



**Representaciones sociales que tienen los creyentes de una comunidad religiosa de la
ciudad de Cali a cerca de la salud mental**

Sara Liney Sánchez Buitrago

20251918200

Universidad Antonio Nariño

Programa de Psicología

Cali, Colombia

2023

**Representaciones sociales que tienen los creyentes de una comunidad religiosa de la
ciudad de Cali a cerca de la salud mental**

Sara Liney Sánchez Buitrago

Proyecto de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:

Psicóloga

Director (a):

Mg. Jorge Eduardo Moncayo Quevedo

Línea de Investigación:

Salud Mental y Comunidades Religiosas

Grupo de Investigación:

GRIPSI

Universidad Antonio Nariño

Programa de Psicología

Cali, Colombia

2023

NOTA DE ACEPTACIÓN

El trabajo de grado titulado
_____, Cumple con
los requisitos para optar
Al título de _____.

Firma del Tutor

Firma Jurado

Firma Jurado

Ciudad, Día Mes Año.

Dedicatoria

A la memoria de mi amado padre, Robinson Sánchez, quien siempre fue mi apoyo y ejemplo de sabiduría. Aunque ya no está físicamente presente, su legado perdura en cada logro que alcanzo, este trabajo está dedicado a él, quien fue mi inspiración y guía durante mis estudios.

Asimismo, quiero dedicar esta tesis a la comunidad religiosa a la que pertenezco. Este esfuerzo está impulsado por la necesidad apremiante de normalizar la salud mental dentro de nuestra comunidad. Que este trabajo sirva como un pequeño paso hacia la comprensión y la mejora de la salud mental, honrando así la memoria de mi padre y contribuyendo al bienestar de quienes comparten nuestra fe.

Agradezco a todos aquellos que me han brindado apoyo a lo largo de este viaje académico y personal, y espero que este trabajo sea un aporte significativo para nuestro colectivo.

Resumen

Esta investigación surgió de la premisa de que las creencias religiosas influyen en la percepción y actitudes de las personas hacia la salud mental, y como esto puede desempeñar un papel protector en cuanto a sufrir o presentar complicaciones de salud mental, o, por el contrario, generar o intensificar dichas complicaciones. Por lo que, se pretende identificar las representaciones sociales que tienen los miembros de una comunidad religiosa en Cali sobre la salud mental.

La investigación es de enfoque cualitativo con un diseño fenomenológico que se centra en explicar la naturaleza y la esencia de este fenómeno desde la perspectiva de los participantes, este grupo se conformó por tres hombres y dos mujeres pertenecientes a dicha comunidad, que se encuentran entre los 18 y los 50 años, se contó con su participación voluntaria para la aplicación de una entrevista semiestructurada, que responde al enfoque teórico empleado. La información, actitud y comportamiento, son las tres categorías que pertenecen a la teoría de las representaciones sociales, con base a las cuales se construyó la entrevista.

Este trabajo de grado debate la complejidad de la relación entre la religión y la salud mental y destaca la necesidad de comprender y respetar las creencias individuales, así como abordar la estigmatización y promover una comprensión más profunda de la salud mental en este contexto religioso.

Palabras clave: Salud mental, estigma, comunidad religiosa.

Abstract

This research arose from the premise that religious beliefs influence people's perception and attitudes towards mental health, and as this may play a protective role in terms of suffering or presenting mental health complications, or, on the contrary, generate or intensify such complications. Therefore, it is intended to identify the social representations that members of a religious community have in Cali on mental health.

The research is qualitative with a phenomenological design that focuses on explaining the nature and essence of this phenomenon from the perspective of the participants, this group was formed by three men and two women belonging to that community, between 18 and 50 years of age, it counted on their voluntary participation for the application of a semi-structured interview, which responds to the theoretical approach employed. Information, attitude and behavior are the three categories that belong to the theory of social representations, on the basis of which the interview was constructed.

This paper discusses the complexity of the relationship between religion and mental health and highlights the need to understand and respect individual beliefs, as well as addressing stigma and promoting a deeper understanding of mental health in this religious context.

Key words: Mental health, stigma, religious community.

Tabla De Contenido

Introducción	11
Planteamiento del problema.....	13
Objetivos.....	16
Objetivo General	16
Objetivos Específicos.....	16
Justificación	17
Marco Teórico.....	19
Antecedentes	19
Mirada De La Relación Entre Salud Mental Y Religión A Nivel Internacional.....	20
Mirada De La Relación Entre Salud Mental Y Religión A Nivel Nacional.....	26
Teoría De La Representación Social.....	27
Definiciones Teóricas De La Representación Social	29
Estructura De La Teoría De La Representación Social.....	32
Funciones De Las Representaciones Sociales	33
Marco Conceptual.....	35
Salud Mental	35
Religión	35
Método	38
Tipo De Estudio	38
Diseño De Investigación	38
Fuentes De Información	39
Instrumento.....	39
Procedimiento.....	40
Aspectos Éticos	41
Resultados.....	44
Campo De Representación.....	59
Discusión.....	61
Conclusiones.....	69
Recomendaciones	71
Referencias.....	72

Anexos	77
Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO - PARTICIPANTE ADULTO	77
Anexo 2. INSTRUMENTO ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	78

Contenido De Tablas

Tabla 1.	44
Tabla 2.	45
Tabla 3.	46
Tabla 4.	48
Tabla 5.	49
Tabla 6.	51
Tabla 7.	53
Tabla 8.	54
Tabla 9.	56

Introducción

La relación entre salud mental y comunidades religiosas puede desempeñar un papel tanto protector como conflictivo en la salud mental de las personas, dependiendo de varios factores, como la interpretación personal de la fe y la comunidad religiosa en sí. Si bien la religión puede proporcionar apoyo social, sentido de comunidad y consuelo espiritual, también puede dar lugar a estigmatización y prejuicios hacia aquellos que experimentan problemas de salud mental sin una causa aparente.

