

**CONDICIONANTES PSICOSOCIALES Y SOCIOECONÓMICOS ASOCIADOS A LA
SALUD MENTAL DE MUJERES, EN DIFERENTES BARRIOS DE LA CIUDAD DE
MEDELLÍN, 2018-2019.**



AUTORA

LAURENT SCARLETT SANCHEZ JUSTINIANO

SCARLETT1077@GMAIL.COM

Trabajo de grado para optar al título de Psicóloga

ASESORA

DIANA CRISTINA BUITRAGO DUQUE

Magister en Salud Mental

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

Medellín

2020

Tabla de contenido

RESUMEN	1
PALABRAS CLAVES:	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
2. JUSTIFICACIÓN	10
3. OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVO GENERAL:	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	14
4. MARCO DE REFERENCIA.....	15
4.1. CONCEPTUALIZACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	16
4.2 DETERMINANTES EN SALUD SOCIAL.....	20
4.3. CALIDAD DE VIDA	23
4.4. APRECIACIÓN DEL ESTRÉS	24
4.5. ANSIEDAD.....	28
4.6. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	29
4.6.1. <i>Eventos en el factor psicosocial.</i>	29
4.6.2. <i>Eventos en el factor socioeconómico</i>	31
5. DISEÑO METODOLÓGICO	42
5.1 TIPO Y ALCANCE DE ESTUDIO	42
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	43
5.3 VARIABLES	44
5.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN INFORMACIÓN	45
5.5 PROCEDIMIENTO	48
5.6 PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	49
5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	50

6. RESULTADOS.....	51
6.1 PERFILES SOCIOECONÓMICOS Y SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS MUJERES PARTICIPANTES	51
6.2 CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES PARTICIPANTES	61
6.3 PERCEPCIÓN DE AFECCIÓN EN TEMAS DE RELACIONES HUMANAS DE LAS MUJERES PARTICIPANTES ...	66
6.4 ANSIEDAD ESTADO – RASGO DE LAS MUJERES PARTICIPANTES	71
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	79
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
9. ANEXOS	100
ANEXO A. CUESTIONARIO SOBRE ASPECTOS PSICOSOCIALES Y SOCIO ECONÓMICOS ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL EN MUJERES DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN, 2018 - 2019.....	100
ANEXO B. CONSENTIMIENTO INFORMADO	108

Lista de figuras

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN MEDELLÍN POR RANGOS DE EDAD	43
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EDAD Y ESTRATO	44
TABLA 3. INTERDEPENDENCIAS DE VARIABLES	45
TABLA 4. RELACIÓN VARIABLES E INSTRUMENTOS	46
TABLA 5. PROMEDIO DE ESCALA DE APRECIACIÓN DEL ESTRÉS GENERAL (EAE – G) SEGÚN SALARIO DEVENGADO..	70
TABLA 6. ESCOLARIDAD DE MUJERES SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO VIVIENDA.	80
TABLA 7. NIVELES DE ANSIEDAD A/R Y A/E	84
1. GRÁFICO. INCIDENCIA DE POBREZA MONETARIA, MEDELLÍN, 2002 - 2015	32
2. GRÁFICO. MEDELLÍN Y VALLE DE ABURRA: POBREZA MONETARIA, 2013 – 2018.	32
3. GRÁFICO. MEDELLÍN Y VALLE DE ABURRA: ÍNDICE DE GINI, 2013 – 2018.	33
4. GRÁFICO. MEDELLÍN Y VALLE DE ABURRA: CLASES SOCIALES DE ACUERDO CON EL NIVEL DE INGRESOS,	34
5. GRÁFICO. MEDELLÍN Y VALLE DE ABURRA: TASA DE DESEMPLEO JUVENIL, 2013 – 2018.	35
6. GRÁFICA. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES DE ACUERDO A SU CONDICIÓN DE EMPLEO O DESEMPLEO	52
7. GRÁFICA. FUERZA LABORAL POR EDAD.	52
8. GRÁFICA. NIVEL DE EDUCACIÓN.	53
9. GRÁFICA. DISTRIBUCIÓN NIVEL SUPERIOR DE EDUCACIÓN	53
10. GRÁFICA. DISTRIBUCIÓN TIPO DE EMPLEO	54
11. GRÁFICA. SALARIO DEVENGADO	55
12. GRÁFICA. RESPONSABILIDAD EN LOS GASTOS BÁSICOS DEL HOGAR.	56
13. GRÁFICA. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTADO CIVIL.	57
14. GRÁFICA. DISTRIBUCIÓN CONFORMACIÓN DEL HOGAR Y PAREJA.	57
15. GRÁFICA. DISTRIBUCIÓN VARIABLE VIVIENDA	58
16. GRÁFICA. ESTRATO VS. TIPO DE VIVIENDA.	59
17. GRÁFICA. DISTRIBUCIÓN COBERTURA EN SALUD.	60
18. GRÁFICA. DISTRIBUCIÓN COBERTURA EN SALUD DE LAS MUJERES LABORANDO	61

19. GRÁFICA. DISTRIBUCIÓN MEDIOS DE COMUNICACIÓN MÁS USADOS.	62
20. GRÁFICA. MEDIO DE COMUNICACIÓN MÁS USADO POR RANGO DE EDAD.	63
21. GRÁFICA. HOGARES CON INTERNET.	63
22. GRÁFICA. DISTRIBUCIÓN DE ENTIDADES DONDE PARTICIPAN LAS MUJERES.	64
23. GRÁFICA. DISTRIBUCIÓN DE ENTIDADES DONDE PARTICIPAN LAS MUJERES.	65
24. GRÁFICA. DISTRIBUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES SOCIALES HABITUALES & LOS PROBLEMAS EMOCIONALES Y DE SALUD.	65
25. GRÁFICA. DISTRIBUCIÓN PORCENTAJE DE VIOLENCIA.	66
26. GRÁFICA DISTRIBUCIÓN DE APRECIACIÓN EAE	67
27. GRÁFICA. EAE & ESTRATO SOCIOECONÓMICO.	68
28. GRÁFICA. EAE & RANGOS DE EDAD.	69
29. GRÁFICA. DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE MUJERES LABORANDO EVALUADAS CON EAE - G.	69
30. GRÁFICA. PORCENTAJE DE RESULTADO DE ESCALA DE APRECIACIÓN DEL ESTRÉS GENERAL (EAE – G) SEGÚN SALARIO DEVENGADO.	71
31. GRÁFICA. PORCENTAJE DE RESULTADO ESCALA DE ANSIEDAD ESTADO (A/E).....	72
32. GRÁFICA. PORCENTAJE DE RESULTADOS A/E SEGÚN EDAD.	73
33. GRÁFICA. PORCENTAJE DE RESULTADOS A/E SEGÚN SALARIO DEVENGADO.	74
34. GRÁFICA. PORCENTAJE DE RESULTADOS A/E SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO VIVIENDA.	75
35. GRÁFICA. PORCENTAJE DE RESULTADO ESCALA DE ANSIEDAD RASGO (A/R).	75
36. GRÁFICA. PROPORCIÓN NIVEL DE A/R SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO DE VIVIENDA.	76
37. GRÁFICA. PROPORCIÓN NIVEL DE A/R SEGÚN RANGO DE EDAD.	77
38. GRÁFICA. NIVEL DE ANSIEDAD RASGO SEGÚN SALARIO DEVENGADO.	78

Resumen

La salud mental desde una mirada integral propone una perspectiva de bienestar biopsicosocial, impactada por condicionantes socioeconómicos, culturales, demográficos, entre otros., teniendo lo anterior como premisa, este trabajo indagó los condicionantes psicosociales y socioeconómicos de las mujeres de Medellín asociados a la salud explorando aspectos de su calidad de vida, evaluando acontecimientos estresantes e identificando estados emocionales de ansiedad estables o transitorios.

Se realizó un estudio de alcance transeccional y descriptivo, cuyo tamaño muestral fue de 108 mujeres entre 18 y 60 años de edad, elegidas al azar, mediante un muestreo aleatorio, a las que se les aplicó un cuestionario con tres acápite, el primero de creación propia con preguntas de información general (Socioeconómica, sociodemográfica y de calidad de vida), el segundo y tercero a través de los test psicométricos: Escala de Apreciación del Estrés-General (EAE-G), Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI).

De resultados de las pruebas psicométricas, se encontró que el 50 % de las mujeres encuestadas presenta niveles de estrés promedio y alto (EAE-G), y respecto a los resultados del STAI, la mayoría de las mujeres presentan ansiedad como rasgo característico.

Los resultados se convierten en aportes de exploración futura, y evidencian la necesidad de promover y realizar investigaciones específicas sobre la mujer y su salud mental en Medellín.

Palabras Claves: Condicionantes psicosociales y socioeconómicos, salud mental, calidad de vida, apreciación del estrés, ansiedad.

Abstract

Mental health from an integral point of view proposes a biopsychosocial well-being perspective, impacted by socioeconomic, cultural, demographic conditions, among others. Taking the foregoing as a premise, this work investigated the psychosocial and socioeconomic conditions of women in Medellín associated with health exploring aspects of their quality of life, evaluating stressful events and identifying stable or transient emotional states of anxiety.

A cross-sectional and descriptive study was carried out, the sample size of which was 108 women between 18 and 60 years of age, chosen at random, by means of a random sampling, to which a questionnaire with three headings was applied, the first of creation own with general information questions (Socioeconomic, sociodemographic and quality of life), the second and third through the psychometric tests: General-Stress Assessment Scale (EAE-G), State / Trait Anxiety Questionnaire (STAI).

From the results of the psychometric tests, it was found that 50% of the women surveyed present average and high stress levels (EAE-G), and regarding the results of the STAI, most of the women present anxiety as a characteristic trait.

Key Words: Psychosocial and socioeconomic determining factors, mental health, quality of life, appreciation of stress, anxiety.

1. Planteamiento del problema

De acuerdo a lo citado en Elmendorf (2010), la directora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) , Margaret Chan (2005), menciona que, en el siglo XXI se abre un nuevo horizonte para la salud pública, ya que, la salud, se convierte en un tema de atención mundial, el cual ocupa uno de los asuntos internacionales que requieren ser atendidos y compete ahora a todos: gobiernos, responsables de la elaboración de políticas públicas, financistas, diplomáticos, proveedores de servicios de salud, activistas, grupos de la sociedad civil, y ciudadanos de todo el mundo.

La OMS (2015) es precursora de este viraje, a través de la construcción y firma de un pacto mundial único, llamado “Los ocho objetivos del desarrollo del milenio” (ODM), el cual tenía como fecha de cumplimiento, el año 2015, no obstante, para este momento no se logró todo lo planeado. En vista de esto, ese mismo año la OMS agendó para el 2030, diecisiete objetivos que procuran la transformación del mundo a través del desarrollo sostenible, entre ellos se encuentra: la erradicación de la pobreza, estrategias para combatir el cambio climático, la educación, la igualdad de la mujer, la defensa del medio ambiente. No obstante, “Los ODM relacionados con la salud no abarcan todas las cuestiones de salud que atañen a las personas pobres y los países pobres, pero sirven de indicadores de los desafíos más básicos que quedan por afrontar” (Organización Mundial de La Salud, 2005, p. 3).

El concepto salud ha tenido una evolución a lo largo de la historia, se partió de una perspectiva mágico-religiosa centrada en la enfermedad o ausencia de salud como castigo divino; luego, en otro momento el tema salud se relaciona con la higiene personal o pública (edad media), lo cual es observado especialmente en las civilizaciones mesopotámicas y egipcias; más adelante, con la llegada del renacimiento y la introducción de ideas innovadoras para la época,

intelectuales como Paracelso o Andrés Vesalio, visibilizan el nuevo mundo de la salud, a partir de tratados de cirugía y anatomía (García, 2013). Así, poco a poco el concepto se fue ampliando y transformando, hasta que en el 1946, la OMS establece la dupla: hombre-sociedad, en la definición de la salud, describiéndola como; “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de La Salud, 2001, p. 100), esta perspectiva positiva contempla al hombre desde una visión más amplia del desarrollo humano, esbozando algunos factores que se desarrollarían de allí en adelante, a través de diferentes áreas del saber, conexas con esta definición, como lo son el trabajo social, la economía, la psicología social, la psicología organizacional, los cuales dan una mirada multidimensional al ser humano, permitiendo la creación de constructos como el factor psicosocial (Abello & Gallego, 2007) y socioeconómico (Rosental & Ludin, 1960), estos dos factores se exploran en este trabajo de investigación.

Según lo expuesto por la OMS, se considera una persona saludable, como aquella que se adapta al medio biológico y sociocultural, logra equilibrio psicodinámico con su entorno, y la satisfacción de sus necesidades y aspiraciones. Esta definición muestra a la salud mental como parte integral del concepto de salud (Organización Mundial de la Salud, 2004), además referencia a aquellas condiciones que se requieren tener presente para que se dé dicho estado de satisfacción y calidad de vida, evidenciándose dentro de esta definición el factor psicosocial, el cual contempla cómo el individuo responde a las necesidades del medio ambiente o del contexto donde interactúa interna o externa al hogar (universidad, empresa, etc) adaptándose o no a las transformaciones que se dan en su medio ambiente (como condiciones de vida, círculo social, tecnología, rupturas o uniones familiares entre otras), (Garavito & Verano, 2015).

El factor psicosocial tiene diferentes alcances, este constructo se entreteje en el presente trabajo de grado desde lo dicho por Serrano y Bravo (1998), quienes hablan de una construcción social de bienestar, en la que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y ambientales, permitiendo al ser humano la satisfacción de vivir, la posibilidad de adquirir recursos y de aportar a la sociedad. Esta definición, toma el área psicosocial desde la perspectiva comunitaria, que adquiere importancia en la medida que contempla la relación funcional entre el individuo y su ambiente. Maritza Montero (2003) en su libro *Teoría y práctica de la psicología comunitaria* menciona que; “el enfoque psicosocial comunitario incluye aspectos ligados a la salud mental y la salud comunitaria bajo la premisa de que, los problemas no son de carácter individual, sino que residen en las relaciones interpersonales, contextuales y sociales” (Jiménez, 2004, p. 138). La teoría social comunitaria fue tomada en cuenta en la construcción de herramientas de investigación en la fase de trabajo de campo y a su vez en la lectura, análisis y comprensión de los datos obtenidos, como un constructo teórico importante, el cual se esboza a continuación.

Al respecto, la OMS (2004) define la salud mental como: “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (p. 14). Dicha contribución, se da, por la participación necesaria del sujeto, como ser social que requiere vivir en comunidad.

Lo comunitario, constituye un marco de referencia crucial para la comprensión de los procesos relacionados con la salud mental, el engranaje entre salud mental y comunidad está dado, en la perspectiva del equilibrio que se da, entre la persona y la sociedad, representada en la forma comunitaria de convivencia, la cual es espontánea, estable, vital, de relaciones socio

afectivas, de carga emocional e involucra diferentes niveles como lo es la familia, el vecindario, las creencias, entre otros (Musitum, Herreno, Cantera, & Montenegro, 2004).

Otro aspecto que incide en la concepción de la salud y la salud mental es el factor socioeconómico, para Restrepo y Jaramillo (2012), “Desde la perspectiva del enfoque socioeconómico, lo mental se define dialécticamente a partir de la estrecha relación entre los individuos y las estructuras socioeconómicas, el ambiente material y la vida cultural” (p. 206).

En esta perspectiva socioeconómica se ha introducido el “modo de vida” como un determinante en los procesos de salud – enfermedad (Sen, 1.999). El estilo de vida y las condiciones de vida inciden en la salud del sujeto, no solo determinándose la salud por las decisiones, cogniciones y/o hábitos saludables de la persona, a su vez, por aquellas posibilidades con las que cuenta para tener una vida sana; es decir, según la perspectiva social, desde las bases de justicia social, para que se dé el “desarrollo como libertad para desplegar capacidades”, Amartya Sen (1.999) afirma la necesidad de darle un espacio a las capacidades, la cuales se entienden conforme a la unión de habilidades internas con las oportunidades que la sociedad ofrece para su despliegue, como lo es la participación política, la oportunidad de recibir educación, asistencia sanitaria básica, entre otras. Desde esta mirada se requiere justicia social, en la medida que no solo se cuenta con lo propio para el desarrollo integral del individuo, sino factores externos a él, como los son los condicionantes sociales y políticas.

Como se enuncia en los apartes anteriores, los factores psicosociales y socioeconómicos permiten analizar, determinar y describir el estado de salud mental de las personas, a su vez, en este caso en particular, la categoría de género seleccionada, se toma en razón de los múltiples roles de la mujer como: madre, ama de casa, esposa, aportante económica del hogar y como directora en algunas ocasiones del mismo, Ducci (2005) describe cómo el rol de la mujer está

relacionado en mayor proporción a la familia, sin demeritar los movimientos que surgen hoy en día de liberación femenina (Ducci, 2005).

En consecuencia, por su rol al interior del hogar, su salud mental repercute positiva o negativamente en los miembros de la misma, generando o debilitando estilos de vida saludables. La relevancia que se le da en el presente trabajo de grado de pensar en la mujer y su salud mental está dada también en la necesidad de prestarle atención a las alarmas que brindan los observatorios nacionales de salud mental que muestran cómo el tema de salud mental de las mujeres requiere ser tratado. Según los datos disponibles descritos en el Observatorio Nacional (2017) en la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015(ENSM), las mujeres han mostrado mayor conducta suicida que los hombres, tanto en ideación suicida como en intento de suicidio:

El Instituto Nacional de Salud reporta que entre la semana epidemiológica 1 a la 52 de 2016, se notificaron 18.910 casos de intento de suicidio, (Boletín epidemiológico No 52, INS), 62,7% de los casos registrados en el sexo femenino y 29,4% en el grupo de 15 a 19 años (MinSalud, 2017, p. 22).

En la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE Colombia 2014-2015, (citada en Ministerio de Salud y Protección Social, 2017) las mujeres reportan mayor prevalencia de abuso (físico, verbal o psicológico, abuso sexual y/o explotación financiera) y mayor deterioro cognitivo que los hombres.

En efecto, la mujer requiere ser tratada de manera justa, por esta razón han surgido diferentes movimientos que han concentrado su atención en el bienestar de la mujer, y este concepto de bienestar en palabras de Sen (1.999) se ha ido ampliando y se ha incorporado el papel activo de la agencia de las mujeres: “las mujeres han dejado de ser receptoras pasivas de la ayuda

destinada a mejorar su bienestar y son vistas, tanto por los hombres como por ellas mismas, como agentes activos de cambio” (p.233), aunque para Sen estos cambios se han ido dando, aún falta rectificar muchas desigualdades que no permiten el bienestar. Este autor expone cómo el asunto de derecho de igualdad y equidad se lleva a la realidad en la medida que las mujeres son responsables de decidir y actuar, como también, de asumir ese papel de compromiso con el presente y futuro de su vida que genere cambios.

Los dos elementos que se entrelazan para lograr un entendimiento sobre los derechos de la mujer, y que le permite ir en pro de su salud mental, se basa en el bienestar y la libertad, hablando de la libertad para comprar alimentos, en la posición de administradora de su vida misma y a la vez el voto que tiene dentro del hogar para la toma de decisiones por su aporte económico y de los beneficios que esto trae al interior del hogar en cuanto a la contribución de prosperidad a la familia (Sen, 1.999).

Teniendo en cuenta la teoría de desarrollo y libertad de Amartya Sen y sus aportes en la agencia de la mujer, el presente trabajo de grado encuentra coherencia en cómo va ligado el concepto de salud mental al bienestar integral, por tal motivo incorpora en su encuesta preguntas direccionadas a develar el factor psicosocial y socioeconómico en las mujeres, para recopilar información del bienestar o malestar de las mujeres, sus sufrimientos y/o privaciones, y a la vez la actuación de las mismas sobre el apoyo que ellas generan en el hogar con su aporte económico al mismo, también cómo influye su nivel de escolaridad, siendo partícipes o no de estudios académicos, y hasta qué nivel les fue posible llegar, recursos obtenidos por trabajo formal o no formal entre otras preguntas por aspectos que permiten no solo la supervivencia, sino un aporte a su salud mental.

Pensando en el bienestar integral de la mujer, se divisó también, el panorama que presenta Colombia en cuanto a la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres, en el que, el Concejo de Medellín en su acuerdo No 22 de 2003, acuerda:

Promover y consolidar los procesos de empoderamiento de las mujeres del Municipio de Medellín, en el ejercicio de la ciudadanía plena para el incremento de la gobernabilidad, la convivencia pacífica, la democracia incluyente y participativa, como condiciones para el desarrollo humano equitativo, sustentable y sostenible con énfasis en la educación, salud, empleo y derechos humanos (p. 1).

Teniendo en cuenta, la relación entre los determinantes en salud mental y los hallazgos encontrados fruto de investigaciones, quedan varios interrogantes respecto al estado de salud mental de las mujeres en el municipio de Medellín y en el Valle de Aburrá, no obstante, dar respuesta a tal asunto desbordaría los límites de esta investigación, por lo tanto, se hará una aproximación al mismo a través de la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los condicionantes psicosociales y socioeconómicas asociados a la salud mental de mujeres, en diferentes barrios de la ciudad de Medellín?

2. Justificación

El presente trabajo de investigación surge con el interés de saber cuáles son los condicionantes psicosociales y socioeconómicos asociados a la salud mental de mujeres, en diferentes barrios de la ciudad de Medellín, 2018-2019 (de acuerdo a los estratos socioeconómicos bajo, medio y alto), ya que, de acuerdo a la búsqueda bibliográfica, los estudios realizados han centrado su atención en la salud mental de la población en general o relacionándolo en la mayoría de los casos encontrados el concepto de salud mental con psicopatologías, más no se encuentran diferentes estudios que se concreten en la mujer en razón de su género y que circunscriban la salud mental a un estado de bienestar; en razón de lo anterior, se reconoce la necesidad de promover y realizar investigaciones específicas sobre la mujer y su salud mental en Medellín.

En este sentido, el trabajo de investigación hace un acercamiento a los factores psicosociales y/o socioeconómicos, a través de los cuales se busca concebir la salud mental bajo una mirada integral, ya que la mayoría de veces cuando se aborda la salud mental de la mujer se hace bajo la óptica de eventos emergentes, como lo son: el suicidio, la violencia intrafamiliar, el consumo de sustancias psicoactivas, entre otros. Como ejemplo de esto, se encuentra que la Organización Mundial de la Salud en su “Resumen analítico: Las mujeres y la salud” (2009), en su acápite de salud mental, centran su atención en el suicidio:

A nivel mundial, el suicidio es una de las causas principales de muerte en las mujeres entre los 20 y los 59 años de edad; en los países de ingresos bajos y medianos de la Región del Pacífico Occidental ocupa el segundo lugar. El comportamiento suicida es un grave problema de salud pública en las niñas y mujeres de todo el mundo (p. 3).

Aunque estos datos brindan información valiosa, dejan de lado un gran cúmulo de mujeres y realidades femeninas sin documentar.

La pertinencia social de este trabajo de investigación, se desarrolla en razón de cómo la salud mental de las mujeres es impactada por las condiciones socioeconómicas en las que se encuentra, en palabras de la OMS, se requiere la emancipación socioeconómica de la mujer para fomentar la salud de la misma, ya que las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo para la salud mental, como lo muestra los indicadores de pobreza (2018), por lo mencionado, esta condición socioeconómica es un eje a analizar, en la medida que se explora el factor socioeconómico asociado a la salud mental de las mujeres en diferentes barrios de Medellín.

A su vez, el enfoque social de la presente investigación da cuenta que, la salud mental es atravesada por el enfoque de género, desde esta perspectiva en la actualidad, existe una relevancia que se ha ido generando en el empoderamiento hacia la mujer gracias a la expansión de pensamientos de igualdad. En procura de esto, los tratados internacionales incluyen el tema de los derechos de las mujeres, y de forma consecuente en Colombia, por ejemplo, se cuenta con la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres, aprobada en septiembre de 2012 (como parte del Plan Nacional de Desarrollo-PND); esta se formuló con el objetivo reducir las brechas de desigualdad de género y con la pretensión de garantizar a la mujer una vida libre de violencias (Equidad de la Mujer, s.f.). La política Pública para las mujeres, en Medellín se orienta a las relaciones de equidad, aportando la participación de las mujeres, con el propósito de mejorar la condición y calidad de vida de las mismas; dentro de los objetivos específicos se encuentran algunos como lo son: el desarrollo institucional, consolidando en los municipios programas que aporten a la autonomía y toma de decisiones de las mujeres, en la educación, en proyectos educativos que promuevan la equidad de género, en el empleo, en generación de

oportunidades para las mujeres tanto a nivel rural como urbano y otra de ellas en el tema de salud, en asegurar una inclusión en la seguridad social, garantizando la salud integral, (Concejo de Medellín , 2003), en este apartado del acuerdo de la Política Pública, se hace hincapié en la salud mental de la mujer, es decir, es un tema que requiere ser atendido, trabajando en equipo con las mismas mujeres y organismos políticos, que se enfocan en garantizar los derechos humanos integrales e interdependientes de las mujeres, paso a paso más organismos nacionales, municipales y civiles se unen en la contribución para superar las brechas de género para las mujeres, y este trabajo sigue esta línea de pensamiento.

