

**Prácticas de Autogestión de la Salud Mental de Seis Adultos que Habitan la Zona Urbana
de Medellín, en el Último Semestre del 2021**

Lina María González Franco

Trabajo de Grado

Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD

Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades ECSAH

Programa de Psicología

2022

**Prácticas de Autogestión de la Salud Mental de Seis Adultos que Habitan la Zona Urbana
de Medellín, en el Último Semestre del 2021**

Lina María González Franco

Trabajo de Grado

Asesora: PhD. Bibiana Patricia Rojas Arango

Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD

Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades ECSAH

Programa de Psicología

2022

El presente trabajo está dedicado principalmente a Dios y a nuestra Colombia, en seguida a la UNAD y a todas las personas que han participado en mi proceso de formación, a quienes agradezco profundamente. Se espera que la información presentada en este informe sea de amplia utilidad para quienes accedan al mismo.

Resumen

A pesar de los continuos esfuerzos que los gestores de la salud mental invierten, año tras año, en la promoción de la Salud Mental y la prevención de psicopatologías, se registra un preocupante incremento de los índices de suicidios, trastornos y enfermedades de salud mental en la ciudad de Medellín (Alcaldía de Medellín, 2021). En este sentido, la autogestión que los individuos hagan de su salud mental cobra mayor importancia; por lo que ésta se debe orientar e impulsar teniendo en cuenta las creencias, experiencias y percepciones subjetivas de las personas. Contribuyendo a esto, este estudio de caso, bajo el paradigma cualitativo, tiene como objetivo comprender de qué forma autogestionan su salud mental seis adultos que habitan la zona urbana de Medellín, así como proponer una herramienta práctica para la gestión integral de la salud mental en Medellín, reconociendo la diversidad de experiencias, conductas y creencias que pueden existir entre las personas que comparten un mismo territorio y condiciones psicosociales.

Palabras clave: salud mental, autogestión, adultos, motivación, psicología humanista.

Abstract

Despite the continuous efforts that mental health managers invest, year after year, in the promotion of Mental Health and the prevention of psychopathologies, there is a worrying increase of suicides, mental health disorders and illnesses in the city of Medellin (Mayor's Office of Medellin, 2021). In this sense, it may be said that self-management that individuals make of their mental health becomes more important; therefore, it must be oriented and promoted considering the beliefs, experiences and subjective perceptions of the people. Contributing to this, this case study, under the qualitative paradigm, aims to understand how six adults who live in the urban area of Medellín self-manage their mental health, as well as to propose a practical tool for the comprehensive management of mental health in Medellín, recognizing the diversity of experiences, behaviors and beliefs that may exist among people who share the same territory and psychosocial conditions.

Keywords: mental health, self-management, adults, motivation, humanistic psychology.

Tabla de Contenido

Introducción	1
Planteamiento del Problema de Investigación	2
Justificación	5
Objetivos	7
Objetivo general	7
Objetivos específicos	7
Estado del arte	8
Marco Referencial	11
Marco Conceptual	11
Salud Mental	11
Gestión Integral de la Salud Mental	11
Marco Teórico	11
El Enfoque de la Psicología Humanista Integrativa	11
La Motivación y la Autogestión desde la Teoría de la Autodeterminación (TAD)	14
Estrategias de Afrontamiento	15
La Promoción y la Prevención en Salud Mental	18
Metodología	20
Paradigma de Investigación Cualitativo	20
Enfoque Metodológico	20
Técnica de Recolección de los Datos Obtenidos	21
Análisis de la Información	22

Los Participantes	23
Consideraciones éticas	23
Resultados y Discusión	25
Cómo definen los participantes la salud mental	26
Subcategoría “Qué es la salud mental”	26
Subcategoría “Necesidades en salud mental”	31
Cómo autogestionan los participantes la mejora de su salud mental.....	32
Subcategoría “Fuentes para informarse sobre salud mental”	32
Subcategoría “Motivos para mejorar la salud mental”	35
Subcategoría “Prácticas para mejorar la salud mental”	38
Cómo autogestionan los participantes la prevención y atención de sus problemas de salud mental.....	42
Subcategoría “Riesgos para la salud mental”	42
Subcategoría “Estrategias de afrontamiento”	44
Subcategoría “Prevención de problemas de salud mental”	47
Subcategoría “Detección de una enfermedad mental”	49
Subcategoría “Atención de un problema de salud mental”	53
Conclusiones	56
Propuesta para Aplicar en la Práctica	61
Referencias.....	74
Apéndices.....	84

Lista de Tablas

Tabla 1. Categorías y subcategorías de estudio	26
Tabla 2. Clasificación de las estrategias de afrontamiento de los participantes	47

Lista de Figuras

Figura 1. Salud Mental y Experiencia Humana desde la Psicología Humanista Integrativa.....	14
Figura 2. Red Semántica – Qué es la Salud Mental.....	27
Figura 3. Red Semántica – La Buena Salud Mental	28
Figura 4. Red Semántica – Necesidades en Salud Mental.....	32
Figura 5. Red Semántica – Fuentes de Información sobre Salud Mental.....	33
Figura 6. Red Semántica – Motivos para Mejorar la Salud Mental.....	35
Figura 7. Red Semántica – Cómo Mejorar el Bienestar Mental	38
Figura 8. Red Semántica –Riesgos para la Salud Mental	42
Figura 9. Red Semántica – Estrategias de Afrontamiento	44
Figura 10. Red Semántica – Prevención de Problemas de Salud Mental	48
Figura 11. Red Semántica –Detección de una Afectación en la Salud Mental.....	50
Figura 12. Red Semántica – Atención de un Problema de Salud Mental	53
Figura 13. La Gestión Integral en Salud Mental.....	64
Figura 14. Etapas del Proceso de Adopción de Precauciones – PAP- de Weinstein.....	65
Figura 15. Matriz de estrategias de promoción de la Salud Mental y prevención de la enfermedad por etapas del PAP	68

Introducción

A pesar de los continuos esfuerzos en promoción de la Salud Mental y la prevención de las patologías asociadas por parte de gestores públicos y privados, la prevalencia de problemáticas y la exposición a riesgos asociados siguen incrementando de forma preocupante, tanto en la ciudad de Medellín, como a nivel nacional (Alcaldía de Medellín, 2021), por lo que la autogestión que los individuos hoy hagan de su salud mental cobra cada vez más importancia.

Para impulsar y orientar esta autogestión, las estrategias de promoción y prevención en salud mental deben articularse con los contextos, expectativas y experiencias subjetivas de las personas, con el fin de dotarse de sentido y lograr una mayor apropiación de las herramientas y procesos de fortalecimiento y autocuidado de la salud mental en su público objetivo (Castro, 2013). Contribuyendo a esto, este estudio de caso, bajo el paradigma cualitativo, tiene como objetivo comprender de qué forma autogestionan su salud mental seis adultos sujetos de estudio, que habitan la zona urbana de Medellín en el último semestre del 2021, mediante una entrevista semiestructurada y la observación participativa. A partir de los hallazgos, se propone diseñar estrategias de promoción y prevención desde el pensamiento complejo, reconociendo la diversidad de experiencias, conductas, creencias y percepciones que puede existir entre las personas, aun cuando compartan un mismo territorio y condiciones psicosociales.

Planteamiento del Problema de Investigación

Los programas de promoción y prevención en salud mental son cruciales para propiciar herramientas de autocuidado y bienestar en la población para afrontar adecuadamente las crisis naturales de la vida, así como para detectar y gestionar oportunamente riesgos asociados a dinámicas dañinas, enfermedades y problemas psicológicos (OMS, 2014; Vignolo, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011). Sin embargo, las autoridades competentes y autores como Castro (2013) advierten que los programas con dicho objetivo no han logrado impactos satisfactorios a pesar de los recursos invertidos y, contrariamente, día a día se registra un crecimiento progresivo en la alta exposición a factores de riesgo, la profundización de problemáticas de salud mental y el desarrollo de otras enfermedades o afectaciones psicosociales asociadas, como la violencia, la pérdida de control de la propia vida, la exclusión social, indigencia e improductividad, entre otros (Flórez, 2007; Zamora-Rondón et al., 2019).

Estas debilidades se evidenciaron con mayor fuerza en una evaluación de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2020) que reveló que en 2020 aumentó la necesidad de atención en salud mental por las complicaciones neurológicas y psicológicas derivadas directamente por la infección de COVID-19, pero, además, por el agravamiento del abuso de sustancias psicotrópicas y desórdenes preexistentes por encima de niveles prepandemia, especialmente en los casos de depresión, trastornos de ansiedad, psicosis, estrés postraumático y conductas de autolesión o suicidio. También se profundizaron las problemáticas que retroalimentan los problemas de salud mental, como la desigualdad, los divorcios, la desnutrición y la violencia intrafamiliar (Banco Mundial, 2020), desbordando la capacidad de acción de las autoridades competentes y llevando a las personas a buscar sus propios mecanismos, adecuados o no, para cuidar de su salud mental.

En Latinoamérica, recientes estudios (Garzón et al., 2021; Martillo & Quintana, 2020; Pérez & Rodríguez, 2011; Poalasin & Moreno, 2020; Ramos et al., 2020) han registrado que las estrategias de afrontamiento y autocuidado de la salud mental que aplican los adultos ante las crisis actuales no son siempre saludables o convenientes. Y es que, por ejemplo, en Medellín, Arévalo, Vallejo y Vallejo (2020) registraron diversas afectaciones debido a la pandemia a nivel físico y psicológico, en hombres y mujeres mayores de 17 años, como altos niveles de estrés, trastornos del sueño, alimenticios o de ansiedad, depresión, deterioro de relaciones familiares, altos niveles de irritabilidad y hábitos de vida poco saludables; pero en ningún caso se buscaba ayuda profesional. Esto se corrobora con el estudio de Zamora-Rondón y colaboradores (2019), donde alertan que por lo menos el 61% de la población con trastornos mentales no recibe atención en el sistema de salud, pero la proporción de personas que no gestiona su salud mental de manera proactiva o preventiva podría ser aún mayor.

Esta falta de gestión proactiva de la salud mental es crítica en una ciudad como Medellín, donde el departamento de Vigilancia Epidemiológica de la Alcaldía de Medellín (2021, citando a Torres de Galvis, 2019) reportó que en 2019 al menos el 16,6% de la población sufrió algún trastorno mental y se registraron 2.477 casos de intento de suicidio. Además, alertan sobre incrementos importantes en las tasas de suicidios en los últimos años, mayor prevalencia de problemas de salud mental como la depresión, trastornos de ansiedad, consumo y dependencia de SPA, así como menores edades de inicio de dichos problemas (Alcaldía de Medellín, 2021). Todo, a pesar de los programas de promoción de la salud mental implementados por las administraciones, año tras año.

En parte, esto puede deberse a problemas estructurales en el sistema de salud, las brechas sociales y la estigmatización del trastorno mental (Zamora-Rondón et al., 2019); pero si,

adicionalmente, las personas no identifican sus necesidades y expectativas en las herramientas que se les ofrece en materia de salud mental, tampoco dirigirán acciones de forma autónoma y comprometida para que mejore su estado psicológico y tampoco aprovecharán las oportunidades disponibles en su entorno para informarse, cuidarse o recibir atención especializada (Flórez, 2007).

Es por esto, que las estrategias de promoción y prevención en salud mental deben tejerse con elementos de los contextos, expectativas y experiencias subjetivas de las personas, con el fin de dotarse de sentido y lograr una mayor apropiación de las herramientas y procesos de fortalecimiento de la autogestión y el autocuidado de la salud mental en su público objetivo; por lo que desde la academia se busca abordar esta problemática a partir de la pregunta: *¿Cómo gestionan su salud mental seis adultos que habitan la zona urbana de Medellín en el último semestre del 2021?*

Justificación

Este estudio surge de la necesidad de comprender cómo los habitantes de Medellín practican el autocuidado y la autogestión de su salud mental desde un mayor acercamiento a los contextos comunitarios y a las experiencias subjetivas de las personas, con el fin de develar información que ayude a dotar de sentido a los programas de promoción y prevención en salud mental en la ciudad y mejorar así su impacto (Flórez, 2007).

Esto, teniendo en cuenta que en los últimos días los estudios psicológicos se han enfocado en los impactos generados a partir de la pandemia de la COVID-19, pero pocos han profundizado en cómo las personas están gestionando sus afectaciones psicológicas con el fin de impulsar capacidades de responsabilización en el autocuidado proactivo y el bienestar.

Este estudio, orientado a la dimensión subjetiva del ser, es fundamental para la gestión de los profesionales de la salud, ya que la psicoeducación y demás estrategias se deben enlazar con elementos de importancia subjetiva para las personas y, así, realmente se motiven a apropiárselas. En este sentido, Castro (2013) advierte que en Colombia muchas estrategias de promoción y prevención en salud mental se basan en paradigmas internacionales que universalizan al sujeto y que terminan excluyendo la dimensión de la subjetividad al proponer estrategias y parámetros “para todos”; lo que puede explicar la pobre eficacia de muchos programas diseñados para atacar diversas problemáticas que continúan creciendo, así como el uso de la medicación, donde *“el síntoma se hace más escurridizo en su singularidad (...), exigiendo al sistema más y más recursos [énfasis agregado]”* (Bassols, 2011, p.244, citado por Castro, 2013).

Esta dinámica improductiva parte del acercamiento a la población objetivo desde una clasificación según su problemática, síntomas registrados o estrato socioeconómico, pero dejando de lado el grado de conocimiento o de motivación, creencias y percepciones del sujeto

sobre su propia situación, alejándose de procesos de responsabilización y motivación intrínseca (Castro, 2013).

Debido a esto, es necesario realizar investigaciones orientadas a registrar y socializar información que profundice en las interpretaciones subjetivas de las personas sobre la salud mental, además, porque en consulta o en las instancias de atención clínica no se da el tiempo necesario para profundizar en estos aspectos (Castro, 2013).

Objetivos

Objetivo general

Comprender de qué forma autogestionan su salud mental seis adultos que habitan la zona urbana de Medellín en el último semestre del 2021.

Objetivos específicos

Identificar cómo los participantes definen la salud mental.

Develar cómo los participantes autogestionan la mejora de su salud mental.

Analizar cómo los participantes autogestionan la prevención y atención de problemas de salud mental.

Proponer una herramienta práctica para la gestión integral de la salud mental en Medellín.

Estado del arte

Valero y colaboradores (2021) analizaron 34 publicaciones científicas y páginas oficiales de todo el mundo sobre prácticas de afrontamiento y salud mental, encontrando que, en 2020 durante la pandemia, se activaron en adultos y niños estrategias como el estrés, miedo, ansiedad, tristeza y enojo, pero en algunos casos no se manejaban en la proporción, momento y sentido adecuados o no respondían a un motivo real. Otras estrategias de afrontamiento no tan saludables fueron: la búsqueda de información adicional en cualquier medio de comunicación o redes sociales, propensión a la preocupación, consumo de sustancias consideradas tranquilizantes y volcarse al cuidado de otros; pero, sin acudir a ayuda profesional.

En materia de autogestión de la salud mental, Martillo y Quintana (2020) realizaron un estudio en Ecuador sobre las estrategias de autocuidado en operadores de teleasistencia de salud mental, detectando que las prácticas más utilizadas eran el autoconocimiento, practicar técnicas de relajación y respiración, reconocer las satisfacciones y logros propios del trabajo, procurar el cuidado del cuerpo y la comodidad física, vincularse a redes de apoyo, la reestructuración cognitiva, establecer límites y realizar actividades de distracción y recreación; encontrando, además, que las buenas prácticas de algunos integrantes estimulaban para bien a los demás compañeros, pero las afectaciones de unos profundizaban las preocupaciones y conflictos con los otros.

Por su parte, Poalasin y Moreno (2020) también en Ecuador, estudiaron las estrategias de afrontamiento familiar ante efectos socioeconómicos producto del encierro causado por la COVID-19 en 2020, encontrando que las familias recurrieron al apoyo familiar, laboral y escolar; dieron más importancia a los aspectos positivos y a las fortalezas que reconocían; buscaron distractores, recurrían a la oración y a la fe religiosa; también reestructuraron sus roles

para asumir los quehaceres en el hogar y disminuyeron el consumo de bienes y servicios. Descubrieron que los padres representaban un modelo de afrontamiento para los hijos, predominando entre ellos la evitación emocional.

En Colombia, Garzón, Moreno y Sarmiento (2021) realizaron un estudio en Cundinamarca sobre dinámicas familiares, experiencia universitaria y autopercepción de salud mental durante el 2020, identificando que ante las contingencias derivadas de la pandemia, algunas familias redistribuyeron las labores del hogar, procuraron la armonía mediante el uso de la música, el silencio o la evitación y aumentaron el tiempo compartido como estrategias de adaptación a las afectaciones; generando en algunos casos más unión, comunicación y apoyo familiar; pero en otros más conflicto o la búsqueda de privacidad en espacios cerrados dentro de la vivienda. También se presentó negación ante los cambios dificultando el desarrollo de habilidades de afrontamiento.

Estudios realizados en Medellín también coinciden con los hallazgos anteriores, identificando en sus participantes adultos el uso de estrategias de afrontamiento no muy convenientes o que pueden desencadenar otras problemáticas. Por ejemplo, Fong y Mazo (2020) identificaron en las mujeres participantes la práctica de esperar a que la situación se resuelva con el pasar del tiempo y la expresión agresiva hacia sí misma, negándose a acudir a ayuda profesional o social para afrontar sus problemáticas. Por su parte, Londoño y Henao (2019) encontraron que sus participantes mayores de 18 años gestionaban los problemas mediante conductas agresivas, reaccionando impulsivamente según su estado de ánimo debido a la falta de habilidades sociales; esto, a pesar de diversas campañas de promoción en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas realizadas por la institución a la que estaban vinculados.

Como compilación, se puede anotar que los participantes de los estudios anteriores no buscan ayuda profesional para gestionar su salud mental, bien sea para mejorar de forma proactiva su bienestar psicológico, para prevenir psicopatologías o para afrontar problemáticas que los afectan.

Marco Referencial

Marco Conceptual

Salud Mental.

La Organización Mundial de la Salud (2018) define la Salud Mental como un “estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad” (OMS, 2018).

En Colombia, este concepto se define desde la Ley 1616 de 2013, como un “estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, de manera tal que permite a sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad” (Minsalud, 2013b, p.194).

Gestión Integral de la Salud Mental.

Con el fin de garantizar el derecho a la salud mental en Colombia, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 promueve la Gestión Integral de la Salud Mental, como el “conjunto de políticas y lineamientos que orientan a los diferentes actores sociales para que desarrollen acciones de *promoción* de la salud mental, *prevención*, *tratamiento* y *rehabilitación* de los problemas y trastornos mentales (...), mediante procesos de asistencia técnica, asesoría, capacitación, gestión y fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias” (Minsalud, s.f.).

Marco Teórico

El Enfoque de la Psicología Humanista Integrativa

Este estudio se fundamenta desde la *Psicología Humanista Integrativa*, pues permite abordar la experiencia humana desde una perspectiva integradora de sus dimensiones cognitiva,

emocional, conductual y espiritual (Instituto Galene, 2013), enmarcada en su contexto; tal como lo propone la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Pero, además, su profunda orientación al desarrollo del potencial humano ofrece una estructura de trabajo aspiracional, que va más allá de la prevención de la enfermedad o la mejora del desempeño de las personas.

La *Psicología Humanista Integrativa* es un enfoque postmodernista, que surge de la metodología del Integracionismo Teóricamente Progresivo (ITP) de Feixas y Neimeyer (1991, referenciado por Neimeyer, 1992). Sus cimientos parten de los principios básicos del Movimiento de la Psicología Existencial-Humanista de la última mitad del siglo XX con los trabajos de Abraham Maslow, Rollo May y Carl Rogers, que se integran con propuestas más concretas y eficaces de la siguiente generación de psicoterapeutas humanistas, como Fritz Perls, Eric Berne, Viktor Frankl, Alexander Lowen y Eugene Gendlin, así como con las técnicas de la tercera ola del enfoque cognitivo-conductual (Gimeno-Bayón & Rosal, 2017).

