

ESTEREOTIPO Y PREJUICIO: ACTITUDES HACIA LA SALUD MENTAL
Un estudio con aprendices del SENA de la ciudad de Palmira

Trabajo de grado II

Natalia Castro Gallego
Jamileth Vanessa Yaqueno Villota
Daniela Alejandra Quenguan Cuaran

Directora
Laura Pacca
Psicóloga Clínica, Mag. Psicoterapia

Universidad del Valle, Sede Palmira
Palmira, Valle del Cauca
Abril, 2021

ÍNDICE

	PÁG.
INTRODUCCIÓN.....	4
ESTADO DEL ARTE.....	6
El Concepto Histórico de la Salud Mental.....	6
La Organización Mundial de la Salud y la Salud Mental.....	10
La Salud Mental en América Latina.....	13
Situación de la salud mental en Colombia.....	15
Las actitudes y la salud mental.....	19
Contextualización SENA.....	22
Sena Palmira.....	23
Algunos estudios sobre salud mental en el SENA, Colombia.....	24
JUSTIFICACIÓN.....	25
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
Elementos importantes sobre la salud mental en la ciudad de Palmira.....	27
OBJETIVOS.....	30
Objetivo General.....	30
Objetivos Específicos.....	30
REFERENTES TEÓRICOS.....	30
La psicología social y las actitudes.....	30
Componente cognitivo.....	32
Componente afectivo.....	33
Componente conductual.....	33
Procesos sociales.....	33
Prejuicios.....	33
Estereotipos.....	37
Conocimiento.....	37
Salud Mental Comunitaria.....	38
METODOLOGÍA.....	43
Criterios de selección.....	43
Muestra.....	43
Criterios de Inclusión/Exclusión.....	43
Técnicas de recolección de información.....	43
Elaboración del instrumento.....	43
Definición Conceptual.....	44
Definición Operacional.....	44
Procedimiento de Calificación de Respuestas.....	45
Proceso de Validación de Contenido y Juicio de Expertos.....	46
Confiabilidad.....	47
Dificultades Metodológicas Durante la Construcción del Instrumento.....	47
Tipo de Análisis.....	48
Procedimiento y análisis estadístico.....	48
Consideraciones Éticas.....	49

RESULTADOS.....	49
Datos Sociodemográficos.....	49
Comparación media por componente.....	51
Comparación componente cognitivo-edad.....	52
Comparación componente cognitivo-género.....	53
Comparación componente cognitivo-estrato socioeconómico.....	53
Comparación componente conductual-edad.....	53
Comparación componente conductual-género.....	54
Comparación componente conductual estrato socioeconómico.....	54
Comparación componente afectivo-edad.....	54
Comparación componente afectivo-género.....	55
Comparación componente afectivo-estrato socioeconómico.....	55
Resultados media cuestionario.....	56
DISCUSIÓN.....	58
CONCLUSIONES.....	63
RECOMENDACIONES.....	66
AGRADECIMIENTOS.....	67
BIBLIOGRAFÍA.....	68
ANEXOS.....	72

ÍNDICE DE FIGURAS

	PÁG.
Figura 1 Marco legal de la salud mental.....	16
Figura 2 Género de participantes encuesta de salud mental.....	50
Figura 3 Rango de edades participantes cuestionario de salud mental.....	51
Figura 4 Estrato socioeconómico participantes cuestionario de salud mental.....	51

ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG.
Tabla 1 <i>Identificación y Delimitación de la Estructura de los Reactivos</i>	45
Tabla 2 <i>Alfa de cronbach</i>	47
Tabla 3 <i>Comparación media por componente</i>	51
Tabla 4 <i>Comparación componente cognitivo- edad</i>	52
Tabla 5 <i>Comparación componente cognitivo- género</i>	53
Tabla 6 <i>Comparación componente cognitivo- estrato socioeconómico</i>	53
Tabla 7 <i>Comparación componente conductual- edad</i>	53
Tabla 8 <i>Comparación componente conductual- género</i>	54
Tabla 9 <i>Comparación componente conductual- estrato socioeconómico</i>	54
Tabla 10 <i>Comparación componente afectivo- edad</i>	54
Tabla 11 <i>Comparación componente afectivo- género</i>	55
Tabla 12 <i>Comparación componente afectivo- estrato socioeconómico</i>	55
Tabla 13 <i>Resultado media cuestionario</i>	56

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se centró en evaluar el prejuicio y estereotipos que podrían llegar a presentar un grupo de aprendices SENA hacia elementos sobre la salud mental como por ejemplo prejuicios y estereotipos entorno a los trastornos mentales; la atención, el cuidado, la autonomía e interacción con que son tratados las personas sujetos de atención en salud mental. Para esto se realizó un cuestionario que constó de sesenta preguntas las cuales se dividieron en tres componentes (cognitivo, conductual y afectivo) basados en la concepción tripartita de las actitudes Zanna y Reempel (1988) como se citó en Morales, et al. 2007. Asimismo se evaluaron tres variables; conocimiento, prejuicio y estereotipo planteados en los ítems del cuestionario el cual fue aplicado de forma virtual a una muestra no probabilística por conveniencia de 117 aprendices mayores de edad del Servicio Nacional de Aprendizaje SENA sede Palmira.

En las investigaciones revisadas como la de Campo, et al. (2014), Lopez, et al. (2010) y Mascayano, et al (2015) mencionan que los estereotipos y prejuicios hacia la salud mental son el principal obstáculo para que las personas no busquen atención en salud mental, además que estas personas terminan siendo el blanco de discriminación pues son rechazadas en las diferentes esferas sociales y no logran tener un bienestar en su vida cotidiana, aspecto que posiblemente repercute en otras problemáticas como la baja autoestima significando así toda una carga que implica la salud mental y por ende un desafío para los individuos y organismos nacionales encargados de atender la salud mental.

Se resalta también de estas investigaciones el poco apoyo económico por parte de los países en especial de aquellos con ingresos bajos, los cuales no se interesan en generar políticas públicas o planes para la promoción, prevención y atención en salud mental, lo que deja entrever las brechas que existen entorno a la salud mental. De la misma forma el estudio tuvo gran

interés en realizar una búsqueda exhaustiva en torno a investigaciones relacionadas con las actitudes y la salud mental encontrando significativo que las personas tienden a dar un buen trato y cuidado hacia las personas con trastornos mentales, Rossetto, Robinson, Reavley & Henderson. (2019) y Grandón, Saldivia, Cova, Bustos & Turra (2016).

Con una base conceptual clara, donde se hizo necesario definir los conceptos de actitudes, estereotipo y prejuicio desde la psicología social ya que es una disciplina que ha retomado dichos conceptos en infinidad de investigaciones desde procesos sociales, así como se han hecho constantes evaluaciones teóricas sobre los términos cómo se afirma en Morales, Moya, Gaviria & Cuadrado (2007). En la misma medida se retoma una mirada sobre la salud mental desde un enfoque comunitario ya que permitió una comprensión de los individuos sujetos de atención en salud mental como sujetos de derechos, historicidad y que se adscriben a un determinado contexto social y cultural.

Todas estas investigaciones fueron base teórica para la construcción de la discusión y conclusiones elaborados en este estudio cuyo objetivo principal fue caracterizar las actitudes de los estudiantes del SENA hacia la salud mental en la ciudad de Palmira, teniendo en cuenta categorías sociodemográficas como edad, género y estrato socioeconómico; analizando a su vez la relación de cada variable así como de los componentes de las actitudes y cómo estas se ven influenciadas. El análisis del cuestionario fue tipo estadístico-descriptivo, mediante tablas y gráficos que evidencian la posición positiva, negativa o neutra que los participantes toman hacia la salud mental; así mismo cabe aclarar que los ítems fueron elaborados para una fácil comprensión, donde se proporcionaba información institucional, datos de interés sobre la salud mental, así como prejuicios y estereotipos negativos que tienden a construirse socialmente, esto para poder identificar las actitudes de los aprendices.

ESTADO DEL ARTE

El concepto histórico de la salud mental

El concepto de salud mental ha variado con el tiempo, desde épocas remotas ha sostenido una estrecha relación con la medicina y el bienestar físico, siendo influenciado por diferentes ideologías y corrientes de pensamiento biológicas o biomédicas, así lo resalta, Macaya, Pihan & Parada (2018) cuando menciona que el concepto de salud inicia con la cultura griega y se caracteriza por acercarse a la higiene, era considerado un don divino; en la cultura romana la salud tuvo una visión más objetiva, estar saludable significaba trabajar así como lograr una independencia completa; en la edad media la salud tenía que ver con estar bien espiritualmente pues la enfermedad era considerada como castigo y pago por los pecados, no obstante con el descubrimiento del nuevo continente y el intercambio de culturas en el siglo XV y XVI se tuvo grandes repercusiones sobre la salud; por consiguiente en el siglo XVIII nuevamente se destaca la importancia de la salud física así como de la salud mental lo que permitió promoverlas, durante el siglo XIX surge la relación entre salud y condiciones de vida y cómo ambos conceptos repercuten en el individuo.

En este sentido, se logra identificar que la conceptualización de la salud mental ha logrado grandes avances para su desarrollo puesto que ha sido analizada desde diferentes disciplinas, no obstante principalmente ha sido abordada desde los enfoques biologicistas o biomédico. Ahora bien, se encontró también que al asociarse el concepto de salud mental a la enfermedad se reduce el sufrimiento a un escenario individual lo cual genera un solo sentido de entendimiento, frente a esto se menciona que la salud mental tiene que ver con un campo interdisciplinario amplio donde intervienen relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y a su comunidad.

Por tanto, el bienestar de un sujeto se relaciona con la cotidianidad del individuo, sus interacciones, habilidades y esto no de manera individual sino en relación a un ambiente, un grupo, comunidad o cultura puesto que no se puede separar la individualidad de un sujeto y el ambiente que lo rodea pues el sujeto se concibe en comunidad, un argumento que destaca esta afirmación es el siguiente:

(...) está determinada social e históricamente. Es un proceso resultante de las condiciones de vida, de la historia y de los proyectos de una sociedad. Cada cultura marca a sus miembros con el particular significado que le da a la realidad. Nadie recibe los hechos sin que atraviesen y se tiñen de todos los símbolos, sentidos y mitos que hacen a la individualidad de esa cultura (Galende, 1997, como se citó en Macaya, et al. 2018)

Es así que, la salud mental inicia su concepción en torno a cómo el sujeto se siente consigo mismo y en comunidad de la cual hace parte; pero también se hace necesario aclarar que sí en un sujeto sus necesidades básicas han sido satisfechas o cómo logre adaptarse a las demandas del ambiente esto no es factor determinante para asegurar un bienestar respecto a la salud mental porque para el ser humano son significantes los vínculos, un marco de orientación, de poder entregarse a algo, de arraigo, de identidad y de trascendencia. Macaya, et al. (2018).

Los estudios señalan que la salud mental al ser un campo amplio de conocimiento existen múltiples enfoques que la abordan, el primero y el que ha logrado mayor trascendencia ha sido el enfoque biomédico aunque se han desarrollado avances significativos con este enfoque, la salud mental en ocasiones puede reducirse al tratamiento de las enfermedades mentales y al ser procesos biológicos se busca la ausencia de la enfermedad como criterios de normalidad en lo sujetos; un segundo enfoque, el conductual sostiene que los comportamiento pueden modificarse asociando la salud mental a un cambio en el comportamiento. En el tercer enfoque, el cognitivo se retoman términos educativos e instructoristas, es decir se busca que el sujeto aprenda a

pensar y logre vivir de manera adecuada; y finalmente en la concepción socioeconómica, se propone que un alto desarrollo económico y social es sinónimo de salud y calidad de vida (Macaya, et al. 2018).

También, la educación ha sido un punto crucial cuando se habla sobre salud mental puesto que son dos elementos que se relacionan ya que mediante los procesos de instrucción y aprendizaje en el hogar, la escuela y el entorno se puede inducir a cambios del individuo de hábitos y costumbres para un estilo de vida sano que conlleve a que los individuo se formen de manera integral, pueda desarrollarse y autorrealizarse sin dejar de lado es el ciclo vital de los sujetos ya que conforme el ciclo de vida de un sujeto la salud mental se manifiesta o altera y esto no desde una visión biológica sino también desde las interacciones sociales, culturales, psicológicas, emocionales y cognitivos de la persona.

Por otra parte, Mebarak, Castro, Salamanca & Quintero (2009) proponen en primera instancia una serie de definiciones y enmarcaciones conceptuales en base al término salud mental, aludiendo que al hablar de salud mental se debe abordar también el término de enfermedad mental, así pues, la enfermedad mental es definida desde un ámbito social y cultural puesto que se considera enfermedad aquello que está fuera de la normalidad dentro de una comunidad, así que esta desviación puede incurrir en el bienestar social de las personas haciendo que quien se identifica bajo los términos de enfermo mental se encuentra imposibilitado para la realización de ciertas actividades del cotidiano.

Con base a lo anterior, la suficiente capacidad de relación del individuo con su entorno, la adaptación al ambiente, serían considerados puntos a favor para la concepción de la salud mental y la normalidad del mismo dentro de la cultura, pero en la misma medida se deben tener en cuenta elementos como las experiencias respecto a nuestro medio interno. En

este sentido retomando a Mebarak, et al. (2009) sugiere que una comprensión de salud mental se debe partir de la definición de salud, así que se afirma que la salud tiene que ver con:

El bienestar físico, psicológico y social, que va más allá del esquema biomédico, donde abarca la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo Oblitas (2004, p. 3) como se citó en Mebarak, et al. (2009).

De ello resulta necesario mencionar que la salud mental cobra vital importancia desde la perspectiva de la psicología de la salud ya que se desprende un interés por trabajar desde la enfermedad física pero a su vez mental del paciente donde muchas veces ocurre un visible desequilibrio que llegan a afectar su vida y que rompen su cotidianidad incluso su identidad, y esa transición de percepción de un sujeto sano a un sujeto bajo un diagnóstico médico crítico crea la posibilidad de que puedan elaborarse estrategias donde sea posible entender tanto las estrategias de afrontamiento que realiza el individuo frente a estas situaciones adversas así como entender el despliegue de habilidades cognitivas y psicológicas en las situaciones de la vida cotidiana.

En definitiva la salud mental es una construcción social y depende del momento histórico o un contexto específico ya que, los criterios de salud y enfermedad, anormalidad y normalidad son distintos en cada región o época; por lo que influye en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a un determinado grupo social. Algunas dificultades en la salud mental tales como la ansiedad, tristeza, insomnio, cambios en el apetito y en la conducta, se han visto involucradas respecto a la forma en cómo se piensa, se siente, se comporta y se relaciona con los demás, pero estos síntomas no son tan graves y son menos persistentes en el tiempo y por lo tanto no son considerados con mayor importancia dentro de

los criterios de la clasificación internacional de trastornos mentales, pero no hay que perder su importancia puesto que pueden derivar en trastornos mentales más complicados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la salud mental

Encontramos que la Organización Mental de la Salud en adelante OMS nos brinda un concepto de salud mental la cual se define como “el estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera y aporta algo a su comunidad” a su vez menciona que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades considerando que la salud mental es algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades, siendo la salud mental el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de una comunidad. Es así que desde la OMS se asegura que la salud mental y el bienestar son componentes bidireccionales para la vida colectiva e individual de los sujetos, por lo que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son aspectos necesarios para las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo y significan un desafío enorme para cada país.

La OMS menciona que la salud mental está determinada por factores sociales como la pobreza y el bajo nivel educativo, también por factores psicológicos y biológicos, por lo tanto destaca también que:

La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos, también hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una

persona sea más vulnerable a los trastornos mentales, por último, los trastornos mentales también tienen causas de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales. (OMS 2014)

Es así que al destacarse la salud mental como un componente fundamental de la salud, y sobre esto hace énfasis en el lema “no hay salud sin salud mental” se resalta también la importancia de abordar lo físico y lo psicológico; sin embargo a pesar que se de cierta importancia a la salud mental, existen brechas que limitan su atención, promoción y tratamiento, por ejemplo, una brecha que se menciona es una brecha para lograr la salud mental es el hecho que muchos países no destinan recursos económicos para atender la carga que trae consigo la salud mental, frente a esto, la OMS (2014) destaca que los países con menos ingresos aportan alrededor de 0,5% de su presupuesto de salud en los servicios de salud mental, mientras que los países de ingresos altos, 5,1% y no solo eso, dichos países siguen las directrices internacionales, proporcionando un tratamiento integrado en los servicios generales de salud y apoyo comunitario.

Ahora bien, otros desafíos que la salud mental enfrenta según la OMS en su plan de acción 2015-2020 tienen que ver con la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental y atención a los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, donde se proporcionen a los ámbitos comunitarios una atención integral y de calidad; lo que significa un incremento en la cobertura de atención ambulatoria o en hospitales generales reduciendo el papel de las hospitales psiquiátricos e integrando la atención primaria en salud en otros escenarios como por ejemplo, departamentos de emergencia, sistema de justicia penal, clínicas de salud en las escuelas. Lo cual es esencial para el desarrollo de la prestación equitativa

de servicios, además de ser una estrategia crucial para reducir la brecha de tratamiento de los trastornos mentales (OMS 2014).

De igual manera señala que elaborar e implementar programas de promoción y prevención en el ámbito de los sistemas y servicios de salud mental, y de atención a los problemas relacionados con el uso de alcohol y otras sustancias durante el ciclo de vida de las personas se ha vuelto fundamental, dado que los problemas en salud mental tienen que ver con las dinámicas sociales y económicas y según la OMS deben crearse programas de promoción y prevención multisectoriales desde las primeras etapas de vida del sujeto, pues se ha encontrado que el 50% de los trastornos que afectan la población adulta inicia antes de los 14 años, por lo tanto se cree que una buena prevención temprana edad mejoraría la calidad de vida de las personas, además que posibilita disminuir las tasas de discriminación a personas con problemas en salud mental pues el apoyo a las políticas y planes sobre salud mental fomentaría el desarrollo de campañas informativas contra la estigmatización y las violaciones de derechos humanos lo cual es otra brecha dentro de la salud mental en la cual se debe trabajar.