De acuerdo al Observatorio Asuntos de Mujer y Género de La Ceja, Antioquia, (2018), la equidad de género significa:

Tomar conciencia y transformar la posición de desigualdad y subordinación que las mujeres han vivenciado durante siglos, en relación con los hombres en la esfera familiar, económica, social, política, cultural y en la misma historia, teniendo presente las circunstancias de clase social, edad, etnicidad, orientación sexual o identificación religiosa que pueden agravar o acentuar estas desigualdades (p.7).

En otras palabras, la equidad de género envuelve la creación de acciones que generen una concientización de las causas que conciben las desigualdades entre géneros, para ello, tanto las acciones legislativas y normativas desde entes de gobierno apoyan a que este proceso de cambio en cuanto a la igualdad se genere y a su vez, estudios investigativos como el presente, permiten realizar aportes de exploración en el caso particular de la salud mental desde enfoque de género, visibilizando las particularidades psicosociales y socioeconómicas que se dan desde la perspectiva social que se ha creado en la historia y que repercute hoy en el hecho de “ser mujer”.

A nivel académico, este trabajo de grado busca volver tangible ciertos conceptos teóricos a partir de las realidades humanas, bajo la concepción socio comunitaria en salud mental, en la cual, el ser humano se desarrolla dentro de una complejidad multidimensional. Desde esta perspectiva la salud mental, da cuenta, de cómo el sujeto no depende sólo de sí mismo, sino que, es atravesado por un sin número de factores situacionales, como lo son: las interacciones sociales (el entorno familiar, laboral, académico, entre muchos otros); los factores ambientales, tales como: la economía, la educación, los valores, las normas que rigen a la sociedad de la cual hace parte entre otros. Todo lo anterior circunscribe y forma la estructura de pensar, actuar y sentir del sujeto. Finalmente, este trabajo permite a la estudiante desarrollar ciertas competencias básicas investigativas asociadas con la recolección de datos, análisis, síntesis y contraste de ideas.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general:

Explorar condicionantes psicosociales y socioeconómicos asociados a la salud mental de mujeres, en diferentes barrios de la ciudad de Medellín, 2018-2019.

3.2 Objetivos específicos:

1. Definir perfiles socioeconómicos y sociodemográficos de las mujeres participantes del estudio.
2. Conocer la calidad de vida de las mujeres participantes del estudio.
3. Indagar por la apreciación del estrés en mujeres participantes del estudio.
4. Definir niveles de ansiedad estado-rasgo en mujeres de las mujeres participantes del estudio.

4. Marco de referencia

En este apartado, se desarrolla las perspectivas conceptuales y teóricas que fundamentan el trabajo de investigación, el cual se enmarca desde la psicología social de la salud. Es importante tener en cuenta que esta investigación y la información recopilada es de cinco vertientes, enfoque biopsicosocial, enfoque diferencial de género, enfoque de determinantes de la salud, enfoque socioeconómico y el enfoque social comunitario, a la vez, recopila información institucional y normativa (OMS, OPS, legislación Colombiana – Ley de salud mental de 2013 y la política de salud mental de 2018) que permite la comprensión de las unidades de análisis y los esfuerzos que se han hecho para ir hacia la salud mental de la mujer.

La información recopilada para este trabajo en: tesis de grado, artículos de revista, libros y pinas web gubernamentales (como lo son Alcaldía de Medellín, Ministerio de protección social, Ministerio de Economía y Finanzas, entre otras), no son exclusivas del área psicología, en vista que la temática de salud y salud mental es un tema transdisciplinar y transectorial que requiere la creatividad colectiva para su desarrollo y un enfoque integral.

En vista que el eje central de este trabajo de investigación está dado en la exploración de aspectos psicosociales y socioeconómicos asociados a la salud mental de las mujeres en diferentes barrios de la ciudad de Medellín, es necesario plantear la perspectiva teórica de lo que se entenderá para este trabajo como salud mental, conocer qué se entiende por determinantes sociales en salud mental, las subcategorías que lo conforman y lo correspondiente al constructo de calidad de vida, estrés y ansiedad.

Las unidades de análisis bajo las cuales se estructura este trabajo son: 1. *La salud mental*, desde la perspectiva social, social comunitaria y el aspecto de calidad de vida desde la perspectiva de salud mental positiva 2. Los determinantes sociales de la salud, “reconociendo

que la salud depende no solo del acceso a servicios de salud de calidad, sino de múltiples factores causales concatenados” (Sáenz R. , 2015, p. 21), como lo son la condición *socioeconómica y sociodemográfica*, dentro de los cuales se enuncian las condiciones de vida de las personas, las características propias de la dinámica y estructura de la población, influyendo en mayor o menor proporción en la salud mental, 3. *Calidad de vida*, asociado con el bienestar integral, adopción y mantenimiento de estilos de vida saludable, 4. *Apreciación del estrés*, en cuanto a la percepción de afectación en relación a: a. salud, b. relaciones humanas, c. estilos de vida, d. asociación de asuntos laborales y económicos, 5. La definición, descripción y diferencia entre *ansiedad como rasgo* y *ansiedad como estado*, y por último, 6. *Antecedentes* encontrados en cuanto a los eventos psicosociales y socioeconómicos asociados a las mujeres.

4.1. Conceptualización y contextualización de salud mental

De acuerdo a la OMS la salud mental es parte integral de la salud, y está ligada íntimamente con la salud física y la conducta. La salud mental se define según el consenso por cada país, esta va ligada a los valores de dicho lugar, cultura, clase y género, no obstante, hay ciertos criterios universales cuando se habla de salud mental, como lo es “el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad”. (Organización Mundial de la Salud, 2004, p. 14).

La definición de salud mental desde la psicología positiva, se da desde las fortalezas y las emociones positivas, intentando comprender el bienestar y sus causas, pensando en el aumento de la calidad de vida de las personas (Hervás, Gomez, Rahona, & C., 2009, p. 16).

En palabras de Hervas, Gómez, Rahona y C (2009), los estados positivos son parte de la salud tanto física como psicológica, inclusive aportan en la recuperación de problemas físicos, esto indica para dichos autores, cómo el sentimiento positivo de sí mismo y el optimismo del futuro

actúan de motor para afrontar las dificultades del diario vivir, incluyendo hasta las situaciones que tienden a desbordar emocionalmente al sujeto, amenazando la propia existencia.

Para Hervas y Vásquez (2008) se hace necesario diferenciar la salud positiva de la negativa, en consecuencia, hablan de la salud positiva basándose en la definición dada por La Federación Mundial para la Salud Mental en 1962, en términos de “el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes” (p.18). El esfuerzo de pasar de una salud mental negativa a positiva (expresan los autores) ha sido compleja, en vista que, tanto la psicología como la medicina centran su intervención primaria en problemas emergentes, mas no en prácticas de prevención y promoción. En el presente trabajo se asumen varias visiones para definir lo que se entiende por salud mental, tomando la perspectiva social, psicología positiva, comunitaria y psicología de la salud como se expresa a continuación:

Una de las definiciones desde la psicología comunitaria expresadas por Tusquets y Murcia sobre la salud mental se encuentra en el texto de Rosentreter (1996), entendida como un proceso en el que individuo puede interrelacionarse satisfactoriamente con sus semejantes, conoce a profundidad el ambiente al cual hace parte para aportar de manera activa al mejoramiento del mismo, identifica su rol social específico y se empodera de él con el propósito de potenciar su personalidad, logrando solventar los conflictos que surgen en el tiempo, y se adapta de forma flexible al medio y a las interacciones que esto supone; la salud mental entonces, inserta la manera en que cada persona se relaciona con las actividades dadas en la comunidad, vislumbra la forma en que se armonizan sus deseos para enfrentar las demandas actuales.

Desde la perspectiva social, para Erich Fromm (Ubilla, 2009) el hombre desde temprana edad establece vínculo con otros, mostrando que es un ser social , que requiere vivir en sociedad; al vivir en sociedad, esta lo moldea en gran parte, incorporando para así costumbres y valores de la

misma, adaptándose a condiciones socioeconómicas y culturales para intentar satisfacer sus necesidades, en otras palabras, para Fromm el hombre y la sociedad forman una unidad, a su vez esta última ejerce influencia sobre el hombre, entonces, para hablar de salud mental, no es posible separar a la sociedad del hombre, además, identifica las necesidades básicas del hombre derivadas de su condición humana, entre ellas, está la necesidad de un marco de orientación o referencial, el cual se lo da la sociedad, pudiendo ser este inapropiado (salud o enfermedad mental) y de un objeto de entrega, refiriéndose a la felicidad o desgracia, es decir, calidad de vida, en la medida que tenga una meta que lo inspire a actuar (Macaya, Vyhmeister, & PArada, 2018); dentro del presente trabajo, el cuestionario realizado a las mujeres explora la calidad de vida desde el aspecto socioeconómico y psicosocial.

En el marco de la psicología de la salud, la salud mental se define de acuerdo a la relación de salud y enfermedad con variables predisponentes (ejemplo la personalidad), con factores cognitivos y las percepciones de riesgo o vulnerabilidad, tales como recursos sociales, , ambientales, socioculturales y demográficos como lo expresan Rodin y Salovey en el texto de Mebarak, De Castro, Salamanca, & Quintero (2009), para este trabajo de investigación es esencial los aspectos socioculturales y demográficos tales como edad, estrato socioeconómico y género, además ciertos factores cognitivos de la enfermedad que en el caso particular del presente trabajo, se realiza un acercamiento en las mujeres por medio del Cuestionario de ansiedad estado-rasgo y la escala de apreciación del estrés.

En Colombia según Rojas, Castaño, y Restrepo (2018) se ha adoptado ciertos lineamientos para promover el bienestar y aportar de manera positiva en el tema de salud mental, no obstante, la crisis en salud ha mostrado que aún es insuficiente la atención en dicho tema con respecto a la demanda:

La salud mental ha sido la cenicienta en las políticas públicas en el país. Con la Ley 100 de 1993 se señalaron los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral y calidad en la atención en salud. En 1998 se formuló la Política Nacional de Salud Mental, mediante la resolución 2358, cuya ejecución y cobertura fueron limitadas por falencias en el plan obligatorio de salud. (p.131)

Más adelante en el 2007, de acuerdo al engranaje de hechos que enuncian los autores antes mencionados, se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y declara la salud mental como prioridad, pero este no respondía a la necesidad de una atención integral, ante múltiples quejas, reclamos, de pacientes, profesionales de la salud entre otros, se suscita la promulgación de la Ley 1616 de 2013 (la ley de salud mental), en el que su objetivo era garantizar el ejercicio del derecho a la salud mental de los colombianos, enunciando que la salud mental es de prioridad nacional y es un derecho fundamental, a la vez se construye el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 que involucra la salud mental y la convivencia social como preponderantes. Ante todo, este panorama enunciado, se esperaba cambios dramáticos en el tema de salud mental, pero en palabras de Rojas y demás (2018) “las variables actitudinales, sociales y estructurales propias del sistema de salud, no dieron los frutos esperados” (p.132); es decir, la brecha entre la realidad y la norma es evidente.

En el año 2018 surge la Política Nacional de Salud Mental, al entenderse la depresión como la segunda enfermedad más recurrente en Colombia, en este documento se narra que la depresión no hace acepción de edad o sexo, y tiene preminencia en las mujeres, además de reestructurar la Política Integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas (Minsiterio de Salud y Protección Social, 2018).

En otro sentido, se hace necesario abordar las definiciones de perfil socioeconómico y sociodemográfico, desde el marco de los determinantes sociales en salud a nivel mundial, para luego centrar la atención en el caso particular de América Latina y Colombia.

4.2 Determinantes en salud social

Uno de los derechos fundamentales del ser humano es la salud, para el disfrute del mismo se hace necesario pensar en los factores que influyen en esta, como las desigualdades en salud, refiriéndose a las oportunidades y recursos relacionados con esta; en consecuencia, se estableció en el 2005 la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, dándole atención al abordaje de las inequidades en salud (entre ellas, las diferencias de salud por factores socioeconómicos), (Sáenz M., 2017).

Al respecto, para la OMS (2019) los determinantes sociales de la salud son:

Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. (Párr. 1)

Entendiendo lo anterior, la salud va más allá de un modelo biomédico, que conlleva estrategias y acciones de gobiernos y organismos sanitarios internacionales con una visión multidimensional: social, económica, política, entre otras (García & Vélez, 2013). En la lucha contra las inequidades en salud, en el caso de América Latina, la entidad que ha asumido la batuta es la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En el plan de acción, la OPS promueve el desarrollo de alianzas con diferentes sectores de la sociedad, a su vez, en Colombia El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 promueve “avanzar hacia la garantía del goce

efectivo del derecho a la salud y mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente" (p. 738); las estrategias que buscan abordar los DSS en Colombia, son dos: Red JUNTOS, y programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas PAPSIVI, la primera se enfoca en la superación de la pobreza extrema y las desigualdades sociales, la segunda, "busca restablecer las condiciones física, mentales y sociales de las víctimas de graves violaciones de los derechos humanos en el marco del conflicto armado" (p.738). Los retos en países latinoamericanos como lo es el caso de Colombia son muchos, pero los mayores son los problemas estructurales del sistema de salud de financiamiento y barreras de acceso a servicios, según lo menciona García y Vélez (2013).

Al mismo tiempo, uno de los desafíos para Colombia en este aspecto anteriormente citado es, generar un equilibrio entre los diversos grupos poblacionales que conforman el país, entendiendo que la salud es el resultado entre el individuo, la sociedad, y las condiciones de vida que presenta como antecedente para el logro de un mayor nivel de bienestar (Carmona & Parra, 2015).

En el presente trabajo se buscó explorar los perfiles socioeconómicos y sociodemográficos de las mujeres, en razón de la unidad que existe de la salud mental con dichos factores, como ejes necesarios a tomar en cuenta para el desarrollo sostenible de la salud.

El perfil sociodemográfico y socioeconómico dan cuenta de una caracterización que se realiza a la población para conocer las realidades situacionales de un grupo en particular, en palabras de Gallo, Meneses y Minotta (2014), "las caracterizaciones en las ciencias sociales permiten la posibilidad de comprender dinámicas, transformaciones, procesos de equilibrio y desestabilización en la configuración de una estructura colectiva"(p.362).

De acuerdo a lo esbozado por el diccionario virtual de Salud Pública UdeA (Universidad de Antioquia, s.f.), el perfil sociodemográfico de la población con la cual se realiza la investigación incluye la descripción de las características sociales, y demográficas del grupo a trabajar, tales como: grado de escolaridad, ingresos, lugar de residencia, composición familiar, estrato socioeconómico, estado civil, ocupación, edad, sexo entre otras preguntas (que se hizo al grupo de mujeres en el trabajo de campo) según las características propias de la población con la cual se realiza, permitiendo una ubicación del contexto social de los entrevistados para el análisis y comparación de los datos; en cuanto al perfil socioeconómico, Vera y Vera (2013) enuncian que “el nivel socio económico no es una característica física y fácilmente informable sino que se basa en la integración de distintos rasgos de las personas o sus hogares, cuya definición varía según países y momentos históricos” (p. 41), en otros términos, es la estructura del individuo como parte de un orden escalonado. En congruencia con estos autores, el nivel socioeconómico, junto con el sexo y la edad son los tres indicadores que componen cualquier estudio demográfico, que implica un trabajo en conjunto con el perfil demográfico y socioeconómico como se realiza en el presente trabajo; además, dentro del estatus socioeconómico de una persona o familia incluye tres aspectos básicos: ingresos económicos, nivel educativo y ocupación, a estos, se les puede sumar otros como realización de viajes, apoyo doméstico entre otros que “permite clasificar a la familia en tres grandes categorías: alto, medio y bajo” (p. 42).

Vera y Vera (2013) afirman que, según estudios realizados, un bajo nivel de ingresos y educación son indicadores de alerta, por la propensión de problemas de salud mental y física.

En razón de lo anterior, para hablar de calidad de vida, se hace necesario explorar en la población femenina los elementos sociodemográficos y socioeconómicos para el presente estudio, con el fin como lo diría Gallo, Meneses y Minotta de “caracterizar la población con el

intento de determinar las condiciones particulares que la distinguen en materia de estructura social, política y económica” (2014, p. 363).

4.3. Calidad de vida

El tema de calidad de vida se ha ido ampliando y transformando en el tiempo. En retrospectiva, después de la Segunda Guerra Mundial, se quiso conocer la percepción del estado de las personas, si estas contaban o no con una buena vida financiera; luego en los años sesentas se introducen investigaciones de calidad de vida por medio de información correspondiente al estado socioeconómico, nivel educativo, tipo de vivienda, entre otras (Urzúa & Caqueo, 2012), más adelante Levy, Anderson y Jasso (1980) enumeraron diversos componentes que propusieron las Naciones Unidas, los cuales son : 1. Salud, 2. Alimentación, 3. Educación, 4. Trabajo, 5. Vivienda, 6. Seguridad social, 7. Vestidos, 8. Ocio, 9. Derechos humanos; en su conjunto, los componentes mencionados abarcan la temática del constructo de calidad de vida, a la vez que se comprende cómo este concepto conlleva elementos objetivos y subjetivos, no solo al “nivel de vida”, sino a condiciones en las cuales viven las personas, sus necesidades y satisfacciones (Fadda & Jirón, 1999). Para la elaboración del trabajo de grado, se usó la alusión a calidad de vida dada por Levy y Anderson en 1980, citada por Nava (2010) donde se habla de la calidad de vida como “la composición de bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada individuo o grupo, la felicidad, satisfacción y recompensa” (p.2), además de lo expuesto por la OMS, para esta la calidad de vida es:

(...) la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones; Todo ello matizado, por su salud física, su estado psicológico, su

grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (Organización Mundial de la Salud, 1996, p. 385).

Para Amartya Sen la calidad de vida es el desarrollo sostenible de la población, “como un proceso de expansión de libertades reales que disfrutan los individuos” (Sen, 1.999, p. 19), es decir, que las personas puedan acceder a oportunidades económicas, a los servicios públicos, a una alimentación, a la vestimenta, al acompañamientos de Estados que apoyen y generen dicho crecimiento, mas no a la pobreza, a las privaciones sistémicas o “las restricciones de la libertad para participar en la vida social, política, económica de la comunidad” (p. 20).

Según Sen (1.999) los cinco tipos de libertades interconectadas, tales como: las libertades políticas, los servicios económicos, las garantías de transparencia, las oportunidades sociales, y la seguridad protectora permiten que crezca la capacidad general de una persona, en otras palabras, permiten una mejora en la calidad de vida.

4.4. Apreciación del estrés

Según informes de la Asociación Americana de Psicología (2019) el estrés afecta por igual las conductas saludables de adolescentes y adultos, dentro de ellas están: comer bien, ejercitarse y dormir bien, a su vez, en la actualidad hay preocupación por el impacto que el estrés presenta sobre la salud física y mental de dicha población.

En América Latina, el estrés también es un tema que requiere ser atendido, debido a que se ha considerado una epidemia de la vida laboral moderna, según lo expresa (Herrera, y otros, 2017).

El estrés de acuerdo a la enciclopedia medica Medlineplus indica que es “un sentimiento de tensión física o emocional; puede provenir de cualquier situación o pensamiento que conlleve a una actitud de frustración o nerviosismo” (EU, 2019), así mismo, comparte la importancia del

estrés en la medida que ayuda a evitar el peligro, pero reiterados episodios de estrés pueden generar daños en la salud.

Desde la psicología, el estrés se describe como una sensación de agobio, agotamiento, la cual no hace acepción de personas, en vista que afecta a personas de cualquier edad, sexo, género, y puede llegar hasta el punto de generar problemas físicos y psicológico, esta experiencia emocional molesta está acompañada de cambios biológicos, fisiológicos y conductuales; episodios leves de estrés permiten que el individuo reaccione al medio y se adapte a los cambios, el estrés constante, se puede convertir en crónico, adoptando conductas adversas a la salud como la ansiedad, además debilitando el sistema inmunológico, creando dolores musculares, presión alta, insomnio, problemas cardiacos, obesidad entre otras (Asociación Americana de Psicología, 2019).

En la actualidad, se ha considerado la posición expuesta por Selye en 1.956 de dos tipos de estrés: estrés saludable, llamado “eustress”, en contraposición, el estrés que induce a ciertas patologías llamado “distress”; en razón de lo anterior, cierto nivel de estrés se hace necesario para el desarrollo de las actividades de la vida diarias, que impulsan al individuo a la subsistencia, pero en altas proporciones son perjudiciales; aunado a esto, se encuentran los tres tipos de estresores expuestos por Sandín en el 2.003, llamados estresores sociales, los cuales son: sucesos vitales, estrés de rol y contrariedades cotidianas, para Sandín los estresores sociales no están ligados a los mecanismos de homeostasis, según lo menciona Ortega (2014).

Sandín (2003) comparte la necesidad de hablar sobre el enfoque social del estrés en vista que este se orienta a darle importancia a las condiciones sociales tales como: apoyo social, aspectos socioeconómicos, género, entre otros elementos que fueron tomados en cuenta en el cuestionario

creado para las mujeres, compartiendo la perspectiva de Sandín de las influencias sociales sobre la salud, y a la vez los estilos o hábitos de vida saludable.

De los tres estresores sociales encontramos que: El estrés por sucesos vitales se basa en los procesos producidos de acuerdo a la edad y con esta, los cambios en los roles que varían según la edad o responsabilidad (adolescencia, maternidad, etc.), por esto los sucesos vitales y el estrés de rol se combinan; a su vez el estrés crónico se enfoca en problemas o amenazas duraderas que las personas por lo general presentan en su diario vivir, algunos de estos estresores crónicos son por: sobrecarga de roles (indicando la excesiva demanda a las capacidades de la persona), conflictos interpersonales en conjunto de roles (los cuales se refieren a las dificultades que se suscitan entre las personas en roles complementarios) como por ejemplo entre esposos, cautividad de rol (es este sentido se habla del rol que la persona de manera inherente le corresponde, pero no lo quiere asumir) entre otros estresores crónicos vinculados al rol de tipo marital o labora, que demandan cercanía y duración de la relación interpersonal en el tiempo; aunque no todos los estresores crónicos están ligados a los roles (Sandín, 2003); por último se encuentra el estrés por sucesos menores, el cual Sandín llama estrés cotidiano de contrariedades o micro estresores, estos por ser habituales, pueden construir mayores fuentes de estrés que los sucesos vitales; “De este modo, podría afirmarse que es el impacto acumulativo de estos sucesos cotidianos lo que, en último término, debería tener una mayor significación y proximidad con la salud de las personas” (p.149).

Holmes, Rahe (1967) y Lazarus (1966) permiten una mirada al estrés de acuerdo al ciclo vital, en medio de actividades, desempeño de roles, vivencias, situaciones entre otros, en los que cabe resaltar cómo es la capacidad de afrontamiento del individuo y cuáles son las estrategias de este

para responder a las demandas del medio, de allí que se habla de *Apreciación del estrés*, de cómo el individuo recepciona la situación caótica.

Los sucesos vitales se definen según Holmes como cambios vitales, entre mayores cambios vitales, mayor probabilidad de presentar estrés, estos términos los uso Holmes para referirse al estrés social que se genera de acuerdo a los sucesos vitales por los que enfrenta el individuo, es decir, los reajustes en las actividades usuales o el nivel de cambio que se da por las experiencias objetivas tales como matrimonio, divorcio, pérdida del trabajo, pérdida de un amigo o violaciones a la ley, queriendo mostrar que el estrés se da por múltiples factores biológicos, sociales y psicológicos (Sandín, 2003).

Según Lazarus, los procesos cognitivos que aparecen ante una situación estresante son de relevancia en su teoría del estrés, en la medida que dan cuenta de cómo la persona ante un ambiente o una situación específica responde, además va ligada la reacción a su valoración de la misma, del impacto que genere el estresor ambiental y los recursos emocionales, sociales o culturales que posee la persona al enfrentarse al estresor; en dicha teoría para que se dé el fenómeno del estrés, se debe percibir un desbalance entre las demandas externas o internas y los recursos que están a disposición del sujeto para afrontarlas (Gomez, 2005).

