



**Representaciones sociales sobre la salud mental y el profesional de psicología en un  
contexto rural de Rionegro**

Viviana Marcela Alzate Arbeláez

Trabajo de grado presentado para optar al título de psicóloga

Asesora

Adriana María Ospina Vélez, Magíster (MSc) en Psicología Comunitaria

Universidad de Antioquia  
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas  
Psicología  
El Carmen de Viboral, Antioquia, Colombia  
2021

## Contenido

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción .....	5
1. Planteamiento del Problema .....	7
2. Antecedentes.....	15
2.1. La salud mental y sus representaciones.....	17
2.2. Representaciones sociales frente al profesional de psicología.....	18
2.3. La salud mental en la ruralidad, una perspectiva desde el conflicto armado .....	20
3. Justificación.....	23
4. Objetivos.....	25
4.1 Objetivo General .....	25
4.2 Objetivos Específicos.....	25
5. Marco Teórico .....	26
5.1. La salud mental y sus enfoques.....	26
5.2 Estigma y salud mental: un enfoque psicosocial sobre las representaciones sociales ...	29
6. Metodología.....	36
6.1 Métodos y técnicas .....	37
6.2 Población y lugar de realización .....	37
6.3 Técnicas e instrumentos de recolección, procesamiento y análisis de la información ..	38
7. Resultados.....	41
7.1. La salud mental vista por los habitantes de la Vereda Mampuesto .....	42
7.1.1. <i>Es un estado de estar uno bien consigo mismo, con la familia, con su trabajo,</i> <i>con su hogar.</i>	42
7.1.2. <i>La salud mental es muy delicada y hay que saberla trabajar.</i>	43
7.2. Motivos y creencias frente a la consulta y el profesional de psicología .....	45
7.3. Diferencias entre psiquiatría y psicología: una categoría emergente.....	47
8. Conclusiones.....	50
Referencias.....	54
Anexos .....	62

## Resumen

La presente investigación muestra las representaciones sociales construidas por habitantes de la Vereda Mampuesto del Municipio de Rionegro sobre la salud mental y el profesional de psicología, buscando comprender si estas influyen en la decisión de ir o no a consulta psicológica. Para ello se usó una metodología tipo cualitativa con perspectiva fenomenológica que permitió por medio de entrevistas semiestructuradas conocer la información, las creencias y prácticas de tres mujeres de diferentes edades y un hombre adulto. Los resultados dan cuenta de que, en esta población rural la salud mental es vista desde dos perspectivas opuestas: el bienestar integral y la enfermedad mental, siendo esta última una responsabilidad individual; además se resalta la figura del profesional de psicología como un apoyo y guía, diferenciándolo enfáticamente con la psiquiatría, la cual se asocia con la locura y la medicalización, viéndose permeada por la estigmatización.

*Palabras clave:* representaciones sociales, ruralidad, psicología, salud mental, creencias, psicólogo

## **Abstract**

The present research shows the social representations built by inhabitants of a rural area Mampuesto located in the Municipality of Rionegro regarding mental health and the psychology professional, seeking to understand if these influence on the decision whether or not to go to a psychological consultation. For this purpose, a qualitative methodology with a phenomenological perspective was used that allowed, through semi-structured interviews to know the information, beliefs and practices of three different ages women and an adult man. The results show that, in this rural population, mental health is seen from two opposite perspectives: integral well-being and mental illness, this last one being an individual responsibility; In addition, the figure of the psychology professional is highlighted as a support and guide, emphatically differentiating it with psychiatry, which is associated with madness and medicalization, being permeated by stigmatization.

*Keywords:* social representations, rurality, psychology, mental health, beliefs, psychologist

## Introducción

Cuando nos referimos a salud es pertinente mencionar que esta hace referencia al bienestar físico, social y mental, de allí que sea necesario tener presente la salud mental como dimensión inherente y relevante en el bienestar de cada individuo y sociedad. De modo que, al hablar de salud mental, por un lado, se puede abordar desde el conocimiento, las creencias y las prácticas que tiene la sociedad y por otro lado en relación a los servicios de salud y las posibilidades de acceder a los servicios de atención en de salud mental, en concreto a una consulta con un profesional de psicología.

En cuanto al acceso a los servicios de salud mental es importante tener en cuenta que existen diferentes variables que dificultan el acercamiento o la efectiva prestación del servicio. Así por ejemplo se puede hablar de las barreras en relación a la estructura del sistema de salud, la oferta de servicios, las diferencias sociales y culturales en lo rural y urbano, los desplazamientos o costos económicos y los factores socioculturales que influyen en las motivaciones y actitudes para acudir a los servicios.

Es así entonces, que la presente investigación tiene como objetivo principal analizar las creencias, percepciones, conocimientos e información, es decir, las representaciones sociales sobre la salud mental y los profesionales de psicología, que tienen los habitantes de la Vereda Mampuesto de Rionegro, Antioquia, buscando comprender si influyen en la decisión de acudir o no a la consulta psicológica.

Este trabajo de grado se desarrolla inicialmente con la contextualización de este fenómeno y la importancia de su realización, donde se describe a grandes rasgos la poca relevancia que tiene la salud mental a nivel gubernamental, los bajos índices de acceso a los servicios de salud mental y los imaginarios que existen alrededor de la salud mental y el profesional de psicología. Tanto a nivel de antecedentes como marco conceptual se acude a la

mirada desde representaciones sociales, que son entendidas como formas de pensamiento, creencias y actitudes que permiten comprender el mundo y así mismo orientar las prácticas.

Ahora bien, el trabajo de campo y la recolección de la información tiene como fundamento la perspectiva cualitativa y la realización de entrevistas semiestructuradas, las cuales permiten tener un acercamiento y ahondar en las subjetividades construidas por los participantes alrededor de este fenómeno, en base a su historia de vida, ideas, experiencias y valores.

Finalmente, a partir de allí se realiza una categorización y análisis de la información, desde donde surgen los resultados y las conclusiones que permiten un acercamiento a la realidad de la comunidad rural de la Vereda Mampuesto y entrever algunas creencias y conocimientos que giran en torno a la salud mental, la consulta psicológica y el profesional de psicología. Esperando que estas reflexiones puedan aportar a la formulación de futuros trabajos de investigación e intervención, donde cobre relevancia un dialogo de saberes entre la población rural y el contexto académico y universitario.

## 1. Planteamiento del Problema

Al hablar de salud no solo se debe hacer referencia al estado físico, sino al bienestar que comprenden las dimensiones social y mental; además de ello no es solamente la ausencia de una enfermedad o dolencia (OMS, 2001). Al adentrarse en el campo de la salud mental y buscando comprenderlo se encuentra que no hay una conceptualización unívoca para definirlo, sino descripciones entorno a ello desde diferentes enfoques. En este sentido, por lo pronto se toma para objeto de esta investigación lo descrito por la OMS donde la salud mental es definida como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (2001a, p. 1).

No hay duda que la salud mental es fundamental para la vida, el bienestar de las personas y las comunidades. Sin embargo, a pesar de la importancia de la salud mental y su condición multifactorial los gobiernos no le han brindado la debida atención. Según comunicados de la OMS (2016), los entes gubernamentales aún no destinan los recursos necesarios para ello, así lo muestra el Atlas de Salud Mental de la OMS de 2014, donde se indica que “los gobiernos gastan por término medio un 3% de sus presupuestos sanitarios en salud mental, cifra que oscila entre menos de un 1% en los países de ingresos bajos y un 5% en los de ingresos altos”, siendo en promedio menos de US\$ 2 por habitante en los países de ingresos bajos y medianos.

Uno de los motivos que manifiesta la OMS (2004) para que esta inversión necesaria aún no suceda, son las orientaciones de los gobiernos centradas en los tratamientos de personas con trastornos mentales, siendo este el criterio para la financiación dejando de lado la promoción y prevención. Este hecho puede a su vez generar un estigma y confusión, reduciendo la salud mental a la enfermedad mental, descuidando las problemáticas mentales que aún no han llegado a catalogarse como un trastorno. Situación que al mismo tiempo

puede incidir en las representaciones sociales en torno a la salud mental y a la estigmatización frente a los servicios que se ofrecen y a sus profesionales.

En relación a cómo se ha abordado este tema en Colombia, según el Observatorio Nacional de Salud [ONS] (2019) a nivel normativo la salud mental ha venido presentando cambios significativos, como las transformaciones de políticas y lineamientos desde 2007 a 2018, lo que ha favorecido una ampliación del cubrimiento y acceso a los servicios. Así mismo este Observatorio manifiesta que hay una amplia oferta de talento humano potencial en salud mental, evidenciando la existencia de 1.166 profesionales por cada 100.000 habitantes (p. 62). No obstante, se debe mirar con detenimiento esta oferta dado que hay algunas regiones como Bogotá, San Andrés y Risaralda, que poseen mayor número de profesionales y algunas regiones que no cuentan con profesionales para suplir esta medida. En lo concerniente a Antioquia, este departamento posee entre 639 y 964 profesionales por cada 100.000 habitantes, un poco por debajo de la media nacional.

A nivel investigativo en Colombia se puede mencionar que el estudio de la salud mental desde los entes gubernamentales tiene pocas aproximaciones como se evidencia en la realización de solo cuatro Encuestas Nacionales de Salud Mental (ENSM) en los últimos 27 años (1993, 1997, 2003 y 2015). Situación diferente para otros ámbitos que son más investigados, como por ejemplo los estudios de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud que se realiza cada cinco años (1990, 1995, 2000, 2005, 2010 y 2015). Dada esta realidad, surgen preguntas como ¿por qué la salud mental no cuenta con la misma inversión y atención de los gobiernos?, ¿hay una dicotomía en la salud y por ende es una más importante que la otra?, ¿es más valiosa la salud física que la mental?

Además de los grandes lapsos de tiempo de las encuestas de salud mental, las tres primeras ENSM tienen como enfoque la recolección de información sobre trastornos psiquiátricos y su atención, dejando de lado la amplitud que embarca la salud mental. Lo que



habla de un tema poco relevante para nuestro contexto y que dificulta la obtención de información actualizada para tomar decisiones y que permita plantear acciones de promoción y prevención en cuanto a problemáticas y trastornos mentales.

Adicional a lo anterior, a nivel poblacional ir a los servicios de salud mental en Colombia es un tema que poco se aborda en la vida cotidiana. Muestra de esto son los datos que arrojan las diferentes ENSM, donde se evidencia que en el contexto colombiano los índices de acceso a los servicios de salud mental son muy bajos. Por ejemplo, la ENSM del 2003 revela que de las 4.544 personas encuestadas el 40% presentó algún trastorno mental en su vida, el 16.0 % lo reportó en los últimos 12 meses, de los cuales entre el 85,5% y 94,7% no accedieron a algún servicio de salud, y solo un 5% aproximadamente superó las barreras de acceso (González et al., 2016).

Así mismo los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 2007 muestran que solo el 0,8% de la atención recibida en los servicios de salud fue por motivos de enfermedades o problemas mentales. Datos similares se encontraron en la última ENSM de 2015, donde se expone que de las personas que refirieron algún tipo de problema de salud mental en los últimos 12 meses, solo el 38,5% (18 a 44 años) y el 48.8% (mayores de 44 años) de la población encuestada buscó atención. Lo que evidencia que así haya una percepción de algún problema mental, no se realizan prácticas que sean efectivas para la búsqueda de cualquier servicio o apoyo y que puedan registrarse en estas encuestas.

De igual manera, el acceso a los servicios y su poca utilización a nivel nacional se ve reflejado en el informe *Acceso a los servicios de Salud en Colombia* del ONS (2019). En este informe se realizó un análisis basado en la población estimada con enfermedad mental en los últimos 12 meses de la ENSM de 2015 y la población atendida con enfermedad mental derivada a servicios de salud mental en las IPS a nivel regional, departamental y municipal, entre el 2015 y 2017. Se anota que esta información en cuanto al registro disponible solo hace

referencia a las acciones que incluyen el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. En este análisis entonces, se encuentra que “del total de la población con algún trastorno mental, hubo una demanda de servicios en salud en las IPS del 40,3% en adolescentes y 46,1% en adultos”, y que solo el 10,1% de los adultos y 16,0% de los adolescentes recibieron atención específica en los servicios de salud mental, hallándose una brecha grande de atención terapéutica.

Así mismo, Kohn R. (citado por ONS, 2019) manifiesta que “En Colombia sólo el 2,9% de las personas con problemas ansiosos y el 18,7% de las personas con trastornos afectivos buscan atención en los servicios de salud en el primer año”, lo que sigue dando cuenta de que es el tema de salud mental y su búsqueda de ayuda un tema poco relevante en nuestro contexto.

Referido al contexto antioqueño y rionegrero sobre la atención en salud mental, las cifras pueden verse reportadas en el Observatorio Nacional de Salud Mental [ONSM] (s.f.), en la categoría sobre el uso de servicios en salud mental. La información consignada allí está del 2009 al 2018, y corresponde al porcentaje de personas que requieren la atención en salud mental vs quienes son atendidas. Anotando que esta información reportada corresponde a lo que puede ser clasificado dentro de los diagnósticos del CIE 10, dejando de lado otras posibles intervenciones a nivel de salud mental.

En cuanto al panorama departamental, se encuentra que hay un porcentaje muy bajo de atención en los años reportados, siendo el año 2018 el que cuenta con mayor porcentaje de personas atendidas, con un 19,97 % del total de 250.542 personas que requerían la atención. A nivel municipal, la situación de baja atención no es muy diferente, donde el 2018 fue también el año que más se atendieron personas, figurando entonces la atención del 30, 61% de las personas que la solicitaron. Según estos datos del ONSM (s.f.), se sigue confirmando la información expuesta anteriormente sobre el bajo acceso a los servicios de salud mental, en

este caso sin especificar los motivos de este tipo de hallazgos, pues solo son reportes que brindan cifras. No hay líneas explicativas, donde se comprenda por qué las personas no accedieron, si ello corresponde a motivos actitudinales, dificultades administrativas, problemas de desplazamiento o económicos, entre otros. Allí tampoco puede observarse una diferenciación de atención o solicitud a nivel rural o urbano.

En el marco de este trabajo de grado, se parte de la premisa de que además de las barreras de ofertas de servicios, económicas o geográficas, las barreras actitudinales se convierten en otro factor a tener presente en el análisis de las causas que están a la base de las cifras expuestas anteriormente. Este tema actitudinal a su vez está enmarcado en una complejidad de variables en las que están involucrados los imaginarios individuales y sociales alrededor de la salud mental, las creencias sobre el sistema de salud o profesionales del área de salud mental, los tratamientos psicoterapéuticos, entre otras. Sin embargo, se pueden vislumbrar algunas líneas que dan cuenta de lo que pasa en el contexto colombiano en relación esta temática.

Una de las investigaciones que muestra la negativa de la población para acceder a los servicios de salud mental es la ENSM de 2015. En este estudio las personas no consideran necesario consultar, por “descuido” o no “querer ir”. Según Andrade et al. (2013) (citado en ENSM 2015) estas son las llamadas barreras actitudinales, y son las barreras de acceso más conocidas y frecuentes al hablar de salud mental, debido al estigma y autoestigma de la enfermedad mental, asociado a la baja necesidad percibida de requerir ayuda y las creencias negativas frente a los sistemas de salud.

Además de ser una barrera de acceso a los servicios, el estigma según Campo-Arias et al. (2014) tiene dentro de sus consecuencias negativas, la disminución de recursos para la salud mental y políticas públicas, incrementa la posibilidad de que las personas se impliquen en delitos y genera también una repercusión en las afectaciones a los familiares de los

pacientes con enfermedades mentales, que terminan siendo una carga adicional. Esto lleva entonces a generar preguntar cómo, ¿qué imaginarios, creencias, hay detrás de este estigma hacia la salud mental?

En un análisis más profundo de la ENSM de 2015, González et al. (2016) exponen que el 69.9 % de los adultos encuestados describió haber tenido algún tipo de problema de salud mental en los últimos 12 meses, y de ellos el 64,8 % no consultó o buscó atención por motivos comportamentales. Allí se mencionan que las razones más frecuentes para no consultar son “descuido”, “pensó que no era necesario consultar” y “no querer asistir” (p. 93), que son causas asociadas a un orden actitudinal, posiblemente relacionadas con estigma o miedo. Otro hallazgo encontrado que puede convertirse en una barrera de acceso a los servicios de salud mental, es el “entrenamiento insuficiente del personal de salud en temas de atención de trastornos mentales y problemas psicosociales” (Henaó et al., 2009).

En suma, de acuerdo a los análisis del ONS (2019) a pesar de la oferta y mejoramiento en las normativas siguen persistiendo las barreras y el bajo acceso. Estas barreras son relacionadas con los dos factores anteriormente desarrollados. Uno es el estructural, que se refiere a las características del sistema, dificultades administrativas, la formación del talento humano y las ofertas en atención. Y el otro factor es el socio-cultural, referido al estigma y la discriminación hacia las personas con algún tipo de problema de salud mental, pero por la complejidad humana y social, no son los únicos determinantes de la no consulta.

Hasta aquí se han abordado lo que son algunas barreras para el acceso a los servicios de salud mental. No obstante, esto ha sido un panorama general, y es preciso preguntarse sobre este tema en escenarios específicos como por ejemplo la ruralidad colombiana. ¿Qué pasa en torno a las barreras de acceso en un contexto rural?, ¿qué piensan los pobladores rurales sobre la salud mental?

Es sabido entonces que las diferencias poblacionales urbanas y rurales van más allá de una distinción espacial. Cabe mencionar que estas disparidades pueden ir relacionadas con las dinámicas económicas y sociales, la asignación de recursos, la cobertura de educación, y que a la larga han determinado socio-históricamente la desigualdad en condiciones de vida, cobertura de servicios públicos y falta de oportunidades tanto económicas como educativas en el contexto colombiano (López, 2019). Por consiguiente, esta desigualdad podría interferir tanto a nivel de salud mental y sus imaginarios, como en la percepción del acceso a los servicios de salud, así lo menciona Rojas et al. (2018), “Las barreras para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales son mayores en zonas rurales”.

Precisamente al respecto, los análisis desarrollados por el ONS (2019) mencionan que hay una diferencia significativa entre la población rural y urbana para el acceso a los servicios de salud (p. 39). Así mismo, basados en la ENSM (2015) observaron que existe una mayor necesidad de atención y canalización en los servicios de salud mental por parte de población residente en áreas rurales, argumentando que en estos contextos existe una mayor prevalencia de trastornos mentales y conducta suicida. Por su lado González et al. (2016) refiere que la población rural consulta menos que los residentes en área urbana, también por factores de orden comportamental como “descuido”, “pensó que no era necesario consultar”, y “no querer asistir”.

En última instancia, es claro que resulta importante indagar por las diferencias de accesibilidad de la población rural y urbana. En el caso de este trabajo de grado se pretende abordar un contexto rural particular y se ha elegido la Vereda Mampuesto del Municipio de Rionegro del oriente antioqueño. Un municipio con 116.400 habitantes (DANE, s.f.) y 35 veredas. La Vereda Mampuesto está conformada por 994 habitantes y sus principales actividades económicas son la producción de hortalizas, frutas, ornamentales, ganado de leche y doble propósito, entre otras, (Rionegro, 2016).

Se opta entonces por la población de la Vereda Mampuesto con el fin de indagar en este contexto sobre cuestiones que faciliten una comprensión de las percepciones de la población rural acerca de la salud mental y las consultas psicológicas a partir de preguntas como: ¿qué piensan los habitantes de esta vereda sobre asistir o no a consulta psicológica? ¿cuál es la actitud frente a ir o no a una cita psicológica?, ¿han ido donde un profesional de la psicología antes y cómo les ha ido?, ¿influyen los factores de edad y género en la decisión de solicitar una consulta psicológica dentro de la población rural?

En el siguiente capítulo de los antecedentes se indagará por las investigaciones que se han hecho en torno a las representaciones sociales sobre la salud mental, las actitudes que emergen frente ir a consulta psicológica y los imaginarios que existen en relación a la salud mental en los escenarios rurales, lo que permitirá tener perspectivas acerca de cómo se han abordado estas temáticas.

## 2. Antecedentes

En este capítulo se desarrolla una visión general de cómo ha sido abordada la salud mental en Colombia: ¿qué piensan las personas sobre la salud mental?, ¿qué actitudes hay en relación a la enfermedad mental?, ¿cómo es visto el profesional de psicología en distintos sectores de la población?, ¿cuáles son las características sociodemográficas de los sectores que acceden a servicios psicológicos?, ¿cómo perciben la “efectividad” de los servicios quienes asisten?, ¿son adecuadas las políticas públicas de salud mental? ¿existen barreras para acceder a los servicios de salud mental en Colombia y de qué tipo?

Alrededor de las cuestiones anteriores se puede entrever la necesidad de indagar por diversas perspectivas: Estatal, de los/as ciudadanos/as, los/as pacientes y los/as profesionales de salud mental, donde el abordaje sobre la salud mental será diferente de acuerdo a su rol y contexto. Sin embargo, en lo concerniente a este trabajo de grado se deja de lado el entramado gubernamental y sus políticas públicas, los sistemas de salud y las cifras de acceso a los servicios de salud mental.

Este apartado entonces está orientando hacia las investigaciones que dan cuenta del conocimiento que tiene la población sobre salud mental y los profesionales de psicología, con un enfoque hacia las representaciones sociales que pueden influir en la decisión de acudir o no a la consulta psicológica, teniendo también presente el contexto rural. A partir de allí se exploran preguntas sobre: ¿cómo se ha investigado y desde qué perspectivas?, ¿qué metodologías predominan en las indagaciones?, ¿cuál es la población más explorada?, ¿cuáles son los resultados encontrados, relevantes y similares?

