Conocimiento sobre políticas públicas sobre salud mental
		Influencias en el ámbito escolar en el concepto de salud mental.	Saberes sobre la salud mental antes de iniciar su pregrado
		Información sobre creencias en salud mental	Que pensaba antes de iniciar su pregrado sobre la salud mental
		Preconcepto de salud mental	Creencias o ideas sobre el enfermo mental y el trabajar para la salud mental.
		Percepciones socioculturales	Elementos que identifican la salud mental como dispositivo cultural o social
Campo de representación	Es donde el sujeto pone a disposición su conocimiento para ser utilizado y la interacción con el medio.	Vocación profesional	Elementos que se tuvieron en cuenta al momento de escoger la carrera y enfocarse en la salud mental como profesional.
		Aplicación en la praxis de las políticas publicas	Conoce o aplica a su praxis las políticas públicas de salud mental
		Influencia de la academia en el concepto de salud mental	La forma en que la academia modificó o no su definición de salud mental
		Motivación frente a la salud mental	Como inicio la inquietud sobre la salud mental.

	Actitud hacia las políticas públicas en salud mental	Consideración de aplicabilidad a la praxis de las PP.
	Trascendencias de la academia en el concepto de salud mental	Percepción sobre el impacto de la academia en la definición de SM.
Actitud	Es la forma en la cual el sujeto aplica los constructos que tiene a su alcance para la interacción con los demás.	
	Influencia de la cotidianidad con el concepto de salud mental	La influencia de la cotidianidad con el conocimiento adquirido en la formación.
	Significación de su praxis profesional y del paciente de salud mental	Como concibe a la persona con diagnóstico de salud mental y sus actitudes hacia su trabajo.
	Requerimiento y autoconocimiento de salud mental	Experiencias, situaciones vividas y aprendizajes en torno a la salud mental como usuarios.

Procedimiento: inicialmente se contactaron a las personas vía telefónica partiendo de las amistades y conocidos que fueron referidos por uno de los investigadores, a partir de esto, los participantes recomendaban personas, se realizaban dichos contactos y se programaron fechas para la reunión virtual, previa aceptación se realizó envío de consentimiento informado vía correo electrónico utilizando la plataforma de Google forms, la cual se verificaba su contestación y plena comprensión

antes de iniciar la entrevista, estas se realizaron vía Zoom con una duración entre 20 y 60 minutos, conforme a la disponibilidad de los profesionales, dado a la situación actual de contingencia genera por el COVID-19, lo cual genera formas de autoprotección, tanto para investigadores como participantes voluntarios.

Tipo de análisis: Como forma de partida para el análisis de los datos, se inició con el paso de los audios de las entrevistas al software Atlas.ti por parte de los investigadores. A partir de la recolección de la información de la entrevista y categorizada desde la perspectiva teórica (Rapley, 2014) se hicieron codificaciones identificando unidades semánticas diferenciables en los datos, a partir de las categorías definidas para el objeto de estudio en la investigación. En la sistematización en Atlas. ti. Se aplicó un análisis estadístico básico de datos textuales (Gil, García, Rodríguez y Corrales, 1994; Armony, 19997; Rada, 2007) por frecuencias sobre las veces mencionadas de los códigos, utilizando formula de frecuencias ($n \text{ código}/100*N$) con el único fin de identificar tendencias en los códigos, seleccionar las codificaciones que parecían más relevantes y diferenciarlos de los que no parecían serlo tanto, y generar luego una comparación entre los datos registrados en los correspondientes códigos.

Consideraciones éticas: De acuerdo a lo establecido en la resolución 8430 de 1993, esta investigación es considerada de riesgo mínimo ya que no se realizarán intervenciones presenciales con los participantes, sin embargo, dentro de los procesos de respuesta y dialogo se puede en algún participante, generar un proceso de introspección que reviva determinado evento complejo de historia de vida, que genere alguna movilización emocional al utilizar la palabra y el discurso como principal información a obtener. Teniendo en cuenta la virtualidad de las entrevistas, se brindará privacidad al momento de crear la sala de reunión compartiendo el link de esta con su debida contraseña minutos antes de la reunión pactada y solamente con la persona a entrevistar, asegurando por parte de los entrevistadores un ambiente seguro, privado que permita a la entrevistada comodidad. Por otro lado, se conservarán las relaciones de respeto con los demás profesionales, elemento guiado por el código deontológico (Congreso de la república, 2006)

Criterios de inclusión

Los participantes que se tendrán en cuenta serán trabajadores de la salud que actualmente laboren dentro de una unidad de salud mental; como lo son psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y médicos generales.

Criterios de exclusión

Que su praxis actual no esté dentro del marco de una unidad de salud mental de la ciudad de Cali.

Resultados de la investigación

El siguiente apartado hace referencia a las tres dimensiones necesarias para conocer la representación social que posee un sujeto o un grupo de interés en particular, necesarias para pertenecer a un objeto de estudio.