De acuerdo al trabajo de campo realizado en el presente trabajo de investigación, se llevó a cabo la escala de apreciación del estrés (EAE), en el que su marco teórico del cuestionario se basa en los estudios realizados por Holmes, Lazarus y Rahe. En esta se evalúan situaciones que potencialmente generan estrés.

4.5. Ansiedad

La ansiedad es un estado emocional displacentero que se da con o sin una amenaza, la cual se puede considerar normal o anormal según como se expresa a continuación (Greist, 2014):

Un cierto grado de ansiedad es adaptativo y ayuda a las personas a prepararse, practicar y ensayar para mejorar su funcionamiento y en la toma de las precauciones apropiadas en situaciones potencialmente peligrosas. Sin embargo, más allá de un determinado nivel, la ansiedad provoca disfunción y una angustia excesiva. En ese momento, se trata de un problema mal adaptativo y se considera un trastorno (párr. 2).

Un factor importante que se debe tener en cuenta es el entorno para Buela, Guillén, & Seisdedos (2011), la sociedad del mundo globalizado y cambiante de la actualidad, tiene unas demandas sociales propias que siempre van en aumento, por lo tanto conceptos como estrés y ansiedad son ampliamente experimentados y reconocidos por la comunidad.

Según Spielberg, para definir la ansiedad de manera adecuada, se requiere tener en cuenta la diferencia entre la ansiedad como estado emocional y como estado de personalidad, de acuerdo a ello, se habla de la teoría de ansiedad estado-rasgo (Ries, Castañeda, Campos, & Del Castillo, 2012), en ella se describe, que la ansiedad – estado como su nombre lo indica es, un “estado emocional” inmediato, modificable en el tiempo, que se caracteriza por la mezcla de sentimientos, tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, que puede incluir cambios fisiológicos. A su vez, la ansiedad-rasgo, hace referencia a una característica de personalidad relativamente estable, que se percibe a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones.

La Ansiedad- estado, no es notoria de manera visible en la conducta, sino que se manifiesta por los cambios frecuentes en los aumentos de su estado de ansiedad, en cambio ansiedad como rasgo, cuando la persona presenta alto grado de ansiedad – rasgo, se percibe en más situaciones amenazantes, tendiendo a sufrir con mayor intensidad y frecuencia ansiedad – estado.

De acuerdo a Ríes, Castañeda y otros, la persona con ansiedad como estado buscará bajar el estado emocional irritante, usando sus habilidades de afrontamiento para enfrentar la situación amenazante y los mecanismos de defensa también harán parte del cuadro de afrontamiento.

En el trabajo de investigación realizado con las mujeres de Medellín en salud mental, se realizó el Cuestionario de ansiedad estado – rasgo o también llamado STAI por sus siglas en inglés, el cual evalúa la ansiedad en las dos perspectivas: como estado y como rasgo.

4.6. Antecedentes de investigación

De las búsquedas preliminares de este tema en Colombia, se encontraron algunos hechos que se repiten y se vuelven una constante, y que permiten observar algunos factores psicosociales y socioeconómicos de las mujeres:

4.6.1. Eventos en el factor psicosocial.

Dentro de los factores psicosociales, se encontró que la mujer actual presenta mayor estrés por varias causas entre ellas se resalta:

La suma de roles, debido a que en su búsqueda por autonomía, su deseo de ser competitiva en el campo laboral, y de aportar en la toma de decisiones en el hogar, ha adquirido nuevos roles, sin dejar otros; Aguirre y Martínez (2006) señalan que “el ingreso de la mujer al mercado de trabajo le ha exigido asumir un nuevo rol de carácter productivo, manteniendo el viejo rol de

cuidadora” (Citado en Alvarez & I., 2011, p. 92), esto crea cambios en su estado de ánimo y cansancio físico.

Otro evento recurrente que puede ser tomado en cuenta dentro del factor psicosocial es, *la violencia intrafamiliar, de pareja y sexual*; para este tipo de violencia, antes, no existía protección o actuación del Estado, debido a que se da en el fuero interno del hogar, actualmente la Ley consagra que las mujeres pueden denunciar los hechos violentos ocurridos dentro del hogar. No obstante, aún hay muchos casos que no se denuncian, por temor a que el agresor ataque con mayor violencia (Comisión de Verdad y Memoria de Mujeres Colombianas, 2013) y debido a que en la mayoría de los casos, el agresor es la pareja o expareja de la mujer (Palacio y Velez, 2017), esta violencia toma un carácter cíclico.

Aún con los esfuerzos que se hacen desde la normatividad para proteger a la mujer de abuso físico, en el 2014 según el Instituto Nacional de Medicina Legal “fueron asesinadas 1.007 mujeres, se registraron 37.881 casos de violencia contra las mujeres en el ámbito de la pareja y 16.088 casos de violencia sexual fueron contra mujeres, el 86% del total de las víctimas de este delito”. (ONU Mujeres Colombia, s.f., párr. 5). A su vez, las mujeres en Colombia presentan un mayor porcentaje de violencia intrafamiliar, de pareja e interpersonal en los hogares a comparación de los hombres según los datos registrados en el 2018 por el Instituto Nacional de Medicina Legal:

Es importante recalcar que, en los tres tipos de violencia intrafamiliar, la mujer es la principal víctima. En algunos casos, este comportamiento violento es aceptado socialmente; esto puede deberse a la dependencia económica de la mujer, bajo nivel educativo, el deseo de “mantener una familia unida”, entre otras variables (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2019, p. 190).

Las mujeres en Colombia también se enfrentan a otro tipo de violencias, como lo es *la violencia por la guerra*, en el caso de las mujeres, se puede observar en dos vías; física y simbólica:

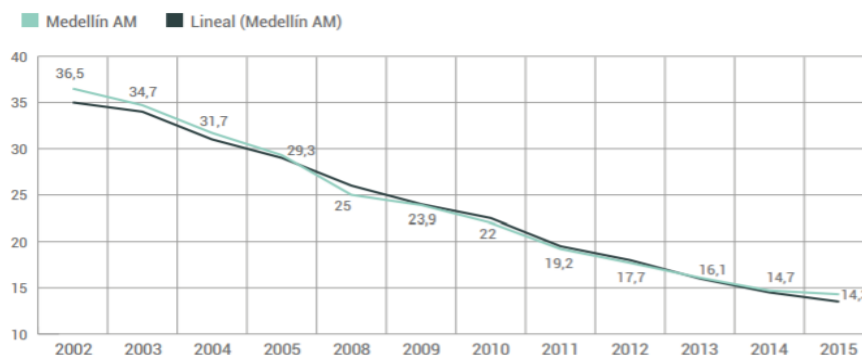
La violencia deshumaniza a las personas de dos modos: la violencia física las convierte en objetos que se pueden destruir; la violencia simbólica les priva de palabra original y propia. Violencia física y simbólica se aúnan reforzando sus efectos: la violencia directa impone el miedo a hablar, la ausencia de palabra confirma la cosificación (Comisión de Verdad y Memoria de Mujeres Colombianas, 2013).

Frente a estos hechos de violencia, las mujeres como factor protector, se han permitido la narración de sus historias de vida, para ser recopiladas en diferentes investigaciones y/o como parte de grupos de apoyo. Esta verbalización constante de las situaciones no gratas, les han permitido ingresar en un proceso de resiliencia, es decir, “las narrativas han dado la posibilidad de apoyo y transformación emocional” (Martinez, 2018, p. 146).

4.6.2. Eventos en el factor socioeconómico

Para los datos relacionados con el factor social y económico que influyen en la salud mental de la mujer, se tomó como referencia el Perfil Socioeconómico de Medellín y del Valle del Aburrá (2011) realizado por la Cámara de Comercio del Valle del Aburrá, en él se encontró que las condiciones de vida de la población en general han mejorado. En la gráfica siguiente se muestra la evolución de la pobreza monetaria para el Valle de Aburrá durante la última década, con una reducción de más de veinte puntos en dicho indicador, de 36.5 a 14.3 (p. 9-10).

1. Gráfico. Incidencia de Pobreza monetaria, Medellín, 2002 - 2015

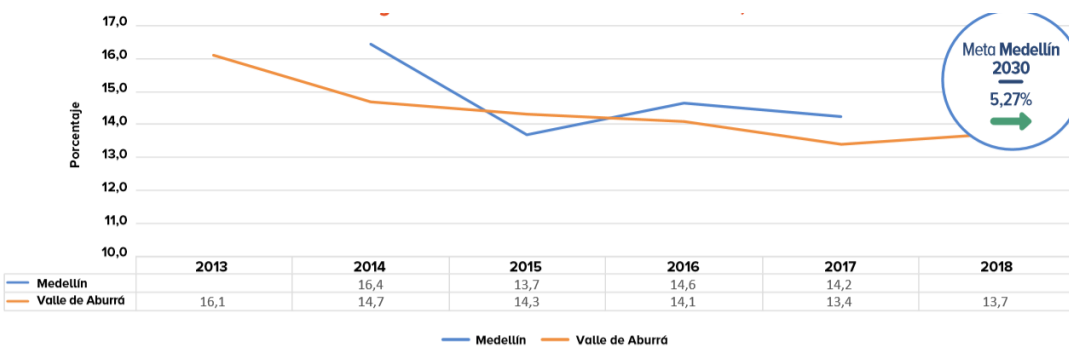


Fuente: Tomado de Cámara de Comercio con base en cifras del DANE 2015, p.10.

En el informe de la Cámara de Comercio no se hallaron datos específicos sobre las condiciones de vida de las mujeres.

Siguiendo informes más recientes, en cuanto a la pobreza y la desigualdad como ejes transversales, han mostrado un cambio en los últimos resultados en el informe de calidad de vida, 2018, como se muestra a continuación:

2. Gráfico. Medellín y Valle de Aburra: pobreza monetaria, 2013 – 2018.

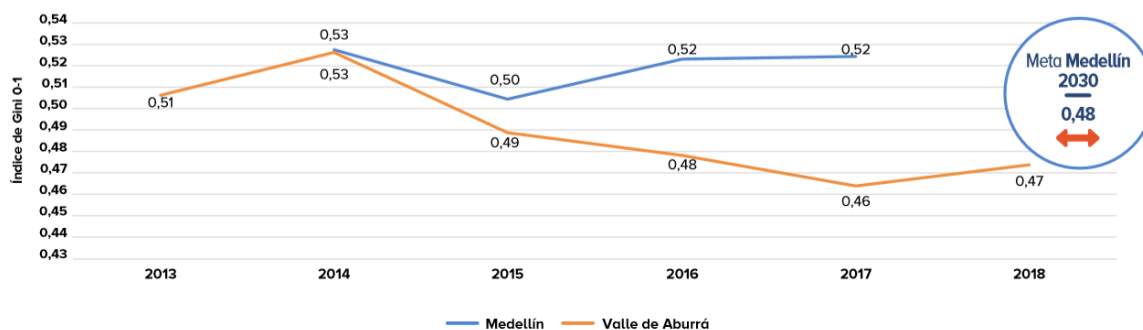


Fuente: Tomado del DANE para Valle de Aburra y Subdirección de Información para Medellín.

Al respecto, la pobreza monetaria como indicador de bienestar hace referencia a “la insuficiencia de recursos monetarios para adquirir una canasta de consumo mínima aceptable socialmente” (Ministerio de Economía y Finanzas, 2001), en el caso de Medellín y Valle de Aburrá, crece justo lo necesario para alcanzar la meta de los ODS, 2030; ahora bien, en el caso

de la desigualdad, la siguiente tabla muestra que crece menos de lo necesario para alcanzar la meta, es decir, se requiere realizar reajustes en las acciones, ya que se evidencia desigualdad en la renta y la distribución de la riqueza:

3. Gráfico. Medellín y Valle de Aburrá: Índice de Gini, 2013 – 2018.



Fuente: Tomado del Informe de calidad de Medellín, 2018, p. 18.

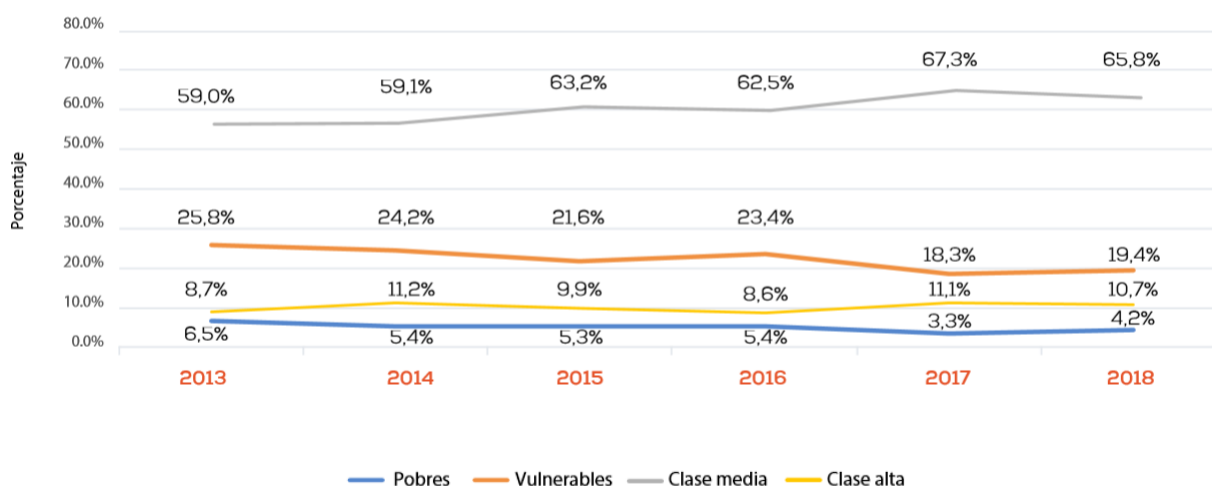
Erradicar la pobreza hace parte de los ítems con más preponderancia a trabajar en los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), seguido de los temas de “hambre cero”, “salud y bienestar”, entre otros. De acuerdo a “Medellín Cómo Vamos”, la cual es una alianza interinstitucional privada, encargada de hacer seguimiento y evaluación de la calidad de vida en la ciudad, presentó informe de calidad de vida de Medellín, 2018 (Restrepo, Meneses, Gonzalez, & Garay, 2006), tomando parte de los indicadores de los ODS para desarrollar el informe.

El 31 de diciembre de 2018 se realizó el corte para presentar los resultados, los cuales fueron publicados el 20 de junio de 2019, en el que se constata la evolución de la calidad de vida en Medellín. Este informe para el presente trabajo de grado es de importancia en la medida que expresa de acuerdo al análisis cómo se ha ido avanzando en ciertos aspectos para lograr varios componentes de la calidad de vida que inciden en la salud mental de las mujeres, aunque el tema de los resultados no se centra en las mujeres, sino que habla de manera global de la población,

permite ver alertas o ganancias obtenidas en la perspectiva especialmente en el desarrollo económico (pobreza).

Según las clases sociales, con respecto al nivel de ingresos entre 2013 y 2018, en el Valle de Aburrá se ha incrementado la clase media, y la proporción de población vulnerable (dentro de este grupo están las mujeres) presenta menor proporción luego de Bogotá.

4. Gráfico. Medellín y Valle de Aburra: clases sociales de acuerdo con el nivel de ingresos, 2013 – 2018.



Fuente: Medellín Como Vamos, Informe de calidad de vida, 2018, p. 9.

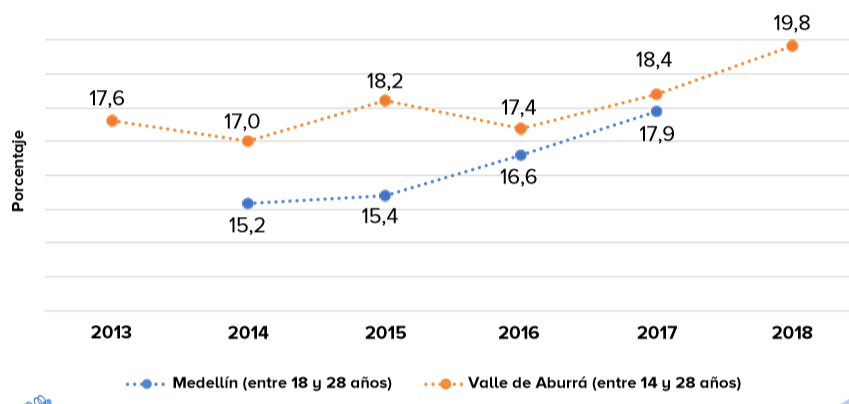
Por otra parte, se encuentra que en educación, las mujeres presentan mayor participación en programas educativos, en relación al sexo masculino. (ONU Mujeres Colombia, s.f.), esto las favorece, en la medida que se encuentran más mujeres capacitadas, no obstante, la repercusión del aumento en educación en la mujer en el ámbito laboral y ejercicio profesional, no es favorable, ya que las mujeres presentan desventajas salariales y laborales (acoso laboral). En Colombia de acuerdo al DANE, las mujeres ocupan el 41% de los trabajadores de planta, y en cargos de mando, administrativos y de gerencia solo el 34%; “Según la CEPAL, se afirma que,

en países como Colombia, de 48,6 horas laboradas, a las mujeres se les paga 19,5 de estas, mientras que los hombres reciben pago por 40,3 de estas horas” (Avila, Sept 2 de 2016). Estos datos demuestran cómo el acceso de las mujeres al empleo formal y su participación en el mercado laboral, continúa siendo bajo en relación al sexo masculino, y de igual manera sigue la constante de la brecha salarial entre hombres y mujeres.

Avila (2016) basándose en el pronóstico de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), afirma que el lapso de tiempo para lograr una igualdad salarial hombre-mujer, a nivel global está en aproximadamente 71 años, en el caso de Colombia, la equiparación podría estar más lejana, por la poca participación de la mujer en materia legal para el establecimiento de derechos que impidan la discriminación laboral, de manera directa esta desigualdad en el campo laboral y las diferencias salariales dan como resultado un panorama poco alentador con respecto al factor socioeconómico en las mujeres de Medellín.

En cuanto al empleo, lo cual se considera uno de los activos de las personas, el informe de calidad de vida de Medellín, 2018, muestra que las mujeres jóvenes presentan mayor tasa de desempleo, en comparación con los hombres:

5. Gráfico. Medellín y Valle de Aburrá: tasa de desempleo juvenil, 2013 – 2018.



Fuente: Medellín Como Vamos, Informe de calidad de vida, 2018, p. 39.

De acuerdo a estos resultados, uno de los retos para Medellín según el informe es mejorar las condiciones de empleabilidad de mujeres jóvenes como grupo vulnerable (Restrepo, Meneses, Gonzalez, & Garay, 2006, p. 40).

Por otra parte, frente a las desigualdades económicas surgen entidades benefactoras cuyo objetivo es brindar apoyo económico y trato preferencial a la mujer. La evidente desigualdad de la mujer y su dificultad para generar ingresos, versus la necesidad de solventar económicamente su familia, ha sido motivo de inspiración para ONGs y otro tipo de entidades que han desarrollado dentro de sus objetivos facilitar recursos financieros, de emprendimiento, capacitación, entre otros, en el que una condición per se, es ser de género femenino, o en otros casos, ser mujer y cabeza de hogar. En otras palabras la evidente desigualdad se convierte en motor para que otras personas o grupos brinden apoyo a este género (Fundación de la mujer, 2013).

En virtud de la descripción hecha respecto al contexto psicosocial y socioeconómico de las mujeres, se observa cómo ellas se han adaptado a las condiciones de vida, siendo resilientes en diferentes ámbitos.

Aunque en el acápite anterior se han ofrecido algunos datos y cifras estadísticas, a continuación, se presentarán los hallazgos académicos que hay en relación al asunto que convoca esta investigación, para lo cual se realizó una búsqueda en las bases de datos bibliográficas de la Universidad de Antioquia, google y google académico. Se utilizaron las siguientes palabras claves: “La mujer y salud mental”, “la depresión”, “la tristeza”, “la violencia intrafamiliar”, “la violencia en grupos armados”; “la vulnerabilidad psicológica”, “la resiliencia”, “las deficiencias en salud mental”, “el suicidio”, “el daño psicosocial”, “el trabajo”, “la mujer y su rol en la sociedad”, “la estabilidad emocional”, “salud psicológica”, “la guerra en Colombia”, “conflicto

armado en Antioquia y en Medellín” y otras oraciones como: “las mujeres en Medellín”, “mujeres maltratadas”, “mujeres víctimas de abuso sexual”, “jefatura femenina”, “la mujer en la actualidad”, “condiciones de vida de la mujer”, “la mujer como arma de guerra” y “feminicidio”. Se ubicaron en su mayoría artículos de revista, de los cuales se encontraron por lo general están relacionados con el tema de salud mental con psicopatologías.

Después de realizar las lecturas, se concluyó que el contenido de los artículos se podía agrupar bajo cuatro categorías:

1. *Generalidades de la salud mental y la mujer.*
2. *La mujer y violencia de género.*
3. *La mujer y la violencia sociopolítica en el proceso de paz.*
4. *La mujer y condiciones de vida favorable.*

Se hallaron como generalidades que, al ser investigaciones en ciencias sociales de manera recurrente son de fuentes primarias, y en su mayoría las investigaciones sobre salud mental y la mujer, son de enfoque cualitativo en las cuales se condensan relatos de vida, en las que se describe lo cotidiano; y se resalta la perspectiva del sujeto investigado, como intento de leer los ejes psicosocial y socioeconómico desde el sujeto mismo.

En la primera categoría 1) *Generalidades de la salud mental y la mujer*: se abordan los cambios que ha tenido la mujer, y cómo es y está la mujer en la actualidad a nivel integral. Sáenz (2017) en el artículo “Salud mental, género e igualdad” enuncia, cómo hay una mayor probabilidad de vulnerabilidad en el género femenino ante el deterioro de la salud mental, por los roles a los cuales requiere responder, haciéndola propensa a una mayor carga emocional.

A esto, Ochoa & Cruz (2014), en su artículo “Depresión en la mujer: ¿expresión de la realidad Actual?”, ejemplifican cómo la mujer al afrontar ciertas etapas del ciclo de vida, asumen mayor responsabilidad y desgaste psicofísico; fases como: ser madres, esposas, amas de casa, entre otras.

De acuerdo a González, y otros (2016) en “Interferencia de la tecnología en las Relaciones de pareja y su impacto en la Salud mental de la mujer puertorriqueña” y Ducci (2005) en su artículo “La salud mental de las mujeres”, las mujeres perciben y responden a las inconsistencias y falencias en la comunicación de pareja o en las relaciones de familia de una manera emocional; y como consecuencia de esto la mujer presenta menor satisfacción en la relación de pareja, menor florecimiento, menor satisfacción con la vida, menor autoestima y mayores síntomas asociados a depresión, ansiedad y estrés.

En el caso de las amas de casa; el estar ligadas a un espacio físico único (el hogar), en la etapa de formación de sus hijos genera: percepción de aislamiento, dependencia del hombre y carga emocional (Ducci, 2005).

Las investigaciones dan a comprender cómo la mujer de este siglo adquiere nuevos roles en la sociedad y en la familia, en busca de la igualdad de género, como el producir recursos para su hogar, no obstante, aunque asume nuevas funciones, no comparte con otros miembros del hogar las otras funciones “propias”. Por lo que la independencia o la voz en la toma de decisiones ganada en el hogar es, a un alto a un precio de salud física y mental (Sáenz, 2017).

Otra generalidad mostrada por Cardoso, Zavala, & Alva, (2017), en su artículo “Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias” es, la prevalencia en las mujeres de presentar cuadros depresivos, por la presencia de síntomas clínicos

de estrés, sugiriendo alteraciones emocionales propias de los pasos por ciertas circunstancias normales adheridas a los roles femeninos, tales como: Depresión prenatal, depresión post parto, cambios hormonales mensuales, formación de los hijos entre otros.

En la temática 2) *La mujer y violencia de género*: se refiere a la violencia en cualquiera de sus formas; la cual aparece como indicador de irrupción en salud mental en la mujer, por eso al hablar de violencia, se abre un panorama muy grande.

El fenómeno de la violencia se presenta de muchas maneras, conforme Antunes & Montalbán (2017), en su artículo “Jardín de historias: Releer la violencia hacia la mujer en una favela carioca”, está se presenta con uso de fuerza, intimidación, abuso de poder, amenazas, entre otras. Según expresa el artículo, en los países occidentales, la violencia contra la mujer se considera un problema social que requiere atención.