Otro elemento a destacar según la OMS es mencionar que en los programas de promoción y prevención de la salud mental, los programas de intervención respecto al suicidio deben ser prioritarios, pues según un reporte de la OMS del año 2016 el suicidio representa un problema mundial grave en salud pública ya que anualmente mueren 800.000 personas a causa de este evento, convirtiéndose así en la segunda causa de muerte en el mundo y se ha encontrado que más del 79% de estos suicidios son producidos en países con ingresos bajos y medianos, de tal manera que en su plan de acción 2015-2020 la OMS ha incluido que los países creen programas que puedan hacer frente a esta problemática desde la intersectorialidad.

Finalmente, la OMS también señala prioritario fortalecer los sistemas de información, la evidencia científica y las investigaciones, ya que se ha encontrado que la información que las entidades prestadoras de servicios en salud mental registran se presenta con poca regularidad y los datos evidenciados no cuentan con los parámetros suficientes para mejorar y expandir los servicios en salud mental. Por lo tanto la OMS señala que si bien se presentan reportes estos presentan poca información que en su mayoría provienen de los hospitales psiquiátricos, mientras que en el caso de los servicios ambulatorios estos datos tienden a ser más inestables puesto que casi nunca se registran lo que genera otro de los grandes problemas respecto a la salud mental.

Es así que al ser las investigaciones científicas sobre la salud mental muy limitada, dado que tiende a presentarse solo en los países con mayores ingresos económicos y que a su vez aportan recursos para atender las implicaciones de salud mental en términos de intervenciones de promoción, prevención y tratamiento, la OMS señala que las investigaciones deberían abarcar una gama de actividades como el descubrimiento, la evaluación, el tratamiento, los ensayos clínicos, así como la prestación de servicios desde las prioridades en salud mental de cada país.

La salud mental en América Latina

Se encontró que desde la convención de Caracas realizada en el año 1990 en América Latina y el Caribe se ha hecho necesario integrar los servicios de salud mental dentro del marco operativo general de la atención primaria en salud y esto para proveer un servicio de salud accesible, cuya atención sea comunitaria, participativa, integral, continua y preventiva que salvaguarde los derechos humanos de las personas sujetos de atención en salud mental desde prácticas multisectoriales para la atención en salud mental. No obstante se menciona que son

diferentes desafíos a los que se enfrentan los países latinoamericanos cuando se habla de salud mental, principalmente se habla que existe una amplia vulnerabilidad psicosocial, producto de dinámicas de grupos minoritarios, condiciones de pobreza extrema y desigualdad social.

Se suman a esta problemáticas otras como el aumento de la morbilidad y la problemática psicosocial de la niñez y la adolescencia, desarrollar servicios de atención y medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida, el abuso de las drogas y el alcohol así como trabajar sobre el fenómeno de violencia, que con su creciente aumento exige una respuesta de los servicios de salud, y de la salud mental en particular con referencia a la atención a las víctimas.

En este orden de ideas Mascayano, Lips, Mena & Manchego (2014) señalan que en América Latina los trastornos mentales son altamente predominantes y representan una carga para las personas quienes lo sufren, pues además de sobrellevar el prejuicio que se torna respecto a los trastornos, cargan con otras consecuencias como la baja autoestima, el tener condiciones precarias respecto a la calidad de vida, ya que se les impide frecuentemente el acceso a la vida cotidiana como el trabajo y la educación. Situaciones sociales que según los autores señalan, han sido el detonante de la exclusión social de los individuos y la evitación hacia la atención en salud mental, puesto que existe el miedo a ser juzgados por los otros y ser estigmatizados por la sociedad.

De esta manera, el estigma en salud mental según Mascayano, et al. (2014) puede clasificarse de diferentes formas: el estigma hacia las personas con una enfermedad mental, el estigma de (o desde) la familia refiriéndose a cómo los familiares también pueden ser una fuente de prejuicios hacia los pacientes con enfermedad mental; el estigma institucional relacionado con las políticas públicas y como las instituciones tanto públicas y privadas demuestran actitudes

estigmatizantes y el estigma público es decir, cómo la comunidad se comporta de manera discriminatoria y negativa hacia ellos. Es así que, los individuos estigmatizados pueden interiorizar el estigma generando desvalorización en ellos mismos, afectando su autoestima, autoeficacia y el agravamiento de su sintomatología, en esa lógica Campo, et al. (2014) señala que el impacto del estigma hacia los trastornos mentales es tan negativo que puede llegar a ser más devastador que el trastorno mismo.

Así mismo considera que, el estigma público en relación a la causa de las enfermedades mentales a pesar de ser abordada desde el origen neurobiológico de las enfermedades mentales ha logrado aumento de apoyo en el tratamiento, más no se ha disminuido su estigmatización. Por eso menciona que si bien las enfermedades mentales se consideran según el pensamiento popular como “responsabilidad propia” suelen ser mayormente estigmatizadas que las que son incontrollables o físicas; indicando que “el rechazo social suele ser mayor ante aquellos individuos con trastornos psiquiátricos que están relacionados con una mayor responsabilidad personal, sensación de peligrosidad y rareza conductual” (Campo, et al., 2014).

Situación de la salud mental en Colombia

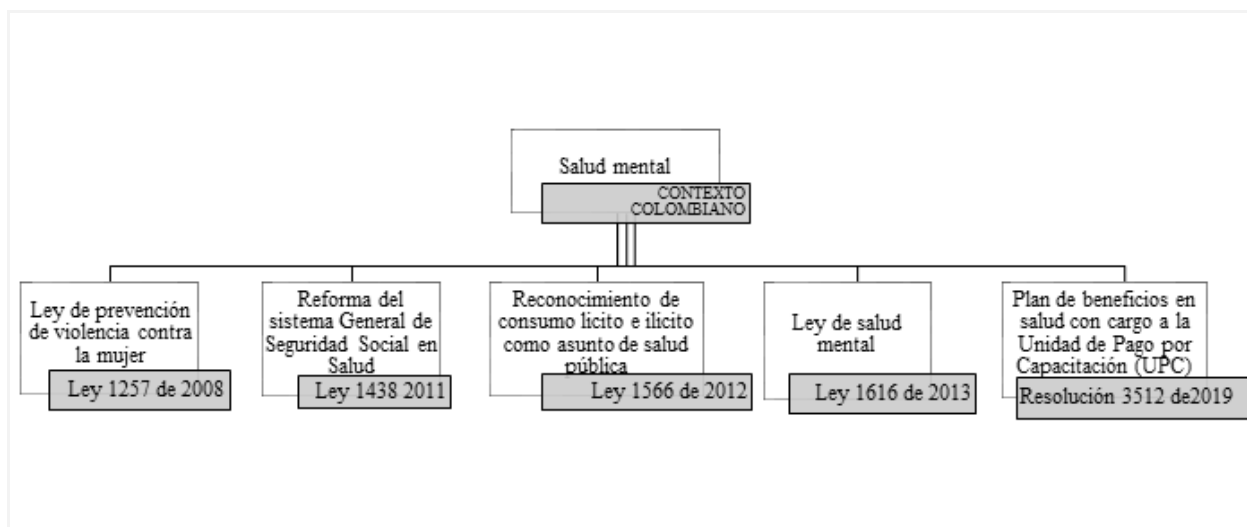
En términos de salud mental y normatividad vigente, en Colombia se reglamenta la Ley 1616 de 2013 la cual menciona que la salud mental es “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos pueden desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad” (p. 1) es así que con esta ley al asociarse el bienestar psicológico con la vida cotidiana y las interacciones de los colombianos y colombianas es una prioridad, un

derecho, un tema prioritario de salud pública, un bien de interés público que se dirige especialmente a niños, niñas y adolescentes; no obstante según Posada, (2013) en Colombia aún “no se ha logrado acciones coordinadas entre las instituciones prestadores de salud” (p.1)

En Colombia, como dijimos con anterioridad la Salud Mental se reconoce por el Estado cómo una prioridad en salud pública y se incluye en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 en la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental. A su vez, la ponente Karla Mayerling Paz Ledesma propone en el *primer simposio en salud mental TodoMed: Avances y tendencias en el manejo del paciente adicto* realizado en la ciudad de Palmira que desde la perspectiva del rol del Estado, éste tiene una función esencial en la creación de planes y servicios multisectoriales de atención en Salud Mental donde se atienda las diferentes problemáticas psicológicas y sociales a los que los colombianos se enfrentan en su vida cotidiana, así también alude diferentes normas que se han planteado en el país para lograr cambios respecto a salud mental.

Figura 1

Marco Legal de la Salud Mental en Colombia



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del simposio denominado *primer simposio en salud mental TodoMed: Avances y tendencias en el manejo del paciente adicto*.

Otro aspecto a resaltar evidenciado en el simposio y aportado por la ponente Karla Mayerling Paz, es que en los lugares prestadores de servicio en salud existe poco conocimiento con respecto al trato y manejo del paciente con trastorno mental, por lo que a la hora de su atención, se presenta cierta negligencia respecto al cuidado y trato hacia el paciente en cuestión, además de no existir una atención prioritaria y de emergencia a la hora en que se presentan hechos relacionados con la salud mental de los sujetos.

Cabe destacar que en Colombia, para lograr una información actualizada sobre la salud mental y algunos datos epidemiológicos se ha hecho necesario implementar La Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) desarrollada en Colombia en los años 1993, en 1997, 2003 y 2015 y que en apoyo de la MSPS, COLCIENCIAS, Facultad de Medicina de la PUJ, Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental e Instituto de Envejecimiento, Grupo Política y Economía de la Salud del Centro de Proyectos para el Desarrollo, CENDEX se ha logrado abordar tres poblaciones; niños, adolescentes y adultos donde el objetivo ha sido lograr:

Identificar los problemas y trastornos, así como los factores que predisponen su desarrollo; los que favorecen la salud en general, la salud mental, sobre todo, desde la óptica de los determinantes sociales, para apoyar el desarrollo de políticas públicas e intervenciones en salud pública que permitan la promoción de la salud, la prevención de los problemas y trastornos mentales, el tratamiento de estas condiciones y la inclusión social (p. 347).

Así que al abordarse en la encuesta características sociodemográficas, antecedentes personales y familiares, cognición social, eventos vitales y violencias; aspectos de salud mental, trastornos mentales en adultos y adolescentes (se midieron trastornos depresivo, suicidio, trastorno afectivo bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social y sólo en adultos tamizaje de personalidad) y en niños (ansiedad de separación, trastorno de

pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo, trastorno oposicionista desafiante, déficit de atención e hiperactividad y trastorno de la conducta); acceso a servicios de salud, y estados de salud. Se lograron obtener 15.351 encuestas, distribuidas así: 2727 encuestas de la población infantil entre 7 y 11 años, 1754 encuestas en la población de 12 a 17 años, 5889 encuestas en la población de 18 a 44 años y 4981 encuestas en la población de 64 años.

Los resultados demostraron que 71,1% de la muestra infantil ha sufrido maltrato o bullying, y el 11,7% ha tenido al menos un evento traumático (conflicto armado, delincuencia común, accidente de tránsito, violencia intrafamiliar); en los adolescentes la prevalencia de síntomas positivos para enfermedades mentales fue de 12,2%. y el 2,8% tiene un patrón de abuso; se evaluó además, diferentes trastornos mentales en adultos a lo largo de la vida, evidenciando para cualquier trastorno depresivo una prevalencia del 5,4%, para cualquier trastorno de ansiedad 3,9% y para enfermedad mental 9,1% (Encuesta nacional de salud mental, 2015).

Entonces, para la ENSM, (2015) la realización de un diagnóstico, su tratamiento y pronóstico se hace bajo la consideración de identificar diferentes cuadros que indican, existen diferentes formas de pensamiento, percepción, sentimientos, comportamientos, es decir subjetividades, esto se realizó teniendo en cuenta aspectos como su duración, su intensidad, como afecta en el desempeño de su trabajo, estudios u otras actividades de la vida diaria, para así saber los tratamientos que se deben realizar.

Ante lo anterior, se destaca que en lo referente a los trastornos mentales en la actualidad no hay un indicador biológico para hacer la distinción entre normalidad y anormalidad mental, “tampoco se conocen claramente todas las causas de las alteraciones en este campo y se acepta que los trastornos mentales son causados por una mezcla de múltiples factores como los

biológicos, las experiencias vitales adversas, factores sociales, entre otros” ENSM (2015). A pesar de esto existen dos clasificaciones de trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10 y DSM-V) que dan una visión para identificar cuadros clínicos y su correspondiente definición de diagnósticos y son recurridas por disciplinas como la Psiquiatría, Psicología y Medicina.

Las actitudes y la salud mental

Se han realizado diferentes estudios que evalúan las actitudes hacia la salud mental, especialmente hacia los trastornos mentales, en este estudio fueron de gran utilidad algunos que proporcionaron hallazgos significativos para la investigación pues constituyen una problemática grave como fenómeno social. Dicho lo anterior, fue significativo encontrar que las personas afectadas por trastornos mentales graves, atraviesan con la dificultad de cargar con la enfermedad y también con el estigma social que se crea alrededor de sus padecimientos; dichas actitudes sociales negativas se menciona que se componen por dimensiones afectivas, cognitivas y conductuales, cargadas de estereotipos, prejuicios y discriminación, los sujetos objetos de estereotipos interiorizan esta visión social negativa que repercute en su autoestima a tal punto que es difícil de contrarrestar, frente a esto señala (López, Fernández, Laviana, Aparicio, Perdigüero, Rodríguez, 2010, p.220) que “uno de los aspectos centrales en los estudios sobre actitudes es el referido a las creencias, imágenes y opiniones que distintas personas refieren sobre los miembros del colectivo” estas imágenes erróneas y distorsionadas se conocen como estereotipos y son una constante en las personas que padecen trastornos mentales.

Se menciona que en el estudio de las actitudes el componente cognitivo en muchas ocasiones no se puede separar del afectivo, considerando así que estas dos juegan un papel importante en lo conductual; de igual forma se cree que no solo las actitudes son necesarias para

comprender las creencias, imágenes y opiniones de las individuos, sino también sus representaciones sociales es así que López, et al. (2010) afirma que:

...la mayoría de la población atribuye a las personas con trastornos mentales graves características en gran parte erróneas, ya que, en el mejor de los casos, suponen una generalización abusiva de rasgos parciales y de carácter no siempre permanente, que afectan como mucho a una minoría del colectivo pero pretenden caracterizar por completo así, se refieren imputaciones de peligrosidad, extrañeza e imprevisibilidad extremas, imposibilidad de curación o mejoría importante y, por tanto, imposibilidad de desarrollar una vida normal. Además de un importante desconocimiento sobre las posibles causas de este tipo de enfermedades y sobre los servicios e intervenciones disponibles. (p.222)

Un estudio similar se realizó en la ciudad de Sevilla España, en el año de 2009, aquí se pretendía reconocer las imágenes sociales hacia los problemas de salud mental, por lo que estuvo dirigido a 920 personas mayores de 18 años, lo característico del estudio fue que evidenció que la población no se aleja de las creencias tradicionales y estereotipadas sobre la salud mental y a las personas con trastornos mentales se les añadía características como la violencia, incomprensibilidad, falta de responsabilidad sobre sus actos, incurabilidad y en definitiva peligrosidad, asimismo hacia los sujetos con problemas depresivos las personas les designaron menos características negativas como lo es que son más cercanas y fáciles de curar y en definitiva menos peligrosas, pero a pesar de esto están cargadas de estigma como lo es la creencia de que repercutirán a hacia enfermedades mentales más graves.

De la misma forma, en una encuesta realizada en Inglaterra sobre las actitudes de la población hacia las enfermedades mentales se encontró que del total de la muestra (1720 personas) el 30.1% de los participantes sabía de alguien con un problema de salud mental, por otro lado, el 58.1% reportó dar un trato positivo a estas personas. De esto, se destaca dos puntos; el primero, es que, ante un mayor conocimiento e información sobre las enfermedades mentales

habrá un trato más positivo y segundo que, la discriminación y la evitación hacia las personas con enfermedades mentales puede ser latente pues se encontró que la mayoría de personas encuestadas piensan que sí una persona padece una enfermedad mental ésta debe ser tratada con mayor tolerancia; para el estudio esta tendencia significó que cuando las personas tienen actitudes más tolerantes pueden abstenerse de comportamientos discriminatorios. (Rossetto, et al, 2019)

Ahora bien, en el contexto latinoamericano, Chile ha estado a la vanguardia proponiendo un estudio donde según Grandon, Saldivia, Cova, Bustos y Turra (2016) menciona que "la falta de conocimiento sobre las enfermedades mentales y el estigma asociado a ellas, constituyen las principales razones por las cuales los chilenos no buscan tratamiento" cómo bien menciona el autor, el estigma es un aspecto importante a tener en cuenta en la elaboración de una propuesta investigativa de las actitudes; es decir, todo esto radica en el pensamiento cultural del que hace parte el individuo, pues a nivel latinoamericano se tiende a generar múltiples pensamientos acerca de la enfermedad mental dentro de la sociedad.

En este estudio se hace necesario también reconocer el rol otorgado al tema de Salud mental según un contexto más universal para iniciar con el proceso de investigación, es por eso que cómo propósito en esta investigación se propuso "estudiar las propiedades psicométricas de la Escala de actitudes hacia la enfermedad mental (CAMI) destinada a evaluar las actitudes del público general hacia las personas con trastornos mentales" contando con muestra por conveniencia no probabilística de hombres (55%) y mujeres (45%) y a su vez utilizando tres instrumentos de medición para lograr vislumbrar el objetivo inicial.

