

Representaciones sociales sobre salud mental construidas por profesionales en la ciudad de Medellín: un enfoque procesual

Catalina Betancur-Betancur,
Diego Alveiro Restrepo-Ochoa¹
Universidad CES Medellín, Colombia

Resumen

Se abordan las representaciones sociales sobre salud mental en un grupo de profesionales en la ciudad de Medellín. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 15 profesionales que trabajan en el campo de la salud mental, las cuales fueron analizadas bajo los principios metodológicos de la teoría fundada. La salud mental se asume como un objeto con existencia concreta que cuenta con unos criterios que permiten definir su ausencia o presencia: conciencia de sí, adaptación, afrontamiento de dificultades, bienestar e imperturbabilidad. Hay una tensión entre esta concepción y la promovida por la normatividad colombiana, que promueve abordajes desde la salud pública y los determinantes sociales de la salud; es importante indagar sobre la formación profesional y su articulación con el contexto.

Palabras clave: representaciones sociales, salud mental, profesionales.

Abstract

Social representations of mental health by a group of professionals in Medellín city were examined. Semi-structured interviews conducted with 15 professional working in the field of mental health were analyzed under the methodological principles of grounded theory. Mental health is assumed as an object with concrete existence which has criteria for defining its presence or absence: Self-awareness, adaptation, coping with difficulties, welfare and imperturbability. There is a tension between this concept and the one promoted by Colombian law, which promotes approaches from public health and social determinants of health. It is important to inquire about professional education and its articulation with the context.

Key words: social representations, mental health, professionals

Recibido: 24 de Junio de 2016

Aceptado: 14 de Octubre de 2016

1. Los autores agradecen al Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia (COLCIENCIAS), por la financiación de la beca pasantía “Jóvenes Investigadores e Innovadores” que hizo posible el desarrollo de la presente investigación. Los autores también expresan su agradecimiento a la Dirección de Gestión de Conocimiento de la Universidad CES por la financiación de Mediana Cuantía para la realización de la investigación.

Cualquier información que se requiera sobre la investigación, puede ser solicitada a los siguientes correos electrónicos: cbetancurb@ces.edu.co y drestrepo@ces.edu.co

Introducción

La salud mental (SM) ha empezado a formar parte de los discursos cotidianos, lo que posibilita una apropiación social de sus contenidos a partir de los valores, las creencias y las configuraciones identitarias de las “personas del común”. Aun cuando el concepto de SM sigue teniendo una connotación técnica (Mora-Rios et al., 2008), los problemas que conciernen al campo de la SM son objeto de las interacciones cotidianas y dan lugar a un conjunto de saberes del sentido común; este tipo de saber constituye el objeto de análisis de la teoría de las representaciones sociales (RS).

Según Moscovici (1979), una RS puede ser definida como una elaboración de un objeto social que constituye un modo de conocimiento cuya función es la comunicación y la orientación del comportamiento, contribuyendo además a la construcción de identidad en un grupo particular (Mora, 2002). Por su parte, Jodelet (1986) afirma que las RS son una forma de pensamiento social y práctico que da lugar al saber del sentido común, referido a la aprehensión de los acontecimientos cotidianos, las características del entorno, las informaciones circundantes y las personas con las que se tiene relación. Así, se construye un sistema de referencia que orienta a los sujetos en la construcción social de la realidad (Farr, 1986; Good, 2006; Mora, 2002), el cual permite interpretarla, clasificar los acontecimientos de la vida cotidiana, comprender y dominar el entorno, y construir teorías para explicar los hechos que componen el mundo, de modo tal que transforman el conocimiento científico en saber del sentido común (Moñivas, 1994).

Moll (2013), quien realizó una investigación con 10 profesionales de una institución de salud en Lima, Perú, afirma que la noción de SM para los participantes gira en torno a dos ideas: equilibrio y bienestar general. Así mismo, establece como criterios de SM la imagen positiva e integrada de sí mismo, el establecimiento de relaciones sociales positivas, la presencia de recursos de afrontamiento, la estabilidad emocional y la capacidad de protegerse y generar espacios libres de conflicto. Los participantes de esta investigación parten de suponerse “sanos mentalmente”; es decir, cumplidores de los criterios que ellos mismos establecen. Esto genera una división entre ellos como profesionales y los que consideran enfermos mentales, a quienes dedican su atención. Así, “el discurso podría evidenciar un intento de los participantes por establecer fronteras entre el yo y el otro. La construcción de estas oposiciones de tipo “ellos-y-nosotros” ubica al otro en una posición lo suficientemente

distante y alejada para no involucrarse” (P. 117). Lo anterior permite afirmar que aun cuando la profesionalización tenga efectos sobre el saber teórico frente a algún asunto, hay cuestiones “no científicas” que atraviesan la práctica profesional, las cuales siguen estando involucradas.