Como elemento principal en el campo de la información, en el concepto de salud mental, se abarca lo concerniente a saberes, no saberes y fuentes respecto al origen de las concepciones que traen los profesionales, al encontrar que en principal medida esta es obtenida por situaciones de miembros de la familia, autores o personas de importancia, sin tener aún claro un concepto sobre salud mental. Se obtuvo un porcentaje del 83 % mencionado por 16 de los participantes. En las siguientes profesiones se mencionó en un 100 % en medicina general, psiquiatría, terapia ocupacional y trabajo social, mientras que psicología y enfermería fue mencionado por el 67 % de los participantes, puesto que de esto no se hablaba al interior de los hogares y no se profundizaba del tema en particular de algún miembro de la familia. El desconocimiento de este concepto de salud mental generaba temor de padecer alguna condición de salud mental y se hablaba con mucha reserva de estos temas.

Se expresó que los profesionales de la salud en las áreas de enfermería, medicina general, psiquiatría y trabajo social se presenta un 100 % respecto a la vocación profesional, en la que los participantes manifestaban en las entrevistas la importancia de brindar un acompañamiento profesional a partir del compromiso, la entrega y el gusto de ver la evolución del paciente al momento de intervenirlos. Por otro lado, en las áreas de psicología y terapia ocupacional se obtuvo un 67 % por parte

de los profesionales en la que la vocación profesional no representó un ejercicio importante o significativo.

Se encontró que en la frecuencia de códigos preconcepto de salud mental 4 %, conocimiento sobre políticas públicas en salud mental 2 %, e influencia del ámbito escolar en el concepto de salud mental 1 % con un total de 32 códigos (7%), fueron los menos nombrados por los profesionales, al notar poca comunicación de esta, a la vez, hacía más difícil poder consultar sin ningún estigma manicomial o de debilidad, luego se encontró un desconocimiento de políticas públicas necesarias para su praxis que consideran que limitan y entorpecen su accionar de una mejor atención para el paciente, además, de que se desconoció la escuela como el primer nicho fundamental del concepto de salud mental en todos los profesionales entrevistados, pero sí como un constructor social del concepto per se.



Figura 1. Información sobre salud mental

Fuente: elaboración propia

Se logró identificar que, a primera instancia, la información construida en la infancia y adolescencia de los profesionales entrevistados sobre la salud mental su concepto y conocimiento es escasa, además, es en el proceso académico o laboral en el que se inicia un proceso de estructuración, construcción y se desdibuja el estigma de salud mental y de paciente de la salud mental construido en su infancia, también, de una introspección sobre el uso de la salud mental de sí mismos como profesionales.

Tabla 1. *Discursos información*

No Saberes	Saberes	Fuente
“No, pues ahí si me corchaste, realmente en, en cuestión de leyes así aprendidas de memoria no, que tenga en este momento, no tengo presente” (Terapeuta Ocupacional, Richi).	“Cuando pasas por una situación difícil que de pronto se te es difícil afrontar no, no tenía como alguien que me dijera que había alguien más que me podía ayudar, no sabía, no tenía el conocimiento en ese momento y pensé que esas cosas se pasaban solas” (Médico General, Cami).	“Realmente yo, yo nací en un pueblo, en un pueblo crecí, en un pueblo y no hay o no es que exista, bueno en ese momento no existía, así como personas cercanas con quizás un algún trastorno psiquiátrico así en un colegio pues realmente no se hablaba de la salud mental” (Psiquiatra, Saori).
“[...] la salud mental es para los locos y eso es un concepto que todavía prevalece afortunadamente yo siento que se ha perdido digamos ese temor o no sé si es porque uno se mueve en el medio que uno normaliza, pero digamos que siempre ha sido difícil hablar del tema y hablar de esos temas con la familia, con los amigos, reconocerse a sí mismo y uno decir como que necesito ayuda entonces creo que es por eso” (Psicólogo, Barbas).	“Mi carrera precisamente es eso, no como es algo más como un poco misional podría ser, vocacional también, como de aportarle algo a buscar alternativas diferentes al sufrimiento que tienen las personas, es como tratar de enfocarme como en las posibilidades más que en las carencias” (Trabajadora social, Rebelde)	“No había mucha información, excepto de lo que enseñan, pues aún en la casa pues como de cuidarse del autocuidado de quererse uno mismo, pero pues de resto no era mucha la información que estuviera en otras instancias de colegio escuela o algo así” (Enfermera Juana).

Fuente: elaboración propia

Al partir del primer supuesto del modelo que tienen los profesionales sobre salud mental, se hace énfasis en aspectos biológicos, este supuesto se afirmó con un promedio de 94 %, al demostrar que el modelo biologicista o biomédico evoluciona desde la práctica laboral, debido a su limitada pertinencia en los contextos laborales, en los que no se fortalece la interdisciplinariedad sino hasta la llegada a la práctica profesional, al entender que es en la práctica en el que el concepto manicomial evoluciona y se inicia a desdibujar el estigma.