Cómo resultados se encontraron que este tipo de estudios son de gran importancia pues posibilitan un avance en formación, proyección y elaboración de programas inclusivos para

personas bajo diagnósticos psiquiátricos dentro de la población chilena; así mismo se hace necesario priorizar medidas sobre el índice de estigma hacia las personas con trastornos mentales ya que se presenta en niveles altos, dando apoyo en todos los niveles sociales pues existen mayor apoyo en la clase social baja pero se deja de lado la clase social creyendo que por las condiciones de comodidad, seguridad y mayores oportunidades logran una buena salud mental, no obstante esto también podría ser un prejuicio social.

En resumen, las investigaciones apuntan a que existe la necesidad de movilizar iniciativas contra el estigma combinando informaciones sobre la realidad de los problemas de salud mental en la población y sobre los estereotipos o prejuicios que pueden crearse alrededor de la salud mental. Es así que Campo, Oviedo & Herazo (2014) señalan que en Colombia deben existir abordajes sistemáticos y organizados para estudiar la frecuencia y las variables asociadas al estigma relacionado con trastornos mentales teniendo en cuenta las dinámicas psicosociales del país que también pueden incidir. Según el autor esto posibilitará acciones que favorecerán la inclusión, sensibilización y educación social de las personas hacia trastornos mentales.

Contextualización SENA

El Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) es una institución pública de orden nacional, con personería jurídica, patrimonio propio e independiente y autonomía administrativa, adscrito al Ministerio del Trabajo de Colombia. Se trata de una institución que ofrece enseñanza gratuita en programas técnicos, tecnológicos y complementarios, que tienen como objetivo generar desarrollo económico, tecnológico y social del país a través de las actividades productivas de las empresas y la industria haciendo una inclusión social, pues se vincula con la política nacional: más empleo y menos pobreza.

El SENA cuenta con 117 centros de formación en zonas urbanas y rurales del país, ofrece más de 7 millones de cupos anuales en programas de formación; cuenta con más de 130 programas de forma presencial y virtual. Los procesos de formación que ofrece el SENA son gratuitos y garantizan las herramientas adecuadas para que las personas puedan vincularse al mercado laboral.

Historia.

El SENA nació durante el gobierno de la Junta Militar mediante el Decreto Ley 118, del 21 de junio de 1957 con el fin de brindar formación profesional a trabajadores, jóvenes y adultos de la industria, el comercio, el campo, la minería y la ganadería. Su creador fue Rodolfo Martínez Tono, desde su inicio SENA aspiró a proporcionar instrucción técnica al empleado, se llamó Servicio Nacional de Aprendizaje, nombre que se conserva en la actualidad.

Misión y visión.

La visión del SENA se centra en cumplir la función que le corresponde al Estado, invertir en el desarrollo social y técnico de los trabajadores colombianos (Ley 119/1994) y para el año 2022 busca consolidarse como una entidad de formación integral para el trabajo. El SENA se caracteriza por su aporte a la empleabilidad, el emprendimiento, equidad y a las necesidades productivas y sociales del país.

SENA Palmira.

El SENA Palmira cuenta con uno de los diez Centros de Formación Profesional que tiene el Servicio Nacional de Aprendizaje en el Departamento del Valle del Cauca, se llama Centro de Biotecnología Industrial (CBI), que ofrece a los ciudadanos colombianos residentes en la región y a los extranjeros legalmente residenciados en Colombia, formación educativa en

Biotecnología, industria, comercio y servicios, impartiendo educación técnica, tecnológica y formación complementaria.

Algunos estudios sobre salud mental en el SENA, Colombia.

La salud mental en población vulnerable, puede incidir negativamente en el desempeño académico y en aspectos como la deserción y el futuro laboral. Es así que el autor Ovalle (2013) investiga sobre los factores que pueden afectar la salud mental de los jóvenes en situación socioeconómica vulnerable en una población de estudiantes del SENA, en Apartadó Colombia. Ahora bien, la situación económica, política y social en muchos países, requiere que los ciudadanos tengan una gran cantidad de competencias para desempeñarse en el mundo laboral, cuyas acciones profesionales ayuden al desarrollo de toda una nación en su conjunto.

No obstante, la inestable situación socioeconómica que enfrentan algunos jóvenes, impide que se desarrollen con éxito las labores en las instituciones educativas y en la vida diaria, impactando directamente en la futura inserción al ambiente laboral y a la dinámica productiva nacional, por otro lado esta población estudiantil tiene altos índices en generar un problema en salud mental; la clave para la disminución de este tipo de problemáticas se encuentra en la educación y el desarrollo nacional. Ovalle (2013) menciona que:

La educación para el desarrollo permitirá a los menos favorecidos con medios económicos, mejorar la calidad de vida de su grupo social. Por tanto, las instituciones educativas están en la obligación de promover la educación para el desarrollo proyectando una mejor calidad de vida de los integrantes de la sociedad. p. 2

En este aspecto es necesario colocar a la salud mental como una competencia para el desarrollo educativo, por lo que Ovalle (2013) invita a generar procesos pedagógicos incluyentes, que permitan a los jóvenes hacer procesos terapéuticos previos a enfrentarse al desarrollo de competencias desde lo técnico. En su gran mayoría los integrantes de estos sectores

vulnerables, tienen falencias económicas, sociales, afectivas, de valores y principios, autoestima, que son base para la definición de sus actitudes y motivaciones, que puede que no faciliten el aprendizaje y menos aún la convivencia en un mundo productivo.

Ovalle (2013) propone que se deben desarrollar diagnósticos en salud (SENA) es mental y dependiendo del resultado hacer la respectiva intervención terapéutica, para poder iniciar con el desarrollo de competencias en las áreas disciplinares correspondientes, mencionando que la atención de la salud mental es un proceso multidisciplinario e integral, y precisamente desde la educación se puede contribuir y ampliar favorablemente con estrategias y herramientas acordes a las características actuales de la población estudiantil.

JUSTIFICACIÓN

La salud mental es crucial para asegurar el bienestar general de los individuos, sociedades y países, y desde la OMS (2018) se plantea la siguiente definición: “la salud mental es el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades”; también se afirma desde esta organización la importancia de reconocer el sufrimiento y la carga que genera el padecer un trastorno mental, tanto para los mismos individuos como para sus familias y las sociedades.

Por otro lado, los trastornos mentales influyen e impactan en la esfera económica de un individuo y al mismo tiempo de un país, pues este genera costos y el dispendio de recursos para la atención, promoción y prevención de la salud mental. No obstante, (López, et al., 2010) señala que las personas que padecen de trastornos mentales terminan siendo foco de estigmas, discriminación, estereotipos y prejuicios, problemática que en Colombia se ha presentado debido

a que las personas con enfermedad mental no consultan al médico por varias razones, también debido a la negligencia de las instituciones que promueven los servicios de atención en salud mental y la poca inversión para los servicios de salud mental. Campo, et al. (2014).

De acuerdo con lo anterior, se propone realizar en este trabajo un cuestionario que permita abordar la salud mental en estudiantes del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) de la ciudad de Palmira, en aras de explorar y comprender las actitudes que tiene un grupo de estudiantes hacia la salud mental y si ésta, a su vez, puede ser estigmatizada. Lo anterior con el fin de propiciar un conocimiento a la comunidad académica y al mundo de los expertos que plantean y desarrollan proyectos en el marco de la salud mental, que permita trabajar contra los prejuicios frente a la salud mental dado que estos son factores que inciden en el desconocimiento hacia la salud mental (Rossetto, et al, 2019).

Es así que la investigación presentada en este estudio pretende ampliar el conocimiento sobre salud mental y en específico caracterizar la actitud de los individuos acerca de esta importante temática; dado que en Colombia no hay mucha documentación científica y los resultados generados en este estudio serán de utilidad para futuras investigaciones y pueden constituir una base para plantear sugerencias e indicaciones respecto a la promoción y prevención en el cuidado de la salud mental en la ciudad. Así mismo, la creación de un cuestionario de actitudes permitirá caracterizar demográficamente una población cuyas características pertenecen a un grupo que dentro de los programas de intervención en salud mental son prioritarios.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de la salud mental es sabido que padecer algún trastorno mental en cualquier región o país del mundo genera agravantes sociales y económicos para las personas, pues pueden

producir desempleo, reducción de productividad, impacto en las familias y se asocia con niveles de crimen, inseguridad ciudadana y muerte prematura entre otras (OMS, 2018). Lo anterior se identifica como una de las dificultades en salud mental ya que afecta el bienestar de la persona en términos cognitivos, psicológicos y de interacción social pues quienes padecen trastornos mentales también son víctimas de violaciones de derechos humanos, estigma y discriminación, dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas¹.

Según Novoa (2012) en Colombia existe una brecha inmensa en la implementación de leyes, políticas públicas o incluso la visión misma de los profesionales que atienden la salud mental para lograr accesibilidad y acciones coordinadas entre los diferentes sectores que atienden la salud mental por eso se resalta la importancia de un cambio de perspectiva que permita abordar los elementos psicosociales que afectan el bienestar del sujeto y más en nuestro país en donde elementos como la guerra y los efectos de la misma han ocasionado consecuencias psicológicas y relacionales en las personas. En ese sentido, al ser la salud mental un tema prioritario en salud pública la promoción, prevención así como la atención en salud mental es crucial para asegurar el bienestar general de los individuos, sociedades y países, de esa manera resulta esencial que una persona goce de salud mental.

Elementos importantes sobre la salud mental en la ciudad de Palmira

Ahora bien la ciudad de Palmira cuenta con 302,642 habitantes según reporte del DANE, (2018). Algunos estudios sobre salud mental realizados en la ciudad mencionan que “los problemas de salud mental que más afectan a los palmiranos son los trastornos mentales como la esquizofrenia, la depresión o trastorno depresivo mayor y la ansiedad” (El PAÍS, 2018) esta problemática se ve permeada por circunstancias de carácter individual, como la pérdida de un ser

¹ Tomado desde conferencias del colegio colombiano de psicólogos “*diálogos interdisciplinarios: la salud mental con enfoque comunitario*”. Expositores Luis Fernando Muñoz, Médico psiquiatra, Magister en rehabilitación social y estudiante en salud mental comunitaria y Juan Carlos Osorio Suarez, Psicólogo clínico y especialista en psicología clínica.

querido o altos estados de ansiedad en adultos y pérdida de año escolar por bullying en menores de edad.

De la misma manera según el boletín del observatorio de salud pública de Palmira del año 2020 menciona dos eventos a destacar; el intento de suicidio que durante el periodo de 2016 a inicios del 2020 reportó 1064 casos, evento en el que mayormente participan las mujeres pues por cada tres mujeres, un hombre intenta suicidarse, así mismo se menciona que durante los primeros meses del año 2020 pudo haberse registrado una disminución de casos de intento de suicidio ya que al implementarse la contingencia como medida preventiva para afrontar el COVID 19 los casos no lograron ser notificados comportamiento generalizado en todos los municipios del país, según el Instituto Nacional de Salud. Frente a esta situación se menciona que deben redoblar las actividades de promoción, para la atención en salud mental desde los diferentes sectores prestadores de salud.

El segundo evento a destacar en este informe es el suicidio consumado, se reportaron 84 casos durante el mismo periodo, y contrario al evento de intento de suicidio que ha ido aumentando de manera notoria en los últimos años se menciona que el suicidio consumado mantiene un comportamiento irregular pero con en este caso los hombres tienen una mayor participación. Se expresa que fue durante el 2018 donde se presentaron mayor número de casos, alcanzando la cifra de 25 casos, con mayor tendencia participativa en hombres, así mismo el informe muestra que durante el cierre del informe a principios del año 2020, entre el 1 de enero y el 30 de abril se han reportado 5 casos, todos también del sexo masculino.

Sobre estos eventos la secretaría de salud de la ciudad de Palmira ha generado estrategias de promoción, prevención y tratamiento dentro de las instancias educativas y comunidad en general, a fin de crear cambios ante estas problemáticas en salud pública y otras como la

violencia sexual, violencia intrafamiliar y abuso sexual así como la prevención en el maltrato infantil y la prevención y rehabilitación de consumo de sustancias psicoactivas cuya atención se dirige a adolescentes y jóvenes en quienes se ha detectado un alto porcentaje de consumo de sustancias psicoactivas.

Una de las propuestas desarrolladas para la atención de las problemáticas enunciadas fue la ruta en salud mental y el modelo de atención denominada “*modelo de atención psicológica integral a personas con conductas e ideación suicida*” (ver anexo 6 y 8) que fueron aprobados en la Mesa Municipal de Salud Mental en febrero de 2019 donde asistieron todas las EPS e IPS del municipio quienes aprobaron y manifestaron que apropiarían la ruta y el modelo que fue desarrollado por la Secretaría de Salud de Palmira en articulación con la Universidad Pontificia Bolivariana. Cabe mencionar que en la ciudad de Palmira se cuenta con una sola institución prestadora de salud pública; el Hospital Raúl Orejuela Bueno, ubicado en la parte central de la ciudad y que cuenta con atención médica y psicológica, a la que se adscriben diferentes centros de salud como lo son el centro de salud de San Pedro, el centro de salud Sesquicentenario y centro de salud Zamorano.

Es así que las distintas problemáticas evidenciadas a nivel nacional y municipal dejan apreciar la necesidad de profundizar en la dimensión de salud mental y sus implicaciones ya que esto puede ampliar el conocimiento sobre la temática así como romper prejuicios y estereotipos que puedan generarse en torno a la misma y más si lo es desde las actitudes que puedan tomar un grupo de estudiantes que hacen parte de una población que necesitan mayor atención cuando se habla de salud mental, en ese sentido la pregunta que queremos abordar en este estudio hace referencia a ¿Cuáles son las actitudes que tienen los estudiantes del SENA hacia la salud mental?

OBJETIVOS

Objetivo general

- Caracterizar las actitudes respecto a la Salud Mental en estudiantes del SENA de la ciudad de Palmira.

Objetivos específicos

- Identificar las actitudes hacia la salud mental de estudiantes del SENA de la ciudad de Palmira a través de un cuestionario.
- Describir los componentes cognitivo, afectivo y conductual (qué piensan, sienten y cómo actúan) de las actitudes de estudiantes del SENA de la ciudad de Palmira.
- Observar la interacción entre variables sociodemográficas y los componentes de la actitud de los estudiantes del SENA de la ciudad de Palmira.

REFERENTES TEÓRICOS

La psicología social y las actitudes

Ibáñez et al. (2004) sugiere que las actitudes entendidas desde la teoría, sobre todo desde la psicología social donde se ha hecho la mayor parte de investigaciones, difieren mucho de la vida cotidiana, pues señala que “las actitudes han sido conceptualizadas como una predisposición a actuar sobre un objeto de una determinada manera” (p. 183). Lo cual ha ocasionado entender las actitudes desde lo que se piensa, siente y hace; no obstante menciona que dicha manera no es la única y que a lo largo del desarrollo de la psicología social las actitudes se comprenden bajo distintos modelos producto del Zeitgeist de la época, por lo tanto, resalta que a pesar que existe diferenciación en la construcción teórica del concepto, existen también características que pueden rescatarse cuando son estudiadas, por ejemplo el hecho que las actitudes medien los procesos afectivos, se vinculen con el comportamiento y tengan relación entre el mundo personal y el mundo social, debido a que lo psicológico y lo social se conforman mutuamente.

Las actitudes han estado relacionadas con la acción, la posición y las posturas corporales siempre observables de un individuo sin embargo en la actualidad se relacionan más con la posición de alguien respecto a alguna cosa, pero en relación a la pertenencia de grupos puesto que el grupo es la fuente de las actitudes así lo afirma Ibáñez, et al. (2004) cuando menciona que “este tipo de actitudes no se adquieren en el vacío social. Su adquisición está en función de la relación de uno mismo con otros grupos, de manera positiva o negativa” (Newcomb 1958 como se citó en Ibáñez, et al. 2004). Es precisamente esta conceptualización la que acogemos en este estudio ya que no solo implica tener en cuenta los hechos observables hacia un objeto de actitud en este caso la salud mental, sino a nivel grupal cuál es el tipo de actitud positiva o negativa establecida hacia la salud mental, y es que Ibáñez, et al. (2014) lo sugiere cuando dice que las actitudes son mejor entendidas si se analizan desde los conflictos de poder puesto que esta perspectiva de influencia y control de conductas individuales y colectivas podrían modificarse.

Dicho lo anterior examinaremos brevemente el concepto de actitud sin antes decir que los seres humanos realizan valoraciones y crean opiniones sobre cierto tipo de acontecimientos, cosas o personas, esta acción de crear valoraciones sobre diferentes aspectos se le conoce como actitud, así lo afirma Morales, et al. (2007) cuando comenta que, “las actitudes son las evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas que, técnicamente, reciben la denominación de objetos de actitud” de igual forma cabe señalar que (Brehm, 1966; Maslow, 1962; Murray, 1955 como se cita en Morales, et al. 2007) aseguran que,

“Las actitudes permiten que las personas adquieran nuevos conocimientos, busquen, procesen y respondan la información que les proporciona el entorno, las actitudes ayudan a satisfacer esta necesidad básica de conocimiento y control, estructurando la información en términos positivos y

negativos. De esta forma, ante situaciones nuevas, nuestras actitudes permiten predecir qué cabe esperar de ellas, aumentando así nuestra sensación de control” (p.461)

Es así que las actitudes guardan relación con la conducta, pues afectan la forma en que piensan, sienten y actúan las personas; además las actitudes pueden cambiar el contexto, pues si la actitud de un cierto número de individuos cambia las normas sociales también pueden hacerlo. Las actitudes pueden ser negativas, positivas o neutras y varían en su extremosidad o grado de polarización; son un fenómeno mental, es decir, que no son directamente observables desde fuera del propio sujeto. De acuerdo con Morales, et al. (2007) las actitudes hablan de la personalidad y por medio de ella se dan a conocer los sujetos, ayudan a conocerse a sí mismo y a presentarnos a los demás, así las actitudes juegan un papel importante en la definición y el fortalecimiento de la propia identidad.

