



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Barreras y facilitadores para el acceso a los servicios de salud mental en la experiencia de
personas residentes en La Apartada, Córdoba**

Ana Yarima Piñerez Ramos

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicóloga

Asesora

Luz Adriana Muñoz Duque, Doctor (PhD) en Salud Pública

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Psicología
Caucasia, Antioquia, Colombia
2026



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Cita

(Piñerez Ramos, 2026)

Referencia

Estilo APA 7 (2020)

Piñerez Ramos, A. Y. (2026). (2018). *Barreras y facilitadores para el acceso a los servicios de salud mental en la experiencia de personas residentes en La Apartada, Córdoba* [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Cauca, Colombia.



Grupo de Investigación. Psicología, Sociedad y Subjetividades

Biblioteca Seccional Bajo Cauca (Caucasia)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria

A Dios, por acompañarme, por fortalecer mi espíritu en los días difíciles y recordarme que la fe también se encuentra en la esperanza.

A mis padres, Gustavo Antonio Piñerez y Luz Estella Ramos, por caminar a mi lado y apoyarme desde el primer momento y darme tanto amor para continuar. Nada de esto habría sido posible sin su confianza, su amor incondicional, sus sacrificios y esa forma tan suya de sostenerme incluso cuando las palabras no alcanzaban.

A mis hermanas, Karina Ramos y Yuranis Piñerez, compañeras de vida. Especialmente a mi hermanita porque su historia despertó en mí el deseo profundo de comprender más allá de lo evidente y mirar la salud mental desde la dignidad y la experiencia humana.

A mis participantes, por confiarme sus historias. Por permitir que sus voces sean escuchadas y por permitirme comprender sus vivencias.

Porque la salud mental es un derecho y el cuidado no debería ser un privilegio.

Agradecimientos

A Dios, por su amor por darme la fuerza, por ayudarme aun en los días de incertidumbre y cansancio.

A mis padres, Gustavo Antonio Piñerez y Luz Estella Ramos, por su apoyo incondicional y por su esfuerzo, por su confianza, enseñarme y recordarme siempre que ningún objetivo es imposible cuando la voluntad se sostiene desde la perseverancia y el amor.

A mis hermanas, por su compañía y su apoyo constante. Gracias por su confianza y por estar para mí cuando más lo necesité.

A mi asesora, Luz Adriana Muñoz Duque, por su orientación comprometida y su guía académica. Gracias por su disposición, por acompañar este proceso con respeto, paciencia y claridad, por permitirme crecer intelectual y profesionalmente.

A los participantes de este estudio, quienes compartieron con honestidad sus experiencias y relatos de su vida.

Gracias por su apertura, confianza y valentía. Este trabajo existe gracias a ustedes y es para ustedes.

A mis mascotas por su amor y compañía en mis momentos de mayor cansancio. Gracias por su compañía noble que llenó de calma y ternura este camino tan difícil en ocasiones.

Y finalmente, a mí misma: por no rendirme, por mi disciplina que hizo posible este trabajo. Me agradezco por haber perseverado.

Tabla de contenido

Resumen.....	7
Abstract.....	8
Introducción	9
1 Planteamiento del problema	12
2 Justificación.....	21
3 Objetivos	23
3.1. Objetivo general.....	23
3.2. Objetivos específicos	23
4. Referente teórico	24
4.1. Aspectos históricos del concepto de salud mental.....	24
4.2. La salud mental. Enfoques para su comprensión	26
4.3. Salud mental y derechos humanos.....	31
4.4. La disponibilidad y la accesibilidad de los servicios de salud y de salud mental	34
4.5. La calidad en los servicios de salud	37
4.6. Barreras para el acceso a los servicios de salud mental.....	38
4.7. La experiencia vivida	42
5. Metodología	44
5.1. Tipo de investigación.....	44
5.2. Método de investigación	45
5.3. El municipio de La Apartada. Contexto de vida de los participantes.....	46
5.4. Selección de los participantes del estudio	48
5.5. El proceso de recolección de la información.....	49
5.6. El proceso de análisis de la información.....	50
6 Consideraciones éticas.....	52

7 Hallazgos.....	56
7.1. Los participantes del estudio y sus trayectorias de búsqueda de atención en salud mental	56
7.2. Concepciones de salud mental: profesionales y atención en salud mental	60
7.2.1. Comprensiones de la salud mental	60
7.2.2. Expectativas sobre el profesional de la psicología y sus funciones en la atención en salud mental	63
7.3. Barreras para el acceso a los servicios de atención en salud mental en la experiencia de los participantes	67
7.3.1. Barreras estructurales para el acceso a los servicios de salud mental	68
7.3.2. Barreras asociadas con la organización de la atención en salud mental	70
7.3.3. Barreras económicas y geográficas para el acceso a los servicios de salud mental	73
7.3.4. Barreras relacionadas con la falta de información y orientación sobre salud mental y rutas de acceso a los servicios de atención	76
7.3.5. Barreras relacionales: afectaciones en el vínculo profesional-usuario	80
7.3.6. Barreras personales-disposicionales para el acceso a los servicios de salud mental....	82
7.3.7. Barreras culturales: significados socioculturales que configuran la experiencia de buscar atención en salud mental.....	85
7.4. Facilitadores de la búsqueda de y el acceso a los servicios de salud mental	90
8 Discusión.....	96
8.1. Las barreras estructurales y organizativas para el acceso a los servicios de salud mental .	99
8.2. Otras barreras significativas para el acceso a la atención en salud mental	101
8.3. Los facilitadores para el acceso a los servicios de salud mental	104
10 Recomendaciones	110
11 Limitaciones	111
Referencias.....	112
Anexos	118
Consentimiento informado.....	118

Guía de entrevista narrativa-episódica.....	120
Motivos de consulta de los participantes	122

Resumen

La presente investigación, desarrollada en el municipio de La Apartada, Córdoba, se orienta a comprender las experiencias de acceso a los servicios de salud mental desde la perspectiva de algunos de sus residentes; priorizando un contexto históricamente poco visibilizado en la investigación psicológica. El estudio se inscribe en un enfoque cualitativo, de carácter comprensivo, con un diseño fenomenológico-hermeneútico, utiliza como técnica principal la entrevista narrativa episódica, complementada con un proceso de análisis basado en la tematización fenomenológica. Los hallazgos del estudio plantean el acceso a la salud mental como una experiencia situada, atravesada por condiciones estructurales, económicas y geográficas, informativas, personales-disposicionales, relacionales y culturales, que inciden en las trayectorias de los participantes, pudiéndose tornar en barreras significativas para este acceso en sus diversos momentos. Así también, evidencian la presencia de facilitadores asociados al vínculo profesional-usuario y las disposiciones de los participantes, los cuales influyen de manera significativa en la experiencia de atención. Se concluye que el acceso a los servicios de salud mental se configura como un proceso dinámico expresado en tres momentos interrelacionados: el momento previo, el ingreso al servicio y la atención recibida, lo que resulta determinante en la experiencia de las personas y condiciona la aparición, permanencia o superación de barreras en las trayectorias de este acceso. Además, se resalta la importancia de fortalecer enfoques más integrales y contextualizados en la atención en salud mental.

Palabras clave: acceso a los servicios de salud mental; barreras de acceso; facilitadores del acceso; fenomenología; atención en salud mental; Colombia.

Abstract

This research, conducted in the municipality of La Apartada, Córdoba, aims to understand the experiences of accessing mental health services from some of its residents the perspectives, prioritizing a context that has historically been overlooked in psychological research. The study takes a comprehensive qualitative approach with a phenomenological-hermeneutic design and uses episodic narrative interviews as its main technique, complemented by a process of analysis based on phenomenological thematization. The study's findings present access to mental health as a situated experience, influenced by structural, economic, and geographical conditions, as well as informational, personal-dispositional, relational, and cultural factors that affect the participants' trajectories and can become significant barriers to access at various times. They also reveal the presence of facilitators associated with the professional-user relationship and the dispositions of the participants, which significantly influence the care experience. It is concluded that access to mental health services is a dynamic process expressed in three interrelated moments: the preliminary stage, entry into the service, and the care received. This is decisive in people's experience and conditions the appearance, permanence, or overcoming of barriers in this access trajectories. Also, this study highlights the importance of strengthening more comprehensive and contextualized approaches to mental health care.

Keywords: access to mental health services; barriers to access; access facilitators; phenomenology; mental health care; Colombia.

Introducción

La salud mental constituye un componente esencial del bienestar individual colectivo, así como un derecho humano fundamental reconocido en diversos tratados internacionales y marcos normativos nacionales, como la Ley 1616 de 2013 que se compromete en garantizar el ejercicio pleno del derecho en salud mental fundamental en Colombia (Organización Mundial de la Salud, 2023; Naciones Unidas, 2000; Congreso de la República de Colombia, 2013). Desde esta perspectiva, la salud mental no se limita a la ausencia de trastornos, sino que abarca un continuo de experiencias relacionadas con el bienestar, el sufrimiento psíquico y la capacidad de las personas para afrontar las demandas de la vida cotidiana (OMS, 2025). No obstante, a pesar de su reconocimiento como derecho, el acceso efectivo a los servicios de salud mental continúa siendo un desafío significativo en múltiples contextos.

A nivel mundial, los organismos internacionales han advertido sobre la alta prevalencia de los problemas y trastornos mentales, así como sobre la brecha existente entre la necesidad de atención y el acceso real a los servicios disponibles. La OMS ha señalado que, en promedio los países destinan menos del 2% de sus presupuestos de salud a la salud mental, lo que resulta insuficiente frente a la magnitud del problema (OMS, 2025). De manera similar, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) indicó que los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias representaron el 14% de la carga mundial de enfermedad, y entre el 75% y el 90% de las personas que los padecen no reciben atención adecuada, evidenciando profundas inequidades en el acceso a estos servicios.

En el contexto colombiano la salud mental ha sido reconocida como una prioridad de salud pública y se cuenta con un marco normativo orientado a la garantía del derecho a la atención integral, entre algunas de estas la Política Nacional de Salud mental (Ministerio de Salud y Protección social, 2018), la Ley 1616 de 2013 (Congreso de la República, 2013) y la Ley 2460 de 2025 (Congreso de la República, 2025), la cual modificó la ley anterior y dicta otras disposiciones en cuanto a la prevención y atención de trastornos y/o enfermedades mentales. Sin embargo, diferentes estudios han señalado la existencia de una brecha entre lo normativo y su implementación, manifiesta en barreras estructurales, económicas, geográficas y sociocultural que limitan el acceso real a los servicios (Rojas-Bernal et al., 2018; Hernández y Sanmartín, 2018). En el departamento de Córdoba y particularmente en el municipio de La Apartada, se han identificado

condiciones sociales, económicas y estructurales que incrementan la vulnerabilidad psicosocial de la población. En 2024 la Gobernación de Córdoba (2024) posicionó la salud mental como una prioridad en los planes de desarrollo departamental, esta priorización no se manifestó plenamente en mejoras en el acceso ni en la calidad de los servicios. Informes correspondientes a ese año continuaron evidenciando problemáticas relevantes en el ámbito de la salud mental.

En este sentido, la presente investigación tuvo como objetivo general comprender las experiencias del acceso a los servicios de salud mental en residentes de La Apartada, Córdoba que han buscado atención en el municipio y en localidades aledañas, reconociendo las condiciones, barreras y significados que configuran dichas experiencias. El documento se estructura en varios capítulos que buscan dar cuenta de manera coherente y progresiva del proceso investigativo desarrollado. En el primer capítulo se presenta el planteamiento del problema, en el cual se contextualiza la situación de la salud mental y del acceso a los servicios en los niveles internacional, nacional y local, se delimita el problema de investigación y se formulan la pregunta, así como los objetivos que orientan el estudio. Este apartado permite comprender las condiciones que motivan la investigación y la relevancia del fenómeno en el contexto específico de La Apartada.

Posteriormente, se desarrolla el capítulo de justificación, en el que se expone la pertinencia social, académica y disciplinar del estudio, resaltando la necesidad de generar conocimiento sobre las experiencias de acceso a los servicios de salud mental en territorios con escasa visibilización investigativa y limitaciones en la información disponible. En el apartado del marco teórico, el lector encontrará una revisión conceptual centrada en categorías como aspectos históricos del concepto de salud mental, enfoques para su comprensión, salud mental y derechos humanos, sobre la disponibilidad y la accesibilidad en servicios de salud y salud mental, la calidad en estos servicios, las barreras para la atención en salud mental y la experiencia vivida.

Posteriormente, se presentan los aspectos metodológicos que orientaron el desarrollo de la investigación, la cual adoptó un enfoque cualitativo de carácter comprensivo, con un diseño fenomenológico-hermenéutico que permitió privilegiar la voz de los participantes y aproximarse a la experiencia vivida del acceso a los servicios. Participaron siete personas en conversaciones desarrolladas a partir de entrevistas narrativas episódicas. El análisis de la información se orientó desde la tematización fenomenológica. Vale señalar que el estudio observó criterios y principios éticos para la investigación con seres humanos.

En los hallazgos se identificaron diversas experiencias relacionadas con el acceso a los servicios de salud mental, en las que emergieron barreras de tipo estructural, organizativo, económicas y geográficas, informativas, relacionales, personal-disposicionales y culturales, así como algunos elementos facilitadores asociados a los vínculos establecidos durante la atención. Estas experiencias dan cuenta de la tensión entre el acceso potencial y el real a estos servicios, así como de la persistencia de una mirada centrada en el abordaje del malestar desde lógicas predominantemente morbicéntricas.

Seguidamente a la descripción de los hallazgos y su discusión a la luz de referentes investigativos y teóricos, se presentan las conclusiones del estudio, las cuales permiten reflexionar sobre las experiencias de acceso a los servicios de salud mental y ponen de relieve la necesidad de fortalecer enfoques de atención más integrales que tengan en cuenta las particularidades del contexto y las vivencias de las personas usuarias. Asimismo, se formulan algunas recomendaciones derivadas de la investigación, y asociadas, por ejemplo, con la promoción de estudios que aborden el acceso desde marcos analíticos situados en las particularidades de territorios específicos, y el fortalecimiento de estrategias de información claras y accesibles a todos los usuarios. Así como la revisión y adaptación a la población de las rutas de atención existentes, reconociendo que, aunque constituyen mecanismos iniciales de aproximación a los servicios no siempre garantizan la continuidad del proceso ni la superación efectiva de las barreras en las trayectorias de los usuarios. Esto implica generar y fortalecer espacios de información en salud mental que promuevan el ejercicio efectivo del derecho a la información y la autonomía de las personas en su proceso de atención.

1 Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de Salud (OMS, 2023), la salud mental constituye un componente esencial del bienestar general y un derecho humano fundamental, e involucra desde experiencias relacionadas con el bienestar pleno hasta condiciones de profundo sufrimiento y angustia emocional. En relación con las políticas de salud este derecho es reconocido en diversos tratados internacionales y, según la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2000), forma parte de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales, un conjunto de derechos humanos que busca garantizar condiciones necesarias para vivir con dignidad. Entre estos derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del “más alto nivel posible de salud física y mental” (Naciones Unidas, 2000, p. 2).

Este derecho a la salud incluye cuatro componentes claves y los Estados deben adoptar medidas para garantizarlos en todas sus dimensiones y niveles: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (Naciones Unidas, 2000). Pese a esto, según la OMS (2013) el panorama resulta preocupante respecto al acceso real a los tratamientos y la intervención en emergencias humanitarias que constituyen un factor de riesgo en los problemas mentales, psicosociales y traumas psicológicos. Así también, señala que “en promedio, los países dedican menos del 2% de sus presupuestos de atención de salud a la salud mental” (OMS, 2025), cifra que llama la atención considerando las altas tasas de problemáticas de salud mental en el mundo. De acuerdo con esta entidad (OMS, 2025), los trastornos mentales aluden a alteraciones clínicamente significativas en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento, asociadas a malestar subjetivo o limitación funcional en áreas importantes de la vida.

De manera similar, la OMS (2025) indicó que para el año 2021, alrededor de 359 millones de personas padecían trastornos de ansiedad, mientras que, en 2019, se había estimado que 280 millones vivían con depresión. Asimismo, en 2021, alrededor de 37 millones de personas habían sido diagnosticadas con trastorno bipolar, y a escala mundial la esquizofrenia afectaba a cerca de 23 millones de personas. En este mismo año, la OMS estimó que 16 millones de personas presentaban trastornos alimenticios; y que 41 millones de personas, incluidos menores de edad sufrían un trastorno de comportamiento disocial. La alta prevalencia de estas enfermedades

resaltaba la importancia de intervenciones tempranas y de un fortalecimiento en los servicios de salud mental en el mundo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) mencionó que los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias representaban, para el año 2019, el 14% de la carga de enfermedad a nivel mundial. Una de las consecuencias más significativa fue que entre el 75-90% de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias no recibieron la atención necesaria, a pesar de la existencia de tratamientos efectivos, lo que resaltaba en una brecha de inequidad en materia de salud mental. Otro dato relevante, indicó que entre 2000 y 2019 la tasa de suicidio por edad aumentó un 17% en la Región de Las Américas, siendo la única zona que mostró un aumento tan significativo durante ese periodo. De acuerdo con esta organización, la pandemia de COVID-19 limitó el acceso a servicios esenciales de salud mental, a la vez que incrementó los múltiples factores de riesgo que impactan en esta dimensión de la salud, entre ellos el desempleo, el duelo, los sentimientos de aislamiento y las barreras de atención sanitaria. A raíz de esta problemática, en el año 2020 el trastorno depresivo mayor incrementó un 35% y el trastorno de ansiedad un 32%, evidenciando el impacto de esta crisis en la salud mental de la región (OPS, 2023).

Dado este panorama, la OMS (2022) reconoce que la salud mental depende de factores multisectoriales, por lo que su promoción y protección requieren intervenciones articuladas en distintos sectores. Así, se considera esencial que la comunidad y el sistema de atención apoyen la inclusión social de las personas con trastornos mentales y promuevan cuidados centrados en la persona, basados en derechos y orientados a la recuperación. Asimismo, señala que trabajar en los determinantes de la salud mental implica acciones más allá del sector salud, lo cual hace de la promoción y la prevención procesos intersectoriales. De esta manera, transformar la salud mental requiere asegurar recursos adecuados en todos los sectores, al integrarla en todos los niveles de servicio y coordinar la oferta bajo el marco de la cobertura universal en salud.

En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) mencionó que en 2010 las enfermedades mentales representaron la principal causa de años vividos con discapacidad (AVD), y 7,4% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Su impacto fue superado por las enfermedades cardiovasculares, cáncer y los tipos de lesiones. Estos datos resaltaban las altas prevalencias e incidencias de afecciones asociadas con la salud mental y la necesidad urgente de fortalecer estrategias de atención efectivas

en esta área dentro del país, ya que tuvieron un impacto comparable al de otras enfermedades. El Ministerio de Salud (2015) señaló que, en el ámbito individual, las personas con trastornos mentales enfrentaban procesos de estigmatización y discriminación, lo cual dificultaba su acceso a los servicios de salud, a la educación y al empleo, lo que conllevaba una vulneración de sus derechos.

En cuanto al marco normativo, para el caso colombiano, la Resolución 4886 de 2018 estableció la Política de Salud Mental, en la que se resalta que la salud mental está influenciada por múltiples factores sociales, ambientales, culturales, económicos y políticos. Estos, a su vez se dividen en determinantes estructurales como el nivel educativo, la cohesión social, la identidad étnica y el género, así como en determinantes intermedios como las condiciones de vida y de trabajo, el acceso a los alimentos, el apoyo comunitario y las barreras para adoptar estilos de vida saludables (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). En este sentido, se señaló la relevancia de considerar la disponibilidad de personal especializado en salud mental.

Para 2017, en el país se estimaba la presencia de dos psiquiatras por cada 100.000 habitantes, y en comparación con otros perfiles profesionales, persistía una escasez de información sobre el número de trabajadores como enfermeras, docentes, y trabajadores sociales con formación específica en salud mental. También se infirió que estos especialistas se centralizaban en ciudades concretas, por lo que las personas debían desplazarse a las ciudades capitales enfrentando un problema significativo de acceso, pues en muchos casos no conseguían llegar a una consulta especializada debido a la distancia. Ello comprometía tanto la consulta inicial como la continuidad de los procesos de tratamientos, aspectos fundamentales para la atención de los problemas y trastornos mentales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). A propósito de estos determinantes sociales de la salud mental, la OMS (2022) ha señalado que:

Factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales (OMS, 2022, p. 2).

Resulta importante mencionar que, a pesar de la existencia de esta política pública en materia de salud mental, en el país se presentan limitaciones. A este respecto, Rojas-Bernal et al.

(2018), sostienen que el acceso real a los servicios de salud mental se ve obstaculizado por diversos factores, entre algunos de los cuales se encuentran las barreras económicas, geográficas y culturales, asociadas con la oportunidad y la percepción de la población sobre la capacidad de resolver sus propias necesidades. Para los autores, el acceso a los servicios de salud mental también se ve limitado por la escasez de psiquiatras y su concentración en las principales ciudades, lo cual restringe la atención especializada. A esto se suma la dificultad para recibir terapias psicológicas especializadas como las cognitivas-conductuales, interpersonales, de pareja, familiares o grupales, ya que muchos profesionales con estas competencias no son vinculados por las instituciones de salud. El marco normativo correspondiente la Ley 100 de 1993 (Congreso de la República, 1993), señaló los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral y calidad en la atención en salud; posteriormente la Ley 1122 de 2007 (Congreso de la República, 2007) incluyó la intervención de población vulnerable desde el punto de vista psicosocial; sin embargo, aun contando con este marco normativo, persisten dificultades en su aplicación por lo cual el acceso a estos servicios continúa siendo limitado.

Cabe señalar que la categoría de acceso ha sido definida y elaborada por diversos autores desde diferentes perspectivas. Vértiz et al. (2024), entienden “el acceso como la facilidad y oportunidad con que las personas se acercan y obtienen servicios de atención médica adecuados cuando perciben que los necesitan y sin esfuerzos onerosos” (p. 557). En otras palabras, el acceso consta de variables multidimensionales que incluyen dos aspectos, primero los personales, aludiendo a la percepción de la necesidad de atención y la percepción negativa acerca de los servicios. Y segundo, estructurales, referidos a la falta de recursos fundamentales para brindar la atención, instalaciones, equipamiento, insumos y personal. Saturno e Hirmas (citados en Vértiz et al., 2024) aluden a varias barreras para este acceso, las cuales pueden ser de tipo organizacional, geográficas, económicas y personales.

En este sentido, se distingue entre acceso real y acceso potencial a los servicios de salud. El Instituto Nacional de Salud (INS, 2019) se refiere al primero como “al uso de los servicios de salud y a la satisfacción del usuario. Este uso puede caracterizarse en términos de su tipo, sitio, propósito e intervalo de tiempo involucrado” (p. 14); y la satisfacción del usuario se vincula con sus actitudes o percepciones acerca de los servicios de salud, basadas en las experiencias directas con estos. El acceso potencial, por su parte, está asociado con dos aspectos claves: por un lado, con las condiciones que favorecen la utilización de estos servicios, y, por otro lado, con las

características individuales que predisponen la capacidad de las personas para acceder a ellos, implicando las necesidades de atención en salud de cada una; estas características individuales, a su vez, están estrechamente relacionadas con los recursos (cantidad y distribución) y la organización (gestión y utilización de recursos) de los servicios (INS, 2019).

Vargas et al. (2010) plantean que, aunque Colombia ha tenido reformas en el sistema de salud y estas han derivado en una experiencia beneficiosa en términos de mejora del acceso y el aumento de la cobertura de afiliación, no han garantizado un acceso adecuado a los servicios de salud. En esta misma vía, Hernández y Sanmartín (2018) identifican un desajuste entre las normativas en materia de salud mental y su puesta en práctica el país. De acuerdo con estos autores, diversas luchas sociales en el ámbito de la salud han permitido visibilizar las profundas deficiencias del sistema, expresadas en numerosas y persistentes barreras para acceder a servicios de calidad; por ejemplo, en salud mental, se consiguió que la Corte Constitucional reconociera esta dimensión como un asunto constitucional.

Esta dificultad, fue ha sido relacionada con factores estructurales y socioculturales que orientaban las decisiones administrativas en los servicios de salud, no desde un enfoque de derechos humanos, al contrario, sino en beneficio de intereses económicos. En el marco normativo la Ley 2460 de 2025 (Congreso de la República, 2025), introduce modificaciones a la Ley 1616 de 2013 (Congreso de Colombia, 2013), fortaleciendo las disposiciones orientadas a la prevención y atención de los trastornos y enfermedades mentales, así como la promoción y el cuidado de la salud mental en el país. En este sentido, la Resolución 2358 de 1998 (Ministerio de salud, 1998) resalta que la salud mental era es un tema prioritario de salud pública, pero la implementación efectiva seguía siendo una dificultad. Para Hernández y Sanmartín (2018) en el momento de análisis existían falencias transversales en el país, como fallas estructurales en los procesos de atención y rehabilitación, además de la presencia de un estigma cultural que olvidaba y minimizaba la salud mental, y el cual se constituía en una barrera significativa para que las personas buscaran ayuda.

Sobre este aspecto, Campo-Arias et al. (2014) señalan que el estigma se perpetúa a través del olvido y la negligencia. Desde esta perspectiva, según los autores, las barreras para el acceso a los servicios de salud mental pueden ser categorizadas como geográficas, financieras, administrativas o institucionales, así como socioculturales. Estas últimas, aluden a costumbres y comportamientos culturales, pero también a diferencias entre el marco normativo y el posicionamiento y abordaje de los profesionales de la salud. En esta lógica, el estigma actúa como

una barrera sociocultural que dificulta el acceso a los servicios de salud mental, impidiendo que las personas que cumplen con los criterios para un trastorno mental, con el sufrimiento que ello implica, puedan recibir una atención integral y adecuada.

En consecuencia, la salud mental en Colombia enfrenta desafíos significativos que afectan el bienestar de la población, dadas las limitaciones que esta debe encarar para acceder a una atención integral y de calidad. González et al. (2016), refirieron que el acceso se ve gravemente afectado por una combinación de barreras estructurales relacionadas con la configuración del sistema, la accesibilidad de los servicios, la manera en que están organizados, el financiamiento y la naturaleza de las necesidades de atención, que involucran los recursos para los posibles usuarios y las percepciones individuales sobre los servicios de salud mental.

De acuerdo con los datos mostrados en el estudio de González et al. (2016), a pesar de la creciente necesidad de atención en salud mental, solo 3 de cada 10 personas adultas que reportaron problemas de salud mental buscaron atención, mientras que 6 de cada 10 no lo hicieron debido a razones como considerar “no necesario consultar”, por “descuido” o por “no querer asistir” (p. 93), relacionados con factores como el estigma y el miedo. Por otro lado, la ubicación geográfica se destacó como un factor clave para buscar ayuda. Comparativamente con habitantes del área urbana, los residentes de zonas rurales consultaban en menor frecuencia debido a obstáculos personales y de demanda comportamental, esto es a los factores relacionados con las actitudes, así como la falta de disposición para buscar ayuda profesional (como estigma, miedo o desinterés). Además, esta barrera se veía reforzada por el desconocimiento sobre qué era la salud mental y la dificultad para reconocer un problema psicológico. Cabe aclarar que estos autores hacen un énfasis importante en que, en los casos analizados, las barreras de comportamiento están condicionadas por factores como la economía, la geografía y la información distorsionada sobre los servicios de salud mental disponibles.

Restrepo et al. (2014), por su parte, identificaron que las barreras más comunes las presentan personas con bajo nivel socioeconómico. Entre las dificultades encontradas, las principales fueron las siguientes: 1) el costo de medicamentos, consultas y pruebas diagnósticas; 2) el miedo o la vergüenza al recibir atención en un servicio de salud; 3) la falta de confianza en los profesionales de la salud y en los tratamientos recomendados; y 4) el estigma social, así como creencias y mitos relacionados con la salud. Todos estos datos llevan a concluir que, aunque existen leyes que promueven el acceso a servicios de salud mental, en Colombia estas no se materializan

en una atención efectiva, lo que perpetúa una brecha significativa entre el derecho teórico a la salud y su realización (Hernández y Sanmartín, 2018).

Siguiendo a Hernández y Sanmartín (2018), estas barreras pueden ser pensadas en tres categorías. Primero, falencias estructurales, derivadas de la organización, regulación y funcionamiento del sistema de salud. Segundo, falencias conceptuales que corresponden a las limitaciones en la forma como se conciben la salud y la enfermedad, especialmente cuando el sistema privilegia un enfoque centrado en la patología, la muerte y la atención especializada, dejando de lado la promoción de la salud, la vida y la atención primaria en salud mental. Y la tercera referida a las falencias culturales, que aluden a las creencias, valores y percepciones sociales que generan olvido, estigma y desinterés hacia la salud mental, dificultando su reconocimiento como una prioridad y afectando la demanda y aceptación de los servicios. Los autores resaltan el imperativo urgente de investigar las necesidades en la salud mental en contexto, dada su determinación social, así como de generar estrategias para que estos conocimientos se reflejen en la calidad de la atención y en un acceso real a servicios de atención capaces de abordar estas problemáticas.

Específicamente en el contexto de Córdoba-Colombia, hay problemas importantes relacionados con la salud mental de la población. Por ejemplo, durante la semana epidemiológica 25 del año 2024, los intentos de suicidio en el departamento fueron 534 y los suicidios consumados fueron 38, lo que indicaba una crisis relevante que requería atención. A pesar de que la salud mental ha sido declarada una prioridad por la Gobernación departamental, con iniciativas como líneas de atención y políticas públicas, persisten problemas de acceso y calidad en los servicios ofrecidos, ya que, de acuerdo con informes recientes de esta entidad, la atención a problemas de salud mental es insuficiente en el territorio (Gobernación de Córdoba, 2024).