Ahora bien, respondiendo a las preguntas anteriores se encontró que las investigaciones en torno a las representaciones sociales y la salud mental han sido realizadas mayormente en España y algunos países de Latinoamérica (Argentina, Brasil y México), con poca presencia de estudios en la población colombiana. Se evidencia que la población

estudiada considerablemente corresponde a estudiantes de psicología y profesionales que laboran en el campo de la salud mental como psiquiatras, enfermeros y psicólogos (Betancur-Betancur et al., 2016; Chmil et al., 2017; Covarrubias-Papahiu, P., 2013; De Sousa et al., 2016; Moll León, 2013; Navarro et al., 2019). En relación a la población general, son pocos los estudios hechos que se encuentran sobre todo en el contexto colombiano (Agudelo et al., 2011; Álvarez et al., 2008; Gómez Plata et al., 2013)

Por otra parte, referido a las metodologías usadas en los estudios se observa que predominan las metodologías cualitativas con enfoques narrativos, etnográficos y de teoría fundamentada, donde se utilizaron instrumentos como las entrevistas semiestructuradas, diarios de campo, cuestionarios abiertos y los grupos focales. En algunos casos se usaron también de forma complementaria escalas de actitudes: la Escala de Actitudes de la Comunidad hacia los enfermos mentales (*Community Attitudes toward the Mentally Ill – CAMI*) de Taylor & Dear, 1981 (citados por Moreno et al., 2014); la Escala sobre conocimientos en Salud Mental (*Mental Health Knowledge Schedule., MAKS*) de Evans-Lacko et al. 2010 (citados por Moreno et al., 2014); y la Escala de actitudes hacia el trastorno mental (*Opinions about Mental Illness Scale - OMICC*) de De Toledo E & Blay S., 2004 (citado por Álvarez et al., 2008). En última instancia, se menciona que se encontraron pocas investigaciones que se han hecho como revisiones sistemáticas.

La interrelación de la salud mental, las representaciones sociales y la ruralidad se consideran los conceptos pertinentes para la búsqueda de antecedentes que pueden aportar a este trabajo de grado. En consecuencia, se encontró que estas han estado centradas en tres grandes campos: las representaciones sociales en población psiquiátrica y en familiares de los pacientes diagnosticados con enfermedad mental; las representaciones sociales sobre los profesionales de psicología; y las representaciones sociales sobre la salud mental, de los cuales se descartó ahondar en la población psiquiátrica por no considerarse pertinente para la



investigación en curso. A continuación, se describe lo más relevante y concluyente encontrado sobre las representaciones sociales acerca de la salud mental y los profesionales de psicología en las diferentes poblaciones, y además lo resultante sobre estas representaciones en el contexto rural.

## **2.1. La salud mental y sus representaciones**

Uno de los primeros términos que se asocia con la salud mental es la locura y con ella aparece una carga negativa. De modo que se ve más allá del bienestar una asociación con la enfermedad y en consonancia con ello este ha sido el resultado más común encontrado en estos estudios. Independiente de la población, sean profesionales médicos, de psicología, enfermeros o población general, las representaciones sociales en torno a la salud mental se relacionan con el estigma hacia la enfermedad mental y quién la padece, donde prevalece un imaginario negativo asociado con la locura, la peligrosidad y la incurabilidad (López et al., 2012; Torres et al., 2015). O en el caso de la investigación de De Sousa et al. (2016), las representaciones sociales de estudiantes universitarios hacia el enfermo mental están ligadas con el miedo y la exclusión.

En concordancia con los resultados anteriores, la revisión sistemática realizada por Navarro et al. (2019) sobre investigaciones hechas especialmente con profesionales de la salud mental da cuenta de que en esta población existen ciertos niveles de estigmatización, esto a pesar de que los profesionales cuentan con más información que la población general. Adicional a estas conclusiones, se incluye otro elemento y es la percepción de un estereotipo estático sobre la enfermedad mental (Moll León, 2013).

Sin embargo, surgen otras representaciones sociales cuando se evoca el término “salud mental”, pero en menor frecuencia de aparición. En Betancur-Betancur et al. (2016) los profesionales de salud de la Ciudad de Medellín manifiestan que la salud mental es un

estado compuesto por la tranquilidad, la adaptación y el equilibrio. Así mismo, en una población de Guadalajara México, los adultos investigados mencionan la salud mental como un estado de bienestar, estabilidad y emociones positivas que contribuyen a generar calidad de vida (Torres et al., 2015). Resultados que van muy de la mano con lo planteado por la OMS, siendo la salud mental un principio fundamental para un funcionamiento efectivo individual y social (2004).

En relación con la pregunta por la influencia de la edad y el género en la actitud frente a la salud mental, en Moreno et al. (2014) los más jóvenes tienen menos conocimiento sobre la salud mental y esto se podría correlacionar con el estigma percibido; encontrándose además que los hombres tienen más actitudes y conductas estigmatizantes que las mujeres.

En última instancia, el estigma puede tener implicaciones para el acceso a las consultas. Estas son señaladas como barreras de acceso a los servicios de salud mental y van más allá de las barreras estructurales y legislativas, quedando como una falencia sociocultural hacia la salud mental (Campo-Arias et al., 2014; Hernández et al., 2018). En consecuencia, el estigma no solo podría repercutir en el acceso o demanda sino también en las representaciones sobre el profesional de la psicología, aspectos que están relacionados entre sí, pertinentes de indagar de una manera particular y que se ahondan a continuación.

## **2.2. Representaciones sociales frente al profesional de psicología**

Cuando se habla de salud mental, se debe mencionar además del estado de bienestar y el estigma hacia la enfermedad mental los partícipes en estos contextos como lo son la población general y los profesionales de la salud mental, profesionales en psicología en este caso. Es en estos últimos donde se han enfocado gran cantidad de investigaciones relacionadas con las representaciones sociales y la salud mental.

¿Qué piensan los futuros profesionales de psicología sobre cómo los ve la sociedad? ¿qué representaciones sociales emergen sobre estos en la población general? Estas y otras preguntas se pueden entrever como orientadoras en la realización de las investigaciones sobre esta población, pertinentes para seguir comprendiendo las creencias y actitudes alrededor de la psicología.

Una de las poblaciones más estudiadas para saber qué representaciones emergen en cuanto a la psicología y sus profesionales es la población universitaria, los futuros profesionales de la salud mental. Estos manifiestan que el profesional de la psicología carga con estereotipos negativos que la sociedad tiene como “trata a locos o gente mal de la mente” o “la psicología es para locos” (Napoleão et al., 2014; Torres López et al., 2004). Además, según los universitarios participantes hay una imagen distorsionada que genera rechazo o desvalorización hacia esta profesión (Covarrubias-Papahiu, 2013).

Otras representaciones sociales que surgen sobre los profesionales tanto en estudiantes de psicología como en estudiantes de educación secundaria, es la de “ayuda”, “comprensión” o “consejería” (Agudelo et al., 2011; Chmil et al., 2017;). Esta representación coincide con la presentada por profesionales y docentes de una facultad de ciencias de la salud donde ven al profesional de psicología como un apoyo hacia la resolución de problemas emocionales que favorecen la evolución de los pacientes (Gómez Plata et al., 2013). Por otro lado, los estudiantes de secundaria además de ver al profesional de psicología como una ayuda, tienen la expectativa en el profesional como alguien que puede solucionar los problemas de diferentes órdenes o terribles (Bertollo-Nardi et al., 2014).

Aun cuando en la mayoría de investigaciones se observan representaciones sociales favorables o desfavorables acerca del profesional de psicología, también se ha encontrado que en las poblaciones exploradas como por ejemplo en algunos estudiantes universitarios no existen los conocimientos mínimos de psicología (Napoleão et al., 2014). O en el caso de

pobladores de un barrio de baja renta en Brasil, estos no poseen una representación sobre lo que es o hace el profesional (Bosetto, 2006). Este desconocimiento, tergiversación o idealización del profesional, muestra una necesidad de seguir investigando acerca del tema como también en la construcción de trabajos o programas que favorezcan la imagen tanto de la salud mental como del profesional.

Por el lado de las actitudes hacia los profesionales de psicología, en el estudio de Riveros-Munévar et al. (2018) donde se incluye como factor de análisis también los tiempos en terapia, se encuentran actitudes neutras hacia los profesionales, aquí añadiendo que en cuanto a género existe una mejor actitud por parte de las mujeres en comparación con los hombres. Lo que reafirma una imagen desfavorable desde el género masculino hacia esta profesión (Moreno et al., 2014)

Los resultados anteriores concuerdan con las conclusiones de las investigaciones sobre “Actitudes hacia el trastorno mental y hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional” hecha por Álvarez et al. (2008) en Bucaramanga a una población de adultos; y la revisión sistemática de investigaciones hechas en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica, referidas a actitudes neutras (Álvarez et al., 2007).

A modo de conclusión, este rastreo realizado da cuenta del predominio de estigmas y prejuicios hacia el profesional de psicología y la salud mental que no difiere en culturas y poblaciones, de lo que podríamos decir entonces que el estigma es un fenómeno universal, pertinente y necesario para continuar siendo estudiado. Además, nos deja como cuestión, ¿por qué las investigaciones han transitado en el mismo gremio de los profesionales de la salud mental?, ¿por qué se deja de lado lo que piensa o cómo nos perciben quienes podrían ser nuestros clientes o pacientes, la población general?

### **2.3. La salud mental en la ruralidad, una perspectiva desde el conflicto armado**

Hasta aquí se ha podido observar que las representaciones sociales sobre la salud mental y los profesionales de psicología han sido investigadas en diferentes poblaciones, indagándose de forma notable en trabajadores de la salud mental y estudiantes de psicología, dejando de lado indagar en otros grupos poblacionales. Esta omisión ha sido el caso de los contextos rurales, sobre los cuales no se encontró información relacionada a imaginarios sobre la salud mental.

En este sentido, es pertinente mencionar que la ruralidad ha sido abordada en su generalidad en algunas investigaciones, pues se evidencian estudios e intervenciones en salud mental realizados con mayor frecuencia e interés a partir del conflicto armado en Colombia y las consecuencias que este generó a nivel individual y social, es decir, no solo en las víctimas directas, sino en el tejido social en general. Y, por lo tanto, en sus representaciones sociales.

En relación a la tendencia investigativa, esta se ve enfocada en el desplazamiento forzado y sus consecuencias sobre la salud y las relaciones, como así lo concluye Venegas et al. (2017). Así entonces, algunas investigaciones se centran en la indagación de las afectaciones psicológicas de personas expuestas al conflicto armado (Hewitt Ramírez et al., 2016; Campo-Arias et al, 2014; Ramírez-Giraldo et al., 2017).

Por otro lado, se puede observar que las investigaciones también se orientan hacia las estrategias de intervención, atención, acompañamiento y reconstrucción psicosocial de las poblaciones afectadas por el conflicto armado, poniendo presente el interés por la búsqueda de esos recursos que las personas usaron en sus comunidades para afrontar el conflicto (Puerta Henao, 2015; Moreno et al., 2016; Escobar-Serrano et al., 2020).

Solo por mencionar algunos resultados sobre estas temáticas, se puede entrever que una de las repercusiones psicológicas que aparecen con más frecuencia luego de la guerra ha sido el estrés postraumático (Alcaraz et al., 2012; Cudris et al., 2018); lo que puede estar acompañado además de depresión y consumo de sustancias psicoactivas.

En el caso del desplazamiento, de acuerdo con Campo-Arias et al. (2014) las víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento no solo se enfrentan a las pérdidas, a un cambio de hogar o de relaciones, sino que en algunas ocasiones también deben luchar con el estigma y discriminación que reciben por parte de la sociedad e instituciones por haber sido sacados de sus tierras, dándoles una connotación de culpables y no de víctimas.

Lo anterior, permite reconocer la importancia de los estudios e investigaciones en estos contextos, pero a su vez lleva a reflexionar sobre cómo la salud mental en la ruralidad tomó relevancia política y profesional desde las desventuras, lo que invita también a preguntar, ¿por qué la psicología se ocupa de la salud mental en la población rural solo cuando son víctimas del conflicto armado?, ¿la orientación hacia la promoción y prevención de la salud mental en los contextos rurales poco existe? Más allá de estas intervenciones, en la ruralidad quiénes no son afectados por la guerra ¿cómo gestionan la salud mental, a quién acuden?, ¿qué piensan los pobladores rurales sobre los profesionales de psicología?

### 3. Justificación

Con todo lo anterior la salud mental está revestida de una relevancia fundamental para diferentes ámbitos, como la investigación, la planeación de políticas, la comprensión de dinámicas sociales y comportamientos individuales, entre otras. Sin desconocer que está influenciada por la cultura, adquiriendo entonces diferentes significados dependiendo del individuo, del entorno, las influencias socioeconómicas y políticas.

Por lo tanto, el estudio de la salud mental se hace necesario, ya que es una dimensión del ser humano relacionada no solo con el bienestar individual, sino que contribuye al capital social, humano y económico de cada sociedad. Investigar sobre ella otorga información que permite formular estrategias a nivel individual y social, tanto para fortalecer, como para mejorar el acceso a los servicios de salud mental, y así mismo implementar adecuadamente actividades de promoción y prevención (ONS, 2019). Teniendo presente además que a mayor conocimiento que exista sobre la salud mental menos estigma podría existir (Moreno et al., 2014).

Ciertamente, este trabajo de grado permite ahondar desde una perspectiva cualitativa que trascienda más allá de las cifras, en cómo están las barreras actitudinales para el acceso a los servicios de salud mental en una población rural. Desde el abordaje de las representaciones sociales se encamina a realizar una indagación por los factores socioculturales que pueden estar incidiendo en las motivaciones y actitudes que existen alrededor de acudir o no a la consulta psicológica en una población rural. Para este fin, será preciso realizar un análisis comparativo con otras investigaciones que han antecedido a este trabajo, donde se han evidenciado la existencia de prejuicios y estigmas hacia el profesional de psicología y la salud mental. Esto también podría permitir comprender si estos factores encaminan al desistimiento de la asistencia a consulta.

Como bien lo menciona Campo-Arias et al. (2014) referido a los trastornos mentales, aunque bien esto se puede también aplicar a las problemáticas mentales:

En Colombia, es necesario estudiar el estigma relacionado con trastornos mentales, la frecuencia y las variables asociadas, en los distintos contextos sociales y culturales. Este conocimiento de la situación permitirá diseñar, implementar y evaluar las acciones orientadas a favorecer la inclusión social y laboral y de generación de bienestar de las personas que reúnen criterios de trastornos mentales. (p. 5)

Por último, este estudio busca aportar a la comprensión desde la psicología de los factores que están involucrados en la demanda y el acceso efectivo a la consulta psicológica en un contexto rural del oriente antioqueño, que permita contribuir al diseño de futuros programas de prevención y promoción de salud mental.



## **4. Objetivos**

### **4.1 Objetivo General**

Analizar las representaciones sociales de los habitantes de la Vereda Mampuesto (Rionegro, Antioquia) que influyen en la decisión de acudir o no a la consulta psicológica.

¿Cuáles son las representaciones sociales de los habitantes de la Vereda Mampuesto (Rionegro, Antioquia) que influyen en la decisión de acudir o no a la consulta psicológica?

### **4.2 Objetivos Específicos**

Identificar las creencias que tienen los habitantes de la Vereda Mampuesto (Rionegro, Antioquia) sobre la salud mental.

Indagar por las percepciones de los habitantes de la Vereda Mampuesto (Rionegro, Antioquia) frente a la consulta Psicológica y a sus profesionales.

Explorar por la información que tienen los habitantes de la Vereda Mampuesto (Rionegro, Antioquia) sobre las enfermedades de salud mental.

## **5. Marco Teórico**

Esta investigación gira conceptualmente entorno a las representaciones sociales y la salud mental, conceptos que se despliegan en una extensa gama de definiciones y discursos, complejizando su comprensión pero que lleva necesariamente a optar por un análisis de la diversidad conceptual para así inclinarse por perspectivas que orienten y sean afines al presente trabajo de grado. En primera instancia se aborda conceptualmente lo que es la salud mental desde diferentes perspectivas.

### **5.1. La salud mental y sus enfoques**

La salud mental goza de una incuestionable complejidad y fundamental importancia, que abarca no solo el bienestar individual, sino que a la vez impacta en el desarrollo y bienestar de las comunidades; y así mismo, la sociedad puede afectar la salud del individuo, lo que es dado por la característica social del ser humano y su funcionamiento interdependiente de las áreas mentales, físicas y sociales. Es un estado que puede ser variable dada la influencia de sus múltiples factores, como lo son los sociales, psicológicos y biológicos.

En consonancia a su complejidad, la salud mental no es vista desde un concepto unidimensional, por el contrario, existen diferentes construcciones para su comprensión y abordaje que varían de acuerdo a enfoques o ámbitos en los que se desarrolle. Desde la OMS, la salud mental es definida como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (2001a, p. 1). Esta definición es la más usada técnicamente y denota la importancia de la salud mental como base para el bienestar y funcionamiento del individuo y su comunidad.

Sin embargo, en cuestión de crítica como lo menciona Lopera (2015) desde esta Organización se puede entrever una orientación individualista y su interés en demarcar los trastornos mentales como focos de intervención, aunque no desconoce la existencia de unos determinantes socioeconómicos de la salud, pero no hace tanto énfasis en el concepto más amplio de la salud mental.

Más allá de esta definición universal de la OMS, se pueden distinguir aproximaciones conceptuales que favorecen la comprensión de la salud mental desde los enfoques: biomédico, comportamental, socioeconómico y psicosocial. Según Restrepo et al., (2012), estos han ido surgiendo en momentos históricos determinados, pero no puede hablarse de una exclusión o reemplazo entre uno y otro, sino que estos enfoques pueden mezclarse e incluso confundirse. Además, hay unos más llevados a la práctica que otros o poseen mayor popularidad.

De este modo, el enfoque más desarrollado y tenido en cuenta para la orientación e intervención es la concepción de la salud mental desde el *enfoque biomédico*. Esta perspectiva define la salud mental en cuanto a procesos biológicos, traslada lo mental a lo físico, su terapéutica va focalizada en la medicalización (Pérez, 2010, citado por Restrepo et al., 2012) y la reduce a un ámbito individual que no tiene en cuenta la influencia de los contextos culturales tanto para el bienestar como para el malestar de las personas.

El enfoque biomédico es una perspectiva que precisa que disfrutar de salud mental es no presentar un trastorno mental. Es el enfoque que predomina en el sistema de salud colombiano, donde se privilegia el tratamiento de la enfermedad mental y sus intervenciones en instituciones psiquiátricas, sin tener en cuenta las demás esferas del individuo, obstaculizando por intereses económicos y políticos otras salidas, dejando también de lado la inversión en la promoción de la salud mental. Es pertinente entonces aquí preguntarse ¿hasta

dónde este modelo ha influido en la percepción que las personas tienen para acudir o no las consultas psicológicas?

Por otro lado, existe el *enfoque comportamental* donde se conectan las concepciones de la salud mental desde lo conductual y lo cognitivo. En esta perspectiva se entiende la salud mental en relación con los comportamientos y pensamientos adaptativos y saludables que realizan las personas. En este sentido, son saludables aquellas personas que tienen hábitos y estilos de vida que favorecen su adaptación a los diversos contextos en los que se desenvuelven (cultural, laboral, familiar) y tienen la posibilidad de un funcionamiento aceptable (Herazo, 2014).

En los apartados anteriores se pueden observar enfoques orientados a la enfermedad y en los cuales recae la responsabilidad de esta propiamente en los individuos, en el tercer enfoque se cambia el rumbo y se critica estos dos modelos. El *enfoque socioeconómico* propone una perspectiva de salud mental multisectorial en la que se tiene presente que las estructuras socioeconómicas, el ambiente y el tipo de recursos disponibles afectan o favorecen el estado de salud mental y los modos de vida de las personas (Restrepo et al., 2012). Aunque hace énfasis en lo estructural económico, esta perspectiva se queda corta en relación al abordaje cultural y sus implicaciones en la salud mental.

En esta misma línea de crítica al enfoque biomédico y comportamental y como alternativa para comprender e intervenir en la salud mental más allá de un modelo individual, se encuentra el *enfoque psicosocial*. Desde este enfoque se busca comprender la interrelación de diferentes elementos en el proceso dinámico de salud-enfermedad, incluyendo dimensiones: personal, social, económico, político y cultural (Arias, 2013).

De forma más amplia, este enfoque da la importancia a la relación entre el individuo y la cultura, las expresiones y experiencias del ser humano en relación a los contextos en los que actúa, y valora los recursos propios y comunitarios como redes de soporte social para la

recuperación. Además, resalta el acompañamiento psicosocial como una propuesta de abordaje en la salud mental que considera fundamental los factores socioculturales como por ejemplo los sistemas tradicionales de cuidado, yendo más allá de la medicalización.

Agregado a lo anterior, lo fundamental para el enfoque psicosocial es lo relacional, lo contextual y sus interacciones como elementos constitutivos de la salud mental, sin desconocer que una afectación emocional deba ser intervenida, sino que abordar solo lo psíquico sería desconocer la relación que tiene la persona con lo contextual y que podría estar afectándola e individualizaría en últimas el sufrimiento (Villa, 2012).

En última instancia, la salud mental va más allá de un simplismo biológico encasillado en categorizaciones y etiquetas, es un estado multifactorial en el que debe reconocerse que en esa individualidad existe un contexto y una cultura que inciden directamente en su constitución. Por ello el énfasis en optar por una orientación psicosocial de la salud mental, ya que favorece la comprensión y facilita responder a la pregunta por las representaciones sociales que inciden en las motivaciones y decisiones de acudir o no a la consulta psicológica.