Ahora bien, si se asume a la mujer como víctima y al hombre como victimario, se encuentran diversos estudios que corroboran la violencia física como predominante, toda vez que, en un principio la violencia psicológica no se tomaba bajo el concepto de violencia, así lo expresa Londoño, y otros (2014).

De acuerdo a la investigación “¿Qué factores se asocian a la Violencia psicológica doméstica? Análisis del último decenio de la ENDES de Alarcón y Ortiz” (2017), en el caso de la violencia doméstica: la separación, embriaguez frecuente de la pareja y casarse por primera vez en edad adolescente, aumenta la probabilidad en la mujer de ser víctima.

A su vez, los resultados de la investigación “Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social” de Buesa y Calveti (2013), muestran lo relevante del apoyo informal por parte de las figuras significativas cercanas, que hacen parte

de la red de apoyo de la mujer. Además, se halló que, el hablar y solicitar ayuda a esta red de apoyo genera un impacto positivo.

De los ocho artículos encuadrados en esta temática, solo se encontraron 3 pertenecientes demográficamente a Colombia; uno se circunscribe a todo el territorio colombiano, otro tiene como lugar de estudio la ciudad de Bogotá con la investigación “Abordar la violencia contra las mujeres desde una perspectiva integral” (Palacios & Vélez, 2017) y un tercero se realizó en Cali, Pasto y Cartagena (Londoño, y otros, 2014).

Lo anterior evidencia que en Colombia este tema requiere ser trabajado con mayor profundidad, más aún en Medellín y el Valle de Aburrá.

Según Londoño, y otros (2014) y Palacios & Vélez (2017), las afectaciones por la violencia en contra de las mujeres son múltiples y el tipo de violencia más recurrente es la violencia física, la cual inicia con violencia psicológica.

Un hallazgo importante a tomar en cuenta es que hasta el 2012 Medicina Legal inició los estudios con estadísticas para evidenciar la violencia de género. Hoy en día se cuenta con información de violencia de género, en constante actualización, pero no se es posible retomar información anterior a la fecha por Medicina legal (Palacios & Vélez, 2017).

En la tercera categoría se hallan investigaciones pertenecientes a 3) *La mujer y la violencia sociopolítica en el proceso de paz*, se le asignó ese nombre de acuerdo a los títulos de los artículos encontrados, dos en la ciudad de Medellín llamados “Roles de género y salud en mujeres desplazadas por la violencia en Medellín” de Posada, Mendoza, Orozco, Restrepo, & S (2017), e “Impactos psicosociales, económicos, ambientales, de género y culturales generados por el conflicto armado en la ciudad de Medellín” por Madrid (2015); a su vez dos fueron

realizados en Colombia; “Acción psicosocial con mujeres víctimas de Violencia sociopolítica en Colombia” (Martinez, 2018) y “La vulnerabilidad de la mujer en la guerra y su papel en el posconflicto” (Andrade, Alvis, Jimenez, Redondo, & Rodriguez, 2016); y por último se rastreó un artículo de Perú “La mujer y el impacto diferenciado de la violencia en el contexto del conflicto armado interno peruano” (Canchari, 2016).

Como idea compartida en los textos de Colombia y Medellín, se habla de cómo la situación en sí misma de violencia, deja en exposición a la mujer en su integridad física y emocional (Posada, Mendoza, Orozco, Restrepo, & S., 2017), se afirma que, vivir en un contexto de guerra tiene efectos permanentes en la salud mental de las mujeres, por los desplazamientos forzados, el hostigamiento sexual y psicológico, entre otros (Andrade, Alvis, Jimenez, Redondo, & Rodriguez, 2016 y Madrid, 2015). Los trabajos que se encontraron en esta categoría en su totalidad, se realizaron con una metodología cualitativa a partir de revisiones bibliográficas.

Por último, se encuentra 4) *La mujer y condiciones de vida favorable*: De los artículos registrados con esta temática, dos son de Colombia: “Comprensión del bienestar desde las experiencias socioeconómicas de un grupo de mujeres desplazadas por la violencia sociopolítica en la ciudad de Barranquilla” (Reales & Macias, 2017) y otro en la ciudad de Bogotá, “Mujeres subcontratadas por intermediación y salud mental, (Huertas, 2013). De estos estudios se puede extractar la importancia del núcleo familiar para la mujer (en especial los hijos) y cómo esto, puede ser generador de resiliencia, en vista de que fortalece ciertos factores pertenecientes en la salud mental, además, según Reales y Macías (2017), reconstruir el proyecto de vida personal fortalece el bienestar psicológico asociado a la auto aceptación, crecimiento personal y relaciones positivas con otros.

5. Diseño metodológico

5.1 Tipo y alcance de estudio

El presente estudio es de corte cuantitativo, el cual pretende explorar una realidad social vista desde una perspectiva externa y objetiva, con un alcance transeccional descriptivo, no experimental. La investigación de diseño transeccional tiene como propósito presentar un panorama del estado de una o más variables en un grupo de personas en un determinado momento, se basa entonces en la recolección de datos sobre sucesos ya dados.

Dzul, M, (2010) define el diseño no experimental como aquel fundamentado en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto sin la intervención directa del investigador en las variables estudiadas.

Según Monje (2011) la investigación descriptiva como su mismo nombre lo indica, describe de manera sistemática las características de una población, situación o área, es decir, explica lo que es, dentro de sus características, su objetivo es, describir situaciones o acontecimientos, mas no la comprobación o contraste de hipótesis, además, el autor indica cómo la encuesta se convierte en una de las herramientas principales para la recolección de datos en este tipo de investigación. De forma consecuente, para la consecución de datos, en el tema de salud mental en las mujeres de Medellín pretendido en este estudio, se diseñó una encuesta, que aborda las situaciones y factores que repercuten en la salud mental de las mismas.

Así mismo, Monje (2011) enlista 4 etapas en la investigación descriptiva, las cuales son: definir las características que se desean describir de manera precisa, detallar cómo se realizarán las observaciones, tomando en cuenta las técnicas de observación, y la capacitación para los recolectores de la información, seguido de esto, recolectar los datos con una prueba piloto antes para corregir posibles errores y por último informar los resultados.

Algunas de las características de la investigación cuantitativa, son: la delimitación del fenómeno aun a pesar de estar en evolución, la construcción de un marco teórico, teniendo en cuenta la investigación realizada previamente por el investigador, la recolección de los datos afirmada en la medición, siendo este producto de mediciones que se analizan posteriormente con métodos estadísticos (Hernandez, 2014).

5.2 Población y muestra

En Medellín, según el perfil demográfico 2016 – 2020 de Medellín (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2015) hay 2.549.537 habitantes, de los cuales 1.197.836 son hombres y 1.351.701 son mujeres. La población para este estudio corresponde a mujeres entre 18 y 60 años de diferentes barrios de la ciudad de Medellín, que según este perfil, se acercan¹ a 951.718 mujeres (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de mujeres en Medellín por rangos de edad

Rangos de Edad	Número de mujeres
15-19	81.026
20-24	90.329
25-29	100.246
30-34	106.318
35-39	101.036
40-44	91.085
45-49	87.608
50-54	103.754
55-59	103.786
60-64	86.530
15-64	951.718

Fuente: Contrato interadministrativo N°4600043606 Municipio de Medellín – EMTELCO, proyecciones de población realizadas por el Demógrafo Edgar Sardi. Medellín, 2015.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, a partir del cual se estableció como muestra 108 mujeres jóvenes y adultas con las características antes mencionadas. Las

¹ Se expresa en términos aproximados, dado que para este estudio no se consideraron mujeres de 15 -19, ni 64 años en adelante.

encuestas se realizaron así: 35 de estrato bajo (1 y 2); 39 de estrato medio (3 y 4) y 34 de estrato alto (5 y 6). La Tabla 1 relaciona el número de participantes de acuerdo a su edad y a su estrato socio económico.

Tabla 2. Distribución de la muestra según edad y estrato

Edad/Estrato	1-2	3-4	5-6	Totales
18-25	8	3	3	14
26-35	11	17	5	33
36-45	9	10	11	30
46-60	7	9	14	30
Totales	35	39	34	108

Fuente: creación propia de la investigadora con base en los datos recolectados.

5.3 Variables

Las variables tomadas en cuenta en el presente estudio son algunas de las realidades que las mujeres enfrentan hoy día y se definieron a partir de los objetivos de esta investigación. Estas son: 1) Perfil socioeconómico y sociodemográfico 2) Calidad de vida, 3) Apreciación del estrés, y, por último, 4) La ansiedad como rasgo y ansiedad como estado. La tabla 3, relaciona los objetivos de esta investigación con sus respectivas dimensiones y variables.

Tabla 3. Interdependencias de variables

Objetivo general: Explorar condicionantes psicosociales y socioeconómicos asociados a la salud mental de mujeres en diferentes barrios de la ciudad de Medellín, 2018-2019.		
Objetivos específicos	Dimensiones	VARIABLES
Definir perfiles socioeconómicos y sociodemográficos de las mujeres participantes del estudio	Perfiles socioeconómicos y sociodemográficos	Edad
		Estado civil
		Estrato socioeconómico de la vivienda
		Número de hijos
		Tipo de vivienda
		Escolaridad
		Salario devengado
		Tipo de empleo
		Porcentaje de responsabilidad económica
		Tipo de régimen de salud
Conocer la calidad de vida de las mujeres participantes del estudio	Calidad de vida	Afiliación a ARL
		Medio de comunicación de mayor uso
		Participación en servicios relacionados al bienestar psicológico, físico o espiritual
		Percepción ejercicio físico en tiempo libre
		Percepción violencia último mes
		Percepción de afectación o no de participación en actividades sociales habituales a causa de problemas de salud o emocionales
Indagar por la apreciación del estrés en mujeres participantes del estudio.	Apreciación del estrés	Percepción de afección en temas de salud
		Percepción de afección en temas de relaciones humanas
		Percepción de afección en temas asociados a los estilos de vida
Definir niveles de ansiedad estado-rasgo en mujeres participantes del estudio	Ansiedad estado-rasgo	Ansiedad rasgo
		Ansiedad estado

Fuente: creación propia de la investigadora

5.4 Instrumentos de recolección información

Para explorar los condicionantes psicosociales y socioeconómicos asociados a la salud mental de mujeres en la ciudad de Medellín, se utilizó como instrumento para la recolección de la información un cuestionario que consta de 3 partes: primera parte de información general (con preguntas de información socioeconómica, sociodemográfica y de calidad de vida), escala de

apreciación del estrés (EAE) y el cuestionario de ansiedad estado (STAI A) y ansiedad rasgo (STAI R) con respuestas cerradas, es decir, respuestas ya pre establecidas de selección múltiple con única respuesta.

Se esboza a continuación un cuadro de relación entre las dimensiones exploradas, las variables y los respectivos instrumentos:

Tabla 4. Relación variables e instrumentos

Variables	Instrumento
Edad Estado Civil Estrato socio económico de la vivienda Número de hijos Tipo de vivienda Escolaridad Salario devengado Tipo de empleo Porcentaje de responsabilidad económica Tipo de régimen de salud Afilación a ARL	Cuestionario
Medio de comunicación de mayor uso Participación en servicios relacionados al bienestar psicológico, físico o espiritual Percepción ejercicio físico en tiempo libre Percepción de violencia último mes Percepción de afectación o no de participación en actividades sociales habituales a causa de problemas de salud o emocionales	Cuestionario
Percepción de afección en temas de salud Percepción de afección en temas asociados a los estilos de vida Percepción de afección en temas de relaciones humanas	STAI
Ansiedad estado Ansiedad rasgo	EAE

Fuente: creación propia de la investigadora

El cuestionario por definición es un instrumento estandarizado, utilizado para la recolección de datos en investigaciones cuantitativas; según Meneses (2006):

Esta herramienta permite al científico social plantear un conjunto de preguntas para recoger información estructurada sobre una muestra de personas, utilizando el tratamiento cuantitativo y agregado de las respuestas para describir la población a la que pertenecen o contrastar estadísticamente algunas relaciones entre variables de su interés. (p. 9)

En la presente investigación se usaron dos pruebas psicométricas (EAE y STAI), la prueba de apreciación del estrés (EAE), consta de cuatro escalas independientes: Escala General de estrés (EAE G), Escala de Estrés Socio-Laboral (EAE S); Escala de acontecimientos estresantes en ancianos (EAE A) y Escala de Conducción (EAE C), en esta investigación se aplicó la EAE G.

La prueba psicométrica EAE se seleccionó para trabajar la escala general de estrés. Esta es una batería que ha sido diseñada para conocer el peso de los diferentes acontecimientos en la vida de los individuos, por medio de esta prueba se conoce el número de dichos acontecimientos estresantes presentes y pasados, además de la intensidad con que se vive o vivió dicho acontecimiento; la escala cuenta con 53 elementos distribuidos en cuatro grandes temáticas, tales son, salud, relaciones humanas, estilo de vida y asuntos laborales y económicos (Seara & Mielgo, 2006).

En el caso del STAI, la finalidad de la aplicación a las mujeres fue indagar por el fenómeno de la ansiedad en diversos ámbitos y contextos, tanto en personas jóvenes como adultas. Este consta de 39 ítems que de manera entrelazada (con escala directa e indirecta mezclada) tejen una matriz que da cuenta de ansiedad como estado y otros de ansiedad como rasgo.

Para la recolección de la información socioeconómica, demográfica y de calidad de vida, se construyó un cuestionario con los ítems que se encontraron necesarios. El cuestionario se realizó de autoadministración con explicación previa, de forma presencial (visita domiciliaria) y por correo electrónico.

El cuestionario se construyó utilizando la herramienta de formularios de google drive, el cual contenía por acápite, las pruebas ya mencionadas y el cuestionario de creación propia. La aplicación promedio del cuestionario fue de 75 minutos.

5.5 Procedimiento

Se realizó un acercamiento a las mujeres ameno, explicándoles verbalmente y de manera escrita lo que conllevaba participar de esta investigación y tras el entendimiento de la misma, se plasmó la firma virtual del consentimiento informado.

La primera fase de presente trabajo de investigación se inició a finales de 2018, realizando como fase inicial una prueba piloto con 10 mujeres que lo respondieron desde sus celulares, esto dio la oportunidad de encontrar diversos errores en su aplicación presencial y por envío al WhatsApp. En vista de lo ocurrido, la investigadora realizó cambios en el formulario de google drive, y a su vez se toma como imperativo administrar el cuestionario en la mayoría de los casos de manera presencial por medio de un computador para visualizar todas las opciones. Las visitas se realizaron en diferentes barrios tales como La Soledad, Calasanz, El Poblado entre otros, apoyados de computador portátil y a una conexión de internet inalámbrica para que cada mujer realizara de manera autónoma el cuestionario en su mayoría; en el caso de aquellas mujeres que tuvieron dificultades en el uso del computador, se les ayudó con diligenciamiento. A las mujeres con las que fue difícil acordar hora de encuentro, se le envió el cuestionario al correo electrónico,

supervisando telefónicamente que las respuestas se correspondieran con las preguntas, específicamente en el caso de las dos pruebas STAI y EAE.

La segunda fase se realizó a inicios del 2019, en vista que aún faltaban más mujeres encuestadas para la muestra total de la misma manera que se efectuó en la primera fase.

5.6 Plan de análisis de la información

El análisis de la información se realizó por medio de la estadística descriptiva, de acuerdo a Rendón (2016) el objetivo de toda investigación es brindar evidencia objetiva necesaria para afirmar o rebatir la hipótesis, a su vez, la evidencia que se obtiene de la información recolectada será necesaria sea traducida a cifras por parte del investigador de manera ordenada y clara, de manera que tanto otro investigador, revisor como lector puedan comprender e interpretar los datos.

Para este proceso en primera instancia se calificó una a una las pruebas dos pruebas psicométricas por mujer de manera manual, para un total de 216 pruebas calificadas, luego se exportaron las tablas y gráficas en Excel realizadas por google drive y otras diseñadas por la investigadora como apoyo para una primera parte de la sistematización de la información, seguidamente para el análisis de la misma.

Se organizó y analizó la información en cuatro partes:

1. Definir perfiles socioeconómicos y sociodemográficos de las mujeres participantes del estudio.
2. Conocer la calidad de vida de las mujeres participantes del estudio.
3. Indagar por la apreciación del estrés en mujeres participantes del estudio.

4. Definir niveles de ansiedad estado-rasgo en mujeres de las mujeres participantes del estudio.

5.7 Consideraciones éticas

Se explicó de manera verbal y por escrito el objetivo de esta investigación. A su vez, se refirió que la información recibida por ellas sería confidencial, de uso estrictamente académico y que el cooperar con el estudio sería de manera voluntaria sin retribución económica, además de manera escrita se dio a conocer los compromisos adquiridos por la encuestada, los cuales se enuncian a continuación:

1. Responder las preguntas del cuestionario con sinceridad y espontaneidad.
2. Aceptar que los resultados de la investigación sean utilizados en la preparación de publicaciones científicas, siempre y cuando se conserve en el anonimato mi identidad.

Por último, se dio a conocer a las mujeres los parámetros establecidos en la resolución N° 008430 de 1993 del 4 de octubre, emanada por el Ministerio de salud, en cuanto a investigaciones con mínimo riesgo, realizadas con seres humanos.

En constancia de lo explicado de manera verbal y escrita, las mujeres que aceptaron participar firmaron en consonancia, y prosiguieron a responder el cuestionario.

6. Resultados

A continuación, se presentará los resultados de la investigación descriptiva correspondiente a los cuatro objetivos planteados; el primero da cuenta del perfil socioeconómico y sociodemográfico de las mujeres participantes, el segundo describe la calidad de vida de las mujeres participantes, el tercer y cuarto apartado son en razón de apreciación del estrés y ansiedad estado – rasgo de las mujeres participantes.

6.1 Perfiles socioeconómicos y sociodemográficos de las mujeres participantes

El objetivo de este apartado es caracterizar el conjunto de actividades humanas dentro de determinado límite territorial, en este caso: el Municipio de Medellín.

El ejercicio de recolección de datos partió de una muestra de 108 mujeres entre los 18 y los 60 años de edad, de la ciudad de Medellín, tomando como referencia la *variable edad*, se halló que el rango escogido coincide desde la perspectiva del desarrollo bio-psico-social (Mansilla A, 2000, p. 110) con la llamada etapa laboral, de igual forma en el contexto legal colombiano se asume este periodo como en el que un hombre o una mujer hacen parte de la llamada Población en Edad de Trabajar (PET).

En consecuencia, antes de los 18 años el Código Sustantivo del Trabajo (CST) y el Código de Infancia y Adolescencia establecen unas garantías y procesos con el fin de salvaguardar a las y los menores de edad, es así, que el cumplimiento de los 18 años marcan la pauta para entrar en la Población en Edad de Trabajar (PET), luego este periodo puede encontrar como uno de sus límites: la edad de jubilación, la cual está regulada en la ley 100 de 1993, artículo 36, que consagra para las mujeres: los 57 años como edad para acceder a la pensión.

Se parte entonces, de la base que el 100% de las mujeres encuestadas se encuentran en condiciones de formar parte del mercado laboral, y según los datos obtenidos el 73 % cuentan con un empleo. (Véase Gráfica N. 6)

Es importante destacar que la edad promedio de la población que hace mayor aporte en fuerza laboral en la muestra, es la constituida por las mujeres de 18 a 25 años, con un 62%; seguida por las mujeres entre 36 y 45 años, con un 30%; las mujeres de 46 a 60 años, con un 23% y por último aquellas con un rango de edad de 26 a 35 años de edad, con un 11.7 % aproximadamente.

(Véase Gráfica N. 7).

6. *Gráfica. Distribución de las mujeres de acuerdo a su condición de empleo o desempleo*



7. *Gráfica. Fuerza laboral por edad*



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado.

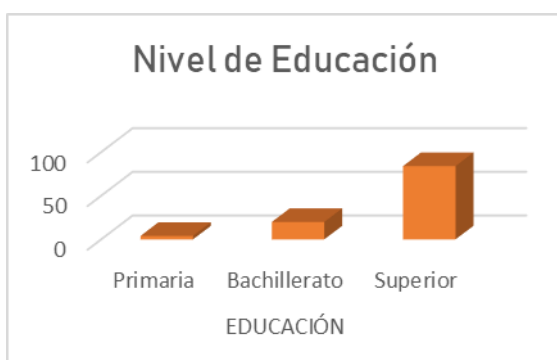
Al presentar los datos que surgieron de la encuesta, se puede observar que la mayoría de las entrevistadas aproximadamente el 77.7% cuentan con alguno de los niveles de educación superior (técnico, tecnológico o profesional), en lo que concierne a los niveles de instrucción más bajos; primaria sólo alcanza un 3% y bachillerato un 18.5% (véase gráfica N. 8). La pregunta que surge de este resultado es, ¿las mujeres que en su mayoría (77.7%) han accedido a nivel superior

de educación, actualmente están ejerciendo su profesión o labor?, ¿es consecuente este porcentaje con las mujeres que están laborando?

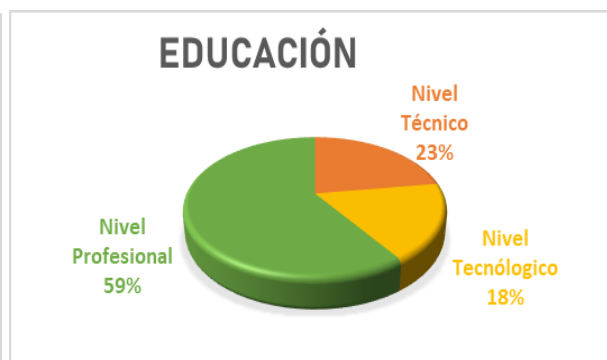
La educación como derecho fundamental del individuo y de acuerdo a lo expresado por la Constitución Política de Colombia en su artículo 67, tiene una función social, basada en la formación integral de la persona; la educación en Colombia está pensada como un proceso permanente (Ministerio de Educación Nacional, 2013) que puede incluirse como un factor facilitador de alcance para aún mejor nivel de vida.

Es de resaltar que todas las mujeres que han completado estudios de nivel superior, el 60% aproximadamente, han podido completar sus estudios profesionales (véase gráfica N. 9).

8. Gráfica. Nivel de educación.



9. Gráfica. Distribución nivel superior de educación



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

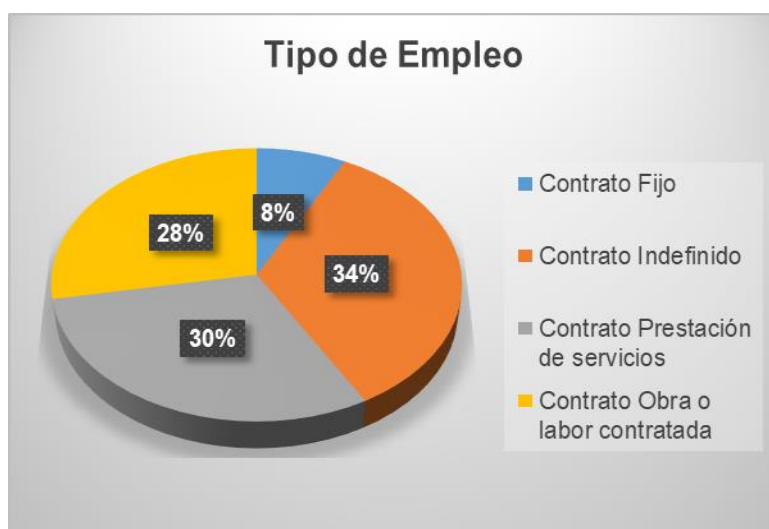
De lo anterior es posible plantear, para intentar responder los siguientes interrogantes: ¿Qué relación guarda esta variable con el tipo de empleo?, y/o ¿contar con un elevado nivel de escolaridad incrementa la capacidad económica?

En razón del tipo de empleo, los hallazgos van de la mano con la media nacional, en la medida que, en Colombia se dio un fenómeno en la búsqueda de disminuir el nivel desempleo y con las diferentes reformas laborales, produjo que el contrato más usado fuera el contrato por

prestación de servicios, en el caso de la muestra, corresponde al 30%, cifra que se puede relacionar o unir al el Contrato de Obra o labor contratada, en la medida que este puede considerar una subespecie al contrato por prestación de servicios, con un 28% para el caso de esta investigación.