La Psicología Humanista Integrativa (Segafredo, 2019) aborda a la salud desde una perspectiva integral y de impacto directo en la vida de las personas, como una relación continua entre libertad y limitación, que favorece o restringe el desarrollo del pleno potencial humano, así como la capacidad de afrontar la adversidad y controlar la propia vida. En línea con esta perspectiva, Kirk Schneider (Segafredo, 2019), uno de los principales exponentes de la Psicología Integrativa Humanista, explica que la salud mental es un constructo multidimensional, complejo y dinámico, que se debe abordar desde “*la Totalidad que Uno Es*”. Este autor comprende a la salud y la enfermedad como un “continuum expansivo-constrictivo en el contrapunto humano de libertad y limitación” (Segafredo, 2019, p.45), que favorece o restringe el desarrollo del pleno potencial humano y todo lo que deviene de éste: la felicidad, el amor, la

voluntad y la existencia plena, así como la capacidad de afrontar la adversidad. Y para aterrizar esto, las múltiples *dimensiones que conforman la experiencia humana* se estructuran en términos de necesidades y capacidades jerarquizadas en seis niveles ascendentes donde, a medida que se suplen, va aumentando el bienestar psicológico y el libre desarrollo de las personas, es decir, su salud mental (ver figura 1). Estas dimensiones son (Segafredo, 2019):

Fisiológica: es el nivel más básico y fundamental que permite el normal desarrollo y funcionamiento vital, por lo que se concibe como una necesidad. Comprende aspectos como los ritmos de descanso, la nutrición, energía para funcionar, estado físico, entre otros.

Ambiental: comprende recursos y servicios básicos requeridos del entorno para protegerse y desarrollarse, como una vivienda, la familia, saneamiento, educación, entre otros.

Cognitiva-afectiva: es la dimensión de la experiencia interna, que comprende percepciones, pensamientos, sistema psicoafectivo, los valores y objetivos de vida, que configuran la relación de la persona con su entorno, así como la gestión de la propia vida.

Psicosexual: desde este nivel ya no se habla de necesidades, sino de capacidades, que ayudan a la persona a desarrollar su potencial y a mejorar sus condiciones de vida. Esta dimensión comprende los vínculos significativos desde la construcción de relaciones íntimas, de confianza y de apoyo recíproco con otros.

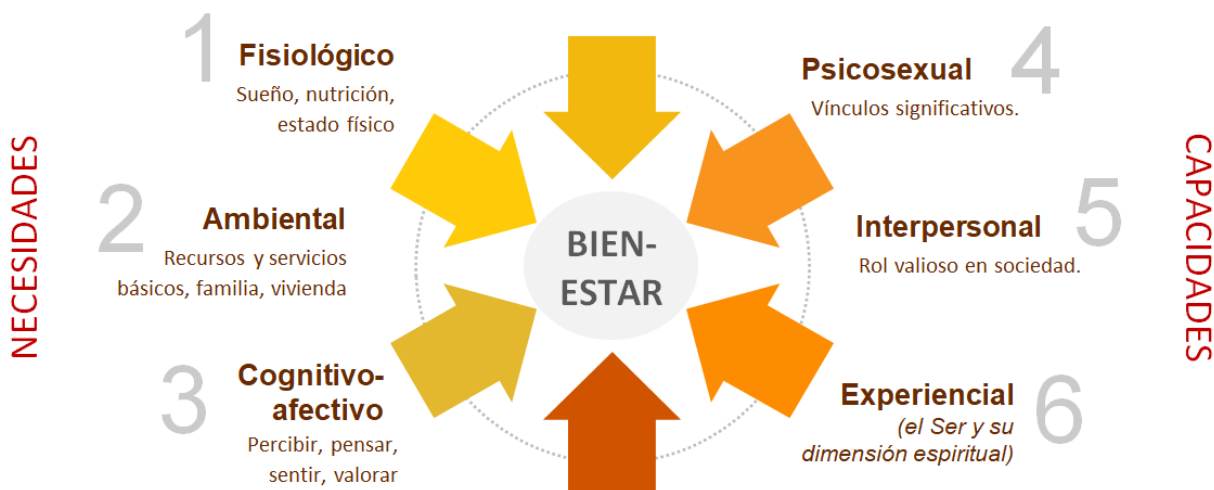
Interpersonal: abarca la plena integración en la sociedad y el reconocimiento del valor del rol que desempeña en ella, ayuda en la apropiación de los espacios y la realización de objetivos superiores con la ayuda de otros.

Experiencial: se trata de una experiencia armónica y trascendental sobre la vida propia y su conexión con el entorno. Comprende la integración del *Ser* y su dimensión espiritual,

trabajando en el desarrollo de capacidades superiores, creativas e integradoras, permitiendo mayores niveles de tranquilidad, felicidad, fortaleza emocional y autoestima.

Figura 1.

Figura 1. Salud Mental y Experiencia Humana desde la Psicología Humanista Integrativa



Nota. Elaborado a partir de Segafredo (2019).

La Motivación y la Autogestión desde la Teoría de la Autodeterminación (TAD)

Como parte de esta dinámica ascendente de la experiencia humana, la Psicología Humanista (Ryan & Deci, 2000) también recalca el inmenso potencial humano y los recursos que de forma innata le impulsan a desarrollarse y evolucionar, existiendo factores ambientales y contextuales que pueden favorecer o entorpecer este impulso; lo que determina la diferencia entre la gestión activa de la propia vida o la alienación y la pasividad. En este sentido, la *Teoría de la Autodeterminación* (Ryan & Deci, 2000) propone que el crecimiento personal y la autorregulación de la conducta surgen de la evolución de los recursos humanos internos, que se produce en torno a tres necesidades psicológicas innatas que son la base de la automotivación y la integración de la personalidad, que son: ser competente, relacionarse y ser autónomo; que, a su vez, serán insumos para lograr un desarrollo social constructivo y el bienestar personal.

En esta dinámica, la *Autorregulación* está relacionada con la forma en que “las personas asumen los valores sociales y las contingencias extrínsecas y transforman progresivamente estos en valores personales y automotivaciones” (Ryan & Deci, 2000, p.2), y la *Motivación* es el proceso de activación y dirección de energía, persistencia y equifinalidad en torno a un objetivo, implicando una regulación biológica, cognitiva y social (Ryan & Deci, 2000).

Existen diferentes *tipos de motivación* (Ryan & Deci, 2000), cada una con implicaciones en el aprendizaje, el desempeño, la experiencia personal y el bienestar. La motivación puede ser auténtica y proveniente de la satisfacción que genera la actividad en sí misma (*Motivación Intrínseca*) o puede provenir de estímulos externos que dirigen a la persona hacia una acción a partir de un resultado esperado (*Motivación Extrínseca*). Diversos estudios han encontrado que, en igualdad de condiciones de competencia y autoeficacia, las *personas que actúan desde la motivación intrínseca* demuestran más interés, excitación y confianza, registrando un mejor desempeño, mayor persistencia, creatividad, vitalidad y bienestar general (Deci & Ryan, 1991; Sheldon, Ryan, Rawsthorne, & Ilardi, 1997 referenciados por Ryan & Deci, 2000).

Estrategias de Afrontamiento

Lazarus y Folkman (1986; citados por Pérez & Rodríguez, 2011) definen el Afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.18).

Las *Estrategias de Afrontamiento* (Pérez & Rodríguez, 2011) son herramientas o recursos que las personas desarrollan para enfrentar demandas interiores o de su entorno; y según los recursos internos o ambientales con que dispone el sujeto, estará en capacidad de hacerle frente a la adversidad y reaccionar de forma saludable o no tan conveniente. Según su orientación, se

agrupan en tres tipos (Librán, 2002): las enfocadas en el problema, que se orientan a modificar o cambiar la situación hacia otra que no suponga una amenaza; las enfocadas a la emoción, que buscan reducir la respuesta emocional negativa ante la situación estresante, que puede ser percibida como amenaza, estancamiento, o como oportunidad y aprender a salir adelante; y las enfocadas en la evitación, que buscan distanciarse del problema, mediante distractores, postergación, negación o el humor.

A partir de la Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M), implementada en Colombia por Londoño y colaboradores (2006, p.331-332) se pueden identificar catorce estrategias de afrontamiento, agrupadas según si cumplen una función adaptativa o desadaptativa (Ingledeew et al. (1996, referenciado por Librán, 2002), así:

Adaptativas:

Afrontamiento activo: estrategia cognitiva con la que se busca analizar las causas del problema y generar alternativas de solución.

Control emocional: estrategia cognitivo-conductual para tolerar la situación estresante mediante el autocontrol.

Expresión emocional abierta: estrategia conductual con la que se expresan abiertamente las emociones como forma de procesarlas o neutralizarlas.

Reevaluación positiva: estrategia cognitiva basada en el optimismo y la búsqueda del aprendizaje de las dificultades, identificando los aspectos positivos de la situación, lo que contribuye a la tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen el afrontamiento de la situación.

Búsqueda de apoyo social: estrategia conductual con la que se manifiestan las emociones y se buscan soluciones a las situaciones con otras personas.

Búsqueda de apoyo profesional: estrategia conductual en la que se acude a un profesional para buscar solucionar un problema o sus consecuencias.

Religión: estrategia cognitivo-conductual manifestada mediante el rezo y la oración para ayudar a tolerar un problema.

Refrenar el afrontamiento o planeación: es una estrategia cognitiva que busca conocer más sobre el problema o aclarar la eficacia de las alternativas, antes de enfrentarlo.

Desadaptativas:

Conformismo: estrategia cognitiva para tolerar el estrés mediante la resignación frente a la situación.

Evitación emocional: estrategia cognitivo-conductual con la que se evita expresar las emociones ante una carga emocional o la desaprobación social.

Evitación comportamental: estrategia conductual con la que se practican actividades que ayuden a tolerar el problema, tolerar o neutralizar emociones, como el consumo de SPA.

Evitación cognitiva: estrategia cognitiva con la que se busca eliminar o neutralizar pensamientos valorados como negativos o perturbadores, mediante la distracción o la negación.

Reacción agresiva: estrategia conductual de expresión de la ira u hostilidad como consecuencia de la frustración y desesperación, reaccionando agresivamente hacia los demás, hacia sí mismo o hacia los objetos.

Espera: estrategia cognitivo-conductual en la que se prefiere esperar a que la situación se solucione sola o con el pasar del tiempo.

Las estrategias de afrontamiento adaptativas contribuyen al desarrollo de capacidades beneficiosas como el autocuidado (salud física y espiritual) y la adquisición de estilos de vida saludables, habilidades sociales (comunicación, asertividad, empatía y resolución de conflictos),

la expresión emocional y el manejo del estrés (Pérez & Rodríguez, 2011). Por su parte, las estrategias desadaptativas pueden obstaculizar este crecimiento al desencadenar dinámicas restrictivas o evitativas que no generan desenlaces resolutorios.

La Promoción y la Prevención en Salud Mental

La promoción de la salud mental es entendida por la Organización Mundial de la Salud como un conjunto de acciones que generan entornos y condiciones de vida que propician la salud mental y que brindan herramientas a las personas para informarse y adoptar y mantener modos de vida saludables (OMS, 2018).

En nuestro país, la Política Nacional de Salud Mental y la Ley 1616 de 2013 (Minsalud, 2018) establece que la promoción de la salud mental de los colombianos implica propiciar condiciones óptimas de equilibrio y bienestar humano, en términos de logros de desarrollo integral desde una perspectiva de capacidades y derechos humanos, reconociendo a la salud como un derecho universal (p.5). Esto requiere el desarrollo de entornos saludables, resilientes y protectores que promuevan estilos de vida saludables; la promoción del involucramiento parental, el fortalecimiento de la cultura propia como factor protector de la salud mental y la educación de habilidades psicosociales para la vida, como: el autoconocimiento, la empatía, la comunicación asertiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, solución de problemas y conflictos, pensamiento creativo, pensamiento crítico, manejo de emociones y sentimientos, y manejo de la tensión y el estrés (Minsalud, 2018).

Por su parte, la prevención en salud mental se enfoca en la gestión de las psicopatologías y sus factores de riesgo asociados (Vignolo, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011), con el fin de “reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos o enfermedades mentales, el tiempo que permanecen los síntomas o la condición de riesgo del desarrollo de una enfermedad o

trastorno mental y/o reducir el impacto de éstos una vez se han desarrollado” (OMS, 2004, p.17); y puede ser universal, selectiva o indicada, según la población a la que se dirijan las acciones.

Es así, como para la Asamblea Mundial de la OMS (2013) la prevención comprende: valorar vulnerabilidades y riesgos de padecer un trastorno mental en la población, en las diferentes etapas del ciclo vital; identificar y diagnosticar temprano los trastornos mentales; y brindar atención adecuada y oportuna, propiciar la adherencia al tratamiento, la adquisición de hábitos protectores y la gestión del estigma. Todo, resaltando que el estigma y la falta de conocimiento son las principales barreras de la búsqueda de ayuda en salud mental y la adherencia a tratamiento (Casañas & Lalucat, 2019).

Metodología

Paradigma de Investigación Cualitativo

Procurando una mirada profunda y fenomenológica de las experiencias y percepciones subjetivas de los participantes en torno a la autogestión de su salud mental, el presente estudio se enmarcó en el paradigma cualitativo, que “plantea la existencia de una realidad dinámica, cambiante y holística, donde el sujeto investigador interacciona con los actores sociales mediante un proceso de comprensión e interpretación desde la experiencia subjetiva de los actores sociales en un tiempo y espacio” (Finol de Franco & Vera, 2020, p.18), con el fin de “penetrar en el mundo construido y compartido por los sujetos y comprender cómo funcionan a partir de sus acuerdos intersubjetivos”. Para esto, se centra fundamentalmente “en la búsqueda de significados que los sujetos dan a sus propias prácticas en las situaciones en que actúan” (Abero, Berardi, Capocasale, García, & Rojas, 2015, p.44).

Enfoque Metodológico

Se partió de un diseño de *estudio de caso*, definido como “la investigación empírica de un fenómeno del cual se desea aprender dentro de su contexto real cotidiano” (López, 2013, p.140), que se vale de la triangulación de una variedad de fuentes y perspectivas, que sirven para clarificar los significados identificando diferentes percepciones sobre el mismo fenómeno y verificando la repetibilidad, para finalmente registrar y describir conductas y/o factores involucrados en ese fenómeno que se estudia (López, 2013). Desde el paradigma cualitativo, el estudio de caso busca describir e interpretar una realidad estudiada, con el fin de contribuir a un mayor conocimiento sobre el fenómeno y brindar pautas para posibles soluciones relacionadas; es especialmente útil para estudiar organizaciones, grupos o individuos, para evaluar programas y hacer recomendaciones (López, 2013).

Este estudio de caso es de tipo *instrumental*, es decir, que desde el paradigma cualitativo se orienta a aportar insumos de conocimiento para profesionales y gestores de la salud mental, pero sin pretender generalizar los hallazgos. Bajo este diseño, la investigadora se acerca a una realidad integrando múltiples fuentes de evidencia o de información, como la entrevista y la observación, buscando aprender lo máximo posible sobre esa realidad y contrastando la información obtenida, con el fin de emitir un informe donde se describen o registran conductas, afirmaciones y factores involucrados en “el caso” estudiado (López, 2013).

Técnica de Recolección de los Datos Obtenidos

Para la recolección de datos se aplicaron dos técnicas: la *observación participante* y *entrevistas semiestructuradas* de preguntas abiertas, realizadas presencialmente con cada participante.

La *Observación* no estructurada (Hernández, Fernández & Baptista, 2014) es una técnica de recolección de datos que involucra todos los sentidos, pues consiste en registrar de forma abierta y flexible, pero válida y confiable los comportamientos, procesos y situaciones observables en los participantes, permitiendo contrastar entre unos y otros. Según el propósito de cada investigación se pueden observar diferentes cosas, en este estudio se observa especialmente el ambiente social y humano de los participantes, sus características, los elementos verbales y no verbales de sus discursos, entre otros, al abordar los temas estudiados durante las entrevistas presenciales. Desde el paradigma cualitativo, la entrevistadora debe estar atenta para tomar nota de los detalles, sucesos e interacciones de los participantes que vayan surgiendo. Además, en este estudio se tiene una participación activa, es decir, que la investigadora interactúa con los participantes, pero no se mezcla con ellos, para seguir siendo una observadora.

Cifuentes (2011, referenciada por Abero et al., 2015) define la *Entrevista Semiestructurada* como un diálogo entre un entrevistador que guía las temáticas y las preguntas, y cada participante, quien sería el informante, enmarcado en el fenómeno que se pretende interpretar o describir, y que se orienta a “extraer información sobre las opiniones, creencias, concepciones y estados subjetivos del informante” (p.149). Bajo esta técnica, se registra tanto el texto oral de las respuestas del informante, como sus gestos, silencios o énfasis en sus palabras. Al ser semiestructurada, la entrevista contempla temáticas o interrogantes guía, que pueden ser flexibles dependiendo del entrevistado y la información que surja.

Las entrevistas realizadas (ver [Apéndice A. Guion y Metodología de la Entrevista](#)) fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas en un archivo de texto para ser analizadas en Atlas.ti. En ella se abordaron los siguientes temas de estudio:

Cómo definen la Salud mental: comprende percepciones sobre qué es la salud mental y cuáles son sus necesidades en salud mental.

Prácticas para mejorar su salud mental: comprende qué los motivaría a mejorar su salud mental y cómo lo harían, a cuáles fuentes recurrían para informarse.

Prácticas de prevención y atención de sus problemas de salud mental: comprende estrategias de afrontamiento que utilizan frente a las crisis o situaciones adversas, cómo detectarían un problema de salud mental, qué riesgos conocen y gestionan para su salud mental, y a quién(es) recurrirían ante un problema de salud mental.

Análisis de la Información

En el marco del diseño elegido, la técnica de análisis de datos aplicada fue el *análisis de contenido* basada en un *sistema de categorías* que comprende la codificación y etiquetado de las narrativas para establecer relaciones y extraer significados de las categorías emergentes

(Docència Universitat Rovira i Virgili, 2020), llevando a cabo las siguientes fases iterativas: 1) Se transcriben y articulan, según sus códigos, las narrativas de los participantes, registradas en audio a un archivo de Word, para cargarlo en el software científico Atlas.ti. 2) Haciendo uso de las funcionalidades de análisis del Atlas.ti, se identifican las unidades de significado, se codifican y se establecen las *categorías* que articulan los temas, patrones, así como elementos comunes, repetidos y distintos. Matus y Molina (2006, citados por Chahuán, 2021) explican que el establecimiento de una categoría debe partir de la clasificación, conceptualización y codificación de un término o expresión que sea claro e inequívoco como idea central de una unidad temática, orientado al propósito del estudio. Por lo tanto, la determinación de las categorías estará guiada inicialmente por los objetivos específicos, para luego ser retroalimentadas o sustentadas por la elección de conceptos, verbos o expresiones con alto potencial descriptivo y que ofrezcan una estructura de sentido. 3) Se triangula la información de las diversas fuentes de información para esclarecer los significados desde las diversas perspectivas, y se vincula el cuerpo teórico y los antecedentes identificados con los hallazgos respecto al fenómeno estudiado para generar conclusiones (López, 2013).

Los Participantes

En este estudio participaron seis personas elegidas bajo los siguientes criterios: debían ser tres mujeres y tres hombres, en edades alrededor de 20, 30, 50 y 70 años, que habitaran la zona urbana de Medellín, que fueran conscientes de haber experimentado alguna crisis en el pasado y que desearan participar voluntariamente en el estudio.

Consideraciones éticas

Previo a la entrevista, cada participante fue informado sobre el manejo de su información, sus derechos, los objetivos y por menores de este estudio con el fin de solicitar la manifestación

explícita y suscrita de su deseo de participar sin esperar una remuneración a cambio, mediante la firma de un consentimiento informado.

Con el fin de guardar la confidencialidad de su identidad y relacionar únicamente la información relevante para el estudio, los participantes fueron codificados según sus características, así: primero las iniciales de su género (H en el caso de un hombre, M en el caso de una mujer, u otros según aplique), luego las iniciales de su estado civil (C para casados, D para divorciados, S para solteros, entre otros) y finalmente el número correspondiente a su edad.