En el informe de Análisis de Situación de Salud de Colombia, se señaló que en el año 2005 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024) Córdoba estuvo dentro de los departamentos con mayor porcentaje de analfabetismo, con una proporción mayor que el nivel nacional. Asimismo, para las proyecciones del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, destacó como uno de los territorios con menor porcentaje de personas con conocimiento básico de lectura y escritura (p. 89). Esta característica asociada al nivel educativo llamaba la atención, ya que se constituía en un aspecto importante para pensar la capacidad de gestión de la información en salud. Esto adquiriría relevancia en el contexto de este estudio, ya que la falta de información era otro factor

que obstaculizaba el acceso, los servicios de salud, la atención adecuada en salud mental y la percepción de las personas respecto a estos servicios.

Esta situación no es distinta en el caso del municipio de La Apartada, ubicado en la región de la Costa Caribe y situado al sureste del departamento de Córdoba, en la subregión del Río San Jorge. Esta localidad se encuentra entre el margen derecho de este río y los límites con el departamento de Antioquia (Alcaldía de La Apartada, 2024), y cuenta con una población aproximada de 15.806 habitantes. A lo largo del tiempo, el municipio de La Apartada ha atravesado diversos episodios de violencia que han dejado huellas profundas en su población; el periodo comprendido entre 2005 y 2010 fue especialmente crítico, registrando algunos de los acontecimientos más dolorosos en la historia reciente del municipio, marcada por el conflicto armado.

Respecto a la población de La Apartada, según el Plan de Desarrollo Municipal 2024-2027, “los jóvenes constituyen el 28% de la población, con aproximadamente 3,591 individuos entre 14 y 28 años, enfrentando múltiples desafíos que comprometen seriamente su desarrollo y oportunidades” (p. 179). En términos demográficos, para el año 2018 la población del municipio presenta una distribución equitativa. Los hombres representan el 50,18% y 49,82% de las mujeres, muchas de las cuales viven en condiciones de pobreza extrema y enfrentan altos niveles de vulnerabilidad social. Esta desigualdad se ve agravada por la falta de acceso a la educación y el empleo, ya que gran parte de las mujeres no han recibido ningún tipo de formación académica a diferencia de sus pares masculinos. Además, la violencia intrafamiliar y la discriminación de género continúan siendo barreras que obstaculizan su plena participación en la vida social, política y económica.

Es relevante señalar que, en cuanto a los datos locales, más específicos en materia de salud mental, no fue posible acceder a información disponible o actualizada. No obstante, en coherencia con esta tendencia mencionada de afectación en salud mental, el contexto local refleja condiciones estructurales que podían contribuir al aumento del riesgo psicosocial. El Plan de Desarrollo Municipal 2024-2027 también plantea una:

Infraestructura deteriorada para la prestación de servicios de salud en áreas rurales, inadecuada promoción y prevención de riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas entre los jóvenes y adolescentes del municipio e insuficiencias en la promoción

de estilos de vida saludables entre las poblaciones más vulnerables. (Alcaldía de La Apartada, 2024, pp. 156-157).

Así mismo, señala que la escasez de iniciativas enfocadas en el aprovechamiento del tiempo libre y el cuidado de la salud mental, así como la inadecuada infraestructura de transporte urbano, constituyen retos que necesitan atención urgente para elevar el bienestar y la calidad de vida, por ejemplo, en personas mayores en la localidad. Adicionalmente, en cuanto a problemáticas psicosociales, se identifica una lista detallada de las diferentes discapacidades entre los residentes de este municipio: “Física, mental, Visual, Auditiva, Múltiple, Sordomudez, Habla, Síndrome de Down, Autismo, Parkinson, Esquizofrenia, Alzheimer” (Alcaldía de La Apartada, 2024, p.p. 181-182). Pese a contar con estos datos, no se logró obtener un registro claro sobre las cifras asociadas a la atención en salud mental, a pesar de haberla solicitado a la Alcaldía Municipal. Aunque se sostuvieron conversaciones con funcionarios de la secretaria de Salud municipal, no fue posible saber quién era el administrador/encargado de estos informes en materia de asistencia en salud mental. Esto se manifestó en ausencia de datos estadísticos que reflejen la situación actual de la población en relación con los problemas de salud mental y la demanda real de atención a este respecto.

Dado que el acceso a los servicios de salud mental en La Apartada constituye un fenómeno complejo que involucra factores multidimensionales, y teniendo en cuenta la falta de información oficial al respecto, y que en el rastreo de antecedentes para la construcción de este proyecto no se hallaron estudios centrados en el tema enfocados en zonas con características similares, se consideró fundamental ampliar la comprensión desde la experiencia misma de habitantes del municipio que hubieran requerido acceder a estos servicios, en función de buscar una aproximación a las posibilidades, características y barreras diversas con las cuales se enfrentaron desde su vivencia de la atención, así como a sus sentires y significados sobre la accesibilidad.

Con base en lo planteado anteriormente, la pregunta investigativa que orientó este estudio fue: ¿cómo se configuran barreras y facilitadores para el acceso a los servicios de salud mental en la experiencia de personas residentes en La Apartada, Córdoba?

2 Justificación

El presente proyecto de grado se centró en una problemática relacionada con las experiencias del acceso a los servicios de salud mental en residentes del municipio de La Apartada, Córdoba, una localidad donde la atención en salud mental constituye un asunto crítico y poco documentado. Durante el rastreo inicial, no solo no se encontraron cifras, sino que tampoco se hallaron acercamientos a las vivencias de quienes habían buscado acceder a estos servicios. Esto implicó un interés por abordar las experiencias en el acceso a los servicios de atención en salud mental, reconociendo que existe una necesidad no solo de contar con datos claros sobre la situación del municipio, sino de comprender y describir las vivencias de la población local. Conocer dichas experiencias resultó fundamental para comprender cómo se configura el acceso a los servicios de atención en salud mental en el contexto municipal, particularmente en relación con las barreras y facilitadores para este, más allá de los indicadores formales en los marcos normativos.

Investigar este fenómeno permitió ampliar la comprensión sobre las formas en que los usuarios significan e interactúan con dichos servicios en el territorio. La atención en salud mental es un tema de gran relevancia en el contexto colombiano, especialmente en territorios con información limitada sobre las condiciones de salud mental de la comunidad y con acceso limitado a los servicios asistenciales. Aunque existen marcos normativos y políticas públicas orientadas a garantizar el derecho a la salud mental, como la Ley 1616 de 2013, que establece que “la promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la salud mental” (Congreso de la República, 2013, p. 2), su implementación enfrenta limitaciones significativas que afectan el acceso y la calidad (Hernández y Sanmartín, 2018).

Los hallazgos del estudio posibilitan identificar las principales condiciones y barreras en cuanto al acceso a los servicios de salud mental, y se constituyen en un insumo para la comprensión de los limitantes para un óptimo derecho de salud mental, ya que es crucial aproximarse a los usuarios de estos servicios y a sus experiencias concretas. En este sentido, el estudio se propuso comprender dichas vivencias desde un enfoque comprensivo y fenomenológico, lo cual brindó la oportunidad de rescatar las voces de los usuarios y explorar desde sus propias vivencias las condiciones, barreras y significados asociados al acceso de estos servicios. El conocimiento sobre estas experiencias se torna relevante para entender la realidad del municipio en términos de la

respuesta institucional en salud mental y para la sensibilización sobre la temática. Esta investigación contribuye a llenar un vacío significativo en el conocimiento sobre la salud mental en La Apartada, donde hay escasez de datos sobre las percepciones hacia los servicios de salud mental y acerca de las experiencias del acceso.

Aunque los resultados son específicos de La Apartada, es probable que algunos hallazgos puedan ayudar a comprender contextos similares, así como ser utilizados por instituciones municipales y otros actores interesados en el tema. Igualmente, resultan relevantes para abrir nuevas líneas de investigación para el mejoramiento de la atención en salud mental en La Apartada y en comunidades similares, lo cual es crucial para la toma de decisiones respecto a la calidad en la atención.

El proyecto aporta al campo de la psicología al mostrar cómo las barreras en el acceso a los servicios de salud mental inciden en el curso de los problemas, en las formas de afrontamiento y en la posibilidad de recibir atención de manera oportuna. Al desarrollarse en un territorio con escasa investigación previa, amplía el conocimiento situado sobre la salud mental, al visibilizar las narrativas de los usuarios, rescatar los significados que otorgan a sus experiencias y describir cómo estas se entrelazan con múltiples factores de riesgo psicosocial.

3 Objetivos

3.1. Objetivo general

Describir la configuración de barreras y facilitadores para el acceso a los servicios de salud mental en la experiencia de personas residentes en La Apartada, Córdoba

3.2. Objetivos específicos

- Explorar concepciones de la atención en salud mental en las experiencias de acceso a estos servicios narradas por los participantes.
- Identificar condiciones de acceso a los servicios de salud mental en las trayectorias de atención de los participantes.
- Caracterizar las relaciones vividas en las experiencias de atención en salud mental de los usuarios participantes.
- Explorar, en la experiencia de los participantes, situaciones de estigmatización y exclusión asociadas a la atención en salud mental.

4. Referente teórico

En este apartado se presentan aspectos conceptuales y teóricos que sustentan el estudio. De acuerdo con los intereses investigativos, se desarrollan las principales categorías de la pregunta de investigación: aspectos históricos del concepto de salud mental, salud mental y enfoques para su comprensión, salud mental y derechos humanos, la disponibilidad y la accesibilidad en los servicios de salud y de salud mental, la calidad en los servicios de salud, barreras para el acceso a los servicios de salud mental, y, finalmente, la experiencia vivida, categorías que orientaron la comprensión de los relatos de los participantes.

4.1. Aspectos históricos del concepto de salud mental

Desde la antigüedad la salud mental ha sido interpretada de distintas maneras. De acuerdo con Mebarak et al. (2009) se ha buscado explicar y controlar los comportamientos anormales, lo que ha dado lugar al surgimiento de diversas teorías y modelos de conductas populares de acuerdo con cada época. Estos autores identifican tres enfoques históricos sobre la comprensión de la salud mental, lo que da origen a tres grandes tradiciones sobre la comprensión del comportamiento anormal: la sobrenatural, la biológica y la psicológica. La tradición sobrenatural atribuye las alteraciones del comportamiento a fuerzas externas como divinidades, demonios, espíritus o fenómenos naturales, considerados responsables de influir en la conducta y las emociones humanas.

Los autores señalan que, antes del siglo XX, muchas personas con retraso o con enfermedades mentales eran tratadas como delincuentes comunes; en otros casos, eran acusadas de hechicería y confinadas en prisiones o en espacios creados para su aislamiento, como torres, casas o “asilos para locos”. Sin embargo, las prácticas de cuidado eran violentas y degradantes: los internos eran encadenados, golpeados, azotados y sometidos a purgas, vómitos y sangrías. Desde la tradición biológica, por su parte, los trastornos mentales eran el resultado de enfermedades o desequilibrios corporales. Hipócrates (460-377 a.c.), reconocido como el padre de la medicina moderna, cuestionó creencias como la idea de que la epilepsia era una enfermedad divina, proponiendo explicaciones más racionales y vinculadas al funcionamiento del organismo (Mebarak et al., 2009).

Finalmente, la tradición psicológica entiende la conducta anormal como consecuencia de un desarrollo psicológico alterado y de influencia sociales. En el siglo XVIII surgió la denominada terapia moral, un enfoque psicosocial que promovía tratar a los pacientes en ambientes naturales y estructurados para fomentar la interacción social, la motivación y comportamientos adaptativos. Este enfoque, cuyos antecedentes se remontan a Platón, adquirió forma como sistema terapéutico debido al trabajo de Philippe Pinel, quien impulsó el trato digno y humano hacia las personas con trastornos mentales (Mebarak et al., 2009).

Según Mebarak et al. (2009), desde las ciencias sociales se reconoce que la “anormalidad” se entiende a través de distintos criterios: la infrecuencia estadística (conductas alejadas de lo cotidiano), la violación de normas sociales, la aflicción personal (dolor o sufrimiento subjetivo) y la disfuncionalidad (dificultad para cumplir metas personales o sociales). Estos criterios muestran cómo las concepciones sociales de la salud mental han variado en el tiempo y continúan influyendo en la forma en que se interpreta y se accede a la atención en salud mental.

Con base en estos planteamientos es posible afirmar que el concepto de salud mental ha evolucionado significativamente a lo largo del tiempo, influenciado por corrientes filosóficas, científicas y sociales. Para Ortiz (2023), la salud mental actúa como elemento regulador y mediador de la realidad, comprendiendo experiencias que reflejan el modo en que se estructura la vida dentro de la sociedad. Desde esta perspectiva, hablar de salud mental significó inicialmente superar el encierro hospitalario y las prácticas de castigo o resocialización que vulneran la dignidad de los pacientes. Este cambio permitió el surgimiento de modalidades de atención comunitaria y de salud pública -como centros de salud, pisos protegidos, acompañamiento terapéutico y continuidad del cuidado en el hogar-, orientadas a la prevención y la promoción en la comunidad. Esta noción de salud mental abrió una mirada psicosocial, multidisciplinaria y multicausal, ampliando los usos y sentidos del concepto. Finalmente, el autor señala un tercer momento, en el cual el término se desplaza del ámbito experto hacia los saberes colectivos, lo que lleva a una privatización del concepto al centrarse progresivamente en la subjetividad individual dentro de la vida social.

En el siglo XX el movimiento de higiene mental, impulsado por Clifford Beers y respaldado por Adolf Meyer y William James, marcó un punto de inflexión. Este movimiento promovió la atención digna, la prevención y la intervención comunitaria (Lopera Echavarría, 2012; Miranda, 2018). Así también, la fundación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1948, consolidó una perspectiva más integral de la salud mental, incorporando factores sociales,

educativos y preventivos. Según la OMS (2011), la salud mental se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad” (p.1). A lo largo del tiempo, esta organización amplió su enfoque, incluyendo temas como las adicciones, la salud pública y los efectos psicosociales de la guerra y la era atómica. En los años 80, reconoció el carácter polisémico del concepto y, en los 90, promovió el empoderamiento del usuario, el acceso a sus derechos y la lucha contra la estigmatización (Ortiz, 2023; Lopera Echavarría, 2012).

Lopera Echavarría (2012) plantea que, en la actualidad, múltiples disciplinas -como la psicología, el psicoanálisis, la psiquiatría, la medicina, la pedagogía, la filosofía, la historia, la salud pública y la sociología médica- consideran la salud mental, tanto como concepto como experiencia individual y colectiva, un campo prioritario de estudio. Esto se debe, por una parte, a la creciente preocupación por el número de personas que presentan trastornos mentales, y, por otra, a las preguntas que persisten sobre el propio concepto de salud mental.

4.2. La salud mental. Enfoques para su comprensión

A lo largo del siglo XX surgieron diversas corrientes de pensamiento sobre la salud mental, impulsadas principalmente desde la filosofía y caracterizadas con enfoques contrastantes, lo que hace visible la necesidad de profundizar en la comprensión de este concepto (Mebarak et al., 2009). Restrepo y Jaramillo (2012) analizan diversas concepciones de la salud mental y señalan que, en el campo de la salud pública, la salud mental ha sido un concepto ampliamente abordado, cuya definición se ha transformado en función del contexto histórico, influenciado por factores sociales, económicos y políticos. En este sentido, la concepción de salud y enfermedad se ajusta a las características y particularidades de cada época. El primer enfoque al que se refieren estos autores es el modelo biomédico, que surgió de la tradición biologicista y empírica de la medicina occidental. Esta perspectiva tiene dos rasgos esenciales: por un lado, la comprensión de fenómenos mentales como procesos de naturaleza biológica, por el otro, y “la ausencia de enfermedad como criterio de normalidad” (p. 203), por lo que aspectos como la personalidad, el comportamiento, las emociones y los pensamientos están estrictamente reducidos a causas físicas; incluso, se llegó a pensar que la enfermedad es un elemento clave de la salud mental. En esta concepción de la salud

mental, se califica como “normal” a toda persona que no presente un trastorno o que no haya sido etiquetada como tal (Restrepo y Jaramillo, 2012).

Para estos autores, el segundo enfoque es el comportamental, el cual promueve una psicología centrada en los estímulos y las respuestas, la formación e integración de hábitos y otros procesos asociados. De modo que la conciencia, la mente o el alma dejaron de ser el objeto de estudio, para dar paso a la conducta observable, explicada a través de los mecanismos del aprendizaje, particularmente del condicionamiento clásico y el operante. Un principio esencial de esta concepción es el ambientalismo, al considerar que los estímulos del entorno determinan en gran medida la explicación y modificación del comportamiento. Se sostiene que la conducta puede moldearse si se comprenden las leyes que la rigen y se modifican las condiciones ambientales que la influyen. Desde esta visión, el término de salud mental resulta paradójico porque se rechazan los conceptos de mente y conciencia, lo que llevó a que se redefiniera como “salud comportamental”.

Así, siguiendo a los autores, la salud comportamental se definió en términos de hábitos y conductas adaptativas adquiridas de los procesos de aprendizaje, que permiten al individuo ajustarse a los patrones de comportamiento esperados a un contexto específico. Las enfermedades “mentales” son entendidas como alteraciones o desajustes en los hábitos adquiridos, manifestándose en respuestas inadecuadas o socialmente inaceptables. Desde este mismo enfoque surgió una segunda concepción: la cognitiva, en la que se restituían las dimensiones mentales en la comprensión del comportamiento. Desde este enfoque, lo mental se entiende en función de estructuras y procesos cognitivos no observables que influyen en la manera en que las personas piensan, sienten y actúan. Así, la normalidad se define como la capacidad del individuo para adaptar su comportamiento y pensamiento a modelos considerados universales.

La última perspectiva presentada por Restrepo y Jaramillo (2012) corresponde al enfoque socioeconómico, la cual surgió como resultado de factores sociales, durante las décadas de 1970 y 1980, con el interés por analizar las estructuras y modelos sociales que posibilitaran el bienestar de las personas. Esta postura introduce críticas al centramiento en la enfermedad en lugar de promover la salud, y destaca la responsabilidad de los gobiernos en garantizar la salud de los pueblos, no solo mediante la atención sanitaria, sino también a través de acciones sociales y políticas públicas que inciden en las condiciones de vida, por lo que la salud mental es entendida como el resultado de la

interacción entre los individuos y las estructuras socioeconómicas, el entorno material y la vida social.

La concepción de salud mental desde el enfoque socioeconómico establece cinco críticas fundamentales: “crítica a la normalización, crítica a la medicalización, crítica al individualismo, crítica al modelo económico capitalista y crítica a la centralidad de las intervenciones focalizadas en la noción de estilo de vida” (Restrepo y Jaramillo, 2012, p. 206). Desde esta lógica, se cuestiona el concepto de “estilo de vida” al evidenciar que las decisiones relacionadas con la salud no dependían únicamente de la voluntad individual, sino de las condiciones materiales y de los recursos sociales disponibles. En este sentido, se incorpora el concepto de “modo de vida” como un factor determinante en los procesos de salud y enfermedad. Además, este modelo cuestiona la tendencia individualista que reduce los problemas sociales a enfermedades mentales o trastornos del comportamiento. Desde esta concepción, la salud y la enfermedad se entienden como fenómenos determinados por factores históricos, económicos y sociales que estructuran las oportunidades de las personas para llevar una vida saludable. La salud mental, el sufrimiento psicológico y la anormalidad del comportamiento se comprenden no solo como manifestaciones del funcionamiento cerebral, sino también como expresiones de las leyes sociales que definen lo “normal” y lo “anormal”. Así, estos fenómenos pasaron a concebirse como el resultado de desigualdades y contradicciones inherentes a la organización social.

De acuerdo con Mebarak et al. (2009) el modelo biopsicosocial plantea que la salud mental resulta de la interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Este enfoque reconoce que los procesos internos -como las emociones, percepciones, cogniciones y conductas- se relacionan entre sí y con los sistemas neuroendocrino e inmunitario, lo que permite comprender tanto las respuestas psicológicas de afrontamiento como los aspectos biológicos que las acompañan.

Desde la psicología y, particularmente desde una perspectiva cognitivo-conductual, la salud mental se define como la capacidad de una persona para realizar las acciones necesarias que le permitan cumplir con sus objetivos y alinearlas a sus valores, sin que la presencia de emociones desagradables implique un obstáculo para alcanzar sus propósitos. También se relaciona con disponer de una red social: familia, amigos, pareja, compañeros de trabajo o de intereses sociales (Keegan, 2012). Respecto a esto, Mebarak et al. (2009) afirman que la familia desempeña un papel fundamental como reguladora de la armonía social, al influir en el desarrollo y el comportamiento

de sus miembros. En este sentido, constituye una fuente esencial de factores de protección o de riesgos, y se torna en el principal agente socializador tanto de niños como de adultos.

Keegan (2012) sostiene que la manera en que una persona afronta el sufrimiento es lo que marca la diferencia en la salud mental. Desde esta lógica, gran parte del sufrimiento humano se deriva de procesos psicológicos que son habituales. Un aspecto relevante dentro de esta propuesta es que contar con una red de apoyo social adecuada, así como con las necesidades resueltas durante la infancia, son factores clave que influyen significativamente en la salud mental de un adulto: el cuidado, el afecto, los derechos a la identidad y a la autonomía. En términos cognitivos, la salud mental se relaciona con la capacidad de adaptación y la flexibilidad cognitiva. Así, Keegan (2012), siguiendo a Beck (1963), señaló que los patrones cognitivos problemáticos se caracterizan por su rigidez, idiosincrasia y disfuncionalidad.

Desde la sociología también se han aportado comprensiones relevantes sobre la salud mental. Mendoza (2009) destacó la contribución de Durkheim (1858-1917), quien planteó que los rápidos cambios sociales del mundo moderno alteran los estilos de vida, la moral y las creencias colectivas, generando un estado de desregulación social que denominó *anomia*, condición caracterizada por la pérdida de sentido y propósito. Señaló que los factores sociales influyen en la conducta suicida y la anomia sería uno de estos factores. Así, esta teoría guarda relación con la salud mental y con el ámbito social. Así también, Sánchez (2002) refiere una correlación entre la sociedad y la salud mental, reconociendo que las estructuras sociales están vinculadas a distintas formas de deterioro psicológico; de este modo, las personas con condiciones socioeconómicas menos favorables presentan mayor vulnerabilidad. Estos planteamientos se asocian con el enfoque socioeconómico mencionado anteriormente, ya que reconoce que las diferencias sociales y económicas influyen en la salud mental de los individuos dentro de una sociedad. Desde ambas perspectivas surge el interés por comprender factores más allá de los biológicos o individuales, orientando la mirada hacia el conjunto de condiciones estructurales que determinan e influyen en la salud mental.

En este sentido, Mendoza (2009) destaca que la salud mental debe entenderse desde un enfoque integral y funcional del bienestar psicológico, no limitada a la ausencia de los trastornos mentales, sino centrada en la capacidad de las personas para desenvolverse de manera eficaz en distintivos ámbitos de la vida. No obstante, esta definición plantea dos caras complementarias: mantener una buena salud mental depende necesariamente de la interacción y el equilibrio de

factores sociales, culturales, económicos, y, a su vez, los cambios socioculturales, como los analizados por Durkheim, influyen en el desarrollo y curso de los trastornos mentales.

Dentro de estas perspectivas cabe mencionar los planteamientos de Novoa-Gómez (2012), quien alude a que el compromiso con la salud mental en Colombia ha sido limitado y poco sostenido a lo largo de distintos gobiernos. Las políticas públicas muestran una débil inversión económica y una escasa orientación hacia la equidad y la sostenibilidad del sistema. En consecuencia, la atención en salud mental se mantiene cercana al ámbito privado y exclusivo, más que al dominio de lo público e incluyente. Para esta autora, los factores que inciden en la situación no se limitan a las características del problema que presenta la persona, sino que también incluyen elementos como la accesibilidad a los servicios, la coordinación intersectorial e interinstitucional, la relación entre el profesional de la salud, el paciente y el cuidador informal, así como las políticas propias de cada institución prestadora de servicios de salud.

Además, el proceso de detección y remisión de casos desde la atención primaria resulta complejo, ya que, en muchos, es realizado por personal médico o de enfermería sin formación especializada en el área. Para Novoa-Gómez (2012) las relaciones entre la salud mental y la salud pública han sido marginales, tanto en la formulación de políticas como en la práctica profesional. Esto genera un sistema caracterizado por la ineficiencia, la confusión y la falta de calidad en la atención. A su vez, la tendencia a la medicalización y la alta prescripción psicofarmacológica refleja la influencia de intereses económicos en la configuración de los servicios, lo que deriva en una atención centrada en el individuo y en el síntoma antes que en las causas estructurales de los problemas de salud mental. En este contexto, la autora destaca que la salud y la enfermedad deben entenderse como procesos vinculados a factores culturales, sociales, económicos y políticos y no únicamente como condiciones biológicas individuales. Sin embargo, el sistema de salud colombiano mantiene un enfoque centrado en la responsabilidad personal, lo que individualiza las inequidades de género, clase, etnia y territorio.

Así, la autora plantea que la persistencia de un enfoque de riesgo que asocia la salud mental con la pobreza o la violencia, sin intervenir las condiciones estructurales que la generan, aleja al sistema del propósito transformador de la salud pública. En su lugar, propone una comprensión psicosocial del daño, entendiendo que las consecuencias psicológicas y relacionales no pueden reducirse a lo patológico o lo cerebral, sino que expresan a un daño social más amplio.

4.3. Salud mental y derechos humanos

La OMS enfatiza la necesidad de abordar la salud mental desde un enfoque basado en derechos, aunque el reconocimiento de la salud mental como un derecho fundamental ha sido un proceso arduo dentro de las políticas sanitarias globales (Ortiz, 2023). Esta necesidad se basa en la comprensión de la salud mental como algo que no depende únicamente de factores individuales, sino que se encuentra condicionado por un conjunto de determinantes sociales y estructurales que configuran el bienestar psicológico de las personas. Según la OMS (2013), además de las capacidades personales para regular emociones, pensamientos y conductas, intervienen de manera significativa factores contextuales como las condiciones económicas, las dinámicas culturales, las políticas públicas, los entornos laborales, los niveles de protección social y el apoyo disponible en la comunidad.

En este sentido, para Agüero y Correa (2018) la salud mental constituye una construcción singular, desplazando el foco de la patología hacia un marco normativo de bienestar asociado a las experiencias cotidianas, y funciona como un mecanismo estructurante dentro del contexto sociocultural. En esta vía, los autores destacan que “la relación entre salud mental y ciudadanía ha sido abordada principalmente desde la cuestión de los derechos de las personas que participan de los servicios de salud mental” (p. 41). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 2000) señaló como uno de los pilares fundamentales “el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (p. 1), esencial para garantizar a las personas la oportunidad del disfrute de una vida digna, en igualdad de condiciones. Sin embargo, la aplicación de estos elementos depende de las condiciones específicas que prevalecen en cada país. Este derecho se compone de cuatro elementos claves e interconectados:

- 1) Disponibilidad: que alude a que cada país debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas adaptados a su nivel de desarrollo.
- 2) Accesibilidad, referida a que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna. Este acceso implica no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información.
- 3) Aceptabilidad, asociada a que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.

- 4) Calidad, pues los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, lo que implica un personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario.

En Colombia, el INS (2019) identifica que uno de los factores más importantes para el acceso a los servicios de salud es la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), seguido por el nivel educativo y la condición de aseguramiento. El régimen contributivo hace parte del conjunto normativo que regula el ingreso de personas y familiares a SGSSS, mediante el pago de cotizaciones, y está destinado a quienes poseen capacidad de pago, como trabajadores formales, independientes, pensionados y sus núcleos familiares. En cuanto al régimen subsidiado, la Ley 100 de 1993 (Congreso de Colombia, 1993), estableció que este está destinado a las personas que no cuentan con los recursos suficientes para cubrir el costo de la cotización al sistema de salud, impidiéndoles acceder al régimen contributivo. En este sentido, las personas clasificadas como pobres o vulnerables, según el sistema de potenciales beneficiarios de programas sociales (SISBEN) pueden recibir un subsidio completo por parte del Estado, sin la necesidad de realizar aportes económicos. De acuerdo con Así Vamos en Salud (2024), entre 2018 y 2022 la cobertura de afiliación al sistema de salud en Colombia se mantuvo por encima del 95% a nivel nacional, y para septiembre de 2024 alcanzó el 98,5%, lo que representó una leve disminución respecto a las cifras registradas en diciembre 2022.

Para el Ministerio de Salud colombiano (2018), los derechos y el desarrollo humano comparten una visión común: garantizar la libertad, el bienestar y la dignidad de cada ser humano. En este marco, la Política Nacional de Salud Mental (2018) en Colombia se sustentó en una serie de principios orientadores que reflejan el compromiso del Estado con un enfoque integral, inclusivo y basado en derechos:

- a) La salud mental como componente de derecho, como elemento esencial del más alto nivel posible de salud.
- b) Abordaje intercultural de la salud, que, de acuerdo con la Ley 1751 de 2015, promueve el respeto por la diversidad cultural integrando prácticas, saberes y medios tradicionales.
- c) Participación social, pues la comunidad debe participar activamente en las decisiones relacionadas con la salud.
- d) Política pública basada en la evidencia científica rigurosa, garantizando su efectividad y adecuación a las necesidades sociales.

Esta política se constituye en un marco normativo que buscó garantizar la salud mental de la población, en un contexto en el que, como lo expresan Rojas-Bernal et al. (2018), “la salud mental ha sido la cenicienta en las políticas públicas en el país” (p. 131), lo que refleja una falta de prioridad y recursos para su atención afectiva, así como un desajuste entre las normativas y su ejecución real. Estos autores mencionan que, con relación a la prevención y promoción, el impacto es escaso, ya que los lineamientos son muy generales, así como poco coherentes con las necesidades del territorio e incluso desarticuladas a nivel gubernamental y poco conocidas a nivel comunitario. En los últimos años, se dieron algunos avances en el establecimiento de un marco normativo que respalda este componente esencial del bienestar. Una de estas normativas es la Ley 1122 de 2007, cuyo propósito consistió en la:

Dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud (Congreso de la República, 2007, p. 1).