Por su parte, Torres, Munguía, Aranda y Salazar (2015), en una investigación sobre RS de la SM, realizada en México, encuentra que la SM es entendida como un estado satisfactorio que contiene elementos como armonía, alegría, felicidad, calma, equilibrio, estabilidad, tranquilidad, bienestar y calidad de vida. Este estado estaría atravesado por factores, tanto individuales como sociales; entre los primeros, se incluyen sensaciones y habilidades tales como libertad, autoestima, autocontrol, productividad y optimismo, mientras que en los segundos, se incluyen condiciones relativas a la convivencia con el grupo social de pertenencia.

Por otra parte, Álvarez (2006) realizó una investigación en Bucaramanga, Colombia, en la que comparó las RS de salud y enfermedad de un grupo de 200 operadores en salud y las de 200 pacientes hospitalizados. El estudio partió de la hipótesis de que las RS del primer grupo estarían construidas con la lógica formal de la formación profesional, mientras que para el grupo de pacientes, ésta se haría desde la lógica informal cotidiana. Los resultados no comprueban dicha hipótesis, pues lo que se encuentra es que ambos grupos comparten seis de las ocho dimensiones evaluadas, mostrando significados cotidianos para asumir, manejar, experimentar y juzgar tanto la salud como la enfermedad:

En conclusión, los dos grupos muestran la preeminencia de representaciones de la lógica informal cotidiana para valorar, experimentar y juzgar el fenómeno de la salud y la enfermedad. Algunas de estas creencias han insertado elementos validados por la ciencia, pero confirmados en el vivir cotidiano con respecto a su efectividad para estar sanos o manejar la enfermedad. En el caso de los operadores de salud, sus representaciones evidencian que al lado de creencias de la lógica formal de sus profesiones, coexisten significados cotidianos con los cuales se relacionan, actúan y se ven a sí mismos en el mundo socio cultural que es la construcción de la salud y la enfermedad (Álvarez, 2000, p. 220)

Los antecedentes previos permiten concluir que, en el caso de los profesionales que trabajan en áreas relacionadas con la SM, hay una coexistencia de saberes en torno a dicho objeto: por un lado, la información del sentido común, propia de las RS, que se constituye antes de la formación académica; y por otro, los conocimientos científicos, producto de la profesionalización (Betancur, Restrepo-Ochoa, Henao, Arboleda, & Rodríguez, 2014). Según Morant (2006), ambos tipos de saber se relacionan y articulan de tal modo que, aunque los profesionales disponen de categorías científicas para el análisis de la salud y la enfermedad mental, siguen estando presentes otras formas de interpretación socialmente construidas. En este sentido, resulta de interés indagar por las RS sobre la SM que tienen los profesionales que trabajan en dicho campo, para comprender el lugar de estas representaciones en la configuración del saber científico y en la práctica profesional.

En una publicación anterior (Betancur et al., 2014), se presentaron los resultados del momento exploratorio de una investigación sobre las RS de la SM de los profesionales que trabajan en diferentes áreas relacionadas con la SM en la ciudad de Medellín; en ese momento inicial, se construyeron supuestos en torno a la estructura de la RS a partir de un análisis prototípico y categorial, cuyos datos se generaron a través de la técnica de la evocación libre de palabras. El presente artículo se ocupa de presentar los resultados del abordaje de estos supuestos mediante la entrevista semiestructurada como técnica cualitativa, lo que permitió ahondar en el significado de los contenidos de dicha representación.

Método

Tipo de investigación

Se trata de una investigación cualitativa, fundamentada en el enfoque procesual de la teoría de las RS.

Participantes

Los participantes fueron profesionales que trabajaban en diferentes áreas relacionadas con la SM en la ciudad de Medellín. Los criterios para la selección de los participantes fueron: titulación en psicología, psiquiatría y medicina, con desempeño profesional en áreas relacionadas con la SM; y experiencia mínima de un año a partir de la graduación y ejercicio profesional en el ámbito clínico y/o en proyectos psicosociales. Se conformó un grupo de 15 profesionales

que hicieron parte del momento exploratorio de la presente investigación (Betancur et al., 2014); los participantes fueron 2 psiquiatras, 1 médico y 12 psicólogos, y la cantidad final se estableció por saturación de la información.

Proceso de generación y análisis de la información

En la presente investigación se adoptan los procedimientos metodológicos de la teoría fundamentada para la generación y análisis de los datos. De acuerdo con Restrepo-Ochoa (2013), la teoría fundamentada puede ser utilizada como estrategia metodológica para el estudio de las representaciones sociales, permitiendo “articular, en el desarrollo de la investigación, la identificación del contenido de la representación, las relaciones entre sus elementos, y la determinación y control del núcleo central” (p. 129). Así, puede ordenarse el análisis de las representaciones sociales con los momentos de codificación que propone la teoría fundamentada como procedimiento metodológico para analizar datos cualitativos; la identificación del contenido de la representación se corresponde con la codificación abierta, que hace parte del momento descriptivo de la teoría fundada; la codificación axial y la selectiva, permiten estudiar las relaciones entre elementos de la representación y la determinación del núcleo central, respectivamente. En la investigación sobre RS y la teoría fundamentada, también se encuentra que ambas se fundan en una lógica inductiva, lo que permite generar teorías sustantivas que emergen del interjuego entre la generación y el análisis de la información:

De este modo, se asume que la adopción de los procedimientos metodológicos de la Teoría Fundamentada resulta pertinente para la investigación de las Representaciones Sociales, en cuanto dichos procedimientos hacen posible recoger y organizar sistemáticamente los datos para describir el contenido de las Representaciones y develar la estructura y la jerarquía que se establece entre sus elementos, manteniendo siempre el asiento en los datos (Restrepo-Ochoa, 2013, p. 131).