De este modo, las actitudes se construyen bien sea por factores genéticos (pudor, miedo, asco); por condicionamiento instrumental (premios y castigos); por modelos de imitación u observación de las conductas de otros, por el aprendizaje cultural y familiar. Este fenómeno mental se organiza a partir de la concepción tripartita de las actitudes cognitivo, afectivo y conductual, que se abordará a continuación.

Componente cognitivo.

Incluye los pensamientos y creencias de la persona acerca del objeto de actitud, según Morales, et al. (2007) las actitudes están directamente relacionadas con los pensamientos o creencias, de aquí nacen los juicios sobre lo que agrada o no agrada a las personas, o con lo que se están de acuerdo. Existen varios modelos teóricos que hablan de la relación de las actitudes con la conducta: Teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975); se basa en la expectativa-valor y parte de la premisa de que las actitudes están determinadas por las creencias que tenemos acerca del objeto actitudinal, según estos modelos, “las personas poseen una

variedad de creencias asociadas con la actitud, creencias que van desde estimaciones de la probabilidad y deseabilidad de las conductas asociadas con el objeto de actitud hasta las expectativas en relación con lo que sería deseable para los demás”. (Morales, et al. 2007).

Componente afectivo.

Agrupar los sentimientos y emociones asociados al objeto de actitud. “A través de nuestras experiencias asociamos determinadas emociones a personas, objetos o situaciones, y ello, relativamente al margen de las creencias que poseamos sobre el objeto evaluado” (Morales, et al. 2007).

Componente conductual.

Recoge las intenciones o disposiciones a la acción, así como los comportamientos dirigidos hacia el objeto de actitud; las conductas que realizamos en relación con dichos objetos pueden proporcionar información relevante para la constitución de nuestras actitudes. En este mismo orden de ideas para medir las actitudes se utilizan diversos procedimientos como los directos e indirectos, en los procedimientos directos se pregunta directa y explícitamente a las personas por las opiniones y evaluaciones que sustentan en relación a un determinado objeto de actitud, mientras que en los procedimientos indirectos se trata de conocer las evaluaciones de las personas sobre el objeto de actitud sin preguntar directamente por él. Algunos de los instrumentos de medida para los procedimientos directos son el diferencial semántico o la escala Likert, y aquí hay que aclarar que en este estudio no se utilizó una escala tipo Likert sino un cuestionario que también dio cuenta de las actitudes hacia la salud mental.

Procesos sociales

Los prejuicios.

Ahora bien, cuando hablamos de los prejuicios según Morales, et al. (2007) estos parten de las relaciones intergrupales puesto que son producto de estas interacciones, asimismo su comprensión debe partir de las actitudes y opiniones que los grupos estigmatizados tienen de los grupos mayoritarios ya que esto influye en la percepción que toman los grupos dominantes. De ahí que Ovejero (2010) señale que, “los prejuicios son actitudes negativas u hostiles hacia ciertos grupos” por lo general hacen referencia a evaluaciones desfavorables, negativos hacia un grupo, se componen de tres elementos, cognitivo, identificado con el estereotipo (expectativas negativas respecto al otro), afectivo, correspondiente con el prejuicio (desprecio, desagrado, miedo y aversión al otro) y comportamental, que sería la discriminación (conductas hostiles hacia otro), el mismo autor señala que los prejuicios pueden ser positivos como negativos sin embargo los estudios se han centrado en los prejuicios negativos dado que consisten en juzgar sin tener antes elementos de juicio suficientes.

De acuerdo al enfoque psicosocial los prejuicios se han venido desarrollando en distintos momentos de la historia, como por ejemplo procesos como la colonización en América, la esclavitud de los pueblos africanos o la igualdad de derechos entre hombres y mujeres sin embargo a pesar que se han abolido estas prácticas en la actualidad sigue habiendo prejuicios que, si bien tienen sanciones como por ejemplo la discriminación, según Brown (1998) siguen estando latentes. Morales, et al. (2007) Menciona que “en el prejuicio se dan la mano procesos individuales, grupales y sociales”, definiéndolos en orden comprenden primero los procesos cognitivos (por ejemplo, la categorización) y afectivos (las propias emociones negativas que implica el prejuicio), segundo, al ser grupales parten hacia otro grupo y sociedad pues no los legitiman las leyes y normas predominantes en un determinado contexto social.

Sobre los prejuicios hay que resaltar que los prejuicios no tienen los mismos efectos para todos los grupos pues varía de acuerdo a la percepción de prejuicio y discriminación que tengan las personas de los diferentes grupos estigmatizados, esto quiere decir, que en algunos casos puede ocasionarse la pena y la incomodidad (ante un discapacitado físico, por ejemplo), en otros predomina el temor (ante una persona con VIH, por ejemplo), en otros, finalmente, puede predominar la agresividad (como sucede en ocasiones con los inmigrantes de cultura diferente) en consecuencia, los efectos pueden ser diferentes según la persona afectada, además no se puede creer que las personas pertenecientes a los grupos discriminados no son meros receptores pasivos del prejuicio sino que recurren, con mayor o menor éxito, a diversas estrategias (individuales y grupales) para afrontarlo.

Para comprender mejor lo anterior es importante mencionar ciertas características que se mencionan desde la perspectiva del grupo estigmatizado y esto según la Teoría de la Identidad Social, por ejemplo, según Morales, et al. (20017) cuando una persona tiene una identidad social negativa existen tres posibles soluciones para intentar cambiarla: a). *Movilidad individual*, que consiste en abandonar el grupo al que se pertenece y tratar de vincularse a un grupo que proporcione una identidad social positiva. Esta solución raras veces es posible para las personas pertenecientes a grupos estigmatizados (por ejemplo, no es fácil cambiar de etnia ni de cultura).

Consecutivamente está *la creatividad social* que consiste en buscar estrategias que permitan, sin cambiar de grupo, mantener la identidad social positiva, se puede lograr a través de una dimensión de comparación nueva en la que el endogrupo salga victorioso (por ejemplo, los afroamericanos pueden compararse con los blancos en rendimiento deportivo en vez de rendimiento académico) y también intentar cambiar los valores asignados a los atributos que posee el endogrupo, de modo que las comparaciones que antes eran negativas ahora se perciban

como positivas (lo negro es bello). En ocasiones se puede intentar cambiar el exogrupo de comparación por otro más asequible (por ejemplo, un grupo de inmigrantes puede optar por compararse con otro grupo de inmigrantes en vez de con el grupo mayoritario).

Y también a través de *la competición social* que consiste en tratar de recuperar la identidad social positiva a base de reclamar los derechos que el grupo cree que le corresponden a través de la confrontación directa con el grupo mayoritario. Como cabe suponer, esta estrategia es muy costosa y arriesgada para el grupo que no tiene el poder. En pocas palabras con lo mencionado hasta aquí se puede argumentar que el prejuicio como se menciona en Morales, et al. (2007) “refleja las relaciones intergrupales existentes en un momento determinado” (p, 608) no obstante también hay que identificar las formas existentes para disminuir los prejuicios a continuación se mencionan algunas.

Tres propuestas psicosociales para reducir el prejuicio.

La hipótesis del contacto. Aquí se sostiene que, en ciertas condiciones, el contacto entre las personas de grupos diferentes sirve para reducir el prejuicio, no obstante en estudios hechos por Pettigrew y Tropp (2006) como se citó en Morales, et al. (2007) se encontró que si bien el contacto intergrupar reduce el prejuicio entre los diferentes grupos; condiciones como el apoyo social e institucional, las relaciones potenciales, el mismo estatus de las personas y la cooperación no son necesarios para que el contacto sea positivo.

El Modelo de la identidad endogrupal común. Este modelo se basa en los procesos de categorización social, sostiene que una forma de reducir el prejuicio es inducir a personas de grupos diferentes a considerarse parte de un único grupo más grande que englobe a los grupos anteriores.

Estrategias basadas en la toma de perspectiva y la empatía hacia los miembros de los grupos estigmatizados. Es importante en este modelo la aplicación de procesos afectivos como la empatía, se consigue despertar la empatía hacia personas pertenecientes a grupos estigmatizados, dicha empatía se generalizará hacia todo el grupo disminuyendo el prejuicio y aumentando las conductas de ayuda.

Los estereotipos.

Respecto a los estereotipos según Ovejero (2010) hacen alusión a una manera de simplificar nuestro complejo entorno para poder entenderlo y manejarlo adecuadamente, por lo que están estrechamente relacionados con la categorización social, constituyéndose como uno de sus principales fuentes de datos en la formación de impresiones (Manner y otros, 2005 como se cita en Ovejero 2010). Y es que según el autor tener la capacidad de clasificar rápida y eficazmente categorías de objetos, eventos o personas se somete a plantear categorías con sesgos de diferentes tipos. Es así que esta clasificación del pensamiento ayuda a configurar las percepciones, haciendo que interpretemos la nueva información como algo confirmador sobre tales estereotipos, reforzando y haciendo que tenga una mayor atención, “además lo que hacen a menudo los estereotipos es reflejar la posición social de los diferentes grupos” (Zanfrini, 2007 como se cita en Ovejero 2010).

Conocimiento.

Finalmente la definición de conocimiento para este estudio se tomó de la Real Academia Española (RAE) ya que los saberes que evaluamos no estuvieron en función de un conocimiento científico sino más bien desde el conocimiento popular de las personas, entonces sobre la definición de conocimiento según la RAE se puede decir que, es el conjunto de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento, sistemáticamente estructurados y de los

que se deducen principios y leyes generales con capacidad predictiva y comprobables experimentalmente.

Salud Mental Comunitaria

Cuando se habla del término de salud mental se hace referencia a un campo del conocimiento amplio y complejo, que ha sido revisado desde diferentes disciplinas, entre ellas las Psiquiatría, la Neurología, la Fisiología, la Filosofía, Antropología, Sociología, Psicología entre otras, en su mayoría abordan la salud mental desde el modelo tradicional o biológico, que se ocupa de manera reducida al estudio y tratamiento de la enfermedad dejando de lado al sujeto que es quien la padece. En otros estudios se afirma que el sufrimiento mental es indisociable de la situación social y cultural de los individuos (Galende, 1997, como se citó en Macaya, et al. 2018) argumento rescatable para este estudio pues se considera trascendental el bienestar de los sujetos, y su participación en la salud mental en comunidad.

Nelson, Kloos & Ornelas (2014) afirman que los sujetos con enfermedades mentales graves viven en condiciones deplorables, enfrentan el estigma, la discriminación y los distintos medios de apoyo que se les proporciona para lidiar con sus trastornos son inapropiados. Se plantean una nueva visión en la salud mental comunitaria, pues mencionan que, así como la comunidad y la sociedad son parte del problema en el campo de la salud mental también pueden ser parte de la solución. En sus inicios la psicología comunitaria estuvo muy ligada con la salud mental comunitaria (SMC) y se basó en el desarrollo de innovaciones, en la prevención, el uso de ayudantes no profesionales y albergues comunitarios.

Ahora bien, Rappaport, (1977) como se cita en Nelson, et al. (2014) alude que “la psicología comunitaria ha estado atenta a la importancia de los valores, estos valores se

encuentran dentro de la autodeterminación, el cuidado y la compasión, el respeto por la diversidad y la justicia social” (p.7). Un cambio en la visión de la SMC propone:

a). Participación y empoderamiento de las partes interesadas

b). Apoyo e integración comunitaria

C. Justicia social y acceso a recursos valiosos

A diferencia de la salud mental tradicional y su direccionamiento hacia el tratamiento individual, la psicología comunitaria maneja el contexto social y le brinda un papel de suma importancia; bajo una perspectiva ecológica que analiza el ajuste entre el individuo y el medio ambiente. Kelly (1966) fue quien realizó por primera vez un acercamiento a la perspectiva ecológica relacionándola, con los servicios en salud mental, concediendo una mayor atención en la visión de la comunidad e incentivando el fortalecimiento de los recursos comunitarios y la planificación para el cambio.

La psicología comunitaria recalca el empoderamiento y la participación ciudadana, esto permite comprender la dinámica de las relaciones entre las partes interesadas en el desarrollo de la salud mental. Para que se produzca un cambio de empoderamiento y participación, se debe analizar la relación paciente-profesional, esta diada se constituía en gran parte por la figura imponente en la que se posiciona el profesional sobre el paciente y por ende no había una participación y decisión continua por parte del último, en su propio proceso y en las decisiones de su propia vida, cambiar estas interacciones son el cimiento para que se produzca ese cambio transformador.

La psicología comunitaria hace hincapié en el apoyo social y familiar, mientras que los servicios tradicionales lo hacen en la labor profesional y el desarrollo del tratamiento; el apoyo social aborda el apoyo emocional, la orientación, el apoyo tangible, socialización y el apoyo de

pares. Otro aspecto que tiene en cuenta la SMC es el apoyo interdisciplinario y el de la propia comunidad, es decir involucran a las personas más directamente afectadas. “En un sistema transformador, la persona con un problema de salud mental es, ante todo, un ciudadano con derechos, fortalezas y potencial de recuperación, no un paciente o cliente que necesita ser supervisado, administrado o controlado” Rowe, Kloos, Chinman, Davidson y Cross (2001) como se citó en Nelson, et al. (2014) Y es primordial tener en cuenta las condiciones ambientales degradantes, como la pobreza y el estigma para generar ese cambio transformador, todo bajo un sentido de inclusión social que significa que: “los sujetos afectados no solo deben estar en la comunidad, sino que sean miembros valorados de la comunidad, personas que se integren en entornos comunitarios típicos y que disfrutan de las relaciones con otros miembros de comunidad” Nelson, et al. (2014).

El término salud mental se encuentra muy entrelazado con bienestar psicológico y salud mental desde tiempos pasados, para hacer referencia a esto se menciona que la SMC dio un giro transformador a la visión clásica sobre la salud mental buscando un cambio transformador donde se fomente una perspectiva más social, tomando el bienestar psicológico de forma grupal.

Con base en lo anterior, se logra la conceptualización de la Salud mental comunitaria, proponiendo no solamente como responsables de la salud y bienestar psicológico y mental a los centros psiquiátricos, sino el surgimiento de apoyo interdisciplinar en conjunto con las escuelas, centros policiales y otros centros dentro de las ciudades, generando una psicoeducación a fin de identificar algunas problemáticas. Rappaport, concibe la valoración de las personas para concretar estos objetivos de la salud mental comunitaria y su incursión dentro de la sociedad, manifestando además elementos de promoción y prevención que en la actualidad se logran visibilizar dentro de metodologías y herramientas de aplicación.

Otro aspecto a resaltar es la propuesta de “un conjunto de capacidades de una persona depende de las habilidades individuales y habilidades o "capacidades internas", sino también en condiciones externas: lo que está disponible y permitido por el contexto social” Sen (1992) como se citó en Nelson, et al. (2014) recalcando nuevamente el aspecto social de la salud mental, otorgando mayor validez a la propuesta de salud mental comunitaria; en donde cada individuo cuenta con características individuales, las cuales acarrearán beneficios y responsabilidades.

Ahora bien, para lograr ese cambio transformador se tiene en cuenta dos perspectivas amplias, la primera donde se ve a las organizaciones humanas como sistemas compuestos de funciones y componentes nacionales, este realiza un análisis que permite conocer las deficiencias y eficiencias; permitiendo así generar las oportunidades de cambio que puedan conducir a un mejor funcionamiento del sistema en su conjunto mediante la creación de metas y logros necesarios. La segunda perspectiva menciona que los pequeños cambios no planificados, pueden conducir a cambios más grandes, aquí, el énfasis no está en la comprensión a nivel global o de sistema, sino más bien en las interacciones locales entre individuos y ambos enfoques afirman que la interacción social, la innovación, novedad y la creatividad son la base para el cambio más amplio.

En este sentido, abordar la salud mental desde un enfoque comunitario es pertinente pues trabaja de forma integral, con las necesidades de la comunidad, desde la intersectorialidad pues incluye las relaciones del sujeto, así como resalta la vida cotidiana del mismo. Y esta mirada es transformadora dado que se habla de contribuciones y desafíos hacia los modelos que ya están implementados; dando importancia a aspectos como la vivienda, la inclusión social, el estigma y la discriminación que pueden tener efectos profundos en el funcionamiento individual. Además de dar un lugar a las relaciones sociales, los factores estructurales en la salud mental y el

bienestar, propone tratamientos centrados en la comunidad más que tratar de ayudar a las personas a "encajar" en los entornos comunitarios (Nelson, et al. 2014).

En la compilación de textos del libro *Community Psychology and Community Mental Health Towards Transformative Change* editado por Nelson, et al. (2014) se habla de utilizar términos como el de personas con discapacidades psiquiátricas, personas con diagnósticos de enfermedades mentales graves y consumidores de servicios de salud mental dado que otros términos puede resultar un lenguaje discriminatorio y estigmatizante, además resulta oportuno dado que aún no hay un consenso sobre los términos que deben ser usados. En este sentido según un informe de la OMS no es la ausencia de enfermedad lo que hace que un sujeto tenga una salud mental, sino que “una persona de cuenta de sus capacidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera y puede hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2018). Dicha definición es el foco de atención de la SMC, por lo tanto, los entornos comunitarios son propicios para que las personas desarrollen la salud mental; y este es el llamado que se hace desde la OMS dado que se busca transformar y promover la salud mental desde los entornos comunitarios.

Aun así, si lo que se busca es promover elementos propios de una comunidad en la vida de quien tiene una discapacidad psiquiátrica porque esta se relaciona con el bienestar personal, debemos entender su definición, no obstante, se debe mencionar también que esta participación de la vida en comunidad debe seguir abordando cuestiones de funcionamiento y síntomas angustiosos; sin embargo, éstos no deben ser el objetivo final, sino simplemente algunos de los retos que deben abordarse, lo realmente transformador de este enfoque radica en que limitaciones como los prejuicios que la comunidad percibe hacia quienes tienen una enfermedad mental, pueden permitir la promoción de programas de inclusión en la vida comunitaria. Como sostienen

Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey y Fisher (2007) se citó en Nelson, et al. (2014) “por la integración en la comunidad de las personas identificadas con discapacidades psiquiátricas no es simplemente una cuestión de vivir "en la comunidad"; se trata de formar parte de ella” por lo que, por participación en la vida comunitaria, se refiere a:

La mayoría de las personas tienen objetivos de elección e independencia en actividades significativas, roles sociales valorados y relaciones significativas que son incrustados en contextos comunitarios (por ejemplo, dónde vivir, trabajar o ir a la escuela, pasar el tiempo libre y tener relaciones de apoyo) (Nelson, et al. 2014).