Igualmente, la Ley 1616 de 2013 representó un avance significativo, pues estuvo orientada a la promoción y prevención en salud mental, impulsó la integración de la atención e incentivó un enfoque que involucra a diferentes actores sociales. Esta ley estableció como objetivo:

Garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (Colombia. Congreso de la República, 2013, p. 1).

Así mismo, la Resolución 4886 de 2018 se fundamenta en una comprensión de la salud mental y el bienestar, tanto a nivel individual como colectivo. Desde esta perspectiva, enfatiza la necesidad de orientar las acciones en salud mental incorporando dimensiones sociales, comunitarias e intersectoriales. Esta resolución señala que:

Los ejes de política orientan estratégicamente las acciones sectoriales, intersectoriales, sociales y comunitarias que garantizan el ejercicio pleno de la salud mental como parte integral del derecho a la salud de la población que reside en el territorio colombiano con enfoque de atención primaria en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, p. 25).

4.4. La disponibilidad y la accesibilidad de los servicios de salud y de salud mental

El derecho a la salud incluye varios elementos esenciales, entre ellos la disponibilidad, entendida como la existencia de recursos materiales y profesionales suficientes para garantizar infraestructura, equipamiento, insumos e información acorde con las necesidades de la población (Tanahashi, citado en Hirmas, 2013). El acceso está condicionado tanto por las particularidades del sistema sanitario como por las habilidades, recursos y conocimientos de las personas para identificar sus necesidades de salud y tomar acciones para atenderlas. De acuerdo con Andersen y Aday (como se citó en Hirmas et al., 2013) el acceso a los servicios de salud está condicionado por las políticas de salud, las características del sistema de atención y de la población de riesgo, así como por los patrones de uso y la experiencia de satisfacción de los usuarios. Por otra parte, los autores señalan que el acceso depende de cuatro dimensiones: factores contextuales -relacionados con el sistema de salud, la familia y la comunidad-, características individuales, conducta en salud, y resultados. Las dimensiones contextuales e individuales moldean las conductas de salud y los resultados del acceso, generando un proceso de retroalimentación entre todas las dimensiones.

Para Vértiz et al. (2024) la disponibilidad se refiere a la necesidad de asegurar una cantidad adecuada de servicios, infraestructuras y mecanismos que permitan hacer efectivo el derecho a la salud para toda la población. Esto incluye contar con suficientes centros de atención, programas y recursos públicos de salud que garanticen la cobertura de las necesidades colectivas. De acuerdo con Hirmas et al. (2013), el modelo de Tanahashi identificó cinco fases fundamentales para lograr la cobertura. La primera, disponibilidad, se refiere a garantizar la suficiencia de servicios, instalaciones, procedimientos y personal. La segunda, accesibilidad, incluye factores físicos, organizativos y económicos que facilitan el acceso a la atención. La tercera, aceptabilidad, que depende de la percepción de los servicios por parte de las personas, influida por aspectos culturales,

sociales, religioso, y la calidad de la atención. La cuarta fase es el contacto con el servicio, relacionada con la continuidad de la atención y la capacidad del sistema para adaptarse a las necesidades del usuario. Finalmente, la cobertura efectiva representa el resultado del proceso, cuando se han satisfecho todos los elementos anteriores.

Para Comes et al. (2007), la accesibilidad es entendida como la capacidad de los servicios de salud para acercarse a la población, abordándose principalmente desde una perspectiva centrada en la oferta. Bajo este enfoque, mejorar la accesibilidad implica eliminar las barreras existentes del lado institucional; sin embargo, esta mirada también requiere reconocer las formas de vida, prácticas de salud, representaciones y discursos de la población como elementos fundamentales al momento de diseñar estrategias que faciliten el acceso. En este sentido, la accesibilidad se transforma en una relación dinámica en la que tanto los usuarios como los servicios tienen un papel activo en el contacto y la utilización efectiva de la atención. Siguiendo a estos autores, la accesibilidad alude al vínculo entre los sistemas de salud y la población, lo cual exige analizar no solo las condiciones institucionales o los discursos del sistema, sino también las realidades sociales y culturales de quienes buscan atención, ya que estas determinan su manera particular de relacionarse con los servicios disponibles.

Según Vértiz et al. (2024), la accesibilidad de los servicios de salud se analiza desde varias dimensiones, destacando la física, económica, informativa y organizacional. La accesibilidad física está determinada por factores como la distancia al centro de salud, la conectividad vial, la disponibilidad de transporte y el tiempo requerido para acceder al servicio. En cuanto a la accesibilidad financiera, alude no solo al costo directo del servicio, sino también a los gastos asociados como el transporte, desembolso del dinero propio y la posible pérdida de ingresos laborales por acudir a una cita médica. La accesibilidad organizacional o administrativa involucra las exigencias burocráticas para acceder a la atención, así como las condiciones de citas y horarios disponibles. Estas dimensiones, relacionadas con las fases del acceso descritas en el modelo de cobertura de Tanahashi (citado por Hirmas et al., 2013), permiten identificar las barreras que limitaron la utilización efectiva de los servicios, desde la disponibilidad hasta la prestación oportuna y equitativa de la atención.

De manera coherente con estos planteamientos, en Colombia la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Congreso de la República, 2015) establece el derecho fundamental la salud como un derecho autónomo e irrenunciable, tanto en lo individual como en lo colectivo, cuyo goce efectivo

comprende el acceso oportuno, eficaz y calidad a los servicios de salud. Desde este marco, el acceso es entendido no solo como la posibilidad de utilización de los servicios, sino como garantía integral sustentada en condiciones estructurales, institucionales y relacionales que permiten la preservación, promoción y mejoramiento de la salud. En este sentido, la ley define una serie de elementos esenciales e interrelacionados del derecho fundamental a la salud, entre los cuales están los siguientes: primero, la disponibilidad se refiere a la obligación del Estado de garantizar la existencia efectiva de servicios, tecnologías e institucionales de salud, así como de programas y profesionales competentes; esta serie de condiciones determinan la capacidad real del sistema para responder a las necesidades en salud y salud mental de la población.

Segundo, la aceptabilidad, que alude a las condiciones éticas, culturales y relacionales bajo las cuales los servicios son prestados. Esta dimensión implica el respeto por la ética médica y por la diversidad cultural de las personas, incluidos los pueblos, comunidades y minorías étnicas por lo que permite reconocer aspectos socioculturales y visiones en tono a la salud. Asimismo, contempla la participación de los usuarios en las decisiones del sistema de salud que les afectan, y la respuesta a las necesidades de atención de la población. En tercer lugar, la accesibilidad, concebida como la condición que asegura que los servicios y tecnologías de salud estén disponibles para todas las personas en condiciones de igualdad, respetando las especificidades de los grupos en situaciones de vulnerabilidad y la diversidad cultural.

Esto incluye la ausencia de discriminación, la posibilidad de acceso físico a los servicios, la asequibilidad económica y el acceso oportuno a la información. Finalmente, en cuarto lugar, la calidad e idoneidad profesional son definidas como elementos orientados a garantizar una atención centrada en el usuario, clínicamente apropiada y técnicamente adecuada, acorde con los estándares aceptados por las comunidades científicas. Para ello, la Ley 1751 (Congreso de la República, 2015) destaca la necesidad de contar con personal de salud competente, fortalecido mediante procesos de educación continua e investigación científica, así como un mecanismo de evaluación permanente de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidas.

De manera complementaria, esta ley reconoce que el goce efectivo del derecho a la salud está condicionado por los determinantes sociales de la salud, frente a los cuales el Estado asume el deber de adoptar políticas orientadas a la reducción de las desigualdades y al logro de la equidad en salud. Bajo este enfoque, la prestación de servicios es concebida desde una perspectiva integral,

articulando acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación y paliación en coherencia con los principios de integralidad e interculturalidad establecidos en la norma.

De acuerdo con González et al. (2016), el acceso a la salud mental se entiende como “el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento se satisfaga completamente” (p. 94). Este acceso debe garantizarse a todas las personas e implica cuatro dimensiones interconectadas: la ausencia de discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso efectivo a la información. El acceso puede evaluarse, según estos autores, con base en indicadores asociados a la utilización efectiva de los servicios, condicionada por la estructura del sistema de salud, la organización de los servicios, su financiamiento y las necesidades específicas de atención.

En Colombia, la información sobre el estado de la salud mental de la población es escasa, y lo es aún más aquella relacionada con el acceso a los servicios de atención. González et al. (2016) señalan que garantizar un acceso adecuado a los servicios de salud mental implica no solo contar con la infraestructura necesaria, sino también disponer de espacios y servicios que reduzcan las distintas barreras. Estas pueden ir desde el temor a solicitar atención debido al estigma asociado a los trastornos mentales, hasta dificultades relacionadas con la adherencia a los tratamientos y al seguimiento continuo requerido para un tratamiento oportuno de estas afecciones.

4.5. La calidad en los servicios de salud

La calidad en los servicios de salud se define como “el grado en que los servicios de salud satisfacen las necesidades, las expectativas y los estándares de atención de la persona, sus familias y otros beneficiarios de la atención” (Sánchez et al., 2020, p.48). Dentro de la salud mental, la calidad en los servicios está dirigida a mejorar la efectividad de la práctica asistencial e incluir la experiencia de los pacientes con los tratamientos, minimizar el riesgo en la asistencia y mejorar la seguridad entre pacientes y profesionales.

Los factores fundamentales de la calidad de la atención en salud mental incluyen la percepción de la persona sobre la atención recibida, los resultados del tratamiento, la actitud del personal, el ambiente de los servicios hospitalarios y la organización del servicio de salud mental (Sánchez et al., 2020). En lo que respecta a la calidad, la OMS (2020) destaca aspectos éticos como

la eficacia, al utilizar servicios basados en evidencia científica; la seguridad, al prevenir el daño a las personas que reciben la atención en salud; la centralidad en las personas y en sus necesidades; la oportunidad, que implica reducir los tiempos de espera y brindar una atención oportuna; la equidad, referida a proporcionar a la población la misma calidad en la atención; la integración, para lograr continuidad y coordinación entre los diversos niveles de atención; y la eficiencia, relacionada con aprovechar al máximo los recursos disponibles.

Además, la calidad no se concibe como un elemento estático, sino que debe ser monitoreada y fortalecida constantemente; asegurando que los cuidados ofrecidos respondan a las expectativas y necesidades reales de quienes los utilizaban. De acuerdo con la OPS (2020), la calidad en la atención en salud constituye un pilar esencial del derecho universal a la salud. La baja calidad en la atención no solo repercute negativamente en los resultados en salud, sino que también debilita la confianza de la población hacia estos servicios.

4.6. Barreras para el acceso a los servicios de salud mental

En relación con las brechas en salud mental en el ámbito público a nivel mundial, la OPS (2023) menciona múltiples desafíos. Uno de los aspectos más críticos es la brecha informativa que evidencia las limitaciones de muchos países para recopilar, reportar, monitorear datos precisos y actualizados sobre la salud mental, incluyendo información sobre políticas, legislación, personal y servicios disponibles. De acuerdo con este organismo, dicha deficiencia también se extiende al campo investigativo, donde se observa un desequilibrio significativo: solo el 4,6% de los estudios en salud a nivel mundial se centran en salud mental, lo que dificulta la elaboración de estrategias pertinentes y adaptadas a cada contexto. Esto se relaciona con las políticas, planes y leyes existentes, que resultan insuficientes o inadecuadas, desarticuladas, con financiamiento limitado y evaluación inefectiva.

Como consecuencia, este organismo señala que la falta de personal y financiamiento representa otro obstáculo significativo. Muchos países carecen del personal capacitado necesario para brindar atención en salud mental, incluyendo enfermeros especializados, trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos y consejeros. A esto se suma una baja inversión en los recursos: mientras que algunos países de altos ingresos destinan hasta un 10% de sus presupuestos sanitarios a la salud mental, el promedio mundial apenas alcanza el 2% y, en países de bajos y medios ingresos, esta

cifra se reduce al 1%. Así, la OPS (2023) resalta la limitada cobertura del tratamiento, baja variedad y calidad de los servicios de salud mental disponibles en el mundo. En numerosos países, especialmente aquellos con ingresos bajos, las intervenciones psicosociales son escasamente ofrecidas desde los niveles primarios de atención, lo cual limita una detección oportuna y una atención integral de los trastornos mentales. Los investigadores señalan que las personas que enfrentan problemas de salud mental no acceden a ningún tipo de tratamiento ni reciben atención formal. Esta situación evidencia una fuerte desconexión entre la demanda de servicios y la capacidad del sistema para responder adecuadamente.

Por otro lado, en el contexto latinoamericano, Acuña y Bolis (2005) mencionan que la estigmatización asociada a los trastornos de salud mental genera condiciones adversas que traen consecuencias y formas de exclusión dentro del ámbito sanitario. No obstante, este fenómeno es escasamente abordado desde la perspectiva de los sistemas de salud. La exclusión en salud se comprende como la falta de acceso de ciertos grupos sociales a bienes, servicios y oportunidades esenciales para preservar o mejorar su salud, los cuales sí están disponibles para otros sectores de la población. La estigmatización, por su parte, se manifiesta como un proceso social o experiencia individual marcada por el rechazo, la marginación y la desvalorización, generando una percepción social negativa hacia ciertas personas o colectivos. La baja prioridad otorgada a la problemática de salud mental se refleja en la escasa asignación de recursos y en el limitado lugar que ocupa dentro de los planes y programas de salud, los cuales no la incorporan al mismo nivel que otras enfermedades.

Acuña y Bolis (2005) identifican dos causas principales de exclusión en salud en América Latina y el Caribe: externas al sistema, relacionadas con desigualdades estructurales como pobreza, ubicación geográfica, barreras culturales y deficiencias en infraestructura; e internas al sistema, vinculadas con la distribución desigual de recursos y la cobertura efectiva, lo que ocurre en la práctica al acceder a los servicios mental. Este hecho resulta especialmente relevante por dos razones, en primer lugar, porque la estigmatización limita el acceso equitativo a los servicios de salud y, en segundo lugar, porque implica una pérdida de integración social, por lo que se convierte en un eje central del fenómeno de exclusión social. Las personas con problemas de salud mental pueden enfrentar diversas formas de exclusión asociadas a sus condiciones económicas, culturales, étnicas, de género, geográficas, laborales. A esto se suma una exclusión derivada de la propia naturaleza de sus dificultades de salud mental, la cual desvaloriza su posición social.

Particularmente dentro del contexto colombiano, Campo-Arias et al. (2014) explican que los conceptos de estigma, estereotipo, prejuicio y discriminación están estrechamente relacionados, teniendo un papel fundamental dentro de la psicología social y comunitaria, así como en la salud mental de diversos grupos sociales. El estigma se manifiesta como una marca social negativa que se asigna a las personas con síntomas relacionados con trastornos mentales, clasificándolas de manera generaliza y reduccionista. Esto, según los autores, genera valoraciones simplificadas que definen a un grupo por una sola característica y, cuando esas valoraciones son negativas, generan juicios negativos y actitudes desfavorables que desacreditan a quienes padecen de algún trastorno mental, condicionando sus relaciones en sociedad.

En de este contexto, estos autores entienden las barreras de acceso como cualquier condición que limita el aprovechamiento de los servicios y beneficios del sistema de salud, lo que se manifiesta en un uso insuficiente de estos servicios. Estas barreras se clasifican en varias categorías: geográficas, relacionadas con la distancia entre los usuarios y los centros de atención; financieras, vinculadas a los costos que debe asumir el paciente; administrativas, derivadas de procesos burocráticos o impedimentos dentro del sistema de salud, y socioculturales, que hacen referencia a diferencias entre los valores y comportamientos de las comunidades usuarias y la cultura institucional de quienes prestan el servicio. En particular, el estigma percibido se considera una barrera sociocultural que obstaculiza el acceso a la atención en salud mental, negando a muchas personas, que cumplen con criterios diagnósticos, la posibilidad de recibir cuidados adecuados y coordinados. El estigma relacionado con la salud mental se mantiene en el tiempo a través del olvido y la negligencia institucional sistemática (Campos-Arias et al., 2014).

El encuentro entre el usuario y los servicios de salud mental se constituye como un espacio complejo, cargado de significados, experiencias y expectativas diversas. Según Valverde e Inchauspe (2017), las personas acuden a los servicios de salud mental por múltiples motivos. Dichos motivos evidencian que el sufrimiento mental forma parte de un aspecto vital que involucra la totalidad de la experiencia y el modo de estar en el mundo del otro. Desde esta perspectiva, se introduce el término de “acogida” del otro, el cual se convierte en el primer acto clínico y ético. Estos autores sostienen que acoger implica reconocer al otro y abrir un espacio sensible donde puede darse un encuentro auténtico para acoger a una persona que sufre -particularmente en el ámbito de la salud mental-, e implica ofrecer a un espacio seguro, proporcionar la confianza y mantener la apertura al diálogo para abordar las dificultades. Esta acogida no debe limitarse a una

comprensión cognitiva o técnica, sino que requiere una disposición ética basada en el respeto, la escucha y la apertura. El profesional, al recibir al usuario, establece un tipo de relación que depende tanto de su marco técnico como de su comprensión del sufrimiento humano. Por ello, “la acogida necesita dar espacio para reconocer al otro como distinto” (p. 534) y supone una relación en la que el “yo” se encuentra con el “otro” sin violentarlo ni ejercer poder sobre él.

Asimismo, fundamentar la relación en la seguridad, la confianza y la permanencia se configura como un elemento esencial en la experiencia del encuentro clínico. Los autores destacan que “vivir una situación con dificultades importantes significa sentirse vulnerable ante los otros” (Valverde e Inchauspe, 2017, p. 535), por lo cual el profesional debe ofrecer un entorno seguro donde la persona no se sienta dañada ni juzgada. Brindar seguridad significada, además, que el profesional demuestre compromiso activo con el bienestar del usuario, generando un espacio donde pueda experimentar estabilidad emocional y confianza.

La confianza, entendida como una disposición relacional, se basa en la creencia de que el otro no dañará, y respetará y valorará con delicadeza lo que se le comparte. Sin embargo, Potter (citado en Valverde e Inchauspe, 2017) reconoce que en los servicios de salud mental existen barreras que dificultan la implementación de esta actitud y método, y que fomentar la confianza requiere abordarla explícitamente dentro del espacio interacción, señalando que “las fronteras y barreras que inhiben la comprensión genuina y profunda del sufrimiento del otro no pueden considerarse buenas para una práctica epistémica y éticamente responsable” (p. 539).

En relación con lo anterior, González et al. (2016) identifican barreras adicionales que inciden negativamente en el acceso a los servicios de salud mental. Las dificultades actitudinales individuales como la indiferencia, el temor o el estigma asociado a las enfermedades mentales, se agravan por obstáculos de tipo geográfico, financiero y de desconocimiento sobre la oferta de atención disponible. La lejanía de los centros de atención, los largos tiempos de desplazamiento, la necesidad de cubrir gastos con recursos propios constituye barreras estructurales que profundizan las desigualdades en el acceso. En esta misma vía, los autores señalan que en las zonas rurales la distancia geográfica hacia los servicios y la escasez de personal capacitado en salud mental en los primeros niveles de atención dificultan el acceso, situación que se agravaba por los largos tiempo de desplazamiento, la limitada información sobre la oferta disponible y, en algunos casos, la necesidad de asumir los costos de atención con recursos propios, lo que representa una barrera económica adicional.

Marulanda y Arroyave (2019), manifiestan la necesidad de fortalecer las actitudes y prácticas para promover la seguridad y el bienestar del paciente. Además, la investigación resalta la importancia de basar el diagnóstico, tratamiento y prevención de trastornos mentales en evidencia científica. Los autores enfatizan en la necesidad de integrar la ciencia, la psicología y las políticas públicas para abordar de manera integral las alteraciones mentales, y destacan las inequidades y limitadas oportunidades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la Atención en Salud Mental Integral en Colombia.

De acuerdo con estos autores, existe una crisis en los servicios de atención a la salud mental y la necesidad urgente de reestructurar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la Atención en Salud Mental Integral. Sugieren que es crucial implementar un nuevo modelo biopolítico para resignificar los conceptos que rodean al ser humano, para evitar efectos negativos y mejorar las condiciones de vida del paciente. Este modelo debe abordar tanto aspectos positivos vinculados al autocuidado y a la salud, como aspectos negativos relacionados con la enfermedad. Además, la crisis en los servicios y cuidados de atención integral en salud mental hace necesaria una intervención basada en un enfoque integral que contemple los aspectos clínicos, sociales, culturales y económicos para mejorar el bienestar general y la calidad de vida de los individuos.

4.7. La experiencia vivida

Desde una perspectiva fenomenológica, la experiencia vivida representa un punto de partida y la base epistemológica fundamental para comprender el mundo humano tal como se presenta en la existencia cotidiana. Según Van Manen (2016), este concepto tiene un valor metodológico especial, ya que se refiere a las dimensiones originales y pre-reflexivas: la vida como la vivimos. La etimología del término inglés *experience* no incluye el significado “vivida”; se deriva del latín *experientia*, que significa “ensayo, prueba, experimento”. En cambio, en alemán la palabra proviene de *Erlebnis de leben*, vivir, que implica un “vivir a través de algo”, una forma activa y pasiva de existir dentro de la existencia. De este modo, la experiencia vivida abarca tanto lo ordinario como lo extraordinario, los momentos de rutina y de sorpresa, la monotonía y el éxtasis, así como los aspectos de las vivencias tal y como son experimentadas en la existencia humana.

Ramos-Gómez (2019) menciona que el lenguaje actúa como un vasto repertorio que nombra y da forma a las múltiples posibilidades de lo vivido por el ser humano. En el contexto de

las ciencias humanas, la experiencia vivida sigue siendo una noción metodológica clave, ya que permite captar de manera directa y concreta los significados cualitativos que emergen de la vida cotidiana de las personas. Es importante para el investigador reconocer que la vivencia resulta siempre más compleja, matizada y profundamente estratificada de lo que se cree. Filósofos como Gadamer señalan que, una vez que una vivencia se convierte en objeto, la verdad de su sentido vivido permanece, en gran medida, fuera de nuestro alcance. Por esta razón, la tarea fenomenológica no solo consiste en clarificar la experiencia, sino también en confrontar críticamente los supuestos, tradiciones, lenguajes, recuerdos y saberes previos que la atraviesan, con el propósito de comprender las realidades existenciales que constituyen la cotidianidad.

En este marco, autores como Edith Stein (citada por Ramos-Gómez, 2019) profundizan en la distinción entre dos formas de experiencia: *Erlebnis* y *Erfahrung*. La primera alude a la vivencia inmediata, es decir, a la impresión o percepción que se presenta en la forma directa en el fluir de la vida, incluso cuando ocurre en el plano psíquico. La segunda apunta a una vivencia particular: la experiencia que se tiene del proceso mismo de expresar lo vivido. La autora distingue entre dos tipos de vivencias: originarias y no originarias. Las vivencias originarias son aquellas en las que el yo experimenta algo de forma directa y actual, mientras que las no originarias son aquellas que traen a la presencia algo ausente, como ocurre en el recuerdo, la expectativa, la fantasía o la empatía. Además, distingue entre vivencias puras (*reines Erlebnis*) y vivencias psíquicas (*Erlebnis der Psyche*), señalando que pueden manifestarse como individuales (*Einzelerlebnisse*) o compartidas colectivamente (*Gemeinschaftserlebnisse*). Lo anterior permite afirmar que la fenomenología otorga al lenguaje un papel central. No se trata de analizar la lengua como un sistema estructurado, sino de reflexionar sobre el modo en que la expresión misma se pone a prueba en el acto de hablar.

A lo largo de este recorrido teórico es posible reconocer la relevancia de la experiencia como punto fundamental para comprender los fenómenos humanos desde una mirada fenomenológica. Esta perspectiva se presenta como una vía adecuada para explorar las dimensiones íntimas y subjetivas de los sujetos, lo que ofrece una base sólida para analizar fenómenos que afectan directamente a las personas y justifica la necesidad de investigar los sentidos cualitativos de sus experiencias, reconociendo que estas son complejas y profundamente significativas. Siguiendo estas consideraciones, la fenomenología resulta pertinente para aproximarse a las experiencias del acceso a los servicios de salud mental de los participantes de este estudio.

5. Metodología

5.1. Tipo de investigación

Para este estudio, el enfoque comprensivo es el más adecuado dado el interés en describir y entender las experiencias de los participantes respecto a las barreras y facilitadores en el acceso a los servicios de salud mental. Según Van Manen (2016) este paradigma busca abarcar una variedad de métodos y técnicas interpretativas, cuyo propósito es analizar, describir, traducir y sintetizar el significado de eventos o problemáticas que ocurren de una manera, más o menos, natural. Además, para Hernández et al. (2014) el enfoque cualitativo resulta pertinente cuando el tema de estudio ha sido poco explorado o no se ha investigado previamente. Para este caso, la naturaleza de la investigación justificó la elección por el enfoque comprensivo, denominado por otros autores como cualitativo.

De acuerdo con Galeano (2004) la investigación cualitativa se caracteriza por ser un enfoque multimodo, es decir, los procesos investigativos son concebidos como dinámicos y no lineales, de naturaleza interpretativa y naturalista, en los cuales se estudia a las personas dentro de sus contextos cotidianos. Su propósito es comprender el fenómeno investigado desde el significado que este tiene para quienes lo experimentan, lo que permite así una aproximación más directa y profunda al objeto de análisis. En una primera etapa, la exploración permite un acercamiento inicial al fenómeno de estudio, cuando aún el problema no está claramente definido y se cuenta con datos dispersos basados en intuición y percepciones. A medida que avanza el proceso, esta información comienza a cobrar sentido, lo que posibilita delimitar con mayor precisión el problema, establecer conexiones con el contexto y organizar, clarificar y jerarquizar la información. Posteriormente, mediante un distanciamiento crítico, es posible reconfigurar el sentido de la experiencia social vivida e interpretarla, elaborando nuevas categorías y comprensiones teóricas.

Flick (2007) señala que la investigación cualitativa se fue considerando progresivamente dentro de las ciencias sociales y la psicología debido a su interés por comprender las perspectivas subjetivas de los individuos. Este enfoque se desarrolló principalmente dentro del marco de las teorías subjetivas (Flick, 1993; Groeben, 1990), las cuales parten de las premisas de que tanto las personas en su vida cotidiana como los científicos construyen teorías personales sobre el funcionamiento del mundo y sobre sus propias acciones. En este mismo sentido, Sandoval (1996)

plantea que esta metodología comprende una amplia variedad de formas de abordar y comprender las realidades humanas, concibiendo el conocimiento desde una perspectiva constructivista y dialógica. De acuerdo con Galeano (2004), este tipo de investigaciones resultan valiosas como estrategia para introducirse en un entorno específico, conocer a los actores implicados y comprender las situaciones particulares antes de avanzar formalmente hacia procesos más estructurados como el muestreo o la aplicación de instrumentos de medición. Además, suelen asociarse con la utilización de técnicas de recolección de información como la entrevista, el grupo focal o el grupo de discusión.

La autora menciona que la investigación social cualitativa comprende la realidad como una construcción histórica influida por las experiencias y sentidos de quienes la viven, enfatizando su diversidad y particularidad. Esta perspectiva, rescata el valor de lo subjetivo, lo vivencial y la interacción entre los sujetos, profundamente influenciada por los valores, percepciones y significados de los participantes involucrados en el proceso investigativo. Por esta razón, se trata de una inmersión intersubjetiva en la realidad estudiada a través de la cual se logra entender su lógica interna y su racionalidad (Galeano, 2004).

5.2. Método de investigación

El método fenomenológico-hermenéutico se consideró como el ideal para esta investigación. Hernández et al. (2014) expresan, sobre este método, que su fin es explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con relación a un fenómeno y descubrir sus elementos en común. Para Castillo (2020) la fenomenología es tanto una corriente filosófica como un método de investigación. Aunque el término genera confusión entre investigadores cualitativos, su significado etimológico remite al estudio de los fenómenos.

Desde una perspectiva filosófica, Castillo (2020) retoma la mirada de Heidegger (1997) y define la fenomenología como el acto de hacer visible lo que se manifiesta por sí mismo permitiendo que se muestre tal cual es. Así mismo, para Van Manen (2016) la fenomenología se ocupa de aquello que se presenta como una experiencia vivida, es decir, lo que se produce en la experiencia previa a cualquier interpretación o juicio. Esta experiencia vivida no se refiere al conocimiento acumulado a lo largo del tiempo o al hecho de experimentar, sino a lo que se revela directamente en el transcurrir de nuestra existencia cotidiana. Para el autor, la fenomenología

hermenéutica constituye un método de reflexión orientado a explorar las estructuras fundamentales de la experiencia vivida en la existencia humana. En términos de método, alude a una actitud o disposición particular adoptada para aproximarse a un fenómeno, para acceder al modo tal como se vivió de manera pre-reflexiva, lo que corresponde a la experiencia cotidiana y ordinaria en la que las personas existen y a través de la cual se relacionan con el mundo antes de cualquier interpretación o análisis posterior.

Según De Los Reyes et al. (2019), la fenomenología sitúa la subjetividad en el centro y valora las compresiones que surgen de la propia vivencia de los sujetos. Considera el mundo como una realidad previamente estructurada, que configura las experiencias humanas y es transformado por ellas. En este sentido, se entiende como un método orientado a explorar la esencia de los fenómenos desde la experiencia subjetiva, con aplicación en diversas ciencias. Retomando a Van Manen (2016), antes de solicitar a otros que describan un fenómeno es fundamental que el propio investigador realice una primera aproximación descriptiva, con el fin de aclarar aquello que busca investigar. Con base en esto, se propone redactar una vivencia personal (anécdota), procedimiento que se conoce como texto fenomenológico y su propósito consiste en elaborar una representación escrita que evoque y dé cuenta de las acciones, comportamientos y vivencias de las personas, tal como estas se manifiestan en su vida cotidiana o mundo vivido.