## **5.2 Estigma y salud mental: un enfoque psicosocial sobre las representaciones sociales**

Las representaciones sociales, no son fenómenos solamente individuales, sino que son construcciones y transmisiones sociales que tienen un carácter histórico y cultural, que sitúan y favorecen la interpretación de las actuaciones. Denise Jodelet, doctora en psicología social, ha sido una de sus investigadoras más representativas, después de quien es nombrado principal expositor de esta teoría, Serge Moscovici. Para Jodelet, alumna de Moscovici, las representaciones sociales constituyen maneras de interpretar y de pensar la realidad cotidiana; formas de conocimiento sobre el mundo que implican en su definición las operaciones mentales que los individuos realizan en dichos contextos de cotidianidad. (Jodelet, 1984, citado por Agudelo, Fonseca, Palma, & Patiño, 2011, p.2).

Otra autora sobresaliente de las representaciones sociales es María Auxiliadora Banchs, doctora en psicología social. Banchs describe las representaciones sociales como las creencias, los saberes de sentido común y el papel del ser humano como productor de conocimientos. Este último punto concibe al ser humano como un sujeto productor de historia, como un ser activo que incide sobre su ambiente, más que como un ser pasivo que busca adaptarse a mismo (Banchs, 1990).

Las representaciones sociales, no pueden desligarse de los contextos culturales y momentos históricos. Es por esto por lo que las representaciones sociales están relacionadas con los sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas (comportamientos), que definen la llamada conciencia colectiva (Araya, 2002). Las representaciones sociales dan implícita o explícitamente los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo acerca de un tema o una situación, en este caso al hablar u orientar prácticas en el ámbito de la salud mental.

Al tratar el tema de las representaciones sociales no solo se habla de formas de conocimiento que orientan las conductas; es necesario ahondar en lo que son los mecanismos de formación, las funciones y las dimensiones que las conforman.

En relación con los *Mecanismos de Formación*, Araya (2002) describe que Moscovici propone dos procesos básicos e interdependientes para la formación de las representaciones sociales, que designan cómo la actividad social y cognitiva influye en la construcción de las representaciones sociales. Estos son la objetivación y el anclaje.

Cuando se habla de *Objetivación* se hace referencia al proceso cognitivo donde se construye el conocimiento, ayuda a que se pase de una transformación de conceptos abstractos extraños a experiencias concretas. En relación al *Anclaje*, este permite integrar el conocimiento de una representación social al sistema de pensamiento ya preexistente por

medio de un conocimiento compartido socialmente, haciendo estas representaciones sociales familiares y parte de una realidad colectiva que tiene una funcionalidad en la interacción grupal.

En este caso, ejemplificando la formación de una representación social se puede aludir el conocimiento de la sociedad acerca de la enfermedad mental, donde frecuentemente es relacionada con la locura, dándole así una imagen a un concepto, fijando una objetivación. Posteriormente la locura pasa a su proceso de anclaje en la sociedad, en la socialización cotidiana.

Luego de la formación, las representaciones sociales pasan a las prácticas sociales, a cumplir su papel, sus *funciones*. Dependiendo cómo sea tomada la representación social pueden ejercer funciones de identidad, conocimiento y orientación (Perera, 1999). O también desempeñar una función justificadora, donde las representaciones sociales pueden justificar comportamientos o tomas de posición, explicar una acción o conducta. Aquí en las funciones se puede mencionar a modo de ejemplo cómo la locura siendo una representación social de la enfermedad mental ha llevado a que se consoliden y practiquen comportamientos de estigmatización y prejuicio.

De otro lado, además de una formación y una función, Moscovici (1979) plantea que existen unos componentes en las representaciones sociales, a las que llamó *dimensiones*. En cuanto a la *dimensión de actitud*, se refiere a la orientación global positiva o negativa, favorable o desfavorable de una representación. Se puede decir que es la más evidente de las dimensiones, ya que puede existir esta dimensión dentro de una representación social sin que los otros elementos estén.

Por otro lado, está la *dimensión de información*, la cual hace referencia a los conocimientos organizados que tiene una persona o grupo sobre un objeto o situación social determinada. Y como última dimensión se encuentra *el campo de representación*, el cual

constituye el conjunto de actitudes, opiniones, imágenes, creencias, vivencias y valores presentes en una misma representación social.

Hasta aquí se han expuesto los procesos por los cuales las representaciones sociales se forman, se consolidan y de qué manera pueden orientar al individuo y las sociedades. Sin embargo, es importante indicar que además existen diferentes líneas de investigación o escuelas abordadas en las representaciones sociales, las cuales se describen a continuación en base a los detalles brindados por Araya (2002).

Existe entonces la Escuela Clásica, desarrollada por Denise Jodelet en estrecha cercanía con la propuesta de Serge Moscovici. El énfasis está más en los procesos que en los productos de las representaciones. Metodológicamente recurre, por excelencia, al uso de técnicas cualitativas, en especial las entrevistas en profundidad y el análisis de contenido. Ésta tiene un enfoque procesual.

Se señala también la Escuela Aix-en-Provence, es desarrollada desde 1976 por Jean Claude Abric y está centrada en los procesos cognitivos. Se le conoce como el enfoque estructural de las representaciones sociales. Por excelencia recurre a las técnicas experimentales. Por último, describen lo que es la Escuela de Ginebra, donde el máximo exponente es Willen Doise. Es conocida como la escuela sociológica pues se centra en las condiciones de producción y circulación de las representaciones sociales.

Como se ha indicado, las escuelas como líneas teóricas y de investigación se pueden inscribir así mismo en dos enfoques, el procesual y el estructural. El enfoque procesual descansa en postulados cualitativos y privilegia el análisis de lo social, de la cultura y de las interacciones sociales, en general. El estructural, privilegia el funcionamiento cognitivo y el del aparato psíquico y para ello recurre a los postulados que se derivan del método experimental, así como a sofisticados análisis multivariados (Araya, 2002).



A modo de conclusión, las diferentes autoras (Araya, 2002; Banchs, 1990 y Jodelet, 1984) coinciden en que las representaciones sociales le han dado al sentido común una importancia como conocimiento social y que no debería desconocerse o basar solo las divulgaciones que se realizan en el mundo de la ciencia desde las producciones del conocimiento catalogado como científico. El conocimiento de las representaciones sociales en cada contexto cultural y momento histórico permitirá identificar los orígenes de conflictos sociales, como también permitirá en base a un buen análisis la transformación de estas para la formulación de estrategias de intervención.

En el caso de este trabajo de investigación, la indagación por las representaciones sociales alrededor de la salud mental y los profesionales de psicología facilita comprender los conocimientos de las comunidades que orientan la búsqueda o desistimiento de ayuda profesional.

Ahora bien, en los apartados anteriores se pueden observar cómo el abordaje de la salud mental desde un enfoque psicosocial cuenta con una amplia perspectiva donde se invita a tener en cuenta los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve el ser humano para así comprender las diversas manifestaciones en relación a la salud mental. A partir de esta perspectiva que involucra el factor cultural en la visión de la salud y entendiendo que desde allí la salud mental es un fenómeno psicosocial, una construcción social, más allá de las políticas públicas y de la realidad institucional, se genera una correspondencia con las representaciones sociales.

La pertinencia e interrelación del enfoque de salud mental psicosocial y las representaciones sociales, se fundamenta en que ambos coinciden con una visión del ser humano como sujeto en relación, donde se realiza la construcción individual y social en la comunicación e interacción continua con los otros, que conlleva a formar simbolismos y maneras de actuar en contextos particulares.

Al tener presente los contextos, las construcciones sociales, el pensamiento común y por ende las representaciones sociales sobre la salud mental, se hace pertinente además mencionar en este sentido, que al indagar por la información y el conocimiento que tiene la población hacia la salud mental surge frecuentemente una correlación con el estigma y la discriminación.

Así entonces, el estigma hace parte de los procesos simples de categorización social en los que se pueden agrupar personas en base a algunos rasgos, con la diferencia de que este término hace referencia a un conjunto de actitudes habitualmente negativas de un grupo social hacia otro. Este planteamiento teórico ha sido ampliamente usado y difundido a partir de las formulaciones de Erving Goffman, donde lo define como un atributo que desprestigia a quién lo posee (López et al., 2008).

Según Goffman (1970) en un principio se configura una identidad social a un otro con unos simples atributos que han sido establecidos de forma individual, social o estructural, como la ocupación. Es así que por medio de estas características nos relacionamos en primera instancia y no es necesaria una reflexión o atención especial. Pero esta identidad se convierte en un estigma al estar constituida por un “atributo profundamente desacreditador”, un menosprecio hacia ese alguien que la posee.

Por consiguiente, al hablar de estigma en la salud mental, es importante mencionar que se considera como un fenómeno complejo con consecuencias a nivel individual, familiar, social e institucional. De allí que la estigmatización, en un principio marca una diferenciación de grupos asociándoles a unos las características desagradables y generando unas repercusiones emocionales en quién estigmatiza y quién es estigmatizado, derivando así en comportamientos que limitan por ejemplo el acceso a los servicios o conlleva a malos tratos.

López et al. (2008) en su investigación mencionan que, si bien el estigma hacia la enfermedad mental es ampliamente extendido a nivel histórico, existen algunas culturas que

son más tolerantes al respecto o también algunos grupos poblacionales son más receptivos, dado que poseen más información relacionada con la salud mental o tienen acercamiento a enfermos mentales. Y adicional describen como este estigma perjudica la búsqueda de ayuda profesional o la continuidad del tratamiento.

En lo que concierne a este trabajo de grado las representaciones sociales frente acudir o no a la consulta psicológica están mediadas por una información sobre la salud mental y los profesionales de psicología, de modo que cada cultura tiene su propia construcción, que en últimas esto determina el acceso y la demanda a la consulta psicológica. Lo que deriva en la necesidad de estudios contextuales sobre la salud mental y que permitan dar respuesta a preguntas relacionadas con nuestra investigación: ¿cuáles son las representaciones sociales en el contexto particular?, ¿estas representaciones sociales coinciden con las de otros estudios?, ¿existe una estigmatización hacia la enfermedad mental?

## 6. Metodología

El acceso a los servicios de salud mental no solo está mediado por factores administrativos, políticos y estructurales, sino que además en medio pueden existir ciertas prácticas y actitudes que influyen en la búsqueda de ayuda psicológica. Este trabajo de grado gira justamente entorno a la investigación en un contexto rural de esas prácticas y actitudes teniendo como base la orientación teórica de las representaciones sociales, desde donde se pretende analizar las percepciones, las creencias y la información que existen sobre la salud mental, las enfermedades mentales, la consulta psicológica y sus profesionales.

Tal y como se planteó en el marco teórico, las representaciones sociales son sistemas cognitivos constituidos por creencias, estereotipos, valores y normas, un llamado pensamiento social, que permite explicar una realidad o un objeto social, y así mismo se establece como un principio interpretativo y orientador de prácticas (Araya, 2002). Estas representaciones sociales se construyen en la vida cotidiana, en las relaciones, en el espacio intersubjetivo y social, y su abordaje permite entender las dinámicas de las interacciones sociales y sus prácticas.

Por lo anterior, se encuentra fundamental aproximarse al objeto de estudio, las representaciones sociales, desde un enfoque cualitativo. Este enfoque busca comprender las situaciones desde la perspectiva de los participantes, examinando su percepción y experiencia frente a ellos (Sampieri, 2014), posibilita tener un acercamiento a la realidad subjetiva y a la realidad construida en las comunidades.

Es importante resaltar que este enfoque cualitativo tiene una perspectiva fenomenológica desde donde se exploran, describen y comprenden las experiencias de las personas respecto a un fenómeno, lo cual permite tener un acercamiento a lo subjetivo, los significados construidos y compartidos por ellos, reconocimiento la interacción con su entorno (Sampieri, 2014).

Así entonces, el enfoque cualitativo posibilita el acercamiento a las prácticas, a la cultura, a conocer la particularidad de las creencias, a profundizar en los puntos de vista, interpretaciones y significados, además facilita tener una comprensión más amplia sobre los factores socioculturales que pueden incidir en la demanda hacia los servicios en salud mental.

### **6.1 Métodos y técnicas**

Para abordar este trabajo de investigación se consideró la utilización de la entrevista semiestructurada como método para obtener la información, debido a su amplia coherencia con el enfoque cualitativo.

Se eligió, dado que la entrevista semiestructurada posibilita la profundización en las construcciones personales, sus subjetividades y ayuda a captar el contenido de sus experiencias (Murillo et al., s.f.). Así, los datos que surgen de las preguntas abiertas de este tipo de entrevistas favorecen el acercamiento a los significados que sustentan las prácticas cotidianas de las personas en sus contextos naturales, permitiendo que emerjan otras categorías y que surjan narrativas que nos brinden un valor añadido a nuestras indagaciones.

Por consiguiente, la construcción de la entrevista semiestructurada tuvo como principio orientador los objetivos propuestos en la investigación, a partir de allí las preguntas realizadas a los participantes se formularon en base a la salud mental, la enfermedad mental, la consulta psicológica, los profesionales de psicología y la oferta existente en la vereda.

### **6.2 Población y lugar de realización**

La población objeto de estudio fueron personas residentes de la Vereda Mampuesto del Municipio de Rionegro, en el departamento de Antioquia, en la cual residen aproximadamente mil (1.000) habitantes, donde se resalta según las personas entrevistadas, que estos habitantes actualmente en su mayoría son foráneos, es decir personas de otros países como Venezuela, o que simplemente arriban a la vereda los fines de semana para su

estancia de descanso, en su mayoría de Medellín. Como actividad económica, esta se ve enfocada hacia el cultivo de hortalizas.

El acercamiento a la comunidad de Mampuesto se dio en primera instancia gracias al grupo de mujeres conformado en la vereda, donde se participó en algunos encuentros del grupo con el propósito de socialización y conocimiento de las participantes. A partir de allí se originaron conversaciones que permitieron generar vínculos para concertar la población entrevistada.

Luego de este ejercicio de acercamiento, se decide (en medio de las restricciones que impuso la pandemia) entrevistar a cuatro personas. En particular las personas que se entrevistaron, fueron tres mujeres de distintas edades que hacen parte del grupo de mujeres (joven, adulta y adulta mayor). Por otra parte, se entrevistó a un hombre adulto, el cual fue seleccionado con el fin de obtener información acerca de cómo el género está relacionado con las representaciones sociales sobre la salud mental y sus profesionales.

### **6.3 Técnicas e instrumentos de recolección, procesamiento y análisis de la información**

Tal y como se planteó anteriormente, el proceso de recolección de la información consistió en la realización de las entrevistas semiestructuradas. En cada una de las entrevistas se abrió un espacio al inicio y al final para entablar un diálogo con cada participante que favoreciera la confianza y una conversación fluida. Las sesiones de entrevista fueron grabadas, previo consentimiento de los participantes.

Después de grabar, se transcribieron las entrevistas (ver anexo), para pasar posteriormente a seleccionar dentro del texto resultante los fragmentos relacionados o unidades de análisis a partir de las categorías de análisis iniciales que se definieron en este trabajo de grado, es decir: salud mental, consulta psicológica y profesionales de psicología. Así mismo se seleccionó la información que apareció reiterativamente en las respuestas de las

personas entrevistadas, lo que correspondió a una categoría emergente relacionada con la diferenciación entre la psicología y la psiquiatría.

Luego del proceso de categorización, se procedió a triangular la información y contrastar los apartados seleccionados utilizando la técnica del Análisis de Contenido. Esta técnica tiene el propósito identificar y clasificar de manera sistemática y objetiva las características específicas de documentos escritos, categorizando así el contenido de la información que nos permita vislumbrar tendencias, actitudes, creencias, intereses, etc., en los grupos, organizaciones y contextos (Abela, 2001).

Para la construcción de categorías se tomó en cuenta el proceso planteado por Sampieri (2014) para la investigación cualitativa, donde inicialmente se definieron las unidades de análisis a medida que se revisaban los textos. A medida que se revisaban las unidades se iba construyendo una bitácora de análisis en la cual se establecían las reglas de elección de las categorías. De allí posteriormente se construyeron las categorías a partir de la verificación de similitudes y diferencias de significado y concepto en las unidades de análisis.

Además de lo anterior, existe también el proceso de categorización por procesos inductivos o deductivos, pretendiendo así diferentes formas de interpretación de los textos. De acuerdo a lo planteado por Abela (2001) el desarrollo de categorías deductivas se da a partir de la teoría y estas se van aplicando al texto, contrariamente a las categorías formadas inductivamente, donde estas van surgiendo a medida que se revisa el texto.

Así entonces por medio de esta técnica, los datos se clasificaron en categorías tanto por la vía deductiva como por la inductiva y posteriormente fueron analizadas a la luz de la teoría de las representaciones sociales, donde se buscó generar una construcción interpretativa sobre la información, las creencias y el conocimiento que en la comunidad entrevistada prevalecía alrededor de la salud mental, los profesionales de la salud mental y la consulta psicológica.

Finalmente, la información recolectada se analizó con las teorías relacionadas en el marco teórico y otros datos recogidos, con el objetivo de ampliar la reflexión y dejar planteados interrogantes para futuras investigaciones.



## 7. Resultados

En este capítulo se dará cuenta de los resultados que han sido producto de la realización de las entrevistas semiestructuradas hechas a algunos habitantes de la Vereda Mampuesto sobre sus experiencias, pensamientos o creencias alrededor de la salud mental, la consulta psicológica y el profesional de psicología. Cada uno de los temas aquí abordados hace parte del proceso de categorización y hace referencia a esas categorías que están presentes a lo largo del trabajo de grado y lo emergido durante el diálogo con la población entrevistada.

Es importante indicar que los discursos y expresiones de las personas entrevistadas, en este capítulo de resultados han sido abordados a partir de lo planteado en el marco teórico. Es decir, en una perspectiva general lo aquí expuesto está analizado a la luz de las aproximaciones sobre la teoría de las representaciones sociales, como lo son las creencias, la información y las percepciones que tienen los entrevistados, buscando entender a partir de donde asumen, tienen los conocimientos o ejercen sus prácticas en relación a las temáticas planteadas. Como bien lo menciona Jodelet (2008) “las maneras en que los sujetos ven, piensan, conocen, sienten e interpretan su ser en el mundo, desempeñan un papel indiscutible en la orientación y la reorientación de sus prácticas”.

Como se mencionó en el capítulo anterior, el análisis de los datos se realizó a través de un proceso de revisión constante de categorías y subcategorías, las cuales dieron como resultado categorías en torno a la salud mental, la consulta psicológica, el profesional de psicología y como categoría emergente se resalta la diferenciación entre psicología y psiquiatría.

## 7.1. La salud mental vista por los habitantes de la Vereda Mampuesto

En esta primera categoría el discurso de los participantes hace referencia a dos perspectivas que se pueden encontrar en la salud mental: el bienestar y la enfermedad. Estas expresiones están atravesadas por las representaciones sociales que han ido emergiendo de su rol, experiencias y contexto.

### 7.1.1. *Es un estado de estar uno bien consigo mismo, con la familia, con su trabajo, con su hogar.*

Al hablar sobre la salud mental con la población entrevistada e indagar sobre sus conocimientos, se encontró que se ha construido en su generalidad referencias al bienestar en sus diferentes ámbitos, teniendo presente lo relacional y emocional, resaltando también el bienestar propio: *“sentirme bien en salud y también conforme con lo que estoy haciendo”*. (Mujer joven, E.2), *“es estar bien, es un estado de estar uno bien consigo mismo, con la familia, con su trabajo, con su hogar (...) como no tener problemas emocionales”* (Adulta, E.1).

Un elemento adicional destaca el hombre adulto, donde para estar bien es *“primordial la salud, segundo trabajito, que tenga el diario para subsistir”* (Adulto, E.4), aludiendo la importancia de un trabajo o una ocupación, *“estar bien, es que usted se sienta bien con lo que le están pagando porque si usted trabaja y le están pagando menos, no se siente bien”*. Y lo que se deriva del trabajo, la compensación económica, también es considerada importante para un bienestar, *“Es estar bien, en todo momento, económicamente, aliviados, sin deudas, psicológicamente”* (Adulta mayor, E.3).

Las respuestas de los entrevistados sobre la salud mental, específicamente aludiendo al bienestar, sugieren una información común que circunda en el contexto rural y que no distingue la posición desde donde se enuncia o el rol que ocupan allí. Además, coincidiendo con la importancia que le brinda la OMS a la salud mental considerándola como “la base para

el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad” (2004). Da cuenta así mismo de cómo está compuesta por diferentes variables, que no es solo la ausencia de enfermedad.

### **7.1.2. *La salud mental es muy delicada y hay que saberla trabajar.***

Al hablar de salud mental con los entrevistados no solo emerge la información relacionada con el bienestar, sino que también hay una referencia hacia la enfermedad mental. Por ello, se logró identificar en esta población de la Vereda Mampuesto un reconocimiento a la importancia de la salud mental, *“la base de las enfermedades físicas viene de las mentales porque uno somatiza (...) las enfermedades mentales son más fregadas”* (Adulta, E.1). Así mismo, el adulto mayor menciona que *“la salud mental es muy delicada y hay que saberla trabajar (...) sino lo sabe llevar, digamos que se sale de casillas, empieza a tomar decisiones malas, coger caminos malos”* (Adulto, E.4).

Así mismo, es posible encontrar en los relatos las características de aquellas personas que ellos consideran enfermas mentales, en expresiones coloquiales propias de un contexto rural, como por ejemplo la adulta mayor hace alusión a la ausencia de ese bienestar como *“estar chiflado”, “corrido del catre”,* específicamente *“tener los nervios alterados”* (Adulta mayor, E.3). Además, se les identifica a estas personas, con los problemas o quienes se encierran y no encuentran salida.