Esta investigación tiene como objetivo principal analizar las representaciones sociales de la salud mental en una comunidad religiosa en Cali, Colombia. Por medio de la aplicación de una entrevista semiestructurada, diseñada a partir de la teoría de las representaciones sociales, la cual permite obtener una comprensión profunda de cómo las creencias religiosas, la información disponible y las actitudes de los participantes influyen en su percepción de la salud mental.

Los hallazgos revelan que las representaciones sociales de la salud mental en esta comunidad religiosa están fuertemente influenciadas por la información popular, superficial y experiencial. Los participantes tienden a basar sus afirmaciones en lo que han escuchado de otras personas o en fuentes de información no especializada. La interpretación de los problemas de salud mental en este contexto religioso a menudo se asocia con influencias malignas y espirituales, lo que puede dificultar la comprensión adecuada de los desafíos de salud mental y reforzar estereotipos negativos.

Este estudio proporciona una valiosa contribución al campo de la salud mental y la religión, ofreciendo información fresca y relevante sobre la estigmatización de la salud mental en un contexto religioso específico. Aunque los resultados son aplicables a la muestra estudiada, se

reconoce la necesidad de investigaciones adicionales para comprender las complejidades de esta relación en otros contextos culturales y religiosos.

Por último, se resalta la necesidad de la psicoeducación y la promoción de una comprensión más profunda de la salud mental en las comunidades religiosas, además, se destaca la importancia de reconocer la diversidad de creencias y puntos de vista dentro de estas comunidades y de fomentar la comprensión y la empatía hacia aquellos que enfrentan problemas de salud mental.

Planteamiento del problema

Un creyente es una persona que tiene fe o confianza en una creencia, idea, doctrina o concepto particular, generalmente relacionado con aspectos espirituales, religiosos o filosóficos. En un contexto religioso, un creyente es alguien que acepta y sigue los principios y enseñanzas de una religión específica, confiando en su veracidad y practicando sus rituales y preceptos. La gran mayoría de los colombianos se consideran creyentes, –94,1% de la población–; el 58,2% se considera creyente practicante y el 35,9% creyente, pero no practicante (Beltrán, 2011).

Rodríguez (2016), plantea que dentro de los determinantes sociales de la salud se encuentra la cultura, la cual se define como una forma de vida que surge de visiones del mundo compartidas y de estructuras comunes de creencias, valores y comportamientos. Esta conforma la identidad, forma de vida y tradiciones de grupos específicos, aspectos en los que influye el sistema de creencias o religión. Por lo que la religión se ubica como uno de los determinantes sociales de la salud mental, debido a que consigue proporcionar sistemas de interpretación que pueden agravar o mitigar ciertos riesgos, teniendo en cuenta lo planteado, existe una indiscutible relación entre salud mental y religión, por lo que se puede plantear que el 94,1 % de la población colombiana, es objeto de las consecuencias, bien sean negativas o positivas de una religión que influye en su salud mental (Rodríguez, 2016).

El interés de esta investigación surge a raíz de una observación participante, donde tienen lugar tres escenarios. Primeramente, se encuentran las personas que hacen parte de una comunidad religiosa y han presentado complicaciones de salud mental, tales como ansiedad y depresión, por lo que deciden buscar ayuda psicológica, y después de esto han recibido estigmatización por parte de otros miembros de su comunidad, lo cual ha intensificado sus malestares. En segundo lugar, se encuentran ubicadas las personas que hacen parte de una comunidad religiosa, y han

presentado complicaciones de salud mental, como ansiedad y depresión, por lo que deciden buscar ayuda psicológica, y después de esto, reciben apoyo por parte de los otros miembros de su comunidad religiosa, encontrando refugio en sus prácticas espirituales, lo que ha resultado como valor agregado en su proceso de recuperación. En tercer lugar, están presentes aquellas personas que hacen parte de una comunidad religiosa, no presentan complicaciones de salud mental, y tampoco se muestran conocedores de dichos asuntos, por lo que terminan estigmatizando a los otros miembros de la comunidad religiosa que si presentan complicaciones de salud mental.

Por otro lado, Pagán et al. (2018) propusieron el estudio titulado *Estableciendo Hechos y Mitos Acerca de los Factores Religiosos Concernientes a la Salud Mental: Una Examinación Crítica*. Este, aborda variables encontradas en investigaciones ya existentes, se presentan cuatro hechos comprobados a través de teorías, los cuales son: “Los factores religiosos son variables salutogénicas” (p. 88) “Las estrategias de afrontamiento religioso son efectivas” (p. 89) “Los factores religiosos pueden ser asuntos de atención clínica” (p. 90) “El fanatismo religioso es peligroso” (p. 91). Lo cual, evidencia nuevamente un aspecto ya mencionado, que es la ambivalencia de la religión en la salud mental de las personas (Pagán et al., 2018).

Desde la teoría de las representaciones sociales, se pretende comprender cómo las personas construyen y comparten conocimientos, creencias y significados sobre dicho fenómeno, en este caso, la estigmatización de la salud mental dentro de comunidades religiosas. Esta teoría se centra en entender cómo las personas crean y mantienen un sentido compartido de la realidad a través de la comunicación y la interacción social.