METODOLOGÍA.

El presente estudio “estigma y prejuicio: actitudes hacia la salud mental, un estudio a aprendices del SENA de la ciudad de Palmira” tiene como principio conocer la valoración que otorgan estudiantes del SENA a la salud mental. Se trató de un estudio con enfoque cuantitativo, de alcance exploratorio-descriptivo, con un diseño no experimental de corte transversal pues la información se tomó en un solo momento.

Criterios de selección

Muestra.

Para la selección de la muestra se tomó una base de datos proporcionada por la institución que constó de 430 aprendices SENA pertenecientes a diferentes programas académicos, elegidos bajo criterio no probabilístico, por conveniencia; de los cuales se obtuvo respuesta de 117 aprendices mayores de 18 años y de diferentes estratos socioeconómicos.

Criterios de Inclusión/Exclusión

Los participantes deben ser hombres y mujeres mayores de edad, estudiantes del SENA seccional Palmira.

Técnicas de recolección de información

Elaboración del instrumento.

El cuestionario virtual denominado “actitudes hacia la salud mental” consta de 60 ítems. Su elaboración tuvo diferentes modificaciones, principalmente en los ítems presentados, se sumó la validación de varios jueces expertos en las diferentes fases de construcción del cuestionario; a continuación, explicamos cada fase realizada.

Primera fase. Elaboración del cuestionario consta de 90 ítems

Segunda fase. Validación por tres jueces expertos

Tercera fase. Aplicación prueba piloto virtual² a 20 participantes

Cuarta fase. Elaboración del cuestionario final consta de 60 ítems

Quinta fase. Aplicación del cuestionario final a 117 participantes

Definición conceptual.

Se toma el estudio de las actitudes dado que estas miden los juicios que realizan las personas sobre una cosa en particular; desde el modelo psicológico se tiene que “la mayoría de las actitudes tiene sus raíces en el aprendizaje y el desarrollo social” (Morales, et al. 2007, p 463), por ello, las actitudes se entienden desde una concepción tripartita, es decir, consta de tres componentes:

Componente Cognoscitivo. En este aspecto se incluyen los pensamientos y creencias de la persona acerca del objeto de investigación.

Componente Conductual. Recoge las intenciones o disposiciones a la acción, así como los comportamientos hacia el objeto de investigación.

Componente Afectivo. Aquí se agrupan los sentimientos y emociones asociados al objeto de actitud.

Definición operacional.

² La prueba piloto y aplicación de prueba final se realizó de manera virtual debido a la contingencia sanitaria causada por COVID-19.

Se han propuesto tres contenidos de operacionalización: conocimiento, prejuicio y estigma; por consiguiente, los ítems del cuestionario se ubicaran de acuerdo a esta organización.

Conocimiento. Esta categoría se relaciona con el conocimiento e información general acerca de la salud mental.

Prejuicio. Opinión previa y por lo general desfavorable, acerca de algo que se desconoce.

Estereotipo. Imagen o idea exagerada o con pocos detalles, aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable.

Tabla 1

Identificación y Delimitación de la Estructura de los Reactivos

Y/X	X1 Prejuicio	X2 estereotipo	X3 Conocimiento	Total
Y1 (Cognitivo)	7	7	6	20
Y2 (Afectivo)	7	7	6	20
Y3 (Conductual)	7	7	6	20
Total	20 ítems	20 ítems	20 ítems	60 ítems

Nota: Organización componentes y variables según número de ítems presentados en el cuestionario,

elaboración propia

Procedimiento de calificación de respuestas.

Los ítems se clasificaron en favorables y desfavorables, las preguntas favorables hacen referencia a posiciones positivas hacia la salud mental, libres de prejuicio, estereotipos y desconocimiento y para el caso de las preguntas desfavorables todo lo contrario. En relación a las preguntas “favorables”, su calificación se realizó 5 a 1, donde 5 es totalmente de acuerdo, 4 de acuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 2 en desacuerdo y 1 totalmente en desacuerdo; estas a su vez se clasifico en tres posiciones donde: las respuesta de tipo “totalmente de acuerdo, 5 ” y “de acuerdo, 4” se posicionan como una actitud positiva; “totalmente en desacuerdo, 1” y “en

desacuerdo, 2” una actitud negativa y por último “ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3” correspondiente a la neutralidad.

Para las “desfavorables”, su calificación se realizó de 1 a 5 donde, 1 es totalmente de acuerdo, 2 de acuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo y 4 en desacuerdo y por último 5 totalmente en desacuerdo, estas de igual forma se clasificaron en tres posiciones, donde: las respuesta de tipo “totalmente de acuerdo, 1” y “de acuerdo, 2” se posicionan como una actitud negativa, “totalmente en desacuerdo, 5” y “en desacuerdo, 4” una actitud positiva y “ni acuerdo ni en desacuerdo. 3” corresponde a la neutralidad.

Proceso de Validación de contenido y juicio de expertos.

Se elaboraron 90 reactivos que buscan caracterizar la actitud hacia la salud mental en estudiantes del SENA, la validación de contenido se realizó por un Profesional en Psicología, Docente del área de Instrumentos de Medición en psicología quien contribuyó a la selección de las proposiciones pertinentes para el estudio. Los criterios se evaluaron de acuerdo a lo mencionado por Escobar y Cuervo (2008).

Suficiencia. La cual se califica de acuerdo a las dimensiones cognitivo, afectivo y conductual.

Claridad. Califica si la proposición es fácil de comprender, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.

Coherencia. Califica si existe una relación lógica entre el ítem y la dimensión o indicador que está midiendo, es decir, si el ítem se relaciona con los componentes cognitivo, afectivo o conductual.

Relevancia. Califica si el ítem es esencial o importante, es decir, debe o no ser incluido en el cuestionario de actitudes.

Confiabilidad.

El cuestionario Constaba de 60 ítems y este estaba calificado con preguntas favorables y desfavorables hacia la Salud Mental, que indican posiciones positivas negativas o neutras hacia el objeto de investigación, con la posibilidad de cinco opciones de respuestas que son: totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, los coeficientes de confiabilidad Alpha Chrombach de la escala general es de 0.854 lo que indica una buena consistencia interna del instrumento de medición.

Tabla 2

Alfa de cronbach

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,854	0,870	60

Fuente: elaboración propia herramienta SPSS

Dificultades metodológicas durante la construcción del instrumento.

El estudio en un inicio tuvo varios aspectos a investigar, entre ellos; indagar la salud mental en instituciones de salud pública; medir las actitudes hacia la salud mental de estudiantes y ciudadanos del común, así como, implementar una propuesta de intervención ante las prácticas de salud mental encontradas en la ciudad. Sin embargo, ante estos objetivos se presentaron dificultades metodológicas dado que eran ideas amplias y con una población a la que difícilmente se podía acceder. Por lo tanto, no se pudo llevar a cabo dicha propuesta y se optó por elegir una población específica, que pudiera dar resultados generales y representativos.

De esta manera, se llegó a la conclusión de que la población muestral sería los habitantes de la ciudad Palmira, se obtendría a través de un proceso aleatorio estratificado y una encuesta de tipo presencial con personas mayores de edad; sin embargo, la emergencia sanitaria producto de

la COVID-19 hizo imposible obtener datos sociodemográficos haciendo inviable el estudio. Así que se decide abordar una población alcanzable a nuestros objetivos, por lo que se elige una muestra de estudiantes del SENA de la ciudad de Palmira, cuyos datos se obtendrían a través de un cuestionario tipo virtual.

Cabe señalar que este proceso de investigación inicial permitió identificar diferentes rutas de atención psicológica presentes en los centros de salud y hospitales de la ciudad, así como reconocer eventos significativos que aquejan a la comunidad palmirana, por lo que se hizo pertinente difundir dicha información a través de un folleto sobre la salud mental, en aras de informar la gestión del sector salud quien es el encargado de la prevención y promoción de la salud.

Tipo de análisis

Procedimiento y análisis estadístico.

Los ítems del cuestionario se realizaron con base a opiniones populares y al cuestionario de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI), para una mejor claridad en la aplicación del cuestionario se presentó un video informativo y, al final del cuestionario, se les otorgó a los participantes un folleto informativo sobre la salud mental en la ciudad de Palmira y a dónde acudir ante casos emergencia. La aplicación del cuestionario fue conducida por estudiantes de psicología de último año, mediante la difusión de un correo electrónico dirigido a la comunidad estudiantil del SENA Palmira, invitándolos a participar de manera voluntaria, de igual forma, también se compartió el cuestionario a estudiantes por fuera de la base de datos otorgada por la institución.

Se dispusieron diez días límites para responder el cuestionario, cumplido este tiempo, se inició con el análisis estadístico descriptivo, resumiendo la información mediante gráficas y

tablas proporcionadas por la herramienta SPSS, donde se le asignó una calificación por componente de 1 a 100, donde de 1 a 33.3 indica una posición negativa, 33.4 a 66.6 una posición neutra y de 66.7 a 99.9 una posición positiva. Para el caso de los resultados de la escala general se dispuso una calificación de 1 a 300 donde de 1 a 99.9 una posición negativa de 100 a 199 una posición neutra y de 200 a 300 una posición positiva, lo anterior se plantea ya que lo deseable en nuestra encuesta es que los estudiantes tomen una posición o actitud positiva hacia todos los ítems. Puesto que las afirmaciones positivas tienen el puntaje más alto.

Consideraciones éticas

Previo a la realización del cuestionario, se dio a conocer a los participantes el aspecto ético bajo el cual manifestaron su mayoría de edad, participación voluntaria, total discreción y anonimato de sus respuestas, asimismo el carácter académico del proyecto, sus responsables y el agradecimiento por hacer parte del estudio sobre actitudes el cual busca indagar los aspectos sociodemográficos que posibilitan identificar aspectos sociales de la población respecto a la salud mental.

RESULTADOS

Datos Sociodemográficos

La muestra estuvo conformada por 117 personas, a continuación, se presentan el gráfico no 2 correspondiente al género y el gráfico no 2 a edades, se puede observar que, en la cantidad de participantes categorizados por género, que hicieron parte de la aplicación del cuestionario, se presenta mayor cantidad de participantes femenino con relación a personas del género masculino; 64 y 53 personas respectivamente. En lo referente a la edad, el promedio fue de 23,53 años, se puede inferir que la mayoría de los participantes fueron adultos jóvenes, así mismo se

dispusieron tres categorías de edad dispuestas de la siguiente forma rango edad 1 de 18 a 25 años, rango edad 2 de 26 a 35 años, rango de edad 3 de 36 a 50 años.

Figura 2

Género de Participantes Encuesta de Salud Mental

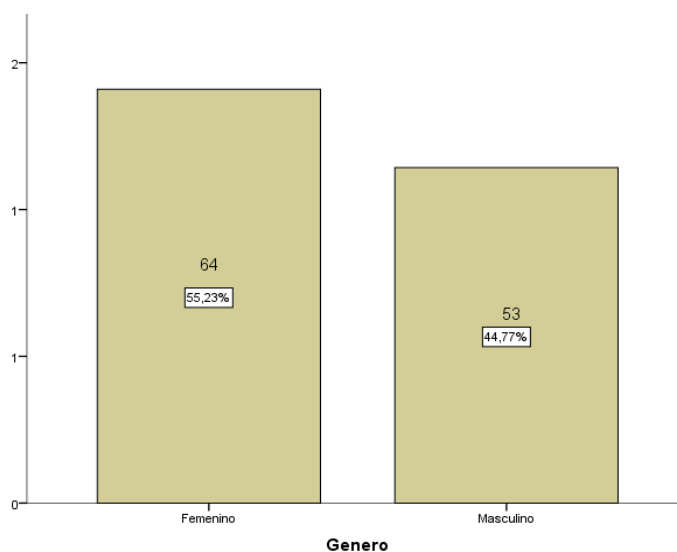


Figura 3

Rango de Edad Participantes Cuestionario de Salud Mental

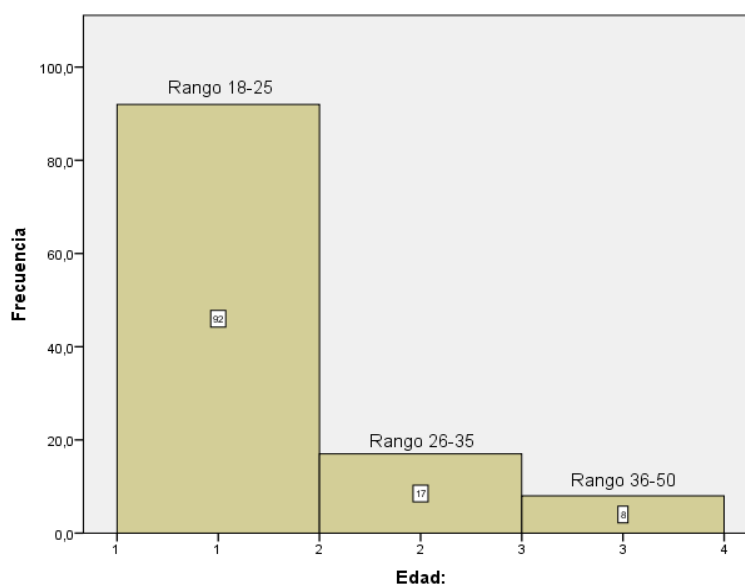
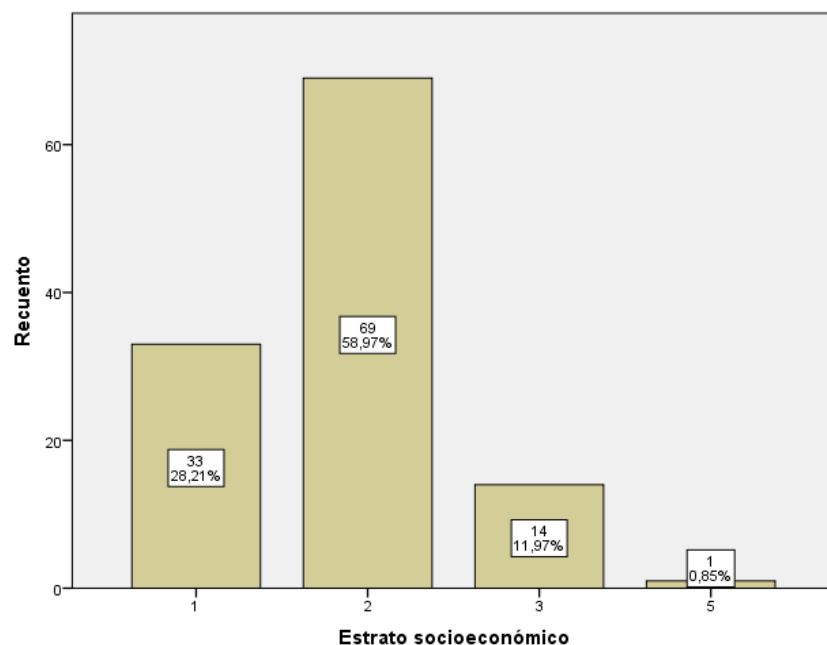


Figura 4

Estrato Socioeconómico Participantes Cuestionario de Salud Mental



Respecto a cada componente del cuestionario (cognitivo, conductual, afectivo), sus variables y relación con las posiciones positivas, negativas y neutras se encontraron los siguientes resultados

Tabla 3

Comparación media por componente

		COGNITIVO	CONDUCTUAL	AFECTIVO
N	Válido	117	117	117
	Perdidos	0	0	0
	Media	68,15	73,6410	73,7009
	Mediana	68,00	73,0000	73,0000
	Rango	35	34,00	48,00
	Mínimo	49	60,00	47,00
	Máximo	84	94,00	95,00

Fuente: elaboración propia herramienta programa SPSS

En esta tabla se observan los componentes de la encuesta, en donde la media de cada componente se encuentra en una posición positiva, es decir que se encuentra por encima de 66,6 lo que indica una inclinación a estar en desacuerdo con los ítems que indican prejuicio, estereotipo y desconocimiento y de acuerdo hacia ítems libres de prejuicio, estereotipo y conocimiento.

Tabla 4

Comparación componente cognitivo- edad

		COGNITIVO		Total
		NEUTRO	FAVORABLE	
Edad:	rango 18-25	37	55	92
	rango 26-35	6	11	17
	rango 36-50	3	5	8
Total		46	71	117

Fuente: Fuente: elaboración propia herramienta programa SPSS

Esta tabla indica que entre los rangos establecidos los participantes tienen una mayor inclinación hacia una actitud favorable de la salud mental.

Tabla 5

Comparación componente cognitivo- género

		COGNITIVO		Total
		NEUTRO	FAVORABLE	
		E		
Genero	Femenino	24	37	61
	Masculino	22	34	56
Total		46	71	117

Fuente: elaboración propia herramienta programa SPSS

Esta tabla indica que en el componente cognitivo para el caso de hombres y mujeres se posicionó una posición favorable.

Tabla 6

Comparación componente cognitivo- estrato

		COGNITIVO		Total
		NEUTR O	FAVORAB LE	
Estrato socioeconómico	1	18	15	33
	2	25	44	69
	3	3	11	14
	5	0	1	1
Total		46	71	117

Fuente: elaboración propia herramienta programa SPSS

Esta tabla muestra que en el componente cognitivo los estratos socioeconómicos tienden a tomar mayores actitudes positivas hacia elementos de la salud mental.