A través de sus expresiones y de acuerdo también a las conversaciones, se puede deducir que algunas representaciones sobre la enfermedad mental de dos de las entrevistadas, como *“los esquizofrénicos”* (Adulta mayor, E.3); *“bipolares, por decir esquizofrénicos, por decir psicópatas o decir sociópatas”* (Adulta, E.1), son el resultado de cómo las personas son construidas en el acercamiento a la realidad social y sus experiencias, como bien lo mencionaba Araya (2002). Esto se puede afirmar dado su contacto con personas cercanas con enfermedades mentales, caso contrario a los otros dos entrevistados.

Se encontró así que en la población entrevistada no existe una referencia a un origen biológico en lo relativo a la enfermedad mental, pero se puede entrever que el tenerla o ser etiquetado con ella recae en la responsabilidad propia, “*con tu mente te enfermas, con tu mente te salís de la enfermedad*” (Adulta, E.1).

A modo de conclusión, las experiencias y discursos encontrados en este apartado permite deducir que el abordaje de la salud mental en la Vereda Mampuesto está permeado desde un enfoque comportamental, en el cual se entiende la salud mental con los comportamientos y pensamientos adaptativos y saludables (Herazo, 2014), viendo una perspectiva individualista de la misma.

Por lo anterior, se denota una posible contradicción, dado que los participantes reconocen que para tener bienestar se debe tener trabajo, estar bien con los demás, tener un hogar, entre otros, mostrando así un bienestar con muchas variables; pero en el caso de la enfermedad, esta recae en la responsabilidad individual porque estas cerrado o piensas mucho. De allí entonces que, a pesar de reconocer en el bienestar lo multifactorial, ¿por qué parece que la enfermedad es responsabilidad del enfermo?

Así entonces hay que decir que la visión individualizada de la enfermedad, puede ser una consecuencia cultural de nuestro modelo medico institucionalizado, pero con una opinión que incluye también al Estado, en la cual se dice que “*este Estado nos está llevando a una depresión. ¿Con qué? caro los impuestos, caro la comida, caro todo*” (Adulto, E.4), es posible traer a colación los determinantes sociales de la salud. Estos hacen referencia a que el estado, los factores sociales y económicos, las condiciones de vida y las desigualdades repercuten en el bienestar de la población (OMS, 2009), por lo cual es importante resaltar que la salud y el bienestar, o el malestar no dependen de un individuo, sino que hay variables que influyen en él y en su sociedad.

## 7.2. Motivos y creencias frente a la consulta y el profesional de psicología

Las creencias son parte elemental de las representaciones sociales, siendo concepciones e ideas inferidas de lo que las personas hacen o dicen, o las cuales han sido forjadas por su experiencia y entorno, y a partir de allí se adoptan como interpretativas de la realidad y se actúa (Araya, 2002).

Con base en las entrevistas realizadas, se identificó que existen creencias sobre quiénes van o no van a una consulta psicológica, mostrándose aquí variables generacionales, relacionadas con el conocimiento académico o de contextos como el rural y el urbano. Así por ejemplo una de las participantes manifiesta que quiénes acuden son los jóvenes, *“los adultos tal vez por ser otra generación no tendrían eso, entonces creo que serían más cerrados a hablar más cosas de su vida”* (Mujer joven, E.2).

Por otro lado, según la adulta entrevistada, desde su rol de profesora, fundamentada en su bagaje académico y de acuerdo a sus experiencias cercanas por la labor, menciona que la población rural y adulta es reacia a acceder a una consulta psicológica porque *“una persona de estas que no ha estudiado, decirle lleve al nietecito al psicólogo, es una tragedia”* (Adulta, E.1), haciendo manifiesto un amplio énfasis en estas variables como factores para no asistir a una consulta psicológica.

La representación que surge hacia la consulta psicológica sobre cuándo las personas van a consultar es variada: *“niños con problemas (...) es para gente enferma”* (Adulta, E.1); *“es como cuando una persona se siente, como encerrada, como que no puede, como que le dijera yo, como que todos los caminos se le cerraron”* (Adulta mayor, E.3); o en el momento cuando el vecino o un amigo *“le vea el defecto a uno y le diga, vos te estás comportando mal, usted va por un camino que no es”* (Adulto, E.4).

Justamente se puede deducir que estas representaciones sobre cuándo van las personas a la consulta coinciden con el papel que juega el profesional de psicología para ellos. Es por

ello que a la pregunta sobre la función que desempeña el profesional surgen expresiones como *“él te va a escuchar, él te va a encaminar, si tenés ideas cerradas (...) a ver qué soluciones puedo tener para lograr mi salud mental”* (Adulta, E.1) o para *“ayudarlo a cambiar, a que no sea así (violento)”* (Mujer joven, E.2).

Pero antes de la consulta, hay que tener presente que posiblemente existen otras estrategias que se agotan antes de pensar o de ir a la consulta psicológica, por eso algunos de los participantes mencionaron que la comunidad de la Vereda busca el apoyo de *“la persona más vieja, que le haya ido como que bien (...) mi abuela como crío a todos y mire no nos morimos. (...) Ese consejo de la abuela es clave”* (Adulta, E.1). O en otros casos los participantes son quienes recomiendan las estrategias *“Vayan a echar una caminadita, vaya despégense, cómase un helado a la tienda, despéguese de cinco mil pesitos y van y se toman cualquier helado”* (Adulta Mayor, E.3).

Igualmente, los entrevistados manifiestan que recurren a los amigos o a las personas cercanas y que siempre debe haber un motivo para ir a consultar. Así mismo es considerable aquí que hay que tener presente los factores personales como variables para el despliegue de otras estrategias más individuales *“en si yo soy muy cerrada. No cuento mis cosas, sino que me las agunto o las copio. (...) O escuchar canciones”* (Mujer joven, E.2); *“Uno va pensando y uno se va relajando. Entonces uno mismo tira la psicología y uno mismo se aconseja “eh, pero no, movete ombe, deja la bobada, volvete seria ombe”* (Adulta mayor, E.3).

A modo de conclusión, podemos mencionar que el profesional de psicología en esta comunidad es vista como un guía, un apoyo, una persona que escucha y que ayuda a encaminar y cambiar aquellos comportamientos “raros” o que son considerados como “malos”. Es pertinente mencionar que la población entrevistada presenta estas opiniones cercanas al rol del profesional de psicología ya que han tenido un acercamiento sea por

estudios, labores o casos familiares, lo que habla de la importancia de la experiencia subjetiva como papel fundamental para la construcción de la representación social. Panorama contrario a lo que ellos mencionan en relación a los imaginarios que tienen las demás personas del contexto rural, donde lo asocian con la locura.

### **7.3. Diferencias entre psiquiatría y psicología: una categoría emergente**

Como elemento emergente en la investigación realizada con los habitantes de la Vereda Mampuesto se encuentra que, en esta población a la pregunta por ir al psicólogo, hay un claro énfasis en realizar una diferenciación entre ir al psiquiatra e ir al psicólogo. Por lo que se da cuenta de cómo alrededor de la representación social del psiquiatra existe una enmarcada orientación a la medicalización. Así lo menciona la Adulta mayor, (E.3) *“los que tienen, esquizofrenia, los que sufren rabias, los que tienen que estar medicados. Ahí es donde uno va donde el psiquiatra. Y psicólogo es más distinto, porque el psicólogo lo ayuda a uno, a algún problema, a aconsejar”*.

Por otra parte, se encuentra en lo expresado por la profesora que en relación a llevar los niños donde un profesional de psicología, los padres de familia de esta vereda son muy reacios y asocian al psicólogo con la locura y a la medicalización, *“es que me le van a mandar droga psiquiátrica y la niña no está loca”* (Adulta, E.1). Se observan respuestas similares a cuándo se indaga por quiénes van al psicólogo *“es para loco”* (Adulto, E.4). Esto también se ve corroborado por los diálogos de los entrevistados con algunas personas cercanas, en donde estas personas se han visto permeadas en la experiencia familiar con medicamentos psiquiátricos, lo que conllevó a que estas experiencias negativas, fomentaran su deseo de no asistir a la consulta.

Así entonces, se puede afirmar de acuerdo a sus discursos, que estos entrevistados consideran que existe en el contexto rural un imaginario de que es para locos quienes van o

quienes deben ir donde un profesional de psicología, además de una confusión a la hora de diferenciar los profesionales de la salud mental.

Igualmente, en sus relatos se puede evidenciar una caracterización de aquellas personas consideradas como locas, relacionándolas con la agresividad, con *“reacciones raras, actitudes raras, impulsos raros”* (Adulto, E.4), o también *“es estar perdido en sus cinco sentidos, es una persona que puede ser agresiva”* (Adulto, E.1).

Lo anterior, permite identificar la existencia de un estigma hacia la locura y la psiquiatría, donde este estigma genera unas etiquetas que desvalorizan y ellas conllevan unas repercusiones emocionales y de oportunidades tanto en los ya etiquetados como los posibles consultantes (López, 2008). Esto si bien no se ve tan claro cuando se habla de psicología, si emerge al hacer referencia a una enfermedad mental. Lo que nos lleva a concluir que algo de la salud mental está estigmatizado, es visto desde la medicalización y la agresividad.

A modo de conclusión, en relación a este análisis de resultados sobre lo encontrado en esta investigación, se puede mencionar que en la Vereda no existen ofertas en relación a los profesionales de la salud mental, más quienes han tenido un acercamiento a estos profesionales consideran la necesidad y valoran la función que cumplen con el individuo y la sociedad.

Se destaca la utilización de otros recursos como estrategias de afrontamiento en el malestar, como los amigos y la escritura. Además, de acuerdo a los relatos se considera que la comunidad rural tiene una creencia y actitud negativa hacia el profesional de psicología, vinculándolo con la locura.

De igual manera es importante destacar que si bien las representaciones sociales están atravesadas por la cultura y la opinión pública, cada quien también pone su construcción subjetiva. Por ejemplo, desde el lugar de la profesora se desconoce que, aunque las personas no tengan un conocimiento académico sobre psicología acuden donde el profesional de



psicología, y de allí que ella manifieste que la comunidad rural no vaya o sigan su orientación. Por el contrario, la adulta mayor, campesina y ama de casa, manifiesta que muchas personas acuden al profesional en psicología.

Es significativo además mencionar que se observa una tendencia individualizadora cuando se habla de enfermedad mental, responsabilizando al sujeto de esta circunstancia. Desconociendo así las influencias multifactoriales que puede tener cada ser humano, por su inherente relación en ámbitos como el social, laboral, familiar, académico y socioeconómico, y donde estas esferas se pueden convertir en factores de riesgo o de protección a lo largo de su vida.

## 8. Conclusiones

Esta investigación tuvo como propósito indagar por las representaciones sociales que tienen los habitantes de la Vereda Mampuesto sobre la salud mental y el profesional de psicología, buscando comprender si estos influyen en la motivación de ir o no a consulta. Como se pudo ver en el apartado anterior, la información suministrada por los participantes por medio de las entrevistas semiestructuradas, facilitó la conformación de categorías que pretenden dar respuesta a los objetivos de la investigación. A continuación, se plantean las conclusiones resultantes:

**La salud mental vista como un bienestar integral.** Se evidencia a través de los testimonios de los participantes la importancia de la salud mental en la vida de las personas y además muestran una perspectiva de la salud mental donde la integración y buen funcionamiento en los diferentes ámbitos de la vida permite determinar un estado de bienestar. Considerando entonces que es importante tener salud física, contar con dinero o un empleo, tener una buena relación consigo mismo, con la familia y los demás, para poseer salud mental y por ende el bienestar.

Así entonces se destaca una construcción social de la salud mental permeada por la plenitud, con lo cual salta a la vista que no se reconoce la posibilidad de tener salud mental a pesar de no tener buena salud física o alguna dificultad en una relación interpersonal. Tema relevante de cuestionar en la sociedad moderna donde se señala socialmente el fracaso individual al no poseer un trabajo, por ejemplo. De allí que surge si ¿es necesario replantear las exigencias sociales a los individuos y así mismo lo llamado como bienestar integral?

**La enfermedad mental, un problema individual.** De la mano del cuestionamiento anterior, se hace visible en esta investigación una perspectiva de la enfermedad mental individualizada y problemática. Donde los habitantes de la Vereda, de acuerdo a sus creencias e información, han dejado de lado la influencia social, cultural y económica, como

factores disposicionales para que se den los problemas psicológicos, desconociendo entonces lo que son las problemáticas contextuales.

Perdiendo de vista lo fundamental de la relación del ser humano con sus pares y su entorno, la construcción individual a partir de lo social y cómo influye también el ser en el tejido comunitario. Esto también permite traer a colación, un posible influjo cultural por la perspectiva biomédica, donde los problemas de salud mental son entendidos e intervenidos desde la institucionalidad, individualmente y de forma a veces medicalizada.

**La escasa oferta de los servicios psicológicos en la ruralidad: un factor que refuerza imaginarios.** Es de relevancia la escasa presencia de los profesionales de la salud mental en el ámbito rural, pues allí solo figura la psicóloga del colegio de la vereda y según relatos de los participantes, no es posible el acceso por las diversas ocupaciones, ajenas a la función y el papel de un profesional de psicología. Lo que cuestiona el lugar que se le da al profesional en algunos contextos.

Además, esto permite construir entonces una relación entre la poca disponibilidad con dificultades de acceso, que conlleva así mismo a que las personas opten por otras estrategias de afrontamiento, antes de buscar un apoyo profesional. Cuestiones que del mismo modo no facilitan un acercamiento experiencial de la comunidad hacia el profesional de psicología y que podrían cambiar la representación social sobre él y la salud mental.

**El profesional de psicología es visto como un apoyo.** En primera instancia y en base a sus experiencias y necesidades o las de personas allegadas, más no por la oferta presentada por la institucionalidad o programas desarrollados en la vereda, se puede establecer una representación por parte de los participantes sobre el profesional de psicología como un apoyo, un orientador o un guía para resolver problemas.

Más allá de esto, el profesional de psicología sigue permeado por una representación de locura, extendida a nivel cultural e histórica, pues se puede entrever que los participantes

manifiestan que en su comunidad existen unos imaginarios en relación a estar loco si se va al psicólogo. Sin embargo, es posible también decir que, ante esto, hoy la psicología es más cercana, como no lo era hace unos años, lo que permite cuestionar ¿qué pasaría donde se tuviera un acceso real a los servicios o por lo menos un acercamiento a las comunidades?, ¿tendríamos menos imaginarios relacionados con la locura?

**No es lo mismo el psicólogo que el psiquiatra.** Claramente emerge en la comunidad una necesidad por diferenciar estas dos disciplinas y ocupaciones, uno más cercano, de apoyo y ayuda como lo es la psicología, y, por otro lado, aparece la medicalización, los trastornos y la locura, asociados a la psiquiatría. Este último pareciera estar permeado por la estigmatización, tanto hacia la figura del profesional, como quienes requieren sus servicios o los posibles consultantes.

Con lo anterior, se sigue reconociendo una estigmatización hacia lo que tiene que ver con la salud mental, sean profesionales, pacientes o enfermedades mentales, por lo que se considera viable y pertinente, la socialización e información que permita una sensibilización de la población general alrededor de estas temáticas, como campañas de desestigmatización a la psiquiatría por parte de profesionales o las instituciones.

**A propósito de la ruralidad, el necesario dialogo de saberes.** Es sabida la diferenciación en oportunidades entre lo urbano y lo rural, pues bien, así como se mencionó antes, la oferta de servicio no marca la diferencia, lo que pone en consideración el necesario cuestionamiento de la cercanía institucional hacia esta población, además de la centralización citadina y atención individualizadora, que se plantea desde lo gubernamental, así como desde la formación académica.

Si bien la psicología está más cercana a la comunidad, con una mayor oferta de profesionales no se pretende llegar al intrusismo, sino por el contrario se aspira a resaltar la importancia y tener en cuenta el conocimiento que tiene la comunidad y que ha acumulado

entorno al cuidado y sus diferentes estrategias de afrontamiento. Reconociendo que la perspectiva biomédica no basta, sino que debe llevarse a cabo un diálogo de saberes, donde también el profesional de psicología tenga la posibilidad de brindar herramientas y potenciar esos saberes, pero así mismo conozca otras posibilidades.

Por ende, se plantea entonces como desafío desde la academia tanto a nivel de investigación, divulgación e intervención, una psicología más cercana y con apertura, más allá de la urbanidad, los diagnósticos, la individualización y la patologización. Una psicología y una formación profesional que pueda generar un diálogo de saberes entre las comunidades y la academia. que reconozca el contexto rural.

En última instancia, se considera relevante replantear las formas de investigar la salud mental, donde es necesario ir más allá de las cifras y el modelo biomédico, unas indagaciones que permitan reconocer y comprender el pensamiento social y las prácticas de las comunidades, pero sobre todo que así mismo este conocimiento socialmente elaborado sea considerado para formular políticas públicas e intervenciones basadas en las realidades sociales.

## Referencias

- Abela, J.A. (2001). *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*.  
Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces. Recuperado de  
<https://www.centrodeestudiosandaluces.es/publicaciones/tecnicas-de-analisis-de-contenido-una-revision-actualizada>
- Agudelo, C., Fonseca, A., Palma, C., y Patiño, P. (2011). Representaciones Sociales del Psicólogo Educativo en Estudiantes de Educación Media Vocacional de Cundinamarca (Colombia). *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 4(2), 93-100.
- Alcaraz, G., Ochoa, C., y López, Z. (2012). Atención en salud a mujeres en situación de desplazamiento: una mirada desde los prestadores de servicios sociales y de salud. *Index de Enfermería*, 21(3), 155-159.
- Álvarez, L., y Pernía L. (2007). Actitudes hacia el trastorno mental y hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Una revisión sistemática de estudios en Europa, Estados Unidos, Latinoamérica y el Caribe. *MedUNAB*, 10, 50-56.
- Álvarez-R, L., y Almeida-S, O. (2008). Actitudes hacia el trastorno mental y la búsqueda de ayuda psicológica profesional en un grupo de adultos intermedios de la ciudad de Bucaramanga. *Rev.Fac.Med*, 56(2), 91-100.
- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. San José, Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Arias, B. (2013). *Violencia, resistencia, subjetividad: Destejer y tejer la salud mental. Estudio de caso municipio de San Francisco, Oriente Antioqueño, Colombia 2011-2012*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.
- Banchs, M.A. (1990). "Las representaciones sociales: sugerencia sobre una alternativa teórica y rol posible para los psicólogos sociales en Latinoamérica".

- Bertollo-Nardi, M., Avellar, L. Z., Silva, R. D. M., Trindade, Z. A., y Menandro, M. C. S. (2014). Representaciones sociales del psicólogo para jóvenes estudiantes. *Revista CES Psicología*, 7(2), 78-95.
- Betancur-Betancur, C., y Restrepo-Ochoa, D. (2016). Representaciones sociales sobre salud mental construidas por profesionales en la ciudad de Medellín: un enfoque procesual. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16 (2), 5-14.
- Bosetto, C. (2006). Reflexiones sobre la representación social de la psicología en un barrio de baja renta. *Revista Diversitas – Perspectivas en Psicología*, 2(1), 138-148.
- Campo-Arias, A., Oviedo, H., y Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 162-167.
- Campo-Arias, A., y Herazo, E. (2014). Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 212–217.
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., y Herazo, E. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 177–185.
- Chmil, F., Gañan, F., Medrano, L.A., y Flores Kanter, P.E. (2017). Representaciones sociales de la profesión del psicólogo en integrantes a la carrera de psicología de Córdoba, Argentina. *Informes Psicológicos*, 17(1), 143-158.
- Covarrubias-Papahiu, P. (2013). Imagen social e identidad profesional de la psicología desde la perspectiva de sus estudiantes. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 6(10), 113-133.
- Cudris Torres, L., y Barrios Núñez, A. (2018). Malestar psicológico en víctimas del conflicto armado. *Revista CS*, (26), 75-90.

- De Sousa, P. F., Carneiro Maciel, S., Tenório Medeiros, K., y Souza Vieira, G. L. (2016). Actitudes y Representaciones en Salud Mental: Un Estudio con Estudiantes Universitarios. *Psico-USF*, 21(3), 527–538.
- Dirección Nacional de Estadística [DANE]. (s.f.). *Resultados Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*. Recuperado de:  
<https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190719-CNPV-presentacion-Antioquia-2.pdf>
- Escobar-Serrano, M. C., Charry-Higuera, M., y Ramírez-Moncada, N. (2020). Reflexividad sobre la intervención profesional en duelo con población afectada por el conflicto armado en Colombia. *Prospectiva*, 30, 67–89.
- Goffman, E. (1970). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Madrid: Amorrortu.
- Gómez Plata, M., Chamorro Molina, G., Obispo Salazar, K., Parra Villa, Y., & Paba Barbosa, C., y Rodríguez de Ávila, U. (2013). Representación social del psicólogo en el área de la salud: un estudio cualitativo en la facultad de ciencias de la salud de la universidad del Magdalena. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 91-122.
- González, L. M., Peñaloza, R.E., Matallana, M. A., Gil, F., Gómez-Restrepo, C., y Vega Landaeta, A.P. (2016). Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 89-95.
- Henao, S., Restrepo, V., Alzate, A., y González, C. (2009). Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia, 2004-2006. *Revista Facultad de Nacional Salud Pública*, 27(3), 271-281.
- Herazo, E. (2014). La salud mental ante la fragmentación de la salud en Colombia: entre el posicionamiento en la agenda pública y la recomposición del concepto de salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(supl 1), S21-S27.