También se encontró que el 34%, cuentan con contrato indefinido, lo cual es un porcentaje alto y puede estar relacionado con el nivel superior de escolaridad de las mujeres encuestadas, toda vez que de la totalidad de las mujeres que laboran, el 83% tienen estudios de educación superior y por último un 8%, cuenta con un contrato a término fijo (véase la gráfica N. 10).

10. Gráfica. Distribución tipo de empleo



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

Respecto al salario devengado, cerca de la mitad de la población que trabaja, tiene un salario entre \$1.000.000 y \$2.000.000 siendo un 42,42%.

Un 6% correspondiente a 4 encuestadas recibe menos de \$500.000 al mes. En el rango de \$500.000 a \$1.000.000, se ubica un 36%, este rango se puede asimilar al promedio de las mujeres que ganan el Salario Mínimo Legal Vigente.

Y en un porcentaje muy similar al anterior 34,84%, reciben sueldos de más de \$2.000.000 (véase la gráfica N. 11).

11. Gráfica. Salario devengado



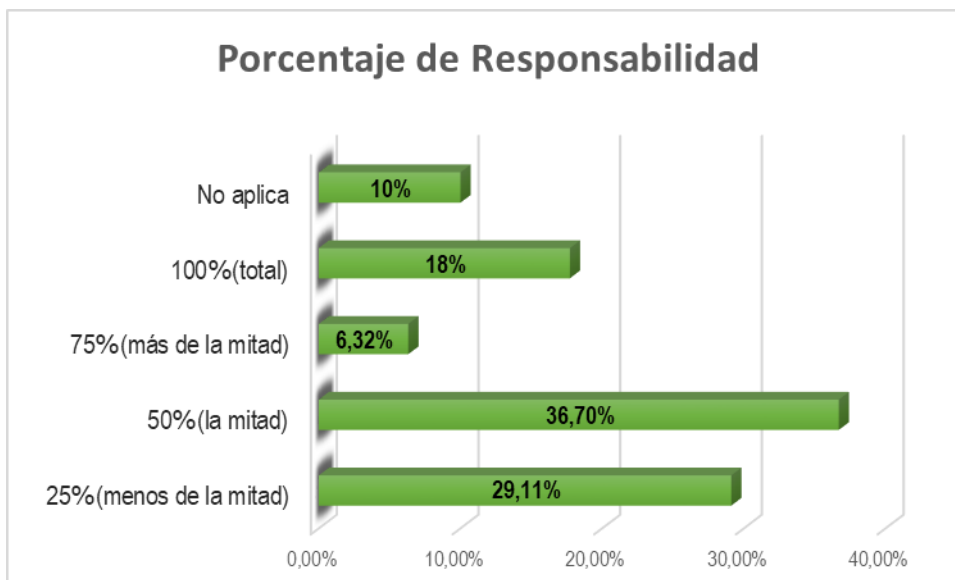
Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

Respecto a los cuestionamientos previos, se podría concluir que no necesariamente guarda correspondencia el nivel de educación con el tipo de empleo, ya que se observa que el tipo de empleo depende del devenir de las relaciones laborales en general y del estímulo legal que tenga cierto tipo de contratos. Respecto a la capacidad adquisitiva y/o salario devengado se encontró que la media (promedio) de las mujeres recibe entre uno y dos salarios mínimos, y solo una tercera parte de ellas gana por encima de \$2.000.000, por lo tanto, el nivel superior de educación se relaciona en cuanto a la posibilidad de estar empleada y no necesariamente con el incremento significativo económico.

Ahora bien, de las mujeres encuestadas que se encontraban laborando es importante analizar qué proporción de sus ingresos está enfocado al sostenimiento de su hogar, esto se realizó a

través de la pregunta porcentaje de responsabilidad económica, con los datos hallados se construyó la siguiente gráfica:

12. Gráfica. Responsabilidad en los gastos básicos del hogar.



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado.

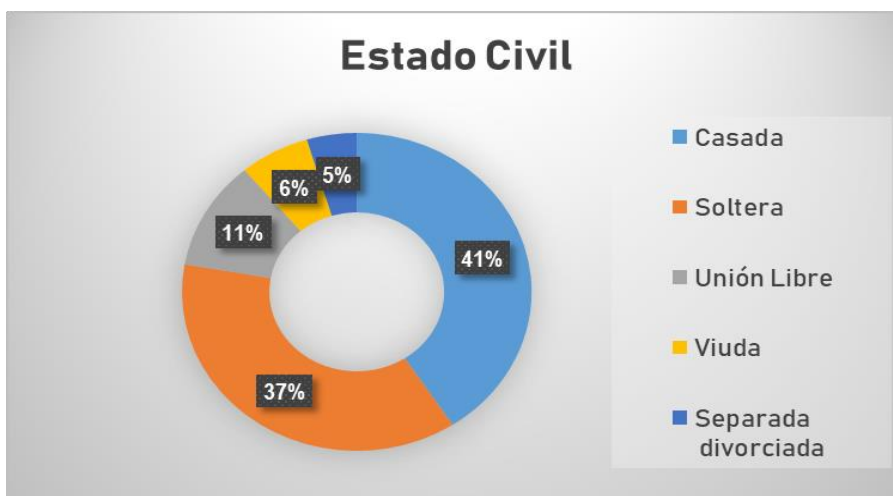
Se resalta que un poco más de la mitad (60%) de las mujeres que laboran aportan el 50% o más de sus ingresos totales a los gastos básicos del hogar.

El aporte que las mujeres hacen, se puede considerar independiente a la conformación del hogar, por ejemplo, en el caso de las mujeres que se encuentran casadas o en unión libre, el 57,14% aportan la mitad o más de la mitad de sus ingresos a los gastos del hogar.

Y en el caso de las mujeres solteras, divorciadas/separadas o viudas, el 64% hacen este tipo de aporte.

En relación al *Estado Civil* se encontró que el 40,74% están casadas, el 37% son solteras, el 11,11% se encuentran en unión libre, el 6,48% tienen condición de viudas y el 4,62% están divorciadas o separadas (véase la gráfica N. 13).

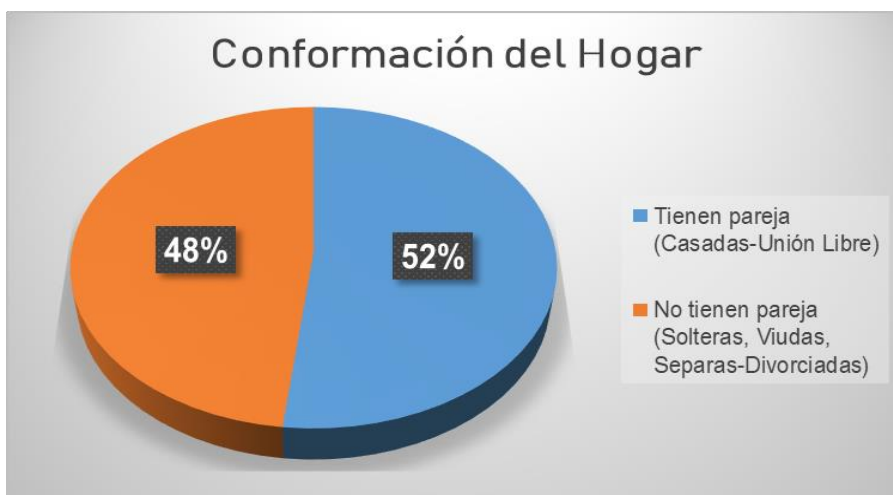
13. Gráfica. Distribución porcentual por estado civil.



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado.

Respecto a esta variable es posible establecer dos subgrupos, un primero conformado por las mujeres: casadas y en unión libre, y un segundo grupo que relacione las mujeres con estado civil: solteras, separadas-divorciadas y viudas, encontrándose que el 51,85% de las mujeres conforman el hogar con una pareja, y el porcentaje restante el 48,14%, no cuentan con pareja en la conformación del su hogar (véase la gráfica N. 14).

14. Gráfica. Distribución conformación del hogar y pareja.



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado.

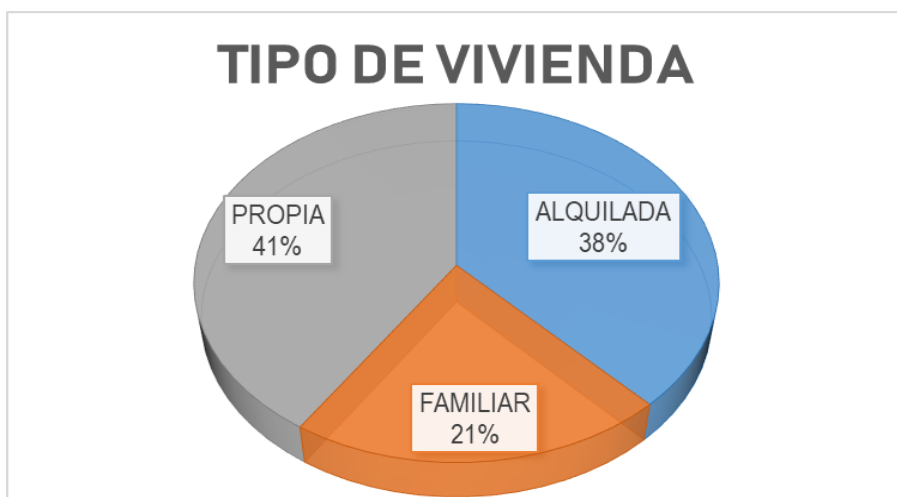
En referencia a la pregunta sobre si tienen o no hijos, los datos arrojaron que más de la mitad de mujeres encuestadas, tiene hijos; esto es, el 80,01% de las casadas y el 17,5% de las solteras tiene descendencia, y el 100% de las mujeres que tienen como estado civil: solteras, separadas-divorciadas y viudas cuentan con descendencia.

Otro de los asuntos a analizar es la vivienda de las mujeres, frente a este aspecto se realizaron dos preguntas: el estrato socioeconómico en el que la vivienda se encuentra, y si la vivienda es propia, familiar o alquilada.

La variable *estrato socioeconómico de la vivienda*, fue un criterio de selección de las participantes, razón por la cual este dato es muy homogéneo, teniendo como resultado que la encuesta se le realizó a: 35 mujeres de estrato 1 y 2, 39 mujeres pertenecientes a los estratos 3 y 4, por último, 34 mujeres de estrato 5 y 6.

Respecto al *tipo de vivienda*, del total de mujeres encuestadas, se encontró que, 21,2% viven en casa familiar, 37,9 % cuenta con vivienda alquilada y el 40,7 % de ellas poseen casa propia (véase la gráfica N. 15).

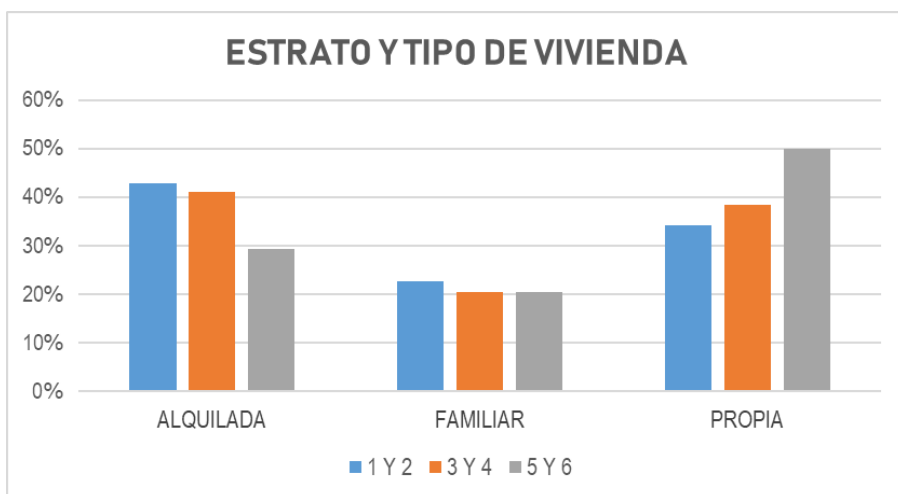
15. Gráfica. Distribución variable vivienda



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

Al relacionar las dos preguntas que se hicieron frente a la vivienda, se encontró que, en el estrato socioeconómico 1 y 2: el 42,8 % de las mujeres habitan en casa alquilada, el 34,2% en casa propia y el 22,8% en casa familiar; de los estratos 3 y 4: 41% viven en casa alquilada, el 38,4% tienen casa propia y el 20,5% en casa familiar; en estrato socioeconómico de vivienda 5 y 6, el 50% de las mujeres cuentan con casa propia, el 29,4% 10 viven en casa alquilada, y el 20,5% en casa familiar (véase la gráfica N. 16).

16. Gráfica. Estrato vs. tipo de vivienda.



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

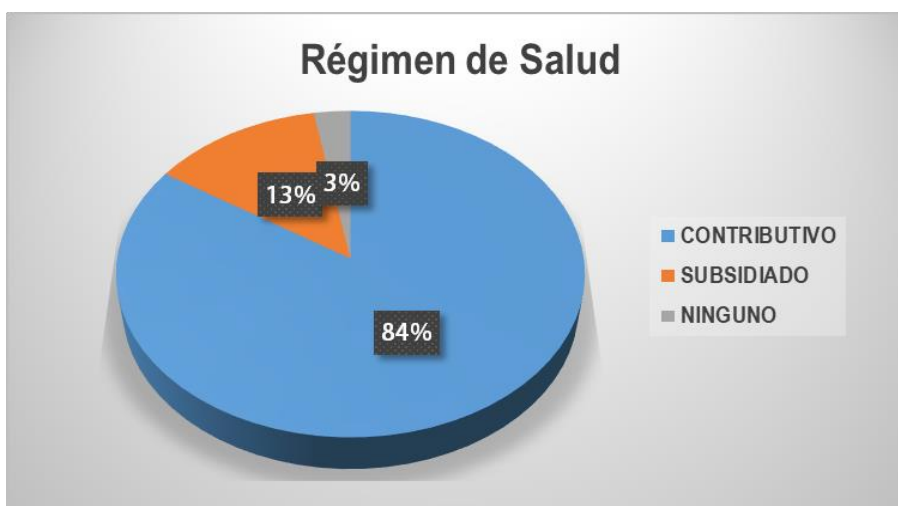
Otros hallazgos de las variables relacionadas con la vivienda:

1. Las mujeres del estrato 5 y 6 cuenta con el mayor porcentaje de casa propia.
2. En los estratos bajo (1 y 2) y medio (3 y 4), el porcentaje de mujeres que vive en casa alquilada es casi igual, una media de 41, 5.
3. En todos los estratos, se encuentra una menor proporción de mujeres que viven en compañía de su familia, sin ser ellas las dueñas de la casa, lo que en la encuesta se denominó casa familiar.

Colombia es un estado social de derecho en el que la solidaridad es uno de los principios constitucionales (DANE, 2019), en este contexto, la estratificación de la vivienda permite una redistribución del ingreso en las personas que lo integran, esta herramienta se evidencia por ejemplo, en el cobro diferencial por estratos de los servicios públicos, lo que permite en algunos casos asignar subsidios y en otros cobrar contribuciones, de esta forma desde la administración pública se persigue el objetivo de mejorar la calidad de vida a todas las personas.

Otra forma de observar el estado socioeconómico de las mujeres es, a partir del régimen de salud, en esta variable se encontró que el 84% del total de mujeres encuestadas hacen parte del régimen contributivo, el 13% del régimen subsidiado, y el 3% refieren no tener ninguna cobertura en salud. (véase la gráfica N. 17).

17. Gráfica. Distribución cobertura en salud.



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

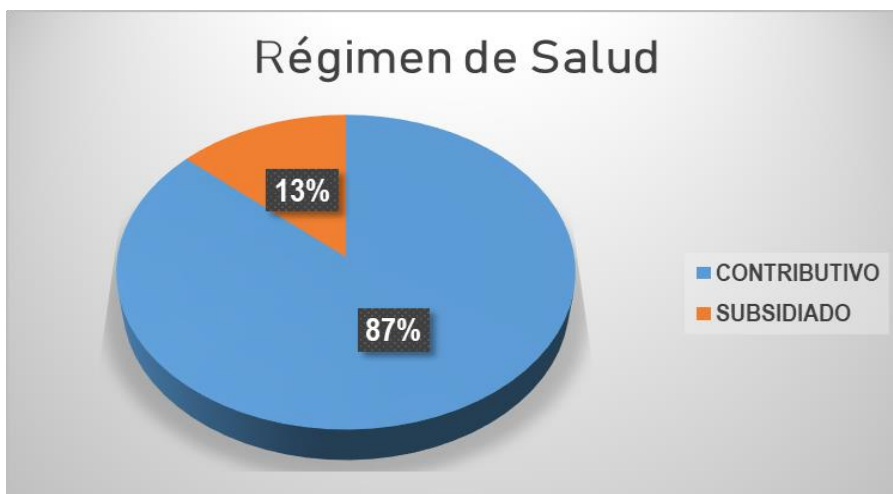
Este 3% que no están inscritos en alguno de los dos regímenes de salud, evidencia una situación crítica en dos sentidos, en primer lugar, en Colombia con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, con el objetivo de garantizar la salud como derecho fundamental, se reconoce la igualdad de oportunidades de todos los colombianos a este derecho, lo que se traduce en que todos y todas

las colombianas deben poder acceder a uno de los regímenes, este porcentaje demuestra que esta igualdad de oportunidades que permita el acceso no se está cumpliendo. Pero de manera más alarmante, y de forma coincidente, el grupo de mujeres que está en esta situación se encuentra laborando sin los básicos mínimos en salud.

Ahora bien, considerando el total de las mujeres encuestadas que afirman estar laborando se halló que contrario a las normas laborales, no todas se encuentran afiliadas al régimen contributivo o están protegidas a través del Sistema de Riesgos Profesionales:

- 86% pertenecen al régimen contributivo y 10,12% al subsidiado.
- 67% cuentan con la afiliación a riesgos laborales y el 33% restante no tienen cobertura (véase la gráfica N. 18).

18. Gráfica. Distribución cobertura en salud de las mujeres laborando



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

6.2 Calidad de vida de las mujeres participantes

Para la calidad de vida se indagó sobre aspectos como: Medio de comunicación de mayor uso; participación en servicios relacionados al bienestar psicológico, físico o espiritual; percepción

del ejercicio físico en el tiempo libre; afectación o no de participación en actividades sociales habituales a causa de problemas de salud o emocionales y percepción de violencia en el último mes.

Se encontró que, respecto al medio de comunicación de mayor uso y de acuerdo a lo respondido por las mujeres, el 62% privilegia el celular, el 26% el computador o portátil, el 9% el televisor y solo un 3% la radio (véase la gráfica N. 19).

19. Gráfica. Distribución medios de comunicación más usados.

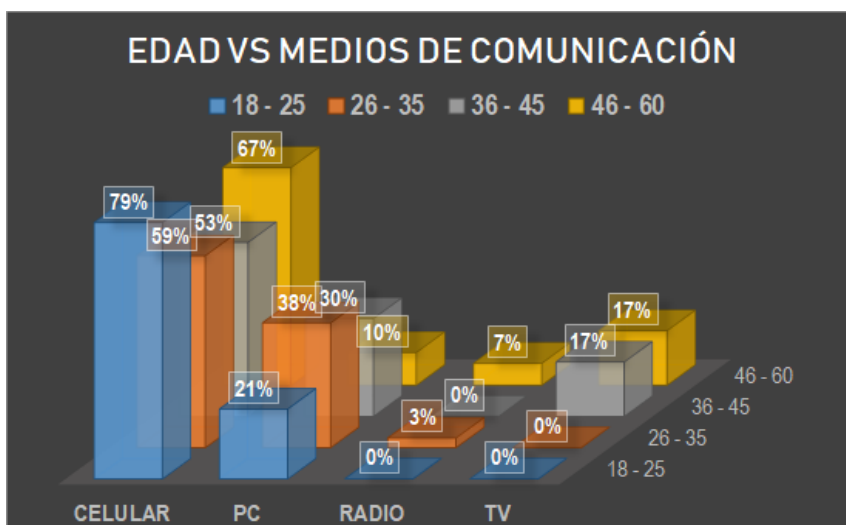


Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

Al explorarse la pregunta del medio de comunicación que más se usa en relación a los rangos de edad, se encuentra que las proporciones mayores en el uso del celular se halla en mujeres entre 18 y 25 años y en el grupo de 46 y 60 años, con un 79% y 67%.

A su vez se encontró el poco uso de la radio, en el caso de las mujeres de 18 a 25 y 36 a 45 años de edad, es de 0%. A continuación se muestra el gráfico con los respectivos resultados por edad.

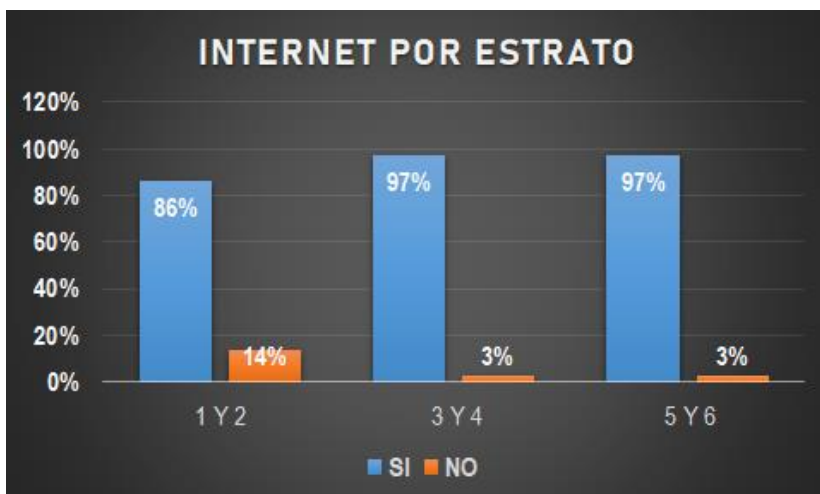
20. Gráfica. Medio de comunicación más usado por rango de edad.



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

Con respecto a los hogares que cuentan con internet, se halló que en los estratos 1 y 2 el 86% de mujeres cuentan con ello, en los estratos 3-4 y 5-6 el 97% cuentan con internet en el hogar, de forma correspondiente, el mayor número de hogares sin internet se halló en estratos 1 y 2 con el 14% (véase la gráfica N. 21).

21. Gráfica. Hogares con Internet.



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

Con respecto a la forma en la cual las mujeres invierten su tiempo para dedicarse a sí mismas, se hicieron dos preguntas, la primera se refiere a la percepción ejercicio físico en tiempo libre, en esta, un 63% de mujeres no realiza todo el ejercicio físico que desearía y la segunda pregunta abarca la participación en servicios relacionados al bienestar psicológico, físico o espiritual, un 39% de mujeres no participa en ningún programa que aporte a su bienestar, el 28% asiste a una entidad religiosa, siendo este tipo de entidad la de mayor participación entre las mujeres encuestadas, 11% participa en una fundación o corporación, 10% participa en programas dirigidos por el INDER y solo un 2% en programas direccionados por la Junta de Acción Comunal; hay otro grupo de mujeres, un 8% que afirma participar en 2 entidades a la vez y un 1% está relacionada con 3 entidades (véase la gráfica N. 22 y 23).

22. Gráfica. Distribución de entidades donde participan las mujeres.



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

23. Gráfica. Distribución de entidades donde participan las mujeres.



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

La encuesta plantea una pregunta que relaciona los problemas de salud o emocionales con la participación o no en actividades sociales, frente a esto el 52,77% de las mujeres encuestadas manifiestan que, a causa de dificultades físicas o psicológicas, no se han modificado sus actividades sociales habituales, un 37,96% manifiestan que se han afectado de forma regular, y solo un 9,25% perciben un nivel alto de afectación (véase la gráfica N. 24).

24. Gráfica. Distribución de las actividades sociales habituales & los problemas emocionales y de salud.



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

Un tema que ha cobrado vigencia en los últimos años en Colombia, es el tema de la violencia de género, en razón de lo anterior se preguntó a las mujeres si han sufrido algún tipo de violencia, una mayoría de las mujeres encuestadas, el 86,11% percibe que no ha sufrido violencia el último mes, un 4,62% manifiesta que ha sufrido violencia laboral y el mismo porcentaje afirma haber recibido violencia verbal, un 2,77% percibió violencia psicológica, y un 1,85% manifestaron recibir más de dos tipos de violencia en el último mes (véase la gráfica N.