Tabla 7

Comparación componente conductual- edad

		CONDUCTUAL		Total
		NEUTRO	FAVORABL E	
Edad:	rango 18-25	9	83	92
	rango 26-35	3	14	17
	rango 36-50	1	7	8
Total		13	104	117

Fuente: elaboración propia herramienta programa SPSS

En esta tabla observamos que en términos de predisposición a actuar hacia elementos de la salud mental que se propusieron en los ítems, los rangos de edad toman una posición positiva.

Tabla 8

Comparación componente conductual- género

		CONDUCTUAL		Total
		NEUTRO	FAVORABLE	
		E		
Genero	Femenino	7	54	61
	Masculino	6	50	56
Total		13	104	117

Fuente: elaboración propia herramienta programa SPSS

En esta tabla se muestra que se toma una posición positiva respecto a los ítems en relación al género.

Tabla 9

Comparación componente conductual- estrato

		CONDUCTUAL		Total
		NEUTRO	FAVORABLE	
		E		
Estrato socioeconómico	1	3	30	33
	2	9	60	69
	3	1	13	14
	5	0	1	1
Total		13	104	117

Fuente: elaboración propia herramienta programa SPSS

Esta tabla indica que frente a las predisposiciones a actuar sobre elementos de la salud mental mostrado en los ítems, los estudiantes tienden a tener una actitud deseable, es decir positiva.

Tabla 10*Comparación componente afectivo-edad*

		AFECTIVO		Total
		NEUTRO	FAVORABL E	
Edad:	rango 18-25	19	73	92
	rango 26-35	2	15	17
	rango 36-50	1	7	8
Total		22	95	117

Fuente: elaboración propia herramienta programa SPSS

Teniendo en cuenta los tres rangos de edad establecidos, desde el componente afectivo se observa que estos tuvieron mayor inclinación hacia actitud favorable o positiva, y en menor proporción actitud neutral.

Tabla 11*Comparación componente afectivo- género*

		AFECTIVO		Total
		NEUTRO	FAVORABL E	
Genero	Femenino	11	50	61
	Masculino	11	45	56
Total		22	95	117

Fuente: elaboración propia herramienta programa SPSS

En esta tabla podemos observar que se toma una actitud positiva, hacia los ítems para el componente afectivo en cuanto a género.

Tabla 12*Comparación componente afectivo-estrato socioeconómico*

		AFECTIVO		Total
		NEUTRO	FAVORABLE	
			E	
Estrato socioeconómico	1	6	27	33
	2	13	56	69
	3	2	12	14
	5	1	0	1
Total		22	95	117

Fuente: elaboración propia herramienta programa SPSS

Esta tabla muestra que frente a ítems con contenido afectivo respecto al estrato socioeconómico de los estudiantes existe una actitud favorable.

Tabla 13

Resultado media cuestionario

N	Válido	117
	Perdidos	0
Media		211,86
Mediana		211,00
Varianza		321,34
Rango		101,00
Mínimo		160,00
Máximo		261,00

Fuente: elaboración propia herramienta programa SPSS

Se logra identificar una media de 211, 86 lo que es indicador de actitud positiva teniendo en cuenta los tres rangos establecidos de manera global. Así mismo, el mínimo de 160 y el máximo de 261 señalan una posición en actitud favorable según respectan los resultados del cuestionario.

DISCUSIÓN

La presente investigación ha explorado las actitudes de una muestra de aprendices del instituto SENA sede Palmira, a través del análisis de un cuestionario virtual enfocado hacia la salud mental; elaborado por las investigadoras. Este cuestionario permitió reconocer asimismo los niveles de prejuicio, estereotipo y conocimiento que las personas de la institución refieran hacia la salud mental. Los resultados han sido analizados desde los diferentes componentes: cognitivo, afectivo y conductual y su relación con las variables sociodemográficas, siendo posicionadas desde positivo, negativo y neutro respectivamente, como se indicó anteriormente en el apartado metodológico.

Ahora bien, en relación a la variable dependiente de actitudes en los componentes cognitivo, conductual y afectivo cuyo contenido son las siguientes subcategorías (prejuicio, estereotipo y conocimiento) se evidencian actitudes neutrales y favorables, mediante la media se logra identificar que las puntuaciones obtenidas por los participantes están según cada componente (por encima de 66,6) y según puntaje global del cuestionario (por encima de 100). Sin embargo, existe un porcentaje de actitudes neutrales que podrían indicar evitar posicionarse desde un punto negativo o positivo; pues son proposiciones que implican conflictos sobre las creencias de los participantes.

Conviene subrayar también que en el caso del componente cognitivo es decir lo que las personas piensan sobre elementos o aspectos de la salud mental, tuvo un rango igual a 35,00 conductual 34,00 identificando las posibles acciones positivas por parte de las personas y afectivo 48,00 es decir las disposiciones sentimentales hacia temáticas de salud mental; manifiestan y comprueban las actitudes neutras y positivas en su mayoría, pues la dispersión de

datos se encuentra en pequeña medida y representa una tendencia hacia estas dos opciones de respuesta y actitudes.

Esto se evidencia en algunas de las preguntas tales como: creo que quien no puede tomar decisiones sobre su propia vida tiene un trastorno mental, considero que una persona con un trastorno mental no puede llevar una vida normal, le temo a las personas con trastornos mentales porque son agresivos, me incomoda que las personas con trastornos mentales eviten los problemas de la vida diaria, me molesta que las personas piensen que la escasa fuerza de voluntad es causante de los trastornos mentales, tendría una relación de pareja con una persona depresiva, no tendría problema en vivir con una persona que tiene problemas psicológicos, lo que indicaría que, aunque la favorabilidad ante situaciones que tienen que ver con la salud mental sea la posición más popular.

Así mismo, no se logra visualizar actitudes negativas frente a los ítems, pues el mínimo de respuesta se ubica en el 49,00 - 60,00 - 47,00 encontrándose posicionados desde actitud neutral. Por lo cual se podría decir entonces que las actitudes negativas no visibles, son imágenes erróneas y distorsionadas, que en muchas ocasiones, como lo afirma López, et al. (2010) son una generalización abusiva de rasgos parciales y de carácter no siempre permanente, que afectan como mucho a una minoría del colectivo, lo que significa que la actitud negativa se encuentra en proporción minoritaria, y la opinión popular se centra en actitudes positivas y neutras frente a la salud mental desde una descripción general de cada componente.

Acorde con esto en los estudios revisados se encontró que los prejuicios y estereotipos son relaciones intergrupales creadas a partir de las construcciones o categorizaciones de la realidad, según Ibáñez et al. (2014) “el acto de categorizar es tan fundamental en nuestra sociedad que hemos conseguido que ésta sea nuestra manera casi exclusiva de percibir el

mundo” (p. 307) respecto a lo anterior podríamos mencionar dos elementos importantes, el primero de ellos es que la categorización de estereotipos puede hacernos entender la realidad, pero esto puede también hacer que se creen sesgos o percepciones negativas sobre ciertos grupos, de la misma forma, Morales et al. (2007) menciona que los prejuicios pueden ser positivos como negativos, sin embargo numerosas investigaciones desde la psicología social se han centrado en aquellos negativos pues son los que más se presentan. Frente a esto, podríamos decir que en este estudio no se pudieron evidenciar rasgos negativos hacia los elementos de la salud mental planteados en el cuestionario, pero si se logra observar un gran porcentaje de personas que se acercan hacia una actitud favorable lo que podría señalar que los estereotipos y prejuicios pueden ser positivos respecto a la salud mental.

Sobre las variables sociodemográficas (edad, género y estrato) en relación a cada componente y a su vez en cada subcategoría (prejuicio, estereotipo y conocimiento) se obtuvieron respuestas con una actitud positiva respecto a los ítems, lo que indica que ni el estrato, ni el género, ni la edad son determinantes en las actitudes de los participantes, esto no es generalizable en nuestro estudio ya que la muestra no fue equitativa ni homogénea lo que podría implicar que se presente este resultado. No obstante, el hecho de que el cuestionario haya sido realizado en una población de estudiantes podría indicar que el nivel educativo pudo influir en la selección de una posición positiva según Angermeyer & Dietrich, (2006), Grausgruber, Meise, Katschning, Schöny, & Fleischhaker (2007), De Toledo & Blay (2004) y Grandon, et al. (2016), frente a esto, diversas investigaciones señalan que el nivel educacional es una variable que consistentemente se asocia con las actitudes hacia personas con trastornos mentales dado que los sujetos más educados tienden a tener actitudes más favorables que las personas con menos escolaridad.

Acerca de las actitudes entendidas como predisposiciones frente a objetos de actitud (toda clase de objetos y situaciones con las cuales se relaciona el individuo) se hace relevante mencionar que, al ser un constructo teórico, las actitudes pueden entenderse como una estructura hipotética o deductiva que se infiere a partir de una conducta observable (Ibáñez, et al, 2004), es así que, en este estudio se puede deducir que las personas al tomar una actitud positiva respecto a la salud mental identifican aspectos básicos acerca de esta temática como su implicación en las personas que padecen trastornos mentales, así como las rutas y centros de atención; lo anterior respecto a ítems con contenido en conocimiento; de acuerdo a los ítems con contenido de estereotipos, las personas lograron identificar y en su gran mayoría, rechazar los estereotipos y prejuicios propuestos puesto que se acercan a la actitud deseable en el cuestionario.

Otro rasgo importante para señalar se relaciona con la neutralidad que toman los encuestados sobre aspectos en las que personas con trastornos puedan ser incluidas en la sociedad, tengan oportunidades laborales en las empresas, convivan con otras personas, puedan llevar una vida “normal”; en general, que las personas que tienen trastornos mentales tienen los mismos derechos que todo ser humano sin excepción de condición, raza o sexo. Estas observaciones se pueden plantear desde la Salud Mental Comunitaria (SMC), cuando hace énfasis en el ajuste que debe existir entre el individuo y la sociedad.

Cuando se habla de la SMC según Nelson, et al. (2014) la familia y la sociedad son el principal apoyo para las personas que tienen o han tenido un trastorno mental, puesto que son quienes dan el apoyo; emocional, social, de pares, tangible y práctico, brindando orientación. Además, desde esta propuesta el sujeto es un ciudadano que no se excluye ni es supervisado, contrario a las intervenciones tradicionales que enfatizan en un bienestar psicológico en función del rol del profesional encargado y el desarrollo del tratamiento. En este sentido, a pesar que en

este estudio no se incluyeron afirmaciones sobre la salud mental comunitaria, los participantes preponderan la participación de personas con trastornos mentales en la sociedad, lo que puede ser un indicador de disminución de estigmas, prejuicios y estereotipos, para así crear estrategias o programas alternos de tratamiento para el bienestar de las personas con discapacidades psiquiátricas en todas las esferas sociales.

Respecto a lo anterior, la OMS (2018) menciona en su plan de acción sobre salud mental 2015-2020 que una de las brechas sobre las formas alternas de tratamiento e intervención, es promocionar la salud mental desde una perspectiva comunitaria, dado que como modelo fomenta la intersectorialidad entre instituciones para la prestación de servicios en salud mental; sin embargo dichas intervenciones, aunque novedosas e integrales, presentan un limitante y es la evidencia presentada por estos programas multisectoriales dado que la información que se posee es poca e inestable, imposibilitando que países o entidades gubernamentales financien económicamente la salud mental y se siga invirtiendo en instituciones que documentan la información de los casos, que por lo general, son los hospitales psiquiátricos, aspecto que podría resultar importante para las entidades de salud del municipio.

Ahora bien se podría mencionar que el constructo que las personas tienen hacia la salud mental, fue concebido en comunidad, como lo afirma Galende, 1997, como se citó en Macaya, et al. (2018, p. 29-36) “nadie recibe los hechos sin que atraviesen y se tiñen de todos los símbolos, sentidos y mitos que hacen a la individualidad de esa cultura”, así pues, esta concepción positiva hacia la salud mental ha sido construida mediante procesos sociales, en los cuales identifican, sintetizan, aceptan y se apropian de una postura propia frente al término salud mental.

Dichos procesos pueden o no ser elaborados desde las instituciones educativas, ideologías sociales, transmitida generacionalmente o simplemente elaboraciones propias, es importante

identificar, así mismo, cuáles podrían ser los aspectos negativos y por ende, en qué se puede mejorar para tener mayor atención hacia temáticas de salud mental, apoyo psicológico, incluso e involucración de los ciudadanos, a fin de promover la no estigmatización y prejuicio sino contrario a esto, redes de apoyo que proporcionen seguridad, atención integral y educación respecto a esta temática.

CONCLUSIONES

La mayoría de la muestra arrojó resultados positivos hacia la Salud Mental, por lo tanto, los niveles bajos de prejuicio hacia las personas con trastornos mentales, y altos niveles de conocimiento, otorgan un reconocimiento y una importancia de enfermedades mentales y sus padecimientos. No obstante, en algunos ítems se evidencian cantidades neutrales que pueden estar relacionadas a posiciones que general discordancia en la sensibilidad de los participantes; asimismo se puede concluir que las variables sociodemográficas no tienen relación con los índices de positividad, negatividad y neutralidad, dejando claro que es debido a la no homogeneidad en sus cantidades, pero sí puede haber una relación con que el cuestionario fuera aplicado a sujetos con un nivel educativo superior.

Teniendo presente la marcada posición positiva de la muestra, se podría resaltar que en primera instancia no se encuentran obstáculos que pueden intervenir en la socialización sobre salud mental, puesto que hay un reconocimiento de la predominancia de los trastornos mentales, estas actitudes positivas permiten, como lo afirma Brehm (1966), Maslow (1962) Murray (1955) como se citó en Morales, et al. (2007), que las personas adquieran nuevos conocimientos, busquen, procesen y respondan la información que les proporciona el entorno. Esta idea podemos incluirla en los resultados de este estudio, ya que, al encontrar una actitud positiva

respecto a la salud mental, se refuerza el reconocimiento de la misma fortaleciendo así aún más los planes de promoción y prevención.

Siguiendo la idea anterior, se reconoce que existen programas de atención, promoción y prevención por parte de los entes gubernamentales tanto municipales como nacionales, pero la problemática radica en que, como ley, no se lleva a la práctica o dista de la realidad, como lo afirma Rojas, Castaño & Restrepo (2018, p. 132) “la falta de coherencia entre la norma y la realidad, ratifican el pensamiento general de que en Colombia se escriben muy bien las leyes en el papel, pero no tienen la fuerza para transformar un sistema de salud fragmentado y en crisis”. Así mismo en relación a la promoción y prevención, el mismo autor señala que el impacto es casi nulo, debido a que los objetivos son muy generales y no tienen relación con las necesidades territoriales y las características de la población, además son pocos conocidos por la comunidad.

Esto da cuenta de una falta de centros especializados, personal suficiente y capacitado e infraestructura adecuada para el manejo de la salud mental. Por lo que el trabajo municipal debe estar encaminado en el fortalecimiento de la infraestructura, los instrumentos y los profesionales en salud mental y consolidar una atención dirigida a las necesidades del contexto, priorizando la atención primaria en salud mental.

Así lo afirma la OMS, mencionando que el mayor desafío que la salud mental enfrenta, tiene que ver con la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental, donde se proporcionen a los ámbitos comunitarios una atención integral y de calidad, esto también se evidencia en el constructor de la salud mental comunitaria, pues mencionan que, así como la comunidad y la sociedad son parte del problema en el campo de la salud mental, también pueden ser parte de la solución. Dicha solución está centrada en la elaboración de programas de atención

integral, psicoeducación, apoyo desde instituciones educativas, capacitación a trabajadores de diferentes áreas, entre otros.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados de la investigación sugieren o recomiendan que, al existir una disposición de una gran parte de la población palmirana, en este caso estudiantes del SENA, se sigan proponiendo estrategias que promuevan y promuevan la importancia de la salud mental, esto puede ser a partir de estrategias intersectoriales comunitarios, con una finalidad integral en los sujetos.

Las campañas psicoeducativas deben ser dirigidas a todas las personas sin importar la edad, sexo o raza y condición socioeconómica, especialmente población vulnerable como los niños, personas de la tercera edad, entre otros.

En relación a la construcción del cuestionario, recomendamos que en futuras utilidades de este instrumento, se pueda realizar un proceso psicométrico más riguroso en cuanto a su validez y otros aspectos estadísticos pues, creemos que este instrumento tiene la utilidad de reconocer los imaginarios de las personas y cómo estos pueden o no generar más comprensión o conocimiento en esta área tan vital para el desarrollo humano y social, específicamente en este estudio nos centramos en evaluar las actitudes de un grupo de estudiantes del SENA de la ciudad de Palmira y con esto se logró visibilizar que hay una disposición respecto a recibir atención en salud mental y es un elemento vital ya que las instituciones prestadoras de salud pongan atención en este tipo de poblaciones.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la docente Laura Pacca por acompañarnos y guiarnos en el proceso de redacción y elaboración de este estudio, así mismo a quienes estuvieron en calidad de jurados, la

señora Gloria Pedraza, Psicóloga de la Secretaría de Salud de la ciudad de Palmira y el profesor Pedro Enrique Rodríguez investigador y coordinador del área de psicología social de la universidad del Valle, quienes aportaron información, sugerencias y cuestionamientos valiosos en todo el desarrollo del estudio.

Agradecemos a los profesionales en salud y salud mental de la Universidad del Valle quienes nos ayudaron en nuestra primera prueba piloto y sus aportes fueron de gran ayuda para correcciones oportunas en nuestro instrumento así como la ampliación de nuestra mirada sobre la salud mental, así mismo agradecemos a nuestros compañeros del programa de psicología por su respaldo en calidad de participantes en la prueba piloto.

Agradecemos a la institución SENA, sus directivos quienes nos abrieron las puertas para poder realizar nuestro cuestionario y a los aprendices quienes participaron del cuestionario final, fue gracias a su colaboración y comentarios que se pudo sacar este estudio adelante. Finalmente agradecemos a los docentes de la sede, Jazmin Hernandez, Víctor Hugo Charria, Leidy Yesenia Morales por ser los jueces de validación del cuestionario, así mismo al profesor Mateo Belalcázar por sus aclaraciones en los procesos estadísticos.