Por lo mencionado, se concluye que existe una probabilidad de que algunos de los problemas que se producen dentro de la relación de religión y salud mental, se deriven de algunas creencias o prejuicios, incluso, de la forma en la que se relacionan las personas dentro de las comunidades

religiosas. Al contemplar esta idea como una posibilidad, se desarrolla la interrogante ¿Cuáles son las representaciones sociales de la salud mental dentro de las comunidades religiosas?

Objetivos

Objetivo General

Identificar las representaciones sociales que tienen los miembros de una comunidad religiosa de la ciudad de Cali respecto a la salud mental.

Objetivos Específicos

- Examinar la información con la que cuentan los miembros de una comunidad religiosa de la ciudad de Cali respecto a la salud mental.
- Analizar la actitud frente a la salud mental de los miembros de una comunidad religiosa de la ciudad de Cali.
- Definir el campo de representación que poseen los miembros de una comunidad religiosa de la ciudad de Cali en relación a la salud mental.

Justificación

Este trabajo de grado sobre *las representaciones sociales que tienen los creyentes de una comunidad religiosa de la ciudad de Cali a cerca de la salud mental* tiene gran relevancia, debido a la gran cantidad de personas que pertenecen a estas comunidades de fe, que pueden presentar dichas complicaciones y posterior a esto, ser estigmatizadas.

Se considera que, dentro de estas comunidades, hay rangos de edad específicos que muestran mayor propensión a la estigmatización. En particular, se observa que la población de adultos y adultos mayores tiende a ser objeto de estigmatización, al igual que la población juvenil y adolescente. Por ende, es esencial adquirir conocimientos sobre este tema, asegurando que aquellos que realicen intervenciones de psicoeducación dispongan de los recursos necesarios para abordar adecuadamente esta problemática.

De manera adicional a lo previamente expuesto, desde la perspectiva de la psicología, se busca aportar mediante esta investigación con el propósito de enriquecer la comprensión de este fenómeno. Esto se debe a que gran parte de los estudios identificados en el marco teórico se basan en investigaciones llevadas a cabo en países distantes geográficamente. Este trabajo pretende, por lo tanto, ampliar y contextualizar el conocimiento existente, ofreciendo una perspectiva más aplicable a la realidad local.

Una complicación de salud mental se presenta como una dificultad para la vida de las personas, si a esto se le suman aspectos como estigmas, prejuicios, señalamientos y demás, esta dificultad tiene altas posibilidades de agravarse, por lo tanto, el primer paso necesario es la investigación, la cual permitirá en un segundo momento, estructurar un plan de acción para contribuir a este fenómeno tan presente dentro de las comunidades religiosas.

Tras numerosos años de participación activa y observación como miembro de una comunidad de fe, se puede afirmar que este fenómeno tiene un impacto significativo en la vida de las personas. Una intervención en este momento sería de suma importancia, especialmente para las generaciones actuales que, dentro de estas comunidades de fe, están trabajando para romper con patrones preexistentes y transformar su entorno en un espacio más acogedor y beneficioso para todos.

Respecto a lo anterior, se ha encontrado que la psicoeducación es una óptima respuesta para ayudar a la posibilidad de que los miembros de estas comunidades comprendan lo que es la salud mental y la importancia de la misma para el bienestar de las personas, sin embargo, para proceder a una intervención desde la psicoeducación, es necesario tener bases teóricas firmes y confiables a cerca del problema a intervenir, por lo que se ha realizado un arduo trabajo de investigación respecto a este fenómeno.

Marco Teórico

Antecedentes

Bajo el tema de investigación *La estigmatización de la salud mental en una comunidad religiosa de la ciudad de Cali* se encuentra que las complicaciones de salud mental expresan sufrimiento en los individuos a causa de diferentes razones, por otro lado, este mismo individuo se reconoce como un ser espiritual, que busca conectar su espíritu con un ser o entidad superior, de esto, se desarrollan muchas creencias y se derivan religiones. Parece ser que la espiritualidad, la salud mental y el ser humano hacen parte de una misma ecuación, debido a esta relación, es posible que exista una afectación entre ellas, esto debido a los puntos de encuentro en las que estas tres áreas se corresponden, tales como, el apoyo de la comunidad religiosa a la cual se pertenezca, el significado de sentido y propósito que puede proporcionar un sistema de creencias a una persona, la forma de ver y percibir diferentes situaciones de la vida, como también, la Importancia de la elección personal. Esta relación es compleja y significativa, por lo que es importante considerar estas dimensiones de manera holística al abordar el bienestar emocional y psicológico de las personas.

Para lograr profundizar en lo anteriormente mencionado, se realizó una búsqueda en bases de datos como Scielo, Scopus y Redalyc. Las palabras claves utilizadas fueron: salud mental, religión y estigma, tanto en el idioma inglés como en español. Todos los estudios encontrados tienen fecha de los últimos 15 años, debido a la escasez de información; el idioma principal de búsqueda fue el español, sin embargo, se seleccionaron varios estudios en inglés; los resultados de los estudios fueron organizados en dos categorías internacional y nacional

Mirada De La Relación Entre Salud Mental Y Religión A Nivel Internacional

Para iniciar, se encuentra Cook (2020) ubicado en Reino Unido, con un artículo titulado *La salud mental en el reino de Dios* donde se explica claramente la relación natural que se presenta entre las preocupaciones actuales de salud mental, con la predicación y la enseñanza que se da a la población cristiana. Este artículo fue escrito con base a la transcripción de una charla plenaria pronunciada en la conferencia sobre *Salud mental y fe: una respuesta cristiana*, organizada por el arzobispo de Canterbury en el Palacio de Lambeth el 18 de octubre de 2019. Después de percatarse de que los creyentes dejaban de asistir a la iglesia tras presentar algunas complicaciones de salud mental como la depresión, Cook en su rol de psiquiatra y pastor, se interesa por ver la salud mental en los evangelios como un eje central de la misión de Jesús (Cook, 2020).