A partir de la categoría en el campo de representación se encontraron las principales imágenes significativas por los participantes, entorno a los elementos que giran alrededor del mundo pre académico, académico y laboral, en el que se va transformando el concepto de salud mental y enfermedad mental. Dado el análisis de los resultados, los códigos hacia las políticas públicas en salud mental (94 %) e influencia de la academia al concepto de salud mental, fueron los más nombrados por los profesionales entrevistados con un total del 89 % y motivación frente a la salud mental con un 83 %. Se entendió que, desde la perspectiva y la representación de los profesionales, se hace necesario ver al paciente de una forma integral con un abordaje interdisciplinario, para mejorar los acompañamientos

y las atenciones en salud mental, se comprende que la psiquiatría no lo es todo y que se hace importante combatir el estigma a partir de un enfoque comunitario; es importante desde el ámbito académico, laboral y social.

Es por esto que el campo representacional sobre salud mental que tienen los profesionales de la salud vinculados a instituciones de salud mental, está definido por la influencia de la academia, al brindar la posibilidad de desligar los estigmas que por desconocimiento son atribuidos a la salud mental, de esta forma, van sufriendo una transformación hacia un concepto más positivista de salud mental que, si bien ya no se asocia a enfermedad mental, sí se puede asociar a bienestar y equilibrio, pese a que las políticas públicas las sigan sintiendo como poco amigables, asociadas a un constructo de enfermedad, no desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Se encontró que, en su motivación frente a la salud mental, se desliga del modelo biologicista, pasa por el psicosocial y de intervenciones más amplias, desde las distintas profesiones protagonistas en las unidades de salud mental.

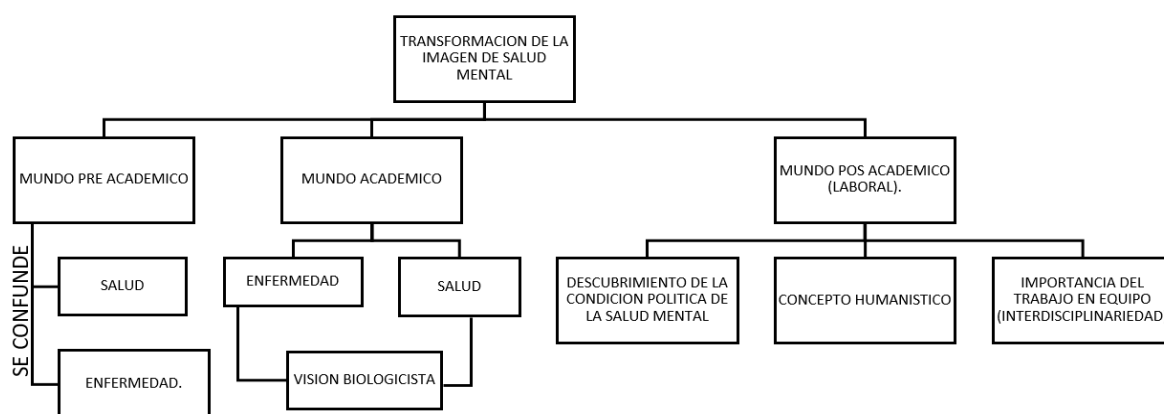


Figura 2. Imágenes de salud mental

Fuente: Elaboración propia

También, se puede decir que no existe una imagen de salud mental sin enfermedad mental, en la que se evidencia que la primera se encuentra ligada a la libertad, equilibrio, autocuidado e integración; y por el contrario, la segunda se encuentra ligada a loco, dificultad para afrontar y estigma, dio como resultado excepcional que la una no existe sin la otra como constructo sociocultural, esto solo se puede ver amplificado y modificado desde una profundización de saberes en la academia y la práctica profesional.

Si bien, desde la concepción de la salud mental y su imagen dentro de los profesionales entrevistados, sea a través de la comprensión por la que está dada su conjugación con el concepto de enfermedad mental, son un asunto de loco, en el que, a medida que se avanza en el proceso académico, se atribuye el entendimiento de la idea y el concepto de salud mental aún otro interlocutor profesional o aún otro social y culturalmente enriquecido que pueda comprenderla. De igual manera, se entiende la salud mental como una lucha política y comunitaria, la cual se evidencia como imagen construida desde el ámbito laboral dada la significación de los limitantes que se le atribuye a la política pública y a la insuficiencia que estas tienen en la representación social de los profesionales sobre estas en salud mental.