En este contexto, Salgado (2007) plantea que el investigador debe situar las experiencias considerando su dimensión temporal (el momento en que ocurrieron), espacial (el lugar donde se desarrollaron), corporal (quienes las vivieron físicamente) y relacional (los vínculos establecidos durante dichas experiencias). Desde el enfoque fenomenológico, el diseño narrativo cobra relevancia como una vía para explorar las vivencias subjetivas en estas dimensiones. En esta línea, Ricoeur (1995, como se citó en Bonet, 2005), señala que la narración permite abordar la complejidad de la experiencia temporal mediante el lenguaje organizado en unidades discursivas amplias, como los textos que capturan la vivencia, pero también ordenan, delimitan y clarifican lo vivido, facilitando su comprensión. Por lo que el diseño narrativo sustentado en la fenomenología-hermenéutica no solo describe eventos, sino que revela el sentido profundo de las experiencias humanas enmarcadas en su temporalidad, corporalidad y contexto relacional.

5.3. El municipio de La Apartada. Contexto de vida de los participantes

Este proyecto de investigación tuvo como propósito ofrecer un acercamiento a las realidades de algunas personas respecto al acceso a los servicios de salud mental en el municipio de La Apartada, Córdoba, reconociendo la complejidad del fenómeno y la experiencia como una vía legítima de conocimiento. De acuerdo con el Plan de Desarrollo Municipal (Alcaldía de La Apartada, 2024), La Apartada se localiza en el sureste del departamento de Córdoba, en la Región del Alto San Jorge, zona Caribe de Colombia. Este territorio abarca una extensión de 27.081 hectáreas. Según el mismo Plan de Desarrollo, para el año 2024 se proyectó una población de 15.806 habitantes en la localidad, la cual cuenta con una superficie urbana de 146 hectáreas, mientras que su zona rural se extiende a lo largo de 24.081 hectáreas. Su organización territorial se estructura en seis sectores zonales que abarcan un total de 16 barrios, tres corregimientos, cinco veredas y un caserío. Para 2024, del total poblacional 7.931 eran hombres y 7.875 eran mujeres, lo que correspondía a una proporción demográfica equitativa entre ambos sexos.

Según Plan de Desarrollo Municipal (Alcaldía de La Apartada, 2024), la estructura económica del municipio se fundamenta en tres sectores: el sector primario, actividades productivas como la agricultura, la ganadería, la pesca y explotación minera; el sector secundario, que corresponde a actividades industriales, y el sector terciario, que incluye el comercio y la prestación de servicios. De acuerdo con la misma fuente, la seguridad constituye un factor esencial que incide de manera directa en el bienestar de la población. En la localidad prevalecen algunos delitos principales que afectan a la comunidad, entre ellos los homicidios, extorsiones y diferentes modalidades de hurto, entre otros. Estos hechos delictivos generan consecuencias significativas y prolongadas en la vida de las víctimas, lo que demanda una respuesta articulada por parte de las instituciones que incluya tanto mecanismos de protección como estrategias de atención psicosocial, junto con acciones preventivas orientadas a evitar su recurrencia.

Al momento de la realización de este estudio no existían registros públicos ni programas consolidados que evidenciaran una atención sistemática en este campo dentro del municipio. Ni se disponía de información estadística oficial sobre problemáticas de salud mental en La Apartada, aunque algunos anuncios recientes sugerían un interés incipiente por parte del hospital local. Por ejemplo, el 10 de septiembre de 2025, la E.S.E CAMU realizó una actividad conmemorativa del Día de la Prevención del Suicidio, promoviendo mensajes de sensibilización sobre el valor del apoyo emocional y la escucha. Y el 14 de octubre 2025 se informó, mediante canales oficiales, la apertura del servicio de consulta psicológica para usuarios de diferentes aseguradoras, destacando

la importancia del bienestar emocional. Siguiendo este Plan de Desarrollo Municipal (2024) la entidad prestadora de salud ESE CAMU constituye un componente fundamental del sistema de salud local, pero este establecimiento no está habilitado oficialmente como puesto de salud, lo que limita su capacidad para ofrecer atención médica formal y accesible, particularmente en áreas rurales que podrían tener una mayor demanda de servicios de salud.

5.4. Selección de los participantes del estudio

Entre las estrategias más comunes de selección de participantes se encuentra el muestro por conveniencia que se utilizó en esta investigación y consistió en seleccionar aquellos casos a los que se tuvo acceso directo y que cumplieran con las características necesarias para el estudio. Este tipo de muestro buscó deliberadamente a personas que habían vivido de forma directa el fenómeno en cuestión, aplicando criterios de inclusión y exclusión claros que garantizaron la pertinencia y coherencia con los objetivos del estudio (Hernández et al., 2014).

Según Arias-Gómez et al. (2016) los criterios de inclusión consisten en “las características particulares que debe tener un sujeto u objeto de estudio para que sea parte de la investigación” (p. 204). La selección de participantes en este estudio se orientó por los siguientes criterios de inclusión:

- Ser mayor de edad.
- Residir en el municipio de La Apartada.
- Haber buscado acceder a procesos de atención en servicios de salud mental (psicología o psiquiatría).
- Aceptar voluntariamente la participación dentro del estudio.

La participación estuvo abierta a personas de cualquier sexo y nivel socioeconómico, con el fin de buscar una representación diversa del fenómeno. En este estudio se excluyó a las personas con alguna condición cognitiva que les impidiera comprender adecuadamente los propósitos buscados, así como a los menores de edad por razones éticas y metodológicas. Asimismo, se definieron criterios de eliminación aplicables después del inicio del estudio, los cuales implicaron la interrupción de la participación: un cambio de residencia del municipio, retiro voluntario o, en casos excepcionales, el fallecimiento del participante. Cabe destacar que, como señalan Hernández et al. (2014), en los estudios cualitativos la muestra inicial puede diferir de la muestra final debido

a estas eventualidades. Cabe señalar que durante el estudio no hubo ninguna situación que implicara la suspensión de la participación de ninguno de los entrevistados.

5.5. El proceso de recolección de la información

El acceso a los participantes se realizó de forma gradual, respetando los principios éticos de la investigación con seres humanos. Inicialmente se identificaron personas en el municipio que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos, apoyándose en actores clave de la comunidad para facilitar el contacto. Una vez identificados, se llevó a cabo la invitación y se obtuvo el consentimiento informado (Anexo 1), explicando claramente el objetivo del estudio, la voluntariedad de la participación y el uso exclusivo de los datos con fines académicos.

Como técnica de recolección de información, para este estudio se consideró que la entrevista narrativa episódica era pertinente, considerando la pregunta de investigación y el método seleccionado. Para Flick (2007) esta técnica parte del supuesto de que las personas almacenan sus experiencias en dos formas de conocimiento: el narrativo episódico y el semántico. El conocimiento episódico está estrechamente vinculado a experiencias concretas vividas en contextos específicos, mientras que el conocimiento semántico se organiza a partir de interpretaciones generalizadas y abstractas derivadas de esas experiencias. Para el primero, el núcleo es la situación contextualizada, en el segundo lo central son los conceptos y las relaciones entre ellos.

Se buscó acceder a ambas formas de conocimiento: lo episódico, a través de relatos personales, y lo semántico, mediante preguntas específicas orientadas a la reflexión. Este enfoque no pretendió simplemente mezclar respuestas narrativas con respuestas directas, sino que buscó vincular de manera sistemática ambos tipos de conocimiento, respetando la manera en que el entrevistado decidió presentar su experiencia y las situaciones que consideró significativas. Así, esta técnica permitió una comprensión tanto general como específica de las vivencias del sujeto, preservando su riqueza y particularidad. Como instrumento de investigación, para la realización de estas entrevistas se construyó una guía (Anexo 2).

5.6. El proceso de análisis de la información

Desde el enfoque cualitativo la tematización, procedimiento analítico usado en esta investigación, implica un proceso progresivo de delimitación e interpretación del fenómeno de estudio, asociado al grado de comprensión que el investigador va alcanzando a lo largo del análisis. Sandoval (1996) señala que, en la fenomenología, la tematización permite desentrañar las experiencias vividas por los participantes mediante una aproximación flexible y contextualizada. A través de la tematización selectiva se identifican aquellas expresiones que revelan los significados esenciales del fenómeno investigado:

Por lo tanto, el procedimiento para este estudio fue el siguiente:

1. Grabación de entrevistas: las entrevistas episódicas se realizaron con el consentimiento informado de los participantes y fueron grabadas en audio para conservar fielmente sus relatos.
2. Transcripción textual: posteriormente, cada entrevista fue transcrita de forma completa en documentos Word, manteniendo las expresiones originales de los participantes para no alterar el sentido de su vivencia.
3. Análisis fenomenológico: a partir de las transcripciones, se realizó un proceso de tematización holística, selectiva y detallada con el objetivo de identificar, interpretar y describir a profundidad los significados emergidos de las narraciones, realizando comentarios en documentos de Word y posteriormente pasando la información a una matriz en Excel, utilizando códigos de color para cada categoría.
4. Redacción de hallazgos: finalmente, los resultados del análisis fueron organizados y redactados en categorías y subcategorías temáticas, articulando a las descripciones de los participantes con una interpretación comprensiva.

Cabe señalar que Miele et al. (2012) proponen un análisis temático estructurado en seis fases que orientó el tratamiento riguroso de los datos: (1) familiarización con la información, (2) generación de códigos iniciales, (3) identificación de temas emergentes, (4) revisión de los temas, (5) definición y nombramiento de los temas, y (6) elaboración del informe final. Este proceso, aunque flexible, requirió una justificación clara y argumentada en cada decisión metodológica para mantener la coherencia interpretativa. Aunque los datos fueron fragmentados en unidades

significativas, se procuró preservar su vínculo con el todo de la experiencia, organizando los hallazgos de forma emergente y respetuosa de la vivencia original.

6 Consideraciones éticas

El desarrollo de investigaciones que involucraron seres humanos exige una profunda reflexión ética sustentada en principios universales y normativas nacionales e institucionales. La declaración de Helsinki, formulada por la Asociación Médica Mundial (AMM), establece principios éticos fundamentales para la investigación en salud que involucra seres humanos, ya sea mediante la participación directa de personas o a través del análisis de material biológico o datos identificados. Estos principios orientan a profesionales de la salud y a investigadores en la protección de la dignidad, los derechos y el bienestar de los participantes (Asociación Médica Mundial, 2024). De acuerdo con esta declaración, el deber del investigador consiste en salvaguardar la salud y el bienestar de las personas, subordinando cualquier otro interés a este compromiso. A su vez, la Declaración de Ginebra refuerza este principio al exigir una preocupación constante por el bienestar del usuario. En consecuencia, la protección del bienestar de los participantes prevalece sobre los intereses científicos o sociales. La ética, por tanto, demanda una evaluación rigurosa de riesgos y beneficios, así como medidas claras para garantizar la autonomía, el respeto y el consentimiento voluntario (AMM, 2024).

Además de los principios internacionales que orientan la investigación con seres humanos, este proyecto de investigación se acogió a los principios éticos establecidos en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Conforme a esta resolución, toda investigación en salud que involucra personas debe respetar su dignidad, garantizar el bienestar de los participantes y contar con consentimiento informado, para así garantizar el establecimiento de las condiciones y requisitos necesarios para que estas investigaciones se realicen de manera científica y ética. El desarrollo de las investigaciones debe considerar el nivel de riesgo al que se expone a los participantes (Ministerio de Salud, 1993, art. 11).

Con base en esta clasificación, el presente estudio se ubicó en la categoría de riesgo mínimo, dado que la conversación sobre asuntos relacionados con la necesidad y búsqueda de atención en salud mental podía generar incomodidad, evocación de experiencias dolorosas o respuestas afectivas de malestar. Para ello, la investigadora, por su formación, contó con la capacidad para abordar estas situaciones mediante estrategias de contención emocional y la apertura de rutas de atención cuando fuese necesario. Dado el limitado acceso a los servicios de salud mental en el municipio, se dispuso de líneas departamentales de atención, como el número habilitado por la

Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba (2024): 312 4064450. Otros números para la asistencia y apoyo psicosocial habilitados tanto para llamadas como para WhatsApp fueron los siguientes: 3215763189, 3182826134 y por teléfono 6047955824. En Córdoba también funcionaba la línea territorial, la línea de atención psicosocial 3215763189, 3182826134, con un horario de atención de 24 horas los 7 días a la semana (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025). En este sentido, se ofreció información oportuna para garantizar que los participantes conocieran cómo acceder a estos servicios.

Considerando la estigmatización relacionada con las afectaciones en salud mental, ampliamente abordada en la literatura, algunos participantes podían temer compartir sus experiencias por ser identificados por otras personas. Para mitigar este riesgo se les informó sobre cómo se protegería su identidad, haciendo uso de códigos en el informe final y en espacios de socialización de los hallazgos. Se evitó exponer cualquier información que pudiera hacerlos identificables. A la información brindada por los participantes, que fue grabada en audio y posteriormente transcrita para facilitar el proceso de análisis, solo tuvieron acceso la investigadora y la docente asesora. En este sentido, ambas se comprometieron a asegurar el cuidado y confidencialidad de la información, que fue almacenada en el computador personal de la investigadora, protegido con contraseña de ingreso.

Por otro lado, el Manual Deontológico y bioético del Psicólogo (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2019) resulta esencial en investigaciones que implican interacción con personas o recolección de datos sensibles, como ocurre en estudios cualitativos que exploran experiencias subjetivas, como es el caso de esta investigación. Asimismo, el compromiso ético del psicólogo-investigador exige no solo el cumplimiento de los principios universales del respeto por la dignidad humana y la protección del bienestar, sino también una actuación coherente con las normativas nacionales que regulan la práctica responsable de la profesión. Su propósito es ofrecer lineamientos generales que faciliten la toma de decisiones éticas y responsables frente a las diversas situaciones que enfrenta el psicólogo en su práctica. Entre estos principios se destaca la autonomía, beneficencia, no-maleficencia y la justicia.

En este estudio, como parte del respeto a la autonomía de las personas, la participación fue voluntaria. Quienes decidieron participar firmaron un consentimiento informado (Anexo 1) en el que se explicó el propósito y objetivo del estudio, sus características, temporalidad, compromisos tanto del participante como de la investigadora, aspectos asociados a la confidencialidad y

resguardo de la información, riesgos y beneficios, devolución de los hallazgos. Sin embargo, aunque una persona hubiera decidido participar, podría también retirarse en cualquier momento de la investigación, sin que esto le causara ningún perjuicio.

Para la evitación del daño, siguiendo el principio de no maleficencia, se identificaron los riesgos posibles asociados a la investigación, con el fin de mitigarlos y gestionarlos durante el desarrollo de esta. En caso de ser necesario, si se llegara a evidenciar potencial daño asociado con la participación, se planeó suspender las actividades del estudio mientras se analizaba la mejor manera de proceder para garantizar el bienestar de los participantes. Esto acogiendo también las disposiciones relacionadas con el principio de beneficencia, igualmente asociado a la responsabilidad ética de cuidar la dignidad y la seguridad de los entrevistados. Por otro lado, la selección de los participantes se orientó en función de la pregunta y objetivos del estudio. De tal forma, que no se guió por criterios que pudieran ir en contra de lo establecido por el principio de justicia.

Desde la perspectiva de Mondragón (2007), la ética en la investigación psicosocial no se limita al cumplimiento de normas, sino que asume una función crítica orientada a identificar y mitigar los dilemas que surgen durante la producción de conocimiento. La ética implica reconocer la investigación como un bien en sí misma, siempre que se desarrolle de manera ordenada, sistemática y reflexiva, anclada a las realidades de los participantes. Debido a los riesgos inherentes a la investigación con seres humanos, esta postura exigió a la investigadora un manejo adecuado de las técnicas de recolección y análisis, así como una reflexión constante sobre las implicaciones de la participación, con el fin de garantizar el cuidado y bienestar de las personas involucradas.

Este enfoque ético implicó asumir una postura de responsabilidad moral y de compromiso genuino con los participantes del estudio, lo cual se encontró en sintonía con principios del Código de Ética en Investigación de la Universidad de Antioquia. Este código refuerza el compromiso institucional con una investigación responsable, que reconoce la trascendencia del quehacer científico más allá de la generación de conocimiento. En relación con esta mirada crítica, esta normativa institucional establece lineamientos orientados a la protección de los derechos de las personas y comunidades participantes, hacia otros seres vivos y el cuidado del ambiente. Se busca el equilibrio entre el desarrollo científico, la libertad investigativa, el bien común, propiciando una práctica de producción de conocimiento responsable, crítica y comprometida con la dignidad humana, así como los principios de justicia y equidad. La institución resalta el papel del

investigador, quien debe actuar en coherencia con principios como la pertinencia, la validez científica y la responsabilidad social (Universidad de Antioquia, 2021).

Uno de los aspectos que Mondragón (2007) identifica como problemáticos en la investigación con seres humanos es la falta de retribución de la información a los participantes, lo que puede constituir una forma de instrumentalización. Para evitarlo, la investigadora se comprometió a socializar los hallazgos con quienes participaron, de manera que pudieran beneficiarse de ellos, especialmente mediante el acceso a información y recomendaciones sobre rutas de atención en salud mental.

7 Hallazgos

En este apartado se presentan los hallazgos a partir del análisis temático de las entrevistas realizadas a los participantes del estudio. Estos resultados se organizan en cuatro subapartados: el primero aborda las características de los participantes, con un énfasis en la búsqueda de atención en salud mental; el segundo explora las concepciones de salud mental y las formas en que esta es comprendida por los entrevistados; el tercero presenta las barreras que los participantes identifican en sus experiencias de acceso y atención; y, el cuarto, se centra en los facilitadores para este acceso. Estos hallazgos permiten dar cuenta de la vivencia de los participantes al respecto del fenómeno de estudio, así como del modo en que esta se entrelaza con los factores estructurales, sociales y culturales presentes en el territorio.

7.1. Los participantes del estudio y sus trayectorias de búsqueda de atención en salud mental

El estudio contó con la participación de siete personas, seis mujeres y un hombre, residentes del municipio de La Apartada. Sus edades oscilaron entre los 23 y los 62 años, lo que permitió reconocer distintas trayectorias en la búsqueda de atención en salud mental. La mayoría de los participantes pertenece al régimen subsidiado de salud, con excepción de una persona afiliada al régimen contributivo y dos personas vinculadas a regímenes especiales debido a su ocupación. Los motivos de búsqueda de atención variaron entre las necesidades de acompañamiento en situaciones de estrés, la vivencia de enfermedades crónicas, dificultades familiares o escolares y la necesidad de orientación para afrontar experiencias de pérdida. Estas motivaciones reflejan tanto la dimensión individual del malestar como la incidencia de factores contextuales -económicos, sociales, personales y relacionales- en la decisión de solicitar apoyo en los servicios de salud mental. Para proteger la identidad y confidencialidad de las personas participantes en este estudio, se utilizaron seudónimos para proteger sus nombres reales. Estos fueron asignados únicamente con fines identificativos dentro del análisis y la presentación de resultados, sin que exista relación alguna con la identidad real de los participantes.

Una de las entrevistadas, identificada con el seudónimo de Margarita, es una mujer de 48 años, ama de casa, quien convive con su esposo y es beneficiaria del régimen subsidiado de salud. Su búsqueda de atención en salud mental ha estado asociada a remisiones médicas en sus controles

de hipertensión, para que reciba acompañamiento en el manejo de su enfermedad crónica. En este sentido, la búsqueda de la atención ha estado inicialmente guiada por indicación externa y por la confianza en la prescripción médica; sin embargo, relató aceptación de la necesidad de apoyo para la adherencia al tratamiento médico, y haber hallado un valor en la asistencia en salud mental, dado que se tornó una extensión del cuidado médico general. Su última consulta psicológica ocurrió de forma presencial (en septiembre de 2025) en La Apartada, donde se abordó su ansiedad ante situaciones hospitalarias, que asocia con su historia de atención médica y con las condiciones del entorno asistencial en contextos de espera o procedimientos médicos. En esta última atención, que valora positivamente por las calidades profesionales y por ser dentro del municipio, evidenció que la falta de información clara sobre la existencia del servicio psicológico local constituye una barrera para el acceso oportuno.

La siguiente participante, identificada con el seudónimo Camelia, es una mujer de 23 años, madre soltera y profesional universitaria, afiliada al régimen contributivo en salud. Accedió al servicio de psicología en la pandemia, cuando contaba con 17-18 años, tras ser remitida por el médico encargado de su control gestacional. Los motivos de su atención en salud mental estuvieron relacionados con la gestión emocional ante el embarazo y el posparto. Señaló que por restricciones para la atención psicológica durante la crisis por COVID-19, recibió asistencia por telepsicología. No obstante, esta modalidad no le permitió sentirse en confianza para hablar y expresar sus emociones, ya que percibía falta de privacidad y seguridad durante la atención. Posteriormente, ingresó a un programa de gestantes como espacio preventivo y contenedor para manejar emociones difíciles y contar con apoyo profesional para tramitar conflictos personales. Destacó la confianza construida con la profesional y el carácter participativo de las sesiones. La atención dentro de este programa fue temporal y condicionada a la edad de su hija dentro del programa materno-infantil, donde también participaban otros profesionales de la salud evidenciando un acompañamiento interdisciplinario. La experiencia de esta participante también muestra cómo la atención grupal puede constituirse en acompañamiento significativo.

La siguiente participante, identificada con el seudónimo Jazmín, es una mujer de 54 años, con nivel educativo de noveno grado y quien es madre soltera. Es beneficiaria del régimen subsidiado en salud y fue diagnosticada con diabetes hace tres años, condición que ha tenido un impacto significativo en su vida cotidiana y en su bienestar emocional, especialmente porque su padre falleció a causa de la misma enfermedad. Su primer acercamiento a los servicios de salud

mental fue a través de la EPS (en de agosto del 2025), por modalidad telefónica, como parte de un programa de atención para personas con enfermedades crónicas. En su experiencia se evidencia una falta de información institucional sobre los servicios de salud mental y los derechos que le asisten como usuaria. El seguimiento se estableció por parte de la EPS cada seis meses, mediante videollamadas y centrado principalmente en aspectos relacionados con la enfermedad. Manifestó necesidad de un acompañamiento más frecuente y presencial, pero su demanda no fue satisfecha, lo que refleja limitaciones en el acceso a los servicios de atención en salud mental.

Por otro lado, la participante identificada con el seudónimo Dalia es una mujer de 62 años, docente y especializada en pedagogía lúdica. Su trayectoria de búsqueda de atención en salud mental se configura en tres momentos: inicialmente, en una iglesia evangélica que disponía de orientación psicológica, por el comportamiento de su hijo durante la infancia. Posteriormente, dado el diagnóstico de fibromialgia, condición médica crónica que le genera intensos dolores musculares y dificultades para conciliar el sueño; fue remitida a psicología por el médico de control. Su condición médica también fue abordada, desde un enfoque multidisciplinar, por deportólogo, medicina alternativa, reumatología y psiquiatría. En sus narraciones resaltó que pertenecer a un régimen especial de salud por su ocupación de docente facilitó el acceso y redujo el tiempo de espera, lo cual influyó positivamente en su percepción del servicio. Finalmente, en el año 2020, en contexto de la pandemia por COVID-19, la participante enfrentó el fallecimiento de su esposo en Colombia, mientras ella se encontraba en México acompañando a su hija en el parto. Las restricciones de movilidad le impidieron regresar para participar en las exequias, lo que intensificó su dolor y profundizó su tristeza. Así, buscó atención psicológica particular en México, facilitada por el apoyo de su hija y su estabilidad económica, mientras regresaba al país, donde también accedió a esta atención -en el municipio de Montería- vivida como un proceso de reparación emocional significativo.

La siguiente participante entrevistada, identificada con el seudónimo Rosa, es una mujer de 44 años, licenciada en tecnología de los alimentos y de nacionalidad venezolana. Su trayectoria de búsqueda de apoyo psicológico inició motivada por experiencias vitales estresantes, principalmente por duelo perinatal y una remisión preventiva relacionada con su segundo embarazo. Su primer acercamiento a los servicios de salud mental se dio raíz de una sobrecarga laboral y un cuadro de preeclampsia mientras trabajaba en una empresa en Venezuela, situación que culminó con la pérdida de su embarazo. Este hecho dio lugar a un proceso de acompañamiento psicológico durante

un año, respaldado por un permiso laboral que obtuvo por su conocimiento de las leyes laborales y su capacidad para defender sus derechos. Expresó que fue un proceso difícil, pero también transformador por la posibilidad de expresión emocional para la elaboración de su sufrimiento. Con la llegada a Colombia recibió atención psicológica particular, destacando las limitaciones económicas y logísticas asociadas a este acompañamiento, y, tras su afiliación al sistema de salud en el país, dada su condición de madre gestante, fue remitida a psicología, esta vez con un enfoque preventivo y de regulación afectiva, buscando mantener su estabilidad física y emocional ante los riesgos de salud.

Otro participante, identificado con el seudónimo Geranio, es un hombre de 41 años, militar profesional y casado, cuya trayectoria de atención en los servicios de salud mental ha sido mediada principalmente por su contexto laboral y familiar. Su primer acercamiento a la psicología se dio en el 2005 en la ciudad de Montería, durante su proceso de ingreso a la fuerza pública, donde debió cumplir con una evaluación psicológica utilizada como requisito para medir su aptitud, hábitos y estabilidad emocional. En 2013, en Ipiales, volvió a ser entrevistado por razones conductuales en contexto laboral durante su servicio militar. Señaló que, en el proceso de preparación para la jubilación, en el que se encuentra actualmente, la institución militar ha realizado capacitaciones frecuentes enfocadas en aspectos de la salud mental y con énfasis particular en el bienestar familiar. Posteriormente, en La Apartada, por recomendación docente y familiar, buscó servicios de atención por psicología para su hija, dados sus comportamientos desafiantes; así, consultó con la psicóloga de la institución educativa. Esta experiencia es valorada por él como negativa, ya que considera que las orientaciones recibidas no respondieron adecuadamente a la situación. Sin embargo, narró no haber buscado acceder a estos servicios a través de la EPS y en Montelíbano, lo cual juzga como un error, porque no se brindó una atención oportuna a su hija. Finalmente, su último acercamiento fue en Montelíbano dentro de trámites administrativos para la obtención de licencias de conducción.

Finalmente, la participante identificada con el seudónimo Violeta es una mujer de 27 años, madre soltera y técnica integral en primera infancia. Relató que tuvo una experiencia de atención psicológica durante su adolescencia y otra en su adultez, en el contexto de su embarazo. Su primer acercamiento a la atención en los servicios de salud mental ocurrió entre los 12 y 13 años, cuando su madre gestionó acompañamiento psicológico a través de la Comisaria de Familia debido a dificultades de comportamiento y académicas. Durante este proceso, la profesional logró establecer

un vínculo de confianza y empatía, lo que facilitó su apertura al diálogo y su permanencia en el proceso de atención psicológica. De manera paralela, recibió acompañamiento psicológico en su institución educativa, aunque el proceso fue breve y sin continuación y el seguimiento no fue realizado por la misma profesional que la atendió inicialmente, por lo cual cuestiona su proceder ético. Años más tarde, durante su etapa de gestación, recibió atención psicológica como parte del protocolo prenatal de la EPS. Esta única consulta, realizada en Montelíbano, estuvo orientada principalmente a la prevención y a la exploración de su deseo respecto de la maternidad. Aunque describió este servicio como adecuado y de fácil acceso -pues la remisión fue directa desde el médico tratante-, señaló que la información brindada no tuvo gran relevancia para ella, dado que su embarazo fue aceptado y deseado.

En conjunto, en la mayoría de los relatos de los participantes, antes que tratarse de una decisión autónoma, el acceso a los servicios de atención en salud mental estuvo asociado con condiciones de salud física y con remisiones por medicina general o especialidades médicas, evidenciando el papel preventivo que se le otorga al acompañamiento en salud mental (una síntesis de estos motivos de consulta puede evidenciarse en el Anexo 3). En las experiencias estudiadas se evidencian diversas barreras transversales para el acceso a estos servicios, que en algunos casos parten de las concepciones sobre ellos. Estos aspectos se desarrollan a continuación.

7.2. Concepciones de salud mental: profesionales y atención en salud mental

El análisis de las entrevistas permitió identificar las concepciones de los participantes sobre la salud mental, las cuales fueron comunes y reiteradas en las conversaciones. Al aludir a salud mental, ellos tendieron a remitirse a la figura del psicólogo y a los servicios de atención por psicología, salvo algunos casos en los que los entrevistados también hicieron referencia a la atención por psiquiatría o por psicoorientación. En este apartado se presentan los hallazgos al respecto, organizados en tres dimensiones analíticas: *comprensiones de la salud mental, las creencias sobre la psicología como profesión y la importancia de la especialización y la competencia psicológicas*.

7.2.1. Comprensiones de la salud mental

En cuanto a las comprensiones de la salud mental, es relevante destacar que, en los relatos de los entrevistados, esta no aparece definida desde perspectivas teóricas o discursos especializados, sino desde las experiencias cotidianas, afectivas, sentidos construidos en la vida social y en las trayectorias de atención en los servicios de salud mental. A partir del proceso analítico realizado, estas comprensiones pueden pensarse en tres sentidos: el primero la relaciona con *estados individuales de armonía y paz interior*; el segundo, con *condiciones individuales que hacen posible una buena interacción con otros*; y, el tercero y más enfatizado en las narraciones, con *anormalidad*. En este último sentido, se trata de algo que es objeto de intervención desde la psicología y la psiquiatría.

Al respecto de la salud mental como estados individuales armónicos, algunos participantes señalaron que esta se encuentra vinculada al equilibrio emocional y la capacidad de enfrentar conflictos cotidianos. Tener paz interior, desde esta perspectiva, contribuye al reconocimiento y manejo de emociones que repercuten en la vida del sujeto.