De acuerdo con los lineamientos anteriores, se realizaron 15 entrevistas semiestructuradas que fueron grabadas y transcritas, previa firma del consentimiento informado. En este, se les indicó a los participantes la protección del anonimato, la voluntariedad en la participación, el tipo de manejo que se daría a la información elaborada en el marco de la investigación y la no remuneración económica por participar en el estudio. La investigación se consideró sin riesgo,

pues no toca ningún aspecto sensible de la conducta, ni de la vida personal de los participantes.

Estas entrevistas se organizaron con base en los resultados del momento exploratorio de la presente investigación (Betancur et al., 2014). Se indagó sobre el concepto de salud mental que tenían los participantes, las manifestaciones de la salud mental, los criterios que definirían la presencia o ausencia de salud mental y la forma en que trabajan en la atención en salud mental desde su profesión. Cabe anotar que se creó una unidad hermenéutica en el programa Atlas TI V.6, para el proceso de análisis; luego de las transcripciones, se realizó un proceso de codificación que consistió en desfragmentar la información y asignar nombres que dieran cuenta del tema central de cada fragmento; posteriormente, con estos códigos se formaron familias, y con las familias, categorías de análisis que dieron cuenta de las RS construidas por los participantes

Resultados

La Salud Mental que se tiene y no se tiene

La concepción ontológica de la Salud Mental (SM) indica su existencia concreta y su posibilidad de verificación a través de diversos criterios; esta existencia puede ser entendida de dos maneras: una como estado, y la otra, como un continuo. En la primera, la SM tiene la propiedad de poder ser perdida y recuperada, y a manera de una balanza, se inclina más de un lado u otro, dependiendo del peso de los factores asociados a cada polo; la enfermedad mental constituye, en consecuencia, la clara pérdida de SM.

Yo creo que desde el diario vivir con la población con la que se trabaja es un límite difícil de establecer, porque el dinamismo de nuestra especie nos lleva a que nos movamos entre estos dos antónimos. Entonces, puede que yo un día esté del lado de la SM (polo norte) y al otro día esté al lado de la enfermedad mental (polo sur) (P9).

La otra manera de entender la SM la presenta como un continuo; allí, a manera de una brújula, sigue existiendo la referencia a dos polaridades, pero sin que sea posible establecer una diferencia tajante entre ellas; en algunas ocasiones, el sufrimiento puede mostrar SM, y en otras, la ausencia de malestar no sería necesariamente indicador de una buena SM:

Es continuo todo el tiempo; el sujeto, si se ancla, posiblemente lo mantenga y ahí cabe el sufrimiento; dentro de ese sufrimiento van a haber momentos de mucho dolor; de choque del contexto con él (...) No es pensar en el polo de la SM, sino en el continuo de SM que quiebres se pueden dar (P1).

A mí me parece que uno puede tener enfermedades y tener SM o puede no tener enfermedades mentales y no tener SM (P7).

La presencia de sufrimiento está asociada al trastorno mental; sin embargo, lo que prima en esta concepción es el establecimiento de criterios de SM que los participantes definen de la siguiente manera:

Conciencia de sí. Se refiere al proceso de autococonocimiento e identificación de características, defectos, cualidades y estilos de personalidad que marcan la relación con los demás y con el mundo. Se trata de un proceso potencial para todos, pero que sólo algunos llevan a cabo gracias a diversas circunstancias:

SM es conocer el proceso de personalidad, ser consciente de quién se es y saber manejar lo que uno es en el medio; también, el medio le proporciona una cosa pero, en última instancia, es el sujeto quien la recibe (P1).

La interacción con las experiencias con la familia, amigos y la sociedad te va permitiendo que tú mismo sepas si eres capaz de tomar tus propias decisiones y qué tan autónomo eres frente a la vida y a lo que quieres, si eres capaz de relacionarte con las personas de maneras no problemáticas (...) Reconocimiento de lo que yo puedo, de lo que soy capaz; es un asunto que requiere de niveles de reflexión interior; que la persona pueda mirarse a sí misma y verse en relación hacia afuera (P8).