25. Gráfica. Distribución porcentaje de violencia.



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

6.3 Percepción de afección en temas de relaciones humanas de las mujeres participantes

A continuación, se presentan los resultados que se obtuvieron en el Test Escalas de Apreciación del Estrés (EAE), escala “G”, que se refiere a la Escala General del Estrés, de J.L. Fernández Seara y M. Mielgo Robles (2006), cuya finalidad fue evaluar las situaciones que generan estrés en las mujeres que accedieron a responder la encuesta.

De las 108 mujeres, 44 que equivalen a 40,74% presentan un nivel BAJO de estrés, 32 de ellas, es decir el 29,62% se encuentran con un nivel PROMEDIO, 32 de ellas, equivalentes al 29,62% manifestaron un nivel ALTO de estrés.

La gráfica que se muestra a continuación muestra los resultados de apreciación de los niveles de estrés y su respectivo porcentaje, en donde se observa los resultados categorizados: “BAJO”, “PROMEDIO”, “ALTO” (véase gráfica N. 26).

26. Gráfica Distribución de apreciación EAE



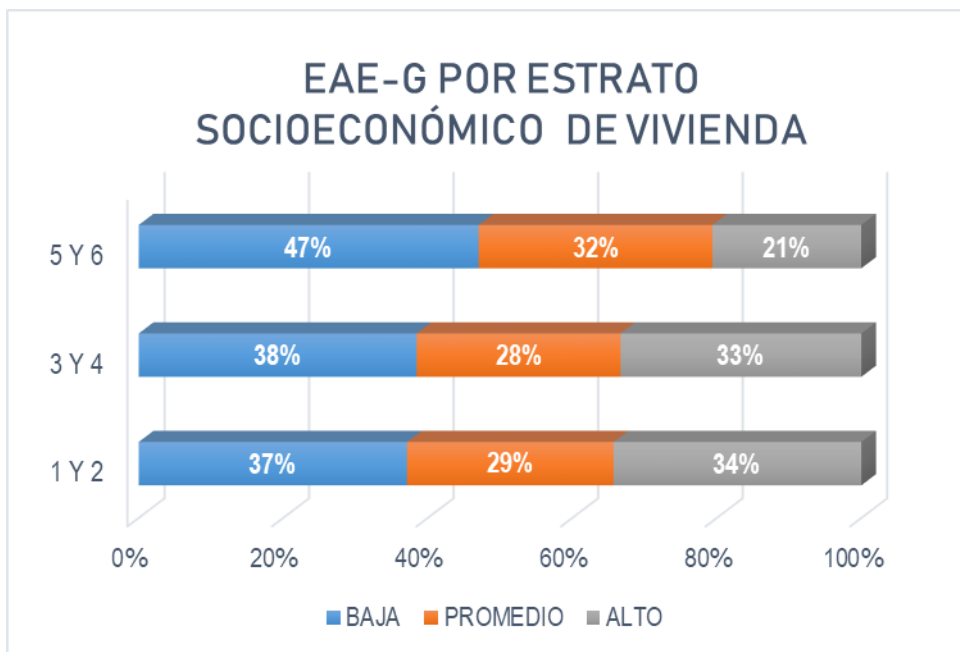
Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

Al relacionar los niveles de estrés con el estrato socioeconómico donde viven las encuestadas, se observa que:

- El 63% de las mujeres de estrato 1 y 2 puntuaron con niveles PROMEDIO y ALTOS de estrés
- En los estratos 3 y 4 el porcentaje se asemeja al promedio de toda la muestra.
- Por último, en el estrato 5 y 6, sólo el 21 % de las mujeres manifestó tener un nivel ALTO de estrés, el 79 % restante puntuaron con niveles BAJOS y PROMEDIO.

(véase la gráfica N. 27).

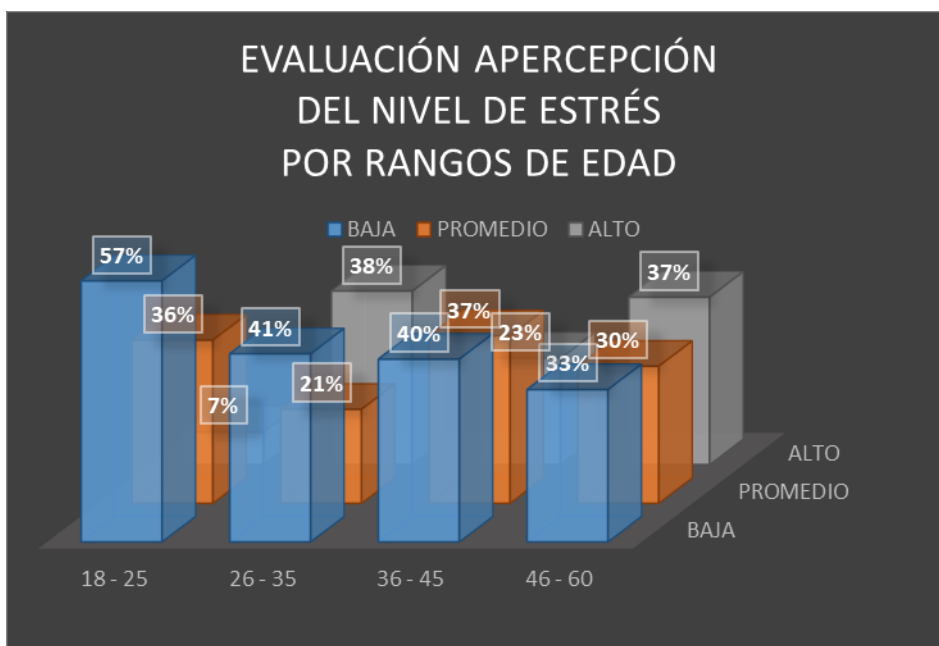
27. Gráfica. EAE & Estrato socioeconómico.



Fuente: Creación propia de la investigadora según datos cuestionario realizado

El EAE –G en relación a los grupos de edad de las participantes, distinguió que: las mujeres de 18 a 25 años tienen una proporción del 57 % de BAJO nivel de estrés, el 36% nivel PROMEDIO de estrés y el resto de mujeres (7%) de este grupo se encuentran en un nivel ALTO de estrés; el subgrupo de mujeres de 26 a 35 años: muestra un 41% de mujeres en un nivel BAJO de estrés, un 38% está en el nivel ALTO, y el 21% restante se encuentra con un nivel PROMEDIO de estrés; en el caso del subgrupo de 36 a 45 años, el porcentaje de nivel BAJO de estrés es similar al grupo anterior subgrupo, siendo de 40%, seguido de un 37% de nivel PROMEDIO y el 23 % restante de nivel ALTO; por el contrario en el subgrupo de 46 a 60 años de edad, las proporciones de cada nivel son muy homogéneas, siendo la mayor proporción el nivel ALTO con un 37%, seguido de un 33% de nivel BAJO, y el 30% restante presenta un nivel PROMEDIO de estrés (véase gráfica N. 28).

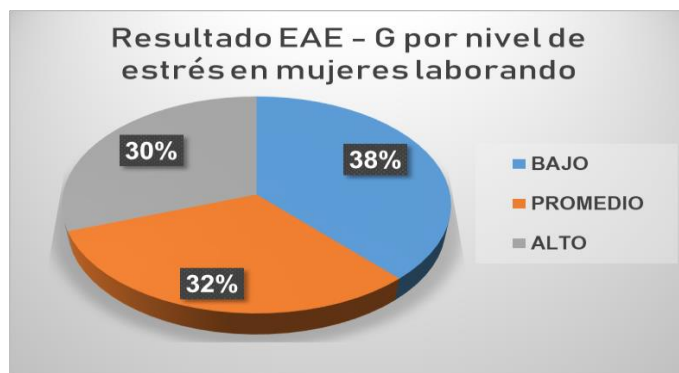
28. Gráfica. EAE & Rangos de edad.



Fuente: Creación propia de la investigadora según datos del cuestionario realizado

De las 108 mujeres encuestadas, 79 de ellas se encuentra laborando, la distribución de los niveles de estrés en este grupo de mujeres arroja resultado similares, a los ya mencionados de toda la muestra, el 38% persive un nivel BAJO de estrés, seguido del nivel PROMEDIO con un 32%, y el restante de 30% tiene una percepción ALTA del nivel de estrés, como lo muestra la siguiente gráfica:

29. Gráfica. Distribución del total de mujeres laborando evaluadas con EAE - G



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

Al explorar los resultados del nivel de estrés de las mujeres que están laborando respecto al salario devengado, se halló que:

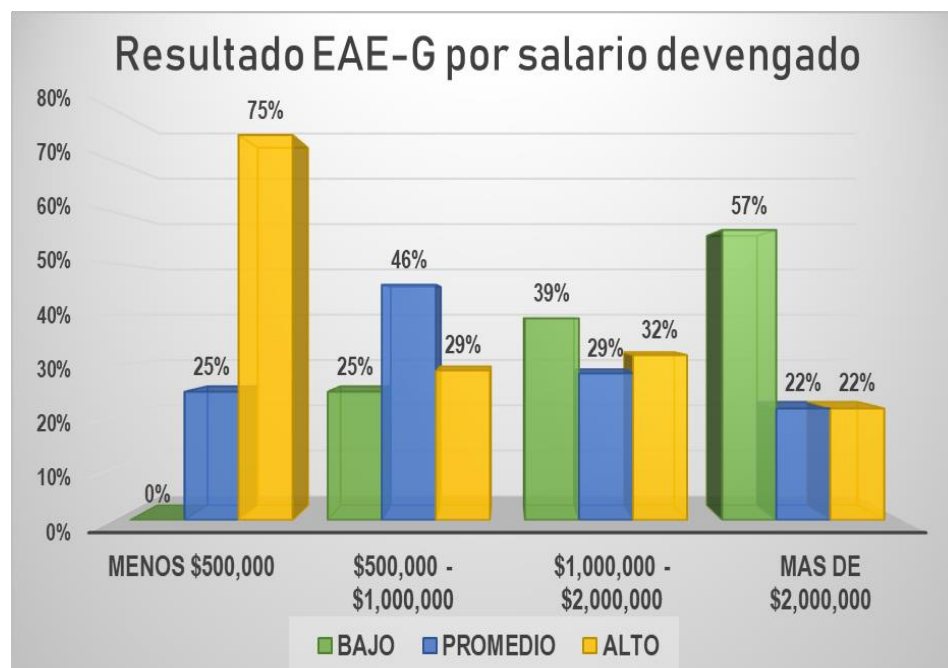
- Se presenta un nivel ALTO de estrés en, en el 75% de mujeres que ganan menos de \$500.000 presentaron nivel ALTO, seguido de las que ganan de \$1.000.000 a 2.000.000 con un 32%, un 29% las que ganan \$500.000 a \$1.000.000 y por último las de menor porcentaje en este nivel son aquellas que ganan más de \$2.000.000 con un 22%.
- En el caso del nivel PROMEDIO, el porcentaje es similar en casi todos los rangos de salario: 22% (más de \$2.000.000), 25% (menos de \$500.000), y 29% (\$1.000.000-\$2.000.000), la única proporción diferente esta en las mujeres que devengan entre \$500.000 a \$1.000.000 con un 46%.
- El mayor porcentaje de el nivel BAJO de toda la muestra esta se halla en el grupo de mujeres que devengan más de \$2.000.000, seguido de las que ganan de \$1.000 a \$2.000.000, con un 39% y por último con un 25% las mujeres que generan ingresos entre \$500.000 a \$1.000.000. (Véase tabla 6 y gráfica N. 30).

Tabla 5. Promedio de Escala de Apreciación del Estrés General (EAE – G) según salario devengado.

SALARIO	BAJO	PROMEDIO	ALTO
MENOS \$500,000	0%	25%	75%
\$500,000 - \$1,000,000	25%	46%	29%
\$1,000,000 - \$2,000,000	39%	29%	32%
MAS DE \$2,000,000	57%	22%	22%

Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

30. Gráfica. Porcentaje de resultado de Escala de Apreciación del Estrés General (EAE – G) según salario devengado.



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

6.4 Ansiedad estado – rasgo de las mujeres participantes

A continuación se presentan los resultados del “Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo” conocido (STAI), se toma en cuenta que este instrumento evalúa la ansiedad en dos dimensiones; ansiedad estado y ansiedad rasgo (Spielberger, 1994), por lo anterior, se realizan dos subapartados para mejor entendimiento de los datos:

- Ansiedad Estado (A/E): Bajo este análisis se puede calificar el estado transitorio de ansiedad de las mujeres en tres niveles; “bajo”, “medio” o “alto”, lo cual es percibido de manera consiente por las mismas con tensión y aprehensión (Spielberger, 1966).
- Ansiedad Rasgo (A/R): Los datos arrojados en esta parte del test hacen referencia al comportamiento predispuesto de las mujeres encuestadas de percibir las situaciones como amenazantes, permaneciendo esta predisposición en el tiempo (Spielberger, 1966), de

igual forma que en el aparte del A/E, los niveles se enuncian en tres dimensiones: “bajo”, “medio” o “alto”.

Ansiedad Estado: De acuerdo a los datos obtenidos del total de mujeres, solo el 2% presentan nivel “BAJO” de ansiedad estado, mientras que un 93%, corresponde al nivel “ALTO” como se muestra en la gráfica siguiente (ver gráfico 31):

31. Gráfica. Porcentaje de resultado Escala de Ansiedad Estado (A/E).



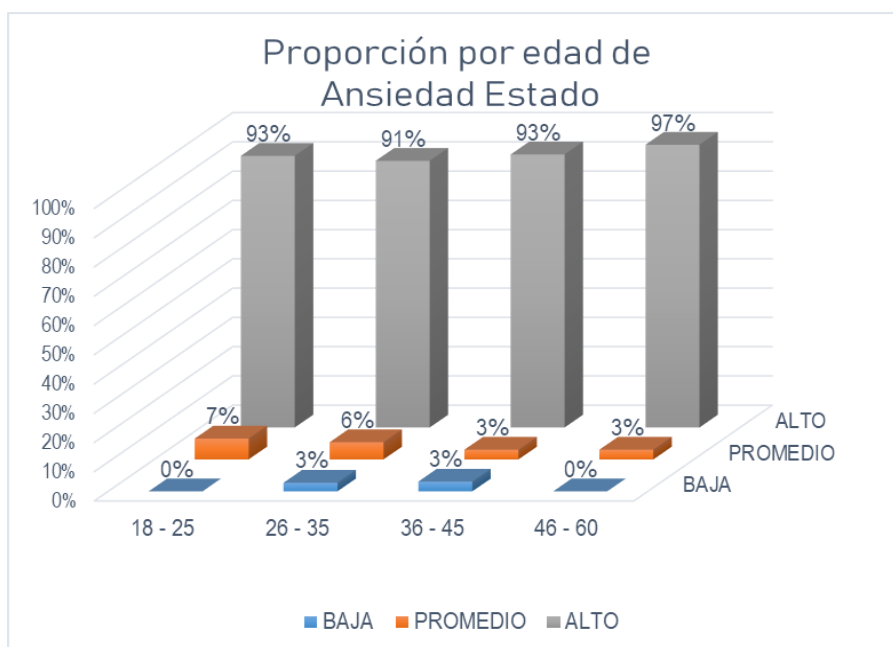
Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

De acuerdo con los rangos de edad, se halló que en cada subgrupo la proporción de nivel ALTO de la ansiedad como estado no baja del 90%, siendo el rango de 46 a 60 años el de mayor porcentaje con el 97% y el de menor se encuentra en las mujeres de 26-35 años con el 91%, mientras que en el caso de las mujeres de 18 a 25 años y 36 a 45, promedian igual, con el 93%.

Ahora bien, respecto al nivel “PROMEDIO”, en los subgrupos de edad: 18-25 y 26-35, se observa un porcentaje similar de 7% para el primero y 6% en el segundo mencionado, e igual sucede con las mujeres de 36-45 y 46-60 quienes comparten un 3% en este nivel.

El caso de ansiedad estado nivel “BAJO”, tanto las mujeres de 26-35 y 36-45 comparten el mismo resultado de 3%, y los otros dos subgrupos no presentan este nivel, como en la gráfica a continuación.

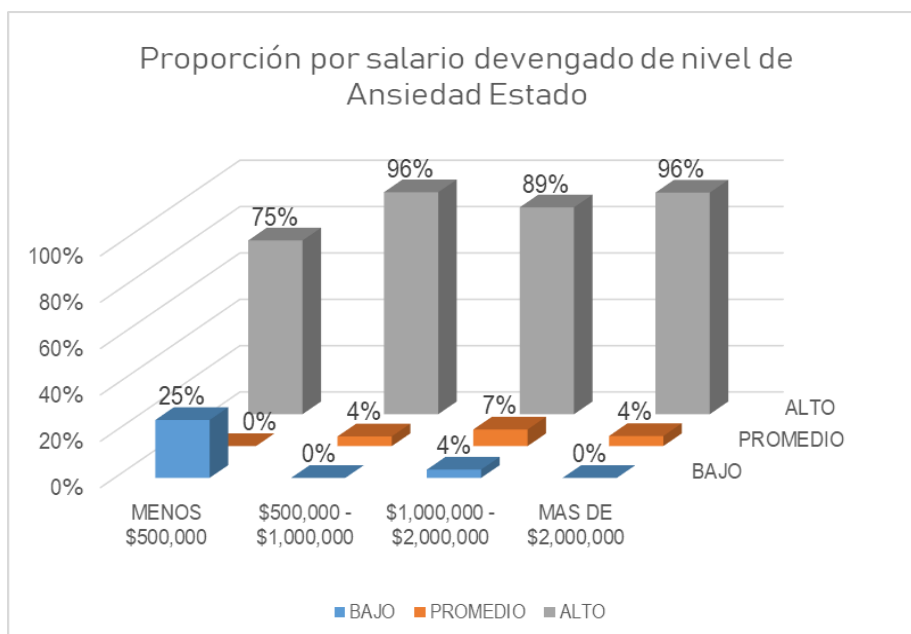
32. Gráfica. Porcentaje de resultados A/E según edad.



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

De acuerdo al nivel de Ansiedad Estado por salario devengado, se encuentra que las mujeres con mayor porcentaje de nivel “ALTO”, son aquellas que ganan más de \$2.000.000 y aquellas que devengan de \$500.000 a \$1.000.000 con un 96%, sin desmeritar que todas las proporciones son elevadas entre aquellas que laboran. El mayor porcentaje de nivel “BAJO”, corresponde a las mujeres que ganan menos de \$500.000, y el porcentaje más alto en el nivel “PROMEDIO” corresponde a las que devengan de \$1.000.000 a \$2.000.000 con un 7%, como lo muestra la gráfica N. 33:

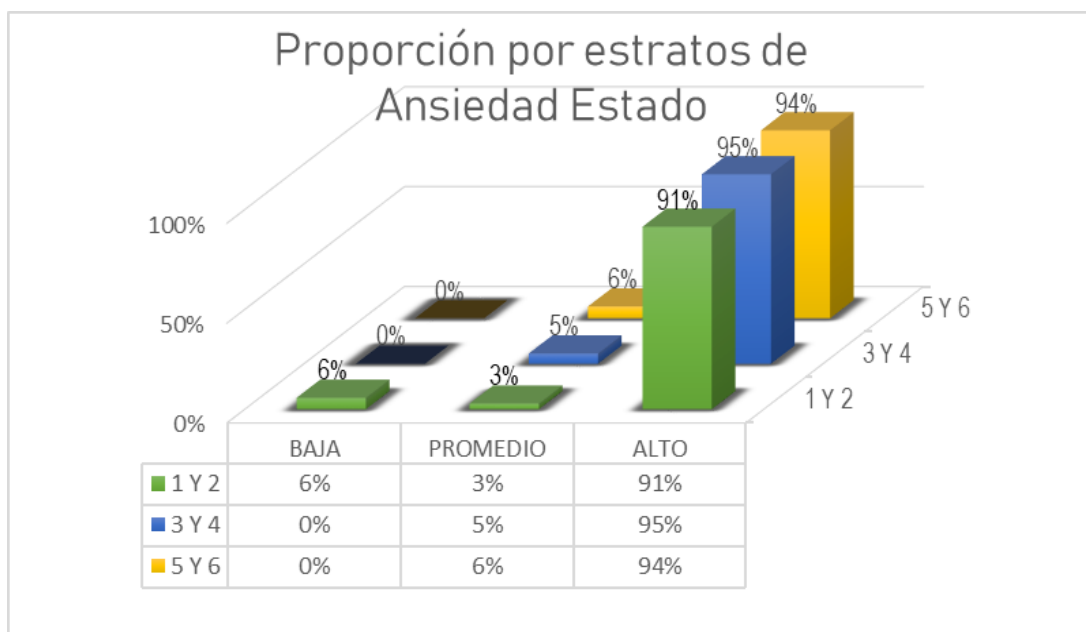
33. Gráfica. Porcentaje de resultados A/E según salario devengado.



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

Al realizar la observación de la ansiedad en relación a los estratos socioeconomicos de la vivienda y los resultados son semejantes entre estrato 3 y 4 con 5 y 6, en la medida que, el nivel “PROMEDIO” es de 5% y 6%, a su vez, el nivel “ALTO” es de 95% y 94%, como se muestra en la gráfica a continuación:

34. Gráfica. Porcentaje de resultados A/E según Estrato socioeconómico vivienda.



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

Ansiedad Rasgo: En cuanto a la muestra total de 108 mujeres, la mayor proporción es de 91% para el nivel de ansiedad rasgo “ALTO”, siendo este porcentaje casi la totalidad de la muestra, seguido con el 7% de mujeres que puntuaron “MEDIO” y con un restante de 2% para “BAJO” (ver gráfica 35).

35. Gráfica. Porcentaje de resultado Escala de Ansiedad Rasgo (A/R).

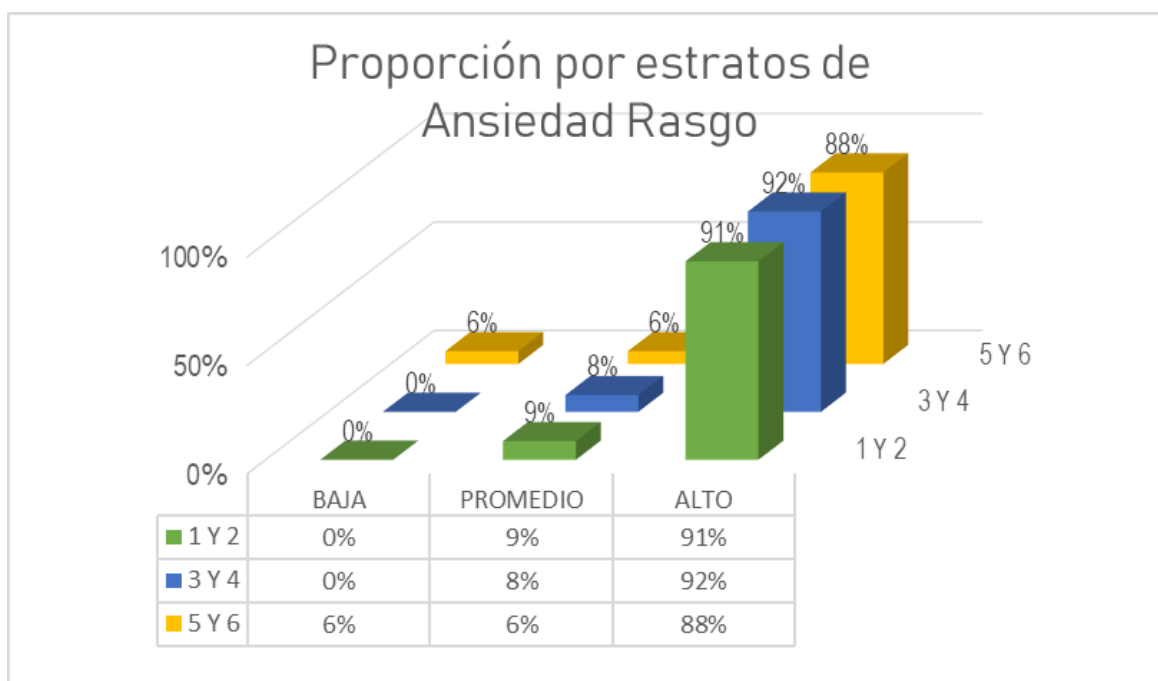


Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

En el caso del nivel de ansiedad como rasgo con estrato socioeconómico de vivienda como se evidencia en el gráfico N. 36 tres subgrupos de estrato socioeconómico cuentan con elevado porcentaje de nivel “ALTO” de ansiedad con menos de 5% de diferencia entre ellos, siendo el estrato 3 y 4 el mayor con 92%, así mismo es muy similar el resultado para el nivel “PROMEDIO” de los subgrupos, estando con un 9% en el estrato 1 y 2, seguido del estrato 3 y 4 con un 8% y cerrando con un 6% del estrato 5 y 6.