Tabla 2. *Discursos campo de representación*

Interdisciplinariedad	Profundización	Humanización
<p>“... me parece importante y en la cual yo he aprendido mucho porque pueden interactuar con el trabajo social con el psicólogo con el psiquiatra hasta con el químico farmacéutico y con todas las personas que están involucradas en un proceso de atención me parece que es fundamental para que un programa funcione de una manera adecuada ...” (Médico General, Ram).</p>	<p>“A mí por ejemplo en la academia solamente me dieron 3 semanas de salud mental y la salud mental es demasiado grande como para uno verla en 3 semanas. (Enfermera, Jez).</p>	<p>“Así es bien interesante, bien compleja para mí el paciente mental, yo a veces les quitó el nombre del paciente y yo más bien digo persona y es una persona que acude a ti y alguna manera por algún tipo de ayuda emocional y no de trastorno mental. Puede ser una persona que este sufriendo de alguna manera, está pasando por alguna situación que requiere algún tipo de soporte emocional y no necesariamente sea paciente como un bipolar o esquizofrenia” (Psiquiatra, Salas).</p>
<p>Perspectiva biologicista</p> <p>Hay una diferencia que me parece importante, es concepción biologicista, digamos que el trastorno mental se cura únicamente con medicamento, digamos que ahorita tengo una visión más integral” (trabajadora social, Rebelde”)</p>	<p>Apoyo gubernamental</p> <p>“... pero se quedan muy cortas porque pues aquí en Colombia se invierte más en la violencia en la guerra en pues como en la droga que invertir en la salud mental y lo que yo he notado en mi experiencia laboral es que la salud mental no genera al parecer no genera algo tangible que es dinero, sino que genera enriquecer al ser, entonces sino genera dinero pues no importa...” (Trabajadora social, Lina”.</p>	<p>Salud mental confunde con enfermedad mental</p> <p>“Siempre existe o a existido esa connotación errada de que solamente la persona que está tirando piedras es la que necesita o es la que accede a los servicios de salud mental y se dejan de lado otras condiciones como los temas de depresión o muchas otras situaciones que también lo ameritan”</p>

Fuente: elaboración propia

Consiguiente con el segundo supuesto, en el que se cree que los profesionales de la salud mental consideran insuficientes las políticas públicas de salud mental, se encontró que, con un promedio de 74

%, se demostró que los profesionales manifestaron que no conocen en su mayoría las políticas públicas de salud mental, al concluir que son insuficientes para su praxis diaria y que juegan un papel limitante en el quehacer con el paciente.

Dentro del campo de las actitudes, se abarcaron los valores asociados a la representación social de salud mental como lo son el equilibrio, la discriminación y demás asociados a las categorías más nombradas por los profesionales, se encontró en la significación de su praxis profesional y del paciente de salud mental con 18 participaciones para un 100 % de utilización del código entre todos los profesionales, seguida por la trascendencia de la academia en el concepto de salud mental y de la actitud hacia las políticas públicas en salud mental, ambas con 16 participaciones con un 94 %, seguida de requerimiento y autoconocimiento en salud mental e influencia de la academia al concepto de salud mental, las dos con 16 participaciones con un 89 % de mención; al tener como elemento diferenciador que, todas las categorías mencionadas antes, contienen información sobre las representaciones sociales de salud mental que se forman durante y/o después del constructo científico adquirido en la academia sobre el concepto; la categoría influencia de la cotidianidad con el conocimiento de salud mental con 15 participaciones (83 %), por último, la aplicación en la praxis de las políticas públicas mencionada por 12 participantes para un 67 % de todas las categorías que se han visto vinculadas al aspecto de las actitudes de la representación social de salud mental en los profesionales de la salud.

Figura 3. Actitudes de salud mental



Fuente: Elaboración propia

A partir de esto, se puede empezar a deducir que los profesionales entrevistados conciben la importancia de tener una atención integral al momento de ejercer la salud mental, reconocen que la psiquiatría no es lo único que se aplica a la salud mental y que la influencia académica es necesaria para evolucionar el modelo biologicista, el cual fue impartido por esta y se identifica como un limitante al

momento de ejercer la salud mental, al manifestar que existe una necesidad sentida desde su práctica por el modelo biopsicosocial, al ser así, como estos reconocen que durante sus procesos académicos no se evidenció una profundización en las temáticas referentes a salud mental ni a políticas públicas de esta, además, de resaltar la importancia de contar con un plantel docente con experiencia en salud mental y que la universidad, durante los procesos académicos, influya en sus estudiantes al promocionar actividades que concienticen el autocuidado en salud mental con el objeto de sensibilizar.

De igual manera, se evidenció que los profesionales entrevistados durante sus procesos académicos o después de estos, consiguen el acceso a las consultas sobre salud mental como elementos importantes para la búsqueda de un equilibrio, al hacer énfasis en este aspecto y manifestándolo desde lo emocional, aunque los profesionales también reconocen que se perciben estigmas referente al acceso a las consultas en salud mental y que se continúa con el miedo de perder la cordura, al ser los temas personales de salud mental elementos de los que se procura no hablar, además, se considera que si el otro con el que se habla no presenta un nivel académico o sociocultural alto, no logrará entender dicha necesidad.

Por último, se encontró que los profesionales consideran que las políticas públicas en salud mental limitan su accionar dentro de la praxis, al igual que se identificó que su conocimiento sobre esta es escaso, remitiéndose de forma exclusiva a la información sobre leyes y decretos, pero sí en una aplicación específica y clara dentro de su accionar en la que, la actitud frente a estas, consiste en actuar como barrera y limitación frente a su práctica. De igual manera, se identificó que los profesionales, dentro del ejercicio práctico de su profesión en salud mental y en específico dentro de su inmersión en el campo laboral, es donde manifiestan que se consigue el mayor conocimiento y aplicabilidad en salud mental, en el que se aprende más de la profesión y se empiezan a derribar estigmas e ideas que traen consigo desde su infancia y que algunas de estas logran atravesar la etapa académica, se tiene así que los profesionales identifican la práctica laboral como el campo específico para el aprendizaje y la acción de la salud mental.