Adaptación. La adaptación se plantea como un proceso fundamental para la SM en tanto es el medio para la inscripción del individuo en el orden social; el contexto establece unas pautas de comportamientos y pensamientos, así como ideologías que se plantean como condición necesaria para la socialización del individuo, quien tiene como tarea ajustarse a ellas. Tal ajuste puede hacerse por dos vías: la primera es una asunción total de las disposiciones del contexto por parte del individuo, produciéndose así una alienación de él a su medio. La segunda vía de adaptación es entendida como una mediación, por parte del individuo, entre su personalidad, sus deseos y sus capacidades, y lo que le es pedido desde el contexto y los escenarios en que

se mueve. Este proceso tiene como fundamento la cognición, y aunque sigue pensando como necesario el ajuste del individuo al medio, reconoce que no todas las exigencias del contexto son cumplidas a cabalidad:

El concepto de adaptación no es simplemente que el sujeto llegue, lea lo que hay que cumplir y cumplirlo, sino que el sujeto lo lea, lo mire desde su lugar, su personalidad y lo que él es como ser humano, y a partir de allí, medie entre las dos cosas (...) Tiene que haber una combinación de contexto-sujeto, y por eso, el concepto de adaptación, pero no de máximos y medios, sino de mínimos de cada uno frente a lo que el medio le está demandando (P1).

La primera vía, afirman los participantes, es contraria a la SM, mientras que la segunda tiene como consecuencia el cese de tensiones entre el individuo y su medio, la reducción del malestar y la capacidad de afrontar las diversas situaciones presentadas por la vida, lo cual se considera un criterio básico para establecer la existencia de SM:

Adaptarse es lograr negociar con esa situación que se está viviendo, pero logro negociar asuntos para lograr un equilibrio (...) En la adaptación, ya la crisis cesaría porque ya negocié con lo que me genera malestar y hago como un trato, 'tú me das esto, yo te doy esto', y así yo estoy tranquila (P9).

Afrontamiento y elaboración de dificultades. Este criterio, que está relacionado con la adaptación, está principalmente asociado a la "resiliencia"; esta última es entendida por los participantes como la capacidad de un individuo para hacer frente y superar las dificultades, tomando de ellas nuevos aprendizajes que le permiten avanzar en la vida a partir de las experiencias que propician su crecimiento personal:

No sé si aquí cabe un poco el concepto de resiliencia, esa posibilidad de ir, a pesar de las dificultades, siempre sobreponiéndose. Es como esa posibilidad de aprender de eso, de comprender qué pasó ahí y qué le va ayudar a eso, a resolver situaciones en la vida (P11).

Con relación al origen de la resiliencia y a los factores que la favorecerían, se suponen dos ideas: la primera es que es una característica propia del organismo vivo, y la segunda es que tiene que ver con el apoyo y el vínculo social; en todo caso, se trata de una cualidad del individuo:

La resiliencia (...) uno no sabe si es adquirida y si se puede; por lo tanto, promover o establecer en algunas

personas, o si definitivamente hay personas que nacen con facilidad para obtener resiliencia. Entonces, yo creo que puede haber de las dos (P7).

Hay muchos factores que son posibles tanto para los niños como para personas de cualquier edad; eso depende del apoyo, de los vínculos que tenga, de las redes que tenga. Si no las tiene, de todas maneras el cuerpo tiene una capacidad de resiliencia que puede salir adelante (P6).

Estabilidad, armonía, equilibrio y tranquilidad.

Todos estos términos son pertenecientes a la categoría "imperturbabilidad", e indican una SM que puede denotar una ausencia de conflicto, o un conflicto que sería soportable hasta cierto grado:

Es el tema del equilibrio, pero el equilibrio no entendido desde una posición de "estoy bien" y que las necesidades estén resueltas, sino el equilibrio como el constante movimiento de la vida y que la persona con sus recursos internos se pueda adaptar a esos movimientos (P8).

Para mí, la SM a nivel personal se ha convertido en un reto para lograr una estabilidad, pero no una estabilidad que me lleve a la homeostasis, sino que me permita moverme dentro de unos picos, pero de unos picos que no me lleven a unos malestares insoportables (...). Adaptarse es lograr negociar con esa situación que se está viviendo, pero logro negociar asuntos para lograr un equilibrio" (P9).

Evoca tranquilidad; yo pienso que la SM tiene que ver con esa posibilidad de estar tranquilo a pesar de las dificultades (...) Vos perfectamente podés tener dificultades, enfermedades pero si vos lográs manejarlo y lográs estabilizarte y lográs tener armonía en las diferentes relaciones que vives, puedes tener SM, a pesar de las dificultades (P11).

Bienestar. El bienestar es definido como una sensación o interpretación por parte del individuo de las experiencias vitales, o como una construcción subjetiva fundamentada en la interacción con el contexto; hay también una tercera posición que plantea que es el contexto el que determina lo que se entiende o no por bienestar. Lo que caracteriza a estas posturas es que se trata de una causa de satisfacción y disfrute de la vida que se asocia también a una sensación de tranquilidad y equilibrio que tolera cierto margen de malestar.

Como un asunto individual, la SM sería la capacidad que tiene el sujeto para interpretar sus interacciones bajo disfrute y goce; sin embargo, esa capacidad para quienes abordamos esa SM debe estar determinada en la interacción social dado que esa interpretación no es solamente subjetiva, sino que depende de los escenarios de interacción donde el sujeto se mueva (...). Vamos a decir que estos escenarios de interacción van a permitir, favorecer, incidir, determinar esas interpretaciones de bienestar que el sujeto va a tener (...). El sujeto y la construcción subjetiva que hace de la realidad es la interacción continua que hace con los contextos; entonces, ese sujeto puede que su interpretación le genere una sensación de bienestar; pero esa sensación de bienestar va en detrimento de su desarrollo ¿Y quién impone o cuál es la lógica del desarrollo? Lo impone a veces el mismo conocimiento del desarrollo humano (P5).