El nivel “BAJO” de ansiedad rasgo no se evidencia en estratos 1 y 2, ni 2 y 3, sólo se presenta en el estrato 5 y 6 con un 6%.

36. Gráfica. Proporción nivel de A/R según estrato socioeconómico de vivienda.

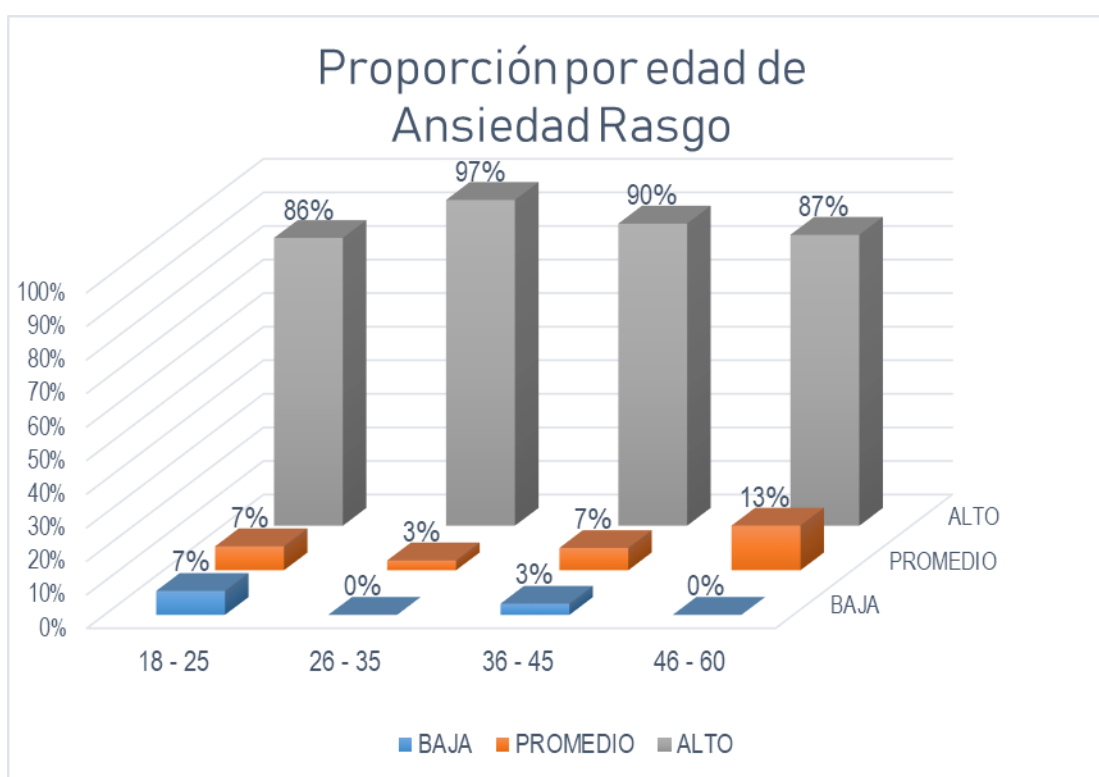


Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

La ansiedad puede tener diferentes manifestaciones en las mujeres, esto involucra la etapa del ciclo de vida que se está atravesando, según los rangos de edad que se determinaron en el cuestionario la edad de 26 a 35 años presenta mayor porcentaje de nivel “ALTO” en el

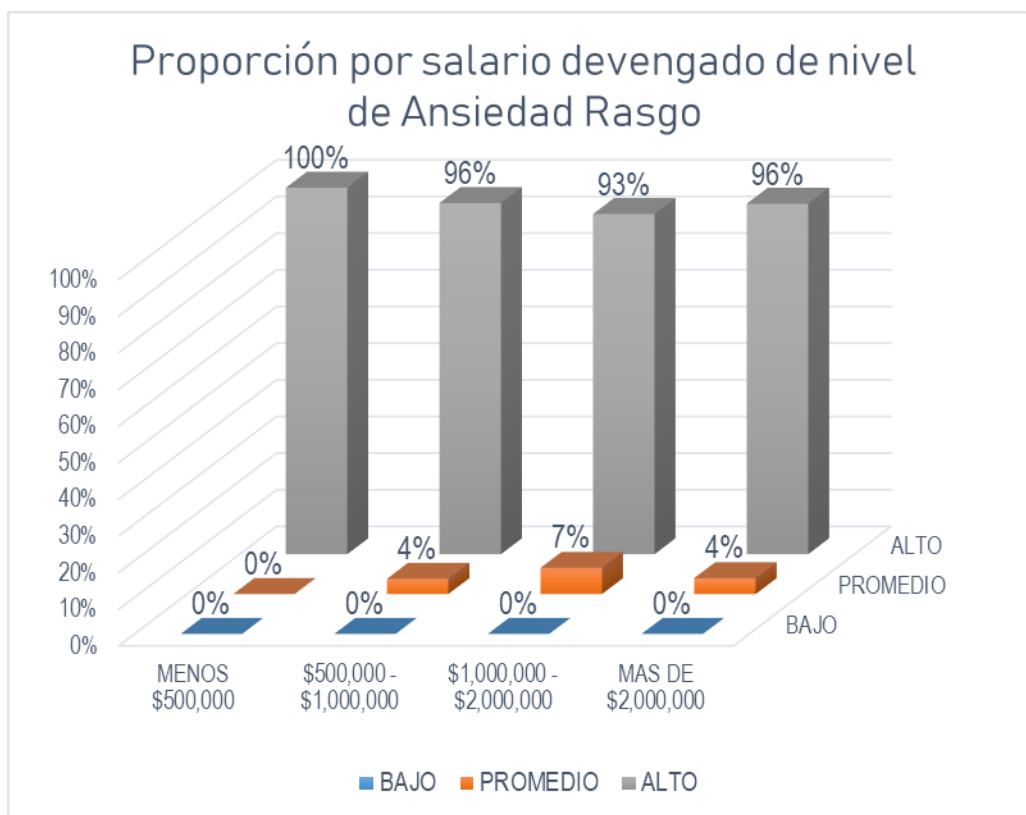
sentimiento normal de ansiedad (rasgo), de 97%, y el menor en proporción es el rango de edad 18 a 25 años, en el caso del nivel “PROMEDIO” los resultados muestran la edad de 46 a 60 como la de mayor porcentaje con un 13%, en el caso de los rangos de edad 18 a 25 y 36 a 45 presentan el mismo porcentaje de 7%, en cambio los únicos que puntuaron nivel “BAJO” de ansiedad rasgo son los rangos de edad 18 a 25 y 36 a 45 con menos del 10%, manteniéndose muy bajo este nivel, como lo muestra la gráfica No 37.

37. Gráfica. Proporción nivel de A/R según rango de edad.



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

38. Gráfica. Nivel de Ansiedad Rasgo según salario devengado.



Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

En los resultados obtenidos de ansiedad rasgo con respecto al salario devengado, se halló que el 100% de las mujeres que ganan menos de \$500.000 presentan un “ALTO” nivel ansiedad, y sin disminuir mucho la variable se sigue con el 96% de aquellas que devangan \$500.000 a \$1.000.000 y más de \$2.000.000, es decir, las mujeres de la muestra mantienen una marcada disposición a percibir las situaciones como peligrosas, convirtiéndose la reacción natural en activar defensas psicológicas a los estímulos que ellas ven como amenazantes, solo 7% de mujeres que devangan entre \$1.000.000 a \$2.000.000 presentan un nivel “PROMEDIO”, siendo en este rango de ansiedad el mayor, seguido de un 4% para las mujeres que perciben sus ingresos entre \$500.00 - \$1.000.000 al igual que las que devangan más de \$2.000.000.

7. Discusión y conclusiones

Esta investigación tuvo como propósito explorar los condicionantes psicosociales y socioeconómicos asociados a la salud mental de las mujeres en la ciudad de Medellín, con el objetivo de explorar cómo estos eventos al estar asociados a la salud mental repercuten o no en ella, a continuación, se discuten los principales hallazgos de este estudio.

De acuerdo a la exploración realizada con esta investigación, la mayoría de mujeres de la muestra están capacitadas en nivel técnico, tecnológico y profesional, es decir, de 108 mujeres encuestadas, 84 de ellas han realizado estudios superiores, lo cual corresponde al 78% de la muestra, esta es, una cifra alta de mujeres capacitadas en diferentes áreas. Este dato muestra coherencia en lo mencionado en el apartado de los antecedentes con respecto a los esfuerzos gubernamentales por lograr que las mujeres accedan a la educación. La política pública Nacional de Equidad de Género para las mujeres en Colombia, tiene como objetivo reducir la desigualdad de género a través de la creación de proyectos educativos asequibles al mayor número de mujeres. A su vez, el tema es asunto de la OMS (1986) quien propone como una de sus metas en el ámbito de la promoción de la salud mental, acortar distancias en los factores sociales de inequidad, para que personas con desventaja social y económica mejoren su salud, lo anterior logra materializarse a través de la participación de hombres y mujeres en el nivel básico y superior educativo, esto quiere decir que, el alto porcentaje de mujeres capacitadas en nivel superior es evidencia de que se está acortando la brecha de inequidad en el acceso de las mujeres a la educación.

Con la afirmación anterior no se puede sostener que el acceso a la educación sea a consecuencia de las políticas gubernamentales, ya que este es un campo más profundo y no es objeto de esta investigación.

En referencia al tema de escolaridad, en esta investigación se pudo percibir que la formación no depende de las condiciones económicas, ya que se encontraron pocas diferencias en la pertenencia de las mujeres a los estratos socioeconómicos y la educación.

Del total de la muestra, sólo 4 mujeres tienen formación en básica primaria, 20 de ellas en educación secundaria y 24 en nivel técnico y tecnológico, la mayor proporción la tienen las mujeres capacitadas en nivel profesional, 50 en total. (Véase tabla N.7)

Tabla 6. Escolaridad de mujeres según estrato socioeconómico vivienda.

ESCOLARIDAD						
ESTRATO	PRIMARIA	BACHILLERATO	TECNICO	TECNOLÓGICO	PROFESIONAL	TOTAL
1 – 2	1	12	10	5	7	35
3 – 4	2	2	6	7	22	39
5 – 6	1	6	3	3	21	34
TOTAL	4	20	19	15	50	108

Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

Aunque los resultados muestran que las mujeres han tenido contacto con la educación superior, surgen varios cuestionamientos: De las mujeres que han estudiado, indiferente al nivel alcanzado, ¿cuántas de estas mujeres realizaron sus estudios en aquello que les apasionaba?, o más aún, ¿cuántas de estas mujeres están colocando en práctica lo estudiado en su trabajo?, aunado a esto, ¿hay coherencia en lo que se deseó para el proyecto de vida en educación superior con la realidad de lo estudiado?, y a su vez, ¿la formación realizada es lo que hoy en día les genera su fuente de ingresos para su mantenimiento o apoyo al hogar?

Los cuestionamientos anteriores abren la puerta a futuras investigaciones que aborden el tema de calidad de vida, entendido como un concepto amplio que va más allá de la obtención de recursos para la subsistencia o el vivir necesario, es superar límites, conocerse y desarrollar la vida en función de las potencialidades propias, aportando al bienestar, en palabras de Campbell (1976), la calidad de vida es un constructo que expresa una valoración subjetiva del grado en que se ha alcanzado la satisfacción vital.

Dentro de los factores psicosociales evaluados en otras investigaciones como generadores de estrés se encontró: la suma de roles, respecto a esto Aguirre y Martínez (2006) señalaron que la asunción de nuevos roles de carácter productivo, sin dejar el rol de cuidadora del hogar, crea cambios en el estado de ánimo y cansancio físico en las mujeres. Al verificar los niveles de ANSIEDAD ESTADO en las mujeres que laboran se halló que el 94% de ellas presenta un NIVEL ALTO, el 6% un NIVEL PROMEDIO, ninguna de ellas se encuentra en nivel bajo, estos porcentajes también se aproximan a lo observado en la investigación de Sáenz (2017) quien enunció la mayor probabilidad de vulnerabilidad del género femenino en el deterioro de su salud mental, haciéndola propensa a mayores y constantes cargas emocionales.

Otro evento recurrente contemplado en el factor psicosocial es la violencia, la cual puede tener múltiples expresiones, las lecturas hechas en relación a este tema exponen las causas que han impedido que el abordamiento del mismo, entre ellos se encuentran las siguientes: en la mayoría de ocasiones se desarrollan en el seno familiar, por temor a que el agresor ataque con mayor violencia (Comisión de Verdad y Memoria de Mujeres Colombianas, 2013), por el carácter cíclico (Palacio y Vélez, 2017) y la connotación de normalidad que le asigna la sociedad (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2019, p. 190), entre otros.

En la exploración hecha en a las mujeres través de la encuesta, se abordó el tema preguntándole ¿si han sufrido de algún tipo de violencia en el último mes?, a lo cual el 86% de las mujeres afirman no haber sufrido violencia alguna, el 14 % restante, sufrió violencia laboral, psicológica y verbal, entendiendo que el maltrato físico y sexual son rechazados de manera contundente por toda la población pero las amenazas verbales, el maltrato psicológico (de desvalorización), la dependencia económica, entre otros, son tolerados por la sociedad y en consecuencia por las mujeres, queda en entredicho, que este alto porcentaje de mujeres no haya sufrido algún tipo de violencia, toda vez que no hay un consenso de lo que se considera violencia, más aún violencia de género, este es un tema que se puede abordar a profundidad en otros espacios.

Uno de los trabajos que ha abordado en el tema de la violencia de las mujeres (Martínez, 2018, p. 146), manifiesta la importancia de reconocer que se sufre violencia y de la verbalización del mismo como una etapa inicial de un proceso de resiliencia frente a este hecho, en este orden de ideas, de este 86% de mujeres que no percibe sufrir violencia alguna puede haber un porcentaje que no entienda o reconozca que efectivamente sufre violencia, lo cual en un futuro puede ser un factor que incida en el deterioro o menoscabo de su salud mental.

Otros investigadores que tuvieron como enfoque la violencia contra la mujer, mencionan otro elemento que se tomó en cuenta en la investigación, Buesa y Calveti (2013) refieren: el papel del apoyo social, en otras palabras, la relevancia de la red de apoyo. Según Barnes (1954) las redes sociales son aquellas que se dan en forma de vínculos sociales, en donde se comparte un espacio, un tiempo y la ayuda es mutua, a su vez, la OMS en el tema de protección en salud mental confiere importancia a la red relacional como arma preventiva, así lo expresa el Informe Compendiado de la Promoción de la Salud Mental (2004), referenciándolo como capital social.

Dicho capital facilita la acción colectiva promoviendo el cambio, crecimiento y desarrollo social, inclusive puede proteger a los individuos contra el aislamiento, favoreciendo la vida comunitaria; esta interacción social en la presente investigación se vislumbra en la participación de las mujeres a entidades que aportan a su bienestar como: fundaciones, entidades religiosas, programas del INDER y Juntas de Acción Comunal, en este sentido, el 61% de las mujeres de la muestra participan en dichas entidades, cuando se relaciona este porcentaje con el comportamiento del estrés (EAE-G), se encuentra que la participación en los mismos no es significativa en la disminución de los niveles de estrés, por el contrario se observa una disminución en los niveles de estrés en las mujeres que no participan en estas entidades, sólo el 9% de este grupo presenta una percepción de estrés ALTA.

Pasando de este tema, se retoma lo dicho por Ducci (2005), quien menciona que, en el caso de las amas de casa, el estar ligadas a un espacio físico único (el hogar), en la etapa de formación de sus hijos genera: percepción de aislamiento y/o mayor carga emocional, en otras palabras, las mujeres se ven expuestas por las responsabilidades que deben asumir en razón del cuidado y formación de los hijos, generando mayor nivel de estrés.

De acuerdo con la encuesta realizada por el investigador, del grupo de mujeres con hijos, siendo estas 75 mujeres, en cuanto al porcentaje de mujeres que presentan ansiedad (ansiedad estado-ansiedad rasgo), se cuenta con una proporción elevada del 91% en nivel "ALTO" de ansiedad rasgo y 94% en ansiedad estado, 7% nivel "MEDIO" ansiedad rasgo y 5% ansiedad estado y solo un 2% nivel "BAJO" en ansiedad rasgo, 2% en ansiedad estado, lo anterior permitiría confirmar lo mencionado por Ducci acerca del desgaste emocional, no se hace una afirmación tajante ya que las preguntas usadas son de percepción y se tendrán que descartar otros factores que intervengan en la generación de los altos niveles de ansiedad.

Tabla 7. Niveles de ansiedad A/R Y A/E

NIVELES SEGÚN STAI

ANSIEDAD RASGO			ANSIEDAD ESTADO		
BAJO	MEDIO	ALTO	BAJO	MEDIO	ALTO
2%	7%	91%	2%	5%	94%

Fuente: Creación propia del investigador según datos cuestionario realizado

De acuerdo a lo expresado por Spielberger (1966), cuando el individuo se encuentra en una situación de angustia y la interpreta como amenazante, experimenta temor, preocupación, sufriendo cambios fisiológicos y conductuales en los que su sistema nervioso autónomo se activa y excita, a esta reacción transitoria se la conoce como ansiedad estado (A/E).

Igualmente, Spielberger menciona que una secuencia de acontecimientos estresores o reacciones determina una secuencia de comportamientos enfocada a evitar o contrarrestar el estímulo que percibe como peligroso activando las defensas psicológicas que evalúan cognitivamente la situación, dándose así la ansiedad rasgo (A/R).

Estos dos elementos: ansiedad estado y ansiedad rasgo tienen una relación simbiótica o de correspondencia en la medida que se requieren variados y recurrentes estados de ansiedad para la conformación de la ansiedad como rasgo.

Con los datos obtenidos se puede identificar que:

-Una mayoría de las mujeres presentan un nivel ALTO de ansiedad rasgo, como se expresó en la gráfica N. 35.

-A partir de la Escala de Apercepción de Estrés General (EAE-G), es que las mujeres presentan porcentajes homogéneos en los niveles superiores de estrés, especialmente en: “PROMEDIO” y “ALTO”.

Esto puede verse como lo expresa Fontana (citado en Atalaya, 2001); “ surge una exigencia a las capacidades de adaptación de la mente y el cuerpo” (p. 3), el estrés hace parte de la vida cotidiana de las mujeres de la muestra, permitiendo que las mismas controlen o no dicha exigencia, según los niveles arrojados de la muestra de esta investigación y en concordancia con la teoría de Fontana, un alto porcentaje de las mujeres que dan la bienvenida al estrés, pueden volver el mismo como provechoso, en la medida que les incentiva a ir a la acción y las mantiene en un proceso de continua adaptación a las exigencias del medio en el que se desenvuelven, otra fracción de las mujeres percibe el estrés como molesto y estéril, en razón de que las capacidades personales no concuerdan con las exigencias externas.

Teniendo en cuenta la consecuencias o repercusiones perjudiciales que señala Fontana, se pudiera concluir que las mujeres de la muestra pueden encontrarse en alguna de las siguientes etapas a consecuencia del estrés que manifiestan: reacción de alarma, etapa de resistencia, agotamiento.

Se encontró concordancia entre los datos arrojados en el EAE nivel ALTO y el mismo nivel del STAI, la exploración arrojó que 32 mujeres señalan un nivel ALTO DE ESTRÉS, lo cual se corrobora con 29 mujeres de este mismo grupo que perciben un ALTO nivel de ANSIEDAD RASGO, lo cual significa que este grupo de mujeres no sólo cuentan con momentos de estrés o episodios ansiedad, sino que ya tienen este nivel de ansiedad como un rasgo.

Sin embargo, los altos niveles de estrés y/o ansiedad, asociados a otros factores pueden ser generadores de resiliencia, en palabras de Reales y Macías (2017), la reconstrucción constante del proyecto de vida fortalece el bienestar psicológico asociado a la auto-aceptación, crecimiento personal y a las relaciones positivas con otros.

Esta investigación partía del análisis de cuatro aspectos que en su interior contenían los factores psicosociales y socioeconómicos asociados a la salud mental de las mujeres. El primero estaba relacionado con el estudio de elementos socioeconómico y sociodemográfico, a través de los ítems contemplados en la encuesta (entendiéndolos de forma separada) y luego al cruzar las variables se puede concluir que, las mujeres tienen dentro de su *modus vivendi* varios factores que se podrían relacionar con: un buen nivel de vida, como consecuencia de un nivel superior de educación, de contar con un empleo formal, un salario mayor o igual al mínimo entre otros.

Todas las variables contempladas en el apartado de calidad de vida pueden entenderse en dos dimensiones, como un dato estadístico, entre ellas estas: el medio de comunicación de mayor uso, la afectación o no de participación en actividades sociales habituales a causa de problemas de salud o emocionales y la posesión de red de internet en los hogares, respecto a esto se encuentra que las mujeres encuestadas, cuentan con elementos que pudieran interpretarse con niveles favorables de bienestar. A su vez, las preguntas sobre la percepción de la participación en entidades de bienestar, y deporte permiten el entrecruzamiento de estas variables con las preguntas que abordaban los condicionantes psicosociales (EAE-G Y STAI).

La salud mental de las mujeres, en especial la percepción del estado de las mismas depende de muchos factores, no de un solo elemento, de acuerdo a las mujeres encuestadas se encuentra que ellas tienen un alto nivel de estrés, de ansiedad como estado y de forma consiguiente de ansiedad como rasgo, teniendo en cuenta que esta descripción se ajusta a un momento en específico, y a su

vez el objetivo de la aproximación a la muestra fue de carácter exploratorio, estos altos niveles encontrados, se pueden traducir en factores de alarma visibles a trabajar desde diferentes ópticas, esto se puede verificar, cuando se conforman subgrupos de análisis dentro del total de la muestra en relación a factores como: tener hijos o no, salario devengado, empleo formal, niveles de escolaridad y niveles de responsabilidad económica en el hogar, entre otros, en ellos se encuentran porcentajes similares a los del total de la muestra en los niveles de ansiedad y/o estrés.

En el caso de que el objetivo trascienda de un nivel exploratorio a un nivel de intervención se debe tener en cuenta el compendio de elementos o variables que intervienen en la salud mental de esas mujeres, entre ellos los evaluados en este trabajo.

8. Referencias bibliográficas

- Abello, M., & Gallego, J. (2007). *Intervención Psicosocial, una Aproximación desde el Trabajo Social*. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas.
- Alarcón, L., & Ortiz, Y. (2017). ¿Qué factores se asocian a la violencia psicológica domestica?Análisis del último decenio de la ENDES. *Revista Casus*, 11-27.
- Alcaldía de La Ceja del Tambo. (2018). *Observatorio Asuntos de Mujer y Género*. La Ceja: Comunicaciones La ceja.
- Álvarez, C. (2014). Los determinantes sociales y económicos de la salud. Asuntos teóricos y metodológicos implicados en el análisis. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 28-40.
- Andrade, J., Alvis, L., Jimenez, L., Redondo, M., & Rodriguez, L. (2016). La vulnerabilidad de la mujer en la guerra y su papel en el posconflicto. *Revista de la Universidad San Buenaventura Medellin*, 290-308.
- Antunes, M., & Montalbán, M. (2017). Jardín de historias: Releer la violencia hacia la mujer en una favela carioca. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 77-102.
- Asociación Americana de Psicología. (2019). *Asociación Americana de Psicología*. Obtenido de Comprendiendo el estrés crónico: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/estres-cronico>
- Asociación Americana de Psicología. (11 de Febrero de 2019). *Asociación Americana de Psicología*. Obtenido de Encuesta de la Asociación Americana de Psicología demuestra que el estrés en los adolescentes es similar al de los adultos: <https://www.apa.org/news/press/releases/2014/02/estres-adolescentes>

Avila, R. (Sept 2 de 2016). Por la reducción de la brecha salarial entre hombres y mujeres.

Revista Dinero, Parrafo 6.

Buela, G., Guillén, A., & Seisdedos, N. (2011). *Cuestionario de ansiedad estado rasgo*

Adaptación española. Madrid: TEA ediciones.

Buesa, S., & Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés

postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 31-45.

Canchari, R. (2016). La mujer y el impacto diferenciado de la violencia en el contexto armado

interno Peruano. *Documento Opinion del Instituto Español de Estudios Estrategicos*, 827-838.

Cardona, D., Ovidio, C., & Restrepo, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental

positiva: revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 166-173.