Se encuentra también, con publicación en idioma inglés un estudio titulado *Relación de la religión con la ideación suicida, el plan suicida, el intento de suicidio y la muerte por suicidio: un metaanálisis*. Es un estudio que se desarrolla en el país de Irán, donde el suicidio es un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte. El metaanálisis busca entender el efecto de la religión en los planes, ideas e intentos de suicidio. Para esto, se separó a las personas que poseían una creencia y las que no, independientemente del credo que manifestaran., posterior a esto, el resultado de esta clasificación se relacionó con los comportamientos suicidas que tenían estas personas, y el resultado arrojó una clara conclusión. La religión puede desempeñar un papel protector contra las conductas suicidas, sin embargo, esto suele variar según la religión y la cultura (Poorolajal et al., 2021).

En esta misma línea de estudios publicados en idioma inglés, se encuentra también el artículo *Efectos diferenciales de la religiosidad en los problemas de salud mental de los adolescentes*

nativos e inmigrantes en Suecia: un estudio longitudinal de tres olas. Manifiesta que una manera útil de prevenir problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad, entre los adolescentes, es poder desarrollar estrategias para poblaciones específicas, pues se encontró una diferencia entre los adolescentes nativos y los inmigrantes en cuanto a ver la religión como un factor protector con mayor o menor efectividad. Es decir, a través de una encuesta longitudinal se comprobó que la religiosidad puede prevenir las complicaciones de salud mental en los adolescentes inmigrantes, y, por otro lado, puede aumentar el riesgo de complicaciones de salud mental en los adolescentes nativos. Por lo que se hace necesario desarrollar estrategias para las diferentes poblaciones según la necesidad (Aronson, 2022).

Henk-Jan et al. (2022) *Sin su terapeuta: oración contemplativa durante el tratamiento como una intervención de exposición religiosa para reducir la lucha religiosa y la representación ansiosa de Dios*, Expone la posibilidad de implementar intervenciones espirituales como valor agregado durante el tratamiento terapéutico, claramente, esto como base de una terapia espiritual, para personas (pacientes y terapeutas) de un credo en común. Este razonamiento se puso en práctica con un paciente de 44 años que presentaba una representación ansiosa de Dios, los resultados de este estudio se presentan como efectos positivos, por lo que se sugiere el apoyo en intervenciones autoadministradas como la Oración de Jesús para conseguir resultados eficaces dentro de la comunidad de fe.

En secuencia con el tema, el artículo titulado *Intervenciones basadas en la religión para la depresión: una revisión sistemática y un metaanálisis de estudios experimentales.* Pretende analizar el efecto de las intervenciones religiosas sobre la depresión, pues de manera continua, tienden a invalidarse el sistema de creencias y prácticas religiosas de los pacientes. Para esto, se realizó una revisión sistemática y un metaanálisis de estudios experimentales, por medio de una

búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos, de las cuales se obtuvieron 280 publicaciones con contenido de valor. Los resultados fueron un poco dificultosos de interpretar, pues variaban según cada estudio, lo que llevaba más a comparaciones que a puntos de encuentro, sin embargo, se puede concluir que las intervenciones basadas en la religión lograron reducir de manera consistente los síntomas depresivos entre personas vulnerables, esto los lleva afirmar que en comparación con las terapias habitualmente usadas para tratar la depresión, las intervenciones basadas en la religión terminan proporcionando efectos superiores (Marques et al., 2021).

En la ciudad de Barcelona fue llevada a cabo una revisión teórica, por Rodríguez (2011) titulada *¿Es la espiritualidad una fuente de salud mental o de psicopatología?* en donde se busca dar respuesta a continuos interrogantes desde una perspectiva científica. Dentro de este estudio se recalca la posibilidad de que no existan los instrumentos necesarios proporcionados por la ciencia que permitan evaluar de forma objetiva la relación de estos fenómenos psíquicos con la espiritualidad y religiosidad. Se obtuvo una conclusión ambivalente, a partir de evidenciar que en algunos casos la salud mental se veía afectada por la religiosidad, y en otros, era impactada positivamente por la misma. No obstante, parece ser que el beneficio psíquico de la religiosidad y la espiritualidad es notablemente más alto que los prejuicios o consecuencias perjudiciales de la misma.

De una forma muy puntual, Szalachowski y Tuszyńska-Bogucka (2023) plantean en su artículo titulado *¿La fe no es suficiente? La resiliencia del ego y la religiosidad como recursos para hacer frente al estrés pandémico: estudio de mediación*. Que, Con base en los conceptos de las funciones adaptativas de la religiosidad y la conceptualización de la resiliencia del ego como recursos psicosociales, diseñaron un proyecto donde participaron 175 mujeres y 57 hombres de manera voluntariamente en un programa en línea. El fin de este estudio

fue determinar la medida en la que la religiosidad hizo el papel de moderadora frente a la relación de la resiliencia del ego y el estrés post traumático y la depresión que se atravesó durante la pandemia del COVID-19. El método utilizado fue La adaptación polaca del cuestionario CRS de Huber hecha por Zarzycka, los resultados encontrados revelaron que la religiosidad y la resiliencia del ego tuvieron un efecto mitigador de la gravedad de las reacciones psicopatológicas asociadas a la situación de pandemia, es decir que cumplieron el papel de protección frente a la gravedad de la depresión y el TEPT durante este periodo, sin embargo, su significación no fue muy fuerte.