- Hernández, D., y Sanmartín-Rueda, C. (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35).
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill (Sexta ed.). México D.F.: McGraw Hill.
- Hewitt Ramírez, N.; Juárez, F.; Parada Baños, A. J.; Guerrero Luzardo, J.; Romero Chávez, Y. M.; Salgado Castilla, A. M., y Vargas Amaya, M. V. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 125-140.
- Jodelet, D. (2008). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Connexion*, 3(5), 25–46. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx>
- Lopera, J.D. (2015). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(supl 1), S11-S20.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28 (101),43-83.
- López, M., Saavedra, F., Laviana, M., y López, A. (2012). Imágenes de la “locura”, la “enfermedad mental” y la “depresión” en la ciudad de Sevilla. *Psychology, Society, & Education* 4(2), 151-168.
- López Muñoz, L. (2019). Pobreza y subdesarrollo rural en Colombia. Análisis desde la Teoría del Sesgo Urbano. *Estudios Políticos*, (54), 59-81.  
<http://doi.org/10.17533/udea.espo.n54a04>

- Ministerio de la Protección Social y Fundación FES-Social. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental*. Recuperado de:  
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Encuesta Nacional de Salud 2007*. Recuperado de:  
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf>
- Ministerio de salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental–ENSM 2015*. Recuperado de:  
[http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/COO31102015-salud\\_mental\\_tomoI.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/COO31102015-salud_mental_tomoI.pdf)
- Moll León, S. (2013). Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana. *Revista de Psicología*, 31(1), 99-128.
- Moreno, A., Sánchez, F., y López, M. (2014). Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. *Psychology, Society, & Education*, 6(1),17-26.
- Moreno Camacho, M. A., y Díaz Rico, M. E. (2016). Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia. *El Ágora USB*, 16(1), 193–213.
- Moscovici, S. (1979). La representación social un concepto perdido. En *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. (2a. ed., Cap. 1, pp. 27-44). Buenos Aires: Ed. Huemul.
- Municipio de Rionegro. (s.f.). *Anuario Estadístico Rionegro 2016*. Recuperado de  
<https://www.rionegro.gov.co/Documents/Anuario-estadistico-2016.pdf>
- Murillo Torrecilla, J., García Hernández, M., Martínez Garrido, C., Martín Martín, N. y Sánchez Gómez, L. (s.f.). *La entrevista*. Recuperado de

[https://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/jmurillo/Met\\_Inves\\_Avan/Presentaciones/Entrevista\\_\(trabajo\).pdf](https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Presentaciones/Entrevista_(trabajo).pdf)

Napoleão, W., Gomes, A., y Katsurayama, M. (2014). Una visión de la universidad sobre el papel del psicólogo: una representación social. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, 20(2), 232-242.

Navarro Gómez, N., y Trigueros Ramos, R. (2019). Estigma en los profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática. *Psychology, Society, & Education*, 11(2), 253-266.

Observatorio Nacional de Salud [ONS]. (2019). *Acceso a los servicios de Salud en Colombia*. Instituto Nacional de Salud. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia2.pdf>

Observatorio Nacional de Salud Mental [ONSM]. (s.f.). *Indicadores de Uso de Servicios en Salud Mental*. Ministerio de Salud. Recuperado de <http://rssvr2.sispro.gov.co/ObsSaludMental/>

Organización Mundial de Salud [OMS]. (2001<sup>a</sup>). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental*. Organización Mundial de la Salud. (Hoja informativa, No. 220). Ginebra.

Organización Mundial de Salud [OMS]. (2004). *Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica, informe compendiado*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

Organización Mundial de Salud [OMS]. (2009). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Recuperado de [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_9-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf)

Organización Mundial de Salud [OMS]. (13 de abril de 2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>

- Organización Mundial de Salud [OMS]. (30 de marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Perera, M. (1999). *A propósito de las representaciones sociales. Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad*. La Habana: Centro de Investigación en Estudios Psicológicos y Sociológicos.
- Puerta Henao, E. (2015). *Tejidos que dan sentido a la existencia. El significado que tiene para los habitantes de San Carlos la experiencia de reconstruir su tejido social afectado por el conflicto armado. Relatos de vida* [Medellín, Colombia].
- Ramírez-Giraldo, A., Hernández-Bustamante, O., Romero-Acosta, K., y Porras-Mendoza, E. (2017). Estado de salud mental de personas víctimas del conflicto armado en Chengue. *Psicología Desde El Caribe*, 34(1), 1–20.
- Restrepo, D.A, y Jaramillo, J.C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211.
- Riveros-Munévar, F., Salamanca-Chacón, S., Paredes-Estevez, S., Carvajal-Ovalle, D., Umbarila-Contreras, L., y Venegas-Muñoz, F. (2018). Actitudes hacia la labor profesional del psicólogo en Bogotá: un estudio descriptivo comparativo según el tiempo en terapia. *Psychologia*, 12(1), 103-113.
- Rojas-Bernal, L.Á., Castaño-Pérez, G.A., y Restrepo-Bernal, D.P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Revista CES Medicina*, 32(2), 129–40. Recuperado de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/4513>
- Torres López, T., Maheda, M., y Aranda B, C. (2004). Representaciones sociales sobre el psicólogo: investigación cualitativa en el ámbito de la formación de profesionales de la salud. *Revista de Educación y Desarrollo*, 2, 29-42.

- Torres, T., Munguía, J., Aranda, C., y Salazar, J. (2015). Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México. *Revista CES Psicología*, 8(1), 63-76.
- Venegas Luque, R., Gutiérrez Velasco, A., y Caicedo Cardeñosa, M. F. (2017). Investigaciones y comprensiones del conflicto armado en Colombia. Salud mental y familia. *Universitas Psychologica*, 16(3), 1-10.
- Villa Gómez, J. D. (2012). La acción y el enfoque psicosocial de la intervención en contextos sociales: ¿podemos pasar de la moda a la precisión teórica, epistemológica y metodológica? *El Ágora USB*, 12(2), 349-365.

## Anexos

### Anexo 1. Guía de preguntas para entrevista semiestructurada

¿Qué es para ti el bienestar?

¿Qué es tener salud mental?, ¿Cómo se relaciona con la salud física?

¿Qué es para ti la enfermedad mental?

¿Conoces a alguien con enfermedad mental?

¿Has ido a una consulta psicológica?

¿Cuándo consideras que se debe ir?, ¿con qué motivos o en qué situación?

¿Qué crees que piensa la gente de los psicólogos?

¿Qué crees que hace un profesional de psicología?

¿A quién acude cuando quiere hablar sobre sus problemas o cómo afronta su malestar?

¿A dónde crees que va la gente de la vereda cuando tienen problemas, están mal o buscan apoyo?

¿Hay disponibilidad de profesionales de psicología en la vereda?

## Anexo 2. Transcripción de entrevistas

### Adulta, E.1.

Al explicarse el objetivo de la entrevista y el nombre del proyecto inicia la conversación.

**C:A:** Si, el común de la gente y sobre todo aquí en el campo es, yo acaso estoy loca. “*Vaya hija al psicólogo, yo acaso estoy loca*”. Una vez yo le dije a una mamá, muy ignorante la señora, el niño supremamente agresivo, y yo, “*ay, el niño necesita, usted no tiene forma pa’ pedirle una citica psicológica*”. Oiga, eso fue la ofensa más grande, como si le hubiera dicho que el niño estaba loco. Entonces yo le dije, “*pero es que yo no le estoy diciendo siquiátrica*”.

Yo me metí por ahí. “*El psiquiatra si es para personas con trastornos mentales pues más graves que necesitan medicamentos. La psicología la necesitamos todos y es charlar con el psicólogo para que nos encaje*”. No, no, la ofensa más grande. Aquí en el campo, usted decirle a un padre de familia que lleve el niño al psicólogo y me di cuenta que era la ofensa, que era decirle loco.

**V.A.:** ¿Pero usted cree que por ejemplo a nivel general eso es lo que piensan las personas?

**C.A.:** Casi siempre. Claro que yo estoy en un medio rural, cierto. Yo estoy hablando así en el campo. Pa’ todo, pa’ la gran mayoría de gente, decirle “*vaya al psicólogo*”, es decirle, usted está loco. Sólo la gente que ha estudiado, que tiene un estudio universitario porque hasta de bachillerato piensan eso. Los que tienen unos estudios superiores, por ejemplo, yo que estudié pues educación y yo empecé a estudiar psicología.

Yo hice bastantico, yo llegué hasta el sexto semestre y ahí fue que quedé embarazada de Cata y como yo tengo cuatro cirugías. Ah no, cuando Cata me hicieron otra, cuando Cata ya tenía tres años. Tres cirugías, un tumor que se reproducía, volvía y se reproducía, a Dios gracias benigno. Entonces yo tenía una malla y usted viera que mi barriga era torcida, entonces yo tenía que estar en mucha quietud porque esa malla, que se podía abrir, RH negativo, mi esposo positivo. Claro que eso ya no está pues tan grave, pero eso es otra cuestión.

Entonces sí, yo estaba estudiando en la Universidad Cooperativa y me tenía que, yo trabajaba en Buenos Aires y me tenía que desplazar hasta Envigado que estaba la Facultad de Psicología. Ese viaje hasta allá y uno embarazado y toda esa cuestión. Eso me dijeron mucha quietud, mucha quietud y ya, uno, ya tuve la niña y uno trabajando y uno con bebé, ya hasta ahí llegué.

**V.A.:** Pero ¿y entonces por qué se decidió por otra carrera y no siguió psicología?

**C.A.:** O sea, yo ya había estudiado educación infantil y yo ya me había graduado. Fue que después de educación me animé a estudiar psicología, porque yo dije: es trabajar con el ser humano, cierto, es trabajar con los niños. Me encantaba mucho las psicologías educativas, del desarrollo humano y por ahí fue que me metí como para comprender mejor, el niño que yo iba a trabajar con él. Entonces claro, entonces yo tengo pues unos conocimientos, hace mucho, porque ya Cata tiene 20 años. Ya todo lo que estudié psicología ya, mejor dicho, ya eso es historia patria, porque eso va cambiando.

Pero entonces, claro, para mí la psicología es chévere porque yo estaba estudiándola.

Entonces yo, inclusive nosotros empezamos terapia con el profesor, que era el psicólogo. A todos nos asignaban unos psicólogos, que tenemos que hacer terapia y todo. Entonces, claro, la vista mía va a ser más positiva porque yo viví en ese medio. Entonces para mí era muy normal tener una cita con un psicólogo, que vos decir eso aquí, no, ¿estás loca!

**V: A.** Es decir que, si yo voy donde otras personas, ¿es muy probable que me encuentre con “es que, yo no estoy loca”?

**C.A.** Por decir algo, si usted va donde Martica y Dolly, y usted le dice: *¿usted asistiría a una cita psicológica?*, “ay pues estaría yo muy enferma”, cierto, ellas creerían, que “si estoy así de mal”.

Aunque ellas, Dolly tienen niños de bienestar familiar. Ella es madre sustituta, entonces a ella le toca mucho llevar a los niños a citas psicológicas, entonces de pronto ella ya está como un poquito más familiarizada. Pero estos niños que tienen sus citas psicológicas son niños abandonados entonces, ella va a creer que esto es para niños con problemas. Exacto esa es la cuestión, claro, van a creer que es para gente enferma.

**V.A.:** Profe, díganos, usted fue allá a consulta cuando estaba estudiando, pero díganos por fuera del estudio, ¿ha ido o ha consultado con psicólogo o ha consultado con psiquiatra?

**C.A.:** Cuando yo estaba estudiando en la universidad, yo creo que todavía estaba en educación infantil, nos pusieron una psicóloga, entonces ella fue a los salones se presentó y que bien pudieran, que podíamos ir como para ver el perfil. Ella nos decía algo como para ver el perfil, de que nos gustaba estudiar. Y yo ay, que chévere que le hubieran hecho a uno esto en once, algo vocacional. Entonces yo fui, fui por mi cuenta y según lo que recuerdo, porque eso hace años luz, si medio mucho para ¿cómo se llama la de psicología, humanidades? Sí, me dio como mucho el perfil que ella me hizo como para estudiar así, ciencias sociales. Y entonces ya terminé educación infantil y al tiempito, como estaba todavía soltera. Usted sabe que uno soltero, uno se anima mucho. Pero el que era mi novio, que ahora es mi esposo, “¿cómo que otra carrera, entonces nunca vamos a tener un hijo?” Porque yo encantada, yo leyendo, estudiando, “¿no, otra carrera, cinco años?” porque él me conoció estudiando educación.

Entonces imagínate son cinco años, que pa “¡esperarla otra carrera!”. Como decía él, si quiera un... como era que decía, porque tenemos solo una hija, si quiera una muestrica, decía él. Y mire debido a mi estudio, y a que yo trabajo, solo una hija tuvimos. Porque dije: yo trabajo, yo no soy de esas personas que se llenan de hijos, se encierra en una casa y tiraron sus estudios. “Ah no, aquí cocinando, cierto”. Por eso muchos papás no les pagan a sus hijas estudio, ¿no has visto mucho eso? “¿Para qué le vamos a pagar a estas muchachas si es pa casarse, si es para estar en una cocina?”. Y yo ay, qué tristeza, tienen toda la razón los papás, toda la platica la botaron. Dígame una hija que se casó, toda la carrera, cocinando en la casa y criando hijos.

Ahí mismo el papá, que pagó una carrera, se va a quedar frustrado el papá, porque esa niña que le pagó una carrera bien cara, “ay apá, ya no voy a seguir estudiando” o terminé y me gradué, pero me casé y me quedé en mi casa cuidando los hijos. Entonces esa cuestión siempre, pues ayuda a que el papá pues tenga... Nosotros cuatro hijas mujeres, pero todas estudiamos y todas trabajan. Y ninguna se quedó en la casa cocinando, pues obvio que venimos de los trabajos a cocinar.

Mucha gente estudia y se queda en su casa criando sus familias, sus hijos, porque no se atrevieron o no les dio, porque el esposo, vos sabes que el hombre paísa, pues digo yo que creo, es más bien machista. Él va a preferir irse a trabajar y que la señora se quede en la casa con los niños. Él no te va a decir “no, usted con esa carrera que hizo, no, vaya usted trabaje, yo me quedo en la casa cuidando de los niños”, ¿qué hombre vamos a conseguir así? (risas), que nos diga eso.

No, ellos se mueren de la pereza. Ellos prefieren, así sea ganarse un mínimo, así no tengan estudios, irse a trabajar. Un hombre en una casa se asfixia, pues, o sea muy poquitos el que es feliz en la casa, haciendo los quehaceres. Y esta sociedad machista, “no, usted es el hombre, usted el que trabaja, usted es el que sostiene su familia”. Ella, títulos, carrera, posgrado, en la casa con los muchachos, como les parece.

**V.A.:** Profe entonces, díganos, ese fue el único espacio en el que usted fue, cuando estuvo estudiando. ¿Y por qué crees que las personas van al psicólogo?

**C.A.:** Eh, generalmente pueden tener dificultades, por decir, pueden ser emocionales, familiares y se sienten como que necesitan una guía, que necesitan alguien que los asesore, ahí consultarían a un psicólogo. Pues, digo yo.



**V.A.:** Ya habíamos hablado de que eso es lo que usted piensa. ¿Las demás personas piensan que están enfermos?

**C.A.:** Si vos le sugerís esto a una madre de familia, “*lleve la niña psicólogo*”, “*¡ay, profe, pero es que la niña no está loca!*”, eso es ahí mismo lo que le dicen a uno. Uno les tiene que decir, “*no es que no te estoy diciendo que la lleves a un psiquiatra, a un sanatorio a encerrar la niña, no, es una citica que te va a indicar*”. O sea, de pronto a la gente que uno le puede hablar, le puede explicar un poquito, pero la reacción es esa *¡ay profe es que la niña no está loca!*, esa es ahí mismo la reacción, uno que maneja niños y padres de familia de campo que no son tan estudiados.

Yo tengo abuelitas, tengo una abuelita, la que entró ahorita el viernes, que es analfabeta, no sabe leer ni escribir. Yo a ella le tengo que hablar por el WhatsApp diciéndole todo, que ella lo escuche. Tengo esa abuelita y la de Felipe que también es otra abuelita, que ella tampoco entiende mucho y lastimosamente ahora quienes están educando los niños son las abuelas. Porque a mí me toca, quienes están llevando los niños a estudiar, quienes me reclaman calificaciones, quienes van a las reuniones, quiénes están al tanto, son las abuelas y tengo unas que yo les tengo que firmar. Entonces decime una persona de estas que no ha estudiado, decirle lleve al nietecito al psicólogo, es una tragedia.

**V.A.:** ¿Y ustedes en la escuela no tienen psicólogo? Te lo pregunto porque te he escuchado, que sería bueno que algunos padres llevaran al psicólogo a los niños, pero entonces ¿en la escuela no podrías remitirlos?

**C.A.:** Hace poquito, la psicóloga es una psicoorientadora, pero ella es psicóloga. Pero apenas hablamos de hace unos 5 años que apenas mandan una, una para atender La Playa que tiene más de mil estudiantes, La Laja que tiene doscientos y pico y Mampuesto, como es la sede más chiquitica, yo hay veces le digo a Rosibel que es la psicóloga, ¿cuándo va a subir a Mampuesto que tengo unos niños con tales características?” *¡Profe, aquí me tiene el rector!* El rector se la absorbe para él, el rector la coge y la pone, mejor dicho, que le monte los programas. Entonces ella nunca puede, a Mampuesto casi no viene.

Entonces yo creo que es más fácil tener una cita con la EPS, que es imposible que con la de la escuela, con eso le digo todo. Incluso yo tenía una niña hace tres años manejaba este trastorno, que ella, como es que se llama, trastorno bipolar. Sí, el psicólogo que había antes me dijo “*Profe, es bipolar, téngale mucha paciencia, yo voy a estar muy pendiente*”. Plum, vos que estos psicólogos, los montan como según el político de turno, a él se lo llevaron pa’ Secretaría de Educación, me dejó tirada con la muchachita y Rosibel cuando llegó, yo cuénteles, dígame, ¿y usted cree que iba?, a ella no le daba tiempo. Yo tuve que manejar ese caso.

**V.A.:** Y digamos aparte de esa psicoorientadora, por acá en Mampuesto ¿no hay un psicólogo?

**C.A.:** Por acá la gente no, o sea la que es estudiada. pueden ser los veraneantes, pero son gentes ricas que vienen a sus fincas en el fin de semana y no se relacionan con nadie. Yo, por ejemplo, los veraneantes yo no los conozco, son gente que solo baja, descansa y se va. A mí esa niña, me tocó a mí sola, casi que asumir todo, todo y con la abuela.

**V.A.:** ¿Y por la EPS tampoco pudo pedir cita?

**C.A.:** La abuela, es que te digo, la mamá vive es en Medellín, la abuela es la que la cría a ella y al niño. ¿Y cómo le parece? La abuela y yo éramos las que teníamos que estar al frente de esa niña, tremenda, nos dio mucha dificultad, mucha dificultad, prácticamente solas.

¿Qué puede yo con esa niña? Escucharla mucho, escucharla mucho, pero era desgastante.

Mejor dicho, Cata me decía: “*mamá yo creo esa niña es lo que la está enfermando a usted*”.

Aquí me llamaba la abuela un domingo como a las 6 de la mañana, llorando. La abuela que se estaba viendo con un conductor, una niña de 12-13 años, con el conductor de la vereda.

Entonces a mí me tocó salir y hablarle al conductor de la vereda, un tipo pues era querido y la

niña muy sardinita y vos sabes que las bipolares son como, muy efusivas, se estaban ya metiendo a lo máximo. Acostándose con la niña, hijuemadre este.

Y esa niña ya está en bachillerato y me llama, me llama. Ella dice, yo quiero mucho la profe, porque es que yo tuve que escucharla mucho, aconsejarla mucho, enderezarla mucho. Mamá ausente, papá ausente, totalmente ignorantes, no estudian, la abuelita una persona ya mayor. No, no, no, eso fue un rollo tremendo. Ella me llama a tareas y cosas todavía.

Ahí tengo el hermanito, ya me mandaron al hermanito, ahí lo tengo en tercero, es más dócil, pero presenta mucho, o sea, ese desorden familiar que hay en su casa. El niño ya te dice: “yo no conozco mi papá, yo sé que es un marihuanero, pero yo no lo conozco”. Entonces manejan un rollo tremendo, tremendo.

**V.A.:** Profe, digamos que la psicoorientadora, difícil, y ¿por parte de la alcaldía, no les mandan como charlas o algo así para los padres?

**C.A.:** Mandan escuela de padres, pero hay que conectarse. La gente de acá de Mampuesto, de esta veredita, manejan daticos, entonces conectarse a una charla psicológica, a una cosa bien chévere, pues a uno le gusta porque uno ha estudiado eso y le gusta, pero para los padres, “ay, yo acaso estoy loca o mis niños”. Eso que ellos ven la psicóloga e inmediatamente con los niños que tienen dificultades de aprendizaje, con los niños que tienen problemas, con niños enfermitos.

**V.A.:** Pero presencial, digamos, antes de esta pandemia, ¿no hacían escuelas de padres?

**C.A.:** Claro, usted invitaba dos, tres mamás de casi treinta, que se preocupan por sus hijos, que les gusta el tema. El día del mercado, vea, todo el mundo, no falta nadie. Que una fiesta en la escuela que organizó el presidente de la JAC, que va haber comida, que va haber música y regalos, vea, el gentío que ni cabe. Escuela de padres, 3 padres, entonces optaron por en Mampuesto no hacerlas, por qué pues mandar un profesional pa 3 almas. Entonces se hacen en La Playa y que por favor bajen, entonces ahí te dicen, “profe, no tenía pasaje pa ir”. Aquí una escuela de padres es una ofensa, dígame fiesta, dígame mercado, dígame que regalos rifas, vea, no te falta ni uno, ni un solo papá.