Resultados y Discusión

Las personas que participaron en este estudio (ver caracterización y codificación en [Apéndice B. Caracterización de los Participantes](#)) pertenecen a un estrato socioeconómico medio y son profesionales universitarios. Los seis participantes han experimentado al menos una crisis en el último año, relacionadas con pérdidas económicas, divorcios y separación con sus parejas. Sin embargo, a pesar de que todos cuentan con acceso a servicios profesionales de salud mental en sus entornos inmediatos, solo (MS47) y (MD72) han acudido a profesionales de la salud mental por iniciativa propia y (HC48) lo hizo por sugerencia de su esposa. Se destaca, además, que (MS47) es una docente universitaria con un doctorado relacionado con la gestión de la salud pública.

Aclarando que este estudio no busca establecer tendencias, ni leyes sobre las conductas de las personas, se debe anotar que, de tres hombres y tres mujeres entrevistados, dos mujeres de 47 y 72 años mostraron un mayor interés por conversar y tomar acciones reales sobre la salud mental durante las entrevistas. Esto, no solo se manifestó en la duración y despliegue de sus respuestas, sino que, además, en el pasado han invertido esfuerzos y recursos en procesos de fortalecimiento psicológico con ayuda de profesionales de la salud mental y guías espirituales. Por su lado, los participantes hombres fueron más precisos y cortos en sus respuestas, manifestando una orientación a ver la salud mental como un aspecto que les puede afectar, pero, si se tiene suerte, no habría de qué *pre* - ocuparse.

A continuación, se presentan diversos hallazgos a la luz de las categorías de análisis (ver Tabla 1), propuestas a partir de los objetivos específicos de este estudio y la estructuración teórica:

Tabla 1.*Tabla 1. Categorías y subcategorías de estudio*

Categorías	Subcategorías
Definición de la salud mental.	Qué es la salud mental. Necesidades en salud mental.
Mejora de la salud mental.	Fuentes de información sobre salud mental. Motivos para mejorar la salud mental. Prácticas para mejorar la salud mental.
Prevención y atención de los problemas de salud mental.	Riesgos para la salud mental. Estrategias de afrontamiento. Prevención de problemas de salud mental. Detección de una enfermedad mental. Atención de un problema de salud mental.

Nota. Elaborado a partir del registro del análisis de la información y estructuración teórica (2021.11).

Cómo definen los participantes la salud mental***Subcategoría “Qué es la salud mental”***

Para definir la salud mental (ver red semántica en Figura 2 y Figura 3), los participantes que no han experimentado algún proceso educativo o terapéutico con profesionales de la salud mental asociaban en repetidas ocasiones conceptos amplios como bienestar, tranquilidad, capacidad para salir adelante, solucionar problemas, desempeño, emociones, pensamientos, hábitos y patología; destacando, además, que se repetía constantemente el calificativo “importante” en sus discursos.

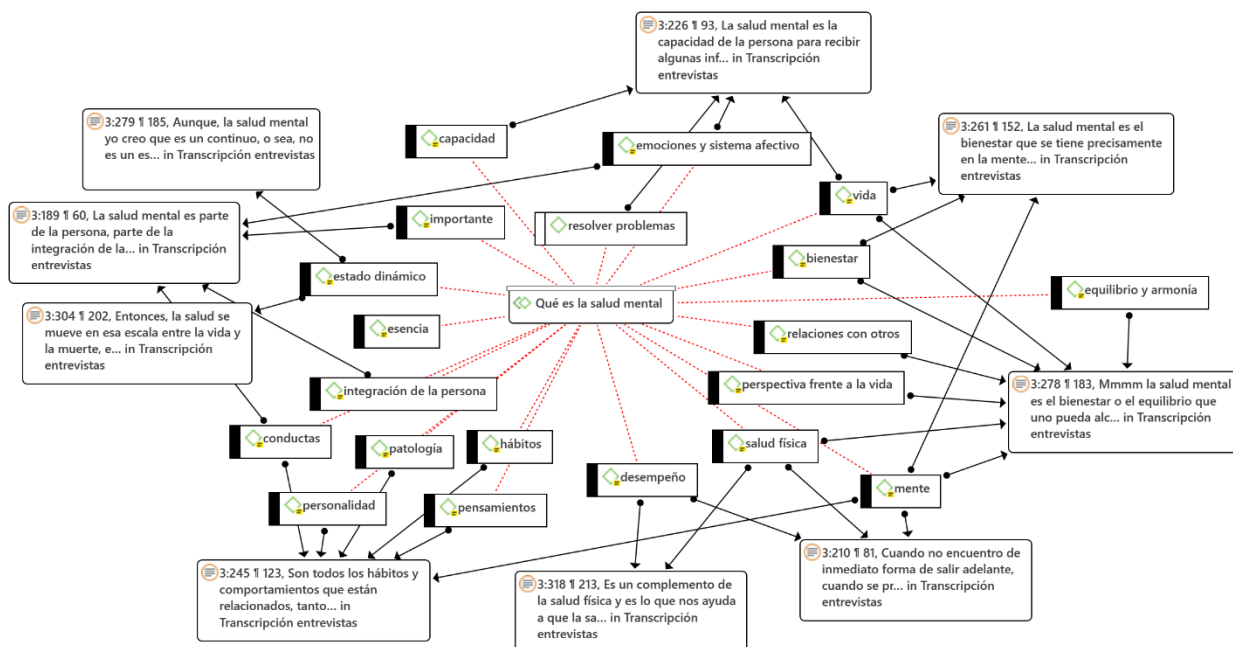
“La salud mental es el bienestar que se tiene precisamente en la mente y que esto influye también en la cotidianidad de las personas” ((MS23), 3:261).

El participante (HS30) asocia la salud mental con la conducta, la personalidad y las patologías relacionadas:

“Son todos los hábitos y comportamientos que están relacionados, tanto con el comportamiento como, digamos, también cualquier patología que esté relacionada con la forma o la personalidad, o inclusive con la forma de pensar o el aspecto mental de una persona” ((HS30), 3:245).

Figura 2.

Figura 2. Red Semántica – Qué es la Salud Mental



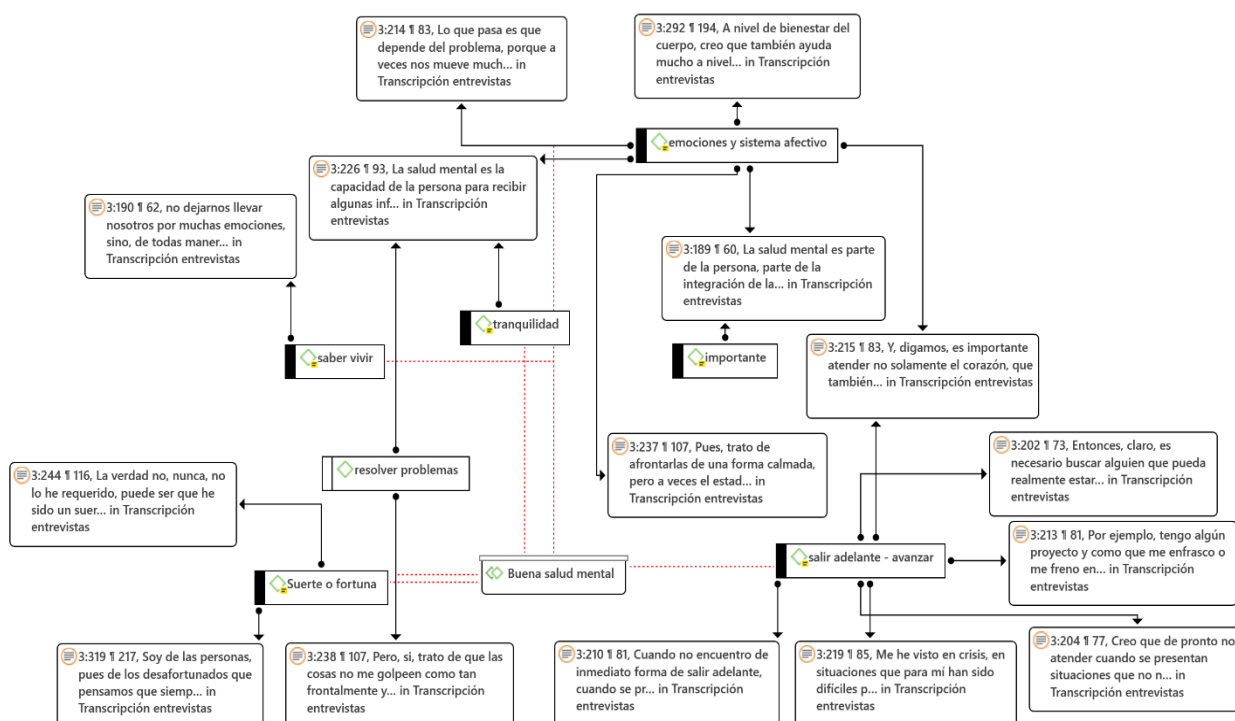
Nota. Elaborado en Atlas.ti a partir del registro de las entrevistas (2021.11).

Por su parte, el participante (HC72) relaciona a la salud mental con ideales como saber vivir y saber afrontar las situaciones sin responder emocionalmente:

“La salud mental es la capacidad de la persona para recibir algunas informaciones o hechos de la vida cotidiana y poderlos resolver sin que afecte su tranquilidad y su estado de ánimo” ((HC72), 3:226).

Figura 3.

Figura 3. Red Semántica – La Buena Salud Mental



Nota. Elaborado en Atlas.ti a partir del registro de las entrevistas (2021.11).

Estos conceptos que se asocian con el *bienestar psicológico* como propiedad o indicador de la buena salud mental, basado en la valoración subjetiva de la propia vida, coinciden con Liberal, Escudero, Cantallops y Ponseti (2014) cuando indican que el bienestar psicológico ha sido percibido como un *estado agradable* en el que se logra el manejo de las emociones y el dominio del entorno. Pero, debe llamar la atención que la asociación del bienestar de algunos participantes con la inexistencia de emociones desagradables y poder responder ante la

adversidad sin respuesta emocional, desconoce la naturaleza emocional del ser humano y la importante función adaptativa y fortalecedora de emociones denominadas desagradables como la tristeza, la ira, el miedo o la vergüenza; y ante un manejo de regulación restrictiva o de negación se pueden complicar los procesos resolutorios y afectar muchas áreas del funcionamiento social y psicológico de las personas derivando en patologías, agresiones o excesos, entre otras problemáticas (Hervás, 2011; Kashdan, Barrett & McKnight, 2016). Mientras que, del otro lado, la aceptación de la experiencia fluida y etiquetado adecuado de las emociones desagradables, e incluso intensas, mejora las capacidades para regularlas y favorece la funcionalidad posterior de las personas frente a las situaciones que las generan (Kashdan et al., 2016). Por lo tanto, se debe contemplar el desarrollo de la inteligencia emocional como una necesidad a cubrir para impulsar la adecuada autogestión de la salud mental.

También se registraron algunos comentarios que dan cuenta de la percepción de la salud mental como un asunto de suerte, como lo expresó (HC72) durante la entrevista:

(Sobre si ha experimentado algún tratamiento en salud mental) “La verdad no, nunca, no lo he requerido, puede ser que he sido un suertudo en la vida, pero hasta el momento no lo he necesitado” ((HC72), 3:244).

Esta percepción reconoce la influencia del entorno sobre la propia salud mental, lo cual es realista, pero atribuir resultados positivos a factores externos a la persona, como la suerte, revela cierta pasividad frente al propio estado de salud. Esto, según las *Teorías de Atribución Causal* de Fritz Heider y Bertrand Weiner (Manassero & Vázquez, 1995), puede reducir las expectativas frente al efecto deseado, la autoeficacia para lograrlo y la motivación que tienen las personas para emprender un objetivo, lo que puede disminuir su propensión a la acción, en este caso a la gestión proactiva de su salud mental.

De otro lado, en las narrativas de las participantes (MS47) y (MD72), quienes han realizado diversos procesos terapéuticos con profesionales de la salud mental a lo largo de sus vidas, encontramos una perspectiva más holística y realista de la salud mental, reconociéndola como un estado dinámico que se puede afectar, pero que también se puede mejorar trabajando desde el compromiso y la autogestión, más allá de la simple evitación de una enfermedad. Por ejemplo, así define (MS47) a la salud mental:

“Mmmm la salud mental es el bienestar o el equilibrio que uno pueda alcanzar como en diversas esferas de la vida, no solamente la salud del cuerpo, sino también de la salud de la mente, las relaciones con otras personas, como de su perspectiva frente a la vida” ((MS47), 3:278). “Aunque, la salud mental yo creo que es un continuo, o sea, no es un estado inamovible, quieto” ((MS47), 3:279).

Esta concepción revela una mayor psicoeducación en la persona. Aquí se relaciona el bienestar con el equilibrio, más no necesariamente con emociones agradables o con la buena suerte; se resalta la perspectiva frente a la vida, mostrando una posición más activa y responsable sobre la propia percepción y su acción en consecuencia; identifica la salud mental en las relaciones con otros y en lograr un equilibrio transversal en las diversas esferas de la vida, ya no solo se piensa en la salud mental como una mera experiencia interna, mental, sino como una estructura dinámica y de gran alcance que fortalece a la persona y que favorece el control de la propia vida; y al correlacionarla con la salud física se denota una mirada más integral y compleja del ser humano. Esta perspectiva tiene una mayor concordancia con la integralidad ascendente que expone la Psicología Humanista Integrativa (Segafredo, 2019), que trasciende de la cobertura de necesidades básicas al desarrollo de capacidades superiores en seis niveles ascendentes que conforman la experiencia humana (fisiológico, ambiental, cognitivo-afectivo,

psicosexual, interpersonal y experiencial) y que modulan la motivación del ser. A medida que se va cubriendo cada nivel se van desarrollando competencias más complejas, a la vez que se amplían las metas aspiracionales, mejorando la gestión de la propia vida y del entorno.

Podemos decir, entonces, que un mayor conocimiento y en mayor detalle sobre el gran alcance de la salud mental en la vida de las personas, en tiempos de tanta desinformación, puede contribuir a la motivación para buscar mejorarla y, por ende, buscar desarrollar cada vez más competencias vitales.

Subcategoría “Necesidades en salud mental”

Los participantes identifican que para tener una buena salud mental (ver red semántica en Figura 4) es importante poder contar con ambientes saludables, apoyo familiar, de la pareja y de amigos, y el compartir con otros. Esta es la perspectiva del participante (HS30):

“Pero, si cuento como con, considero yo, un ambiente de mucha confianza y de mucho apoyo y cuando he necesitado hablar algo al respecto he encontrado mucho apoyo de mi familia y de mis amigos” ((HS30), 3:251).

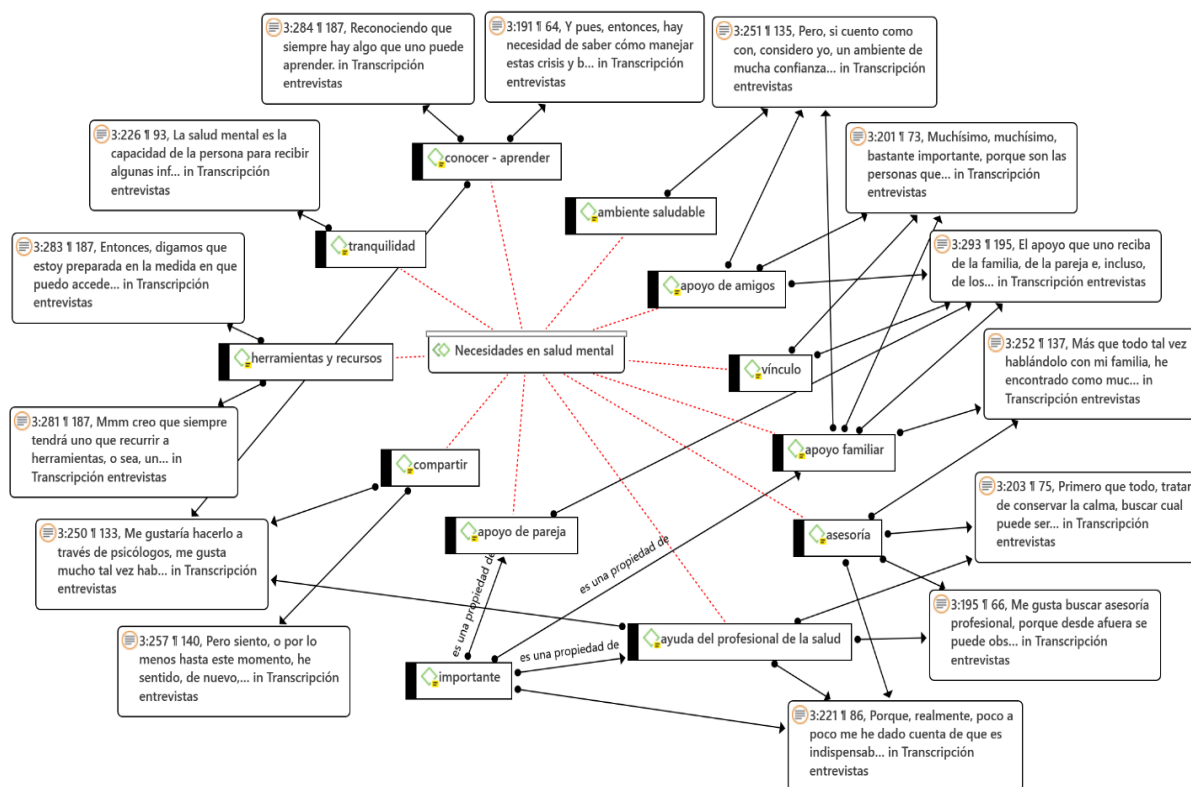
Para las mujeres (MS47) y (MD72) los vínculos significativos también son importantes, pero la asesoría y ayuda profesional, contar con herramientas y recursos, tener tranquilidad, conocer y aprender son fundamentales. Así lo expresaron:

“Yo ahora te hablaba de la conversación, los amigos y la familia, son bastante importantes para tener una buena salud mental, pero también pienso que es importante conversar con profesionales, porque de pronto los mismos problemas que uno tiene o esas dificultades que te están afectando, que te están causando ese malestar, pues, pueden ser los mismos amigos, la misma familia” ((MS47), 3:302).

“Me gusta buscar asesoría profesional, porque desde afuera se puede observar mejor a las personas y nosotros a veces nos vamos enfrascando en los problemas y en situaciones, necesitamos una asesoría para ir mejorando los comportamientos, que nos vayan ayudando” ((MD72), 3:195).

Figura 4.

Figura 4. Red Semántica – Necesidades en Salud Mental



Nota. Elaborado en Atlas.ti a partir del registro de las entrevistas (2021.11).