El afrontamiento y elaboración de dificultades está relacionado con la estabilidad, la armonía, la tranquilidad y el equilibrio, que a su vez se vinculan con el bienestar subjetivo y la adaptación. Estos criterios de SM se asocian a su definición como capacidad para interpretar la vida desde el bienestar y para superar las dificultades.

Para que esta capacidad sea desarrollada, y para que la SM pueda ser lograda, existen ciertas condiciones para los participantes. Es común el planteamiento según el cual lo biológico es la base de la existencia humana en tanto permite la vida misma; se considera que la dotación orgánica del ser humano es la entrada a la interacción y que el desarrollo cerebral está sujeto a ella; es decir, este es modificado por el vínculo establecido con los otros. Además, en general, se afirma que los seres humanos están en similares condiciones biológicas, y que la diferencia en los niveles de desarrollo está atravesada por las cualidades de la interacción con los otros y por las características sociales que los posibilitan o no:

Los seres humanos tienen una base biopsicosocial, y la base de ese biopsicosocial está en continuo proceso de desarrollo y es posible su desarrollo en la interacción; existe la potencia biológica, pero esa potencia biológica solo la desarrolla en la interacción. Digámoslo de otro modo, el ser humano como estructura biológica madura y crece, pero solo a lo que pueda con sus alcances de desarrollo en cuanto a lo social (P5).

En suma, la SM trata acerca del establecimiento de una relación del individuo hacia y con el medio, y si bien

se plantea para el contexto un papel fundamental, es el individuo quien desde su particularidad y sus modos de interpretar el mundo, alcanzará el bienestar y la adaptación que definen la SM.

A estas concepciones de SM que hablan de ella como un objeto concreto que se logra y se pierde, los participantes suman una tercera perspectiva; según ésta, la SM es entendida como un campo que recoge saberes concernientes a disciplinas diversas, y que se caracteriza por ser de límites difusos:

Realmente, la SM es un campo, un campo del conocimiento (...) Ese campo está lleno de conocimientos distintos, algunos encontrados... como una olla donde vos echas el conocimiento de todos; entonces, vos te encuentras con otro profesional de tu misma línea o de otra y puede tener cosas comunes y contrarias y nadie te puede decir quién tiene la razón; por lo menos en este momento, esa olla que está llena de conocimiento no hay manera de decir que este tiene la razón, para muchas cosas, puede que para otras sí (...) Este imaginario de lo que es SM... acuérdesse que estamos hablando de SM como una cosa no definida, sino como un campo lleno de conocimientos. Entonces, este imaginario me nutre estos conocimientos (P13)

Este campo es difuso no sólo por la convergencia de disciplinas diversas, e incluso opuestas, sino también porque la SM es una definición individual, por lo que se hace complicado establecer conceptos universales y claramente delimitados.

El trabajo en SM: las RS en un escenario práctico

El trabajo en SM se refiere a los abordajes e intervenciones que los participantes plantean de acuerdo a las concepciones ya desarrolladas. Las formas de comprender la SM tienen implicaciones prácticas. El trabajo desde la psicología aparece con mayor fuerza, lo que se debe tal vez al hecho de que la mayoría de los participantes son profesionales en esta área. Las perspectivas de trabajo planteadas son las siguientes:

Trabajo profesional con el individuo. Las orientaciones que se plantean son más de tipo terapéutico y contemplan la posibilidad de vincular a profesionales de diferentes disciplinas; es fundamental la mirada multidimensional de las situaciones de SM, para determinar la manera en que ellas afectan la capacidad de bienestar de los individuos:

Un primer asunto que creo como lineamiento es poder conceptualizar, pero conceptualizar multidimensionalmente, y a partir de esa conceptualización, pensar más en los factores de protección que tiene el sujeto que en aquellos que realmente representan un riesgo para la SM del mismo (P1).

El énfasis del trabajo estaría puesto en lo individual, lo cual es consecuente con una definición de SM en la que el factor subjetivo es crucial:

Para mí, lo primero sería un desarrollo de trabajo interno, trabajar en lo que es cada uno... Eso depende para dónde vaya, trabajar en el fortalecimiento propio... Fortalecer todas las capacidades, conocerse más a fondo, y de allí en adelante ir implementando estrategias que de pronto no se han podido lograr. La segunda es que estas personas pueden hacer actividades anexas a lo que puede ser un trabajo. Yo pienso que la SM es integral, así que no solamente es tanto lo psicológico, sino también lo físico, el entorno... Entonces, yo siempre recomiendo una actividad alterna a todo eso que yo hago mental y personal; entonces, son actividades físicas, recreativas, en equipo (P6).