.

BIBLIOGRAFÍA

- Angermeyer, M., & Matschinger, H. (2005). Labeling – stereotype – discrimination: An investigation of the stigma process. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 391–395.
- Campo, A. A. Oviedo, H. C. & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43 (3), 162-167.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80633732007>
- De Toledo, E., & Blay, S. L. (2004). Community perception of mental disorders. A systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 955–961.
- Encuesta Nacional de Salud Mental. (2015). Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para Salud de Colombia: Tomo 1 2015.
http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Escobar, J. y Cuervo, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, (6)1, 27-36. <https://doi.org/10.32870/ap.v9n2.993>.
- Grausgruber, A., Meise, U., Katschnig, H., Schöny, W., & Fleischhacker, W. W. (2007). Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: a comparison between the general public, relatives and mental staff. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 115, 310–319.
- Grandón, P., Saldivia, S., Cova, Félix., Bustos, C., & Turra, V. (2016). Análisis psicométrico y adaptación de la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) en una muestra chilena. *Universitas Psychological*, 15(2), 153-162.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-2.apae>
- Ibáñez, G. T., Botella, M. M., Domènech, A. Miquel., Feliu, S. J., Martínez, L. M., Pallí M. C., Pujal, L. M., & Tirado, F. J. (2004) *Introducción a la psicología social*. UOC.
- Ley 1616/13, enero 21, 2013. Congreso de la república. [D.O.]: 48.680.(Colombia). Obtenido el 21 de enero de 2013.
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html
- López, M., Fernández, L., Laviana, M., Aparicio, A., Perdiguero, D & Rodríguez, A. (2010). Problemas de salud mental y actitudes sociales en la ciudad de Sevilla: Resultados generales del estudio "Salud mental: imágenes y realidades". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 219-248.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352010000200003

Macaya, X., Pihan, R. & Parada, B. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 338-355.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202018000200338&lng=es&tlng=es

Mascayano, F., Lips, W., Mena C. & Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008&lng=es&tlng=es.

Mebarak, M., Castro, A., Salamanca, M. & Quintero, M. (2009) Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, (23), 83-112.

Ministerio De Salud. (2015). *ABC, Encuesta Nacional De Salud Mental*.
<https://Www.Minsalud.Gov.Co/Sites/Rid/Lists/Bibliotecadigital/Ride/De/Abc-Encuesta-Nacional-Salud-Mental-2015.Pdf>

Ministerio De Salud. (2015). *Encuesta Nacional De Salud Mental*.
<http://Www.Odc.Gov.Co/Portals/1/Publicaciones/Pdf/Consumo/Estudios/Nacionales/Co031102015-Salud Mental Tomoi.Pdf>.

Morales, J. F., Moya, M., Gaviria, E & Cuadrado, I. (2007) *Psicología social*. (3ra ed.) Mc Graw Hill.

Nelson, N., Kloos, B. & Ornelas, J (2014) *Community Psychology and Community mental Health*. Oxford universito press.

Novoa, M. (2012). De la salud mental y la salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11 (23), 5-9.

Observatorio de Salud Pública de Palmira. (2020). *Suicidio e Intento de Suicidio en la ciudad de Palmira entre 2016 y 2020*. https://palmira.gov.co/images/alcaldia_2020_-_2023/Boleti%CC%81n Suicidio Mayo Final 3-compressed.pdf.

Ordoñez, A. (2019). Alcaldía de Palmira presenta ruta de atención en salud mental, minimizando posibles casos de suicidios. Alcaldía de Palmira.
<https://www.palmira.gov.co/sala-de-prensa/noticias/6732-alcaldia-presenta-ruta-municipal-de-atencion-en-salud-mental>

Ordoñez, A. (2019). En mesa municipal se aprobó la ruta de atención municipal, en salud mental en palmira. Alcaldía de Palmira. <http://www.palmira.gov.co/6211-campana-amamos-la-vida-llega-a-las-i-e-de-palmira-con-el-fin-de-prevenir-el-suicidio>

Organización mundial de la salud. (2018) Plan de acción sobre salud mental 2015-2020.

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11337:plan-of-action-on-mental-health-2015-2020&Itemid=41600&lang=es#:~:text=Visi%C3%B3n%20general%3A,Am%C3%A9ricas%20entre%202015%20y%202020.

Organización mundial de la salud (2018, 03) Salud mental: fortalecer nuestra respuesta <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Osorio, J., & Muñoz, L. (Instructores) (2020). *Diálogos interdisciplinarios: la salud mental con enfoque comunitario perspectiva desde la psiquiatría y psicología clínica*. Capitulo del eje cafetero del colegio colombiano de psicólogos. <https://fb.watch/4Twata557V/>

Ovejero, B. A. (2010) *Psicología social*. Biblioteca nueva.

Ovalle, P. (2013). La salud mental, elemento fundamental para la educación en la población vulnerable: Propuesta de temas a incluir de forma transversal en el currículo del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), para contribuir favorablemente a la salud mental y el desarrollo educativo de su población estudiantil. [Tesis doctoral inédita]. Universidad Tecvirtual Escuela De Graduados En Educación.

Paz, M. (2020, 23 de enero). El rol del estado, en la salud mental. *1er simposio salud mental. Avances y tendencias en el manejo del paciente adicto*. Simposio llevado a cabo por Todomed. Palmira, Valle del Cauca.

Posada, J. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*. <https://doi.org/10.7705/biomedica.2214>

Real Academia Española: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed. [Marzo 8, 2021]. <https://dle.rae.es/conocimiento>

Redacción El país Palmira. (2016.29.de febrero). Preocupación por numerosos casos de trastorno mental en Palmira. *El país*. <https://www.elpais.com.co/valle/preocupacion-por-numerosos-casos-de-trastorno-mental-en-palmira.html>.

Redacción El País Palmira. (2018.01 de noviembre) Secretaría de Salud de Palmira declara alerta amarilla tras decisión de jóvenes de quitarse la vida. *El país*. <https://www.elpais.com.co/valle/secretaria-de-salud-de-palmira-declara-alerta-amarilla-tras-decision-de-jovenes-de-quitarse-la-vida.html>

Rodríguez, J. (2011). Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Volumen 75 N.º 2, 86-96. http://www.spu.org.uy/revista/dic2011/03_rodriguez.pdf

Rojas, B., Luz, A., Castaño, P., Guillermo, A., & Restrepo, D. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *CES Medicina*, 32(2), 129-140. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.6>

Rossetto, A., Robinson, E. J., Reavley, N. J., & Henderson, C. (2019). Perceptions of positive treatment and discrimination towards people with mental health problems: Findings from the 2017 Attitudes to Mental Illness survey. *Psychiatry Research*, 273, 141–148. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.027>

Restrepo O, Diego A., Jaramillo, E., & Juan, C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211. Retrieved March 19, 2021. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000200009&lng=en&tlng=es.

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. (2020, junio). Quienes somos. <https://www.sena.edu.co/es-co/sena/Paginas/quienesSomos.aspx>

ANEXOS

En el municipio de Palmira se cuenta con distintas rutas de atención para la asistencia de casos sobre la salud mental; la ruta de atención hacia conductas suicidas, violencia intrafamiliar, abuso sexual y violencia infantil, y medidas preventivas hacia el uso de sustancias psicoactivas, estas rutas según la Secretaría de Salud del municipio deberán ser implementada por todos las EPS e IPS del municipio, así que cabe mencionar datos exactos respecto algunas problemáticas de salud mental en la ciudad, para eso se toma la base de datos de la secretaría de salud de Palmira, a continuación, gráficos que señalan datos importantes respecto a violencia e intento suicida por parte de las personas.

Anexo 1

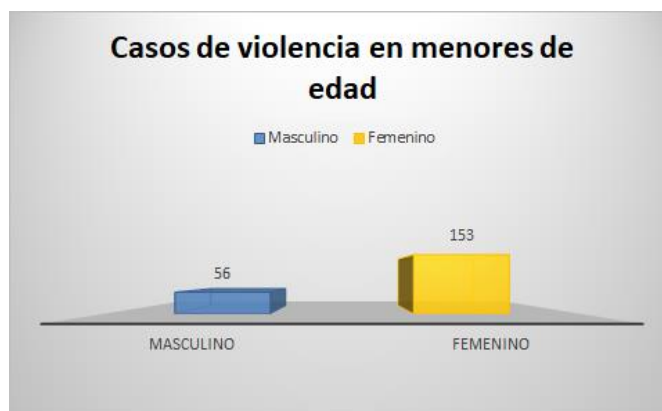
Casos de Violencia en Palmira



Nota: Base de datos secretaría de salud Palmira.

Anexo 2

Casos de Violencia en Menores de Edad en Palmira enero-junio 2019



Nota: Base de datos secretaría de salud Palmira.

Anexo 3

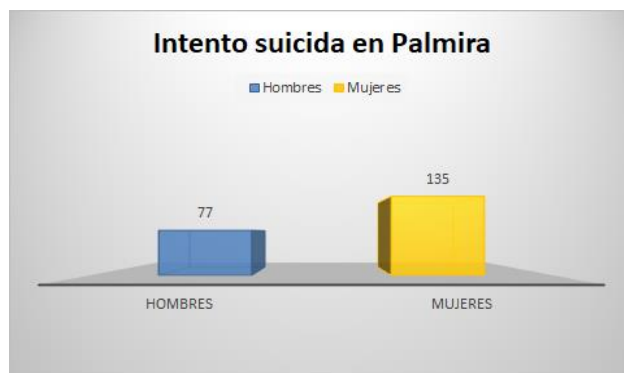
Casos De Violencia En Mayores De Edad En Palmira Enero-junio 2019



Nota: Recuperado de la base de datos secretaria de salud Palmira.

Anexo 4

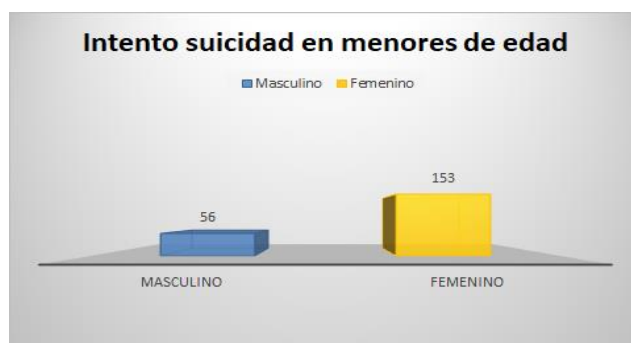
Intento Suicida en Palmira enero-junio 2019



Nota: Recuperado de la base de datos secretaria de salud Palmira.

Anexo 5

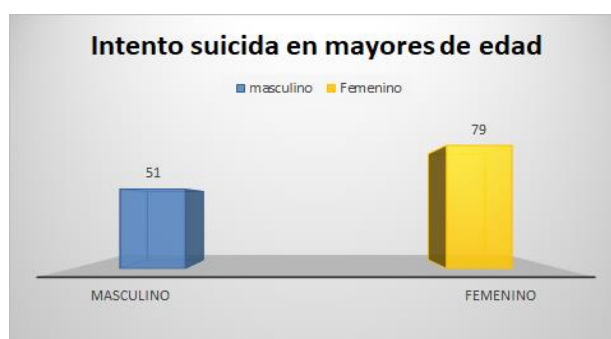
Intento Suicida En Menores De Edad En Palmira Enero-junio 2019



Nota: Base de datos de secretaria de salud Palmira.

Anexo 6

Intento Suicida en Mayores de Edad en Palmira enero-junio 2019



Nota: Recuperado de la base de datos secretaria de salud Palmira.

Con base en lo anterior, la secretaria de salud y en ayuda de la Universidad Pontificia Javeriana se ha encargado de la elaboración de mecanismos y rutas de atención hacia problemáticas y factores que afectan la salud mental que se explican a continuación

Anexo 7

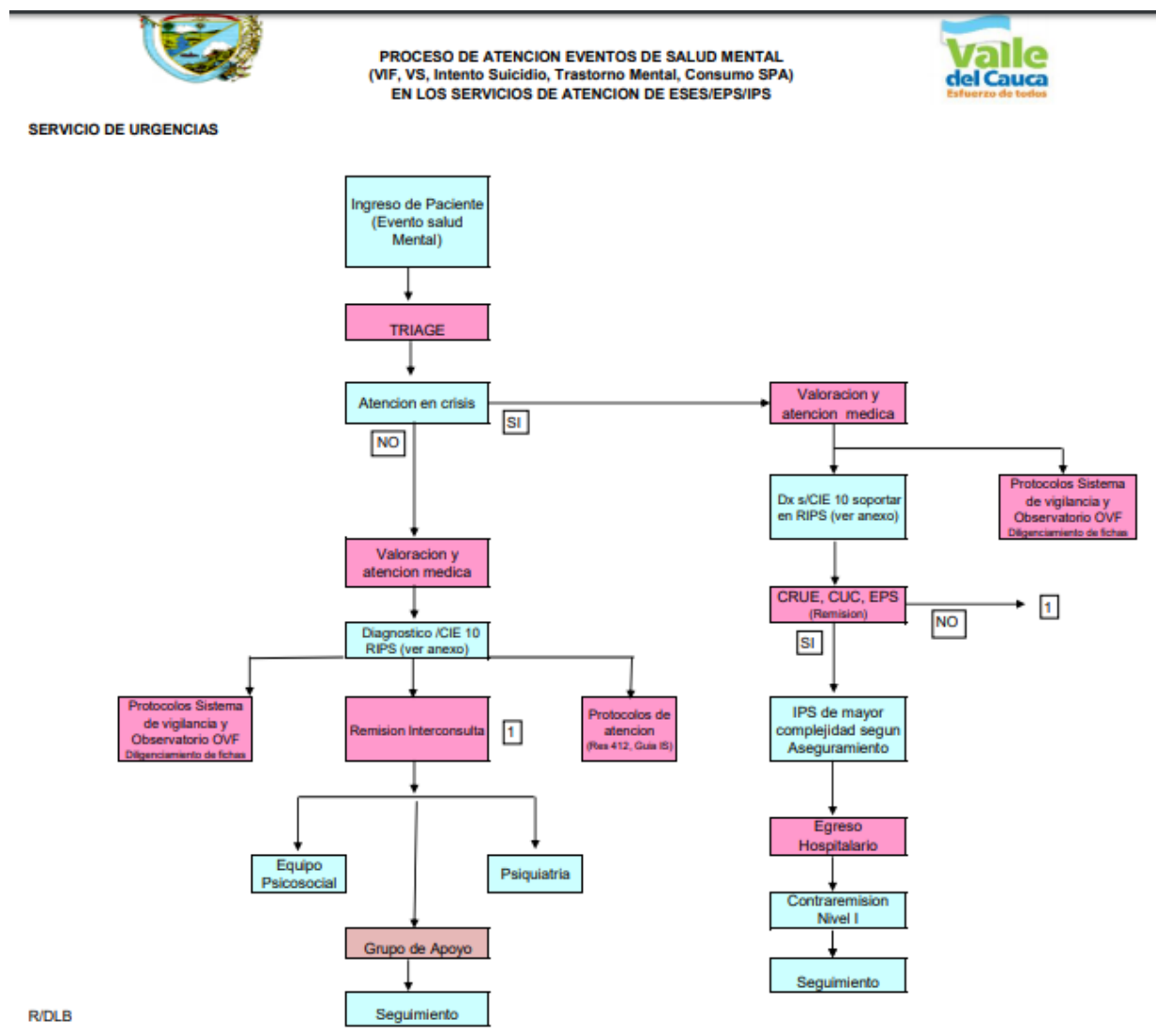
Ruta de Atención en Salud Mental, Palmira



Nota: Ruta de atención en salud mental de la Ciudad de Palmira, tomado de Página de la alcaldía de Palmira

Anexo 8

Ruta de Atención en Salud Mental del Valle del Cauca



Nota: Ruta de atención conducta suicida del Valle del Cauca. Tomada de la Secretaría de Salud Municipio de Palmira

Anexo 9

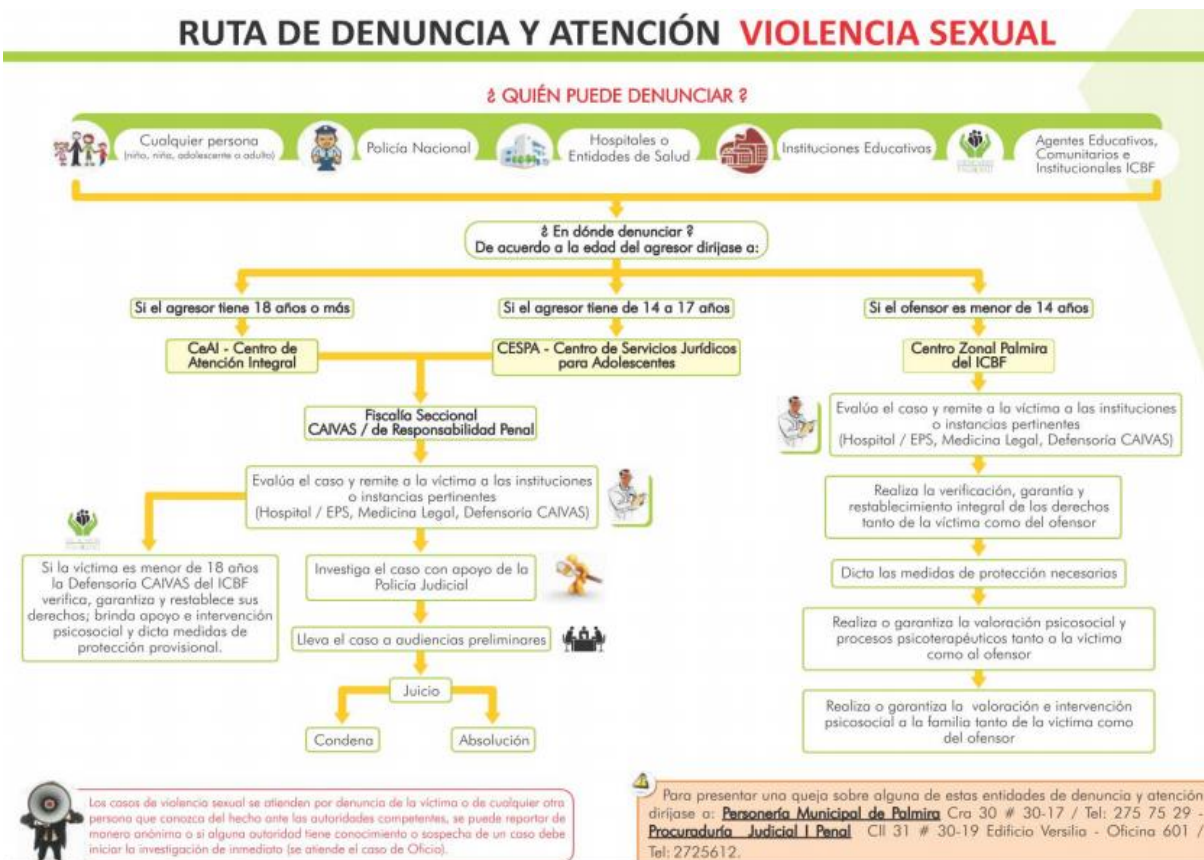
Modelo de Atención Psicológica Integral a Personas con Conductas e Ideación Suicida



Nota: Ruta de atención conducta suicida de Palmira. Tomada de la Secretaría de Salud Municipio de Palmira

Anexo 10

Ruta de Atención Violencia Intrafamiliar



Nota: Ruta de atención violencia intrafamiliar. Tomada de la Secretaría de Salud Municipio de Palmira

Anexo 11

Ruta de Atención Abuso Sexual y Maltrato Infantil



Nota: Ruta de atención abuso sexual y maltrato infantil. Tomado de Secretaría de Salud Municipio de Palmira

Anexo 12

Prueba de ensayo

PRUEBA PILOTO ACTITUDES HACIA LA SALUD MENTAL

Número Ítems

Componente cognitivo

- 1 Considero que el término salud mental está relacionado con el bienestar psicológico y emocional.