Cómo autogestionan los participantes la mejora de su salud mental

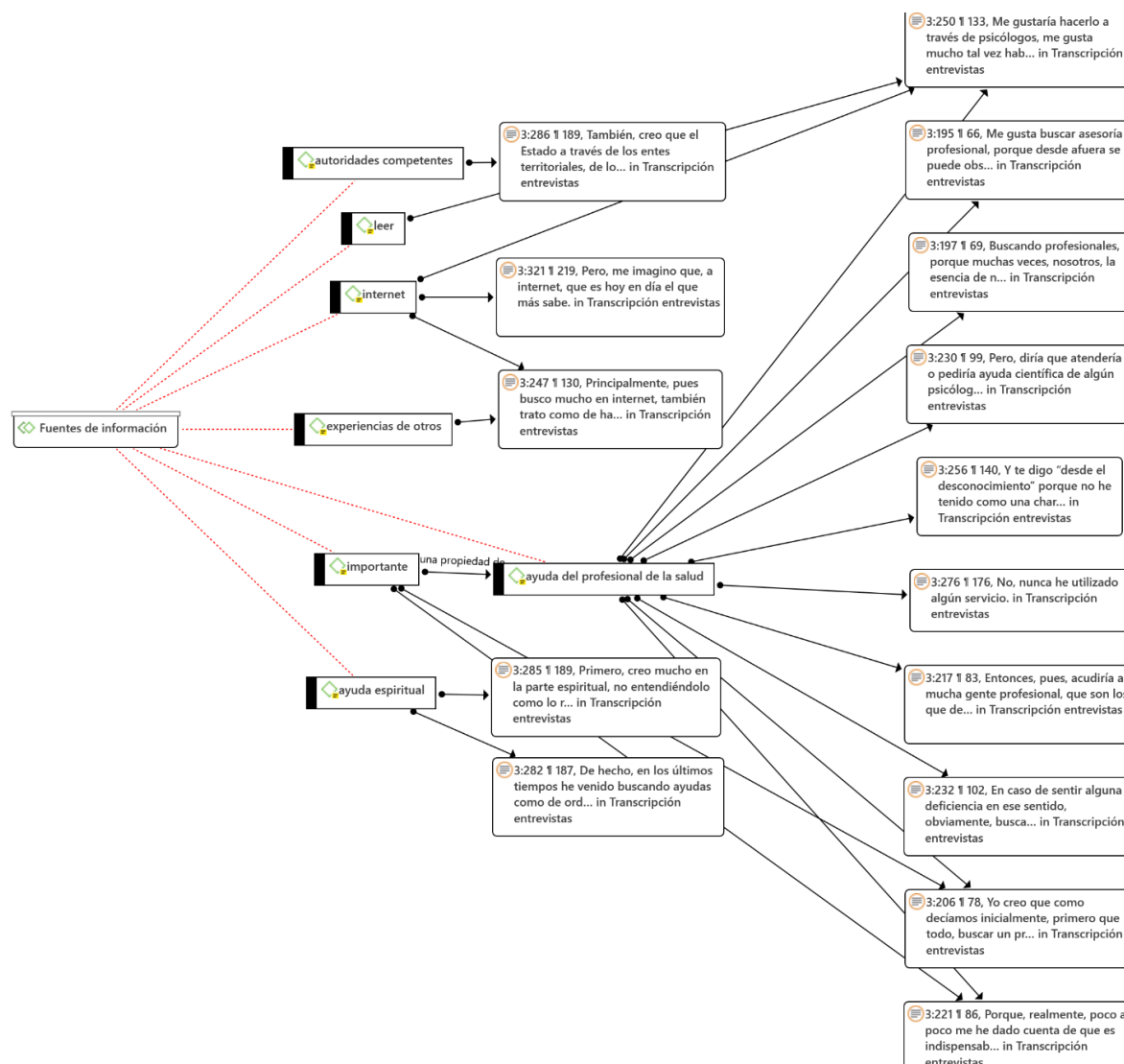
Subcategoría “Fuentes para informarse sobre salud mental”

Como fuentes para informarse en materia de salud mental, los participantes (HC48) y (HS30) destacan la consulta en internet y las experiencias de otros (ver red semántica en la figura 5). Lo establecen de la siguiente manera:

“Pero, me imagino que, a internet, que es hoy en día el que más sabe” ((HC48), 3:321).

Figura 5.

Figura 5. Red Semántica – Fuentes de Información sobre Salud Mental



Nota. Elaborado en Atlas.ti a partir del registro de las entrevistas (2021.11).

La búsqueda en internet, más que una fuente, es una metodología de consulta desde donde se accede a múltiples fuentes, pudiéndose encontrar información y publicadores de confianza, así como fuentes improvisadas o malintencionadas de desinformación. Una fuente

formal en internet son los medios de comunicación, tradicionalmente propuestos como mecanismo apropiado para la promoción de la salud mental, sin embargo, un estudio de la Universidad de La Sabana (Gutiérrez-Coba, Salgado-Cardona & Guzmán-Rossini, 2017) reveló que en Colombia son pocas las publicaciones sobre la materia que van más allá de los hechos noticiosos, y en la mayoría de los casos no se da un procesamiento adecuado de los fundamentos técnicos; pero, además, son identificados como una de las principales fuentes de estigma y discriminación hacia las personas con enfermedad mental (Campo-Arias, Oviedo & Herazo, 2014). Por su parte, las publicaciones científicas normalmente se dirigen a públicos más especializados, manejando términos más técnicos y avanzados, y sus contenidos pueden requerir más de los 7 minutos de lectura que invierte el internauta promedio por artículo (según las analíticas de Data Lab de Medium, 2013).

Este escenario es un riesgo de preocupación mundial. La OMS alerta a los gestores públicos de la salud mental sobre dos grandes problemáticas asociadas: la *infoxicación* (intoxicación informativa individual) y la *infodemia* (epidemia informativa colectiva); ambas dinámicas de difícil control por parte de las autoridades por la sobreabundancia de información disponible en internet, que no puede verificarse como falsa o verdadera, y que ha mostrado un efecto psicoemocional en las personas (Ghebeyesus, 2020, referenciado por Andrade & Gómez, 2021). Dichas dinámicas exponen una relación directa con la idiosincrasia de las comunidades, por lo que pueden profundizar la tendencia a la estigmatización de las personas con alguna problemática de salud mental (Andrade & Gómez, 2021).

Por otra parte, (HC72) y (MS47) manifiestan que depositarían su confianza en profesionales cuando requieran información sobre la salud mental:

“Pero, diría que atendería o pediría ayuda científica de algún psicólogo o alguien que me pueda ayudar en esa forma” ((HC72), 3:230).

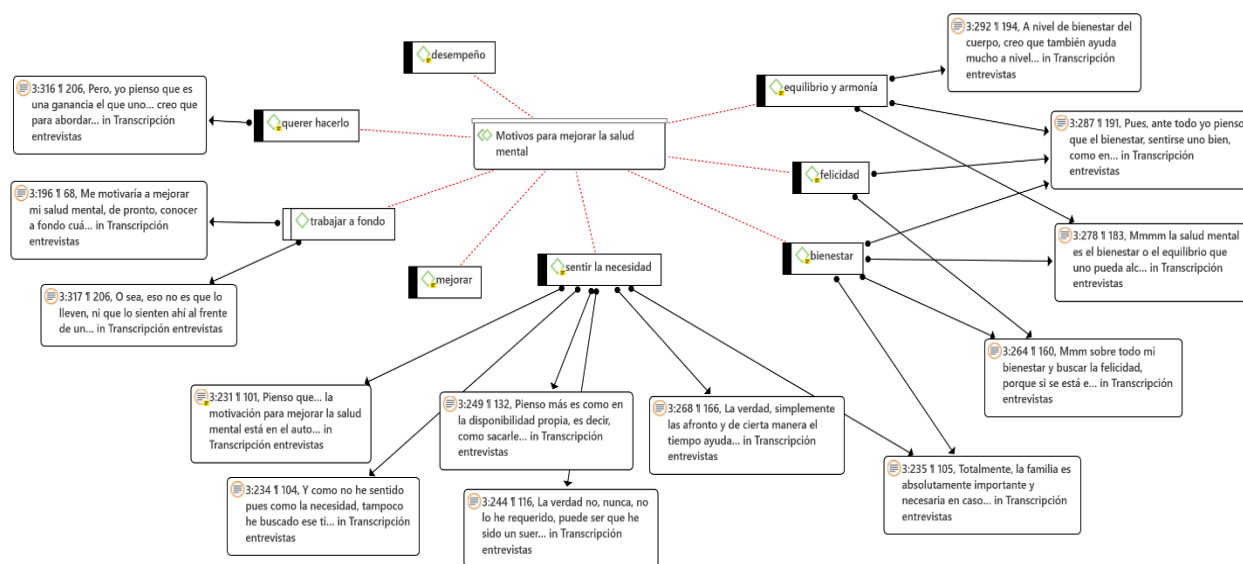
Subcategoría “Motivos para mejorar la salud mental”

Como principales motivaciones para mejorar su salud mental (ver red semántica en Figura 6), los participantes mencionaron la búsqueda del bienestar y la felicidad, mejorar su desempeño, tener más equilibrio y armonía y trabajar a fondo problemas personales. Así lo expresaron las participantes mujeres:

“Pues, ante todo yo pienso que el bienestar, sentirse uno bien, como en equilibrio, en armonía, tal vez, la felicidad, buscar uno estar feliz” ((MS47), 3:287).

Figura 6.

Figura 6. Red Semántica – Motivos para Mejorar la Salud Mental



Nota. Elaborado en Atlas.ti a partir del registro de las entrevistas (2021.11).

MS23 también se orienta al bienestar y la felicidad, pero se motivaría a emprender acciones al identificar una afectación:

“Mmm sobre todo mi bienestar y buscar la felicidad, porque si se está interponiendo entre mi felicidad, eso me ayudaría a buscar ayuda” ((MS23), 3:264).

Para (MD72) su motivación proviene de obtener una mayor comprensión sobre sí misma y su vida para salir adelante:

“Me motivaría a mejorar mi salud mental, de pronto, conocer a fondo cuál es el origen de los problemas, de las situaciones, y pues me motivaría encontrar personas que realmente estén muy versadas en estas situaciones y, bueno, que nos ayuden a salir adelante” ((MD72), 3:196).

Bajo esta categoría, llama la atención que los participantes hombres y la joven de 23 años a lo largo de sus discursos valoran la salud mental como un aspecto importante de la vida, que está directamente asociado con la “capacidad” de “salir adelante” y tener un buen desempeño, sin embargo, admiten que no practican ninguna conducta protectora, a pesar de contar con los recursos económicos y estar vinculados al sistema de salud para hacerlo. Así lo expresa el participante (HC48):

“Como te digo, uno poca importancia le presta a algo tan importante como eso” ((HC48), 3:320). “Como te dije, soy de las personas que muchos pensamos que hacemos todo bien y pocas veces nos preocupamos como por autogestionarnos ¿cierto?” ((HC48), 3:326).

Además, manifestaron que no trabajan proactivamente en mejorar su salud mental, pero que se motivarían a “sacarle el tiempo” cuando “sientan” la necesidad o identifiquen alguna afectación. En esta dirección, coinciden (HC72), (MS23) y (HS30):

“En caso de sentir alguna deficiencia en ese sentido, obviamente, buscaría ayuda”
 ((HC72), 3:232). *“Y como no he sentido, pues, como la necesidad, tampoco he buscado ese tipo de grupos”* ((HC72), 3:234).

“No ((se ríe)), la verdad no he hecho nada así proactivo para evitar que me den ataques de ansiedad o esté propensa a estar en situaciones de estrés” ((MS23), 3:270).

“Pienso más es como en la disponibilidad propia, es decir, como sacarle el tiempo y decir ‘bueno, esto es bien importante para mí en este momento’, no tengo que esperar a que me esté pasando algo o que tenga algún síntoma para poder consultar, sino pues como auto críticamente hacerlo” ((HS30), 3:249).

Estas posiciones denotan una conducta reactiva que deja poco espacio para el fortalecimiento y la prevención en su salud mental, debido a que se combina una baja valoración de los riesgos y de su vulnerabilidad personal frente a estos, evidenciando una percepción de la salud como la ausencia de la enfermedad y un *sesgo optimista no-realista*. Al respecto, Flórez (2007) plantea desde la Psicología Motivacional que la adopción de conductas protectoras comprende varias fases progresivas, pero siempre tendrá como punto de partida la evaluación que realice cada persona sobre el riesgo y sus expectativas.

En este sentido, Neil Weinstein (1988, referenciado por Flórez, 2007) expone que el Proceso de Adopción de Precauciones -PAP- requiere que la persona asimile primero (etapa 1) la *susceptibilidad*, es decir, que existe el riesgo; luego, la persona debe entender (etapa 2) la *severidad*, es decir, la probabilidad significativa del riesgo para otros, para luego reconocer (etapa 3) la *efectividad*, que es la propia susceptibilidad a dicho riesgo, y solo de allí poder pasar a la (etapa 4) decisión personal y a la (etapa 5) acción.

Según este modelo, los participantes se muestran en diferentes etapas en sus prácticas para mejorar su salud mental. El participante (HC48) se encuentra en la etapa 2 (conoce que existe el riesgo, pero el asunto no le genera interés), los participantes (MS23), (HS30) y (HC72) están en la etapa 3 (reconocen más fácilmente el riesgo para otros, por lo que aún no toma la decisión de tomar conductas protectoras para sí mismos).

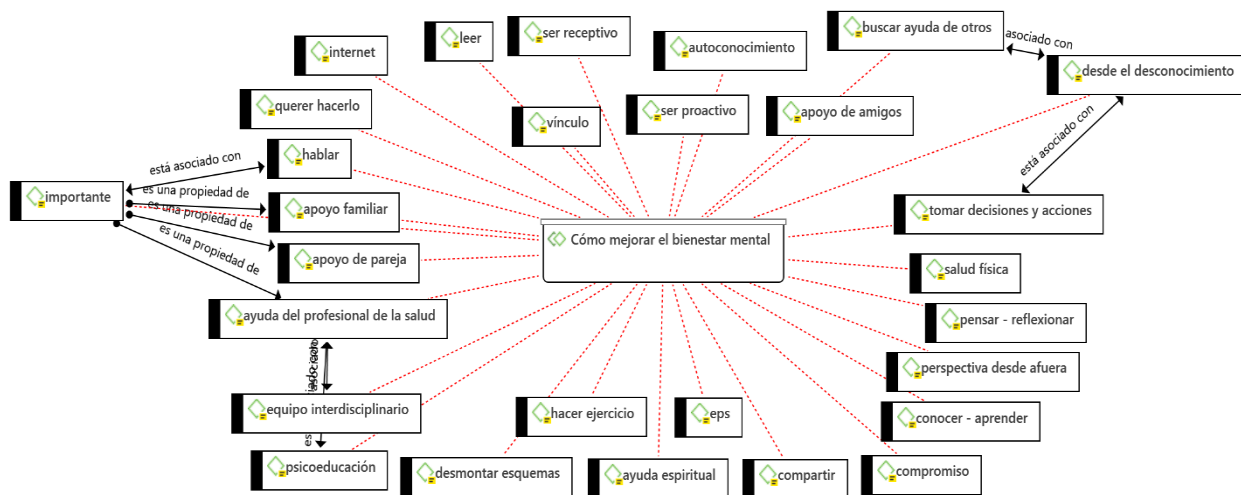
Subcategoría “Prácticas para mejorar la salud mental”

Sobre las prácticas para mejorar su salud mental (ver red semántica en Figura 7), los participantes (MS23), (HS30), (HC48) y (HC72) mencionaron que lo hacen mediante el apoyo familiar, de pareja o amigos, consultando en internet y reflexionando.

“Principalmente, pues busco mucho en internet, también trato como de hablar mucho con personas que hayan podido tener experiencias similares o que sean como referentes para mí en ese sentido” ((HS30), 3:247).

Figura 7.

Figura 7. Red Semántica – Cómo Mejorar el Bienestar Mental



Nota. Elaborado en Atlas.ti a partir del registro de las entrevistas (2021.11).

Se debe anotar que estas prácticas, a falta de acudir a un profesional de la salud mental, son estrategias de rápido acceso, que pueden proveer espacios para compartir, refugio, contención emocional o mayor capacidad de afrontamiento frente a la adversidad, pero son muy dependientes de las características buenas o malas que ofrezca cada entorno en el momento, por lo que no ofrecen herramientas de mejora. Esto, porque las organizaciones sociales, como la familia y el círculo social, se cimentan en dinámicas que propician la producción y reproducción de pautas, elementos ideológicos y psicoafectivos que generan identidad y cementan la vinculación de sus integrantes (Jelin, 2010 referenciado por Foressi, 2021). Entonces, sin una perspectiva asertiva y crítica del profesional en salud mental al interior de estas dinámicas, cualquier individuo puede desinformar, profundizar o estimular la reproducción de malos hábitos y conductas (Andrade & Gómez, 2021). Además, se resalta que la familia, los compañeros de trabajo e incluso la pareja son identificados como principales fuentes de estigma y discriminación hacia las personas con enfermedad mental (Campo-Arias et al., 2014).

De forma diferenciada, las participantes (MD72) y (MS47) manifestaron que es “indispensable” desmontar esquemas y trabajar a fondo con ayuda del profesional de la salud, el autoconocimiento, la ayuda espiritual, contar con un equipo interdisciplinario de profesionales y hacer ejercicio; y que, además, lo están haciendo actualmente, destacando expresiones como “compromiso” y “querer hacerlo”. Estas fueron las palabras de (MS47):

“Pero, yo pienso que es una ganancia el que uno... creo que para abordar estos asuntos de salud mental es fundamental, el uno querer hacerlo” ((MS47), 3:316). “O sea, eso no es que lo lleven, ni que lo sienten ahí al frente de un psicólogo, ni al frente de un psiquiatra. Pues, o sea, para doparlo, pues de pronto sí, pero no se solucionan de raíz esos problemas que están afectando la salud de la mente” ((MS47), 3:317).

También, se destaca que estas dos participantes reconocen que el desarrollo personal implica un trabajo profundo y de la mano de un equipo entrenado que les guíe desde métodos confiables y objetivos, pues, como ellas mismas lo expresan, muchos problemas pueden provenir de aprendizajes familiares o culturales, que generan esquemas mentales difíciles de cambiar, tal como lo explican en estas expresiones:

“El compromiso es como del 90%, yo no digo que del 100% porque esas tareas no son fáciles, porque no es fácil desmontarse esquemas que uno tiene, que ha construido de toda la vida, piensa uno que eso no se puede cambiar” ((MS47), 3:315).

“Actualmente, me he estado preparando, de todas maneras, no es tan fácil” ((MD72), 3:192).

Esta posición da cuenta de experiencias concretas de mejora y la adopción de conductas protectoras que, desde el esfuerzo decidido, retan creencias o esquemas arraigados para que se adopten nuevos hábitos y conductas más saludables.

Los demás participantes también mencionaron que para cuidar la salud mental se debe ser receptivo a la ayuda, acudir a psicoeducación, a terapia y a la EPS, tomar decisiones y acciones, ser proactivo y prepararse; pero, como ellos mismos no practican estas ideas, reconocen que partirían de la desinformación. Se destacan expresiones como:

“Y te digo ‘desde el desconocimiento’ porque no he tenido como una charla, una cita formal con una persona entrenada en estos temas” ((HS30), 3:256).

“No he tenido la oportunidad como de recurrir a ese tipo de investigaciones, no, no, no ((Se ríe))” ((HC72), 3:229).

De forma complementaria, llama la atención que el participante (HC48) estuvo hace unos años en terapia de pareja con un psicólogo durante varios meses, pero no le generó recordación.

Cuando se le preguntó si en algún momento de su vida había acudido a algún profesional de la salud mental, en primera instancia lo negó y luego corrigió cuando su esposa le hizo un gesto desde la distancia. Así fue su respuesta:

“No, desafortunadamenteee... ((piensa unos segundos y mira a su esposa)) Ah no, perdón, si, alguna vez si tuve una sesión de terapia con un psicólogo que nos ayudó mucho en un tratamiento familiar y, si, fue una experiencia muy interesante” ((HC48), 3:333).

“Al comienzo tuve como cierta indiferencia, pero luego me pareció muy interesante, muy bueno. Fue una sugerencia de mi esposa” ((HC48), 3:334).

Este olvido, en un adulto que no presenta afectaciones en sus procesos cognoscitivos, es destacable porque la recordación de una experiencia u objeto parte de la importancia atribuida por la persona, según sus deseos e intereses particulares (Lorayne, 1994). Si para la persona un estímulo es percibido como interesante, decidirá dirigirle su atención, recibirlo, clasificarlo, codificarlo y almacenarlo en su memoria para recuperarlo cuando se requiera, pero cuando el estímulo no es considerado importante se desecha a manera de olvido, o incluso no se le presta atención desde un principio, como un proceso natural del funcionamiento eficiente de la memoria (Bigne, 2003; Lorayne, 1994). Además, algo que se ha guardado en la memoria, pero no se usa, con el tiempo perderá su importancia y dejará de estar disponible (Maroto, 2009).

Es por esto por lo que en las estrategias publicitarias la recordación es un objetivo ampliamente perseguido, pues implica haber captado el interés del público objetivo y la penetración del mensaje, para mediar la motivación, el cambio de actitudes y convicciones hacia el impulso que desata el paso decidido a la acción y su mantenimiento; algo que también se busca lograr en las estrategias de promoción de la salud mental.