Tabla 3. *Discursos actitud*

Valores Manicomiales	Valores Humanísticos	Valores Políticos
<p>“[...] normalmente la gente el estigma que hay en la calle y usted puede solo y que deje tanta bobada, es normalmente lo que uno escucha” (Terapeuta Ocupacional, Richi).</p> <p>“[...] siempre han dicho que los centros de salud mental ya sean un psiquiátrico, las diferentes clínicas pues que hay pacientes muy agresivos, que son violentos, personas que no están cuerdas en sus cinco sentidos, que te van a pegar todo el tiempo” (Enfermera, Juana).</p>	<p>“Pues digamos que para mí es muy importante generar la empatía terapéutica sobre todo porque el paciente de salud mental es una persona que digamos ha perdido mucha fe en su tratamiento” (Terapeuta Ocupacional, Richi).</p> <p>“[...] las posibilidades para uno ayudar a un paciente obviamente tienen que ver con tu formación académica eso es una, tienen que ver también con tu educación porque muchas veces tú puedes ser una persona con todas las intenciones de ayudar, pero básicamente hay cosas y actitudes que tu aprendes desde la niñez y desde tu casa, ... pero considero que una de las ventajas que tengo la cual me permite ayudar es esa la capacidad que tengo para escuchar y para saber que la persona que tengo adelante es una persona que necesita ayuda y puedo ser yo o que puede ser cualquier persona de mi familia y básicamente eso es una herramienta fundamental” (Médico general, Cami).</p>	<p>“Deberían ser más, estar más arraigadas a la parte de las EPS, de las entidades para poder cubrir a todas las personas, que tengan un adecuado seguimiento” (Enfermera, Juana).</p> <p>“Considero que actualmente como es, como nos encontramos en nuestro país como sociedad no sería muy importante y darle a conocer a las personas y las políticas con las que cuentan los derechos y los deberes con los que cuentan de salud mental y desestigmatizar esta área” (Enfermera, Morita).</p>

Fuente: Elaboración propia

De esta manera se identificaron las actitudes de los profesionales respecto a la concepción manicomial, se presentó de una información como confusión entre el concepto de salud y enfermedad mental, el cual se generó incluso a través de la academia y mantiene esta concepción, ha tenido transformaciones al pasar por el elemento académico en pre y pos de esta. Al tener como ejemplo que, durante la academia, dicha concepción de enfermedad mental y salud mental tuvieron una reducción hacia el enfoque biologicista con el que, al llegar a la práctica profesional y descubrir que esta se queda corta con el accionar hacia el paciente y genera una visión humanística de la salud mental y de la enfermedad mental, evidencia que dicha diferenciación no es marcada y no es establecida por los profesionales, incluso, sosteniéndose dentro del desarrollo profesional bajo la idea estigma frente a esta, al entender que la salud mental y el acceso a esta no se comparte con un otro que no corresponda al círculo de referencia inmediato y que no tenga una capacidad sociocultural elevada, claro que se asume que no tendrá elementos y herramientas para comprenderla, además, de que el desenvolvimiento en el ámbito laboral cambia de la visión biologicista a la visión humanista, al generar un entendimiento y una comprensión de la salud mental como un elemento foco de lucha política y comunitaria para el

fortalecimiento de políticas públicas que permitan un real acceso a esta y mejoramiento de la praxis, a través de la integralidad en la atención de elementos de los que los participantes identificaron en un 100%.

Por último, se tuvo en cuenta que el tercer supuesto en los profesionales, percibe la salud mental como un tabú, con un promedio de 72 % de aprobación entre los participantes, se evidenció que desde la infancia y la adolescencia, los profesionales han construido un concepto de salud mental enfocada hacia el tabú y el estigma, concepto que se mantiene durante la universidad y que, en el ámbito profesional, si bien no es latente, continúa el tabú frente a compartir con amigos o cercanos, esto dificulta consultar con un profesional de la salud mental.

Discusión

Los datos obtenidos con la investigación sobre las concepciones de salud mental que tienen los profesionales mostraron, en primera instancia, que la información construida en la infancia y adolescencia por los entrevistados sobre la salud mental su concepto y conocimiento es escaso y manicomial, y que es en el proceso académico y laboral en el que se inicia un proceso de reestructuración, construcción. Es cierto que, la formación y una introspección sobre el uso de la salud mental como un insumo propio, contribuyó a que se desdibujará de forma parcial el estigma de salud mental y del paciente que es concebido como loco en concordancia con lo construido en su infancia. al igual que lo mencionaron (Moll 2013, Betancurt et al 2014; Torres, Munguía, Aranda y Salazar, 2015) quienes encontraron que las representaciones sociales de los profesionales son una conjunción de conocimientos sociales y académicos. Los datos también mostraron que no opera en la mente de los profesionales una división clara entre los conceptos de salud y enfermedad mental, la cual se ha sostenido a pesar del paso por diferentes escenarios académicos y no académicos. En general, se puede afirmar que subsiste en la actualidad en el profesional, un estigma frente a la salud mental, que puede estar influenciando de forma directa la manera en que percibe al paciente y el acceso que este profesional tiene de los servicios de salud mental para su propia necesidad considerando que la perspectiva de normalidad, locura, bienestar y equilibrio hacen parte de las representaciones sociales

de los profesionales sobre salud mental encontrados en otros estudios (Pineda y Betancurt, 2015; Betancurt y Restrepo, 2016).