Leavitt et al. (2022) trabajan sobre el tema *La religiosidad y la lucha religiosa y espiritual y su asociación con la depresión y la ansiedad entre adolescentes internados en unidades psiquiátricas de hospitalización*. En el que examinan la relación entre la lucha religiosa, espiritual y religiosidad con la depresión y la ansiedad en adolescentes ingresados en unidades psiquiátricas de hospitalización de un hospital pediátrico en el Medio Oeste de los Estados Unidos. Este análisis se llevó a cabo a través de cuatro escalas auto informadas donde se evalúan la religiosidad, la lucha, la depresión y la ansiedad, dichas escalas son aplicadas a 71 adolescentes de 13 a 17 años. Los resultados hallados mostraron que no existen correlaciones significativas entre la religiosidad, la depresión y la ansiedad.

En la provincia de Shandong en China, elaboran un estudio titulado *Religión y suicidio consumado: un metaanálisis*. A partir de la preocupación de una de las principales causas de muerte en todo el mundo, el suicidio, la manera en la que la religión influye en el riesgo de suicidio varía según los diferentes contextos, por lo que se convierte en un tema digno de interés y estudio, este se realizó a partir de una búsqueda de literatura donde se encontraron nueve estudios que evaluaron en total 2339 casos de suicidio y se incluyeron en el metaanálisis.

Después de la interpretación de resultados, se puede decir que la religiosidad ejerce un efecto protector de manera general frente al suicidio, sin embargo, este efecto varía según el contexto cultural y religioso (Wu et al., 2015).

Bajo un estudio de metaanálisis Ghannam y Gorey (2022) trabajan en la investigación llamada *Religiosidad islámica y bienestar subjetivo en Occidente: evidencia meta analítica de protecciones en diversas diásporas musulmanas*. En la que se muestra que a raíz de la migración de los pueblos musulmanes a la zona Occidente se desencadena cierta discriminación y estigmatización hacia los mismos, en especial hacia las mujeres musulmanes que son fáciles de identificar debido a sus atuendos. A partir de la revisión de literatura se ha establecido que esta situación acarrea consigo un alto riesgo de repercusiones negativas en su bienestar y salud mental, sin contar con los riesgos ya existentes tales como, el estrés que representa estar en un lugar diferente debido a las discrepancias entre su herencia cultural, creencias religiosas y las de la cultura dominante, lo que puede conducir a sentimientos de ansiedad, desesperanza, aislamiento y depresión. Los hallazgos muestran una relación protectora entre religiosidad y bienestar subjetivo entre cristianos y judíos, sin embargo, no se presentan la misma claridad en dicha relación respecto a los musulmanes radicados en Occidente.

La metodología cuantitativa fue un factor verdaderamente escaso en la búsqueda, sin embargo, se logra encontrar un artículo titulado *Correlación entre espiritualidad, religiosidad, creencias y actitudes de búsqueda de ayuda psicológica*. Un estudio donde se investiga una población de Republica Dominicana, recopilando datos de 154 participantes mayores de edad, independientemente de su denominación religiosa/espiritual o ausencia de la misma. Esto con el fin de averiguar la relación de la actitud que tienen las personas al buscar ayuda psicológica, con las creencias espirituales o religiosas, que ellas mismas poseen. Para lograr esta investigación, se

utilizaron instrumentos como: Inventario de Sistemas de Creencias (SBI-15R); Daily Spiritual Experiencia Scale (DSES); Religious Beliefs and Mental Illness Stigma Scale (RBMIS); Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPH-SF) y un cuestionario sociodemográfico. La verdadera sorpresa estuvo en el momento de conocer los resultados, pues en un inicio se había planteado que probablemente existiría una correlación negativa entre espiritualidad, religiosidad y actitudes de búsqueda de ayuda psicológica, Pero, no se encontraron evidencias de dicha correlación (Peña et al, 2021).

Por la línea de Suramérica, perteneciente a Chile, se encuentra a Rodríguez (2016)

Determinantes sociales de la salud mental. rol de la religiosidad. Por medio de revisión bibliográfica, se busca revisar cuales, con esos determinantes sociales de la salud mental, respecto al rol de la religiosidad de las personas, puesto que aspectos como el sentido del valor moral, el apoyo de la comunidad de fe y las prácticas de la espiritualidad, pueden influir notoriamente en la salud mental de las mismas. El fin de determinar dichos aspectos, es lograr establecer la religiosidad como factor de la salud mental, y así lograr que los terapeutas puedan manejar un lenguaje que vaya de acuerdo con el sistema de creencias del paciente, lo cual será de gran beneficio para el proceso terapéutico.

Siguiendo con Suramérica, se encuentra un estudio del país de Argentina, donde Simkin (2017)

La salud mental en la psicología de la religión y de la espiritualidad. Por medio de una revisión de antecedentes, plantea que existe una enorme diferencia o controversia entre los resultados de los diferentes estudios empíricos, pues, así como muchos presentan la religiosidad como factor de protección, otros la clasifican como un aspecto perjudicial para la salud mental de las personas. Sin embargo, al no haber nada comprobado, la opción más adecuada es seguir buscando la respuesta indicada.

Mirada De La Relación Entre Salud Mental Y Religión A Nivel Nacional

En esta categoría, se encuentra una investigación mixta llevada a cabo en Latinoamérica, por Vera et al. (2017). Titulada *Relación entre optimismo y salud bajo la influencia de las creencias religiosas en dos muestras latinoamericanas* Este estudio involucra a dos países, Chile y Colombia, lo que se busca es evaluar si las creencias religiosas tienen un efecto mediador entre el optimismo y la salud. Si bien es cierto, el estudio no se refiere específicamente a la salud mental, ofrece un esbozo de la manera en la que una creencia religiosa influye en la manifestación de optimismo de una persona frente a diferentes situaciones de la vida.