En esta perspectiva se puede incluir también el uso de tratamiento medicamentoso como un recurso que complementa el abordaje:

Yo trato de no medicar; casi nunca medico en la primera evaluación, sino que trato al máximo de darle la oportunidad de hacerle un proceso al paciente porque me he dado cuenta que es mucho lo que se puede refinar el diagnóstico cuando uno hace una segunda evaluación del paciente, y es mejor para uno y para él porque el paciente tiene la oportunidad de elaborar más cosas de su situación; entonces, en la segunda evaluación, es cuando yo digo sí hay necesidad o no de los medicamentos (P7).

Por otro lado, hay una dominancia de la vinculación del trabajo en SM a las dificultades en SM, cuya identificación provocaría el trabajo de promoción, prevención o tratamiento:

Primero, haría bases de datos, establecería cómo está la gente en temas de SM, establecería la prevalencia de la enfermedad, y ya luego miraría temas de prevención o de promoción, o de intervención. Depende, pero primero empezaría por saber en qué grado de SM estamos y frente a qué población estamos en temas de SM (P4).

Se reconoce la SM como un asunto que concierne a diversos profesionales, lo que llevaría a considerarla como un estado multidimensional y complejo que requeriría de la intervención desde saberes de distinta índole:

Uno no puede trabajar solo, y menos en cuestiones de SM, y el psicólogo, en su gran mayoría, es demasiado solitario en su trabajo; es como: el psicólogo puede con todo. Y si yo estoy hablando que el primer punto es la multidimensionalidad de un ser humano, yo tendría que pensar en otros profesionales que entren a trabajar conmigo, y profesionales que no solamente me refieran al sistema de salud, al médico, psiquiatra, neurólogo, porque si bien son importantes para ese sujeto que yo acabo de conceptualizar, puede que esas no sean las personas que más se necesiten; puede que el sacerdote, puede que el bioenergético, u otras personas que no entran en el sistema, que para nosotros es concebido dentro de lo científico, para ese sujeto también puedan ser un punto de apoyo (P1).

La SM no es un asunto exclusivo de la psicología. Nosotros nos metemos ahí porque hay muchas cosas que decir ahí, pero tiene que ver con muchas, pues si lo vamos a volver un asunto disciplinar, es de muchas disciplinas, o sea, la educación... ¡y hay muchos caminos! Educación, medicina, filosofía, arte, literatura (P3).

La condición para la interdisciplinariedad es la organización de criterios que orienten el trabajo en SM, criterios que deben estar ajustados a las posibilidades de acción de cada campo de saber y a la manera como son concebidos los sujetos; no se trata de una estandarización de procesos, sino de una construcción de mínimos acuerdos que permitan el ordenamiento de las prácticas profesionales que tienen lugar en torno al campo de la SM:

No sé si podría haber un protocolo estandarizado para trabajar SM, pero sí siento que deben haber unos lineamientos básicos para el trabajo en SM (...) Un primer asunto que creo como lineamiento es poder conceptualizar multidimensionalmente, y a partir de esa conceptualización, pensar más en los factores de protección que tiene el sujeto que en aquellos que realmente representan un riesgo para la SM del mismo (P1)

En la vida, en general, trabajos muy descoordinados [...] todos tenemos conceptos distintos y eso orienta nuestras prácticas; no significa que todos tengamos el mismo concepto, pero sí nos debe de guiar el mismo norte: qué es lo que buscamos, a dónde queremos llegar

y cuál es nuestro objetivo, y yo creo que las prioridades cambian mucho de profesional en profesional (P7)

Trabajo individual desde la cotidianidad. Finalmente, una perspectiva del trabajo en SM se relaciona con que ella es cotidiana y, en ese sentido, puede ser promovida o fortalecida por los mismos individuos en la vida diaria.

Uno puede fomentar desde su misma vida cotidiana ejercicios de salud (P8)

Cada uno se ubica en lo que tiene que hacer, lo hace, lo cumple, lo disfruta y no deja que sea temas de otros, temas de política, temas de gobierno, de despacho, de personal de administración, sino que básicamente es un tema cotidiano del movimiento de la vida y no de los otros (P8).

Parece ser que, en esta vía, el trabajo de los profesionales no tiene el lugar de experticia, pero tampoco es posible delimitar de qué lugar se trataría para los profesionales si la SM es entendida como cotidiana.

Discusión

En el caso de los profesionales, la SM se constituye en un objeto en cuya RS convergen saberes que provienen, tanto de sus procesos de formación como de su vida cotidiana, lo que se constata también en los estudios de Moll (2013), Torres, Munguía, Aranda y Salazar (2015), y Álvarez (2006). En estos, también se ha encontrado coincidencia en entender la SM como un estado definido por componentes como la tranquilidad, el equilibrio, la armonía, el bienestar, la conciencia de sí y el afrontamiento de conflictos. De hecho, estos elementos son los que, en el trabajo que precede a esta publicación, el cual está orientado por el enfoque estructural (Betancur et. al, 2014), se muestran como núcleo central y sistemas periféricos de la RS. Llama la atención la coincidencia en los resultados de diferentes investigaciones al respecto, aun cuando se realizan en países diferentes; estos consensos permiten afirmar que la SM es un objeto de RS en torno al cual se van estableciendo consensos, tal vez dinamizados por las apuestas mundiales que hay en torno a su priorización.