**V.A.:** Profe entonces si por ejemplo la gente no quiere ir donde los psicólogos porque tienen ese pensamiento, ¿usted cree que, donde adquieren ese apoyo o esas herramientas que le podría brindar un psicólogo? ¿cómo resolverían sus problemas o su malestar?

**C.A.:** Pues, o sea, yendo al psicólogo no, ellos tienen esa mirada errada. Imagínese que buscan como apoyo, de personas por decir, “ve mi papá, mi mamá, ¿Ellos como fueron capaz de sacar a toda esta familia?” El apoyo es de la persona más vieja, que le haya ido como que bien. Que el viejito levantó hijos, levantó familia, piden como el apoyo a esa persona. O hay veces buscan ayuda con el sacerdote. Claro que hay sacerdotes que ahora están estudiando como psicología, ¿cierto? Se están como preparando, si entonces buscan ayuda con el sacerdote, la persona más vieja de la familia, “mi abuela como crío a todos y mire nos morimos, cómo hizo la abuela”. Ese consejo de la abuela es clave. Como te parece.

**V.A.:** Profe y hablando de los psicólogos, ¿usted cómo cree que es el deber ser del psicólogo? O sea, ¿qué hace un psicólogo cuando está en su consulta?

**C.A.:** A nosotros nos decían mucho que el psicólogo era una oreja grande, que tenía que escuchar todo el problema de su paciente, porque muchas veces el paciente, hablando con toda esa verborrea que podría estar manejando, él mismo te iba dando las soluciones, él te iba encaminando.

Que tenemos que ser una oreja muy grande, escuchar el paciente para poderlo ayudar y encaminar, porque a la hora de la verdad el psicólogo no te va a dar la solución, la das vos. Pero si uno le dice eso a la gente, “no es que la solución la tiene usted, usted la va dar”, “entonces yo pa’que voy a ir donde el psicólogo”. Él te va a escuchar, él te va a encaminar, si tenés ideas cerradas, él te va a tratar de aclarar esas ideas erradas y él te va a tratar de dar la luz. Pero la decisión la toma es el paciente porque el psicólogo ahí se está curando de que

“*vió se me dañó el matrimonio, hice su consejo, fue culpa suya*” “cierto. No, que pena, usted tomó la decisión, yo sólo le aclaré el camino, las dudas, pero la decisión, la solución la tiene que dar el paciente. Pues eso fue hace veinte años. (risas).

**V.A.:** ¿Y usted qué piensa ahorita?

**C.A.:** Pues tiene toda la razón. Claro, vos te imaginas que una persona “*ay, es que no sé si me separo o no*” y entonces listo, vos le decís “*no te separes, todavía tienen estas características, aquello y lo otro, y venga y te diga, vea hice su consejo y se me dañó el matrimonio*”. Imagínate, el psicólogo se tiene que curar en salud. Primero porque él tiene que tomar las decisiones, no el otro, porque entonces toda la culpa, todo el fracaso te lo va echar a vos.

Esa persona tiene que asumir su responsabilidad, tiene que asumir su punto de vista y tiene que asumir las consecuencias de sus actos, no echarle toda la culpa al psicólogo. Pero uno no le puede decir eso, porque ahí si es que no lo visitan.

**V.A.:** Esa visión la tienes vos, cierto, si concluimos, la visión de ellos es que las personas que van donde los psicólogos están enfermos.

**C.A.:** Primero que están locos, yo digo que es difícil sobre todo en comunidad inculta, es más fácil vos hablar con personas estudiadas que ya comprenden y tienen noción, que, con personas incultas, como yo que manejo en esta vereda, de gente totalmente...

**V.A.:** Aunque no crea profe, hay todavía personas que piensan mucho que los psicólogos son para locos.

**C.A.:** Y son personas estudiadas. Pero son personas que han estudiado las matemáticas, son personas por decir, como que no estudian las humanidades. Entonces esas personas que estudian las ciencias exactas, ven al psicólogo como “*qué es esa pendejada*”. Pero vos ves más asequible las personas que estudian, sociología. Como las humanidades, que tienen que ver más con el comportamiento del ser humano, como más inclinadas, a que sí sería bueno ir al psicólogo. Pero si, los de ciencias exactas, ingenieros, matemáticos. El rector del colegio, él es un ingeniero, y pa’ él es Rosibel perder el tiempo escuchando un niño con problemas, él la tiene es de lleno. Ella es la que le monta cantidad de programas y cosas, para él eso es perder el tiempo, por eso es más difícil yo tener acceso al psicólogo.

Él es un ingeniero, para él la psicóloga es para que le ayude. Él la utiliza mucho, por ejemplo, la psicóloga es la que maneja el plan de comunicación y como el Ana Gómez, la bandera del Ana Gómez es una abejita, y la voz de ella es la que sale en todos esos vídeos. Ella es la que habla, hablando de la pandemia. La tiene, mejor dicho, super ocupada, de todo menos atender al niño. Por eso yo le digo a usted, vea más fácil tenemos una cita por la EPS, que es una cosa brava, que con la pobre Rosibel.

Y él es un ingeniero, un matemático, él la parte humana, le vale huevo, a él solo le importan las estadísticas, que el colegio sube en puntajes ICFES, que sube en pruebas SABER, solo le importan los números. Entonces yo digo, ahí ya estamos fallando, un rector ingeniero.

**V.A.:** Profe, se me olvidó preguntarle algo, por ejemplo, ¿qué decía la señora que tenía la niña bipolar?

**C.A.:** Ella casi que no acepta cuando yo le decía “*tenemos que pedir cita con Rosibel o cita con la EPS*”, ella decía “*Ay profe, es que me le van a mandar droga psiquiátrica y la niña no está loca*”. Yo tuve, mejor dicho, que hablarle y decirle “*es que la droguita que le van a dar a la niña no es que la va poner en un rincón por allá a chorriar baba Doña Alba, no, Doña Alba, es para que deje dar clase*”.

Usted se imagina, yo dando clase, en mitad de clase “ay” con sus...no, no, no. Estaban columpiándose en el descanso, y los niños llegan al salón de clase, “*profe, Alejandra se desmayó*”. Y yo sabía pues el desmayo de ella, los niños echándole aire, no más que llamando la atención de los niños. Entonces yo le decía, “*Doña Alba, es que no deja dar*

*clase, un desmayo, un grito*". En clase, interrumpía las clases con todas sus cuestiones amorosas.

(...historia familiar de Alejandra, la abuela y la mamá de Alejandra...disfunción familiar) Entonces Doña Alba, casi que no, ya la empezaron a mandar unas pastillitas y yo era inclusive se las tenía que dar. Por la EPS logró unas pastillitas que la tranquilizaban, entonces la niña al menos escuchaba clase. Dejaba a los amiguitos escuchar clase, porque eso era una locura y yo también me estaba también como enloqueciendo. Fue tremendo, fue porque le dije a *"Doña Alba, es para que deje dar clase, ella grita en cualquier momento de la clase, ella se desmaya"*, y yo le dije claro, es que así es el trastorno bipolar, pero ella no quería aceptar eso. Qué lidia para que le consiguiera cita, *"que es que ella no estaba loca"*, *"profe es que esa pastilla me la va embobar, enloquecer más"*. Ahí fue cuando me dijo *"es que yo tengo una sobrina que tiene"*, como que ese mismo trastorno y toma una pastilla y que ella se emboba y yo *"debe ser que toma una dosis muy alta, Doña Alba tranquila, si vemos que la niña está como embobada se habla con la psicóloga que le merme la dosis, que se la baje un poquito"*. Pero casi que no, eso fue duro, duro.

**V.A.:** ¿Entonces estuvo en tratamiento con la EPS vario tiempo o solo un ratico?

**C.A.:** Estuvo un ratico porque, como la abuela es la que los cría, entonces la salud de la abuela no cubre nietos. Fue que mientras la mamá estaba trabajando, se quedó la mamá sin trabajo, la niña está sin EPS y ya no tenemos psicólogo ni nada. Pero, yo dije gracias a Dios ya se fue para bachillerato, ya tienen ellos que defenderse.

La niña perdió el año pasado y la niña no siguió, no quiere estudiar. Y ahí Doña Alba la metió, está estudiando los sábados virtuales, como un bachillerato que puede hacer dos años en uno, algo así. Y eso porque yo le dije *"Alejandra no te quedes sin estudiar, Alejandra cuidadito te quedas sin estudiar"*, *"Ay profe, usted tiene la razón, vea mi papá no consigue trabajo, mi mamá no consigue trabajo, porque no hicieron sino..."*. El papá creo que hasta quinto de primaria y la mamá como unos graditos ahí. Vea, esa niña está estudiando por la cantaleta mía.

**V.A.:** Profe y ¿fue la única estudiante que tuvo con algún trastorno?

**C.A.:** Pues realmente Mampuesto tiene muchos niños con dificultades de aprendizaje. Entonces a mí me iba mucho era Jesús, el profesor del aula de apoyo. Él no es psicólogo, pero más hacia él que la misma psicóloga, porque a ella la tenían es absorbida. Entonces yo tengo unas niñas que son gemelitas, son venezolanas. Es que lo difícil, es que no los han contratado, a los profes del aula de apoyo, que son una manito para nosotros. Pero esas gemelitas, según el diagnostico, tienen algo del crecimiento, ellas son chiquiticas y ya tienen 10 años, pero usted las ve y parecen de 6, de 7, lo más de lindas. Pero tienen una serie de problemas. Creo que esos diagnósticos, los tiene él, está esperando que lo vuelvan a nombrar, porque de verdad que uno si necesitaría.

Vea, Felipe tiene problemas de aprendizaje, porque qué lidia para que aprenda a leer, él venía en las tardes cuando no estábamos en pandemia, aquí a yo machacarle la lectura, una cosa horrible para la lectura. El hermanito, que ya tiene diez años, tampoco, duro, duro, duro para la lectura. La hermanita mayor, que ya pasó para sexto, duros, durísimos para la lectura. Entonces yo digo, ahí tenemos problemas de aprendizaje que no están diagnosticados porque no tienen EPS.

**V.A.:** Profe bueno, cambiando de tema, otra pregunta ¿qué es para ti el bienestar?

**C.A.:** Pues sí, es estar bien, es un estado de estar uno bien consigo mismo, con la familia, con su trabajo, con su hogar. Bienestar, como dice su palabra, estar bien. O sea, al menos en el término para esa persona de bienestar. Porque para una persona puede ser muy bueno estar con un marido que le dé golpes, cierto (risas). Pero hablando en un bienestar sano, saludable.

**V.A.:** Profe, y a usted le suena, la palabra salud mental, ¿qué es tener salud mental?

**C.A.:** Para mi salud mental es estar, eh, si, como no tener problemas emocionales o si tiene uno problemas emocionales al menos estar encaminados a tener un consejero, un ayudante que es el psicólogo, para que me ayude a ver qué soluciones puedo tener para lograr mi salud mental, que es muy importante. Así como tenemos salud física, tener salud mental.

**V.A.:** ¿Son diferentes?

**C.A.:** Sí. Sí. Porque la física es, pues como tener la gripa, tener enfermedades pues físicas, pero la mental, me parecen que son más, las enfermedades mentales son más fregadas.

**V.A.:** ¿Y usted cree que cuál de las dos es más importante?

**C.A.:** Pues, o sea, a mí me parece muy importante, ambas. Y, es más, la base de las enfermedades físicas viene de mentales porque uno somatiza. Entonces, si usted, su salud mental está bien eso va evitar que somatice porque una persona que no tiene idea de esa conexión. Vos te metés en la cabeza, *“no, yo me voy a enfermar, por decir algo de gripa, todos tienen gripa, a mí me va a dar”* y vos te metes eso en la cabeza. Yo tenía una compañera que estudiábamos educación infantil y ella por decir, tenía una exposición al otro día, ella era nerviosa, *“no, ay, me va tocar hablar”*, se enfermaba. Entonces mirá, somatizó esos nervios, los somatizó físicamente, entonces mira qué poderosa es tu mente, con tu mente te enfermas, con tu mente te salís de la enfermedad.

**V.A.:** Puede ser una primera que la otra, pero van relacionadas.

**C.A.:** Si, son muy relacionadas, porque una depende de la otra, somatizar, lo estás haciendo desde tu mente.

**V.A.:** Profe y ¿a usted cómo le fue con la pandemia? ¿La pandemia le afectó mucho a su salud mental, su bienestar?

**C.A.:** Pues afortunadamente Cata y yo somos más bien tranquilas, en el sentido de que hay que encerrarnos, ah bueno, y a pesar de que Cata tiene 20 años. Ella si me decía *“Ma, pero que pereza”*.

(...Sobre los viajes y estadía de Cata en Medellín...)

Entonces claro, a ella le dio duro porque ella tenía una vida social. Uno si es más tranquilo. Uno en su casa con todo el papelerío, todos los libros acá o allá. Uno es acá y uno trabajando, cocinando, eso que ella es la que me arregla casa. Uno, mejor dicho, no siente. Antes, tenía yo más todo al día, tenía más tiempo porque estaba acá en mi casa. Entonces, en cierto modo aliviada, no me enfermo porque los niños te traen muchos virus. Entonces gripa, estaba un niño con gripa y uno, ¡ay juemadre! Entonces yo mantengo unas medicinas naturales que ayudan a subir defensas, es que a mí me decía la del restaurante, *“profe estos niños, todos con gripa, y hasta a mí me la pegan, y usted nada, usted parada”*. Yo, porque me ayudo con medicina natural a subir defensas, yo hago en la mañana bebidas antigripales y esto se lo debo a mi suegra que le encantan las hierbitas.

Allá en el colegio todos los niños enfermos, los compañeros enfermos y yo parada, pero es porque me ayudo. Uno se tiene que ayudar. La forma de ser mía es muy tranquila, porque el estresarse, eso te baja defensas y eso te enferma. Y entonces pues sí, no me fue mal, gracias a Dios porque soy muy tranquila y para mí estar en mi casa, chévere, eso era un premio. Y entonces Cata aprendió, Cata en este momento dice *“yo estoy muy contenta en la casa. Veo me ahorro todos esos pasajes, tengo las comidas calientes. En la universidad mami, uno es comiendo comida chatarra, en cambio usted es frutica, desayuno caliente, almuerzo caliente. No, yo estoy muy contenta en la casa”*. Al principio le dio duro por la vida social, pero está contenta, nos fue bien en la pandemia, estamos contentas. Por lo menos no nos generó pereza este encierro.

**V.A.:** Profe y vos crees, la gente a nivel de la vereda, ¿cómo le fue? ¿mucho problemática en la pandemia?

**C.A.:** Por ejemplo, cuando yo entré ahorita hace dos semanas que entré a trabajar, los niños repiten lo que viven en la casa. Emanuel, el hermanito de Alejandra, *“cuál pandemia, eso no*

*existe, eso no es verdad*” Mirá, creen que eso no es verdad, que ese virus no existe, que eso no es real. Entonces yo tengo una señora que me viene cada mes a hacer aseo y ella me dice, “*no profe, ese muchacho mío*”, tiene un hijo como de 30 años que vive con ella, pero le hace la vida cuadritos, “*Usted cree, vea, sigue bebiendo*”.

En la parte de aquí de Mampuesto, se llama el sector de los Acevedos, cada ocho días fiesta. Como no podemos salir, cada 8 días fiesta, trago, vicio.

**V.A.:** ¿Pero es una problemática general o se ha exacerbado mucho ahorita por el tema de pandemia?

**C.A.:** La han tenido, antes de la pandemia, ellos eran de fiestas cada ocho días, trago, después del trago, golpe para la mujer. Mejor dicho, los niños me llegan allá al otro día, “*ay, es que mi papá se emborrachó y le pegó a mi mamá*”. Sí, entonces en la gente inculta están muy arraigados en el trago, el vicio y papás, más que todo están con trago, los hijos aprendieron de sus papas el trago, pero le metieron más el vicio. Aquí hay mucha problemática, de vicio, trago y violencia intrafamiliar en esta vereda y con la pandemia llamaban hasta policía, porque los veraneantes venían el fin de semana a descansar y eran esas fiestas.

**V.A.:** ¿Y por aquí nada de grupos psicosociales, trabajadores sociales, psicólogos que vengan y hagan actividades o talleres?

**C.A.:** Llame usted la vereda de Mampuesto pa’ esos talleres, “*Yo acaso estoy loco*”. Si uno quiere montarse algo como un consultorio psicológico, la estrategia tendría que ser de, mejor dicho, educarlos, hacerles entender qué es un psicólogo, para qué sirve, porque están totalmente con una venda, “*pa’ locos, pa’ enfermos*”. Y, mejor dicho, puede ser contraproducente, pero darles algo para que vengan.

A mí me montaron aquí en la escuela, tallercito de alguna costura, como hacer manualidades, y decían “*acaso somos viejitas para sentarnos a coser*”, fracasó ese tallercito. Iba yo al tallercito. Y yo manejo aquí el grupo de la gimnasia y monté un grupito con el IMER, pero no son las mamás las que van, son las abuelas.

**V.A.:** ¿Y qué hacen las mamás?

**C.A.:** Las mamás están trabajando. No son trabajos estables, que cumplen horario de oficina, sino que, con la situación de la pandemia, redujo mucho los trabajos, entonces quienes están criando los niños son las abuelas, porque las mamás así sea un día de trabajo, dos días de trabajo, las mamás arrancan a trabajar.

**V.A.:** Profe usted, por ejemplo, digamos, usted para hablar sobre sus problemas, ¿usted a qué acude o qué hace? ¿O cómo es su forma de afrontar los problemas?

**C.A.:** Prácticamente eso es lo que uno considere, con Cata. Cata también es muy tranquila, está estudiando algo de la salud, ella te ilustra mucho, a pesar de la juventud que tiene. Por ejemplo, ahora con lo de la pandemia, llegaron muchos WhatsApp, mucha desinformación, “*mami, no crea en eso, eso es pura desinformación*”, o sea ella te aclara, te explica, porque como ella está estudiando y está en el área de la salud.

Y yo pues que tengo así conocidas, y tengo una que vive allí cerquita a la escuela, y ella es amiga mía y es antropóloga y es de la Universidad de Antioquia. Sara, te jura y cree profundamente en toda la desinformación, que el virus no existe, que nos van a dominar. Pero ella es toda una antropóloga y da valor a todo eso. Entonces yo digo, si Sara que es una líder de la vereda y está en el grupo de mujeres, se deja creer de toda esa información, que Trump es bueno. Y es lo más triste, pero uno tiene que respetarlo y eso tengo yo, que soy una oreja, que escucho, no una oreja clínica, pero si una oreja.

Ella totalmente cree, ella le tocó ir como estudiante de antropología a unas veredas donde manejaban Yagé. Y ella consumía ese Yagé, y eso lo mete en unos estados, y entonces ella dice que ahí se aprovechan espíritus de meterse en el cuerpo. Ella decía que se le había metido un demonio, ay Dios mío bendito, a mí me hacía hasta poner rosuda, pero yo desde la psicología, yo sé que todo eso es mental, que eso es tu mente y ella te jura que se le metió un

demonio y la enfermó horrible. Y listo, yo lo escucho porque hay que respetar, yo le contaba a Cata y ella “*ay mami, usted si tiene amigas locas, no se vaya dejar amá*” (risas).

Vos tratás a Sara y ahí tenés un paciente clínico, pero de pronto, al saber que sos psicóloga, de pronto ella se va abstener, como nosotros somos amigas cambia el discurso. Sería un paciente muy chévere. Pues decime, jurarte que ese demonio, que la tenía enfermísima, que ella tuvo que luchar con oración, con Biblia y yo, pero si los estudiantes de la Universidad de Antioquia pues tengo yo el concepto, que en ese sentido de pegaos a la religión no son. Y ella a punta de biblia sacó ese demonio de su cuerpo.

**V.A.:** Sería muy interesante hablar con ella. Bueno y hablando de la locura de Sara, profe ¿usted en qué palabras podría decir que definen la locura las personas de aquí de la vereda?, ¿para ellos que es estar locos?

**C.A.:** Como les he entendido a ellos, estar loco es estar perdido en sus cinco sentidos, es una persona que puede ser agresiva, con problemas, con dificultades. Y yo pues, a nivel mío, yo sé que la locura tiene por decir nombres, por decir cuando es una persona esquizofrénica, es una locura de ciertas connotaciones. Porque un esquizofrénico puede también asesinar. Un psicópata, esa es una locura, digo yo, de las más peligrosas, porque son asesinos en serie. Entonces todos, todos tenemos un rayón como se dice, porque todos no somos perfectos en salud mental, todos tenemos neurosis, todos. Ya psicosis, ya si son los que están con estados de más, esquizofrenia, de enfermedades mentales, locura y todas estas cuestiones. Pero si, yo sé que, se dice locura a nivel general, por decir bipolares, por decir esquizofrénicos, por decir psicópatas o decir sociópatas, está clasificada.

**V.A.:** ¿Pero usted cree que las personas del campo saben eso?

**C.A.:** Claro que no. (Risas). Para ellos estar loco, es todo eso. La palabra locura encierra todo, todo. Y digamos que las personas que tienen dificultad de aprendizaje, ellos necesitan un psicólogo para que los oriente y no están en estado de psicosis. Pero para ellos todo es lo mismo. Ellos no tienen la oportunidad de diferenciarlo. Es por lo que yo leí, por lo que yo estudié.

**V.A.:** ¿Derrumbar ese tipo de pensamientos (de que los psicólogos son para los locos) serviría para que otro tipo de problemáticas no se agraven?

**C.A.:** Si, por ejemplo, aquí en la vereda se ve mucha drogadicción, se ve mucho el trago y donde estas personas manejan, sus tratamientos psicológicos para tratar de salir de esos estados de vida que le están dando ejemplo a sus hijos y ellos lo están repitiendo, entonces eso ayudaría a que salgan, a que salgan de ese círculo vicioso.