Cómo autogestionan los participantes la prevención y atención de sus problemas de salud mental

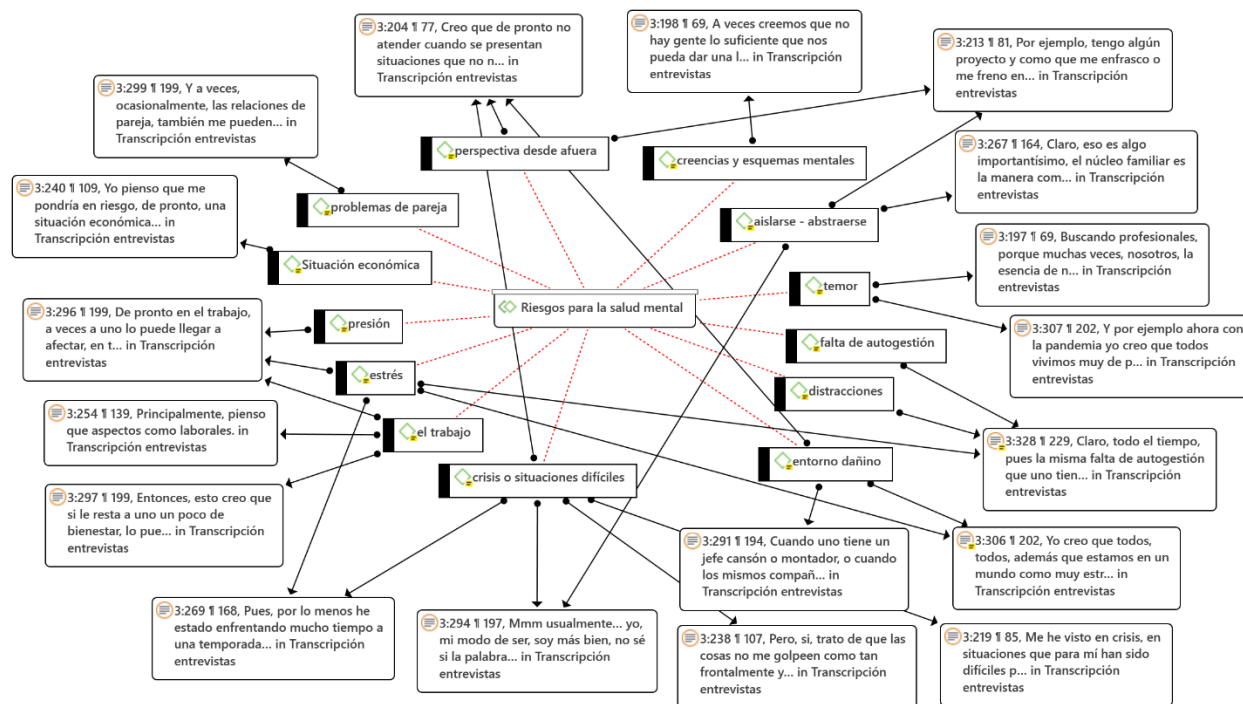
Subcategoría “Riesgos para la salud mental”

Los participantes identifican diferentes riesgos para la salud mental (ver red semántica en Figura 8), en primer lugar, los entornos estresantes, las personas negativas, las crisis, problemas económicos, familiares o de pareja, así como la falta de autogestión. Así lo establecieron:

“(…) pues la misma falta de autogestión que uno tiene, corre el riesgo de estar mentalmente vulnerable y no se da cuenta…” ((HC48), 3:328).

Figura 8.

Figura 8. Red Semántica –Riesgos para la Salud Mental



Nota. Elaborado en Atlas.ti a partir del registro de las entrevistas (2021.11).

Entre los entornos considerados de alto riesgo, se relacionan el ambiente laboral y otras personas que les rodean:

“De pronto en el trabajo, a veces a uno lo puede llegar a afectar, en términos de la salud mental, el estrés, el sentir mucha presión para obtener resultados” ((MS47), 3:296). “... no se generan ambientes amables para trabajar” ((MS47), 3:291). “Y a veces, ocasionalmente, las relaciones de pareja, también me pueden afectar” ((MS47), 3:299). “(...) y de pronto también nos encontramos con personas muy negativas que no le ven solución a las situaciones” ((MD72), 3:204).

También se destacan los problemas económicos como un factor de riesgo para la salud mental:

“Yo pienso que me pondría en riesgo, de pronto, una situación económica, de pronto también un estado familiar, esos serían los más importantes” ((HC72), 3:240).

Estos riesgos que identifican los participantes para su salud mental son bastante comunes y llaman especialmente la atención de los gestores de la salud mental en Medellín por su incidencia directa en el desarrollo de patologías y suicidios. Según el Plan Municipal de Salud Pública (Alcaldía de Medellín, 2021), los conflictos con la pareja o expareja y los problemas económicos hacen parte de los factores que más trastornos mentales, adicciones y suicidios desencadenan en la ciudad en los últimos años.

Y es que, según el Boletín de Salud Mental N. 2 de 2017 de Minsalud (2018b), el 80% de los casos de suicidios e intentos de suicidio provienen de las cabeceras municipales, siendo Antioquia una de las entidades territoriales con mayor número de casos registrados y encontrando como principales factores desencadenantes los conflictos de pareja o expareja (41,1%), los problemas económicos (11,5%), problemas escolares (6,2%) y el maltrato físico, psicológico o sexual (5,8%). Además, como factores de riesgo para la salud mental de los medellinenses se resaltan los antecedentes de trastorno depresivo u otros trastornos psiquiátricos,

abuso de sustancias psicoactivas (SPA), estrategias de afrontamiento desadaptativas y falencias en los determinantes sociales de la salud mental (Alcaldía de Medellín, 2021).

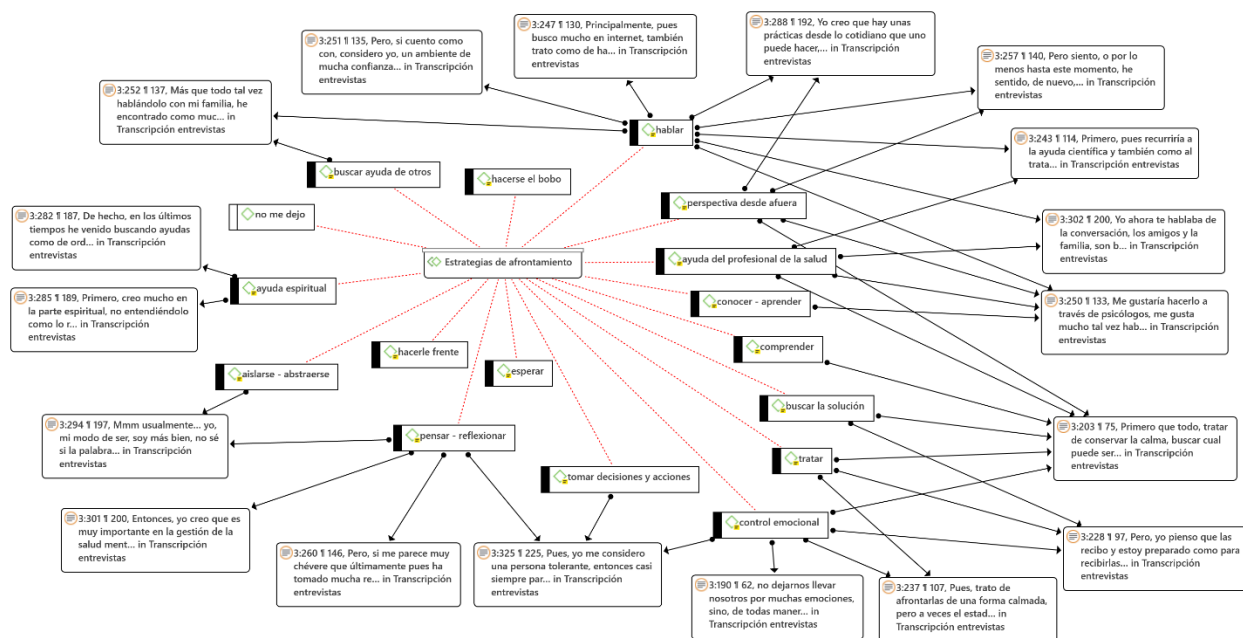
Subcategoría “Estrategias de afrontamiento”

Los participantes (HC72), (HC48), (MS23) y (HS30) hablan, desde lo hipotético, de hacerle frente a las situaciones difíciles “tratando” de mantener la calma para pensar y reflexionar sobre posibles soluciones, “tratando” de comprender lo que pasa, aislándose para pensar, hablando con personas de confianza (ver red semántica en Figura 9).

“Pues, trato de afrontarlas de una forma calmada, pero a veces el estado de ánimo no lo permite” ((HC72), 3:237). “Pero, si, trato de que las cosas no me golpeen como tan frontalmente y busco es la forma de solucionar” ((HC72), 3:238).

Figura 9.

Figura 9. Red Semántica – Estrategias de Afrontamiento



Nota. Elaborado en Atlas.ti a partir del registro de las entrevistas (2021.11).

También se identifican la resistencia y la tolerancia de las situaciones como estrategias de afrontamiento:

“Pues, yo me considero una persona tolerante, entonces casi siempre parto de eso, de analizar un poco, de ser tolerante y de ahí pues ya tomo como ciertas decisiones”
 ((HC48), 3:325).

Surgió, además, la expresión “hacerse el bobo” para hacer referencia a esa estrategia de evitar los problemas, así lo expresa (MS23) reconociendo que no es lo ideal cuando otros lo hacen:

“(…) hay mucha gente que no sabe que existen estos recursos y tratan de sobrellevar cualquier trastorno mental que tuvieran o cualquier anormalidad, simplemente sobrellevándolo y haciéndose, digámoslo así, “el bobo” ((se ríe)), cuando en realidad hay muchos recursos que podrían utilizar y que pues podría mejorar su día a día”
 ((MS23), 3:277).

También se registra la espera como estrategia de afrontamiento, como lo manifestó (MS23):

“La verdad, simplemente las afronto y de cierta manera el tiempo ayuda a sanar esas crisis y uno como que las va sobrellevando, pero de igual manera en este momento no he tenido la necesidad de buscar ayuda o apoyo de algún profesional en la salud mental”
 ((MS23), 3:268).

Estas afirmaciones de (HC72), (HC48), (MS23) y (HS30) se asemejan a los hallazgos de Valero y colaboradores (2021), Poalasin y Moreno (2020) y Garzón, Moreno y Sarmiento (2021) al estudiar las prácticas de los adultos para afrontar las crisis post pandemia, donde se destacaron como estrategias de adaptación y afrontamiento la búsqueda de apoyo familiar y religioso y el

uso de prácticas reactivas o evitativas frente a los problemas, el malestar o el conflicto; pero sin buscar ayuda de profesionales de la salud mental. En los participantes de dichos estudios se registraron dificultades para afrontar los cambios por carencias en la gestión de sus relaciones y de las rutinas, bajos niveles de autoconocimiento, flexibilidad mental, automotivación y autoeficacia, regulación emocional, o no procurarse entornos estimulantes y protectores.

De otro lado, las participantes (MD72) y (MS47) parten de la reflexión calmada y buscar ayuda de profesionales de la salud mental para tomar decisiones y acciones, así como acudir a la ayuda espiritual como estrategia de fortalecimiento y afrontamiento. Estas son sus respuestas:

“Primero que todo, tratar de conservar la calma, buscar cuál puede ser el origen de esta crisis, buscar cuál puede ser el camino, buscar una solución, buscar las personas profesionales como decíamos inicialmente, personas que nos puedan de pronto ayudar o que nos puedan guiar” ((MD72), 3:203).

“Primero, creo mucho en la parte espiritual, no entendiéndolo como lo religioso, sino la parte que tiene que ver con el perdón, con el amor hacia las personas” ((MS47), 3:285).

La *espiritualidad* como estrategia de afrontamiento y recurso de desarrollo personal, como lo aclara la participante (MS47), es diferente a la *religiosidad* que ofrece un refugio principalmente desde el rezo y la oración (Londoño et al 2006). La espiritualidad (Guirao-Goris, 2013) es la búsqueda personal del sentido de la vida, la enfermedad y la muerte, su propósito, la conexión armónica y significativa con el presente y el entorno, convirtiéndose en una estrategia proactiva de fortalecimiento personal, que promueve la trascendencia, los vínculos nutritivos y la paz interior.

Diversos estudios (Guirao-Goris, 2013) la relacionan con una mejor salud y calidad de vida, así como una mayor velocidad de recuperación en la enfermedad; además, con menor

propensión al suicidio, a las adicciones, la ansiedad y la depresión al generar mayor bienestar en las personas y mayor tolerancia a la adversidad; resultados que valida la participante (MS47) desde su experiencia personal.

Resumiendo, en la Tabla 2 se presentan las estrategias de afrontamiento practicadas por los participantes, según su función adaptativa o desadaptativa:

Tabla 2.

Tabla 2. Clasificación de las estrategias de afrontamiento de los participantes

Adaptativas	Desadaptativas
<ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento activo. • Control emocional: autocontrol. • Búsqueda de apoyo social. • Búsqueda de apoyo profesional (en dos casos de seis). • Ayuda espiritual (no religiosa). • Refrenar el afrontamiento para dar lugar a la planeación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conformismo. • Evitación emocional. • Espera o tolerancia de la situación. • Evitación cognitiva: “hacerse el bobo” (reconocida como contraproducente cuando la practican otras personas).

Nota. Elaborado a partir del registro de las entrevistas (2021.11).

Subcategoría “Prevención de problemas de salud mental”

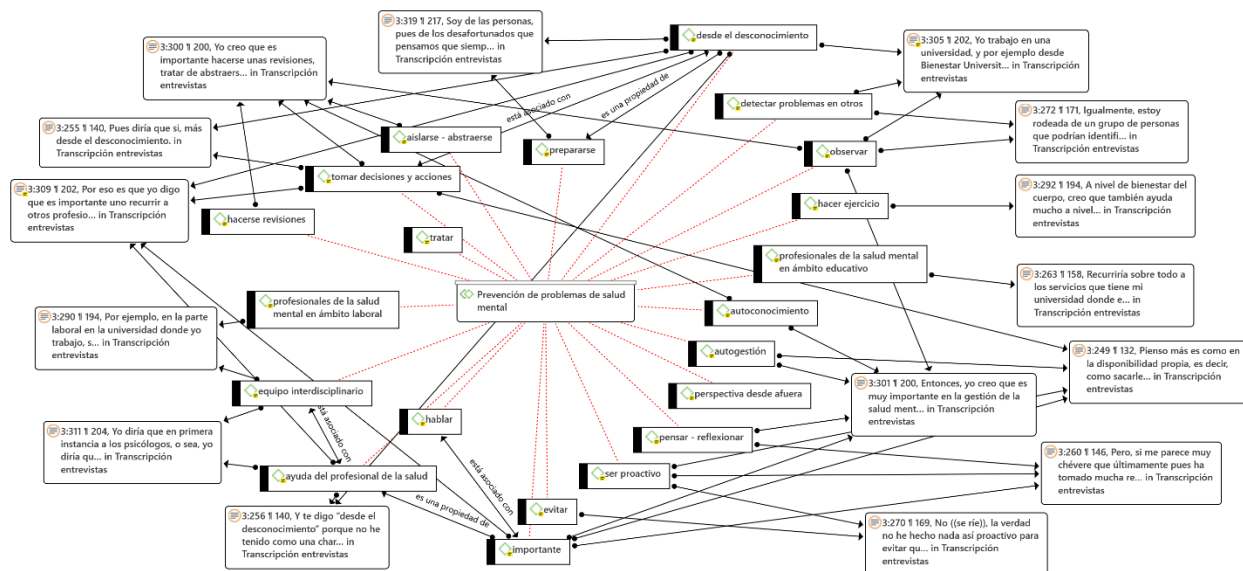
Sobre la prevención de problemas de salud mental (ver red semántica en Figura 10), los participantes expresaron prácticas como el autoconocimiento, la autogestión, buscar ayuda del profesional de la salud o de un equipo interdisciplinario, evitar riesgos, hablar, hacer ejercicio, hacerse revisiones, observar, consultar la perspectiva de otros, prepararse, tomar decisiones y acciones, y en medio de su discurso se destaca especialmente la palabra “tratar”. Al respecto mencionaron lo siguiente:

“A nivel de bienestar del cuerpo, creo que también ayuda mucho a nivel de salud mental el ejercicio, practicar un ejercicio, un deporte, el activar el cuerpo, eso yo creo que también ayuda a tener un equilibrio en la mente, en sus pensamientos, en sus emociones” ((MS47), 3:292).

“Yo creo que es importante hacerse unas revisiones, tratar de abstraerse de esas situaciones que uno ve problemáticas y tratar de verse uno cómo es que está actuando, para tomar las acciones que tiene que tomar” ((MS47), 3:300).

Figura 10.

Figura 10. Red Semántica – Prevención de Problemas de Salud Mental



Nota. Elaborado en Atlas.ti a partir del registro de las entrevistas (2021.11).

Por su parte, (HC48) y (MS23) optan por depositar su confianza en otros para prevenir y detectar problemas en su salud mental, así lo manifiestan:

“Con la familia, mi esposa, son como las personas, como te digo, que por lo menos uno espera que le digan cuando uno está haciendo algo mal, y ser receptivo a eso, sobre todo, o sea tener la capacidad de ver lo que otros ven por uno” ((HC48), 3:324).

“Igualmente, estoy rodeada de un grupo de personas que podrían identificar cualquier cambio como de actitud o de personalidad que tuviera yo” ((MS23) 3:272).

En este orden de ideas, la prevención en salud mental, que por definición se orienta a reducir de manera oportuna la incidencia, prevalencia y recurrencia de los problemas de salud mental en las personas (Vignolo, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011), es entendida por los participantes como algo importante para su bienestar y desempeño, pero la mayoría no lleva a la práctica acciones concretas de prevención. Por ejemplo, las prácticas proactivas que se plantean son lo que denominan “prepararse” y “tratar” de afrontar las dificultades de forma adecuada, pero su “preparación” se basa en la experiencia cotidiana y su estrategia de afrontamiento se fundamenta en hacer su mejor esfuerzo a medida que se vayan presentando las situaciones. Esto, paradójicamente, denota que no existen acciones concretas de preparación, sino de reacción.

Subcategoría “Detección de una enfermedad mental”

Los participantes se apoyan en diferentes métodos para detectar la posible aparición de un problema o enfermedad mental (ver red semántica en Figura 11). Por ejemplo, para la participante (MS47) las afectaciones del sueño son una alarma de que algo anda mal, así lo explica:

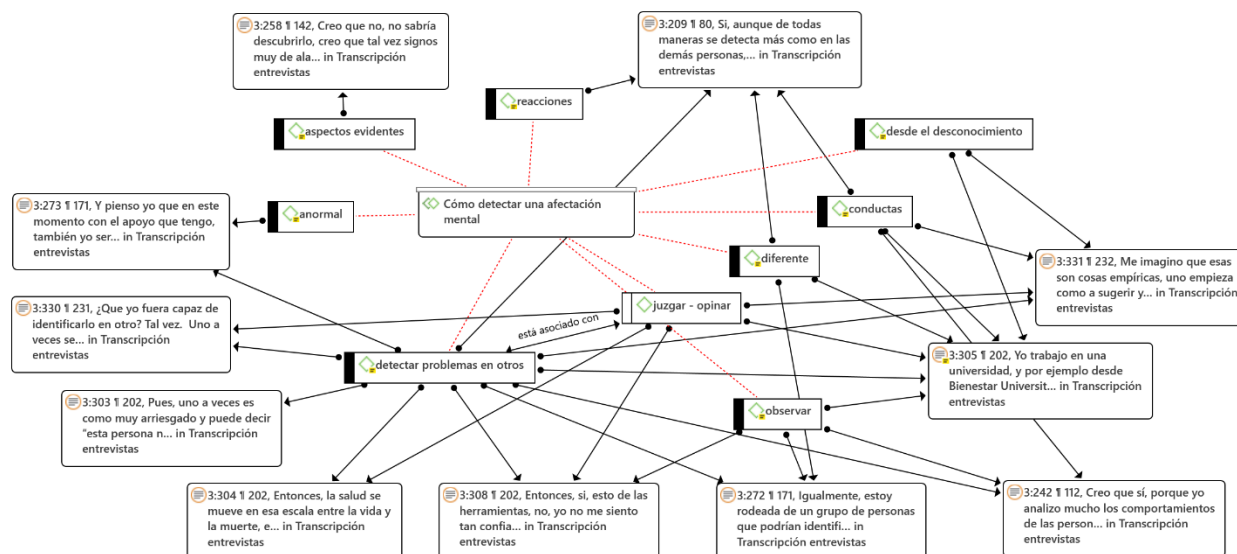
“De hecho, he tenido periodos en la vida en que el trabajo me quita el sueño, y cuando yo ya no duermo, yo ahí sí prendo una alarma, porque yo por lo regular duermo súper bien, y cuando me despierto a las dos de la mañana a pensar en eso, yo digo ‘algo anda mal acá’” ((MS47), 3:298).