Mentalmente yo me siento bien, me siento feliz, he logrado lo que he querido y me siento satisfecha... no voy a decir que no me he sentido mal o triste con ganas de llorar, de gritar, pero se vale, se vale llorar, se vale gritar, se acepta todo eso, pero también se vale recuperarse ante esas situaciones, porque eso te ayuda en tu equilibrio... en tu salud mental.
(Camelia)

Sin embargo, se trata de un equilibrio o armonía que no es necesariamente permanente, que puede romperse fácilmente en ciertas circunstancias de la vida. A propósito, hubo quienes plantearon que, en sus experiencias, los juicios y críticas de otras personas son aspectos que pueden afectar la salud mental. Igualmente, esta salud mental entendida como estado armónico individual puede alterarse por otros factores incluyendo pérdidas significativas (hijo, madre, hermano), accidentes, adaptación frente a enfermedades, discapacidades o experiencias de rechazo desde el nacimiento. Mantener una buena salud mental, entonces, implica manejar el estrés adecuadamente, aceptando o resolviendo los problemas cotidianos.

Cuando tú no tienes alineamientos con tus estatutos personales y tienes desequilibrio y no puedes estar estable. (Rosa)

El otro sentido de la salud mental, asociado a contar con las condiciones individuales que hacen posible una buena interacción con otros, hace referencia a las posibilidades de los sujetos de construir un buen relacionamiento, convivencia y lazos sociales en comunidad. Desde esta lógica, no se trata solo de armonía interior, sino en la vinculación con las demás personas y con el entorno general.

Para mí es una paz que debe sentir toda persona. Si usted no está en paz ni con usted mismo, ni con los de su casa o vecinos, su salud mental no va a estar bien. Ya cuando usted se enoja y repercute en su vida, su salud mental se quiebra. Y el otro puede ser el ámbito social, que uno sea capaz de socializar con los demás de la vida cotidiana, el compartir con los demás y saber que estamos en una sociedad que todos tenemos derechos, todos tenemos deberes y que tiene que haber un respeto. (Geranio)

En esta perspectiva, la salud mental involucra el respeto por el otro y unas relaciones interpersonales que hace posible la vida con él. Esta concepción resulta relevante porque sitúa la salud mental como fenómeno interdependiente, aunque también condicionado por aspectos individuales.

Finalmente, el sentido de la salud mental como anormalidad se presentó con mayor fuerza en los relatos de los participantes. Alude a una asociación de esta con trastornos mentales, afectivos, comportamentales o con dificultades y pérdidas de facultades cognitivas y relacionales de las personas. Consecuentemente, se trata de una concepción ligada al diagnóstico, la sintomatología y la enfermedad, influida por una visión funcional y biomédica de la salud mental, y que debe ser objeto de intervención desde la psicología y la psiquiatría.

Bueno yo entiendo que la salud mental es cuando uno está desvariando, ¿no?, Que no tiene los cinco sentidos, ¿no? (Margarita)

Creo que tiene que ver algo de la mente, salud mental... que van a trabajar con uno, con el psiquiatra, cuando alguien tiene algún trastorno. (Jazmín)

Llama la atención que, en los relatos, los entrevistados diferencian el hacer de la psicología y de la psiquiatría en función de la gravedad de los problemas de salud mental de los que se trate. Mientras que al psicólogo se le atribuye un rol centrado en la escucha, la orientación y el apoyo emocional; el psiquiatra es asociado al diagnóstico clínico de trastornos mentales graves y a la prescripción de medicamentos. Sin embargo, varios participantes amplían la noción de atención en salud mental más allá del contexto institucional; así, la atención psicológica no se reduce a la intervención de un profesional en un contexto clínico, sino que se interpreta como la posibilidad de recibir acompañamiento grupal formativo y emocional; esto es, como un recurso significativo para afrontar dificultades, no solo a través de la atención clínica.

Esto es relevante porque enfatiza una asociación de la atención en salud mental con la concepción de salud mental relacionada con anormalidad, y no con el estado individual armónico o de predisposición para unas interacciones adecuadas con otras personas. Se trata, así, de una mirada morbicéntrica de esta atención, centrada en la rehabilitación o el restablecimiento ante dificultades, pérdida de capacidades o enfermedad mental.

7.2.2. Expectativas sobre el profesional de la psicología y sus funciones en la atención en salud mental

En relación con la figura del psicólogo y su función, en las narrativas de los participantes emergió una valoración positiva de este. Los espacios de atención psicológica son vistos como de escucha, de validación emocional, libres de juicios y sustentados en la confidencialidad, aspectos que resultan esenciales para los entrevistados. En los relatos, una de las participantes resaltó una comprensión de las funciones del psicólogo, asociada al acompañamiento emocional y al establecimiento de un vínculo cercano y significativo. Esta participante enfatizó en la importancia del lazo terapéutico, la escucha y la orientación personalizada. En su experiencia, el acompañamiento profesional ha sido vivido como un proceso que la sostiene y la cuida. Además, reconoce que el psicólogo que la estuvo atendiendo, mientras la escuchaba estaba interviniendo, lo que le permitió inferir, primero, que la psicología es un trabajo profesional que analiza, interpreta y evalúa recursos personales; y, segundo, que involucra un componente técnico que no anula la dimensión afectiva y humana del profesional, quien integra estos dos aspectos en el acompañamiento.

Porque el psicólogo viene siendo tu compañero sentimental. Yo lo identifico así, porque él escucha tus problemas, escucha tu tristeza, tus traumas, tu rabia, escucha el enojo que tienes con la vida, con la gente, con todo y él te está estudiando todo. Ahí te va diciendo las valencias [capacidades] que tienes y que te pueden sacar a flote y lo que debes colocar en práctica, qué es lo que debes poner en orden. (Rosa)

Uno de los participantes también resaltó la diversidad de funciones del psicólogo, que pueden ir desde la atención individual hasta la facilitación de procesos grupales. Esta percepción evidencia, por un lado, una comprensión amplia, aunque poco diferenciada, de las especializaciones y campos de acción de la psicología; y, por otro lado, una valoración positiva de la capacidad del psicólogo para adaptarse a diversos contextos. Este fragmento sugiere que se valora no solo la formación técnica sino la disponibilidad para responder a distintos tipos de atención.

Hay psicólogo para todo, hay psicólogos para hacer integraciones con otras personas, me imagino que... en esa rama de ser psicólogo, debe estar en la capacidad de que si toca a dar una charla él va y lo hace, si toca hacer una entrevista de trabajo usted lo hace. (Geranio)

En este sentido, cobran relevancia aspectos personales del profesional. A propósito de esto, los participantes destacaron que la vocación del psicólogo cumple un papel fundamental en la calidad del acompañamiento, entendida como una disposición innata hacia la comprensión y el apoyo humano en situaciones que generan malestar emocional.

Yo creo que para ser psicólogo se nace, no se hace. (Rosa)

Para algunos entrevistados la vocación se presenta como una condición diferenciadora de la práctica profesional de la psicología, que la distancia del simple trabajo rutinario sin dedicación verdadera. Así, la vocación se convierte en un criterio de confiabilidad respecto a su ejercicio, tanto en el acompañamiento individual como de grupos. Los participantes enfatizaron en que este aspecto

está asociado con una expectativa social hacia los profesionales de la salud: se espera que actúen movidos por un propósito de cuidado y servicio con el otro.

Bueno, yo creo que un buen psicólogo primero debe tener vocación por su trabajo. Primordialmente la vocación, porque si un profesional no tiene vocación por lo que hace, no es nada... Porque va a ir solo a ganarse la plata y listo. (Violeta)

Siguiendo este orden de ideas, para los participantes el trabajar únicamente por un salario limita la entrega, el compromiso ético y la implicación del psicólogo con las personas a quienes acompaña. En este sentido, el profesional comprometido es aquel que no solo reconoce su rol y se identifica con él, sino que también es capaz de transmitirles algo significativo a los usuarios de sus servicios. De acuerdo con algunos de los entrevistados, este involucramiento del profesional no siempre es evidente en el municipio. A propósito, un participante mencionó:

Y eso se necesita, es sentir lo que usted es, no solo por ganarse un salario, un sueldo. La mayoría de esas psicólogas trabajan con el municipio entonces ellas se abrazan y dicen: “ahorita cuatro años, sale el alcalde. Suerte con esos pelaos”. Entonces es el amor, no solamente por lo que usted es, sino por lo que puede transmitir. (Geranio)

Esta concepción se articula con la importancia atribuida por varios de los entrevistados a las habilidades relacionales que deben tener los profesionales de la psicología y otros especialistas en salud mental (como psiquiatras o psicoorientadores), y las cuales se constituyen en un factor central en la calidad de la atención: capacidad de escucha sin juicios morales, apoyo para la expresión de ideas y afectiva, explicación clara de diagnósticos y condiciones de salud mental (comunicación) y confiabilidad, fueron las principales habilidades nombradas a este respecto. De acuerdo con las experiencias narradas, el contar con un profesional con estas capacidades genera una experiencia globalmente positiva con los servicios de atención en salud mental.

Muy buena eh... Tiene una facilidad esos especialistas de llegarte, de acomodarte, de tratar de que lo que tú sientas o sientes no es algo del otro mundo, sino que es algo normal y que

tú tienes que aprender a vivir con lo que tú tienes. Me han tocado buenos profesionales, psicólogos y psiquiatras. Me he sentido muy bien en términos generales. (Dalia)

Sin embargo, no basta con la vocación y con estas habilidades relacionales, pues el profesional de la psicología también debe contar con competencias técnicas específicas. Los participantes consideran que el acompañamiento psicológico requiere conocimientos y habilidades profesionales particulares para sus intervenciones, que no pueden ser realizadas por otros profesionales, por ejemplo, quienes desarrollan una función pedagógica, como en el caso de los docentes en los colegios. Esto, considerando que cada profesional debe avanzar dentro de su propia línea de formación y especialización.

Así, un docente orientador, no me parece. ¿Por qué? Que él que cumpla su rol como docente, que vaya a dar clases a las aulas, que vaya a ofrecer sus conocimientos a los alumnos. No un docente orientador a atender un niño que de pronto tenga seis problemas en la casa y él, ¿qué le va a solucionar? Si no está capacitado ni especializado para esos temas, pienso yo. (Violeta)

Una de las participantes señaló que la atención directa y especializada genera mayor confianza en los usuarios, ya que la intervención de un profesional permite atender a las necesidades específicas con conocimiento disciplinar y metodológico preciso. A propósito, algunos entrevistados reconocieron que la derivación hacia profesionales de la psicología en los que han percibido un saber amplio incrementó su valoración positiva sobre la atención recibida. Esto es relevante en la medida en que la remisión a un profesional competente implica una mejor experiencia en el sistema de salud.

Es importante que cada uno va a ser tratado por lo que realmente necesita. Y el especialista que conoce de lo que te va a hacer. (Dalia)

Entonces hay psicólogos que son... muy toscos diría yo, va el estudiante medio lo entrevistan, hablan con él y listo ya... si el estudiante está pasando por un mal momento, lo

escriben en una agenda, lo pasan a coordinación y ya no se preocupan realmente, hasta ahí llego. (Violeta)

En síntesis, los relatos muestran una expectativa respecto a la figura del psicólogo que combina vocación, habilidades relacionales y formación especializada como pilares de la atención en salud mental de calidad.

7.3. Barreras para el acceso a los servicios de atención en salud mental en la experiencia de los participantes

En la experiencia de los participantes, se evidenció que el acceso a los servicios de salud mental se encuentra condicionado por un conjunto de barreras estructurales, geográficas y económicas, informativas, relacionales, organizacionales y culturales que han dificultado la búsqueda de una atención oportuna, el ingreso a los servicios y el sostenimiento de esta atención. En conjunto, estas dificultades revelan que el acceso a los servicios de asistencia en salud mental no depende únicamente de la disposición y disponibilidad de servicios, sino de las condiciones materiales de los usuarios, de las creencias personales y culturales, así como de aspectos relacionales profesional-usuario que configuran la experiencia de este acceso.

En principio es relevante señalar que, a partir del análisis realizado, pueden pensarse tres tipos de estas barreras, asociados a tres momentos del acceso: antes del ingreso a la atención, para el ingreso a esta y durante la misma. El primer tipo de barreras hace referencia a los obstáculos asociados a la búsqueda o demanda de atención, momento en el cual, en la experiencia de algunos participantes, se evidencian limitaciones, bien para identificar y nombrar la necesidad de asistencia profesional, o bien para buscar esta atención en los servicios de salud mental. Dentro de estas limitaciones, en los relatos emergieron estereotipos sobre la “locura”, miedo, vergüenza, incomodidad, desconocimiento sobre rutas de atención, falta de disponibilidad de información sobre salud mental.

El segundo tipo se corresponde con las dificultades para el paso a la atención. En este momento, una vez tomada la decisión de buscar ayuda, emergen barreras asociadas con las gestiones que han debido realizar los participantes para lograr el ingreso al sistema, incluyendo trámites y condiciones estructurales que median el acceso real, como la insuficiencia de oferta de

servicios y la falta de personal capacitado para la atención, expresiones de una precaria inversión en salud mental. Este tipo de barreras también se expresan en situaciones relacionadas con las limitaciones económicas ligadas a lejanía del servicio o para los gastos de bolsillo, la desmotivación por los trámites, el desconocimiento de requisitos y procedimientos, la dificultad para la asignación de citas, la modalidad de la atención, los tiempos de espera, los horarios asignados que no resultan convenientes para el usuario, las remisiones a otros municipios.

Finalmente, el tercer tipo de barreras para el acceso a los servicios de asistencia en salud mental alude a las limitaciones para el mantenimiento en la atención, lo cual se corresponde con la permanencia y continuidad en los procesos de atención en estos servicios. De acuerdo con las experiencias narradas, aquí se hallan limitaciones relacionadas con la calidad del vínculo con el profesional, el trato recibido, la percepción de conductas antiéticas de la institución o del profesional, la falta de disposición o disponibilidad del usuario, la discrepancia percibida entre las necesidades personales y el tiempo insuficiente de la atención recibida. También con la frecuencia de traslados para la asistencia y los costos asociados. Igualmente, a partir del análisis, pudo establecerse otra tipología de estas barreras para el acceso, en función de la naturaleza de estas limitaciones, lo cual se desarrolla a continuación:

7.3.1. Barreras estructurales para el acceso a los servicios de salud mental

Una de las barreras inicialmente identificadas a partir del análisis realizado es la relacionada con la falta de presupuesto y recursos públicos, reflejada en la disponibilidad limitada de infraestructura y de profesionales especializados en salud mental, lo que constituye un obstáculo importante para el acceso a los servicios de atención. Una de las participantes atribuyó esta carencia a debilidades en el sistema de salud en el ámbito nacional, mientras que otra entrevistada la asoció con limitaciones a nivel municipal, como falta de inversión o de regulación al respecto. Los participantes manifestaron no tener conocimiento sobre las responsabilidades de las instituciones de salud frente a estas barreras estructurales, particularmente relacionadas con la no disponibilidad de servicios de psicología en el municipio.

Yo digo que deben ayudar mucho a esas personas, pero imagínate, el presupuesto aquí en Colombia para eso está mal. (Jazmín)

Aquí no hay un consultorio para la cita aquí mismo, no lo hay. No sé si será por los recursos del municipio, los recursos de la EPS o del hospital, no sabría decir. (Camelia)

Solo una participante señaló que fue remitida por el médico de control al servicio de psicología dentro de La Apartada, hecho que contrasta con las experiencias de los demás entrevistados, quienes han debido desplazarse a otras localidades para acceder a ellos, y enfatizaron en la ausencia o discontinuidad de profesionales en el área dentro del municipio, en un contexto en el que, desde su perspectiva, la población debería contar con un número importante de psicólogos para la atención de sus necesidades en salud mental.

Aquí en el municipio no es fácil conseguir una cita con psicología, porque no hay psicólogo aquí en nuestro municipio. Entonces no es fácil, que yo voy a conseguir una cita para mañana o para la otra semana es falso. No, porque no hay. Y si hay una psicóloga ahora mismo, estoy diciendo mentira y atenderá como a mil pacientes. (Violeta)

Bueno ese hospital que está aquí es un hospital grande. Ahí *debe* haber por lo menos una psicóloga, aquí en el colegio *creo* que *hay* una, no sé si la de aquí sea la misma psicóloga de la del otro colegio de allá. Prácticamente aquí en La Apartada *debe* haber *tres o cuatro* psicólogos. (Geranio)

Finalmente, y en relación con lo anterior, una de las entrevistadas cuestionó la ausencia de profesionales de psicología en los colegios, especialmente cuando considera la creciente formación académica y disponibilidad de psicólogos en el país. Para ella resulta contradictorio que, a pesar de la necesidad en acompañamiento psicológico en niños y adolescentes, las instituciones educativas no cuenten con este apoyo especializado. Esto es interesante, toda vez que da cuenta de que la atención en salud mental no es vista solo como responsabilidad del sector salud, sino que involucra a diversos actores sociales y en otros sectores como el educativo.

¿Por qué en los colegios no hay psicólogos? Si hay tantos psicólogos, ¿por qué en las instituciones educativas carecen de psicólogos?, ¿por qué no los hay? Si se han preparado

tanto, si ahora en nuestro país hay tantos psicólogos, ¿por qué en las instituciones educativas están careciendo de psicólogos? Si hay tantos niños que los necesitan, los están pidiendo a gritos ¿Por qué el gobierno, el Ministerio de Educación, la gobernación, por qué no mandan psicólogo a las instituciones educativas? Esa es mi pregunta, si lo estamos necesitando, si los niños los están necesitando. (Violeta)

En síntesis, en la experiencia de los participantes, esta barrera ha condicionado la búsqueda inicial del servicio o, en algunos casos, ha limitado la continuidad de la atención. Consecuentemente, ha reducido las posibilidades de recibir apoyo en los servicios de salud mental en el municipio, los cuales, como se ha mencionado, suelen ser asociados por los participantes con atención por psicología.

7.3.2. Barreras asociadas con la organización de la atención en salud mental

De acuerdo con el análisis realizado, las barreras asociadas con la organización de la atención en los servicios de salud mental pueden pensarse en dos sentidos: uno asociado con los tiempos para la atención, o lapsos de espera, y otro con los tiempos en la atención. En el primer sentido, los participantes problematizaron dos asuntos: de un lado, el que los tiempos de espera para que les fuera otorgada una cita fueron largos; de otro lado, el que hubiese claras disparidades en estos tiempos de espera entre regímenes en el sistema de salud. En las experiencias relatadas el acceso se vio mediado por los mecanismos de gestión propios de cada régimen, lo que introdujo diferencias significativas en la prontitud y continuidad del servicio. Así, señalaron que cuando se está vinculado al sistema en el régimen subsidiado, las demoras en la atención son evidentes, tanto como los tiempos entre citas. No obstante, cuando se trató de atenciones en un régimen especial (como el del magisterio), estas temporalidades y gestiones parecieron ser menores. Siguiendo los relatos, las condiciones organizativas y administrativas del sistema determinan la modalidad, frecuencia y disponibilidad real de la atención. Estas dinámicas, de acuerdo con las entrevistas, influyen en tiempos de respuesta muy distintos.

Afortunadamente no fueron tan largas la espera, el espacio que me vio la reumatóloga con el tiempo que me vio el psiquiatra no fue tan largo, fue relativamente corto ese tiempo que

asistí a esas citas con psiquiatría. Nosotros como profesores tenemos en régimen especial. (Dalia)

Bueno también podría ser ese problema. Como mi régimen es contributivo, entonces para yo sacar una cita, yo tengo que sacar un permiso, ese permiso me lo dan por ahí entre ocho días. Entonces hasta que no me den ese permiso no me dan la cita para poder asistir con médico general. (Camelia)

Por otro lado, en cuanto a los tiempos *en la atención*, varios de los participantes señalaron una marcada discrepancia entre los tiempos de espera y la duración real de la atención recibida, principalmente por telepsicología, ya que en sus experiencias se ha tratado de citas muy cortas respecto de la expectativa frente al tiempo de consulta, lo cual es asociado por los entrevistados a una baja efectividad del proceso asistencial, en tanto no cumplió con su propósito formativo ni terapéutico.

Yo no les entendí nada porque fueron diez minutos. A uno no le explicaron, más bien fue nada, y yo tampoco pregunté. Fue una atención muy mala. A uno le deberían al menos explicar. (Jazmín)

Una de las participantes expresó que, por las demoras institucionales en el sistema de salud y las características de la atención allí (como falta de continuidad y eficiencia, y citas cortas) llegó a considerar la atención particular como única alternativa. Así, el tiempo de espera deja de ser solo un problema del sistema y se convierte en un mecanismo que enfatiza desigualdades, al estar condicionado por el nivel de urgencia percibida por el usuario para la atención, su capacidad económica y su tolerancia a la espera.

A veces toca hacerlo particular y el seguro no te lo cubre. De pronto esa sería una barrera [...] El seguro que no te cubre todo o incluso el tiempo en que te dan las citas que no es rápido con estas cosas. Va dejando uno pasar el tiempo y no lo vuelve a buscar. (Dalia)

A lo anterior se suma que, incluso cuando los participantes expresan la necesidad de contar con una atención más frecuente, la organización institucional no se ajusta a sus necesidades reales. La periodicidad de las citas no depende de las necesidades reales del usuario ni, incluso, del criterio profesional, ya que la estructura del sistema no flexibiliza sus tiempos ni modalidades.

Fue necesaria, pero yo quería que fuera cada tres meses, pero ella me dijo que no. Era cada seis meses, que era lo que había dicho la EPS. (Jazmín)

No obstante, la organización de la atención en salud mental no solo tiene que ver con los tiempos para y en esta, sino también con las modalidades propuestas para estos abordajes, frente a las cuales los participantes valoran como más pertinente la atención profesional presencial, aunque esta puede significar limitaciones económicas y geográficas que se describen en el siguiente apartado. En relación con la modalidad de atención telefónica, una de las participantes expresó incomodidad por las condiciones en las que debió recibir la llamada y las limitaciones que esto generaba para expresarse libremente. La falta de un espacio privado, asociada a una modalidad que no facilitaba la conexión profesional-usuario, redujo la satisfacción con el servicio recibido.

Porque estaba en mi casa. De pronto no faltaba el que saliera y que lo escuchara y pues uno como que se siente con ese temor de hablar con una psicóloga delante de su padre, su madre, de su pareja. Me sentí incómoda y tampoco le respondí cómo que... o sea, le respondí como esquiva porque me daba como pena porque de pronto aquí ellos... (Camelia)

Asimismo, una de las entrevistadas describió una llamada en la que no hubo una presentación clara del profesional, ni una explicación del motivo del contacto, lo que le generó desconfianza y confusión sobre la procedencia del servicio. Esta falta de claridad afectó la percepción de seguridad y legitimidad del proceso, constituyéndose en un obstáculo para la comunicación y el acceso efectivo a la atención psicológica.

“Dígame su nombre y su número de cédula” y yo le dije “no señor, yo mi número de cédula no se lo doy es a nadie, dígame ¿para qué?”, “no, es que esto es del servicio de psicología”, yo le dije: “bueno, pero mi número no se lo doy porque usted no se ha presentado ni nada”.

No entendí y yo no sé si era del psicólogo o era de gente que se pone a llamar a cualquiera.
(Jazmín)

Así también, una de las participantes mencionó que, tras la atención inicial de manera presencial, no le asignaron nuevas citas para una continuidad del proceso, quedando la responsabilidad de retomar la atención en manos de la usuaria. La ausencia de programación posterior no dio paso al seguimiento del proceso.

¿Qué te digo?, ella me dijo que no, no. Ella no me puso más cita, lo único que me dijo fue que por ser usuaria de [...], yo podría acercarme e ir allá sin necesidad de apartar cita.
(Margarita)

En relación con la modalidad de atención grupal, otra entrevistada mencionó que prefiere la atención individual, al considerar que el encuentro personal permite mayor cercanía y confidencialidad, lo que refuerza la idea de que las intervenciones grupales no garantizan seguridad. Desde su perspectiva, la falta de intimidad limita la posibilidad de abordar asuntos personales, lo que influye en una reducción de la motivación para asistir.

No, allá si no he ido, ¿por qué no voy? Bueno porque uno, esas charlas psicológicas, yo digo que no es igual, para mí no es igual. De tú estar frente a frente con una psicóloga y decirle tus cosas y que están ustedes dos. Esas charlas psicológicas así, no, al aire, no. Para mí, no llegan a ninguna parte. (Margarita)

En síntesis, las barreras organizacionales se manifestaron principalmente durante el momento de la atención, expresadas en la forma en que se gestionan las citas, la comunicación instituciones-usuarios, el seguimiento de los procesos y las condiciones en que se brinda el servicio.

7.3.3. Barreras económicas y geográficas para el acceso a los servicios de salud mental

En las experiencias narradas, los entrevistados aludieron a limitaciones económicas, especialmente cuando han tenido la necesidad de desplazarse a otros municipios para recibir

atención en salud mental, en particular por psicología y psiquiatría, cuando han sido remitidos a estos servicios dentro del sistema de salud, lo que ha dificultado tanto la asistencia a las citas como la continuidad de los procesos. Así, para ellos, la capacidad económica es un punto de partida que condiciona la posibilidad de iniciar o sostener un proceso terapéutico, ya que las distancias incrementan los costos de transporte, lo que vuelve menos viable el acceso a esta atención. Una de las participantes señaló al respecto:

Mira yo te digo que económicamente las personas no van a allá [servicio de psicología] por la plata. Porque imagínate, siempre para Montería o Montelíbano. Los pasajes bien caros y a veces para ir a una cita para allá para Montelíbano no lo atienden de una vez. (Jazmín)

En el mismo sentido, algunas narraciones enfatizan en la importancia de la ubicación del servicio, ya que puede aliviar o intensificar la carga económica asociada. Para una de las participantes, ser atendida dentro del municipio (también a partir de una remisión desde medicina general) representó un ahorro significativo frente a los costos implicados en los desplazamientos a territorios cercanos. La atención local reduce gastos y permite que el acceso a la psicología no dependa de la capacidad del usuario para asumir gastos de bolsillo.

Bueno, ir a Montelíbano serían veinte mil: ida y vuelta. Diez mil y diez mil. Que me atendieran aquí es muy bueno, porque le estoy ahorrando al bolsillo. Hay una diferencia entre cuatro mil pesos a veinte mil. ¿Cuánto le queda a uno? Eso es economía. (Margarita)

Por otro lado, las limitaciones económicas también se han expresado en las experiencias de atención privada (por psicología) en los casos de estudio en los que esta ha tenido lugar. En una vía, relacionadas con el costo de cada sesión y la frecuencia requerida, lo que ha dificultado la continuidad de los procesos; en otra, con la pérdida material que supone desplazarse hasta la consulta y no ser atendido al llegar tarde, lo que implica hacer el pago correspondiente a la sesión. En estos casos, de acuerdo con las narraciones, asistir a los servicios de psicología ha dependido menos de la necesidad de atención que de la capacidad de pago.

Yo le decía que para esta no tengo [...] Y si llegabas tarde, pues perdías tu plata. Eso tampoco me gustaba... y yo si veía que iba del tiempo, que podía ir y trasladarme, lo hacía. Y eso había que aprovecharlo, no botar la plata. (Rosa)

Lo mencionado permite inferir que, en las experiencias de estudio, las barreras económicas están vinculadas, entre otros aspectos, con las distancias, que condicionan el acceso a la atención en salud mental. En consecuencia, aunque se trata de una asistencia en el sistema público y aún con la asesoría pertinente frente a los procedimientos para acceder a estos servicios, los desplazamientos, generalmente hacia otros municipios, han implicado costos económicos adicionales, sumados a los tiempos y esfuerzos requeridos, asunto que constituye barreras geográficas relevantes. El siguiente fragmento muestra que el acceso a estas atenciones está condicionado por la capacidad del usuario para asumir estos desplazamientos, haciendo visibles problemas estructurales de la organización de los servicios de salud.

Bueno, el médico me la mandó. Fui a la EPS para que me la autorizaran, de ahí... me tocó ir a Montelíbano a apartarla personalmente y ya de ahí me la dieron para tal día, y yo ese tal día fui. Entonces tuve que ir dos veces a Montelíbano. Yo quería que me revisaran, por eso hice todo eso. (Margarita)

Además, los mecanismos de reembolso de los gastos de transporte, aunque formalmente existentes en ciertos casos, resultan poco eficientes debido a la cantidad y naturaleza de los requisitos implicados, lo que ha hecho que algunos de los entrevistados hayan optado por sumir estos costos de su bolsillo.

Sí, me ha tocado en Montería y en Medellín, me han tocado las citas [de psiquiatría]. Siempre han sido así, tú pagas tu pasaje, eso supuestamente dizque después te lo devuelven, pero eso tiene más documentos que lo que realmente te van a dar, entonces mejor... (Dalia)

Para finalizar, varios participantes expresaron que los desplazamientos para la atención no solo han representado una carga económica, sino también una fuente de incomodidad. Esto relacionado con las largas distancias y con la dependencia del transporte público, lo que genera una

sensación de exposición a ser identificados como usuarios de servicios de salud mental y, en algunos casos, ha afectado la decisión de asistir a estos espacios.

No me sentí bien porque de todas maneras hay que decirle al otro: “lléveme a tal parte”. Y ellos van a saber... y nunca es igual como de pronto, uno personal o alguien de la familia, fue como incómodo. (Margarita)

En conjunto, las barreras económicas y geográficas adquieren un papel fundamental en los distintos momentos de búsqueda y de mantenimiento de la atención en los servicios de salud mental. Estas situaciones están relacionadas con la posibilidad real de iniciar o dar continuidad a estos procesos, ya que los gastos de bolsillo y la dependencia de terceros la condicionan. Estos factores no aparecen como obstáculos aislados, sino como factores que, en conjunto con otras barreras, marcan cada etapa del proceso de atención.