**V.A.:** ¿Y usted dónde vivía antes, en Medellín? Y por ejemplo de Medellín, ¿qué piensan ellos acerca de los psicólogos y la salud mental? ¿es otro pensamiento?

**C.A.:** O sea, es dependiendo de la persona con que hablés. Si son personas de pocos estudios, lo mismo, eso es pa locos. Si son personas más estudiadas, sí, tienen ya más acercamiento y lo aceptan y toda la cuestión. Siempre y cuando no sean matemáticos, ingenieros porque para ellos eso es bobada, eso es perder el tiempo.

Cuando yo estaba estudiando, “*ah está estudiando psicología, esta es psico-locas*”. Entonces mirá que, de una, el que estudia psicología, es para estudiar a los locos. Y pa colmo, veo yo cuando estudiaba, yo veía compañeros como con problemas de relaciones, entonces yo decía, estos compañeros, en vez de meterse con una terapia psicológica, se pusieron más bien a estudiar psicología como para poderse comprender y tratar de ayudarse.

Porque yo tenía una compañera, ella era enfermera, pero era sumamente agresiva, se agarraba con todo el mundo, hasta con profesores. Entonces yo decía, ella buscó la psicología, pues desde mi pensamiento, para ella misma tratarse. Cuando hubiese sido más fácil buscar un psicólogo. Una ayuda que la ayudara a encaminar esa agresividad. Y tenía varias compañeras así, hasta uno de pronto. Uno entró a estudiar psicología, para comprender sus problemas.

Pero mirá, esa negación de buscar ayuda, más bien estudiar la carrera para uno solucionar sus problemas.

**V.A.:** Profe, y eso de la ayuda qué ¿usted cree que es muy difícil pedir ayuda?

**C.A.:** Pues, si es una persona estudiada que sabe que el psicólogo le va a ayudar es más fácil que se acerque. Pero si es una persona totalmente sin estudios, ellos como que creen que los van a juzgar, que los van a..., como a sus creencias, o *“no yo tan bruto y para decirle eso a la psicóloga, se va a reír de mí”*. Entonces yo creo que es miedo de la gente, a que se los gocen, a que se los burlen, a que les digan *“pero no sea bruto cómo se le ocurrió hacer eso”*, cierto. Es ese miedo a que los juzguen.

Y es difícil, es difícil uno encontrar una persona que te genere esa confianza. Es que contar los problemas personales o sus cosas más íntimas tiene que ser una persona que te genere, cierta confianza. Primero tiene que haber una empatía. Si vos por decir, vas donde un psicólogo que nunca ha conocido, lógico uno va llegar *“ay, quién será ese señor, como me ira a mirar”*, cierto. Nosotros en la universidad porque escogíamos, y yo me acuerdo que escogí el profe más querido.

Entonces eso cree la gente, que los van es a regañar, por eso es tan difícil expresar tus emociones, porque se cree que se va a juzgar, que el psicólogo te va a juzgar. Entonces esa puede ser una de las mayores dificultades de la gente. *“No, para que me regañe; no, que pena yo decirle que mi marido me pega y que yo vivo feliz con él”*, cierto, eso da vergüenza y eso a pesar de su ignorancia saben que eso no está bien. Pero están en esas cadenas, no son capaz de salir de esos círculos viciosos.

**V.A.:** Profe, ¿Usted iría alguna vez en su vida dónde un psicólogo?

**C.A.:** Si, para mí no sería difícil, porque yo incluso fui cuando estudie Educación Infantil, que fuimos donde la que nos hizo la vocacional. Cuando estaba haciendo la carrera, empecé la terapia con el psicólogo formalito, que le dije.

Yo primero buscaría una persona que tenga el tiempo, cierto. Yo inclusive una vez que estaba con dificultades, que tenía una compañera que creía que yo me iba a quedar con su puesto y que a ella la iban a sacar de ahí. Yo llegué y ella me la empezó a montar la cosa más horrible, y yo inclusive pensé *“qué bueno tener una persona que le ayude a uno”*, pero por estar viajando diario, porque vivía en Medellín, no me compaginó los tiempos. Eso ayudó a que yo misma traté de solucionar, por lo que yo viajaba diario.

(...estoy aquí en Mampuesto porque nadie quiere Mampuesto, porque decidí vivir aquí, por mi salud también y la comodidad...)

**V.A.:** Profe, ¿y vos crees que de pronto aparte de que las personas piensen que los psicólogos tratan personas enfermas o locas, tienen alguna otra concepción, algún otro pensamiento?

Como, *“no voy donde el psicólogo porque me leen la mente”*.

(interrupción)

**C.A.:** Si hay como una estrecha relación. Porque vos has visto al psicoanalista, te sientan en el sofá, entonces creen que usted al acostarse le hacen hipnosis y esas cosas, entonces creen claro, que tienen como poderes.

**V.A.:** Pero ¿Te lo han dicho?

**C.A.:** No me lo han dicho, pero si una vez le dije a una mamá *“vaya al psicólogo”*, y ¿usted sabe cuál fue el psicólogo que buscó?, un chamán o una señora adivina, que es clarividente. ¿Como asumió que era el psicólogo? Una persona que te lee la mente, que tiene poderes. Si señora mire que lo relacionó con eso, yo la mande al psicólogo y se fue para donde un clarividente.

**V.A.:** ¿ha sido el único caso o has escuchado más?

**C.A.:** También le dije a la del restaurante, que muy bueno que buscara un psicólogo porque la niña tenía dificultades para la lectura y también me dijo que fue donde un señor que es muy



famoso, así como una especie de chamán. Entonces mirá, no había caído en cuenta, pero ya que me hace esa pregunta, mire que lo relacionan con una persona que tengan poderes. Agradecimiento y despedida.

### **Mujer joven, E.2.**

**V.A.:** ¿Has ido alguna vez al psicólogo?

**S.J.:** No

**V.A.:** ¿y en el colegio?

**S.J.:** No

**V.A.:** ¿qué piensas que hace el psicólogo? ¿o qué debería ser? Lo que hayas escuchado.

**S.J.:** (Pausa) Supongo que analiza el pensamiento y el comportamiento de las personas.

**V.A.:** ¿Y cuándo crees que debe ir una persona al psicólogo?

**S.J.:** Cuando tenga depresión, no precisamente que esté loco, o que tenga problemas con algo, de la sociedad, en la casa, con todo.

**V.A.:** Y, por ejemplo, acabaste de mencionar que no es estar loco, ¿has escuchado algo acerca de eso?

**S.J.:** O sea, digamos como que esté, supongamos que solamente les mandan a las personas que están locas, porque muchas personas *“ay, pero yo no estoy loca para ir”*. Pero no, no es precisamente que usted esté loca, sino para sentirse mejor, si no le gusta algo. Usted no puede platicar con su familia, porque muchas veces hay cosas que no se hablan con las personas, y más fácil se habla con un desconocido.

**V.A.:** ¿pero has escuchado mucho eso de que se va al psicólogo porque está loco?

**S.J.:** Si, más que todo en las personas mayores, que son como, creo que más cerradas.

Porque los jóvenes, pues obviamente les hablan de eso y uno si entiende que no solamente para ellos.

**V.A.:** Y, por ejemplo, allá en tu colegio, tus compañeritos ¿ellos en algún momento han hablado acerca de esto o en ningún momento?

**S.J.:** Si, les preguntan que le gustan, qué hace en sus tiempos libres y qué como se siente respecto a algo, o porque hace lo que está haciendo. O supongamos si consume drogas, o se corta o si está en depresión, debido a que, o algo así.

**V.A.:** ¿Eso es lo que básicamente hacen en el colegio?

**S.J.:** Pues los que me han dicho, le preguntan eso, que yo he escuchado.

**V.A.:** Y tus compañeritos, ¿qué piensan al respecto de ir donde el psicólogo?

**S.J.:** Algunos los ven innecesario y otros antes les parece chévere porque hablan con ellos, como que, se desahogan, pero otros no.

**V.A.:** ¿Vos crees que el psicólogo es bien aceptado en la vereda o qué es muy difícil de que venga un psicólogo porque la gente es muy cerrada?

**S.J.:** Yo digo que, o sea como, no digo que todos los jóvenes, pero yo creo que los jóvenes, si, normal. Los adultos tal vez por ser otra generación no tendrían eso, entonces creo que serían más cerrados a hablar más cosas de su vida.

**V.A.:** Si, por ejemplo, no vas donde un psicólogo, ¿dónde irías para consultar sobre tus problemas, o con quién te desahogas?

**S.J.:** Yo creo que lo más cercano, sería como un amigo, pero en sí como que usted supiera que se puede confiar en ello.

**V.A.:** Bueno Sara y ¿Para ti que es el bienestar?, ¿a qué palabra te remite o cómo lo describirías?

**S.J.:** Supongo que cuidar algo o alguien.

**V.A.:** Bueno, ¿y te hace de pronto relación con salud mental? ¿o sabes que es la salud mental?

**S.J.:** Si, supongo que velan sobre el bienestar de los pacientes, como para que no les pase nada malo, que no sigan esos ámbitos.

**V.A.:** ¿Y en alguna parte habías escuchado antes, la palabra de salud mental?

**S.J.:** No, o demás que, en el colegio, pero como que hayan dicho algo específico, no me acuerdo.

**V.A.:** Bueno, estábamos hablando ahorita de la pandemia, ¿decís que te fue bien, estando aquí en la casa?

**S.J.:** Pues en sí, yo como tengo buena relación con mi familia, no es que me vaya muy mal, tengo buena convivencia. Y de salir, yo no salía casi, entonces no es que me afecte.

**V.A.:** Y, por ejemplo, digamos vos estás mal, que hayas tenido alguna problemática, ¿vos como afrontas eso?

**S.J.:** No sé, desahogándome con alguien, pero en si yo soy muy cerrada. No cuento mis cosas, sino que me las aguanto o las copio. Las escribo, pero no las dejo, las borro. O escuchar canciones.

**V.A.:** ¿Música alegre o pop?

**S.J.:** Eh sí, yo escucho de todo. Triste, alegre. Es que depende, si usted está triste, escucha una canción triste, es como también le genera el sentimiento de tristeza. Pero si usted está alegre y escucha una triste, normal, como que le parece bien. Depende del estado de ánimo.

**V.A.:** Me quedo una duda sobre la salud mental, tú haces referencia “como que cuidar a alguien”, y te remite de pronto, alguna otra palabra la salud mental.

**S.J.:** No.

**V.A.:** No, ¿solamente cuidar a alguien?

**S.J.:** Si, pues o sea el que lo necesite.

**V.A.:** Por otro lado, ¿has escuchado alguna vez sobre enfermedad mental?

**S.J.:** No. ¿Enfermedad mental o salud mental?

**V.A.:** No, una cosa es la salud mental y la enfermedad mental.

**S.J.:** Por eso, (duda).

**V.A.:** Y ¿los trastornos psiquiátricos, esos si o tampoco?

**S.J.:** Ah sí, como desarrollar diferentes personalidades. ¿No?

**V.A.:** ¿Eso para vos sería un trastorno psiquiátrico?

**S.J.:** Es que esa es la vuelta, no, no sé.

**V.A.:** Bueno, usted, por ejemplo, cree que ¿para que serviría un psicólogo?

**S.J.:** (Pausa, risas). Ya, no le dije, como, pues sí, diciendo todo. Ya lo que había dicho. ¿Qué más voy a decir? La ayuda a sus emociones, ¿no?

**V.A.:** Habías mencionado que tus compañeritos te decían, que allá se desahogaban ¿y cómo que más hacían?

**S.J.:** Actividades, creo, pero no sé en específico que actividades. Pues, por los que me han dicho, como escribir. Más que todo es escribir, como algo que usted le molesta, y tenerlo ahí para desahogarse.

**V.A.:** Bueno, ¿Y por aquí conoces en Mampuesto psicólogos?

**S.J.:** Ninguno. No hay nadie.

**V.A.:** ¿Y allá en el colegio?

**S.J.:** Había uno, pero con él nunca traté. Hacía como encuestas como preguntas tipo, que, si siente conforme en la escuela, que, si se siente triste, feliz. Y ya depende de lo que uno respondía, ellos lo iban a buscar a uno. Como que, si tenía problemas en la familia, discutían y toda esa vuelta, y ya a los otros días lo iban a buscar, ve tal y tal, me acompañan allí que hay que hablar de tal esto, y ya les daban una cita como de psicología, pero a algunas horas de clase.

**V.A.:** ¿Y vos irías alguna vez a un psicólogo o no te gustaría ir?

**S.J.:** Si, normal. Pero no sé si algún día vaya. Uno no sabe que vaya pasar después, pero de negarme de ir, no.

**V.A:** Y a parte de las encuestas, ¿han hecho charlas los psicólogos o han venido aquí a la vereda?

**S.J:** No, en la vereda no. Y en el colegio no era como grupal, sino como las encuestas y ya más o menos hablaban con los que veían cosas raras.

**V.A:** Por ejemplo, ¿a tu salón nunca fue un psicólogo a dar una charla, a ver un tema, a trabajar algo?

**S.J:** No, o yo creo que sí, pero una vez creo que fue de las emociones, como de la felicidad, la tristeza, la rabia, de cómo tratarlas, o como se sienten.

**V.A:** ¿Y que te parecieron esas charlas?

**S.J:** Buenas, a mí me parecieron interesantes. Aunque la mayoría no paraban bolas.

**V.A.:** ¿Por qué?

**S.J.:** Porque los estudiantes, como que están en clase y de un momento a otro es como recocha. Porque no se si es que no tengan autoridad los que fueron y eran como que otros en sus asuntos, y ellos explicando ahí.

**V.A.:** Pero, ¿Vos crees que es por ser psicólogos o es a nivel general?

**S.J.:** Depende, es que yo creo que es depende de la persona si le interesa el tema o no. Porque por ejemplo a mí me parecía interesante, yo a todo le presté atención, en cambio hay otros concentrados en su celular, o como que no le prestaban atención que eso pa' que.

**V.A.:** Tú dices que sobre trastornos mentales no sabes nada, ¿no has escuchado en ninguna parte, como personas que tengan trastornos?

**S.J.:** No, cero.

(...) Interrupción, para comer el algo y hablar sobre comida.

**V.A:** Bueno, hay una parte que me gustaría profundizar. ¿En qué situación debería ir uno al psicólogo?, según tu vida, según tu experiencia.

**S.J:** Pues, yo digo que cuando usted se sienta como solo y no apoyado por nadie. Casi siempre la mayoría de personas dice que “me siento solo”, pero en sí está rodeado por su familia y en verdad no lo valora. Dice, ay no, nadie me quiere, nadie ta ta ta ta, toda esa vuelta, y en sí usted no se da cuenta como que, vea que su mamá se preocupa, con tal que usted tenga a su mamá bien, pues eso es mucho. No hay necesidad de que otras personas estén, pero en sí uno, así tenga la mamá viva, siempre necesita como supongamos de amigos, o que hable con alguien, o salir con alguien, porque mamá es mamá, más no amiga, también puede ser las dos cosas, pero usted sabe, más diferente.

**V.A:** Entonces ¿usted cree que cuando las personas van al psicólogo, es cuando están solos o cuando necesitan estar apoyados?

**S.J:** Ajam.

**V.A:** Y qué crees que, aparte de desahogarse, de ayudarle con las emociones y las actividades, ¿qué más se podría hacer en una consulta psicológica?

**S.J:** No sé, cambiar sus ámbitos, o sea lo que usted hace, su vida cotidiana, lo que usted realiza. Supongamos que una persona violenta, también, como ayudarla a cambiar, a que no sea así. No siempre solamente que sea triste, sino que, en lo violento, o toda esa vuelta.

(...)

**V.A:** ¿qué es para vos la depresión?

**S.J:** Es sentirse sin ganas, de hacer cosas, de socializar, como ya, de lastimar a su cuerpo o como sin ganas de vivir, considero yo. Que estar triste, puede estar triste pero después se le pasa, en cambio en la depresión supongo yo que es más a fondo.

**V.A:** Vos dijiste que los psicólogos eran para locos, pero era más de las personas adultas. ¿Qué dice la gente adulta?

**S.J:** Que es más cerrado para hablar con un psicólogo

**V.A.** Pero, ¿Por qué dicen que quien va donde el psicólogo está loco?

**S.J.:** Porque varias personas dicen, es con lo que crecen, como lo que los papás lo enseñan y le dicen, “*ve usted está loco, lo van a mandar donde un psicólogo o algo así*”. O es como, de lo que le influyen, las personas o lo que sepan y usted va creciendo con esa mentalidad. Es como la religión, si usted crece en una familia católica, la usted lo enseñan a ir desde chiquito a misa y usted se va volviendo católico. Ya más grande puede que cambie su pensamiento de acuerdo, si está de acuerdo con lo que hacen los católicos, o si creen en Dios o no, es más que todo lo que le incluyen las demás personas.

**V.A.:** Bueno, volvamos sobre una pregunta, ¿qué es para vos el bienestar? O ¿qué es estar bien?

**S.J.:** No sé, sentirme bien en salud y también conforme con lo que estoy haciendo.

**V.A.:** Y para vos, ¿salud mental y salud física es lo mismo?

**S.J.:** Física, supongo que salud que le sucede al cuerpo. Mental, de la cabeza, es sus pensamientos. Física es como una herida y ya a usted le duele, es lo mental, es diferente.

**V.A.:** ¿Qué más es lo mental para vos?

**S.J.:** Así, no sé qué más decir.

Agradecimiento y despedida.

### **Adulta mayor, E.3.**

**V.A.** Bueno Dolly, ¿Para usted qué es el bienestar?

**D.** El bienestar, es como uno se sienta, uno sentirse bien en todo momento. Si usted está aliviada, pues, así como así del cuerpo, está bien. Si se siente bien económicamente, está bien, sin deudas. Es estar bien, en todo momento, económicamente, aliviados, sin deudas, psicológicamente.

**V.A.** ¿y qué es psicológicamente?

**D.:** Psicológicamente, es que no esté corrido del catre. (risas).

**V.A.:** ¿y qué es correrse del catre?

**D.:** Pues que no esté como, que le dijera yo. (risas).

**V.A.:** Tranquila, lo que se le ocurra, con lo que usted mejor pueda explicar que es eso. ¿Qué es correrse del catre?

**D.:** Que no esté tan chiflada. (risas)

**V.A.:** ¿Y qué es estar chiflada?

**D.:** ¿Cómo es que se dice?, espere, que no tenga los nervios alterados. Porque hay veces que uno se estresa, hay veces que se va cerrando.

**V.A.:** Relacionas eso de psicológicamente con la salud mental. ¿Has escuchado acerca de la salud mental?

**D.:** Salud mental es a los que tratan, que tienen desequilibrio mental. Así como los que tienen, esquizofrenia, los que sufren rabias, los que tienen que estar medicados. Ahí es donde uno va donde el psiquiatra. Y psicólogo es más distinto, porque el psicólogo lo ayuda a uno, a algún problema, a aconsejar.

**V.A.:** Entonces, ¿Cuál es la diferencia entre un psiquiatra y un psicólogo?

**D.:** La diferencia está, en... ¿O van de la mano? Yo no sé, pues lo que yo sé, es que el psiquiatra es el que ayuda a la persona a mandarle el medicamento, pues cuando sufren lo que ellos ya no se pueden controlar por si mismos. Y el psicólogo entiendo yo, que es el que le ayuda a uno, como a enfrentar problemas, pues que uno tenga un problema y lo aconseje o lo ayude, entiendo yo.

**V.A.:** Entonces el psicólogo pa vos es una persona que te ayuda, ¿y qué te ayuda con qué?

**D.:** Pues no le estoy diciendo que psicológicamente (risas). Pues pongamos que es como cuando una persona se siente, como encerrada, como que no puede, como que le dijera yo, como que todos los caminos se le cerraron. Y entonces llega y “*ay no, usted lo que necesita*”

*es un psicólogo, vaya que lo ayude, lo aconseje pa' que no vaya hacer una locura por ahí*". Entonces bueno, va uno y busca el psicólogo, y ya el psicólogo empieza a echarle a uno el carretazo, *"ay vea, por qué está tan deprimida, pero mire, vea, es que hay muchas formas de salir adelante, haga esto, vea hagamos esta terapia, vamos desestresémonos"*. Bueno, entonces eso es lo que yo digo que es psicólogo, ¿No? Y psiquiatra es cuando llega a la fase, cuando necesita el medicamento, necesita tratar más. Entiendo yo pues es así.

**V.A.:** Y de acuerdo a lo que vos me dijiste, el psicólogo te ayuda, te orienta, ¿Y qué más podría hacer un psicólogo?

**D.:** No pues, veo yo que, no sé que más.

**V.A.:** ¿Y qué crees vos que piensa la gente acerca de los psicólogos?

**D.:** No pues, que la gente, demás que piensan que si se necesitan. Y yo pienso que son muy útiles los psicólogos, porque yo en el caso de que veo, que trabajo con ICBF, veo que el psicólogo es el fundamental en las terapias de los niños.

**V.A.:** ¿y vos has ido alguna vez dónde un psicólogo?

**D.:** Así contacto es con los niños, así directamente con un psicólogo, no.

**V.A.:** Y entonces así, ¿la gente de la vereda que piensa sobre los psicólogos?

**D.:** Esa si no sé. Eso así de los demás si uno no sabe que opinan de un psicólogo.

**V.A.:** Si usted me dice que salud mental es para ir donde un psiquiatra, ¿qué sería la enfermedad mental?

**D.:** Esquizofrénica.

**V.A.:** ¿Y por acá en la vereda hay alguna persona con alguna enfermedad mental?

**D.:** No, me ha tocado lidiar con niños esquizofrénicos de ICBF. Me ha tocado, casi con tres casos.

**V.A.:** ¿Y cómo te ha ido?

**D.:** Ellos son unos niños muy impulsivos, son temperamentales. Usted en este momento puede ver el niño bien, contento, cuando a los cinco minutos, puede reventar de una rabia o de alguna cosa, cuando menos piense él está ofuscado.