Por su parte, la participante (MS23) expresa que se apoyaría más en un proceso personal de autoconocimiento para detectar alguna afectación:

“Pues creo que, sobre todo conociéndome, conociendo cómo es mi actitud frente a situaciones específicas o entendiendo cómo soy yo y mi personalidad, pues creo que ahí es cuando yo me podría dar cuenta si estoy enfrentando algún tipo de trastorno o algún tipo de diferencia en mi salud mental” ((MS23), 3:274).

Figura 11.

Figura 11. Red Semántica –Detección de una Afectación en la Salud Mental



Nota. Elaborado en Atlas.ti a partir del registro de las entrevistas (2021.11).

Por su parte, el participante (HS30) reconoce que no sabría identificar un problema de salud mental:

“Creo que no, no sabría descubrirlo, creo que tal vez signos muy de alarma o signos ya tal vez como muy avanzados que se vuelven hasta muy evidentes, pero tal vez de manera oportuna, creo que no” ((HS30), 3:258).

En general, los participantes explican la detección de un problema de salud mental desde la auto observación y el juicio de algo “anormal” o “diferente” en las personas. Aunque, reconocen una mayor facilidad de detectarlo en otros, más que en ellos mismos. Estas son algunas expresiones relacionadas:

“Como te digo, no creo que uno logre identificarlo porque uno deja eso al margen, uno dice “no, pues yo estoy bien y mi cabeza está bien”, capaz de identificarlo no” ((HC48), 3:329). “¿Que yo fuera capaz de identificarlo en otro? Tal vez. Uno a veces se preocupa más por juzgar a los otros que a uno mismo, entonces si, tal vez uno logre verlo en otra persona, pero en uno mismo, no” ((HC48), 3:330).

“Si, aunque de todas maneras se detecta más como en las demás personas, pero, si porque las reacciones, los comportamientos varían” ((MD72), 3:209).

Y en este sentido, se refieren a los problemas mentales como si fueran problemas que suceden a otros, más que a ellos mismos. Así lo explica (HC48):

“Me imagino que esas son cosas empíricas, uno empieza como a sugerir y a juzgar, pues, no sería de forma científica, uno empieza como a juzgar al otro, depende de ciertas actitudes, pero sería eso, uno empieza a identificar comportamientos en la gente” ((HC48), 3:331).

En definitiva, la mayoría de los participantes reconocen la posibilidad de no darse cuenta de alguna afectación sobre su propia salud mental, por lo que se apoyan en la perspectiva de otros para que les adviertan si notan algo malo en ellos. Pero, paradójicamente, cuando se habla de “detectar problemas en otros”, como parte de la prevención de problemas de salud mental, se denotan valoraciones negativas, considerándolo como algo atrevido, una intromisión, un juicio irrespetuoso o una opinión no solicitada, y equivocarse en este sentido se valora como algo

"delicado", por lo que es posible que, si notan algún problema en otro, no se lo digan. Así lo expresa (MS47):

“Yo trabajo en una universidad, y por ejemplo desde Bienestar Universitario a los profesores si nos solicitan que observemos mucho a los estudiantes frente al cambio de comportamiento, cuando baja su rendimiento académico o cuando dejan de asistir a clases, cuando uno les nota un cambio de conducta para irlos canalizando. Pues uno ahí en lo que observa y en lo que uno cree, yo pienso que son asuntos muy delicados, que hay que tratarlos con mucha delicadeza porque uno puede estar como infringiendo unos límites del otro, y el otro puede ser que no le interese que uno entre ahí a opinar, o a lo mejor ni le está pasando nada, sino que es la percepción de uno que dice “ve, este muchacho está distinto ¿qué será lo que le pasa? Será que en la familia tiene problemas...” ((MS47), 3:305).

Integrando los discursos, se registra que los participantes practican la prevención en la salud mental desde el juicio o “el desconocimiento” y se basa en el señalamiento de algo “anormal” o “diferente” en la persona, por lo que su procedimiento puede carecer de información objetiva y basarse en un estigma o estereotipo socialmente aprendido. Dentro de este proceso, la detección oportuna de un problema de salud mental es un acto “empírico”, que implica el riesgo de equivocarse y estigmatizar al otro, pues no se acostumbran prácticas preventivas como chequeos periódicos con un profesional de la salud mental. Adicional, al percibir que algo anda mal en otro, es probable que no se sepa cómo actuar y se opte por no hacer nada para evitar equivocarse o, efectivamente, no abordar adecuadamente a la persona. Dicho proceso de detección se basa, entonces, en las creencias y atributos culturales aprendidos, y puede reforzar el estigma y la despersonalización de quienes padecen algún tipo de enfermedad o trastorno

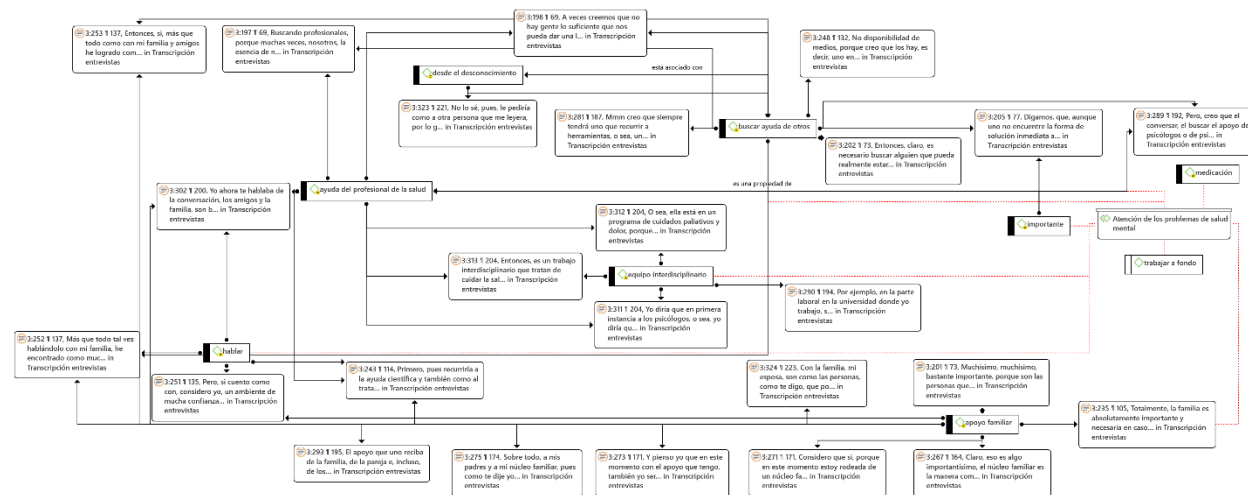
mental, o de quienes simplemente no se comportan dentro de los estándares culturales de su grupo (Campo-Arias, Oviedo & Herazo, 2014).

Subcategoría “Atención de un problema de salud mental”

Ante la materialización de un problema de salud mental, todos los participantes coinciden en que se debe acudir a un profesional de la salud mental o a un equipo interdisciplinario, “entrenado” y “versado” en la materia (ver red semántica en Figura 12).

Figura 12.

Figura 12. Red Semántica – Atención de un Problema de Salud Mental



Nota. Elaborado en Atlas.ti a partir del registro de las entrevistas (2021.11).

Así lo expresa (HC48):

“Ah no, ahí sí, tendría que ser con ayuda profesional, porque eso tiene su campo, pues, uno ahí no se puede poner a inventar. Si hay un daño mental o alguna cosa, hay quien lo pueda reparar, no sería uno, tiene que ser una ayuda profesional” ((HC48), 3:332).

Y esto, aunque a veces haya “temor”, como lo expresa (MD72):

“Buscando profesionales, porque muchas veces, nosotros, la esencia de nosotros es muy diferente a lo que es la parte externa y entonces nos da temor, de pronto, asistir a buscar una ayuda” ((MD72), 3:197).

También se expusieron otras prácticas para actuar frente a un problema de salud mental cuando ya se ha materializado, como: recurrir al apoyo familiar o a la ayuda de otros, hablar. Al respecto, (MS23) manifestó que espera contar con el apoyo de su familia y entorno para ayudarla ante un problema de salud mental:

“Claro, eso es algo importantísimo, el núcleo familiar es la manera como uno más fácil se siente acompañado y no se siente tan aislado cuando se presentan este tipo de enfermedades de la mente” ((MS23), 3:267). (...) “Eh pues en este momento, como te dije tengo el recurso de la universidad que nos pone a disposición los psicólogos que allá estén y creo que también desde la EPS hay ciertos recursos que uno puede utilizar” ((MS23), 3:266).

Pero, al respecto, la participante (MS47) refiere que muchas veces la familia y amigos no notan el problema o pueden ser parte de él:

“Por eso es que yo digo que es importante uno recurrir a otros profesionales, que no sea que uno se crea que está muy bien y mentiras que es que está en una depresión profunda, y a veces uno ni se da cuenta que está deprimido, y el amigo no lo sabe, y el familiar no lo sabe, pero si vas donde un profesional seguramente te va a decir ‘mirá, esto es una depresión y hay que trabajar esto y lo demás’” ((MS47), 3:309).

Las participantes (MS47) y (MD72) explican la importancia del desarrollo de recursos y herramientas personales con ayuda de profesionales de la salud mental. Al respecto, manifiestan:

“Entonces, digamos que estoy preparada en la medida en que puedo acceder a otros medios” ((MS47), 3:283).

“Pues, de todas maneras, me parece importante recurrir a la parte psicológica, a la parte, digamos, comportamientos de la persona, a la parte médica” ((MD72), 3:194).

En resumen, se encontró que todos los participantes acudirían a un profesional para la atención de un problema de salud mental y buscarían acceso a herramientas terapéuticas acreditadas. El riesgo que se debe resaltar aquí es que la prevención y detección de dicho problema de salud mental recaería primordialmente en el juicio de la misma persona o de personas cercanas no capacitadas, buscando identificar “algo diferente o extraño” y en la confianza que se tenga para que, una vez identifiquen “su problemita”, aborden adecuadamente a la persona para que acuda al profesional de la salud. Todo este proceso es mediado por unas creencias, atribuciones y estereotipos sobre la enfermedad mental, más no por instrumentos técnicos de chequeo, situación que, según Campo-Arias, Oviedo & Herazo (2014), profundiza el riesgo de que no se busque ayuda oportunamente, así como el estigma de quienes padecen problemas de salud mental o simplemente son diferentes.

Estos autores advierten también que el estigma y la discriminación son más evidentes y frecuentes en trastornos que producen síntomas más perturbadores e incapacitantes, como los del espectro de la esquizofrenia, adicciones, depresión mayor y trastorno bipolar (Campo-Arias et al., 2014, p.164), generando en las personas que los padecen problemas de exclusión social y miedo a expresar su situación, lo que los inhibe aún más para buscar ayuda profesional.

Conclusiones

En un análisis transversal de los resultados, surgen varios aspectos destacables sobre la autogestión de la salud mental de los adultos participantes. Para empezar, se debe advertir que desde la estructuración de este estudio se codificaron los participantes registrando su género, estado civil y edad con la intención de analizar si existían diferencias marcadas entre ellos a partir de dichas características, ya que, por ejemplo, estudios sobre autocuidado de la salud física, como los de Escobar y Pico (2013) y Rossaneis y colaboradores (2016), por citar algunos, registran más prácticas de autocuidado en las mujeres que en los hombres.

Sin embargo, los hallazgos en este estudio revelaron una diferenciación marcada entre las prácticas de autogestión de los participantes según su experiencia, por encima de su edad, estado civil o género. Es decir, se pudo identificar que *quienes han experimentado procesos terapéuticos y de orientación psicológica anteriormente* (MS47 y MD72), definen la salud mental desde una perspectiva realista y activa, reconociendo su importancia como parte integral de sus vidas, concibiéndola como un estado dinámico que puede favorecer u obstaculizar la armonía y el equilibrio en diferentes áreas de su experiencia humana, por lo que defienden trabajar en ella de forma continua y comprometida. Estas participantes practican la mejora de su salud mental consultando a profesionales acreditados y buscando el fortalecimiento espiritual, son más conscientes de sus necesidades y de los beneficios de fortalecerla, así como de disponer de recursos y herramientas de gestión emocional con el fin de prevenir afectaciones o enfermedades, actuando en consecuencia de manera receptiva, proactiva y sostenida. El alcance de este estudio no permite identificar si la causa de esta conducta es la experiencia terapéutica en sí o sí es una motivación intrínseca de la persona, por lo que sería importante profundizar en ello, incluso, el poder ampliar el grupo poblacional.

De otro lado, los otros cuatro *participantes que no han acudido a profesionales de la salud mental por iniciativa propia* definen la salud mental desde conceptos amplios como un estado necesariamente agradable, atribuible a la suerte y a factores externos, lo que puede disminuir la autoeficacia y reforzar una conducta pasiva; también se observó una asociación de la salud mental desde una dimensión fisiológica (necesidades corporales y neurológicas), ambiental (necesidad de apoyo familiar, de amigos y entornos saludables) y cognitivo-afectiva (pensamientos, autoestima, emociones), lo que para la Psicología Humanista Integrativa (Segafredo, 2019) sería reducirla a las esferas de necesidades básicas, pero en estos participantes no surgió una asociación con las dimensiones superiores o aspiracionales del ser, como la psicosexual (desarrollo de vínculos sanos y significativos), la interpersonal (rol significativo en comunidad) y la experiencial o espiritual (búsqueda de trascendencia, propósito vital, capacidades creativas e integrativas).

En cuanto a la mejora de su salud mental y la prevención de psicopatologías, parecen estar informados sobre algunas buenas prácticas y riesgos generales a tener en cuenta, sin embargo, dichos conceptos no se apropian, ni los motivan a emprender acciones proactivas con profesionales de la salud mental, a pesar de tenerlos a su alcance en sus entornos laborales o académicos; en su lugar, optan por recursos de inmediato alcance como el internet y su círculo de confianza, exponiéndose a múltiples riesgos y a la reproducción de dinámicas no saludables, a enumerar más adelante. Asimismo, los resultados también sugieren que en la práctica predomina una percepción clásica de la salud mental, donde la ausencia de la enfermedad significa una salud mental satisfactoria, por lo que puede no verse necesario tomar acciones proactivas de mejora y/o de protección y, menos, acudir a un servicio profesional para hacerse chequeos preventivos, solo se motivarían a consultarlos de manera reactiva, cuando ellos mismos o los

suyos evidencien una afectación en su conducta o en su desempeño, que es justamente lo que pasa cuando han fracasado la promoción y la prevención en materia de salud mental.

Estos participantes abordan la prevención como algo de sentido común o empírico y que se puede realizar “desde el desconocimiento” o confiando en la vigilancia de personas cercanas, en caso de que algo se les escape. Además, se parte de la percepción de la enfermedad mental como una conducta observable, que les sucede a otros y que se detecta desde lo “anormal”, perdiendo de vista las afectaciones que pueden generar las psicopatologías en la experiencia interna de las personas.

Estas concepciones y prácticas sobre la salud mental podrían profundizar la estigmatización de la enfermedad mental, del profesional especializado y de las personas que son diferentes; además, dificultar la adopción de estilos de vida más saludables, la inversión de esfuerzos en desarrollar nuevas capacidades para aumentar el bienestar y acudir a profesionales de la salud mental, aun experimentando una enfermedad. En este sentido, desde las respuestas y conductas que se registraron de estos participantes, se pueden identificar los siguientes factores de riesgo para su salud mental:

Actitud pasiva frente a su salud mental por sesgo de suerte y sesgo optimista no-realista.

Subutilización o negativa a consultar profesionales en salud mental.

Motivación a la acción de forma reactiva y, posiblemente, tardía.

Desinformación o infoxicación por consulta desprevenida en internet.

Reproducción de dinámicas no saludables en entornos familiares y sociales.

Falta de protección ante crisis y entornos estresantes o dañinos.

Mala gestión emocional y uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas por poca educación sobre salud mental y la naturaleza humana.

Pobre vinculación de las familias con su entorno comunitario y redes de apoyo.

Posibilidad de enfermedades o trastornos mentales no identificados en ellos o en su familia.

Con el fin de recopilar insumos que permitan cambiar esas dinámicas preocupantes, se registraron los siguientes objetivos aspiracionales que, según los participantes, les motivarían a emprender acciones para mejorar su salud mental:

Aumentar el bienestar.

Lograr un estado agradable: felicidad.

Salir adelante.

Mejorar capacidades y desempeño.

Solucionar problemas.

Conocerse a profundidad.

Mejorar el manejo de las emociones.

Aumentar el dominio del entorno o disminuir su afectación.

Lograr un equilibrio y armonía en diversas áreas de la vida.

Encontrar profesionales en salud mental que logren resultados concretos.

Como conclusión general y en la misma dirección de lo expuesto por varios autores de la Psicología Humanista, este estudio sugiere que, al autogestionar su salud mental y la de los suyos, la autodeterminación de los adultos es decisiva para la adopción de acciones proactivas y sostenidas.

Si un adulto valora su salud mental como un determinante para ser feliz, solucionar problemas, mejorar sus competencias y su entorno, se convertirá en un sujeto activo y gestionará activamente oportunidades en su entorno para ese fin. Mientras que, de otro lado, si un adulto no

considera importante mejorar su salud mental, contar con información y oportunidades de ayuda en su entorno, no será suficiente para movilizarlo a adoptar cambios saludables de forma proactiva.

Además, este estudio también muestra que, a pesar de compartir el mismo territorio, varias características psicosociales y valores culturales, todos los adultos muestran perspectivas y prácticas frente a su salud mental que en combinación son diferentes, lo que señala que la salud colectiva como unidad es compleja y diversa. Acorde con esto, la promoción de la salud mental y la prevención de enfermedades no solo deben reconocer la diversidad de las personas que comparten un mismo territorio y condiciones psicosociales, sino que también deben reconocer la dinámica circular y retroalimentadora que tienen las diversas problemáticas de la salud mental a lo largo del ciclo vital de las personas, en las seis dimensiones de su experiencia vital; *algo que difícilmente se puede integrar sin la autogestión crítico-reflexiva de la persona objetivo.*

Por esto, también es tan importante impulsar los procesos de motivación y responsabilización de las personas sobre su autogestión de la salud mental, llamando la atención sobre sus dimensiones superiores: *la Psicosexual, la Interpersonal y Experiencial.*

Al respecto, Almeida-Filho (2006) evoca al Pensamiento Complejo de Morin para invitar a los gestores e investigadores de la salud mental a “descubrir la unidad en esa inmensa diversidad compleja de objetos, miradores y miradas” (p.137), donde convergen variables individuales, colectivas, temporales y ambientales. Esto implica no solo un pensamiento complejo, sino la articulación en diversas áreas, niveles y dimensiones con objetivos atractivos y buenas prácticas en salud mental. Es por esto, que las estrategias de promoción y prevención no deben ser solo proyectos o programas aislados, deben contar con herramientas que contribuyan a la gestión integral e integrada de la salud mental de todos.

Propuesta para Aplicar en la Práctica

De acuerdo con el propósito de este estudio, los resultados y conclusiones aquí presentados no se proponen para ser aplicados en una institución concreta, sino que se pretende desarrollar una metodología de gestión que en la práctica apoye a los gestores públicos y privados de la salud mental en sus procesos de promoción y prevención integral, pero integrando la autogestión crítico-reflexiva de la persona objetivo.

Para esto, como ejercicio práctico y punto de partida, se invita a revisar el *Plan Estratégico Municipal de Salud Mental y Adicciones 2020-2026* de la Secretaría de Salud de Medellín (Alcaldía de Medellín, 2021), que parte de la Política Pública de Salud Mental y Adicciones construida para la Ciudad en 2020 desde tres líneas: 1. Consumo de sustancias psicoactivas, trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y otros trastornos adictivos, 2. Convivencia y formas de violencia, y 3. Trastornos, problemas mentales y epilepsia; y se orienta a seis ejes estratégicos, que son:

Eje 1. Promoción de la convivencia y de la salud mental en los entornos y curso de vida.