Desde una perspectiva académica, el conocimiento sobre la salud mental tiene un fuerte matiz biologicista, en específico en carreras como enfermería, medicina y psiquiatría. Esa es una perspectiva netamente neurológica y fisiológica del trastorno mental. En los profesionales de psicología se identificó que, durante la universidad, dicha perspectiva migró a un aspecto sociocultural del ser humano, contrario a las demás carreras como trabajo social y terapia ocupacional, en las que persistió el estigma sobre la salud mental y el enfermo mental constituido desde la época de la infancia y que hacen de estos temas un tabú que lleva a temer al loco y a estigmatizarlo, siendo como los estigmas y prejuicios a partir de la comunicación entorpece al momento de tener atención en salud mental desde las diferentes áreas interdisciplinarias, lo cual lleva a que se perpetúe el concepto manicomial de salud mental (Loubat, Lobos y Carrasco, 2017, Bedoya, Buitrago, Vanegas, 2019).

También, se identificó que, desde la casa, hubo una influencia directa sobre las actitudes que los profesionales consideran como necesarias para el ejercicio profesional en el campo de la salud mental. Habilidades como la capacidad de escucha, la empatía, el respeto y el deseo de ayudar a otro, son elementos que de forma indirecta enseñan desde el hogar. Estos son elementos de valor educativo en la familia y que los profesionales identifican al momento de su praxis como importante para su desarrollo personal como profesional. Los datos, de igual manera, indicaron que la familia no jugó un papel fundamental en la concepción y construcción del concepto de salud mental, dado que los elementos aportados desde aquí fueron enfocados en aspectos negativos como el tabú, el miedo al loco, el estigma y que fueron sostenidos hasta el ingreso a la academia, esto en consecuencia de estudios anteriores que mencionan que existen prejuicios en los profesionales de la salud, los cuales se configuraron desde su educación, falta de información y educación familiar que generaron su sostenimiento y configuración en sus representaciones sociales de enfermedad mental y paciente con diagnóstico en salud mental (Moll, 2013).

Consiguiente a esto, se evidenció que el papel de la escuela no fue fundamental en el proceso de concepción de la salud mental. Aunque sí reforzó las ideas construidas desde casa, en especial el tabú, el estigma y el miedo a perder la cordura. Incluso, promovió aún más el estigma, utilizándolo

como factor de presión social en el grupo de compañeros, al advertir a los chicos que quien se portaba de determinada manera iba a ser conducido a los servicios psicológicos, como encontró Loubat et al (2017) concluyendo que la estigmatización impide que haya una adecuada visibilización de las causas de recaída y la falta de adherencia al tratamiento. Este fue un elemento que sorprendió, dado que la valoración que desde la escuela se le da al conocimiento científico debía cuestionar ese estigma, por lo tanto, debía promover el bienestar psicológico como un factor principal en el desarrollo de los jóvenes.

A partir de lo discutido anteriormente, los resultados de este estudio permiten concluir que, en el ámbito social, los profesionales entrevistados aún conservan el aspecto de tabú de la salud mental, en especial cuando concierne a ellos mismos. Los profesionales entrevistados solo hablan de su salud mental propia con amistades muy cercanas o con personas con un nivel sociocultural elevado, quienes creían que son los únicos que podían entender estos asuntos.

Consiguiente a esto, se identificó que el escenario más significativo de la construcción de la concepción de salud mental y enfermo mental de todos los profesionales entrevistados, fue el ámbito de las prácticas profesionales. Los entrevistados manifestaron que al tener un desenvolvimiento en este escenario específico lograron confrontar las ideas preconcebidas formuladas antes desde la familia, el colegio y espacios socioculturales, al generar su propia construcción. Esta experiencia, en sus sitios de ejercicio profesional, les ha permitido confrontar las normas, creencias y conocimientos culturales respecto a la salud mental y a identificar y/o separar conceptos previos a su formación y de los constructos recibidos en sus procesos de crianza en la sociedad.

Como limitación en el estudio realizado se tiene en cuenta que dada la situación de COVID 19 y las contingencias tomadas por el gobierno nacional, las entrevistas debieron de hacerse por medios digitales y no presenciales, situación que pudo haber limitado el establecimiento de la confianza y comodidad de los entrevistados al momento de responder las preguntas.

A partir de los resultados de este estudio y como aporte a la transformación de la política educacional en las universidades a partir de un modelo biopsicosocial que enseñen a los estudiantes universitarios de las diferentes carreras de la salud y humanidades, en especial en medicina, psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, y enfermería, se recomienda considerar la importancia de implementar en sus pensum asignaturas relacionadas con la humanización en salud mental.