Para este estudio se contó con la participación de 529 voluntarios, 285 de Chile y 244 de Colombia. Los aspectos evaluados fueron el optimismo, el afecto positivo y negativo, la salud y las creencias religiosas. Estas fueron medidas por medio de instrumentos como el test de orientación vital revisado (LOT-R); La Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS); El auto reporte del estado de salud SF- 12; y un cuestionario sociodemográfico. Posterior a esto, se realizó una clasificación de dos grupos, en donde se separaron las personas con y sin creencias religiosas, esto con el fin de tener una mejor calidad de los resultados. Sin embargo, y sin alcanzar el éxito esperado, se concluyó que es necesario incluir más aspectos de evaluación para llegar a un resultado certero, pues al finalizar este estudio solo se puede decir que las creencias religiosas no tienen un efecto moderador significativo ante el modelo que establece la relación entre optimismo, afectos positivos y salud mental (Vera et al., 2017).

Para finalizar, específicamente en Colombia, Quiceno (2009) presenta *La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad* donde se hace un recorrido teórico de la evolución del concepto de psicología de la religión a lo largo del siglo XX. Esto con el propósito de hallar investigaciones donde se hallan plasmado evidencias de que la religión y la espiritualidad son

variables que logran moderar y amortiguar el impacto de eventos traumáticos en la vida de las personas. Se encuentra que se han desarrollado, diseñado y validado, una variedad de instrumentos psicométricos que permiten medir de manera objetiva la relación de creencias, prácticas y el afrontamiento espiritual-religioso, en personas sanas y personas con alguna patología física o mental. La conclusión encontrada fue que, la experiencia religiosa y existencial se hace más vivencial y cobra significado cuando se está en momentos de crisis y cuando se percibe que el control sobre la vida es incierto, por lo que mediante las practicas que ofrece la creencia como la oración y la comunión social, se brinda un soporte que otorga estados de tranquilidad, y finalmente favorecen la salud mental y física de las personas, consigo mismas, con los demás y con el futuro.

En conclusión, se puede afirmar que existe una relación evidente entre la salud mental y la religión. Sin embargo, los resultados de esta conexión son altamente individuales, revelando así un punto de convergencia entre distintos estudios: la ambivalencia. Este fenómeno se manifiesta en el hecho de que algunas personas experimentan consecuencias negativas para su salud mental debido a la religión, mientras que otras encuentran en la misma una influencia protectora beneficiosa para su bienestar psicológico.

Teoría De La Representación Social

Este modelo de psicología social surge a partir de la propuesta teórica que se presenta como parte de la construcción social y el análisis del sentido común y lo cotidiano, con el propósito de volver a definir los problemas y el marco conceptual de la Psicología social a partir del fenómeno de la representación social (Villaroel, 2007).

Su principal exponente es el psicólogo Sergio Moscovici, quien presenta su propuesta mencionando el concepto de representación social por primera vez en el año 1961; Los inicios de esta teoría se remontan a la sociología de Emile Durkheim en donde se establecen diferencias entre las representaciones individuales y las representaciones colectivas. Durkheim define el hecho social como algo totalmente distinto del fenómeno psicológico, es decir que, la conciencia colectiva no pertenece al mismo orden de la conciencia individual (Villaroel, 2007).

Esta teoría no solo ha sido alimentada por diferentes enfoques y autores de la psicología, si no que ha expandido de manera continua sus límites, conceptos y variaciones, por lo que es considerada una teoría en construcción permanente.

Dentro de este planteamiento lo que Moscovici se propone explicar de manera precisa, es la representación como una prueba innovadora para articular las relaciones entre el individuo y la sociedad.

Resumiendo, el concepto de representación social descubre un nuevo ámbito de acción para la ciencia social contemporánea. Abre, en efecto, la posibilidad conceptual de descubrir en el seno de las culturas actuales las visiones del mundo de la mujer y el hombre común, que si bien pueden ser no-científicas, son, en cualquier caso, formaciones cognoscitivas legítimas que tienen una función precisa en la orientación de los comportamientos y de la comunicación entre los individuos y los grupos (Villaroel, 2007, pág 7).

Para dar claridad, se podría decir que Moscovici plantea que las interacciones cotidianas de las personas resultan siendo las representaciones sociales, para llegar a esto, dichas interacciones son

materializadas por medio de un mismo idioma que se refleja en ideas, palabras, símbolos e imaginarios de las mismas.

Definiciones Teóricas De La Representación Social

En síntesis, las representaciones sociales son formas de conocimiento compartido y simplificado que las personas utilizan para comprender el mundo y relacionarse con él. No obstante, al existir definiciones de diferentes autores, se cree necesario profundizar en el aporte de cada autor, por lo que dichas definiciones se presentan a continuación.

Moscovici (1979). Fue un influyente psicólogo social y uno de los pioneros en la investigación sobre las representaciones sociales, nació el 14 de junio de 1925 en Braila, Rumania, y falleció el 15 de septiembre de 2014 en París, Francia.

(...) una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos... La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (Moscovici, 1979:17-18).

Para Moscovici las representaciones sociales como creencias y conocimientos compartidos que tienen las personas respecto a diversos asuntos, influyen en como las personas procesan la información, se comunican, toman decisiones y se comportan en sociedad.

Jodelet (1984). Psicóloga social francesa conocida por sus contribuciones a la teoría de las representaciones sociales, nació el 29 de agosto de 1931 en París, Francia.