Eje 2. Prevención de los problemas de salud mental individual y colectiva, así como de los trastornos mentales, trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, otros trastornos adictivos, violencias y epilepsia.

Eje 3. Atención integral de problemas, trastornos mentales, trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, otros trastornos adictivos, violencia y epilepsia.

Eje 4. Rehabilitación integral e inclusión social.

Eje 5. Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.

Eje 6. Gestión Del Conocimiento.

Dentro de este plan, se proponen acciones estratégicas que se dividen por ejes y por las dependencias responsables de cada acción, diseñadas desde un enfoque territorial y poblacional (Alcaldía de Medellín, 2021). En resumen, estas son las acciones diseñadas para los ejes 1, 2 y 3, que de forma separada implementa cada gestor bajo su temática o área de trabajo:

Desarrollo de jornadas y encuentros barriales y comunales con estrategias lúdicas, interactivas y participativas.

Desarrollo de acciones educativas comunitarias.

Divulgación y promoción de herramientas de prevención y rutas de atención.

Desarrollo de acciones de acompañamiento, asesoría y consejería individual.

Acciones de intervención en los entornos familiares y educativos, orientadas a la prevención de violencias y detección temprana de factores desencadenantes.

Desarrollo de intervenciones individuales para contención de alteraciones iniciales en salud mental.

Canalización oportuna a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) para tratamiento integral.

Implementación de estrategias de respuesta rápida y efectiva en situaciones de emergencia frente a trastornos mentales.

Formación de actores vinculados: docentes y directivos de Instituciones Educativas, líderes comunitarios, padres de familia.

Conformar redes de apoyo para diversos propósitos psicosociales.

Reconociendo los esfuerzos de los equipos de trabajo en la Alcaldía y entendiendo las limitaciones de presupuesto y ejecución de una administración municipal, se propone la siguiente revisión:

Las acciones anteriores son de tipo “*push*”, es decir que se basan en la oferta de información y servicios, sobre todo para la prevención y atención de las problemáticas relacionadas en los ejes descritos. Éstas se financian y se ejecutan año tras año, pero sin lograr disminuir la alta exposición de los ciudadanos a factores de riesgo, el crecimiento progresivo de las problemáticas de salud mental y otras asociadas (Alcaldía de Medellín, 2021; Castro, 2013; Procuraduría General de la Nación, 2021).

Y es que estas estrategias “*push*” dependen del interés que tengan las personas para acudir a cada actividad y apropiarse de la información que se brinda; lo que en el estudio de caso se muestra como algo provechoso y de interés para quienes ya tienen un compromiso con su salud mental, la de sus hijos o dependientes; pero no es una solución para el ciudadano indiferente o desprevenido, justamente el de mayor exposición al riesgo.

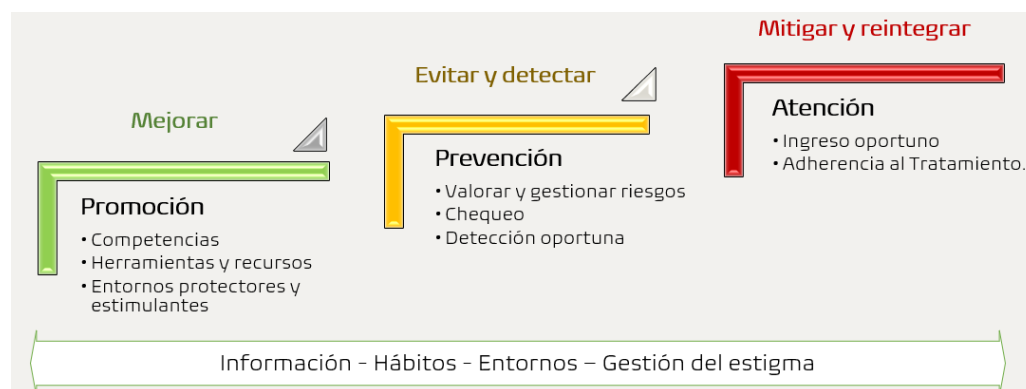
Además, dichas acciones se proponen desde un tono asistencialista, donde solo se beneficia y se provee a los ciudadanos, por lo que es importante hacer más fuerza en procesos personales y responsabilizantes antes de trabajarlos en terapia o atención individual.

Por otro lado, las líneas de acción de este plan se enfocan, desde sus títulos y los de sus programas, a trabajar sobre afectaciones y problemas urgentes, como la violencia y las enfermedades mentales, así como algunos cuidados y hábitos generales para prevenirlos, pero no profundiza en los procesos individuales y aspiracionales que impulsan la motivación de las personas. Es entendible que se deban priorizar las necesidades urgentes, pero este abordaje tradicional de evitar el problema y no trabajar en el desarrollo personal y la mejora de la propia vida está haciendo que las personas que no sientan “algo malo” consideren que es un asunto que no los ocupa y no actúan proactivamente. Pero, adicionalmente, este lenguaje en negativo puede reforzar el estigma de las personas con enfermedades o trastornos mentales.

Y, por último, también procede advertir que este plan estratégico tiene una orientación temática-funcional, no está publicado en línea para la libre consulta¹ y actualización, ni describe el alcance técnico de las acciones que realiza cada actor; lo que no favorece una mayor articulación interdisciplinaria e intersectorial, incluido el ciudadano. Esto, teniendo en cuenta que, en un gran ejecutor de estructura funcional, como la Alcaldía, es normal que los equipos de un área no conozcan la ejecución de las demás áreas, algo de mayor dificultad para el ciudadano común.

Figura 13.

Figura 13. La Gestión Integral en Salud Mental



Nota. Elaborado a partir de Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011).

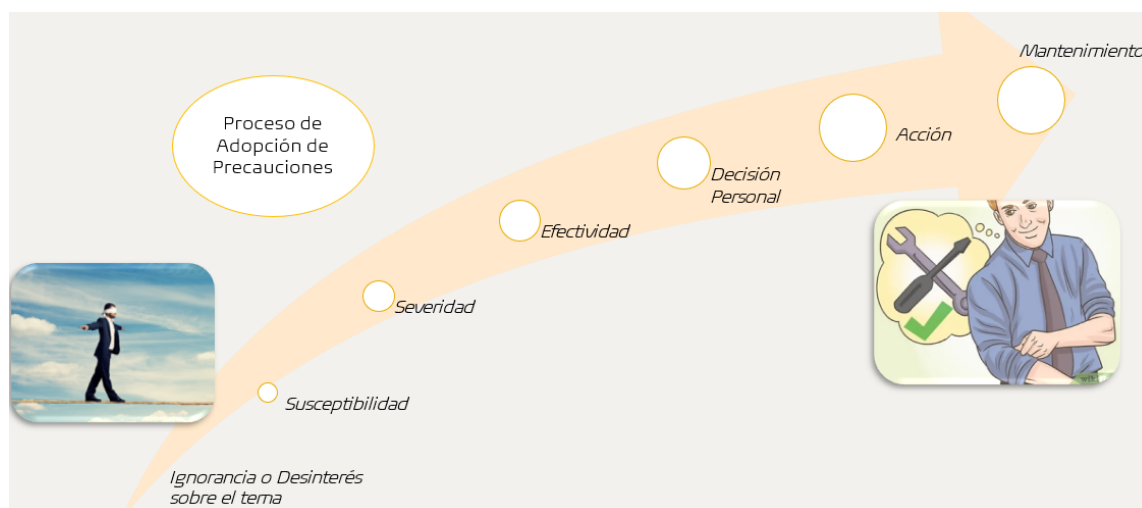
Teniendo en cuenta la revisión anterior y los resultados del estudio de caso presentado, se propone una metodología de planeación matricial (ver en la Figura 15), que apoye la gestión integral de la salud mental (ver Figura 13) basada en una perspectiva positiva de la salud mental y que, a la vez, apunte a todas las etapas en que puede estar cada persona en su Proceso de Adopción de Precauciones – PAP- de Weinstein (1988, referenciado por Flórez, 2007) (ver

¹ La copia del Plan Estratégico Municipal de Salud Mental y Adicciones de Medellín 2020-2026 se obtuvo como respuesta a un derecho de petición interpuesto por la autora.

Figura 14) en todas las dimensiones de su salud mental (Segafredo, 2019), para articular diversas estrategias y actores hacia el fortalecimiento de los recursos humanos internos y la autorregulación de la conducta en las personas (Ryan & Deci, 2000).

Figura 14.

Figura 14. Etapas del Proceso de Adopción de Precauciones – PAP- de Weinstein



Nota. Elaborado a partir de Flórez (2007)

Esta matriz tiene como propósito integrar la gestión proactiva de la salud mental, partiendo de las necesidades psicológicas innatas y valores aspiracionales del público objetivo (Ryan & Deci, 2000), para que cada persona de forma activa y automotivada determine sus objetivos (autocontrol, mejores relaciones, mejor desempeño, etc.) y lo que requiere para alcanzarlos y, por su parte, los diversos gestores, públicos y privados, de la salud mental identifiquen qué condiciones, competencias y recursos deben propiciar en sus entornos para hacerlo realidad.

Se debe aclarar que plantear necesidades psicológicas universales como proceso de evolución de las personas no quiere decir que se desconozca la diversidad y la particularidad de

metas, aspiraciones y niveles de satisfacción que pueden surgir en las diferentes etapas del ciclo vital y en las diferentes culturas, pero si brindan un marco de referencia sobre los procesos subyacentes que llevan al desarrollo y la expresión de dichas diferencias (Ryan & Deci, 2000).

“Quizás no haya otro fenómeno particular que refleje tanto el potencial positivo de la naturaleza humana como **la motivación intrínseca**, la tendencia inherente a buscar la novedad y el desafío, a extender y ejercitar las propias capacidades, a explorar y a aprender” (Ryan & Deci, 2000, p.3)

¿Cómo funcionaría? Los gestores de la salud mental deberán trabajar en el desarrollo de competencias y recursos para cubrir las necesidades psicológicas que, según la Psicología Humanista, tenemos todos los seres humanos y que hacen parte de la experiencia vital de cada persona, pero que, además, perseguimos y nos motivan de forma natural e innata (Ryan & Deci, 2000; Segafredo, 2019). Esto, con el fin de impulsar esa motivación intrínseca que despierta el potencial humano y contrarrestar las condiciones del ambiente que la pueden estropear. Así:

Impulsar el “Yo quiero eso” y fortalecer el “Yo puedo tener/lograr esto”.

En lugar de centrarse en las enfermedades o problemas psicosociales que les aquejan, una mirada positiva y holística de la salud mental alimentará la automotivación de la persona (Ryan & Deci, 2000). Esto, porque sin importar si la problemática de un adulto es una adicción, algún tipo de violencia o un trastorno mental, en lugar de etiquetar a la persona según su problemática, se le llamará (*pull*) a perseguir un objetivo atractivo para que progresivamente lo vayan incorporando como un valor personal y automotivación, sin asociarlos a un juicio sobre sí mismos o su situación. Y, al convocar a las personas en torno a propósitos y aspiraciones del *Ser* (Ryan & Deci, 2000), se refuerzan valores sociales y experiencias significativas, espacios

diversos de reconocimiento del ser y, por qué no admitirlo, se promueve una energía más positiva de crecimiento.

“La motivación es quizás la variable crítica en la producción de un cambio duradero”
(Ryan & Deci, 2000).

Figura 15.

Figura 15. Matriz de estrategias de promoción de la Salud Mental y prevención de la enfermedad por etapas del PAP

Áreas de la salud mental a promover/fortalecer		Fisiológico (necesidades corporales y neurológicas)	Ambiental (afiliación, entornos protectores y estimulantes)	Cognitivo-afectivo (procesos cognitivos, inteligencia emocional)	Psicosexual (vínculos íntimos)	Interpersonal (redes de apoyo fortalecidas)	Experiencial (desarrollo personal y espiritual, propósito vital)
Objetivos PAP	Valores aspiracionales	Desempeño, Dignidad	Pertenencia, Desarrollo familiar y social, Justicia	Autoestima, Afecto, Competencia, Aprendizaje Significativo	Relaciones sanas y significativas	Rol significativo en comunidad, Importancia	Felicidad, Amor, Armonía, Compasión
	Ser mejores personas: Autonomía-Responsabilidad, Inclusión, Integridad, Éxito, Trascendencia						
Susceptibilidad (conocer riesgos y beneficios) “Esto es bueno e importante” “Esto me interesa”		<ul style="list-style-type: none"> • Cubrir necesidades básicas y Derechos Humanos. • Identificar y modelar valores aspiracionales del Ser y referentes reales. • Promover fuentes de información confiables. • Integrar valores y buenas prácticas al día a día (normas, funciones, áreas) de la comunidad. • Reproducir y fortalecer liderazgos y maestros comunitarios que vivan los valores, las buenas prácticas y apoyen la autonomía. • Mejorar imagen de los profesionales de la salud mental y su quehacer. • Estrategias publicitarias. 					

Áreas de la salud mental a promover/fortalecer		Fisiológico (necesidades corporales y neurológicas)	Ambiental (afiliación, entornos protectores y estimulantes)	Cognitivo-afectivo (procesos cognitivos, inteligencia emocional)	Psicosexual (vínculos íntimos)	Interpersonal (redes de apoyo fortalecidas)	Experiencial (desarrollo personal y espiritual, propósito vital)
Objetivos PAP	Valores aspiracionales	Desempeño, Dignidad	Pertenencia, Desarrollo familiar y social, Justicia	Autoestima, Afecto, Competencia, Aprendizaje Significativo	Relaciones sanas y significativas	Rol significativo en comunidad, Importancia	Felicidad, Amor, Armonía, Compasión
	Ser mejores personas: Autonomía-Responsabilidad, Inclusión, Integridad, Éxito, Trascendencia						
Severidad (reconocerlo en otros) “Yo también quiero esto”		<ul style="list-style-type: none"> • Visualizar resultados concretos y personas que materialicen los valores. • Visualizar (o desprestigiar) a los referentes negativos. • Intervenir espacios físicos para propiciar el encuentro, la valoración y protección de la diversidad. • Publicitar mensajes y reflexiones memorables. • Contrarrestar el estigma y estereotipos de la diferencia y la enfermedad mental. 					
Efectividad (reconocerlo en sí mismo y los suyos) “Yo puedo lograr esto”		<ul style="list-style-type: none"> • Habilitar espacios anónimos e íntimos, pero acreditados, para tratar temas personales. • Visualizar la congruencia entre los valores aspiracionales y las necesidades del público objetivo. • Reconocer valores aspiracionales en el rol que cada persona desempeña o quiere desempeñar, apoyando la autenticidad y el funcionamiento autónomo. 					

Áreas de la salud mental a promover/fortalecer		Fisiológico (necesidades corporales y neurológicas)	Ambiental (afiliación, entornos protectores y estimulantes)	Cognitivo-afectivo (procesos cognitivos, inteligencia emocional)	Psicosexual (vínculos íntimos)	Interpersonal (redes de apoyo fortalecidas)	Experiencial (desarrollo personal y espiritual, propósito vital)
Objetivos PAP	Valores aspiracionales	Desempeño, Dignidad	Pertenencia, Desarrollo familiar y social, Justicia	Autoestima, Afecto, Competencia, Aprendizaje Significativo	Relaciones sanas y significativas	Rol significativo en comunidad, Importancia	Felicidad, Amor, Armonía, Compasión
	Ser mejores personas: Autonomía-Responsabilidad, Inclusión, Integridad, Éxito, Trascendencia						
		<ul style="list-style-type: none"> Habilitar chequeos preventivos anuales en EPS, lugares de trabajo, estudio y en la calle, y activar programas de seguimiento, brindando retroalimentación sobre los resultados personales, herramientas para mejorar y remitir los casos que lo requieran. Habilitar y promocionar más puntos de urgencias en salud mental. 					
Decisión (recordación, responsabilización, consciencia,		<ul style="list-style-type: none"> Reforzar la recordación. Impulsar el sentido de responsabilidad y autonomía, brindando opciones para la libre elección. Propiciar el sentido de voluntad, auto valía y la libertad consciente. Promocionar herramientas y procedimientos concretos para alcanzar los valores aspiracionales. Habilitar espacios de asesoría profesional y espiritual. 					

Áreas de la salud mental a promover/fortalecer		Fisiológico (necesidades corporales y neurológicas)	Ambiental (afiliación, entornos protectores y estimulantes)	Cognitivo-afectivo (procesos cognitivos, inteligencia emocional)	Psicosexual (vínculos íntimos)	Interpersonal (redes de apoyo fortalecidas)	Experiencial (desarrollo personal y espiritual, propósito vital)
Objetivos PAP	Valores aspiracionales	Desempeño, Dignidad	Pertenencia, Desarrollo familiar y social, Justicia	Autoestima, Afecto, Competencia, Aprendizaje Significativo	Relaciones sanas y significativas	Rol significativo en comunidad, Importancia	Felicidad, Amor, Armonía, Compasión
	Ser mejores personas: Autonomía-Responsabilidad, Inclusión, Integridad, Éxito, Trascendencia						
autoeficacia y motivación) “Voy a hacer que esto pase”		<ul style="list-style-type: none"> • Integrar y publicar toda la oferta institucional. • Fortalecer redes de apoyo comunitario. 					

Áreas de la salud mental a promover/fortalecer		Fisiológico (necesidades corporales y neurológicas)	Ambiental (afiliación, entornos protectores y estimulantes)	Cognitivo-afectivo (procesos cognitivos, inteligencia emocional)	Psicosexual (vínculos íntimos)	Interpersonal (redes de apoyo fortalecidas)	Experiencial (desarrollo personal y espiritual, propósito vital)
Objetivos PAP	Valores aspiracionales	Desempeño, Dignidad	Pertenencia, Desarrollo familiar y social, Justicia	Autoestima, Afecto, Competencia, Aprendizaje Significativo	Relaciones sanas y significativas	Rol significativo en comunidad, Importancia	Felicidad, Amor, Armonía, Compasión
	Ser mejores personas: Autonomía-Responsabilidad, Inclusión, Integridad, Éxito, Trascendencia						
Acción (coherencia, autorregulación de conductas protectoras y preventivas, valoración y uso de servicios profesionales de salud mental) “Lo estoy haciendo”		<ul style="list-style-type: none"> • Proveer recursos, herramientas y personas de apoyo para que las personas puedan adoptar las conductas saludables. • Dinamizar rituales y protocolos cotidianos. • Brindar talleres y conferencias para el desarrollo de competencias, entre ellas la inteligencia emocional. • Integrar espacios de desarrollo espiritual con orientación psicológica como una estrategia de desarrollo humano que, además, puede tener una mayor aceptación y apertura por una parte de la población. • Invertir y articular recursos y voluntariados para la prevención y atención en salud mental sin costo para algunos sectores. • Dar feedback positivo sobre el logro. 					

Áreas de la salud mental a promover/fortalecer		Fisiológico (necesidades corporales y neurológicas)	Ambiental (afiliación, entornos protectores y estimulantes)	Cognitivo-afectivo (procesos cognitivos, inteligencia emocional)	Psicosexual (vínculos íntimos)	Interpersonal (redes de apoyo fortalecidas)	Experiencial (desarrollo personal y espiritual, propósito vital)
Objetivos PAP	Valores aspiracionales	Desempeño, Dignidad	Pertenencia, Desarrollo familiar y social, Justicia	Autoestima, Afecto, Competencia, Aprendizaje Significativo	Relaciones sanas y significativas	Rol significativo en comunidad, Importancia	Felicidad, Amor, Armonía, Compasión
	Ser mejores personas: Autonomía-Responsabilidad, Inclusión, Integridad, Éxito, Trascendencia						
Mantenimiento (adopción y autogestión) “Esto ya hace parte de mí”		<ul style="list-style-type: none"> • Medir y visualizar el progreso personal y comunitario. • Propiciar una mayor vinculación de las familias con las redes de apoyo comunitario y de la salud mental. • Promover actividades y proyectos prosociales y de cooperación comunitaria. • Fortalecer disponibilidad de herramientas y recursos de contención y sostenimiento. • Habilitar espacios de sana competencia, reconocimiento y recompensas: concursos “el mejor marido del barrio”, “la vecina genial”, Premio al “Buena Papa”, entre otros. 					