De la SM se habla, sobre ella se legisla, en su nombre se priorizan recursos financieros y técnicos, y en torno a ella se genera un movimiento de búsqueda que justifica los procesos de promoción y prevención que se hacen nucleares en el trabajo de los profesionales. Así, la SM deja

de ser un concepto abstracto, cuya comprensión es privativa de esferas especializadas, para volverse de dominio popular y de interés público, tal como se afirma en la ley 1616 que procura garantizar el derecho a la SM de los colombianos (Congreso de Colombia, 2013), definida como:

“un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (Congreso de Colombia, 2013, p. 1)

Si bien es preciso preguntarse a qué se tiene derecho cuando se tiene derecho fundamental a la SM, la pretensión de su garantía habla ya de la SM como un bien u objeto concreto que puede reclamarse, conseguirse, perderse y recuperarse. Esto indica un proceso de objetivación de la representación que resulta claro para los profesionales. Además, en el ejercicio del diagnóstico, la SM existente, bien sea como campo o como continuo, cuenta con unos criterios que permiten juzgar si se cuenta o no con ella. Así, es el profesional quien determina su presencia o ausencia y, en consecuencia, orienta acciones de prevención, promoción o tratamiento, para que quien la pierda, pueda tenerla de nuevo, y para quien no la haya tenido nunca, pueda buscarla o encontrar un modo de vivir mejor con la enfermedad; en síntesis, las primeras responderían a una meta curativa, y las segundas, a una meta adaptativa.

La definición de SM propuesta por el Estado Colombiano sólo puede hacerse operativa a través del reconocimiento de la acción y los saberes de profesionales. Esto es posible desde la perspectiva de las RS, que ponen de presente que efectivamente para ellos se trata de un “estado dinámico”, que se mueve, que va y vuelve, que fluctúa y varía en la vida cotidiana como escenario, donde la condición es una transacción entre el individuo y las disposiciones sociales. Dicha transacción resultará en un disfrute de la vida y un estado de bienestar y equilibrio que permitan no sólo mitigar el malestar y el sufrimiento cuando se presenten, sino afrontar de manera adecuada las dificultades contando con recursos propios. Además, este resultado abrirá más posibilidades de interacción, condición necesaria para el proceso de mediación que se ha mencionado.

Así, cobra sentido la expresión de la SM en la vida cotidiana: ya no corresponde al ámbito de hospitales y pabellones para personas con diagnóstico de enfermedad mental, sino que

incluye a toda la población que, de acuerdo a su contexto y particularidades, se ve enfrentada a escenarios vitales que requieren de su actuación. Ahora bien ¿Qué implicaciones prácticas tienen para los profesionales estas consideraciones?

El Plan Decenal de Salud Pública para Colombia 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), en la dimensión de convivencia social y salud mental, pretende la puesta en marcha de recursos individuales y colectivos que permiten el disfrute de la vida cotidiana y el establecimiento de relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común y el desarrollo humano y social. Para los profesionales de la investigación, esto se logra a través de un trabajo dirigido de manera especial al individuo, con el fin de que desarrolle y/o fortalezca habilidades y condiciones que le permitan adecuarse, con arreglo a medios y fines, a sus escenarios de interacción.

Con todo lo anterior, toma relevancia la pregunta por la conceptualización que los profesionales han hecho de los recursos individuales, colectivos, emocionales, cognitivos y mentales que se suponen desplegados si la salud mental existe. Según Guinsberg (2007), hay por lo menos cuatro perspectivas posibles para definir la salud y la enfermedad. La primera, llamada *biologicista*, pone énfasis en los procesos orgánicos que causan o no una disfunción; la segunda se denomina *psicologicista*, pues se enfoca exclusivamente en el pensamiento, la cognición y; en general, en el funcionamiento psíquico; por su parte, el enfoque *sociológico* señala que la salud y la enfermedad son consecuencias de la estructura social, y las personas, receptores pasivos de condiciones socioculturales sobre las cuales no tienen mayor injerencia. Finalmente, la perspectiva *biopsicosocial* pretende resolver las tensiones causadas por posiciones dogmáticas, argumentando que se trata de una interacción constante de factores biológicos, psicológicos y sociales, y no de una simple sumatoria de ellos. Además, este enfoque supondría no sólo la identificación de esos aspectos, sino el análisis de las formas como se relacionan y los efectos que se producen en su interacción. Estos mismos fundamentos se han encontrado en estudios anteriores con profesionales (Betancur et al., 2014), y es relevante encontrar la convergencia de posiciones teóricas con las RS de los participantes, pues en esta convergencia se amplía la vía para generar cuestiones en torno a los efectos prácticos del saber construido sobre la SM.