7.3.4. Barreras relacionadas con la falta de información y orientación sobre salud mental y rutas de acceso a los servicios de atención

En el análisis realizado se identificó que, en las experiencias estudiadas, la no disponibilidad de información y orientación para la comprensión de las rutas de atención ha constituido un obstáculo representativo para el acceso a los servicios de atención en salud mental, particularmente por psicología. Para varios participantes, la ausencia de contenidos informativos claros sobre salud mental, sus alteraciones, signos de alerta, o acerca de los servicios existentes, cómo funcionan y cuáles son los pasos para acceder a ellos, ha limitado sus iniciativas de búsqueda autónoma de esta asistencia, asociado a lo cual expresaron preocupación por el desconocimiento sobre la salud mental, la prevención de problemáticas graves y los recursos de atención disponibles en el municipio.

Ahora en este siglo XXI hay más psicólogo que antes, pero qué se está viendo ahora, está habiendo más suicidio. O sea, muchas cosas negativas, no positivas. ¿Qué está pasando? Que yo pienso que necesitamos como más conocimiento, más conocimiento del tema para brindárselo a los padres de familia. (Violeta)

En esta misma línea, la misma participante también enfatizó en la persistente ausencia de rutas de acceso claras, lo que dificulta que las personas gestionen por sí mismas la búsqueda de atención. Desde su perspectiva, no tener información sobre a dónde acudir y cómo iniciar un proceso psicológico obliga a que el acceso dependa casi exclusivamente de la remisión médica.

No, no son claras porque hay personas que quieren buscar un psicólogo y no saben dónde [...] Casi la mayoría de las personas que van al psicólogo es porque van al médico, van por una consulta externa y de ahí los mandan al psicólogo porque por ellos mismos no van. (Violeta)

A otra participante la desinformación no solo le dificultó acceder al servicio, sino que afectó su comprensión del propio proceso de atención. En su experiencia, antes de tener contacto con la atención por psicología (telefónica), relató la falta de explicaciones oportunas y de guía concreta sobre posibles alternativas de ayuda; además, señaló que no inició el proceso por decisión propia, sino que fue contactada directamente por la EPS sin haber sido informada previamente sobre la existencia de este servicio especializado para personas con patologías específicas. A partir de estos planteamientos, es posible inferir que la falta de acompañamiento y orientación reduce la autonomía del usuario.

Yo no sabía nada. A mí no me habían dicho eso del psicólogo y pues como no sabía que era para la diabetes, yo lo dejé así. Yo pensé que para la diabetes era el médico y solo el médico. (Jazmín)

Asimismo, otra de las participantes relató que, desde su experiencia, ha identificado que las dificultades de alfabetización se convierten en un obstáculo para el acceso a los servicios de salud mental, ya que quienes no saben leer o escribir no logran identificar fácilmente a dónde acudir o cómo iniciar una ruta de atención cuando la información no se adapta a sus capacidades. Esta situación da cuenta también de barreras estructurales, en tanto expone brechas sociales que ponen a ciertos grupos en mayor vulnerabilidad; lo cual se agrava con la ausencia de orientación institucional al interior de los servicios de salud.

Hay personas que no tienen el conocimiento y hay personas que también en este siglo XXI son analfabetas, que no saben leer, que no saben escribir. Que de pronto necesitan y no saben dónde recurrir. Que de pronto tienen un niño, un nieto, un sobrino y ellos no tienen conocimiento de esos temas. (Violeta)

Así también, la falta de información clara se relaciona con el desconocimiento sobre la confidencialidad y los límites profesionales, particularmente del psicólogo. De acuerdo con algunos relatos, las personas pueden experimentar dudas sobre qué sucederá con su información personal después de una intervención, lo que genera una sensación de inseguridad e impedir la búsqueda de estos servicios.

Porque de pronto hay personas... no es por lo que dirán, sino también qué va a salir de ese consultorio. Que de pronto le van a divulgar su información privada y personal. (Camelia)

En relación con lo anterior, uno de los participantes enfatizó que la desinformación influye en la persistencia y mantenimiento de creencias estigmatizantes sobre la función real de la psicología y otras disciplinas ocupadas de la salud mental. La ausencia de contenidos adecuados contribuye a mantener concepciones centradas en la locura, reforzando barreras culturales que, como se verá, afectan la disposición para buscar apoyo.

Por eso digo que la falta de información en las personas. Es eso. Hay personas que creen que están haciendo las cosas bien y no han oído hablar de un psicólogo, pero tienen ese mismo pensamiento erróneo que yo tenía: “quién va a fregar con psicólogo, eso es para locos”. (Geranio)

La falta de información como barrera para el acceso a los servicios de atención en salud mental no solo se evidencia en los procesos de acompañamiento individual, sino que se extiende hasta las actividades grupales o comunitarias relacionadas con el tema. Desde las perspectivas de los participantes, la planificación anticipada, la difusión clara de las fechas y la entrega de

materiales impresos serían estrategias necesarias para garantizar un acceso informado; prácticas que no se llevan a cabo de manera ordenada en el territorio.

Para mí no es suficiente, no. Porque las cosas deben de tener una buena organización para hacer este tipo de actividades que para mí son muy importantes. ¿Por qué? Porque hay mujeres que no tienen el conocimiento, y haciendo estas actividades con anterioridad, con tiempo, tener como un planeador de las actividades, repartir folletos. (Violeta)

De esta forma, los participantes calificaron de incompleta la difusión de información sobre el tema, por medios de comunicación como televisión, radio o perifoneo. Enfatizaron que las estrategias implementadas actualmente resultan poco efectivas por la falta de comprensión del contenido por parte de la población. Por ello, consideran necesario que la información masiva sobre estos temas se comparta mediante mecanismos directos y explicativos, como la entrega de impresos, la comunicación profesional-usuario o el uso de mensajes de WhatsApp.

Era lo que veía por las noticias. Y lo que dan en la televisión, eso nunca lo dan completo. No es lo mismo que venga alguien y te diga o te explique bien en qué consiste, cuáles son... O darte un folletico. Allá la muchacha [psicóloga] me dio un folletico, por ahí lo tengo, muy bueno porque una va leyendo. (Margarita)

Un elemento crucial que se identificó en los relatos es la carencia de conocimiento sobre derechos en salud mental, la cual desempeñó un rol relevante en la experiencia de algunos entrevistados. Esto pone en evidencia que el conocimiento en derechos no es solo un asunto de información, sino un factor que condiciona la capacidad de exigir una orientación adecuada. No obstante, otros de los participantes reconocen que la atención psicológica está regulada por disposiciones éticas y normativas que garantizan el acceso a y la confidencialidad de la atención salud mental.

De saber que tengo derecho a ir a un psicólogo gratis, que no me van a cobrar. (Camelia)

Eso yo no lo sabía tampoco, no sé, ¿qué papelería debería de meter uno para tener eso gratis? [...] Yo no sabía nada de eso, ni que para alguna enfermedad podía ir uno a ver al psicólogo. (Jazmín)

En conjunto, esta barrera limita la autonomía y la capacidad de tomar decisiones informadas, refuerza estigmas y dificulta la identificación de necesidades, derechos y rutas de acceso. La ausencia de información organizada y oportunamente comunicada afecta tanto el inicio como la continuidad de la atención, condicionando de manera directa la experiencia de los participantes y su posibilidad real de ejercer el derecho a la salud mental.

7.3.5. Barreras relacionales: afectaciones en el vínculo profesional-usuario

En las experiencias analizadas, las barreras relacionales aparecen como limitantes para la continuidad y la percepción de la efectividad del proceso de atención, especialmente psicológica. Para los participantes, el cumplimiento de condiciones como la confidencialidad, el respeto y la responsabilidad en la intervención constituyen la base del proceso de atención. En este sentido, los obstáculos relacionales para el acceso a los servicios de salud mental están asociados con la ruptura en estas condiciones, o con formas inadecuadas en que las personas establecieron y sostuvieron el vínculo y la comunicación con los profesionales, y comprometen elementos como la confianza, la calidez en el trato y la calidad del acompañamiento.

Porque yo puedo querer hacer mucho, pero si la altivez, las groserías y todas esas cosas no te permiten... porque tú dices “yo soy el psicólogo”. Tú dependes de ese paciente y se debe lograr que ambos se entiendan, porque yo voy por una necesidad. (Rosa)

Una vivencia relatada por uno de los participantes evidenció un trato inapropiado y estigmatizante por parte de la profesional, lo que generó malestar y fracturó la posibilidad de establecer un vínculo terapéutico con esta. En su relato, describió que durante la primera interacción la psicóloga realizó un comentario descalificador sobre su apariencia, lo cual fue vivido como una forma de juicio hacia él.

Y con la otra psicóloga de Ipiales: estaba mal. Porque con ella también lo primero que inició en mí fue que ella me miró a la cara y me dijo que yo tenía cara de burro, o sea de vicioso, y yo le dije que no, que ¿cómo ella podía decirme algo así? (Geranio)

En esta línea, cuando el lazo profesional-usuario se vio afectado por comportamientos del primero, percibidos como inadecuados por el segundo, se deterioró este vínculo. De acuerdo con algunos relatos, estos comportamientos que afectan la calidad del acompañamiento pueden estar relacionados con falta de escucha o de empatía, arrogancia o falta de tacto en la comunicación. Al respecto, una de las barreras más importantes identificadas en el análisis corresponde a las experiencias en las que tuvo lugar algún comportamiento del profesional, percibido como contrario a su deber. Dos de los participantes relataron experiencias relacionadas con este aspecto. Uno de ellos reflexionó sobre la importancia de las consideraciones éticas en la atención con menores, pues, en su caso, la atención brindada por una psicóloga de la institución educativa a su hija generó insatisfacción, al considerar que las orientaciones recibidas reforzaron comportamientos inadecuados en la menor y ampliaron brechas en su relación familiar.

De una persona antiética, porque para mí es una persona antiética. Lo que logró, colocar a una persona en contra de uno, a un familiar en contra. La psicóloga en lugar de crear un vínculo entre nosotros [padre e hija], ella [psicóloga] creó como una barrera entre ella conmigo. (Geranio)

La otra participante describió una experiencia marcada por un proceder profesional que vulneró los límites básicos del acompañamiento, particularmente aquellos vinculados a la responsabilidad profesional. Situación que generó una ruptura inmediata en el vínculo terapéutico, pues, esta acción fue interpretada por ella como un mal quehacer profesional.

Ella me dijo que iba a ser mi amiga. Mi psicóloga solamente la vi una solita vez. En la segunda sesión mandó al hijo, para que me atendiera a mí. Obviamente, yo no le iba a tener confianza al hijo porque no hablamos casi nada. Yo no le dije nada, ni le conté nada porque él era un extraño para mí. Yo siento que ella hizo mal al mandar a otra persona por ella. (Violeta)

En esta misma línea analítica, emergieron preocupaciones relacionadas con la confidencialidad, especialmente cuando los profesionales pertenecen a la misma localidad. En algunos relatos, al tratarse de un municipio pequeño en el que las personas generalmente se conocen entre sí, esto ha sido vivido como un factor que incrementa la sensación de exposición y vulnerabilidad, al estar en riesgo la intimidad y la privacidad.

Para mí tanto el psicólogo como el ginecólogo son muy íntimos. [...] O sea, el psicólogo en un espacio de tú a tú, debe proteger lo que yo digo. Yo creo que tanto la confianza, la ética como la seguridad hacen parte de... Aquí a mí casi no me gusta, uno debe elegir bien a su médico. (Margarita)

A pesar de estas experiencias, los participantes reconocen la existencia de profesionales competentes y diferencian estas como fallas en las prácticas individuales, no como rasgos inherentes al campo profesional. Finalmente, una participante reflexionó sobre el vínculo profesional-usuario como una responsabilidad compartida, sugiriendo que las fallas en este lazo también se relacionan con la falta de compromiso y de confidencialidad del usuario.

Porque tanto el psicólogo como el paciente deben tener ética, porque la psicología está aquí tan dañada, por la falta de ética tanto del profesional como del paciente, ahí es donde radica todo. (Rosa)

En síntesis, estas barreras relacionales para el acceso a los servicios de salud mental inciden de manera directa en la continuidad y en la eficacia percibida del proceso terapéutico. Aspectos como las prácticas profesionales percibidas como inadecuadas y antiéticas y la percepción de poca confidencialidad en los servicios locales dificultan la búsqueda inicial de ayuda, e incluso interrumpen la permanencia en el proceso una vez iniciado.

7.3.6. Barreras personales-disposicionales para el acceso a los servicios de salud mental

Dentro del análisis realizado se identificó un conjunto de barreras de carácter personal-disposicional que incidieron tanto en el inicio de la búsqueda de atención, como en la continuidad de proceso terapéutico. Estas barreras se relacionan, principalmente, con la no identificación de necesidad de asistencia en salud mental, o, teniendo identificada esta necesidad, con el rechazo a buscarla, también con la presencia de inquietudes sobre los servicios que limitan el acceso, y con la resistencia a abrirse emocionalmente cuando ya se está en el proceso de atención. A ello se suman otros aspectos asociados con la falta de tiempo disponible y con las cargas personales o familiares.

Siempre “ay no qué flojera...”. O sea... le damos menos importancia sabiendo que eso puede ser muy beneficioso, importante y fundamental para nuestra vida. (Camelia)

Algunos entrevistados refirieron que, al haber manifestado su necesidad de consultar, hubo quienes les insistieron en desistir y en la poca importancia y prioridad del acceso a los servicios de atención por salud mental, particularmente haciendo alusión a la asistencia psicológica, lo que debilitó su disposición para buscar ayuda. Una participante enfatizó en que, para ella, esta desvalorización contribuye a la inhibición de la búsqueda de atención.

Qué te digo, yo oigo personas que dicen eso, son muy erradas “al psicólogo no. Psicólogo, no”, pero el psicólogo es importante porque ayuda. Hay personas que dicen que “a mí me mandaron al psicólogo, como si yo necesitara el psicólogo”. Yo digo que no le dan importancia, porque si se la dieran fuera diferente. (Margarita)

En línea con lo anterior, un participante expresó desconfianza hacia la búsqueda genuina de la atención psicológica, asociada a la percepción de que algunas solicitudes de atención pueden ser fingidas, lo que, para él, deteriora la credibilidad y dificulta la comprensión del propósito real del servicio.

Pues, a uno le entra la duda sobre estas cosas. Igual he visto gente que utiliza a los profesionales de la salud mental para —como dicen por ahí— mamar gallo. Yo he tenido compañeros que para no entrar al área dicen que están deprimidos. (Geranio)

Además, una de las entrevistadas señaló una predisposición, de ella misma, marcada por la negación de la necesidad de atención especializada. En su caso, esta negación limitó el inicio del proceso de atención, aun cuando existía reconocimiento de su malestar. En otra experiencia, la participante enfatizó en que, desde su perspectiva, la falta de búsqueda está asociada, en parte, a la aceptabilidad o a la resistencia de algunas personas a expresar sus emociones y a reconocer sus propias vulnerabilidades. En este sentido, el proceso terapéutico no depende solo de la oferta institucional, sino también de la disposición individual para permitir una exploración del malestar personal.

Porque el problema no está en la atención. El problema está en que tú aceptes y lleves esas ganas de que la persona que te va a ver... que tú abras esa puerta para que esa persona entre hasta el fondo e indague tu problema. (Rosa)

Por otro lado, una de las participantes reflexionó sobre las barreras personales-disposicionales, refiriendo que para ella no solo el tiempo funciona como una limitación, pues también el cansancio reduce tanto la energía como la disponibilidad temporal para acceder a los servicios de salud mental, configurándose como una barrera personal condicionada por las demandas del trabajo. De igual manera, mencionó que estas limitaciones se tornan en una forma de justificar la postergación de la búsqueda de ayuda. Con ello introdujo la idea de que no solo se requiere reconocer la necesidad, sino también disposición personal para crear el espacio necesario y avanzar hacia el proceso de atención.

Bueno, el tiempo es una razón, pero tampoco justificarlo, porque si hay una necesidad también hay que sacar el espacio. Entonces... o será la voluntad, porque de pronto... no todo va a ser el trabajo. (Camelia)

Asimismo, algunas de las entrevistadas relataron que sus participaciones en los procesos de acompañamiento psicosocial realizados por instituciones como la alcaldía o la gobernación han sido bajas, dadas las cargas laborales o familiares que ellas han debido asumir. Aun cuando existe interés en participar, el acceso es restringido debido a horarios poco compatibles con sus rutinas,

lo cual ha generado una tensión entre la disposición personal y las posibilidades reales de participación.

Por lo que si se presenta una charla a las horas de la mañana sería imposible yo ir, el tiempo mío es contado y estoy más desocupada en la tarde, pero incluso hago tareas con mi hija y estar pendiente de ella. (Violeta)

En conjunto, las barreras personales-disposicionales evidenciaron que, en las experiencias estudiadas, el acceso a los servicios de salud mental estuvo mediado por la forma en que las personas percibieron su necesidad de atención y valoraron los servicios; además, por las limitaciones personales que pueden presentarse en distintos momentos del acceso, como en la decisión de acudir al servicio, en la asistencia a actividades programadas y en la continuidad en los procesos, afectando de manera transversal la trayectoria de la atención.

7.3.7. Barreras culturales: significados socioculturales que configuran la experiencia de buscar atención en salud mental

En las narraciones de los entrevistados emergieron creencias, actitudes y opiniones que circulan en el entorno social y que influyen en la manera en que las personas perciben la atención en salud mental, en tanto pueden generar rechazo, miedo y vergüenza frente a la búsqueda de ayuda, afectando especialmente el inicio del proceso de atención. Algunos de los participantes relataron cómo los juicios sociales se tornaron en un obstáculo que limitó su decisión de acudir a procesos de atención psicológica y psiquiátrica.

No muy buena. Porque hay comentarios que influyen, porque en vez de ayudar a que vean al psicólogo lo que hacen es burlarse de las personas. Aunque esas personas no tienen culpa de estar así, imagínese. ¿Quién va a tener la culpa de tener una enfermedad? (Jazmín)

El temor a ser observado o juzgado llevó a que algunas personas prefirieran guardar silencio. Incluso, algunas entrevistadas aludieron a que hablar de la propia salud mental es considerado un tema vetado, que no se discute en sociedad.

Pero hay otro tipo de personas que eso les parece un tabú todavía. Sí, un tabú, porque “¿qué irá a decir mi vecino?, ¿qué ira a decir mi mamá?, ¿qué ira a decir mi marido?: que yo estoy loca”, yo creo que para unas sí podría darles pena o vergüenza decirlo. (Violeta)

De acuerdo con las narraciones de los participantes, persiste la asociación directa entre la atención psicológica y psiquiátrica con la “locura”. Expresaron que, desde la opinión de muchas personas, acudir al psicólogo implica tener un problema grave o es señal de un supuesto trastorno mental, lo que refuerza juicios negativos hacia quienes reciben este tipo de atención.

O sea, un psicólogo lo ven como sí uno estuviera loco y si a uno lo mandan donde un psicólogo es porque uno tiene problemas de loquera, según la gente. (Margarita)

Por el paradigma que la gente cree que el que asiste al psicólogo es el que tienen que amarrarlo porque está loco, yo digo que es por eso. (Dalia)

Otra participante señaló haber experimentado incomodidad al ser vista asistiendo a una intervención psicológica, particularmente en el contexto escolar, ya que sus compañeros especulaban sobre su estado mental. Este fragmento evidencia cómo el temor al juicio ajeno y a la falta de discreción pueden afectar la vivencia de la atención en salud mental.

Sentí un señalamiento, yo me acuerdo de que algunos se quedaron sorprendidos y algunos se acercaban a tratar de escuchar qué era lo que yo hablaba. Como te dije antes, me dio pena, no quería que me escuchara qué era lo que yo estaba hablando. (Violeta)

En este sentido, una entrevistada manifestó que el miedo al juicio social, a la opinión externa, a la reacción de la familia puede llevar a que algunas personas eviten buscar ayuda en salud mental, lo que puede conllevar consecuencias graves cuando las dificultades no son atendidas a tiempo. En coherencia con ello, otras participantes relataron que, ante la presencia reiterada de discursos estigmatizantes en sus entornos, en el pasado y ante una posible remisión médica al servicio de psicología dudaron sobre su propia condición mental. Esto evidencia cómo estos juicios

no solo inhiben la búsqueda de ayuda, sino que también afectan la forma en que las personas se perciben a sí mismas, y en que reciben la remisión a un servicio de salud mental, convirtiéndose en un obstáculo significativo para el acceso a la atención, en tanto legitiman su ausencia, cuestionan la necesidad de apoyo profesional y contribuyen a desvalorizar la salud mental y su cuidado como un recurso para la vida.

Le dicen a uno “no, eso es para locos”, imagínate. Yo cuando en ese entonces me fueran dicho así... yo fuera dicho, “¿será que yo estoy desmentalizada?”. (Jazmín)

Cuando la primera vez que me mandaron eh... yo dije: “ay, Dios mío, ¿será que esta enfermedad me irá a volver loca a mí, que me mandaron dónde el psiquiatra?”. Porque cuando lo mandan al psicólogo o al psiquiatra, una de esas cosas mental, uno dice: “yo ya estoy es loca”. Yo siempre molestaba y charlaba con mis compañeros y decía: “yo soy bipolar”. Con eso disfrazaba un poco toda la cuestión emocional. (Dalia)

Vale decir que, en las experiencias analizadas, emergió un elemento relevante asociado con lo anterior y referido a la reproducción y el mantenimiento del estigma asociado a las alteraciones en salud mental. Los relatos evidencian que las creencias y actitudes asociadas al malestar emocional no surgen de manera aislada, sino que se transmiten entre generaciones en la manera en que las personas conciben los servicios de salud mental y se relacionan con ellos.

Aquí no le dan mucha importancia al rol del psicólogo porque, primero, las madres tienen unas falencias que no les funciona. Y eso que piensan se lo transmiten a los hijos y cuando los quieren mandar a un psicólogo a los hijos... si las propias madres no creen en un psicólogo ¿cómo vas a obligar a tu hijo a que vaya a uno? (Rosa)

De acuerdo con algunos participantes, esta transmisión ocurre principalmente a través de figuras de autoridad en el hogar, cuyos comentarios y actitudes configuran patrones que los menores aprenden. De este modo, estas creencias se instalan tempranamente, condicionando la manera en que se interpretan los servicios de salud mental.

Ese niño que te digo que lo mandaron para el psicólogo dijo que él no iba a ir porque no estaba loco. En alguna parte escuchó eso. Y en una casa que se dice eso, los hijos te estudian tu manera de ser, de comportarte, tu manera de hablar, de expresarte. A veces el hijo adopta el patrón de la madre o del padre y lo pone en ejercicio. (Rosa)

En continuidad con este relato, una de las entrevistadas señaló que, en su entorno laboral, algunos padres rechazan la posibilidad de que sus hijos requieran apoyo psicológico, al considerar que asistir a estos espacios no es necesario. Esta postura refleja una dificultad para reconocer el malestar emocional y una resistencia a aceptar la intervención profesional, lo que limita la búsqueda temprana de ayuda y refuerza la idea de que la atención psicológica solo es pertinente en situaciones extremas.

Que la gente no cree, que la gente teme a asistir a una cosa de esas, incluso en el lugar donde trabajo es... O sea, los papitos de los niños son como que: “no, mi hijo no tenía eso, yo no necesito eso, mi hijo no lo necesita”. (Dalia)

En este punto, algunos entrevistados reconocieron que hay ideas sobre la atención psicológica que se mantienen y reproducen entre generaciones, configurando un obstáculo persistente. Un participante señaló que estas formas de pensar se transmiten en la familia y continúan influyendo en las siguientes generaciones si no son cuestionadas. Su reflexión introduce la importancia de la intervención psicológica no solo a nivel individual, sino también como un medio para problematizar la repetición de estas creencias, resaltando el papel del psicólogo en la transformación de estas dinámicas.

Es como si fuera de generación en generación, eso se va transcribiéndose, ahora el hijo va así. Cuando él tenga su descendencia, la descendencia va a ser así y si él no corta eso y la descendencia de los hijos de él también van a ser así. Entonces yo creo que el psicólogo en la sociedad es importante. (Geranio)

Por otro lado, las narrativas de los participantes también dan cuenta de la baja participación en intervenciones grupales promovidas por la alcaldía. Esto se vincula con una combinación de

barreras informativas, culturales y personales-disposicionales, asociadas al desconocimiento sobre su finalidad y utilidad, lo que contribuye a que se subestimen, limitando la asistencia a espacios que podrían aportar orientaciones para las personas, las familias y el entorno social.

Yo digo que es porque no es común, de pronto dicen “ay no, que flojera ir para allá a escuchar esa mujer [psicóloga] allá a decir un poco de cosas”. Sin saber que de pronto esa mujer los va a ayudar mucho. Sin saber que la charla que ella puede dar nos puede beneficiar a nosotros, tanto a la sociedad como a nuestra familia. (Camelia)

Asimismo, otro participante mencionó que, desde su mirada, la asistencia a actividades grupales depende con frecuencia de incentivos materiales. Bajo esta dinámica, el interés por participar no surge de una motivación genuina por informarse o fortalecer habilidades emocionales, sino de los beneficios tangibles que pueda ofrecerse en el espacio de atención.

Ahora lo que pasa es que nos hemos acostumbrado, pues es como tonto. Que, si no hay nada que nos den, no asistimos a ningún lado. Si usted quiere llenar al polideportivo usted tiene que sacar de su bolsillo porque si lo manda la alcaldía, la alcaldía no lo va a hacer, ahí sí todo el mundo va con la ollita y todo el mundo le va a escuchar la conferencia a usted. (Geranio)

En síntesis, las experiencias analizadas evidencian que las barreras culturales constituyen un obstáculo decisivo a lo largo de los distintos momentos del acceso a los servicios de salud mental, influyendo tanto en la búsqueda del servicio como durante la atención. Estas barreras expresan significados, emociones y prácticas que desvalorizan la atención profesional y distancian a las personas del cuidado psicológico. De este modo, no solo afectan la decisión de acudir al servicio, sino que también estructuran un contexto que sostiene el silencio, refuerza temores y normaliza la postergación de la búsqueda de ayuda. Asimismo, inciden de manera significativa en la participación en espacios colectivos de promoción y prevención en salud mental, donde la preocupación por la confidencialidad, la percepción de baja pertinencia y la idea de que la asistencia solo es válida ante la presencia de incentivos materiales terminan por limitar el acceso efectivo a este tipo de intervenciones.

7.4. Facilitadores de la búsqueda de y el acceso a los servicios de salud mental

En la experiencia de los participantes, aunque se han encontrado con las múltiples barreras mencionadas, también emergen diversos facilitadores de la búsqueda de y el acceso a los servicios de salud mental, los cuales se articulan con la disposición personal, las redes de apoyo significativas, la relación profesional-usuario, la percepción de utilidad del servicio, y la transformación del sentido de la atención en salud mental. De igual forma, en algunos casos, las creencias religiosas operan como un soporte que valida y favorece la aceptación del acompañamiento. Uno de los facilitadores más relevantes fue la disposición personal, comprendida como la apertura y la actitud favorable para iniciar el proceso de atención.

La remisión fue importante, yo la sentí importante. Pero más importante, cuando tú pones de tu parte... que tienes que cambiar y que tienes que aceptar lo que ya pasó, aunque te duela, tienes que sacar ese factor de ti, de adentro, porque el psicólogo hace lo que tú dejas que haga. (Rosa)

En relación con lo anterior, el análisis de los relatos de algunos entrevistados evidencia que, en estos casos, *la disposición personal para participar en la atención psicológica* se fortaleció cuando la experiencia resultó positiva, les generó confianza y hubo una mayor cercanía geográfica del servicio; en este sentido, la percepción de accesibilidad se articuló con esta disposición para la asistencia en salud mental.

O sea, yo me sentí bien y le da una confianza a uno y al ser aquí fue muy bueno porque está uno aquí mismo y no tengo que desplazarme a Montelíbano. (Margarita)

Otro aspecto que emergió fue la *dimensión vincular del acceso*. Las redes significativas se configuraron como un facilitador clave para la búsqueda de atención en salud mental. Al mencionar redes significativas se alude a lazos familiares, afectivos o comunitarios que adquieren sentido en la vivencia del entrevistado y que influyen en el proceso de búsqueda de atención en salud mental. Estas redes se configuran como espacios de apoyo y contención en las que otras personas tienen un papel fundamental en la construcción de la manera como el sujeto comprende y atraviesa sus

necesidades de atención. En la experiencia de los participantes, la familia surge como el principal sostén afectivo y práctico o instrumental (acompañamiento, soporte económico, gestión de citas), especialmente en situaciones de embarazo, enfermedad o crisis emocional. En los casos estudiados las redes de apoyo aparecen como un factor que, principalmente, potencializa la búsqueda de atención; aunque también podría inhibirla.

Entonces yo digo que el acompañamiento [psicológico] es muy bueno, pero también hay que saber buscar a quién primero puedo tocarle la puerta para que me ayude a buscar ese acompañamiento. (Camelia)

Me apoyé mucho en mi hija y en mi nieto recién nacido, entonces también fue como un aliciente. Un aliciente... ella empezó a decirme que hiciera como lo que me llamara la atención. (Dalia)

Cuando estas redes han actuado como facilitadoras de la búsqueda de atención en salud mental, median entre la necesidad de atención y la posibilidad real de recibirla, mostrando un papel activo, ya sea mediante la gestión de citas, la recomendación de profesionales o el acompañamiento logístico y afectivo, revelando que el acceso a la asistencia en salud mental es también un hecho relacional y comunitario.

Mi mamá siempre estuvo ahí para mí, mis hermanos me apoyaron, mis compañeros de trabajo me apoyaron, mi jefe me apoyó y todavía me apoya, aunque yo estoy aquí, él me llama y me escribe. Lo importante cuando tú pases un proceso es que tú dejes, tú permitas que los demás que te aman, porque te tienen cariño, porque te estiman o te aprecian, dejar que cada uno aporte un granito de arena. (Rosa)

En algunos casos, se observó que el acompañamiento no siempre surgía de una necesidad de atención en salud mental reconocida, sino como respuesta a una indicación médica o recomendación profesional, especialmente de acudir a asistencia psicológica. Esta mediación profesional en la decisión de acudir al servicio, así como la de las redes significativas de apoyo,

muestra que el acceso a este puede depender de la guía o gestión de otros, más que de la iniciativa personal.