Nota. Elaboración propia a partir de Flórez (2007), Ryan & Deci (2000) y Segafredo (2019).

Referencias

- Abero, L.; Berardi, L.; Capocasale, A.; García, S. & Rojas, R. (2015). ¿Cuáles son las bases epistemológicas de la investigación educativa? *En: Investigación Educativa: Abriendo puertas al conocimiento*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (Clacso). Edición CONTEXTO.S.R.L. Montevideo. Uruguay. Recuperado de <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/4519>
- Alcaldía de Medellín (2021). *Plan Estratégico Política Pública de Salud Mental y Adicciones para el Municipio de Medellín 2020-2026*. Secretaría de Salud de Medellín. Colombia. Recuperado de <https://simi.concejordemedellin.gov.co/Invitados>
- Almeida-Filho, Naomar. (2006). *Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones*. *Salud colectiva*, 2(2), 123-146. Recuperado en 18 de febrero de 2022, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000200003&lng=es&tlng=es.
- Andrade Rodríguez, J. & Gómez Castellanos, S. (2021). *La Infodemia y su Alcance en el Área Psicoemocional de las Familias. Un Aporte a la Crisis de la Salud a Propósito del Covid-19*. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad —CTS*, número especial: “Periodismo y divulgación científica en la era de la desinformación”, pp. 67-82. Recuperado de <http://ojs.revistacts.net/index.php/CTS/article/view/202>
- Arévalo, M.C.; Vallejo, L.F. & Vallejo, J.A. (2020). Niveles de estrés e irritabilidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín durante la época de confinamiento por covid-19. Tesis/Trabajo de grado, Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano, Programa de Psicología. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10823/2656>

- Banco Mundial (2020). *Resumen Anual 2020: El impacto de la COVID-19 (Coronavirus) en 12 Gráficos*. Voces [Blog oficial en español]. Washington, EEUU. Recuperado el 2 de octubre de 2021 de <https://blogs.worldbank.org/es/voices/resumen-anual-2020-el-impacto-de-la-covid-19-coronavirus-en-12-graficos>
- Bang, Claudia. (2014). Community strategies in mental health promotion: Constructing a conceptual framework for approaching complex psychosocial problems. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-399>
- Bigne, J.E. (2003). *Promoción Comercial. Objetivos sobre la memoria*. ESIC Editorial, Barcelona. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=3543>
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). *Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental*. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43(3), 162-167. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/806/80633732007.pdf>
- Casañas, R. & Lalucat, L. (2018). Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma. Estrategias y recursos para la alfabetización emocional de los adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*. Documento 7, septiembre 18, No 121. Asociación Centre Higiene Mental Les Corts, Barcelona. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7161805>
- Castro, X. (2013). *Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental*. *Revista CS*, núm. 11, enero-junio, 2013, pp. 73-114. Universidad ICESI. Cali, Colombia. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4763/476348374003.pdf>

- Chahuán Jiménez, K. (2021). *Categorías de Análisis Base de la Investigación Cualitativa*. [Blog Oficial Atlas.ti] Universidad de Valparaíso, Chile. Recuperado de <https://atlasti.com/2021/03/04/categorias-de-analisis-base-de-la-investigacion-cualitativa/#:~:text=De%20acuerdo%20a%20los%20mismos,cuales%20se%20analizaran%20los%20resultados.>
- Concejo de Medellín (2020). Acuerdo 012 de 2020 “por medio del cual se crea la Política Pública de Salud Mental y Adicciones del Municipio de Medellín, se Derogan los Acuerdos 64 de 2005 y 05 de 2011, y se Dictan Otras Disposiciones”. Recuperado de <https://simi.concejodemedellin.gov.co/Invitados>
- Data Lab de Medium (2013). *The Optimal Post is 7 Minutes. Understanding which Medium Posts get the most Attention*. [Página web]. Recuperado el 2022.02.22 de <https://medium.com/data-lab/the-optimal-post-is-7-minutes-74b9f41509b#.zetl8riop>
- Docència Universitat Rovira i Virgili (2020). *Análisis de datos: Método cualitativo*. (Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=Key4-LZ7UiA>
- Escobar, M.P. & Pico, M.E. (2013). *Autocuidado de la Salud en Jóvenes Universitarios, Manizales 2010-2011*. Rev. Facultad Nacional de Salud Pública 31(2): 21-24. Medellín, Colombia. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000200003
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, M.P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Sexta edición. McGraw-Hill, Interamericana Editores, S.A. de C.V. México D.F. ISBN: 978-1-4562-2396-0
- Hervás, G. (2011). *Psicopatología de la Regulación Emocional: el Papel de los Déficits Emocionales en los Trastornos Clínicos*. Psicología conductual, 19(2), 347. Recuperado

de

http://webprueba2.quned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/psicopatologiade_laregulacionemocionalpapeldelosdeficitemocionales.pdf

Finol de Franco, M. & Vera, J.L. (2020). *Paradigmas, Enfoques y Métodos de Investigación: Análisis Teórico*. Revista Científica Mundo Recursivo, Vol. 3 – Núm. 1, Enero – Junio – 2020. Venezuela. Recuperado de

<https://www.atlantic.edu.ec/ojs/index.php/mundor/article/view/38>

Flórez, L. (2007). Capítulo 2: El desarrollo de la conducta saludable: Un proceso segmentado por etapas. En: *Psicología Social de la Salud. Promoción y prevención*. Manual Moderno.

Pp. Pág. 29 – 68. Bogotá. D.C. Recuperado de [https://ebooks-manualmoderno-](https://ebooks-manualmoderno-com.bibliotecavirtual.unad.edu.co/pdfreader/psicologia-social-de-la-salud)

[com.bibliotecavirtual.unad.edu.co/pdfreader/psicologia-social-de-la-salud](https://ebooks-manualmoderno-com.bibliotecavirtual.unad.edu.co/pdfreader/psicologia-social-de-la-salud)

Fong Hernández, V. y Mazo Duque, T.F. (2020). Estrategias de afrontamiento más utilizadas frente a la violencia de género a partir de la narrativa de dos mujeres de la ciudad de Medellín 2020 -2. [Trabajo de grado]. Corporación Universitaria Minuto de Dios, Bello-Colombia. Recuperado de <https://hdl.handle.net/10656/12887>

Foressi, C., Costa, L., & Morano, C. (2021). *Trabajo Infantil y Dinámicas Familiares*.

Organización Internacional del Trabajo, Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de

https://www.academia.edu/53297197/Trabajo_Infantil_y_Din%C3%A1micas_Familiares_Autores_Corina_Foressi_Luis_Costa_y_Crist%C3%B3bal_Morano?auto=citations&from=cover_page

Garzón Pombo, C.; Moreno Martínez, S. & Sarmiento Lozano, M. (2021). *Dinámicas familiares, experiencia universitaria y autopercepción de salud mental durante el COVID-19*.

Tesis/Trabajo de grado - Monografía – Pregrado. Pontificia Universidad Javeriana,

- Facultad de Psicología. Bogotá D.C., Colombia. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10554/54478>
- Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2017). Manual Práctico de Psicoterapia Integradora Humanista. Tratamiento de 69 problemas en los procesos de valoración, decisión y prácticos. Bilbao, España: DDB. Recuperado de <https://www.edescllee.com/img/cms/pdfs/9788433028952.pdf>
- Guirao-Goris, J.A. (2013). *La espiritualidad como Dimensión de la Concepción Holística de la Salud*. ENE. Revista de Enfermería. Abr. 2013; 7 (1). Recuperado de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/252>
- Gutiérrez-Coba, L.; Salgado-Cardona, A. & Guzmán-Rossini, Y. (2017). *Cubrimiento de la Salud Mental en la Prensa Colombiana, un Aporte aún en Construcción*. Revista Latina de Comunicación Social, ISSN-e 1138-5820, N°. 72, 1, 2017, págs. 114-128. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5822694>
- Kashdan, T. B., Barrett, L. F., & McKnight, P. E. (2016). Desempacando la Diferenciación de Emociones: Transformando la Experiencia Desagradable al Percibir Distinciones en la Negatividad. *Current Directions in Psychological Science*, Vol. 24 (1), 10-16, 2015. Traducción de: Alejandro Franco (Portal de formación iPsicologia.com). Recuperado de <http://www.psychologicalscience.org/uncategorized/desempacando-la-diferenciacion-de-emociones-transformando-la-experiencia-desagradable-al-percibir-distinciones-en-la-negatividad.html>
- Liberal, R., Escudero, J. T., Cantallops, J., & Ponseti, J. (2014). Impacto Psicológico de las Lesiones Deportivas en Relación al Bienestar Psicológico y la Ansiedad Asociada a

- Deportes de Competición. Revista de psicología del deporte, 23(2), 451-456.
Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235131674026.pdf>
- Librán, E. C. (2002). *Optimismo Disposicional como Predictor de Estrategias de Afrontamiento*. Psicothema, 14(3), 544-550. España. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72714306.pdf>
- Londoño, D. & Henao, D. (2019). Relación entre las habilidades sociales y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la Corporación Escuela Empresarial de Educación Medellín 2019. [Trabajo de grado]. Corporación Universitaria Minuto de Dios, Bello-Colombia. Recuperado de <https://hdl.handle.net/10656/10787>
- Londoño, N. H., Henao López, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D., & Aguirre-Acevedo, D.C. (2006). *Propiedades Psicométricas y Validación de la Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) en una Muestra Colombiana*. Universitas Psicológica, 5(2), 327-349. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000200010
- López, W.O. (2013). *El estudio de casos: una vertiente para la investigación educativa*. Educere, 17(56),139-144. ISSN: 1316-4910. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35630150004>
- Lorayne, H. (1994). *Cómo Adquirir una Supermemoria. Un Instrumento Infalible para Alcanza el Éxito Profesional*. Bogotá, Solar. Recuperado de <http://www.librosmaravillosos.com/comoadquirirunasupermemoria/pdf/Como%20adquirir%20una%20supermemoria%20-%20Harry%20Lorayne.pdf>

- Manassero, M.A. & Vázquez, A. (1995). *La Atribución Causal como Determinante de las Expectativas*. *Psicothema*, 1995. Vol. Vol. 7 (n° 2). 361-376. España. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pi?pii=982>
- Maroto, M.A. (2009), *La Memoria: Programa de Estimulación y Mantenimiento Cognitivo*. Madrid, Instituto de Salud Pública de Madrid. Recuperado de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009107.pdf>
- Martillo Salas, M. & Quintana Ortiz, J. (2020). *Estrategias de Autocuidado en los Operadores de Teleasistencia de Salud Mental en COVID-19*. Tesis. Universidad de Guayaquil - Facultad de Ciencias Psicológicas. Recuperado a partir de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/52898>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Modelo de Atención para Eventos Emergentes en Salud Mental, en el Marco del Sistema General de Seguridad en Salud*. Convenio de Cooperación Internacional 363 de 2013. Bogotá, D.C., Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-atencion-eventos-emergentes-salud-mental.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá, D.C., Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Política Nacional de Salud Mental, Resolución 4886 de 2018*. Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Boletín No. 2 de Salud Mental, Conducta suicida, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. Julio de 2017, actualización. Bogotá, D.C, Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Informe compendiado, Ginebra: Dept. Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78545>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. World Health Organization. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/
- Organización Mundial de la Salud. (2018.03.30). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta* [Blog página web oficial]. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Pérez, M.J. & Rodríguez, N. (2011). *Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja*. Revista Costarricense de Psicología, Vol. 30 (45-46),17-33. ISSN: 0257-1439. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476748709004>
- Poalasin, G.A. & Moreno, I.N. (2020). *Estrategias de Afrontamiento Familiar Frente a la Crisis Socioeconómica Producto del Confinamiento en el Contexto COVID19. Caso de Estudio de Seis Familias Correspondientes al Cantón Daule y de la Ciudad de Guayaquil*. Trabajo

de titulación-Trabajo Social. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador.

Recuperado de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/15617>

Procuraduría General de la Nación (2021.10.11). *"La Problemática de Salud Mental en*

Colombia no Admite más Indiferencia": Procuradora General, Margarita Cabello.

[Página web oficial] Boletín N. 649. Colombia. Recuperado de

<https://www.procuraduria.gov.co/portal/la-problematika-de-salud-mental-en-colombia-no-admite-mas-indiferencia-procuradora-general-margarita-cabello.news>

Ramos-García, V.; Toledo-Chávarri, A.; Trujillo-Martín, M. del M.; Del Pino-Sedeño, T.;

Castro, W. P. & Pérez, L. P. (2020). Experiencias, valores y preferencias de las personas con trastorno de ansiedad generalizada sobre el cuidado de su salud: Investigación

Cualitativa. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 331–346.

<https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.331-346>

Rossaneis, M.A.; Fernandez, M.C.; Aidar de Freitas, M. & Silva, S. (2016). *Diferencias Entre*

Mujeres y Hombres Diabéticos en el Autocuidado de los Pies y Estilo de Vida. *Rev.*

Latino-Am. Enfermagem; v24: e2761. Recuperado de [https://doi.org/10.1590/1518-](https://doi.org/10.1590/1518-8345.1203.2761)

[8345.1203.2761](https://doi.org/10.1590/1518-8345.1203.2761)

Ryan, R., & Deci, E. L. (2000). *La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la*

Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social y el Bienestar. *American Psychologist*, 55(1),

68-78. Recuperado de

https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_RyanDeci_SpanishAmPsych.pdf

Segafredo, G. (2019). Sección Entrevistas: Kirk Schneider, referente contemporáneo de la

denominada escuela americana de psicología existencial, continuador y renovador de la

- línea de sus maestros Rollo May y James Bugental, editor del Journal of Humanistic Psychology por varios años y autor de una docena de libros especializados, impulsa la vertiente integrativa que fundó dentro de la psicoterapia existencial. Revista Latinoamericana de Psicoterapia Existencial, Un Enfoque Comprensivo del Ser. Año 10 No 19 (octubre 2019). Pp45-50. Recuperado de http://www.fundacioncapac.org.ar/revista_alpe/index.php/RLPE/article/view/79
- Valero, N.J.; Vélez, M.F.; Durán, A.A. & Torres, M. (2021). *Afrontamiento del COVID-19: Estrés, Miedo, Ansiedad y Depresión*. Revista Enfermería Investiga, Ecuador. [S.l.], v. 5, n. 3, p. 63-70, jul. 2020. ISSN 2550-6692. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/913>
- Vignolo, J.; Vacarezza, M.; Álvarez, C. & Sosa, A. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 7-11. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003
- World Health Organization (2020). *The Impact of COVID-19 on Mental, Neurological and Substance Use Services: Results of a Rapid Assessment*. Geneva. Traducido al español y publicado por el Consejo General de la Psicología de España. Recuperado de <http://www.infoconline.es/pdf/IMPACT-OF-COVID.pdf>
- Zamora-Rondón, D.C; Suárez-Acevedo, D. & Bernal-Acevedo, O. (2019). *Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental en Colombia*. Artículo de Investigación. Revista de Salud Pública, 21 (2). Mar-Abr 2019. Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C. Recuperado de <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n2.71638>

Apéndices

Apéndice A. Guion y Metodología de la Entrevista

Metodología

Entrevistados: deben ser tres mujeres y tres hombres, en edades alrededor de 30, 50 y 70 años, que habitan la zona urbana de Medellín, que son conscientes de haber experimentado alguna crisis en el pasado y que desean participar voluntariamente en el estudio, tratando de lograr la mayor diversidad posible en términos de grupo etario y estado civil.

Entrevistadora: estudiante de Psicología, Lina María González Franco.

Tipo de entrevista: semiestructurada, individual.

Técnica de entrevista: en profundidad.

Lugar: zona urbana de Medellín.

Tiempo estimado: 90 minutos

Objetivos de la entrevista

Develar experiencias, creencias y percepciones de los participantes con respecto a las temáticas de estudio:

1. Salud mental y necesidades en salud mental.
2. Prácticas para mejorar su salud mental.
3. Prácticas de prevención y atención de sus problemas de salud mental

Consentimiento informado

Cada participante firmó previamente el consentimiento informado (ver anexos).

Guion o cuestionario de la entrevista semiestructurada

1. Saludo, presentación y lectura en voz alta del consentimiento informado y firma.
2. Lectura en voz alta la Ficha de presentación y se informa el inicio de la grabación.

FICHA DE PRESENTACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA ENTREVISTA	
Lugar, fecha y hora	Medellín, _____ de noviembre de 2021 a las _____ horas.
Entrevistado	“Participante <u>hombre o mujer</u> de ____ años y de estado civil_”
Entrevistadora	Lina María González Franco, estudiante de Psicología de la UNAD.
Investigación y pregunta de investigación	Prácticas de autogestión de la salud mental de adultos de la zona urbana de Medellín, en el último semestre del 2021. ¿Cómo gestionan su salud mental seis adultos que habitan la zona urbana de Medellín en el último semestre del 2021?
Guion de preguntas	
Categoría de estudio	Preguntas
Salud mental y necesidades en salud mental (<i>Obj. Esp. 1</i>).	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es la salud mental? 2. ¿Cómo describe su estado de salud mental actual? 3. ¿Qué tan preparado(a) se considera para afrontar crisis?
Prácticas para mejorar su salud mental (<i>Obj. Esp. 2</i>).	<ol style="list-style-type: none"> 4. ¿A qué fuentes recurre para informarse sobre salud mental? 5. ¿Qué lo(la) motivaría a mejorar su salud mental? ¿Cómo lo haría? 6. ¿Con qué tipo de apoyo cuenta para mejorar su bienestar?
Prácticas de prevención y atención de sus problemas de salud mental (<i>Obj. Esp. 3</i>).	<ol style="list-style-type: none"> 7. ¿Cómo afronta usualmente las crisis o situaciones adversas? 8. ¿Qué podría poner en riesgo su salud mental? ¿Hace algo para prevenir estos riesgos? 9. ¿Detectaría fácilmente un problema de salud mental? ¿Cómo? 10. ¿A quién recurriría ante un problema de salud mental?
	<ol style="list-style-type: none"> 11. ¿Actualmente sigue un tratamiento para su salud mental? <ul style="list-style-type: none"> • Si es así, ¿fue prescrito por un profesional de la salud? • ¿Cómo califica su compromiso con su tratamiento?

Apéndice B. Ficha de caracterización de los Participantes

Código	Género	Estado civil	Edad (años)	Profesión	Experiencias previas con algún profesional de la salud mental	Crisis que refiere para participar en la investigación
(MD72)	Mujer	Divorciada, abuela.	72	Química, jubilada.	Si	Problemas familiares y divorcio.
(HC72)	Hombre	Casado con dos hijos.	72	Ingeniero, jubilado, empresario.	No	Crisis económica en pandemia.
(HS30)	Hombre	Soltero, en una relación.	30	Ingeniero, empleado.	No	Crisis laboral.
(MS23)	Mujer	Soltera, en una relación.	23	Estudiante de ingeniería.	No	Crisis vocacional y finalización de carrera.
(MS47)	Mujer	Soltera, en una relación.	47	PhD. docente y directiva universitaria.	Si	Duelos y problemas familiares.
(HC48)	Hombre	Casado, sin hijos.	48	Arquitecto, independiente.	Si (terapia de pareja, sugerida por su esposa)	Crisis económica en pandemia y problemas de pareja.

Nota. Elaboración propia a partir del desarrollo de la investigación.

Apéndice C. Grabación de las entrevistas

Entrevista 001 – (MD72). Grabación: <https://voca.ro/12rD6ok5pT4E>

Entrevista 002 –(HC72). Grabación: <https://voca.ro/1eCDEyZ54yeZ>

Entrevista 003 –(HS30). Grabación: <https://voca.ro/1g5xivCos2Jp>

Entrevista 004 –(MS23). Grabación: <https://voca.ro/1dJqqH8CjLnb>

Entrevista 005 –(MS47). Grabación: <https://voca.ro/14iPd4sw3aM5>

Entrevista 006 –(HC48). Grabación: <https://voca.ro/1eoBcoozFrdE>