La RS sobre la SM como objeto se materializa, entonces, en unos claros criterios que los profesionales identi-

fican desde un referente que es más del sentido común que formalizado en una construcción teórica claramente estructurada, lo que coincide con los planteamientos de Moll (2013). Estos criterios, tal como se describen en los resultados, responden más a una lógica psicologicista que tiene como efecto una intervención en el individuo. En este sentido, y teniendo en cuenta las apuestas por las perspectivas biopsicosociales y de determinantes sociales en salud que los referentes normativos en el país indican para el trabajo en SM (Congreso de Colombia, 2013; Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) ¿Están siendo formados los profesionales de acuerdo a las necesidades del contexto actual en términos del trabajo en SM? ¿Cuentan quienes ya son profesionales con los recursos metodológicos y teóricos para soportar la promoción de la SM desde el referente exigido por la normatividad?

La presente investigación permite concluir que el hecho de que la SM sea un objeto de RS para los profesionales implica una imbricación entre los saberes profesionales y del sentido común, con dominancia de estos últimos. Esto tiene como consecuencia la necesidad de elaborar conceptualizaciones más complejas que tengan efectos en la práctica profesional; los profesionales que trabajan en SM caminan orientados por cierta intuición, por sus propias concepciones de bienestar, adaptación y equilibrio, aunque reconozcan la necesidad de construir fundamentos teóricos más sólidos que posibiliten la demarcación del saber y el hacer profesional.

La SM es un tema de interés público, y es importante notar que los postulados desde la normatividad colombiana comienzan a coincidir con los saberes de los profesionales, por lo menos en un punto: su consideración como un estado dinámico. Ahora, en términos de su concepción y la práctica que se espera, hay una clara divergencia pues; por un lado, la normatividad exige un trabajo desde perspectivas de salud pública y determinantes sociales de la salud, lo cual no es dominante en la concepción de los profesionales, quienes continúan poniendo énfasis, desde lo conceptual y lo práctico, en lo individual. Aquí se abren nuevas rutas de investigación que permitan abordar los procesos de formación profesional en conversación con los requerimientos del contexto.

El predominio de profesionales en psicología marca una orientación en los resultados; por tal razón, pueden generarse nuevos procesos investigativos que amplíen la perspectiva de otros profesionales que, al menos en el desarrollo del presente estudio, terminaron siendo una población minoritaria.

Referencias

- Álvarez, L. (2006). Representaciones sociales de la salud y la enfermedad: Un estudio comparativo entre operadores de la salud y pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Floridablanca. *Revista MedUNAB*, 9 (3), 211-220. Recuperado de: <http://biblat.unam.mx/es/revista/medunab/articulo/representaciones-sociales-de-la-salud-y-la-enfermedad-un-estudio-comparativo-entre-operadores-de-la-salud-y-pacientes-hospitalizados-en-bucaramanga-y-floridablanca>
- Betancur, C. B., Restrepo-Ochoa, D. A., Henao, Y. de J. O., Arboleda, C. Z., y Rodríguez, C. P. (2014). Representaciones sociales sobre salud mental en un grupo de profesionales en la ciudad de Medellín: análisis prototípico y categorial. *Revista CES Psicología*, 7 (2), 96-107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539424008.pdf>
- Congreso de Colombia. (2013). *Ley 1616*. Recuperado a partir de <http://www.descentralizadrogas.gov.co/project/ley-1616-de-salud-de-2013/>
- Farr, R. (1986). Las representaciones sociales. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología social II* (PP. 495–506). Barcelona: Paidós.
- Good, B. (2006). *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Guinsberg, E. (2007). Salud mental y subjetividad como aspectos sustantivos de la salud colectiva. En E. Jarillo y E. Guinsberg (Eds.), *Temas y desafíos en salud colectiva* (PP. 245–272). Buenos Aires: Lugar.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología social II* (PP. 470 – 494). Barcelona: Paidós.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública*. Recuperado de <http://www.descentralizadrogas.gov.co/project/plan-decenal-de-salud-publica/>
- Moll, S. (2013). Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana, Perú. *Revista de Psicología*, 31 (1), 99-128. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/3378/Resumenes/Resumen_337829524004_1.pdf
- Moñivas, A. (1994). Epistemología y representaciones sociales: concepto y teoría. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 47 (4), 409-419.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital - Revista de pensamiento e investigación social*, 1 (2). Recuperado de <http://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n2.55>
- Mora-Ríos, J., Medina-Mora, M. E., Sugiyama, E. I., & Natera, G. (2008). The Meanings of Emotional Ailments in a Marginalized Community in Mexico City. *Qualitative Health Research*, 18 (6), 830-842. Recuperado de <http://doi.org/10.1177/1049732308318736>
- Morant, N. (2006). Social representations and professional knowledge: The representation of mental illness among mental health practitioners. *British Journal of Social Psychology*, 45 (4), 817–838. Recuperado de <http://doi.org/10.1348/014466605X81036>
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Argentina: Huemul.
- Restrepo-Ochoa, D.A. (2013). La Teoría Fundamentada como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales. *Revista CES Psicología*, 6 (1), 122–133. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4370186.pdf>
- Torres, T., Munguía, J., Aranda, C., y Salazar, J. (2015). Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México. *Revista CES Psicología*, 8 (1), 63-76. Recuperado de: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3033/2313>