(...) Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento es en muchos aspectos un conocimiento socialmente elaborado y compartido. Bajo sus múltiples aspectos intentan dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida, etc. (Jodelet, 1984:473)

Jodelet recalca la naturaleza social con la cual se elabora el conocimiento que constituye las representaciones sociales y su función organizadora en la comprensión del mundo y la interacción social.

Farr (1984).

Sistemas cognoscitivos con una lógica y un lenguaje propios. No representan simplemente “opiniones acerca de”, “imágenes de”, o “actitudes hacia” sino “teorías o ramas del conocimiento” con derechos propios para el descubrimiento y la organización de la realidad. Sistemas de valores, ideas y prácticas con una función doble: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para

nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal (Farr, 1984: 496).

Farr enfatiza en que las representaciones sociales van más allá de una opinión, una imagen, o una actitud hacia determinado aspecto, sino que, se trata de una rama del conocimiento que se construye en sociedad y permite a las personas desenvolverse dentro del espacio en el que viven.

Banchs (1986).

(...) en sus contenidos encontramos sin dificultad la expresión de valores, actitudes, creencias y opiniones, cuya sustancia es regulada por las normas sociales de cada colectividad. Al abordarlas tal cual ellas se manifiestan en el discurso espontáneo, nos resultan de gran utilidad para comprender los significados, los símbolos y formas de interpretación que los seres humanos utilizan en el manejo de los objetos que pueblan su realidad inmediata (Banchs, 1986: 39).

Banchs manifiesta que la realidad inmediata de los sujetos esta mediada por normas sociales de cada contexto, por lo que, incluso las representaciones sociales de cada uno son construidas con influencia de dicho contexto.

Marková (1996).

(...) Estos dos componentes de las representaciones sociales, lo social y lo individual, son mutuamente interdependientes. Además, estos dos elementos son rasgos fundamentales de todos los fenómenos socioculturales institucionalizados, como por ejemplo los idiomas, los paradigmas científicos o las tradiciones. Si no fuese por las actividades llevadas a cabo por los individuos, el entorno social simbólico no pertenecería a nadie y por consiguiente no existiría como tal. (Marková, 1996: 163).

Marková resalta la interdependencia entre lo social y lo individual, pues sin actividades individuales no podría haber una interacción o existencia de lo social.

El concepto de representación social se ha desarrollado a lo largo del tiempo en el campo de la psicología social, este concepto ha evolucionado y se ha enriquecido con las contribuciones de diversos investigadores. Inicialmente se planteó como una forma de describir cómo las personas construyen conocimiento sobre el mundo que les rodea a través de la interacción social. Al avanzar en sus estudios, las representaciones sociales fueron establecidas con un enfoque central en la psicología social, destacando la importancia de las representaciones sociales en la construcción de la realidad social y en la formación de actitudes y opiniones.

Poco a poco se convirtió en un enfoque ampliamente reconocido a nivel internacional, donde investigadores de diferentes países adaptaron y ampliaron el marco teórico, de este modo, se desarrollaron diversas metodologías para investigar las representaciones sociales, incluyendo técnicas de análisis de contenido, entrevistas, cuestionarios y análisis de redes. Esto permitió una comprensión más profunda de cómo las representaciones sociales influyen en el comportamiento humano. Las representaciones sociales se han utilizado para comprender mejor cómo las personas perciben y responden a temas importantes en la sociedad.

Estructura De La Teoría De La Representación Social

Villarroel, hace referencia a un planteamiento de Moscovici, en donde de forma somera la representación social forma parte de la opinión pública. Pero las proposiciones, valoraciones y creencias que constituyen una representación están estructuradas en formas diversas según las culturas y los grupos sociales, estas pueden ser denominadas como universos de opiniones, bajo dicho lineamiento, cada universo tiene tres dimensiones: la actitud, la información y el campo de representación (Villarroel, 2007, pág. 11).

A profundidad, las tres dimensiones que componen la teoría de la representación social son:

- **Actitud:** Es la dimensión que significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación social. Se puede considerar, por tanto, como el componente más aparente, fáctico y conductual de la representación, y como la dimensión que suele resultar más generosamente estudiada por su implicación comportamental y de motivación (Moscovici, 1979, p. 49).
- **Información:** Es la organización o suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento, hecho o fenómeno de naturaleza social. Conocimientos que muestran particularidades en cuanto a cantidad y calidad de los mismos; carácter estereotipado o difundido sin soporte explícito; trivialidad u originalidad en su caso; dimensión o concepto que se relaciona con la organización de los conocimientos que posee un grupo respecto a un objeto social (Moscovici, 1979, p. 49).
- **Campo de representación:** Expresa la organización del contenido de la representación en forma jerarquizada, variando de grupo a grupo e inclusive al interior del mismo grupo. Permite visualizar el carácter del contenido, las propiedades cualitativas o imaginativas, en un campo que integra informaciones en un nuevo nivel de organización en relación a sus fuentes inmediatas. Remite a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de representación (Moscovici, 1979, p. 49).

Funciones De Las Representaciones Sociales

Araya (2002) Menciona que las representaciones sociales cumplen con cuatro funciones, estas son, la comprensión, la valoración, la comunicación y la actuación.

- La comprensión, función que posibilita pensar el mundo y sus relaciones.
- La valoración, que permite calificar o enjuiciar hechos.
- La comunicación, a partir de la cual las personas interactúan mediante la creación y recreación de las representaciones sociales.
- La actuación, que está condicionada por las representaciones sociales.

Marco Conceptual

Salud Mental

En Colombia la Ley 1616 de 2003 define la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”.