- 2 Pienso que la salud mental está relacionada con la medicina.
- 3 Creo que la salud mental se relaciona con la psicología.
- 4 Considero que las instituciones de salud en la ciudad de Palmira prestan buena atención en lo relacionado con la salud mental.
- 5 Pienso que la salud mental es importante para una persona.
- 6 Creo que el abuso sexual tiene relación con la salud mental.
- 7 Considero que la violencia intrafamiliar tiene relación con la salud mental.
- 8 Pienso que el intento de suicidio tiene relación con la salud mental.
- 9 Creo que Conozco la ruta de atención de salud mental.
- 10 Considero que la salud mental es una responsabilidad social.
- 11 Pienso que la salud mental es responsabilidad del gobierno.
- 12 Creo que la salud mental sólo debe ser responsabilidad de cada individuo.
- 13 Considero que la salud mental está relacionada con la locura.
- 14 Creo que las personas con problemas de salud mental consumen sustancias psicoactivas.
- 15 Considero que tengo conocimiento de las diferentes enfermedades mentales.

- 16 Creo que las personas con pensamientos suicidas son personas solitarias.
- 17 Creo que las enfermedades mentales no se curan.
- 18 Pienso que las personas con enfermedad mental no pueden llevar una vida normal.
- 19 Creo que las enfermedades mentales se reflejan en el cuerpo
- 20 Pienso que la depresión y suicidio son lo mismo.
- 21 Considero que la salud mental inicia desde la familia.
- 22 Creo que las enfermedades mentales son genéticas.
- 23 Considero que los enfermos mentales deben ser medicados.
- 24 Pienso que las enfermedades mentales son por causas sociales, culturales y genéticas.
- 25 Creo que las enfermedades mentales afectan las relaciones interpersonales.
- 26 Considero que las empresas deben contar con rutas de atención psicológica.
- 27 Pienso que las problemáticas de salud mental afectan la vida laboral.
- 28 Considero que las problemáticas de salud mental afectan la vida cotidiana.
- 29 Creo que los medios masivos de comunicación dan información sobre salud mental.
- 30 Considero que me he informado acerca de la importancia de la salud mental.
-

Componente conductual

- 1 Buscaría ayuda para una persona con enfermedades mentales.
- 2 Alertaría si veo a alguien con reacciones extrañas solicitando ayuda a una institución de atención psicológica.
- 3 Aceptaría de pareja a una persona con depresión.
- 4 Aceptaría de pareja a una persona con intentos de suicidio.
- 5 Soy incapaz de dirigirme hacia una persona con problemas mentales.
- 6 Cuando tengo problemas voy al psicólogo.
- 7 Sería amigo de una persona con problemas de salud mental.
- 8 Escucho a las personas cuando tienen problemas.
- 9 Viviría con una persona con trastornos mentales.
- 10 Promovería la agresión contra un enfermo mental porque actúa extraño.
- 11 Juzgo a las personas por un comportamiento extraño.
- 12 Alertaría a mi comunidad de un posible agresor.
- 13 Medicaría a una persona con problemas de salud mental.

- 14 Hablaría mal de una persona con problemas de salud mental
- 15 Me informaría acerca de la importancia de la salud mental.
- 16 Comprendo el origen de las problemáticas en salud mental.
- 17 Tomó medidas para cuidar mi salud mental.
- 18 Promuevo el cuidado de la salud mental de las personas de mi alrededor.
- 19 Tengo facilidad para expresar lo que siento.
- 20 Cuido más mi salud física que mental.
- 21 Normalmente no tengo tiempo para asistir al psicólogo.
- 22 Recibí orientación acerca de la salud mental en el colegio.
- 23 He tenido personas cercanas a mí, con problemas mentales.
- 24 He presentado en algún momento de mi vida sensaciones de querer morir.
- 25 Me internaría voluntariamente si empiezo a presentar problemas de salud mental.
- 26 Apoyaría a los familiares de un enfermo mental .
- 27 Manipularía a un enfermo mental.
- 28 Promovería a que se hagan exorcismos a una personas con enfermedad mental.

29 Ignoraría a un enfermo mental.

30 Aceptaría a un hijo con problemas de salud mental.

Componente afectivo

1 Creo que las personas con trastornos mentales son peligrosas

2 Creo que las personas con intentos suicidas son débiles mentales

3 Se mire como se mire los pacientes con graves enfermedades mentales no son normales.

4 Algunas veces la enfermedad mental es un castigo por sus malas acciones

5 Tengo paciencia ante una persona con enfermedad mental.

6 Me produce miedo una persona que haya sido tratada con el psiquiatra.

7 Las personas depresivas no tienen un carácter fuerte.

8 Soy intolerante a las personas con problemas de salud mental.

9 Creo que las personas con problemáticas de salud mental no tienen una buena higiene personal.

10 Considero que los psicólogos no son útiles.

11 Me desagrada hablar de mis sentimientos.

12 Estoy de acuerdo con que a las personas con problemas en salud mental no se les trate como personas.

- 13 Aunque alguien haya sido tratado psicológicamente representa peligro público para la sociedad.
- 14 Mi salud mental proviene de las buenas condiciones de vida.
- 15 Creo necesario la apertura de instituciones en atención a la salud mental.
- 16 Cuando veo a alguien que pone en peligro su vida le ayudo.
- 17 Considero que en Colombia prestan poca atención a la salud mental.
- 18 Los proyectos relacionados con la promoción de la salud mental no sirven para nada.
- 19 Me siento bien cuando escucho los problemas de los demás.
- 20 No me gusta hablar de mis problemas porque me pueden considerar débil.
- 21 Creo que la salud mental se concibe como algo estrictamente biológico.
- 22 Creo que nadie es responsable de los problemas de salud mental de los demás.
- 23 Creo que la cultura es responsable de los problemas de salud mental.
- 24 Ser débil de carácter es la causa de los trastornos mentales.
- 25 Los enfermos mentales se dejan llevar por sus emociones.
- 26 Considero que los enfermos mentales no tienen autonomía.

- 27 Las enfermedades mentales son causa de la mala fuerza de voluntad.
- 28 Considero que las personas se vuelven enfermos mentales para evitar los problemas difíciles de la vida diaria.
- 29 Creo que no es importante la salud mental.
- 30 Considero que las personas que se suicidan son cobardes.

Nota. La tabla representa los noventa ítems distribuidos en tres componentes, cognitivo, conductual y afectivo, cabe aclarar que esta prueba piloto se presentó de forma virtual a 20 personas con la ayuda de la herramienta de google formularios, por lo cual no fue necesario una hoja de respuestas ya que la herramienta facilitó plantear los ítems así como las opciones de respuesta. De igual manera la herramienta facilitó la obtención de una base de datos con las respuestas de los participantes. Elaboración propia.

Anexo 13

Cuestionario final aplicado a estudiantes SENA Palmira

CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA LA SALUD MENTAL

Número Ítems

Componente cognitivo

- 1 Considero que el término salud mental está relacionado con el bienestar psicológico y emocional.
- 2 Creo que la salud mental se relaciona con los profesionales de la Psicología.
- 3 Considero que la salud mental es importante para el bienestar de una persona normal.
- 4 Creo que quien no puede tomar decisiones sobre su propia vida tiene un trastorno mental.
- 5 Creo que una situación de suicidio se da por no cuidar la salud mental.

- 6 Conozco la ruta de atención de salud mental en las instituciones o centros de salud de la ciudad de Palmira.
 - 7 Pienso que la psicoterapia puede ser un tratamiento efectivo para las personas con problemas de salud mental.
 - 8 Considero que la salud mental sólo es responsabilidad de cada persona.
 - 9 Creo que las personas con problemas de salud mental son consumidoras de sustancias psicoactivas.
 - 10 No hay esperanza de cura para las personas con problemas de salud mental.
 - 11 Creo que las personas con pensamiento suicida son personas solitarias.
 - 12 Creo que los trastornos mentales se ven reflejados en el aspecto físico de las personas.
 - 13 Pienso que las personas con depresión son las que más se suicidan .
 - 14 Pienso que una persona con un trastorno mental es una carga para la familia.
 - 15 Considero que la medicación empeora los problemas en salud mental.
 - 16 Considero que los aspectos económicos no son los únicos fenómenos que causan los trastornos mentales.
 - 17 Creo que los trastornos mentales perjudican las relaciones interpersonales.
 - 18 Considero que en las empresas no deben contratar a personas con trastornos mentales.
 - 19 Pienso que las personas con trastornos mentales no tienen derecho a trabajar.
 - 20 Considero que una persona con un trastorno mental no puede llevar una vida.
-

Componente conductual

- 1 Ayudaría a alguien que tenga un trastorno mental.
- 2 Me acercaría a una persona con trastornos mentales porque considero que no son peligrosos.
- 3 Tendría una relación de pareja con una persona depresiva.
- 4 Estaría dispuesto a continuar una relación con un amigo/a que ha desarrollado un problema de salud mental.
- 5 Los únicos que pueden brindar apoyo a una persona con problemas psicológicos son los profesionales de la salud mental.
- 6 Cuando tengo problemas emocionales busco ayuda de un profesional en Psicología.
- 7 Hablar de suicidio puede provocarlo.
- 8 No tendría problema en vivir con una persona que tiene problemas psicológicos.
- 9 Si pudiera dar empleo a una persona, no contrataría a una que tenga problemas psicológicos.
- 10 Me informo acerca de lo importante que es tener una buena salud mental.
- 11 No llevaría a un familiar o amigo a un hospital mental porque es un medio anticuado para el tratamiento de los trastornos mentales.
- 12 No aceptaría en mi vecindario a una persona con trastornos mentales.
- 13 Prefiero cuidar más mi salud física que mental.
- 14 Ir al psicólogo es una pérdida de tiempo.
- 15 Aceptaría recibir información relacionada con la salud mental.

- 16 No brindaría apoyo a una persona que ha intentado quitarse la vida porque no la valora.
- 17 Promovería que se hagan exorcismos para curar a una persona con trastorno mental.
- 18 No doy importancia a las acciones de las personas con trastornos mentales porque están locas.
- 19 Aceptaría a un hijo con algún problema psicológico.
- 20 Sobreprotegería a una persona con problemas psicológicos porque son débiles y necesitan mucha ayuda.

Componente afectivo

- 1 Les temo a las personas con trastornos mentales porque son agresivos.
- 2 Es inaceptable que no haya suficientes servicios para personas con trastornos mentales.
- 3 Me desagrada que las personas con trastornos mentales sean objeto de ridículo.
- 4 Algunas veces los trastornos mentales son un castigo por las malas acciones.
- 5 Me produce temor una persona que haya sido atendida por el Psiquiatra.
- 6 Me desagrada el carácter débil que poseen las personas con depresión.
- 7 Siento que sufrir un trastorno mental es algo poco común.
- 8 No me gustaría tener un trastorno mental por temor a ser rechazado por mi familia y por la sociedad.
- 9 No confío en los psicólogos porque considero que son inútiles.

- 10 Siento que las personas con problemas de salud mental tienen los mismos derechos que todo ser humano.
- 11 Siento que las personas con trastornos mentales no podrán tener logros a nivel personal.
- 12 Siento que las personas con trastornos mentales no podrán tener logros a nivel profesional.
- 13 Me desagrada que los proyectos del gobierno sobre salud mental no sirvan para su propósito.
- 14 Me preocupa que abran un hospital de salud mental cerca de mi hogar.
- 15 Siento que la salud mental se puede cuidar sin ir al Psicólogo.
- 16 Me molesta que las personas con trastornos mentales se dejen llevar por sus emociones.
- 17 Me desagrada que las personas con trastornos mentales no sepan cuidar de sí mismos.
- 18 Me molesta que las personas piensen que la escasa fuerza de voluntad es causante de los trastornos mentales.
- 19 Me incomoda que las personas con trastornos mentales eviten los problemas de la vida diaria.
- 20 Siento que las personas que se suicidan no han buscado ayuda psicológica.

Nota. La tabla representa los sesenta ítems del cuestionario final los cuales se distribuyen en tres componentes, cognitivo, conductual y afectivo, cabe aclarar que el cuestionario final se presentó de forma virtual con la ayuda de la herramienta google formularios, por lo cual no fue necesario una hoja de respuestas ya que la herramienta nos facilitó plantear los ítems así como las opciones de respuesta. De igual manera la herramienta facilitó la obtención de una base de datos con las respuestas de los 117 participantes. Elaboración propia.

Anexo 14

Operacionalización de las variables

Operacionalización de variables						
Objetivo general: Caracterizar las actitudes respecto a la Salud Mental en estudiantes del SENA de la ciudad de Palmira.						
VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUBCATEGORÍAS	INDICADORES	ÍTEMS DEL CUESTIONARIO
Actitudes de estudiantes hacia la salud mental	Evaluaciones positivas o negativas con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad, en nuestro caso son las evaluaciones que hacen los estudiantes del SENA para responder de forma favorable o desfavorable hacia aspectos de la salud mental.	Para evaluar las actitudes, se aplicó un cuestionario tipo escala donde se les preguntó a los estudiantes sobre la actitud que tomarían hacia diferentes elementos sobre salud mental en tres dimensiones; cognitivo, afectivo y conductual.	Componente Cognitivo	Prejuicios	Pensamientos y creencias hostiles y negativas hacia la salud mental y las personas con atención en salud mental.	4,12,14,15,17,18, 20
				Estereotipos	Pensamientos o creencias sobre rasgos estereotipados hacia elementos de la salud mental.	5,8,9,10,11,13,19
				Conocimiento	Pensamientos y creencias que permiten entender y comprender elementos hacia elementos de la salud mental.	1,2,3,6,7,16
			Componente Afectivo	Prejuicios	Sentimientos hostiles y negativos hacia elementos de la salud mental.	1,4,5,9,14,18,19

				Estereotipos	Sentimientos y emociones sobre rasgos estereotipados hacia elementos de la salud mental.	3,6,8,11,12,16,17
				Conocimiento	Emociones y sentimientos que permiten entender o comprender algunos elementos de la salud mental.	2,7,10,13,15,20
			Componente Conductual	Prejuicios	Predisposiciones a actuar de forma hostil o negativa hacia elementos de la salud mental	1,7,14,16,17,18,19
				Estereotipos	Predisposiciones a actuar cargadas de estereotipos hacia elementos de la salud mental.	2,3,4,9,12,13,20
				Conocimiento	Predisposiciones a actuar sobre lo que conocen o entienden hacia elementos de la salud mental.	5,6,8,10,11,15

Variables sociodemográficas	Son datos que nos permitirán conocer algunos aspectos de nuestra población de estudiantes	Se indagarán a través de un cuestionario	-EDAD -SEXO -ESTRATO -NIVEL EDUCATIVO
DEFINICIONES SUBCATEGORÍAS			
Prejuicio hacia la salud mental	Los prejuicios son actitudes negativas u hostiles hacia ciertos grupos o colectivos humanos” por lo general hacen referencia a evaluaciones desfavorables, negativas hacia un grupo. Tienen tres elementos. -cognitivo: se identifica con el estereotipo (expectativas negativas frente al otro) -afectivo: correspondiente con el prejuicio (desprecio, desagrado, miedo y aversión hacia el otro) -comportamental: se asocia a la discriminación (conducta hostil y discriminatoria)		
Estereotipos hacia la salud mental	Son creencias compartidas sobre un grupo en este caso los sujetos de atención en salud mental, hacen alusión a una manera de simplificar nuestro entorno para poder entenderlo y manejarlo de forma adecuada, son las impresiones o esquemas cognitivos que se tienen sobre la realidad		
Conocimiento hacia la salud mental	El conocimiento es el entendimiento o noción sobre algo, aquí se entendería como las experiencias y el conocimiento que tienen los estudiantes hacia la salud mental.		

Nota. La tabla representa la operacionalización de las variables del estudio. Elaboración propia.