Carmona, Z., & Parra, D. (2015). Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el

contexto colombiano. *Salud Uninorte*, 608-620.

Castillo, J., Galarza, D. M., & González, R. A. (2015). Resiliencia en familias monoparentales

con jefatura femenina en contextos de pobreza. *Revista Científica Guillermo de Ockham*, 45-54.

Citado en Alvarez, A., & I., G. (2011). Conflicto trabajo-familia, en mujeres profesionales.

Revista Pensamiento Psicológico, 89-106.

Citado en Elmendorf, E. (2010). La salud mundial: antes y ahora. *Crónica ONU*, 3.

- Comisión de Verdad y Memoria de Mujeres Colombianas. (2013). *La verdad de las mujeres víctimas del conflicto armado en Colombia*. Bogotá: Ruta Pacifica de las mujeres.
- Concejo de Medellín . (2003). *Política Pública Equidad de Género para las Mujeres*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- DANE. (27 de septiembre de 2019). *DANE Información para todos*. Obtenido de Estratificación socioeconómica para servicios públicos domiciliarios:
<https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/servicios-informacion/estratificacion-socioeconomica#generalidades>
- Dawson, & Weintraub. (2015). Una aproximación a los problemas de salud de las mujeres asistentes a la marcha de la mujer 2015. *Escritos sobre psicología y sociedad*, 112-129.
- Ducci, M. (2005). La salud mental de las mujeres. *Territoris*, 137-160.
- Dzul, M. (2010). *Unidad 3. Aplicación básica de los métodos científicos. Diseño no experimental*. Pachuca de Soto, Mexico: Universidad Autonoma del Estado de Hidalgo.
- Equidad de la Mujer. (s.f.). *Equidad de la Mujer*. Obtenido de Política Pública Nacional de Equidad de género para las Mujeres y el Plan Integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencias: <http://www.equidadmujer.gov.co/Paginas/WebPolíticas.aspx>
- EU, B. N. (15 de julio de 2019). *Medlineplus*. Obtenido de Estres:
<https://medlineplus.gov/spanish/aboutmedlineplus.html>
- Fadda, G., & Jirón, P. (1999). Calidad de vida: una metodología para la investigación urbana. *Escuela de Economía y Negocios UNSAM*, 175-187.

- Fernández Seara, J. L., & Mielgo Robles, M. (2006). *EAE Escalas de Apreciación del Estrés*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fundación de la mujer. (2013). *Fundación de la mujer*. Obtenido de Una historia hecha a pulso: www.fundaciondelamujer.com
- Galego, V., Satibáñez, R., & Iraurgi, L. (2015). Estrategias cognitivas de regulación emocional en mujeres en situación de maltrato. . *Revista interuniversitaria Tercera Epoca*, 115-125.
- Gallo, N., Meneses, Y., & Minotta, C. (2014). Caracterización poblacional vista desde la perspectiva del desarrollo humano y el enfoque diferencial. *Revsita Investigación y Desarrollo*, 360-401.
- Garavito, C., & Verano, R. (s.f.). (condiciones de vida, rupturas o uniones familiares, globalización entre otras).
- Garavito, C., & Verano, R. (2015). Los factores psicosociales y su relación con las enfermedades mentales. *Gestion de las personas y tecnología*, 30-37.
- García, G. M. (2013). Medicina y arte. La revolución de la anatomía en el Renacimiento. *Enfermería neurologica*, 25-27.
- Garcia, J., & Vélez, C. (2013). América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. *Revista de Salud Pública*, 731-742.
- Gomez, V. (2005). Richard Stanley Lazarus (1922-2002). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 207-209.

- González, J., Hernández, I., Martínez, R., Matos, J., Galindo, M., & García, S. (2016). Interferencia de la tecnología en las relaciones de pareja y su impacto en la salud mental de la mujer puertorriqueña. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 56-71.
- Greist, J. (Mayo de 2014). *MSD*. Obtenido de Aspectos generales de los trastornos de ansiedad: <https://www.msdmanuals.com/es-co/professional/trastornos-psi%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/aspectos-generales-de-los-trastornos-de-ansiedad>
- Hernandez. (2014). *Metodología de la investigación*. Mexico: McGRAW-HILL.
- Herrera, D., Coria, G., Muñoz, D., Graillet, O., Aranda, G., Rojas, F., . . . Ismail, N. (2017). Impacto del estrés psicosocial en la salud. *Neurobiología*.
- Hervás, G., & Vásquez, C. (2008). *Psicología positiva aplicada, 2da edición*. España: Biblioteca de psicología Desclee de Brouwer.
- Hervás, G., Gomez, D., Rahona, J., & C., V. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de psicología Clínica y de la Salud*, 15-28.
- Hincapié, C. (10 de Julio de 2018). *Mujeres Confiar*. Obtenido de Las mujeres, la guerra y la salud mental (Segunda parte): <http://www.mujeresconfiar.com/las-mujeres-la-guerra-y-la-salud-mental-segunda-parte/>
- Huertas, O. L. (2013). Mujeres subcontratadas por intermediación y la salud mental. *Tesis psicológica*, 14-28.
- Ibarra, M., & Rodriguez, A. (2013). Los estudios de género en Colombia. Una discusión preliminar. *Revista Sociedad y Economía No 24*, 15-46.

- Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2018). *Forensis. Datos para la vida*. Bogota: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2019). *Forensis 2018. Datos para la vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Jiménez, B. (2004). La Psicología Social Comunitaria en América Latina como Psicología Social Crítica. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 133-142.
- Levi, L., Anderson, L., & Jasso, R. (1980). *La tensión psicosocial : población, ambiente y calidad de la vida*. Mexico: El manual moderno.
- Londoño, B., Giraldo, S., Montoya, A., Moaide, V., Victoria, M., Goyes, I., & Montezuma, S. (2014). Violencia contra las mujeres en tres ciudades de Colombia: Pasto, Cartagena y Cali. 2005- 2009. *Revista Opinion Juridica de la Universidad de Medellín*, 35-50.
- Macaya, X., Vyhmeister, R., & Parada, B. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 215-232.
- Madrid, J. (2015). Impactos psicosociales, económicos, ambientales, de género y culturales generados por el conflicto armado en la ciudad de Medellín. *Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas*, 248-273.
- Mansilla A, M. E. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de Investigación en Psicología*, 106-116.
- Martinez, A. (2018). Acción psicosocial con mujeres víctimas de violencia sociopolítica en Colombia. *Revista Interuniversitaria Tercera Epoca* , 139-151.

Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M., & Quintero, M. (2009). Salud mental, desde una perspectiva actual de la psicología de la salud. *PSicología desde el Caribe*, 83-112.

Meneses, J. (2006). El cuestionario y la entrevista. *Universidad Oberta de Cataluña*, 52.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2001). *Ministerio de Economía y Finanzas*. Obtenido de Métodos para medir la pobreza: <https://www.mef.gob.pe/es/mapas-de-pobreza/metodos-para-medir-la-pobreza>

Ministerio de Educación Nacional. (2013). *Sisitema Nacional de indicadores educativos para los niveles de preescolar, básica y media en colombia*. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Guia Metodológica. Sistema Estándar de Indicadores Básicos de Salud en Colombia*. . Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y protección social. (2017). *Guía Metodológica para el Observatorio Nacional de Salud Mental*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

Moje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica*. Neiva: Universidad Surcolombiana.

Moreta, R., C, L., Gordón, P., Ortíz, W., & Gaibor, I. (2018). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y social como predictores de la salud en ecuatorianos. *Actualidades en psicología* , 111-125.

- Musitum, G., Herreno, J., Cantera, L., & Montenegro, M. (2004). Capítulo III: Psicología comunitaria de la salud. En G. Musitum, J. Herreno, L. Cantera, & M. Montenegro, *Introducción a la psicología comunitaria* (ps. 73-97). Barcelona: Editorial UOC.
- Nava, M. (2010). La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Revista de enfermería neurológica*, 129-137.
- Ochoa, C., & Cruz, A. y. (2014). Depresión en la mujer: ¿expresión de la realidad actual? *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 113-135.
- ONU Mujeres Colombia. (s.f.). *ONU Mujeres Colombia*. Obtenido de Las mujeres en Colombia: <http://colombia.unwomen.org/es/onu-mujeres-en-colombia/las-mujeres-en-colombia>
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Grupo de la OMS sobre la calidad de vida: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
- Organización Mundial de La Salud. (2001). *Constitución de la OMS: principios*. Suiza: Organización Mundial de La Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica*. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de La Salud. (2005). *La Salud y Los Objetivos del Desarrollo del Milenio*. Ginebra: Kaolis.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Resumen analítico: Las mujeres y la salud*. Suiza: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Determinantes sociales de la salud: https://www.who.int/social_determinants/es/

Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en Elaboración con la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud y La Universidad de Melbourne. (Diciembre de 2004). *Organización Mundial de la Salud- Reportajes- Cifras y datos*. Francia: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Salud mental: un estado de bienestar: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Ortega, J. (2014). Estrés y evaluación psicológica: un acercamiento teórico relacionado al concepto de resiliencia. *Anuario de Investigaciones Volumen XXI*, 297-302.

Palacios, L., & Vélez, C. (2017). Abordar la violencia contra las mujeres desde una perspectiva integral. *Revista Ciencia y Salud*, 183-187.

Pérez, M., Sánchez, M., Martínez, E., Jiménez, F., & Hueso, C. (2017). Crisis económica, políticas sociales y desigualdades en salud. *Revista de paz y conflictos*, 207-232.

Posada, I., Mendoza, A., Orozco, I., Restrepo, C., & S., C. (2017). Roles de género y salud en mujeres desplazadas por la violencia en Medellín, 2013-2014. *Revista de Ciencia y Salud*, 189-202.

Reales, L., & Macias, M. (2017). Comprensión del bienestar desde las experiencias socioeconómicas de un grupo de mujeres desplazadas por la violencia sociopolítica en la ciudad de Barranquilla. *Summa Psicológica UST*, 61-71.

Rendón, V. M. (2016). Estadística descriptiva. *Revista alergía México*, 397-407.

- Restrepo, D. A., & Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 202-211.
- Restrepo, P., Meneses, R., Gonzalez, M., & Garay, N. (2006). *Medellín Como Vamos*. Obtenido de <https://www.medellincomovamos.org/download/presentacion-informe-de-calidad-de-vida-de-medellin-2018/>
- Ries, F., Castañeda, C., Campos, M., & Del Castillo, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de psicología del deporte*, Revista CPD.
- Rivillas, J., Montaña, J., Cuellar, C., & Ospina, M. (2013). Registros, observatorios y sistemas de seguimiento en salud en Colombia: orientación de políticas basadas en la evidencia y gestión del conocimiento. *Revista Monitor Estratégico*, 56-62.
- Rodriguez, R. (2005). El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 105-111.
- Rojas, L., Castaño, G., & Restrepo, D. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Medicina CES*, 130-140.
- Rosental, M., & Ludin, P. (1960). *Diccionario soviético de filosofía*. Montevideo, Pueblos Unidos: Ediciones Pueblos Unidos.
- Rosentreter, J. (1996). Habilidades sociales y salud mental. Un enfoque comunitario. *Última década*, 1-21.

- Rueda, L. (2011). La violencia psicológica contra las mujeres en Colombia. *Revista de Economía del Rosario*, 165-188.
- Ruiz, A., González, N., González, S., Aguilar, Y., & Torres, &. (2018). Relación entre síntomas psicopatológicos y calidad de vida en hombres y mujeres. *Liberabit*, 97-113.
- Sáenz, M. (2017). Salud mental, género e igualdad. *Revista de salud mental y psiquiatria comunitaria*, 109-114.
- Sáenz, R. (2015). *Equidad y determinantes sociales de la salud: reflexiones desde America Latina*. Madrid: Eurosocial.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 141-157.
- Seara, J., & Mielgo, M. (2006). *Manual EAE*. Madrid: Tea ediciones.
- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social. (2014). *Indicadoras basicos de la salud. Antioquia 2014*. Obtenido de <http://diagnosticosalud.dssa.gov.co/>
- Sen, A. (1.999). *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta.
- Universidad de Antioquia. (s.f.). *Salud Publica Virtual*. Obtenido de Definiciones: aludpublicavirtual.udea.edu.co/eva/mod/glossary/view.php?id=4402&mode=author&hook=ALL&sortkey=LASTNAME&sortorder=asc&fullsearch=0&page=1
- Universidad EAFIT, Camara de Comercio de Medellín, Proantioquia y otros, (2018). Informe de Calidad de Vida, Medellín Como Vamos, 2018.
- Urzúa, A., & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 61-71.

Vera, F., & Vera, O. (2013). Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *revista Cuerpo Médico*, 41-45.

9. Anexos

Anexo A. Cuestionario sobre aspectos psicosociales y socio económicos asociados a la salud mental en mujeres de la ciudad de Medellín, 2018 - 2019.

Sección 1 de 4 Preguntas de información general

A continuación, encontrará preguntas de localidad, vivienda, familia, salubridad, sociedad civil. Esperamos lea cuidadosamente para responder de manera asertiva, sea de manera escrita, selección múltiple con única respuesta o múltiple respuesta.

Nombre: _____

Apellidos: _____

Correo electrónico: _____ Fecha de la entrevista: _____

Encuestador: _____

Celular o fijo: _____ Barrio: _____

Dirección: _____

Rango de edad: 18-25 años ___ 26-35 ___ 36-45 ___ 46 – 60 ___

Estado civil:

1. Casada ___
2. Soltera ___
3. Unión Libre ___
4. Viuda ___
5. Separada o divorciada ___

Indicar el número de hijos:

1. Uno ___
2. Dos ___
3. Tres o más ___
4. No aplica ___

¿Cuántas personas dependen de usted económicamente?

1. Uno ___
2. Dos ___
3. Tres o más ___
4. No aplica ___

Nivel de escolaridad

1. Primaria ___
2. Bachillerato ___
3. Técnico ___
4. Tecnológico ___
5. Profesional ___
6. Ninguno ___

Tipo de empleo:

1. Contrato a término fijo ____
2. Contrato a término indefinido ____
3. Contrato de obra o labor ____
4. Contrato civil por prestación de servicios ____
5. Contrato de aprendizaje
6. No aplica ____

¿Está afiliado a accidentes y riesgos laborales (ARL)? Sí ____ No ____

Salario devengado:

- Menos de \$500.000 ____
- \$500.000 - \$1.000.000 ____
- \$1.000.000 – \$2.000.000 ____
- Más de \$2.000.000 ____
- No aplica ____

Vivienda: Propia ____ Alquilada ____ Familiar ____

Posee internet: Si __ No __

Estrato socioeconómico de la vivienda:

- 1-2 ____
- 3-4 ____
- 5-6 ____

¿En qué porcentaje usted es responsable de los gastos básicos del hogar?

- 100% (total) ____
- 75% (más de la mitad) ____
- 50% (la mitad) ____
- 25% (menos de la mitad) ____
- No aplica ____

Medio de comunicación que más usa:

*Radio ____ *TV ____ *Periódico ____ * Internet ____ *Celular ____

¿En cuáles entidades participa o disfruta de los beneficios o servicios relacionados al bienestar psicológico, físico, espiritual o familiar de su localidad?

- Juntas de acción comunal ____
- INDER ____
- Fundación o Corporación ____
- Entidad religiosa ____
- Ninguno ____

¿A qué régimen de salud está afiliado?

- Contributivo (privado) ____
- Subsidiado (SISBEN) ____
- Ninguno ____

Durante su tiempo libre, ¿normalmente hace todo el ejercicio físico que desearía?

Sí __ No __

En el caso de no realizar ejercicio o actividad física, indique el por qué:

- __ Porque no tengo tiempo
- __ Porque no tengo un lugar adecuado
- __ Porque no tengo fuerza de voluntad
- __ Otros

¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

*Nada ____ *Regular ____ *Mucho ____

¿Cómo diría que es su salud actual, comparado con la de hace un año?

Mucho mejor ahora ____

Más o menos igual ____

Peor ____

¿Cómo piensa que es su vida social? Mala ____ Regular ____ Buena ____

En el último mes ¿ha sufrido algún tipo de violencia?

- Psicológica ____
- Física ____
- Sexual ____
- Verbal ____
- Laboral ____
- En ningún momento ____

En los últimos doce meses ¿ha llegado a pensar seriamente en la posibilidad de suicidarse, de quitarse la vida? Sí __ No __

Sección 2 de 4 Escala EAE G

En primer lugar, va a encontrar una serie de enunciados relacionados con acontecimientos importantes de ansiedad, momentos tensos, de nerviosismo, de frustración, entre otros. Por ejemplo, "PRIMER EMPLEO", marque SI, si han estado, o están presentes en su vida, o marque NO en caso contrario.

En caso de responder SI, señale en qué medida le ha afectado en la siguiente pregunta, por ejemplo "PRIMER EMPLEO". ¿QUÉ TANTO LE AFECTA / LE AFECTÓ? Para ello, marcará el grado de afectación que usted considere, donde:

0 significa nada,

1 un poco,

2 mucho

3 muchísimo.

En tercer lugar, debe indicar, además, si todavía le está afectando (A) o si ya le ha dejado de afectar (P).

ESCALA EAE - G

“Por favor conteste a todos los enunciados”

	Si o No	0 1 2 3	A o P
1. Primer empleo.	—	—	—
2. Situación de paro, desempleo o jubilación anticipada.	—	—	—
3. Época de exámenes u oposiciones	—	—	—
4. Cambio de ciudad o de residencia.	—	—	—
5. Búsqueda y/o adquisición de vivienda.	—	—	—
6. Deudas, prestamos, hipotecas.	—	—	—
7. Problemas económicos propios o familiares.	—	—	—
8. Estilo de vida y/o forma de ser.	—	—	—
9. Subida constante del coste de la vida.	—	—	—
10. Emancipación, independencia de la familia.	—	—	—
11. Falta de apoyo o traición de los amigos.	—	—	—
12. Infidelidad propia o de la persona hacia mí.	—	—	—
13. Hablar en público.	—	—	—
14. Inseguridad ciudadana.	—	—	—
15. Situación socio política del país.	—	—	—
16. Preocupación por la puntualidad.	—	—	—
17. Vivir solo.	—	—	—

18. Problemas de convivencia con los demás	—	—	—
19. Presencia de un apersona no deseada en el hogar (tía, abuela o pariente).	—	—	—
20. Vida y relación de pareja o de matrimonio.	—	—	—
21. Ruptura de noviazgo o separación de pareja.	—	—	—
22. Ruptura de las relaciones familiares (con los padres, hermanos).	—	—	—
23. Abandono del hogar de un ser querido.	—	—	—
24. Separación, divorcio de mis padres.	—	—	—
25. Nacimiento de otro hijo o hermano.	—	—	—
26. Estudios y/o futuro de mis hijos o familiar cercano.	—	—	—
27. Problemática de drogas o alcohol (propia o familiar).	—	—	—
28. Muerte de algún familiar muy cercano (cónyuge, padres, hermanos).	—	—	—
29. Muerte de algún amigo o amiga o persona querida.	—	—	—
30. Embarazo no deseado o deseado con problemas.	—	—	—
31. Aborto provocado o accidental.	—	—	—
32. Tener una enfermedad grave.	—	—	—
33. Envejecer.	—	—	—
34. Enfermedad de un ser querido.	—	—	—
35. Pérdida de algún órgano o función física o psíquica.	—	—	—
36. Problemas sexuales.	—	—	—
37. Someterse a un tratamiento, revisión o rehabilitación.	—	—	—
38. Intervención u operación quirúrgica.	—	—	—
39. Ocupar un nuevo cargo o puesto de trabajo.	—	—	—
40. Cambio de horario de trabajo.	—	—	—
41. Exceso de trabajo.	—	—	—
42. Excesiva responsabilidad laboral.	—	—	—
43. Hacer viajes (frecuentes, largos).	—	—	—
44. Tiempo libre y falta de ocupación.	—	—	—
45. Problemática de las relaciones en mi trabajo (con los jefes, compañeros).	—	—	—
46. Situaciones discriminatorias en mi trabajo.	—	—	—
47. Éxito o fracaso profesional.	—	—	—
48. Desorden en casa, despacho.	—	—	—
49. Reformas en casa.	—	—	—
50. Dificultades en el lugar donde vivo.	—	—	—
51. Preparación de vacaciones.	—	—	—
52. Etapa de vacaciones e incorporación al trabajo.	—	—	—
53. Servicio Militar.	—	—	—

Sección 3 de 4 - STAI E

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan para describirse a sí mismo. Lea cada frase e indique como se **SIENTE USTED AHORA MISMO**.

No hay respuestas buenas ni malas, no emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa **SU SITUACIÓN PRESENTE**.

0-Nada

1-Algo

2-Bastante

3-Mucho

¿Cómo me siento ahora mismo?	0	1	2	3
1. Me siento calmado	—	—	—	—
2. Me siento seguro	—	—	—	—
3. Estoy tenso	—	—	—	—
4. Estoy contrariado	—	—	—	—
5. Me siento cómodo (Estoy a gusto)	—	—	—	—
6. Me siento alterado	—	—	—	—
7. Estoy preocupado por posibles desgracias futuras	—	—	—	—
8. Me siento descansado	—	—	—	—
9. Me siento angustiado	—	—	—	—
10. Me siento confortable	—	—	—	—
11. Tengo confianza en mí mismo	—	—	—	—
12. Me siento nervioso	—	—	—	—
13. Estoy desasosegado	—	—	—	—
14. Me siento muy atado (como oprimido)	—	—	—	—
15. Estoy relajado	—	—	—	—
16. Me siento satisfecho	—	—	—	—
17. Estoy preocupado	—	—	—	—
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	—	—	—	—
19. Me siento alegre	—	—	—	—

Sección 4 de 4 - STAI R

Le agradezco el tiempo dedicado a este instrumento.

Para el éxito del mismo, es necesario que usted sea lo más honesto posible en las respuestas.

Es importante seguir las indicaciones, a su vez el facilitador estará dispuesto a resolver cualquier inquietud que se presente en desarrollo de este cuestionario. A continuación, encontrará unas frases que se utilizan para describirse a sí mismo.

Lea cada frase y seleccione la respuesta que indique mejor cómo se SIENTE USTED EN GENERAL en la MAYORÍA DE LAS OCASIONES.

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

¿Cómo me siento GENERALMENTE?	Casi Nunca / A veces / A menudo / Casi siempre			
1. Me siento bien	___	___	___	___
2. Me canso rápidamente	___	___	___	___
3. Me canso rápidamente	___	___	___	___
4. Siento ganas de llorar	___	___	___	___
5. Me canso rápidamente	___	___	___	___
6. Me gustaría ser tan feliz como otros	___	___	___	___
7. Me canso rápidamente	___	___	___	___
8. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	___	___	___	___
9. Me siento cansado	___	___	___	___
10. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	___	___	___	___
11. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	___	___	___	___
12. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	___	___	___	___

¿Cómo me siento GENERALMENTE?	Casi Nunca / A veces / A menudo / Casi siempre			
13. Soy feliz	___	___	___	___
14. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	___	___	___	___
15. Me falta confianza en mí mismo	___	___	___	___
16. Me siento seguro	___	___	___	___
17. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	___	___	___	___
18. Me siento triste (melancólico)	___	___	___	___
19. Estoy satisfecho	___	___	___	___
20. Me rondan y molestan pensamientos sin	___	___	___	___

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| importancia | — | — | — | — |
| 21. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos | — | — | — | — |
| 22. Soy una persona estable | — | — | — | — |
| 23. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado | — | — | — | — |

Anexo B. Consentimiento Informado

El objetivo de esta investigación es:

"Explorar aspectos psicosociales y socio económicos asociados a la salud mental de mujeres entre los 18 y 60 años de edad, en diferentes barrios de la ciudad de Medellín, 2019.

He sido informada del enfoque de esta investigación y me comprometo a:

1. Responder las preguntas del cuestionario con sinceridad y espontaneidad.
2. Aceptar que los resultados de la investigación sean utilizados en la preparación de publicaciones científicas, siempre y cuando se conserve en el anonimato mi identidad.

Soy consciente que:

1. Esta investigación no tiene un propósito terapéutico, únicamente se realiza con fines de producción de conocimiento.
2. No recibiré ningún beneficio económico del estudio actual.

Esta investigación contempla los parámetros establecidos en la resolución N° 008430 de 1993 del 4 de octubre, emanada por el Ministerio de salud, en cuanto a investigaciones con mínimo riesgo, realizadas con seres humanos.

En constancia, ACEPTO participar de manera voluntaria por medio de este consentimiento informado, en presencia del investigador.

Firma de la encuestada

Firma del encuestador