Se hace importante que exista para la práctica profesional de los egresados de programas relacionados con la salud mental, un marco conceptual, teórico y práctico, más sólido que sustente y presente viabilidad social e institucional a la Ley 1616 de salud mental en Colombia.

Por último, como recomendación a partir de este estudio, a los entes territoriales y nacionales de salud pública, generar elementos que respondan a la atención al usuario, a su inclusión y a las particularidades de la salud mental y no a la del sistema económico en el que se encuentra (Barrero, 2016; Rojas, Castaño y Restrepo, 2018). a las políticas públicas en salud mental, que en la academia se hace necesario reforzar una comprensión de la salud mental que vaya más allá de lo manicomial. Esto solo sería posible si la formación académica en salud mental se hace desde una mayor apertura de saberes, donde transdisciplinariedad se haga necesaria en los programas de formación de pregrado, en carreras como la psicología, medicina, enfermería y trabajo social, puesto que permite evidenciar la necesidad de que el profesional adquiera, desde su formación de pregrado, un conocimiento en otras perspectivas distintas a la biomédica,

En las escuelas y colegios también se hace necesario el fortalecimiento de constructos que permitan ver la salud mental como algo que todos deben construir a partir de la humanización en los servicios de salud que trabaja basada en la igualdad, el respeto de las personas diferentes y de la construcción de valores democráticos. La escuela puede reconfigurar las creencias y conocimientos populares desde los aportes que hace el conocimiento científico y aplicado. Es en los entornos escolares en los que la política y la academia pueden desdibujar el estigma de la salud mental, al construir políticas públicas más aterrizadas a la realidad. Por lo tanto, se hace necesaria una salud mental comunitaria, enfocada en la calle, que combinen el saber científico con el saber popular y que genere, no solo una reestructuración de los conocimientos populares, sino también, permitir dejar de lado el aspecto biologicista promulgado por la academia, para lograr una mayor consolidación de la salud mental comunitaria.

Referencias

- Álvarez, L. (2010). Representaciones sociales de la salud y la enfermedad: Un estudio comparativo entre operadores de la salud y pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Floridablanca. *MedUNAB*, 9(3), 211–220.
- Armony, V. (1997). El análisis de datos cualitativos en ciencias sociales: nuevos enfoques y herramientas [Ponencia]. *Simposio del Instituto de Lingüística sobre los nuevos enfoques textuales y discursivos en las ciencias sociales contemporáneas*, Buenos Aires, Argentina.
- Banchs, M. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las Representaciones Sociales. *Escuela de Psicología. Universidad Central de Venezuela*, 9(3), 1-15.
- Barrero, A. (2016). Perspectiva de la Salud Mental en el contexto Colombiano. Comentarios sobre la Ley 1616 de Salud Mental. *Revista Poiésis*, (31), 72-77.
- Bedoya, M., Buitrago, C., & Vanegas, A. (2019). Transdisciplinariedad en salud mental: Una propuesta de modelo de formación. Interdisciplinaria. *Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 36(1), 119-132.
- Berrios, G. (1991). Evaluación de Servicios de Salud Mental. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(37), 87-92.
- Betancur, C., Restrepo, D. (2016). Representaciones sociales sobre salud mental construidas por profesionales en la ciudad de Medellín: un enfoque procesual. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(2), 5–14.
- Castorina, J. (2016). La significación de la teoría de las representaciones sociales para la psicología. *Perspectivas en psicología*, 13(1), 1-10.
- Cazorla, J. (2014). Las relaciones sociales en salud mental: Estudio sobre la percepción del impacto de las relaciones sociales en la mejora de la autonomía de las personas con diversidad mental y la relación con el trabajo social. Alternativas. *Cuadernos de trabajo social*, (21), 161–176.
- Chimi, I. F., Gañan, F., Adrian-Medrano, L., & Flores-Kanter, P. (2017). Representaciones sociales de la profesión del psicólogo en ingresantes a la carrera de psicología de Córdoba, Argentina. *Informes Psicológicos*, 17(1), 143-158.
- Congreso de la Republica de Colombia (1993). resolución 8430 de 4 de octubre de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C. Congreso de la Republica de Colombia