**V.A.:** ¿Y entonces qué haces al respecto?

**D.:** Cuando están así alterados, uno briega como a disiparlos, a decirles *"que es lo que le pasa, qué por qué, que cual es la actitud"*. Como ellos son medicados, entonces uno ya espera la hora de que le va dar el medicamento, para que se empiecen a tranquilizar. Y a todos son diferentes medicamentos, todos tienen diferentes casos, no son el mismo caso, uno no los sabe diferenciar, a unos le dan un medicamento, a otros, otro.

**V.A.:** Y se los da y normal, ¿Por qué hay personas que dicen que los medicamentos psiquiátricos, vuelven bobos a la gente?

**D.:** No, como son niños, que le traen a uno, los coge con ese medicamento, uno ya sabe que hay que darles ese medicamento. Y los duerme, al menos los relaja.

**V.A.:** Bueno y por ejemplo, cuando te sentís mal, o cuándo tienes malestar, ¿qué haces para mejorar ese malestar?

**D.:** ¿El malestar así, físico o malestar? (risas)

**V.A.:** ¿Qué malestar?

**D.:** Depende el malestar (risas). Malestar es cuando uno se levanta, como cuando uno está, como que no, como estresado, como cansado, como algo así. Y el malestar, es así como el de ahora, que tengo este de (muela), y dolor de cabeza.

**V.A.:** Pero no físico, sino como cuando estás triste, estás estresada.

**D.:** Ya uno se va calmando ahí al otro día, se va pasando solo. Uno va pensando y uno se va relajando. Entonces uno mismo tira la psicología y uno mismo se aconseja *"eh, pero no, movete ombe, deja la bobada, volvete seria ombe"* (risas). Entonces uno mismo tira la psicología y ya, *"reaccione, despierte, que estamos es en..."*.

**V.A.:** Pero digamos, vos pensarías en algún momento, ¿no estarías cerrada a ir donde un psicólogo?

**D.:** Ah, de pronto, sí, eso puede que uno vaya donde un psicólogo.

**V.A.:** Dolly y por ejemplo acá en la vereda, ¿conoces profesionales de psicología?

**D.:** No. Yo por aquí no conozco profesionales de psicología. Yo, (risas), yo les tiro psicología si es que están muy deprimidos.

**V.A.:** ¿Y qué haces vos cuando están deprimidas, qué psicología le echas?

**D.:** No, yo les aconsejo. *“Vayan a echar una caminadita, vaya despéjense, cómase un helado a la tienda, despéguese de cinco mil pesitos y van y se toman cualquier helado”*.

**V.A.:** El único contacto con los psicólogos ha sido por el ICBF, ¿de resto, por ejemplo, de la alcaldía o así que hayan venido hacerles charlas?

**D.:** No, yo no me acuerdo. Ahh sí, fue una vez una jornada en la escuela. Fue como un chequeo, solo los que querían pasaban por el puesto. Una psicóloga muy querida, muy amable. Es que yo digo que un psicólogo debe ser amable, porque dígame un psicólogo bien mala clase.

**V.A.:** Y ¿Qué pasaría si un psicólogo fuera mala clase?

**D.:** Se le acaba la carrera, porque igualmente quién lo va a solicitar. Más que todo eso es de trato social. Ellos deben de ser así, simpáticos.

**V.A.:** Entonces ¿qué cualidades tendría un psicólogo, aparte de que sea buena gente?

**D.:** Todas las cualidades mejores que tenga. Me imagino que humildad, sencillez, buen genio, buena actitud para con el paciente.

**V.A.:** Y usted, por ejemplo, ¿cuándo considera que una persona debe ir donde un psicólogo?

**D.:** ¿Cuándo?, no sé. En todo momento. Pues pongamos, si uno debe de sentir el apoyo de un psicólogo.

**V.:** ¿Y qué hace ese psicólogo?

**D.:** ¿Y qué va hacer? (risas). Eso es lo que tiene que hacer.

**V.A.:** Por ejemplo, si usted fuera a una consulta ¿usted qué cree que pasaría allá? o ¿qué hace se hace en una consulta psicológica?

**D.:** Ah no pues, yo llego y saludo y el psicólogo ya empieza a aconsejarlo, porque uno le dice el problema que lo haya hecho ir uno allá. Porque igualmente debe haber un motivo, de estrés, de preocupación, algún motivo tiene que haber para ir a pedir una cita. Así, *“pues como le parece que yo voy en el estudio voy como mal, yo quiero avanzar, yo que hago, desestrésemme, tengo un estrés miedoso, qué hago”*. Entonces ya el cómo psicólogo sabe que decir. Uno como no es psicólogo no sabe que decir.

**V.A.:** Aparte del estrés o la preocupación, ¿por qué más crees que puede ir uno donde un psicólogo?

**D.:** A ver, pues como por saludarlo y ya (risas), darle una aconsejaita, que tengo allí. Igualmente, uno que va al psicólogo, es porque algo tiene pa, o sea algún motivo, alguna inquietud tiene uno para preguntar. Debe ser, porque uno por nada, yo no creo. Uno igualmente cualquier cosa tiene que tener, pa' uno pedir un psicólogo. Es como pongamos, vamos a tiempo atrás, vea, mi hija estaba muy pequeña, ella cuando venía el papá, ella volaba, era como si viniera el mismísimo demonio. Entonces uno decía, *“uno será que busca un psicólogo, qué le pasara a la niña, es que la niña si necesita un psicólogo, voy a buscarlo”*. Pero nunca buscamos un psicólogo, sino que uno siempre pensaba, *“eh, será que habrá que llevar a la niña a un psicólogo, eh, pero por qué es que”*. Entonces pero ya uno mismo tiraba psicología, *“no, pues que lo va querer, si nunca vio por ella”*, entonces ya uno mismo le echaba ahí, hay que entender la niña, dejemos la cosa así.

(...anécdota sobre las visitas...)

**V.A.:** Dolly y vos, por ejemplo, piensas que, si la gente no va donde el psicólogo, ¿a dónde puede ir la gente?

**D.:** Pues muchos acudimos al mejor amigo, muchos nos tragamos las cosas y así sucesivamente.

**V.A.:** ¿No se te ocurre esa idea de ir donde un sacerdote?, porque yo he escuchado muchas historias que dicen “yo prefiero ir donde un sacerdote, que donde un psicólogo”

**D.:** Pues el sacerdote se maneja muy ocupado, y uno, así como para contarle, no. Un sacerdote para mandar a celebrar una misa y pedir. No es como lo mismo, decirle al padre.

**V.A.:** Tú dijiste que no sabías que pensaba la gente acerca de los psicólogos, ¿qué has escuchado?

**D.:** No he escuchado nada. No, además que sí, porque cuanta gente acude, además que, si están de acuerdo, porque yo veo mucha gente que pide cita con el psicólogo. Y debe de haber mucha acogida, puesto que mucha gente estudia esa carrera, entonces es porque si hay buena acogida.

(interrupción y se da por terminada la entrevista)

Agradecimiento y despedida.

#### **Adulto, E.4.**

**V.A.:** Mira, las pregunticas que te voy a hacer, van relacionadas como, con tu experiencia o que piensas, o que haya escuchado acerca de algunos temas. Por ejemplo, ¿qué es para ti la salud mental?

**L.E.:** La salud mental es muy delicada y hay que saberla trabajar. Porque digamos uno que ha tenido tantos tropiezos en la vida sino lo sabe llevar, digamos que se sale de casillas, empieza a tomar decisiones malas, coger caminos malos. Porque igualmente nosotros tuvimos unos padres que nos enseñaron que era el bien y que era el mal, por donde tenía que irse uno, Si me entiende.

Pero habemos personas, así como nosotros, pues que, fuimos así, corregidos y enseñados, qué era lo bueno y que era lo malo y por cuál camino teníamos que irnos, uno se ha defendido. Y a pesar de que ha tenido uno tropiezos en la vida porque el complejo más grande de la vida que le surge al hombre es mucha parte, el amor, la sinceridad, el ser correcto, eh, no ser deshonesto.

Cuando esas cosas le llegan a una persona y más cuando hay la injusticia, porque es que cuando hay injusticia, que usted ve que las cosas no son como son, entonces uno dice “*aquel porque está hablando mal, este man por donde va*”. Entonces como uno ha tolerado todo eso, ha tenía todas esas tolerancias, entonces para mí la salud mental, también el psicólogo digamos que es valiosísimo.

Un psicólogo, no es porque uno tenga que estar loco pa’ estar hablando con él, no, antes a mí me gusta el psicólogo. A mí me gusta la forma de psicología, porque es que la psicología es alguien que tiene esa experiencia es más abierto de pronto, puede tomar decisiones y caminos que le pueden abrir a la persona.

**V.A.:** ¿Y tú has ido alguna vez donde un psicólogo?

**L.E.:** Sí, yo estuve donde un psicólogo, porque yo tengo una de las niñas que se me estaba yendo por el lado que no era, entonces me citaron con una psicóloga y tuvimos unas charlas. Casi referente porque digamos la niña, a pesar de que de pronto si tuve error, porque yo tuve un tiempo que me separé mucho de ella, pero no porque yo las dejé porque quise sino porque el destino me lo puso así. Porque si yo me quedaba con ellas al mando, pues como pareja de hombre y mujer ¿quién entra la comida a la casa? ¿quién paga servicios? ¿quién trabaja? Sí me entiende. Entonces hay muchos quiénes, pero entonces cómo no hay un quién que le colabore a uno en ese sentido, yo tenía que estar por parte y parte, yendo y viniendo.

Entonces a veces me quedaba muy duro, a veces me tocaba quedarme en Medellín, tres, cuatro meses sin subir, sin saber, llamar sí, pero muy diferente de estar hablando a presencial a celular. Si me entiende. Entonces así era con las hijas, una de mis niñas se estaba tomando

las cosas muy a pecho, muchas cosas y más porque me decía, que la mamá la regañaba. Yo le decía a ella que no las regañara, que les hablara, mejor dicho, que a las niñas había que consentirlas. Y decirle si las cosas como son, derechamente y seriamente, tampoco hay que pegarle, porque no había que pegar a pesar de que yo les pegué, porque yo a ellas les pegaba porque me desobedecían. Pero, porque yo les pegué, porque es que a nosotros nos dieron muy duro, a nosotros nos enseñaron a punta de fuate. Porque hablémoslo francamente a nosotros nos enderezaron a punta de fuate, claro que hoy por hoy no se puede hacer esa gracia, hoy por hoy hay ley. Entonces si uno le pega a un niño, eso es cárcel lo que le da, porque una persona no se va enderezar a punta de fuate. No era como primero, que primero el padre le hablaba a uno y veía uno que estaba doblando la correa, obedece u obedece.

Entonces nosotros no podíamos hacer eso tampoco, entonces la psicóloga me dijo “usted algún día le pegó”, y sí, un día me tocó porque la niña se me estaba, será por, de pronto pudo haber sido por yo mismo, pero ella se me estaba yendo por otros lares, entonces no era así, entonces yo la tenía que enderezar, y para enderezarla había que hablarle duro y para hablarle duro había que pegarle unos correazos, tampoco duro, tampoco pa decir que la niña le coja odio a uno, porque vea hoy por hoy nos reunimos hablamos, *“papá si no fuera por usted como nos ha enseñado, nosotros, que fuera de nuestras vidas”*, agradece, oiga agradece. Entonces yo estuve con la psicóloga, y la psicóloga me dijo *“vea a los niños no se les puede pegar, se les habla con cariño, se les dice la realidad”* pero yo le decía *“sí, está muy bien, pero es que un niño de hoy en día no va entender eso, puede que lo entienda más cuando tenga más añitos, pero es que un niño chiquito no le va entender a usted, él se le va descarrilar, entonces si no mantiene al pie se le descarrila”*.

Entonces, es que vea, son dos cosas, mejor dicho, se dice y se contradice uno a la vez, porque el ser humano es muy difícil de tolerar y estamos en un estado, en un tiempo de intolerancia.

**V.A.:** Entonces ¿cómo te fue o cómo viviste la consulta con la psicóloga? ¿Es la única vez que fuiste, por lo de tu hija?

**L.E.:** Muy bien, muy bien. Tengo que agradecerle mucho porque las niñas, ellas vieron que, que ella las entró, hablaron solas, las dos, porque las dos hablaron solas con ella, porque nos atendió en familia, porque ella nos reunió a todos en la casa, pero entonces nos iba atendiendo de a uno. Ella no podía escuchar lo que ella me decía a mí, ni yo escuchar lo que ella le está diciendo a la otra, sino que nos reunía ya a lo último. Y ya nos decía *“bueno, usted, usted a qué se refiere”*, *“tenés razón en tal cosa, pero estás errando en otra”*, porque usted si sabe, uno no todas las lleva de ganar.

Entonces, yo que le agradezco a los psicólogos, el psicólogo sirve, el psicólogo no es que, mucha gente toma el psicólogo o la psicóloga *“a no, es que yo acaso estoy loco, yo acaso estoy loca”*. No, es que no entiende porque eso no es del estar loca, sino que hoy en día que nos tiene en este estado, este estado nos está llevando a una depresión. ¿Con qué? caro los impuestos, caro la comida, caro todo. Entonces al agricultor, al trabajador, por decir a nosotros, nos dicen vale tanto un doctor, el doctor le cobra a usted por su consulta le cobra más de treinta mil pesos, falta la atención y la medicina, y la plata no le alcanza.

Entonces nosotros, que es lo que pasa, ahora el mundo está entrando en una depresión. ¿Qué le parece ahora? Hay un mensaje que mandaron en WhatsApp de ahora de la pandemia, entonces yo digo, *“¿para que mandan mensajes así tan estresantes?, si hay una enfermedad que cada uno a su conciencia, y cada uno lleve en su conciencia que no debe de infectar al compañero, si el otro no quiere ponerse pues que no se lo ponga, así de sencillo, él verá si se muere”*. Pero es que quieren como apretar y que no salgan, ¿quién nos va mercar? ¿quién va a ir a trabajar?, si nos van a poner problema pa’ trabajar, si a vos te encierran, no podes sino estar por un computador y por el computador usted no se va defender, como se va defender en una oficina.



**V.A.:** Y, por ejemplo, te pregunto ¿cómo o con qué motivos crees tú que uno debería ir al psicólogo o una consulta psicológica?

**L.E.:** Pues ome, uno debería ir a la consulta psicológica siempre y cuando el vecino, porque voy a decir así, el vecino, el compañero, la amistad más sincera y buena que tenga, que le vea el defecto a uno y le diga, vos te estás comportando mal, usted va por un camino que no es, yo a ese man lo voy ayudar porque ese man va por otra parte. Pues para mí sería la única razón de atender a un psicólogo.

**V.A.:** Porque alguien te lo diga, por ejemplo ¿tú no lo buscarías?

**L.E.:** Si, porque digamos yo, seamos realistas, uno no es correcto y nadie es correcto para andar bien, porque si todos fuéramos correctos, entonces no habrían psicólogos, no habrían médicos, nadie se enfermaba porque todos seguirían por una misma línea. Él único que fue directo y recto fue el señor, que andó por el camino del bien, el camino de la ayuda, el camino de la salvación, pero nosotros, nosotros no, nos vamos por caminos diferentes y hasta torcidos. Si me entiende.

También es que la otra persona vea en uno y le diga, porque si yo veo un man que está actuando mal, yo digo *“ese man necesita psicólogo”* o le digo a la persona más cercana *“usted porque no lo lleva y lo convence”*. Entonces ahora yo le digo, la juventud de ahora, y perdona que le diga, trago, mujeres y droga y parranda. Usted ve la adolescencia de hoy en día y muy poquitos con los que hay que hacer un caldo, pero los demás mucha gente, que toman, que drogan y qué pesar. Gracias a mi Dios, agradezco que, a mis niñas, yo las enderece a mi modo y me agradecen hoy por hoy, que son juiciosas y cogieron buenos caminos. Y yo les aconsejo a ellas, *“mami, si hay algún problema, alguna cosa, me las canta, que yo le colaboro”*.

**V.A.:** Entonces, Don Luis, usted me dice que cuando ve que una persona está mal, es que lo recomienda con el psicólogo y por ejemplo, ¿cómo qué comportamientos ve usted que son como mal o malos, para para decir que lo recomendaría con un psicólogo?

**L.E.:** Bueno, hay dos puntos. El primero, la forma de ser de la persona en casa. ¿Qué es la persona en casa? La persona en casa que es altanero, grosero, que no le obedece al papá, que no le obedece a la mamá, que uno se da cuenta de ese amigo, que está involucrado en esta situación. Entonces yo hablaría con la mamá o hablaría con el hermano. Entonces esa persona está mal, la persona necesita un psicólogo. Una persona que trate mal al amigo después de estar con él bebiendo o que esté tomando y le dé por corretearlo, pegarle, para mí no está bien.

**V.A.:** ¿Y cuál sería la segunda opción?

**L.E.:** Bueno, la segunda opción también es para loco. Para loco, que quiere decir, que tiene reacciones raras, actitudes raras, impulsos raros. Esa es la segunda, entonces ya uno dice *“pero esté man por qué está así, tan raro, este man no era así, este man por qué coge esos arrebatos”*, esa persona no está bien. Una persona que está con la novia y de repente la jala y la mechonea, mejor dicho, es incómodo para los amigos, como para ella, entonces para mí también es esa persona qué está en ese para loco. Para loco le digo yo porque si es una persona muy loca.

**V.A.:** Luis y tú has mencionado mucho que la gente dice que los psicólogos son para locos. ¿Has escuchado mucho eso? ¿Y dónde lo has escuchado?

**L.E.:** Sí, más que todo uno lo escucha en el campo, porque en la ciudad nunca se ha oído mentar de eso. Bueno, en el campo sí ha escuchado mucho, porque en el campo es que la persona le dice, puede ser hasta por bobiar *“no pues, usted como está de loco, usted como está de raro hay que llevarlo donde un psicólogo, y yo acaso estoy loco o es que usted me cree loco”*, sabiendo de que está mal, porque la persona cuando ya sale de casillas, es porque está mal. Pero mientras uno esté obrando bien, porque seámoslo franco, uno dice *“ah, es que*

*yo fui muy loco*”, pero locura diferente, que salíamos y el hobby de uno era tomar y conversar con los amiguitos y las amiguitas. Y eran diversiones sanas.

**V.A.:** Y, por ejemplo, ¿qué pensás que hace o que debería hacer un psicólogo?

**L.E.:** Ve, un psicólogo lo primero que debe de hacer es, entrar en ese conocimiento donde va ir. Saber entrar. ¿Qué es saber entrar? Es mirar a la persona a la cual le dicen que necesita el psicólogo y mirar por qué parte lo va coger. Dependiendo los casos, lo va dialogando, le va sacando cositas. Es como cuando a uno lo buscan en una finca, y esa finca está bien enmontada, ¿usted por dónde empieza? Usted empieza por lo más desmontado, porque usted tiene que abrir camino.

**V.A.:** Y bueno Luis Efrén, ¿has escuchado acerca de la enfermedad mental?

**L.E.:** Si, una enfermedad mental, la gente la tiene quizás de pronto por los que se llenan de problemas, entonces se ponen a pensar mucho y ya ellos se trastornan. Si me entiende. Porque ellos no le encuentran salida a la vida, porque no le encuentran salida a nada, ellos ya se encierran como en el mundo.

**V.A.:** Y bueno, tengo una última pregunta, ¿qué es para ti el bienestar?

**L.E.:** Bueno, esa pregunta está muy buena. El bienestar para mí, primero que todo salud, salud y tener pues el empleo. Y tener, que le dijera yo a usted, no pues mucho, tener oportunidades. ¿Cuáles son las oportunidades? Oportunidades de trabajo, que al campesino le valoren las cosas. Si me entiende. Estar bien, es que usted se sienta bien con lo que le están pagando porque si usted trabaja y le están pagando menos, no se siente bien. Entonces el estar bien, salud, primordial la salud, segundo trabajito, que tenga el diario para subsistir, y que tenga a sus familiares bien, que no les pase nada.

**V.A.:** Y por ejemplo vos cuando tenés malestar, cuando estás mal con algo, con alguien, ¿Cómo afrontas vos esa situación o qué haces?

**L.E.:** Bueno, yo tengo mi hobby es salir. Por eso le digo, una persona que es activa, que es sonriente, que es de mucha sociedad es muy difícil usted encontrarla deprimida. Si me entiende. Que, si le entran las depresiones y uno a veces se pone a pensar muchas cosas, pero entonces uno dice “no, yo tengo que buscar por donde salir”. Entonces yo llego y qué hago, para no tener un problema con el vecino, con el hermano, uno sale a andar y reflexionar afuera. Entonces uno reflexiona afuera, habla con Dios, es que con Dios no se habla en una iglesia, con Dios se habla en el monte, él lo escucha donde está. Entonces el mejor mensajero es la soledad y el pensar y el decir “*si, mi Diosito como que le va diciendo, si haga esto, haga y verá, y váyase por este camino*”, cuando usted llega por allá a tal parte y ya usted se pone a mirar y ve senderos y mi Diosito como nos hizo esto y no lo valoramos. Entonces eso le ayuda a uno mucho, a distraer la mente en muchas cosas y a no pensar en otras cosas. Y conversar con alguien también que uno sabe que esa persona también es casi de la misma frecuencia de uno.

Cierre y agradecimiento.