Lo único fue esa vez y fuimos porque los profesores recomiendan... hay veces que de pronto un vecino, la mamá de ella [...] uno va al psicólogo a veces, yo creo, que no es por uno mismo, no es por parte de uno mismo. Uno a veces va a un psicólogo, porque a veces uno tiene un problema. (Geranio)

La mayoría de los relatos también reflejaron presencia de una comunicación familiar que, en las experiencias de los entrevistados, favoreció la expresión emocional, la comprensión mutua y la búsqueda conjunta de soluciones. Esto se ha constituido en un asunto relevante en estas experiencias estudiadas, en la medida en que el reconocimiento del malestar se ha tornado en un facilitador para la búsqueda de atención en salud mental cuando ha sido requerido.

Sí, se habla, pero no muy constantemente. Siempre... a veces tenemos temas de conversación, de cómo nos sentimos en mi hogar. Sí, corregimos palabras que de pronto dijimos sin querer herir, pero las dijimos mal dichas, siempre tratamos de corregir eso. (Camelia)

No obstante, algunos de los relatos de los participantes refirieron dificultades para contar con redes de apoyo significativas, especialmente por horarios laborales, que impiden un acompañamiento constante en el proceso de asistencia en los servicios de salud o salud mental. Esta situación ha significado, para algunos, mayores esfuerzos para la búsqueda y acceso a esta atención, por lo cual ocasionalmente puede inhibirla.

Dos veces fui acompañada, las otras veces iba sola porque mi esposo trabajaba, mi suegra estaba enferma, mi suegro trabajaba y no tenía a nadie que me acompañara. (Rosa)

En el análisis se reconoce la relación profesional-usuario como un medio clave para el acceso a los servicios de salud mental. Así, por ejemplo, la explicación previa del motivo de la remisión brinda mayor comodidad y seguridad al usuario, al permitirle comprender los sentidos de

la asistencia por psicología o psiquiatría. Otro ejemplo de ello es la comprensión de los procedimientos empleados en la atención psicológica. Así, en las experiencias en que se propició una mayor participación e involucramiento personal del usuario, tanto como un mejor entendimiento del proceso, hubo también una valoración de esto como favorecedor del acceso y el mantenimiento en la atención.

Mira que así es más cómodo, me parece a mí que es como una ruta fija, además a uno se le puede quitar el miedo de que lo manden al psicólogo porque el médico le explica para qué lo está mandando. (Margarita)

Al respecto de este vínculo resalta el papel de la confianza en el profesional. En este sentido, la confidencialidad se torna relevante, en tanto, en la experiencia de algunos entrevistados, sintieron que se trataba de un espacio en el que podían dar cuenta de aspectos íntimos y privados. Sin embargo, esta confianza no solo tiene que ver con la garantía de confidencialidad, sino también con la percepción, del usuario, respecto del profesional como competente para el acompañamiento. En este orden de ideas, otro aspecto clave fue el encontrar que el profesional dio valor al sufrimiento y a las circunstancias que les llevaron a consultar.

Últimamente, yo he sentido eso, que es muy positivo. Que lo manden directamente con la persona que te va a ayudar cuando surjan problemas de salud. Ya sabes que esa persona conoce de esto, entonces uno tiene mayor acceso y mayor confianza con ese profesional. (Dalia)

En esta línea, algunos entrevistados destacaron que el contacto con los servicios facilitó una mayor apertura para hablar sobre sus emociones y dificultades, favoreciendo la socialidad y la comprensión más clara de las problemáticas por tratar en una consulta psicológica.

Sí, yo era muy apático a mí me ha ayudado mucho estos temas de psicología para relacionarme más. Yo creo que eso le abre confianza a uno, de hablar tú a tú con otro. Como la primera vez que yo fui al psicólogo que yo no sabía para qué era ni por qué era, pero yo ya sé más o menos qué temas o qué cosas se pueden tocar en espacios de atención. (Geranio)

Asociada con esto, aparece la *percepción de utilidad como un facilitador* relevante. Varios participantes destacaron que el acompañamiento recibido, individual o grupal, tuvo un efecto transformador en su vida personal, al permitirles afrontar situaciones emocionalmente exigentes y reconocer cambios sostenidos en el tiempo.

Ha sido renovador, ha sido importante, ha sido súper aliviador. ¿Cómo decirlo? O sea, tú te sientes... tú cambias, tú te sientes otra cosa. Tú vas superando la dificultad, cuando te encuentras con un buen especialista, alguien que de verdad sepa como guiarte, incluso sin estar frente a ti porque lo que te enseña se queda contigo. (Dalia)

De manera similar dos participantes resaltaron que las charlas y actividades colectivas de orientación en salud mental posibilitaron, en su caso, el acceso a información y aprendizajes sobre aspectos previamente desconocidos. Estos espacios fueron valorados por ellos como escenarios que favorecieron la sensibilización y el acercamiento a la salud mental.

Yo digo que... la persona no tiene que tener problema, son charlas que hay cosas que uno no conoce y por medio de ellos usted conoce y comprende. (Geranio)

Me daban charlas psicológicas. En reuniones nos explicaban sobre la salud mental, nos explicaban cómo nos sentíamos... emocionalmente, cómo estábamos en el embarazo y, después del embarazo, en el postparto. (Camelia)

La percepción de estos cambios, de acuerdo con el análisis realizado, favoreció también un proceso de *transformación en la manera de comprender los servicios de salud mental*, particularmente respecto del papel del acompañamiento psicológico y psiquiátrico. Los participantes señalaron que, tras asistir a consulta, modificaron la percepción inicial que tenían sobre estos espacios, reconociendo su utilidad y sentidos.

Desde el momento que usted empieza con eso... porque lo viví yo en el acompañamiento. Desde el momento que ella [psicóloga] empezaba a explicar y todo eso, ya uno pensaba

diferente, ya uno... los pensamientos eran diferentes, no eran los pensamientos que uno tenía atrás. (Camelia)

A propósito de esto, una de las participantes relató que, a partir de las explicaciones de los profesionales (médicos, psiquiatras y psicólogos) durante el acompañamiento, pudo resignificar la experiencia de la atención, alejándose de ideas negativas previas. Otros participantes coincidieron que la experiencia directa permitió un aprendizaje sobre la función real, el valor formativo, reflexivo y de comprensión personal.

Bueno ya uno después, cuando uno asiste a la cita que ya empieza el diálogo, la charla, el conocimiento, aprende a estudiar o aprende. Estudia algo un poco y aprende algunas cosas. (Dalia)

Por otro lado, emergieron las *creencias religiosas como un facilitador de carácter cultural*, las cuales, en la mayoría de los casos analizados, operaron como un soporte que validó y favoreció la aceptación del acompañamiento, la búsqueda de atención y el mantenimiento en el proceso. Para dos de los entrevistados, el contar con asistencia en salud mental es un bien posibilitado por su deidad; un recurso dispuesto por esta para su apoyo. Así, el propósito de esta atención está en línea con la búsqueda de un bienestar válido en clave de presupuestos religiosos.

Hasta yo creo que la psicología y la religión tienen un parecido que es ayudar a otros. Así yo lo identifico. (Rosa)

Pero uno se pone a ver desde ese punto de vista, Dios los coloca en ese camino es por algo: para que ayuden a los demás es como una ayuda al prójimo. (Geranio)

En conclusión, los facilitadores identificados evidencian que el acceso a los servicios de salud mental no responde a un proceso lineal ni dependen únicamente de la disponibilidad institucional, sino que se configura a partir de un entramado de disposiciones personales, vínculos significativos y experiencias relacionales que pueden emerger en distintos momentos del acceso: antes de la búsqueda, durante el ingreso al servicio o a lo largo de la experiencia de atención.

8 Discusión

Comprender las barreras y facilitadores para el acceso a los servicios de salud mental en La Apartada exige reconocer que las experiencias de los participantes no se construyen únicamente desde la oferta institucional, por el contrario, se trata de las diversas formas en que cada persona interpreta y enfrenta las condiciones que posibilitan o dificultan la búsqueda de atención. Esto, entendiendo “el acceso como la facilidad y oportunidad con que las personas se acercan y obtienen servicios de atención médica adecuados cuando perciben que los necesitan y sin esfuerzos onerosos” (Vértiz et al., 2024, p. 557).

Teniendo en cuenta la distinción entre acceso real y potencial (Instituto Nacional de Salud, 2019), es posible pensar que en las experiencias estudiadas el acceso se configuró de forma ambigua, pues las condiciones formales de disponibilidad coexistieron con limitaciones tanto institucionales como personales que desincentivaron el uso de los servicios. Cabe recordar que, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud, el acceso potencial está asociado con las condiciones estructurales, organizativas e individuales que favorecen la utilización de los servicios; es decir, depende tanto de la organización de los recursos como de las disposiciones individuales para buscar atención. En los hallazgos de este estudio, el acceso potencial, expresado en la afiliación al sistema y en la existencia formal de servicios, no se manifestó de manera consistente en un acceso real efectivo en todos los casos, lo que evidenció una brecha entre la posibilidad institucional de atención y su concreción en la experiencia vivida. Tal como lo plantea el INS (2019), el acceso real se encuentra estrechamente vinculado a la satisfacción y las percepciones construidas a partir del contacto directo con los servicios. En consecuencia, esta distancia entre el acceso potencial y real puso en evidencia que el acceso a la atención en salud mental no puede comprenderse únicamente desde la oferta o la cobertura, sino como un proceso relacional en el que las condiciones estructurales y los recursos personales se articulan para facilitar o restringir la apropiación efectiva del derecho a la salud.

Desde esta perspectiva, el acceso estuvo lejos de vivirse como una experiencia fluida o garantizada. Por el contrario, los participantes relataron trayectorias marcadas por esfuerzos reiterados, costos económicos y desplazamientos a otros municipios, lo que tensiona la noción misma de acceso como facilidad u oportunidad. Así, los casos analizados se inscribieron en un entramado de barreras estructurales, de organización de la atención, económicas y geográficas,

informativas, personales-disposicionales, relacionales (profesional-usuario) y culturales que condicionaron el acceso, entendido como una experiencia procesual articulada en tres momentos críticos (antes del ingreso, en el ingreso y durante la atención).

Estos tres momentos funcionan como umbrales de acceso, en los que las barreras pueden actuar como filtros que retrasan, interrumpen o inhiben la posibilidad de atención, aun cuando exista una oferta formal de servicios. Las barreras identificadas en el primer momento del acceso a la atención adquieren un peso significativo, ya que no solo postergaron o contuvieron la búsqueda de ayuda, sino que contribuyeron a la normalización del malestar y a la percepción de que la atención en salud mental es asociada con la anomalía, reforzando una lógica reactiva del cuidado. En un segundo momento, cuando se configuró la decisión de buscar ayuda y hubo intentos por concretar el servicio, en las experiencias estudiadas se evidencia una brecha persistente entre la cobertura formal del sistema y el acceso efectivo de estos, tal como lo advirtieron Vargas et al. (2010) al señalar que las reformas en salud en Colombia no garantizan un acceso adecuado pese al aumento en la afiliación. Respecto al último momento, durante la atención, los casos analizados evidencian que el acceso no se agotó en el ingreso inicial, sino que dependió de la calidad del vínculo con el profesional, el trato recibido de este y la coherencia identificada en términos de su posicionamiento ético, lo que incidió directamente en la percepción de utilidad y sentido de la atención especializada.

Esta comprensión se articula con el modelo propuesto por Andersen y Aday (citado en Hirmas et al., 2013), en el que el acceso no depende solo de la existencia formal de los servicios, sino de la interacción entre factores contextuales, características individuales, condiciones del sistema y resultados percibidos en la atención. En el caso del municipio de estudio, esta interacción se manifestó en experiencias donde las disposiciones personales para buscar ayuda se vieron constantemente moduladas por las limitaciones estructurales del sistema, lo que afectó tanto la decisión de ingreso como la permanencia en la atención. De este modo, los relatos permiten comprender que el acceso se vive desde límites concretos: la ausencia de oferta especializada en el municipio, la necesidad de desplazamientos y gastos de bolsillo, las dificultades administrativas y organizativas, la desinformación, el estigma y la baja calidad del encuentro con el profesional.

Estas experiencias dialogan con los planteamientos de autores como Saturno e Hirmas (citados en Vértiz et al., 2024), quienes mencionaron que el acceso se constituye en medio de obstáculos entre la disponibilidad, aceptabilidad, organización del sistema y condiciones

socioeconómicas. Así, lo observado en La Apartada manifiesta que el acceso no puede asumirse como un proceso lineal, sino como un fenómeno multidimensional donde intervienen desde factores estructurales hasta personales, que moldean las posibilidades reales de atención. Además de estar condicionado por las comprensiones de salud mental prevalentes en una sociedad, las cuales se sitúan en un proceso histórico amplio en el que la noción de salud mental ha transitado desde una lógica centrada en la vigilancia y el encierro hacia perspectivas psicosociales, comunitarias y centradas en el bienestar (Foucault, citado en Ortiz, 2023). Desde esta perspectiva, la salud mental deja de ser exclusivamente un asunto del saber experto y comienza a construirse en el lenguaje cotidiano, en las relaciones sociales y en la experiencia.

Sin embargo, este estudio muestra que, a pesar de los avances conceptuales señalados por Ortiz (2023), en las experiencias de los participantes y en su contexto de vida, persiste una concepción morbicéntrica, donde la normalidad es definida en términos de no enfermedad y la búsqueda de atención continúa asociándose con “anormalidad”, incapacidad o pérdida de funcionalidad. De acuerdo con los análisis de este estudio, esta lógica no solo limita la búsqueda temprana de ayuda, sino que configura una experiencia de acceso reactiva y tardía en la que el cuidado aparece como último recurso y no como una práctica preventiva o de bienestar.

En diálogo con estos hallazgos la propuesta de Mebarak et al. (2009) resulta útil para comprender las concepciones de salud mental que emergen en los relatos de los participantes. Los autores señalan que la noción de “anormalidad” ha sido históricamente construida a partir de distintos criterios, tales como la infrecuencia estadística, la violación de normas sociales, la aflicción personal y la disfuncionalidad en el cumplimiento de metas personales o sociales. Esta multiplicidad de criterios permite entender por qué, en las narrativas analizadas, la salud mental se asocia predominantemente con estados de alteración, pérdida de control o trastornos, que requieren intervención especializada. En este sentido, las experiencias de los entrevistados reflejan cómo estas concepciones sociales continúan influyendo en la manera en que se interpreta la salud mental y, de forma consecuente, en la forma en que se conciben la atención psicológica y psiquiátrica, reforzando una mirada centrada en la enfermedad y el diagnóstico más que en la prevención o el fortalecimiento de las relaciones.

Esto coincide con los planteamientos de Restrepo y Jaramillo (2012), para quienes el concepto de salud mental se transforma en función del contexto histórico influido por factores sociales, económicos y políticos, y se ajusta a las características particulares de cada época. Así,

en la actualidad se privilegia una lógica biomédica, descrita como “la reducción de lo mental a un proceso biológico y la ausencia de enfermedad como criterio de normalidad” (p. 203), lo que limita la comprensión integral del bienestar. En relación con lo anterior, Marulanda y Arroyave (2019) permiten ampliar esta lectura al señalar que la crisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Atención Integral en Salud Mental en Colombia se relaciona con enfoques asistenciales, reactivos y clínicos-funcionales que han restringido la construcción de estrategias preventivas y educativas.

En este estudio, esta crisis se hace visible en la manera en que los participantes entienden la salud mental y diferencian los roles del psicólogo y el psiquiatra en los servicios de atención, en función de una clasificación de severidad de problemáticas o trastornos. En esta vía, Restrepo y Jaramillo (2012), señalan que una de las falencias para la atención en salud mental en Colombia está asociada con la forma como se conciben la salud y la enfermedad (falencias conceptuales); para los autores, cuando el sistema privilegia un enfoque centrado en la patología, la muerte y la atención especializada, se debilita la promoción de la vida, el cuidado y la atención primaria en salud mental. Esto, dentro de la investigación, cobró importancia, ya que contribuye a consolidar concepciones sobre cuándo y para qué se debe acceder a los servicios de atención en salud mental. En este sentido, de acuerdo con Marulanda y Arroyave (2019), es preciso implementar un modelo biopolítico renovado, capaz de resignificar las nociones de cuidado, subjetividad y bienestar, en una manera que integre tanto los aspectos positivos del autocuidado como los negativos asociados con la enfermedad.

Desde esta perspectiva, la concepción centrada en la enfermedad que aparece en los relatos no es un hecho aislado, pone de manifiesto que las nociones de acceso real y potencial se entrelazan con las comprensiones individuales y condiciones estructurales que, en conjunto, configuran la forma en que los usuarios de La Apartada pueden, o no, acceder a los servicios de salud mental. Esta relación compleja constituye un punto de partida fundamental para interpretar las barreras y facilitadores identificados en el estudio, que conforman una cadena interdependiente que reproduce desigualdades y obstaculiza la atención oportuna y efectiva.

8.1. Las barreras estructurales y organizativas para el acceso a los servicios de salud mental

En términos estructurales y organizativos del sistema de salud, se puede situar la experiencia de los participantes dentro de un escenario ampliamente documentado por organismos internacionales y por la literatura especializada. La OMS (2025) enfatiza que la salud mental continúa siendo una de las áreas con menor inversión pública a nivel global, con presupuestos que no superan el 2% del gasto sanitario. Esta tendencia adquiere especial relevancia en contextos como La Apartada, donde la limitada disponibilidad, tanto de infraestructura como de personal, se manifiesta en la necesidad de desplazarse a otros territorios para acceder a atención psicológica y psiquiátrica. En línea con estas observaciones, Novoa-Gómez (2012) resalta que el compromiso del país con la salud mental ha sido históricamente débil y fragmentado, con una inversión insuficiente, una escasa articulación interinstitucional y un énfasis en la oferta privada como eje provisional de los servicios. En el municipio y en las experiencias estudiadas, estas condiciones se materializaron en la ausencia de servicios especializados locales y en la dependencia de redes externas de atención, reproduciendo desigualdades en el acceso.

Para Hernández y Sanmartín (2018) las falencias estructurales de la atención en salud mental se derivan de la organización, regulación y el funcionamiento del sistema de salud. Desde otra perspectiva, estos autores ofrecen claves interpretativas que permiten comprender la persistencia de estas barreras estructurales, en tanto enfatizan que, aunque las luchas sociales han logrado posicionar la salud mental como un asunto constitucional, la organización del sistema continúa guiándose por criterios administrativos y económicos que restringen el acceso efectivo. Lo anterior se manifiesta en una estructura sanitaria que, a pesar de sus normativas, no logra consolidar un enfoque centrado en derechos, lo que incide directamente en la experiencia de los usuarios, quienes se encuentran con un modelo de atención que no responde a sus necesidades ni a su contexto territorial. En el mismo sentido, González et al. (2016) señalan que el acceso se ve afectado por la unión de deficiencias organizativas, restricciones administrativas y limitaciones en la accesibilidad material. Esta combinación de factores se evidencia en decisiones como la atención telefónica, la restricción de la periodicidad de las citas o la exigencia de autorizaciones internas que ralentizan el proceso.

Estas dinámicas revelan que el acceso no se configura únicamente a partir de la existencia formal de un servicio, sino a partir de las condiciones concretas bajo las cuales es gestionado. El Plan de Desarrollo Municipal 2024-2027 de La Apartada (Alcaldía de La Apartada, 2024) reconoce esta problemática al señalar la precariedad de la infraestructura rural y la insuficiencia de

promoción y prevención, elementos que en las experiencias analizadas se han constituido como limitantes para la participación informada y el acceso al conocimiento actualizado sobre salud mental.

Así también, al analizar los hallazgos desde una mirada multisectorial, emerge la importancia de pensar la salud mental en otros escenarios, especialmente en el ámbito educativo, donde también se configuran barreras estructurales para la atención, como la asociada con la ausencia de psicólogos en los colegios, pese a la necesidad de acompañamiento en niños y adolescentes. Esta percepción de los participantes dialoga con lo señalado por la OMS (2022), la cual enfatizó que la salud mental depende de factores intersectoriales y requiere intervención articulada en entornos comunitarios, sociales y educativos. Del mismo modo, la Política Nacional de Salud Mental en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) destaca la importancia de estrategias integrales en el marco de la Atención Primaria en Salud. Desde este enfoque, la ausencia de apoyo psicológico escolar constituye una falla de disponibilidad y una débil articulación intersectorial que afecta la prevención temprana y la continuidad de la atención. Desde esta perspectiva, resulta pertinente mencionar que autores como Rojas-Bernal et al. (2018) han caracterizado la salud mental como “la cenicienta de las políticas públicas”, aludiendo a las deficiencias en la obligatoriedad de aplicación real, lo que conlleva una distancia persistente entre las normativas de salud mental y su implementación efectiva.

8.2. Otras barreras significativas para el acceso a la atención en salud mental

Así también, otra de las barreras que influyó en la experiencia de los entrevistados fue la geográfica y económica. González et al. (2016) señalan que estas barreras geográfico-financieras tienden a profundizar las desigualdades en el acceso a servicios de salud mental, especialmente en zonas rurales, donde la distancia a los centros de atención, los largos tiempos de desplazamiento y la escasez de personal capacitado en los primeros niveles de atención operan como obstáculos estructurales que desincentivan la búsqueda de ayuda. En este sentido, la lejanía geográfica no solo dificulta el acceso físico, sino que incrementa el costo económico, especialmente cuando implica asumir gastos con recursos propios o enfrentar procesos administrativos complejos. Desde el marco normativo, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Congreso de la República de Colombia, 2015) concibió el acceso a los servicios de salud como una condición sustentada en elementos esenciales

e interrelacionados, como la disponibilidad, asociada a la existencia real y suficiente de servicios y talento humano; la aceptabilidad, vinculada a las condiciones éticas, culturales y relacionales de la atención; la accesibilidad, referida a la posibilidad efectiva de uso de los servicios en condiciones de igualdad; y la calidad e idoneidad profesional, orientadas a garantizar una atención pertinente, segura y centrada en el usuario. Sin embargo, los hallazgos del estudio evidencian que, en el territorio, estas dimensiones no se garantizan de manera integrada. Así las barreras geográficas y económicas se manifiestan no solo como una dificultad de desplazamiento o de pago, sino como un entramado de barreras y condiciones que restringen el acceso real, reforzando patrones de exclusión. Lo que evidencia una brecha persistente entre el marco normativo y la experiencia vivida por los usuarios.

La Política de Salud Mental del país (Minsalud, 2018) reconoce la centralización de especialistas en ciudades y la insuficiencia de personal en zonas rurales. En La Apartada estas desigualdades se expresan en la ausencia local de servicios especializados como psiquiatría y la obligatoriedad de desplazarse a ciudades principales para obtenerlos. Estos planteamientos permiten comprender que, en el municipio, el acceso no falla por ausencia normativa, sino por la forma en que el sistema se materializa en el territorio.

En paralelo, y como se ha anunciado, las barreras informativas emergen como un eje crítico que trasciende la simple ausencia de datos y se configura como un mecanismo que restringe la autonomía, la búsqueda y el ejercicio efectivo del derecho a la salud mental. De esta forma el acceso es desplazado hacia una lógica predominantemente reactiva y mediada por la remisión médica. González et al. (2016) enfatizan en que la información distorsionada o insuficiente sobre los servicios disponibles afecta la utilización y continuidad de la atención. En las experiencias de los participantes el desconocimiento sobre los signos de alerta, las rutas de atención, las funciones del profesional y los derechos en salud mental limitó su capacidad para reconocer oportunamente la necesidad de ayuda y tomar decisiones sobre su cuidado.

En este sentido, la brecha informativa no solo genera incertidumbre frente a la prevención y la atención oportuna, sino que también debilita el conocimiento sobre las responsabilidades institucionales, reproduciendo una relación asimétrica entre los usuarios y el sistema de salud. La importancia de esta barrera había sido resaltada por el comité DESCA (ONU, 2000) y Tanahashi (citado en Hirmas, 2013), quienes consideran la información como una condición fundamental del acceso, en tanto posibilita el ejercicio efectivo del derecho a la salud mental.

En los hallazgos, aspectos como la ausencia de alfabetización en salud mental, la escasa orientación profesional y las estrategias institucionales insuficientes han interferido en el ejercicio pleno del derecho a la información de los participantes. A su vez, estas limitaciones informativas se vinculan con lo planteado por Agüero y Correa (2018), quienes entienden la salud mental como una construcción singular vinculada al bienestar y a las experiencias cotidianas, y destacan su estrecha relación con la ciudadanía y el reconocimiento de derechos. Desde esta mirada, la falta de información no solo obstaculiza el acceso real a los servicios, sino que restringe la posibilidad de que las personas se reconozcan como ciudadanos con derecho a participar activamente en las decisiones relacionadas con su salud mental.

Asimismo, las barreras relacionales muestran que la experiencia de atención está vinculada con la calidad del encuentro entre profesional y usuario. Esta perspectiva resalta con lo propuesto por Valverde e Inchauspe (2017), quienes sostienen que la acogida constituye el primer acto clínico y ético para un encuentro auténtico, sin limitarse a aspectos técnicos. Los autores plantean que “la acogida necesita dar espacio para reconocer al otro como distinto” (p. 534), lo que posibilita la apertura y la confianza en el proceso terapéutico. De este modo, el aspecto ético es imprescindible dentro del encuentro. Cuando la acogida no se presenta, el espacio de atención es percibido como distante, autoritario o indiferente; la vulnerabilidad del usuario queda expuesta y el vínculo pierde su capacidad de habilitar la continuidad del proceso. En territorios pequeños, donde la privacidad y la confianza tienen un peso singular, estas experiencias adquieren una relevancia particular. Esto permite dar cuenta de que la dimensión relacional no solo es un componente del vínculo terapéutico, sino una condición de acceso en sí misma, cuya fragilidad se acentúa en territorios pequeños y la privacidad adquiere un valor mayor por el miedo al señalamiento social.

Por otro lado, una de las barreras más significativas en los hallazgos fue la cultural. Para autores como Restrepo y Jaramillo (2012) las barreras culturales para el acceso a los servicios de salud mental se relacionan con las creencias, valores y percepciones sociales que favorecen el olvido, el estigma y el desinterés frente a la salud mental, debilitando su posicionamiento como un asunto prioritario, lo que consecuentemente afecta la demanda y aceptación de los servicios. En este estudio, esto se manifiesta en una restricción del acceso potencial, en la medida en que las personas inhiben la demanda antes incluso de entrar en contacto con el sistema de salud. Así, el estigma, la transmisión intergeneracional de creencias y el machismo no solo dificultan el ingreso a los servicios, sino que configuran un escenario donde el malestar emocional y la necesidad son

silenciados o reinterpretados como algo que debe resolverse en el ámbito privado, reproduciendo trayectorias de atención tardías o inexistentes. En esta lógica, el estigma aparece como una barrera que inhibe la búsqueda de ayuda y refuerza visiones patologizantes sobre el uso de servicios de atención.

González et al. (2016) mencionan que el temor a ser etiquetado o señalado funciona como un inhibidor central en la demanda de servicios, lo cual se vincula con los relatos de los participantes de este estudio. Asimismo, Acuña y Bolis (2005) destacan que la estigmatización constituye un eje estructurante de la exclusión social, en la medida que limita el acceso equitativo a los servicios. Desde esta perspectiva, el estigma puede ser comprendido no solo como una actitud social negativa, sino como un mecanismo estructurante de la exclusión en salud mental. De manera particular, en el presente estudio su impacto se evidenció a lo largo de los distintos momentos del acceso, influyendo tanto en la disposición inicial para buscar atención como en el ingreso y permanencia en los servicios de salud mental.

En coherencia con lo anterior, Campos-Arias et al. (2014) enfatizan en que el estigma está relacionado con el olvido y la negligencia institucional sistemática. Estas barreras compuestas por estereotipos, prejuicios y prácticas discriminatorias tienen un impacto significativo en la salud mental, especialmente en municipios con limitado acceso a información y oferta de servicios. Esta perspectiva permite entender cómo en La Apartada, y en la experiencia de los participantes, el estigma funciona como un eje transversal que no solo limita la búsqueda de ayuda, sino que también obstaculiza la construcción de comprensiones más amplias y contextualizadas sobre la salud mental y el acceso a la atención. En este marco, la asociación entre la asistencia a los servicios de salud mental y la locura apareció de manera reiterada, lo que ha limitado la aceptabilidad de estos servicios y condicionado la disposición a buscarlos y utilizarlos, al inscribir la atención dentro de la anormalidad y la desvalorización social.

8.3. Los facilitadores para el acceso a los servicios de salud mental

En contraste con las barreras identificadas, los relatos evidenciaron facilitadores que incidieron positivamente en el proceso de acceso a los servicios de salud mental. Estos hallazgos coinciden con lo señalado por la OMS (2013), al resaltar que el acceso no depende exclusivamente de capacidades individuales, sino de factores relacionales y contextuales. Entre los facilitadores

más relevantes surgieron la disposición personal, las redes de apoyo significativas, la confianza en los profesionales, la percepción de utilidad del servicio, la cercanía geográfica y un conjunto de transformaciones en la manera de comprender el sentido de la atención en salud mental. Asimismo, en algunos casos, las creencias religiosas operan como un soporte que valida y favorece la aceptación del acompañamiento.

En este punto, la calidad de la atención adquirió un papel central. Como lo señalan Zastowny et al. (citados en Sánchez et al., 2020), la calidad de la atención en salud mental se entiende como el grado en que los servicios responden a las necesidades y expectativas de las personas, sus familias y demás beneficiarios. En este contexto, esta definición implica la efectividad clínica de las intervenciones, la apropiación de saberes sobre el tema en la experiencia de los usuarios y el fortalecimiento de la relación entre profesionales y pacientes. Los facilitadores identificados operan frecuentemente como respuestas adaptativas (de los usuarios) frente a la precariedad institucional, más que como respuesta de un sistema organizado. Esto permite problematizar la idea de responsabilidad individual en el acceso y desplazar la mirada hacia las condiciones estructurales que obligan a los usuarios a sostener, por sí mismos, sus trayectorias de atención.