- Congreso de la Republica de Colombia (2006). Ley 1090 de septiembre de 2006 por la cual se reglamente el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones. Bogotá D.C.: Congreso de la Republica de Colombia.
- Congreso de la Republica de Colombia (2013). Ley 1616 de enero de 2013 por la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Congreso de la Republica de Colombia.
- Cuevas, Y. (2016). Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa. *Cultura y representaciones sociales*, 11(21), 109-140.
- De Oliveira, R., Rocha, K., Pizzinato, A., & Cé, J. (2013). La percepción de determinantes sociales de la salud en Brasil según usuarios y profesionales: un estudio cualitativo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 160-169.
- Departamento Nacional de Planeacion. (sf). 3. Salud y Bienestar. <https://www.ods.gov.co/es/objetivos/salud-y-bienestar>
- Fotia, G., & Assis, C. (2012). *Representaciones sociales de los trabajadores de la salud sobre la atención con internación de pacientes con padecimientos mentales en el Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía a partir de la sanción de la ley nacional de salud mental*. Obtenido de <https://www.aacademica.org/000-072/286.pdf>
- Garzón, A. (2013). Transformaciones y nuevas perspectivas profesionales y académicas de la Psicología de la Salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(2), 241-252.
- Gaviria, C. (2012). *El retorno a la esencia fenomenológica de las representaciones sociales*. Obtenido de Universidad Cooperativa de Colombia: <https://www-s3-live.kent.edu/s3fs-root/s3fs-public/file/09CesarAugustoGaviriaCuartas.pdf>
- Gil, J., García, E., Rodríguez, G. y Corrales, A. (1994). Análisis estadístico de datos cualitativos textuales: el enfoque lexicométrico. *Revista de investigación educativa*, (23), 510-514
- Gómez, G., & Osorio, H. (2015). Representaciones sociales: docentes y estudiantes de la facultad de salud de la Universidad de Antioquia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(1), 85-92.
- Jodelet, D. (2008). Le mouvement de reotur vers le sujet et l'approche des représentations sociales. *Connexions*, 89(1), 25-46.
- Knapp, E., Suarez, M., & Mesa, M. (2003). Aspectos teóricos y epistemológicos de la categoría representación social. *Revista Cubana de Psicología*, 20(1), 23-34.

- Loubat, O.M., Lobos, R., y Carrasco, N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental. *Límite. Revista interdisciplinaria de filosofía y psicología*, 12 (39),15-25.
- Magalhaes, D., González, F., & Patiño, J. (2019). El Estudio De La Subjetividad De Profesionales De La Salud Mental: Una Experiencia en Brasilia. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 19(3), 1-21.
- Mebarack, M., De Castro, A., Salamanca, M., & Quintero, M. (2009). Salud Mental: aun abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Revista psicología desde el caribe*, (23), 83-112.
- Ministerio de Salud. (2018). *Boletín de Salud Mental. Análisis de indicadores en Salud Mental por Territorio*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletinosm-abril-2018.pdf>
- Ministerio de Salud; Colciencias. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-inicia-II-Encuesta-Nacional-de-Salud-Mental.aspx>
- Moll, S. (2013). Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana. *Revista de Psicología - Pontificia Universidad Católica del Perú*, 31(1), 101–128.
- Montaner, I., Foz, G., & Pasarín, M. (s.f.). *La salud: ¿un asunto individual...?* Obtenido de AMF: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1015
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea*, 2, 1-25.
- Moreira, A. y Lucca, S. (2020). Factores psicosociales y Síndrome de Burnout entre los profesionales de servicios de salud mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3336. extraído de <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4175.3336>
- Moreno-Londoño, H., Cudris-Torres, L. y Aponte-Gutierrez, N. (2020). análisis del costo del tratamiento de los trastornos del estado de ánimo en Colombia. *Revista AVFT-Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, (39), 304-308. DOI: 10.5281/zenodo.4069429
- Moreno-Londoño, H. (2013). Análisis Coste-Efectividad En El Tratamiento De La Psicosis En Colombia: Modelos De Intervención Desde La Psiquiatría Biológica a La Psicología Psico-dinámica [Tesis de doctorado, Universidad Miguel Hernández]. Archivo digital <http://193.147.134.18/bitstream/11000/1753/1/TD%20Herman%20Alonso%20Moreno%20Londo%C3%B1o.pdf>
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemel.

- Múnera, L., Uribe, L., & Yepes, E. (2018). Significado del síndrome depresivo para médicos generales en una región colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 21–31.
- Navarro, N., & Trigueros, R. (2019). Estigma en los profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática. *Psychology, Society, y Education*, 11(2), 253.
- Parra, M. (2015). Articulación entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental en el contexto de la atención primaria de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 30–37.
- Pérez, L., & Moreyra, L. (2017). El quehacer del profesional de la psicología de la salud: definiciones y objetivos. *Revista digital internacional de psicología y ciencia social*, 3(2), 137-150.
- Pineda, C., y Betancur, C. (2015). Representaciones Sociales sobre Normalidad en un grupo de profesionales de la Salud Mental en la Ciudad de Medellín: Análisis Prototípico y Categorical. *Revista de Psicología: Universidad de Antioquía*, 7(2), 31–46 .
- Rada, D. (2007). El rigor en la investigación cualitativa: técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. *Revista sinopsis educativa*, 7(1), 17-26.
- Raimondi, P., Alcoba, M., & Todaro, A. (2012). Inclusión Social en Salud Mental: la concepción y el rol de los trabajadores de Salud Mental. *Revista Margen*, (64), 1-12.
- Rapley, T. (2014). *Los análisis de la conversación, del discurso y documento de investigación cualitativa*. Morata.
- Rojas, L., Castaño, G., & Restrepo, D. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Revista CES Medicina*; 32(2), 129-140.
- Torres, T, Munguía, J., Aranda, C., y Salazar, J. (2015). Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México. *CES Psicología*, 8(1), 63–76. doi: 10.21615/3033
- Velandia, M., Salamanca, Y., & Alarcón, M. (2018). Psicología de la salud en Colombia: formación e investigación. *Psychologia*, 12(2), 75-86.