De manera similar, Sánchez et al. (2020) destacan que la calidad de la atención en salud mental integra dimensiones personales y organizativas, entre ellas la percepción del usuario sobre el trato recibido, los resultados obtenidos, la actitud del profesional, el ambiente del servicio y la organización misma del cuidado. En este sentido, permite comprender que la calidad, entendida desde su dimensión ética, técnica y relacional, actúa como un puente que habilita el acceso, favorece la continuidad y contrarresta parte de las barreras identificadas anteriormente. Al situar la experiencia del usuario como componente central, se revela cómo las relaciones de confianza y la percepción positiva del cuidado se convierten en recursos claves para sostener la búsqueda de ayuda, en escenarios donde las limitaciones estructurales podrían, por sí solas, inhibir la atención.

Asimismo, desde la perspectiva de Keegan (2012), la disposición personal hacia la aceptación del apoyo emocional se fortalece cuando se combina con experiencias relacionales positivas y con la presencia de redes de apoyo significativas, que actúan como sostén emocional y práctico que en ocasiones suplen faltas institucionales. En algunos casos, las creencias religiosas también funcionaron como referentes interpretativos que otorgaron sentido al proceso de atención en salud mental y reforzaron la decisión de buscar ayuda. En conjunto, estos facilitadores permiten

comprender la atención en salud mental como una experiencia que se da en la intersección entre disposiciones personales, vínculos de confianza y condiciones contextuales que habilitan la posibilidad de recibir acompañamiento.

Finalmente, estos aportes permiten afirmar que el acceso a los servicios de salud mental, en el contexto de La Apartada, no puede ser comprendido únicamente desde la disponibilidad de servicios o la afiliación al sistema, sino como una experiencia situada, relacional y atravesada por desigualdades estructurales. Esta comprensión amplía el campo de análisis del acceso en salud mental y ofrece elementos para repensar políticas, prácticas institucionales y estrategias de atención más coherentes con las realidades territoriales y las experiencias de los usuarios. En este sentido, el acceso emerge menos como un evento puntual y más como un proceso relacional, comunitario y dinámico, vulnerable a fracturas en distintos momentos del recorrido de atención.

9 Conclusiones

El análisis de los distintos momentos del acceso, antes del ingreso, para el ingreso y durante la atención recibida, en la vivencia de los participantes, permitió identificar que las barreras no se concentran exclusivamente en el inicio del proceso, sino que se transforman y se encadenan a lo largo de toda la trayectoria de atención. Este hallazgo constituye uno de los aportes centrales de este estudio. El acceso no puede ser comprendido como un evento puntual, ya que se configura como una experiencia continua que se ve condicionada por obstáculos que emergen, se combinan y se potencian mutuamente en cada momento. La relevancia de este hallazgo radica en que permite cuestionar la noción tradicional de acceso como un evento inicial y único, y amplía los modelos clásicos de acceso al evidenciar que no basta con ingresar al sistema para que este se materialice como experiencia efectiva de cuidado, lo que da cabida a problematizar el asunto del acceso efectivo, mostrando que la cobertura formal y la afiliación al sistema no garantizan condiciones reales de atención en salud mental.

En esta trayectoria se configuró un conjunto de barreras interrelacionadas: estructurales, organizacionales, geográficas y económicas, informativas, personales-disposicionales, relacionales y culturales. El análisis mostró que estas barreras operan como una cadena de limitaciones articuladas en la que la falta de información incrementa el estigma y el desconocimiento sobre los servicios y la salud mental; las restricciones geográficas profundizan las económicas, y la organización institucional afecta directamente la percepción de utilidad, satisfacción y continuidad de la atención. La organización institucional y del sistema de salud no se ajusta a las necesidades reales de los participantes, lo que perpetúa brechas durante los tres momentos del acceso a la atención, y afecta el acceso real. Esta interacción compleja evidencia que acceder a los servicios de salud mental en La Apartada no depende únicamente de la existencia de servicios; esta se articula con condiciones sociales, culturales y administrativas que dificultan la atención oportuna, óptima y equitativa.

Asimismo, los hallazgos del estudio permiten concluir que las barreras identificadas no solo dificultan el acceso potencial y real a los servicios, sino que contribuyen a sostener una concepción asistencial centrada en la enfermedad. Las experiencias de los participantes evidencian que la atención en salud mental continúa mediada por comprensiones morbicéntricas que la asocian con trastornos, déficits o anormalidad, lo que limita las posibilidades de una comprensión comunitaria,

preventiva o promotora del bienestar. No obstante, coexiste una concepción de la salud mental como un fenómeno relacional y comunitario, cuya comprensión demanda lecturas más amplias, vinculadas al contexto social y comunitario, es decir, la vivencia de la salud mental y el acceso a los servicios de atención en la materia están profundamente condicionados por el entorno, así como por las barreras estructurales, culturales e informativas y no solo por aspectos individuales.

En los casos analizados, el contexto territorial de La Apartada emerge como un elemento central en la configuración de este acceso, en tanto las condiciones propias de un municipio con limitada oferta especializada, escasa difusión institucional y fuertes dinámicas socioculturales influyen de manera directa en las trayectorias de atención. Esto refuerza la necesidad de comprender el acceso a servicios de salud mental desde marcos situados que reconozcan las particularidades locales y las desigualdades estructurales que atraviesan los territorios con menor visibilidad.

Esta investigación permitió comprender que la desinformación sobre los servicios, rutas y derecho no es un problema menor, sino que se enmarca en un factor organizacional de las entidades locales que no se ajustan a las necesidades reales de los usuarios, por lo que condiciona todas las etapas del acceso. La falta de claridad sobre los procedimientos incrementa las dudas acerca de la pertinencia de solicitar atención, refuerza creencias estigmatizantes y genera dependencia de terceros, particularmente médicos, para acceder a servicios especializados.

El estudio también permitió caracterizar que, en el contexto local y en la experiencia de los participantes, el acceso se ha dado en dos vías, las remisiones médicas y la participación en programas institucionales. Estas rutas funcionan como mecanismos de aproximación, pero no garantizan continuidad ni resolución de las barreras que obstaculizan el acceso potencial de los participantes. En este escenario, el vínculo con los profesionales se configura como un elemento imprescindible, ya que la calidad del encuentro clínico (profesional-paciente) puede mitigar el impacto de las barreras, especialmente estructurales, informativas y culturales. Sentido en el cual este vínculo adquiere un papel central en la experiencia inicial de acceso a la atención y en el mantenimiento en esta.

De igual forma, en los casos analizados, se identificó que las relaciones con el entorno familiar y comunitario influyen directamente en la decisión de buscar ayuda y la forma de comunicarlo. La disposición personal actúa como un facilitador o inhibidor del acceso, modulando la experiencia del proceso. Comprender el acceso como experiencia vivida y no solo como un

asunto administrativo, permite ampliar la mirada hacia los aspectos afectivos, corporales, relacionales y contextuales que marcan la trayectoria de los usuarios.

En relación con lo anterior, se exploró que la estigmatización y la exclusión atraviesan todos los momentos del acceso. El estigma constituye una forma de exclusión social y cultural que limita el reconocimiento del malestar, inhibe la búsqueda de ayuda y condiciona la manera en que se interpreta y se vive la atención recibida. Esta dinámica refuerza barreras ya existentes y genera distanciamiento de los servicios de salud mental.

Comprender el acceso desde esta perspectiva implica reconocer que garantizar el derecho a la salud mental no depende únicamente de la existencia formal de servicios, sino de la transformación de las condiciones sociales, culturales e institucionales que posibilitan o limitan su uso efectivo. En este sentido, los hallazgos de este estudio invitan a repensar las políticas y prácticas en salud mental desde una mirada más cercana a las experiencias de los usuarios. Así, en conjunto, los hallazgos permiten concluir que el acceso a los servicios de salud mental en La Apartada debe comprenderse desde una perspectiva integral que reconozca la interacción entre determinantes individuales, relacionales, sociales, económicos y culturales. Superar la mirada centrada exclusivamente en la enfermedad requiere fortalecer los componentes de promoción, prevención, sensibilización comunitaria y acceso a información clara y oportuna. Solo así es posible avanzar hacia el acceso equitativo, contextualizado y significativo, capaz de responder a las necesidades reales de los habitantes del municipio.

10 Recomendaciones

Las recomendaciones que se presentan a continuación se derivan de los hallazgos y conclusiones del estudio y buscan aportar elementos que orienten futuras investigaciones, así como la reflexión institucional y profesional en torno al acceso a los servicios de salud mental en contextos como el de La Apartada. De acuerdo con los intereses y propósitos de esta investigación, no se profundizaron aspectos vinculados a las barreras de género, dado que estos excedían los alcances del estudio. En este sentido, se recomienda que futuras investigaciones consideren la relevancia de elementos como los roles de género y el machismo dentro de los tres momentos del acceso a los servicios de salud mental.

Así también, resulta pertinente promover estudios que aborden el acceso a los servicios de salud mental desde marcos analíticos situados, que reconozcan las particularidades sociales, culturales y territoriales de contextos con menor visibilidad investigativa, así como las desigualdades estructurales que configuran las posibilidades reales de acceso a esta atención.

Por otro lado, es importante que las instituciones involucradas fortalezcan estrategias de información claras, accesibles y culturalmente pertinentes sobre los procedimientos, rutas y requerimientos para acceder a los servicios de salud mental, con el fin de reducir el estigma y promover decisiones informadas. Es importante revisar críticamente las rutas de atención existentes, reconociendo que, aunque funcionan como mecanismos iniciales de aproximación a los servicios, estas no siempre garantizan la continuidad del proceso ni la resolución afectiva de las barreras que emergen durante la experiencia del acceso.

Finalmente, se recomienda diseñar y evaluar estrategias que aseguren la continuidad de la atención en salud mental, especialmente en contextos donde las limitaciones y barreras descritas afectan la permanencia de los usuarios en los servicios. Es imprescindible generar y fortalecer espacios de información y educación en salud mental que respondan a las características socioculturales de los usuarios. Estos espacios deben favorecer la comprensión de los servicios disponibles, los procedimientos de acceso y los derechos en salud mental, posibilitando el ejercicio efectivo del derecho a la información y promoviendo la autonomía de las personas en su proceso de atención.

11 Limitaciones

Dentro del desarrollo del estudio se presentaron algunas limitaciones que es necesario reconocer. Una de las más relevantes se vinculó al acceso a los participantes, ya que, en algunos casos, las mismas barreras que atraviesan el acceso a los servicios de salud mental en el municipio condicionaron la disposición de los habitantes para narrar sus experiencias, en tanto se trata de un tema del que muchas personas prefieren no hablar. Esta situación configuró un obstáculo en el proceso de convocatoria y participación, influyendo en la posibilidad de acceder a un mayor número de relatos. No obstante, las experiencias analizadas permitieron profundizar en la comprensión situada del acceso a los servicios de salud mental en el contexto específico de los participantes.

En coherencia con el enfoque cualitativo adoptado, la investigación se centró en la voz de los usuarios, por tanto, no se incluyeron las perspectivas de profesionales, gestores o instituciones, lo que limita la posibilidad de contrastar las experiencias narradas con las lógicas organizativas y administrativas del sistema de salud.

Finalmente, las vivencias relatadas corresponden a distintos momentos del ciclo vital de los participantes y del funcionamiento del sistema de salud, por lo que no todas las experiencias reflejan necesariamente la situación actual, sino procesos contruidos y acumulados a lo largo de las trayectorias de atención de los entrevistados.

Referencias

- Acuña, C.; Bolis, M. (2005). *La estigmatización y el acceso a la atención de salud en américa latina: amenazas y perspectivas*. [ponencia]. 29avo. Congreso de la Academia Internacional de Derecho y Salud Mental. París, Francia. <https://n9.cl/z4ttxd>
- Agüero, M. y Correa, G. (2018). Salud mental y ciudadanía: Una aproximación genealógica. *Revista de Historia de la Psicología*, 39(1), 40-46. <https://doi.org/10.5093/rhp2018a6>
- Alcaldía de La Apartada. (2024, 31 de mayo). *Plan de desarrollo 2024-2027: Oportunidades para todos: por medio del cual se adopta el plan de desarrollo del municipio de la apartada “oportunidad para todos” para el periodo 2024 - 2027 y se dictan otras disposiciones*. Colombia. <https://n9.cl/j6piny>
- Alcaldía de La Apartada. (s.f.). *Información del municipio*. <https://n9.cl/ae0sk>
- Así vamos en Salud. (2024). *Indicadores de salud: Cobertura de afiliación 7/11/2024*. <https://n9.cl/04b03>
- Asociación Médica Mundial. (2024). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos*. <https://n9.cl/mrs4>
- Bonet, M, T. (2005). La narración histórica en la teoría de Paul Ricoeur. Fragmentos de un debate. *el@tina. Revista electrónica de estudios latinoamericanos*, 3(12), 47-67. <https://n9.cl/4i45yk>
- Campo-Arias, A. Oviedo, H., Celina y Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 43 (3),162-167. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001>
- Castillo, E., (2003). Lo científico de la investigación cualitativa: viejos dilemas, nuevas posturas. *Nómadas (Col)*. (18), 46-53. <https://www.redalyc.org/pdf/1051/105117890006.pdf>
- Colegio colombiano de psicología- COLPSIC. (2019). *Manual Deontológico y Bioético del psicólogo*: Acuerdo N.º 17 de mayo de 2019. <https://n9.cl/oalp1>
- Colombia. Congreso de Colombia. (2013). *Ley 1616 de 2013: Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*. Biblioteca Digital. <https://n9.cl/sr09>
- Colombia. Congreso de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015: por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. [Ley 1751 de 2015 - Gestor Normativo - Función Pública](https://n9.cl/1751-2015)
- Colombia. Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial. No. 41. 148. <https://n9.cl/4bc0>

- Colombia. Congreso de la República. (2025). *Ley 2460 de 2025 (junio 16): por medio del cual se modifica la ley 1616 de 2013 y se dictan otras disposiciones en materia de prevención y atención de trastornos y/o enfermedades mentales, así como medidas para la promoción y cuidado de la salud mental*. <https://n9.cl/wyj3ne>
- Colombia. Ministerio de Salud y Prosperidad Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015: Tomo I*. ISBN electrónico: 978-958-8903-19-4
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 4886 de 2018 (noviembre 7): por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental*. <https://n9.cl/x13ri>
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Análisis de Situación de Salud Colombia 2023*. Dirección de Epidemiología y Demografía. Bogotá D.C. <https://n9.cl/xycys>
- Colombia. Ministerio de salud. (1993). *Resolución número 8430 de 1993 (octubre 4): Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. <https://n9.cl/bloph>
- Colombia. Ministerio de Salud. (1998). *Resolución Número de 2358 de 1998 (junio 18): por la cual de adopta la Política Nacional de Salud Mental*. <https://n9.cl/zuuk3>
- Colombia. Ministerio de Salud. (2007). *Ley Número 1122 de 2007 (enero 9): Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Biblioteca digital. <https://n9.cl/1y3v>
- De los Reyes Navarro, Heyner Rafael, Rojano Alvarado, Águeda Yonelis, & Araújo Castellar, Linda Sofia. (2019). La fenomenología: un método multidisciplinario en el estudio de las ciencias sociales. *Pensamiento & Gestión*, (47), 203-223. <https://doi.org/10.14482/pege.47.7008>
- E.S.E CAMU La Apartada. (2025, 10 de octubre). *Día de la Prevención del Suicidio, un espacio de escucha, reflexión y aprendizaje, donde recordamos que hablar salva vidas*. [Video]. Facebook. <https://www.facebook.com/share/r/1917ACC1Du/>
- E.S.E CAMU La Apartada. (2025, 14 de octubre). *En la E.S.E Camu La Apartada seguimos creciendo para cuidar de ti, no solo físicamente, sino también emocionalmente*. [Video]. Facebook. <https://www.facebook.com/share/r/1Fc56uUEnn/>
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. (2. º da). Ediciones Morata. <https://n9.cl/skhe9>
- Galeano, M. E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Fondo Editorial Universidad EAFIT. <https://n9.cl/mdmww>
- Gobernación De Córdoba, S. E. G. (2024). *La salud mental es prioridad para la Gobernación: Secretaría de Salud socializó acciones en Asamblea de Córdoba*. <https://n9.cl/quzzf0>

- González, L. M., Peñaloza, R. E., Matallana, M. A., Gil, F., Gómez-Restrepo, C., & Landaeta, A. P. V. (2016). Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 45 Suppl 1, 89–95. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.004>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado., & Baptista Lucio, M. del P. (2014). Metodología de la investigación McGraw-Hill Interamericana. Editores S.A. de C.V. ISBN: 978-1-4562-2396-0
- Hernández, Holguín., D. & Sanmartín-Rueda, C. F., (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. (2018). *Gerencia Y Políticas De Salud*, 17(35). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-35.psmc>
- Hirmas Adaury M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*. <https://n9.cl/81vd6>
- Hirmas, A., Poffald, L., Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera, X., Delgado, I., Vega, J., (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Pública*. 33(3):223–9. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9196>
- Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. (2019). *Acceso a servicios de salud en Colombia*. Décimo primer Informe Técnico. Bogotá, D.C., Colombia. <https://n9.cl/4nzfx>
- Keegan, E. (2012). La Salud Mental en la perspectiva cognitivo-conductual. En *La Salud Mental: la polisemia de un concepto*. *Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias*. Vol. XXIII. <https://n9.cl/2c2qe>
- Lopera Echavarría, JD, (2012). *Salud mental y sabiduría práctica. Un intento de integración y aproximación conceptual*. Tesis Psicológica. Fundación Universitaria Los Libertadores, (7), 60-75. <https://n9.cl/xw02m7>
- Marulanda, F. Á. T., & Arroyave, C. D. L. (2019). *Comprensión de la ciencia al servicio y cuidados de la salud y alteración mental*. Universidad de Antioquía, 24(1), 275-284. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.27922016>
- Max Van Manen. (2016). *Fenomenología de la práctica. Métodos de donación de sentido en la investigación y la escritura fenomenológica*. Editorial Universidad del Cauca. ISBN 978-958-732-233-0
- Mebarak, M., Castro, A., Salamanca, MD y Quintero, MF. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, (23), 83-112. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21311917006.pdf>

- Mendoza, C. (2009). Sociología y salud mental: una reseña de su asociación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38 (3), 555-573. <https://n9.cl/tspnz>
- Mieles Barrera, María Dilia, Tonon, Graciela, & Alvarado Salgado, Sara Victoria. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, (74), 195-225. Retrieved February 09, 2026, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-48072012000200010&lng=en&tlng=es
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Directorio nacional de líneas territoriales de atención en salud mental en Colombia. <https://n9.cl/3hs2>
- Miranda, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86-95. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1438570>
- Mondragón Barrios, Liliana. (2007). Ética de la investigación psicosocial. *Salud mental*, 30(6), 25-31. <https://n9.cl/nyzap>
- Naciones Unidas. (2000). *Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales*. En acnur (e/c.12/2000/4). Comité de derechos económicos, sociales y culturales. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- Novoa-Gómez, M. (2012). De la salud mental y la salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11 (23), 5-9. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272012000200001&lng=en&tlng=es.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre la salud mental 2013-2020*. ISBN 978 92 4 350602 9. <https://n9.cl/spqad>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general*. [World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://n9.cl/okna0>
- Organización Mundial de la salud. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*. ISBN 978-92-4-005196-6
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Más de mil millones de personas viven con trastornos de salud mental: urge ampliar los servicios*. Comunicado de prensa. <https://n9.cl/y0ugbm>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Más de mil millones de personas viven con problemas de salud mental: los servicios requieren una ampliación urgente*. <https://n9.cl/sec23>
- Organización Mundial de la Salud. (2025, 30 de septiembre). *Trastornos mentales* [Modificado]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

- Organización Panamericana de la Salud | OPS/OMS. (2023). *Salud Mental en Atención Primaria*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental-atencion-primaria>
- Ortiz, W. (2023). *Historia Conceptual de la Salud Mental, una Psique para la Condición de Humanidad en la Segunda Mitad del Siglo XX*. Tesis de investigación. Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/items/a36f76b0-97fb-4a5a-ba0e-c852ec56b5d4>
- Ramos Gómez, M. (2019). *Erlebnis y Erfahrung (vivencia y experiencia) en Edith Stein*. STEINIANA: Revista De Estudios Interdisciplinarios, 3(1), 60–75. <https://doi.org/10.7764/Steiniana.1.2019.2>
- Restrepo O., D. A., & Jaramillo E., J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 30(2), 202–211. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.10764>
- Restrepo-Zea, J. H., Silva-Maya, C., Andrade-Rivas, F., & VH-Dover, R. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Gerencia Y Políticas De Salud*, 13(27). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>
- Rojas Bernal, L. Ángela, Castaño Pérez, G. A., & Restrepo Bernal, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *CES Medicina*, 32(2), 129–140. <https://n9.cl/z5zos1>
- Salgado Levano, AC, (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*, 13, 71-78. <https://n9.cl/r2wxg>
- Sánchez, E. (2002). Sociología y enfermedad mental. Reflexiones en tomo a un desencuentro. *Revista Internacional de Sociología*. <https://n9.cl/i0dhi>
- Sánchez, S., Puig, M., Lluch, Mt., Roldán, JF. (2020). Evolución del concepto de calidad de los cuidados en salud mental. *Rev ROL Enferm*; 43(1): 46-50 <https://n9.cl/rffl7>
- Sandoval Casilimas C. A., (1996). *Investigación cualitativa*. Santafé de Bogotá: Icfes. <https://n9.cl/xcfo6o>
- Universidad Abierta y a Distancia de México. (S.F). *Sociología de la salud*. División de Ciencias de la Salud, Biológicas y Ambientales. (UnADM). <https://n9.cl/25cgv>
- Universidad de Antioquia. (2021). *Resolución Rectoral 40455 de 2015 (marzo 15)*. (modificada). <https://n9.cl/ft4kx>
- Universidad de Antioquia. (s.f). *Código de Ética en Investigación de la Universidad de Antioquia*. <https://n9.cl/4p7lt>
- Valverde Eizaguirre, M. Á., & Inchauspe Aróstegui, JA. (2017). El encuentro entre el usuario y los servicios de salud mental: consideraciones éticas y clínicas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37 (132), 529-552. <https://n9.cl/zejus>

-
- Vargas-Lorenzo, I., Vázquez-Navarrete, M. L., & Mogollón-Pérez, A. S. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de salud pública*, 12(5), 701–712. <https://n9.cl/rknwz>
- Vértiz-Ramírez JJ, Ramírez-Palacios P, Ríos-Cázares G, Sánchez-Domínguez MS, Ochoa-Torres MP, De Negri-Filho AA, Saturno-Hernández PJ. (2024). Vulnerabilidad y barreras de acceso a los servicios de salud. *Salud Pública Mex*. 66:556-570. <https://doi.org/10.21149/16199>

Anexos

Consentimiento informado

Usted ha sido invitado(a) a participar en el proyecto de grado: Barreras y facilitadores para el acceso a los servicios de salud mental en la experiencia de personas residentes en La Apartada, Córdoba. Este proyecto está siendo realizado por Ana Yarima Piñerez Ramos, estudiante de pregrado en psicología de la Universidad de Antioquia, seccional Bajo Cauca, para optar el título de psicóloga.

El presente documento tiene como objetivo informar y establecer un acuerdo de participación voluntaria y consentida, donde se garantiza su dignidad e integridad. Antes de decidir si desea participar, le invito a leer atentamente esta información y a plantear todas las preguntas necesarias para resolver cualquier duda sobre los procedimientos, riesgos y beneficios del estudio.

Procedimientos: si decide participar, le invitaremos a uno o dos espacios de conversación, de aproximadamente una hora cada uno. Estas conversaciones se realizarán en espacios seguros, de manera presencial, y serán grabadas en audio y posteriormente transcritas para su análisis. La investigadora se encargará de desplazarse hasta los lugares pactados, de modo que usted no tendrá que asumir ningún costo económico. Además, las fechas y horarios serán definidos por mutuo acuerdo.

Riesgos: se reconoce que hablar sobre experiencias personales en salud mental puede generar molestias o traer recuerdos difíciles o malestar emocional. Además, debido a la estigmatización que a veces existe frente a estos temas podría existir preocupación de ser identificado(a). Para mitigar este riesgo:

- Se garantizará el anonimato utilizando seudónimos o códigos en todos los documentos derivados del estudio.
- No se publicará ni divulgará información que permita identificarle.
- Usted podrá abstenerse de responder a cualquier pregunta que le genere incomodidad o retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto represente ninguna consecuencia.

Beneficios: este estudio no ofrece beneficios económicos directos. No obstante, su participación es valiosa para generar conocimiento que contribuya a mejorar la comprensión de las condiciones de acceso a los servicios de salud mental en su municipio.

Confidencialidad: la investigación se registrará por las normas éticas y legales del quehacer psicológico, conforme a la Ley 1090 de 2006, la Resolución 8430 de 1993, la Declaración de Helsinki y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Toda la información proporcionada será tratada con estricta privacidad y confidencialidad, y solo la investigadora y su docente asesora tendrán acceso al material recopilado. Las grabaciones de audios se almacenarán en un dispositivo protegido con contraseña y serán eliminadas una vez finalice el proceso investigativo. Los resultados obtenidos se utilizarán únicamente con fines académicos.

Al finalizar el estudio usted será contactado para invitarle a un espacio de socialización de los hallazgos. Este espacio se concertará con antelación para facilitar su participación. En síntesis, para garantizar la protección de la identidad y el bienestar de los participantes, no se revelará ningún dato personal en los informes de la investigación ni en las presentaciones públicas de los resultados. Toda la información recolectada será manejada con confidencialidad y respeto. Se espera que los participantes respondan de manera honesta y comprometida, aunque tienen libertad de omitir cualquier pregunta sin que esto les cause ningún tipo de afectación. Las entrevistas serán grabadas en audio con el consentimiento de cada persona y estas grabaciones se eliminarán al finalizar el estudio. El uso de la información será exclusivamente académico con acceso restringido a la investigadora y a su asesora.

Yo _____ identificado-a con cédula de ciudadanía _____ de _____, después de haber leído y comprendido toda la información sobre la investigación *Barreras y facilitadores para el acceso a los servicios de salud mental en la experiencia de personas residentes en La Apartada, Córdoba*, habiendo sido aclaradas todas las dudas e inquietudes he decidido participar libre, autónoma y voluntariamente en el estudio.

Firma del participante

Firma investigadora

Guía de entrevista narrativa-episódica

La consigna central para la realización de la entrevista narrativa es la siguiente: Me gustaría que me contara, con el mayor nivel de detalle posible, alguna o algunas situaciones específicas que haya vivido en relación con la búsqueda de ayuda en servicios de salud mental, por ejemplo, desde psicología o psiquiatría. Lo importante es que pueda relatar cómo ocurrió todo desde su punto de vista, como si me estuviera contando una historia.

Preguntas complementarias:

1. Recuerde el momento en el sintió que necesitaba ayuda psicológica o emocional y decidió buscarla. ¿Me podría contar como lo vivió usted?
2. ¿Podría contarme sobre la primera vez que usted intentó acceder a un servicio de salud mental?
3. ¿Podría contarme cómo ha sido todo el proceso desde la búsqueda, la atención, hasta después del acompañamiento? Puede hablarme de momentos que hayan sido significativos, tanto positivos como negativos.
4. Me gustaría que pudiera comentarme con detalle: ¿cómo fue ese proceso para usted desde que identificó la necesidad hasta que logró (o no) obtener atención?

Otras preguntas:

5. Me gustaría que me contara desde su experiencia y vivencia, para usted ¿qué es la salud mental? Si le parece puede darme algún ejemplo en que sintió que su salud mental estaba bien o por el contrario en riesgo.
6. ¿Puede relatarme alguna experiencia personal o de alguien cercano que le haya permitido construir una idea de lo que son la “atención psicológica” y los “servicios de salud mental”?
7. ¿Cómo influye su entorno familiar y social en su decisión de buscar ayuda en servicios de salud mental? ¿Ha hablado con alguien cercano sobre su intención de buscar atención psicológica?
8. Podría relatarme una experiencia en particular donde sintió que necesitaba acceder a un servicio de salud mental ¿qué aspectos considera que facilitaron y dificultaron ese acceso?
9. ¿A qué instituciones o lugar ha asistido para recibir atención de los servicios de salud mental?
10. Podría relatarme esa experiencia como si fuera una historia ¿Qué recuerda del trato que recibió por parte de los profesionales o el personal?, ¿cómo fue acceder a la atención?

-
11. En su experiencia y en su entorno cercano, ¿se habla de salud mental o buscar ayuda relacionada con la salud mental?, ¿cómo se habla de esto?
 12. Si pudiera imaginar un sistema ideal para usted o su comunidad: ¿cómo cree usted que debería funcionar el sistema de atención en salud mental del municipio?

Motivos de consulta de los participantes

Participante	Motivos de atención en salud mental	Etapas vitales	Vía de acceso
Margarita	Control de hipertensión y atención por ansiedad en espacios hospitalarios.	Adulthood.	Physician in control
Camelia	Remission preventive pregnancy.	Adolescence.	Physician in control gestational, accompaniment in gestational program.
Jazmín	Accompaniment by chronic disease (diabetes).	Adulthood.	EPS
Dalia	Follow-up of specific pathology (fibromyalgia) and vital events (grief).	Adulthood.	General medicine and sports physician.
Rosa	Vital event (perinatal loss) and preventive remission during pregnancy.	Adulthood.	Work permit and gynecologist.
Geranio	Work context and behavioral problem of his daughter.	Adulthood	Work institution and educational institution
Violeta	Behavioral/academic problems; preventive remission linked to pregnancy in adulthood.	Adolescence and adulthood	Family network, Comisaría de Familia, attention in the educational institution and remission by physician in control gestational