En relación con esta definición es importante tener en cuenta que: La forma como nos comportamos y nos relacionamos con las personas y el entorno en nuestra vida diaria es el resultado de la manera en que transcurren las percepciones, los pensamientos, las emociones, las creencias y demás contenidos en nuestra mente, los cuales se encuentran íntimamente afectados por factores genéticos, congénitos, biológicos y de la historia particular de cada persona y su familia, así como por aspectos culturales y sociales.

La salud mental es una construcción social que puede variar de un contexto a otro, dependiendo de los criterios de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad establecidos en cada grupo social (que puede ser tan extenso como una nación o tan reducido como una familia), lo cual influirá directamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a un determinado grupo.

Religión

La religión es un sistema de creencias, costumbres y símbolos establecidos en torno a una idea de la divinidad o de lo sagrado, son doctrinas constituidas por un conjunto de principios, creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y espiritual. Por lo que es una

interpretación de la vida, a la que atribuye un valor máximo, donde se construye un código ético y se conforma un proyecto.

El protestantismo es una de las tres grandes ramas de la religión cristiana, junto con el catolicismo y la ortodoxia. Se trata de una corriente que abarca alrededor del 37 % de la feligresía cristiana (unos 801 millones de fieles), y que reúne bajo el mismo nombre a un conjunto muy diverso de iglesias cristianas, sin que exista entre ellas una autoridad suprema ni una unidad estructural (Equipo editorial,2022).

La doctrina del cristianismo protestante profesa su fe en Jesús de Nazareth como el Mesías anunciado en el antiguo testamento de la biblia, además de profesar su devoción en la biblia y rechazar el sacerdocio, la autoridad religiosa y el vaticano (Equipo editorial, 2022).

Las principales características del cristianismo protestante radican en que, no se trata de un movimiento unificado, sino de un conjunto de iglesias autónomas e independientes, por lo que no tienen una autoridad religiosa central, ni un cuerpo doctrinal único, sin embargo, todas las iglesias protestantes predicán las enseñanzas de Jesús de Nazaret, distintas a las enseñanzas del catolicismo, por eso mismo, se presenta como una alternativa al cristianismo católico, ya que aspira a recuperar la “pureza” del cristianismo original (Equipo editorial, 2022).

Aunque cada iglesia tiene su manera de hacer y llevar sus enseñanzas, y no existe un cuerpo doctrinal cohesionado, comparten unos principios fundamentales, las cuales son:

- Una sola escritura, que contiene una única verdad expresada en la palabra de Dios, es decir la Biblia.
- Una sola fe, que plantea que una sola vía posible a la salvación humana, y que es a través de la fe en Jesucristo, por lo cual se requiere la entrega absoluta de la feligresía.

- Una sola gracia, que expresa la salvación otorgada al ser humano por gracia de Dios.
- Un solo Cristo, que manifiesta que solo existe un mediador entre la humanidad y el creador divino, y ese mediador es Jesucristo. Es decir, los protestantes niegan la posibilidad de intermediación de los santos, como la Virgen María, entre Dios y la feligresía.
- Una sola gloria divina, presenta a Dios como único merecedor de gloria y devoción, ya que es el creador de todo lo que existe, por tanto, niega la veneración de cualquier santo, hombre o cosa en su lugar.

Método

Tipo De Estudio

El enfoque de esta investigación es de orden cualitativo, este método cualitativo busca conceptualizar sobre la realidad con base en los conocimientos, las actitudes y los valores que guían el comportamiento de las personas que comparten un contexto. La investigación cualitativa permite entender la manera en la que las personas perciben y experimentan el mundo, por medio de datos no estandarizados, recolectados con la ayuda de entrevistas y métodos de observación, los cuales se interpretan en función del contexto, pero no se representan cuantitativamente. Estos datos responden a los criterios de decisión y motivación de las personas respecto a un asunto específico, lo cual proporciona la posibilidad de una comprensión profunda de los mismos (Villamil, 2003).

El análisis debe ser de grupos pequeños o representativos de las tendencias de comportamiento y para dicha selección se debe contar con la aprobación de la comunidad estudiada, es ahí donde se hace un manejo del consentimiento informado. Esta investigación realiza una aproximación global de las situaciones sociales, y es utilizada constantemente el contexto de las ciencias sociales, pues es el más indicado para abordar nuevas dimensiones de la salud y problemas de investigación que no se pueden resolver con estrategias convencionales (Villamil, 2003).

Diseño De Investigación

Salgado (2007) manifiesta que la fenomenología como diseño de investigación pretende explicar la naturaleza y la esencia de los fenómenos, su propósito el estudio de las experiencias de vida de un sujeto desde la perspectiva del mismo, es decir que, se enfoca en las experiencias individuales y subjetivas de los participantes. Por medio de este diseño de corte fenomenológico, se busca comprender la representación social de los miembros de las comunidades religiosas respecto a la

estigmatización de la salud mental dentro de su propio contexto, basándose en el análisis de discursos y temas específicos, así como en la búsqueda de sus posibles significados.

La representación social será posible de identificar gracias a que el diseño fenomenológico pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente.

Fuentes De Información

Las fuentes de información son empleadas según el momento en el que se encuentra la investigación.

En un primer momento en donde es necesario conocer los antecedentes del tema a investigar, se debe llevar a cabo una revisión de literatura.

En un segundo momento, resulta imperante recolectar información que confirme o discrepe el planteamiento inicial de este trabajo de investigación, dicha información se obtiene por medio de un grupo de personas miembros de una comunidad religiosa, que de manera voluntaria han accedido a responder una entrevista.

Instrumento

El instrumento por utilizar será la entrevista, donde se realizarán preguntas sistemáticas sobre información, actitudes o conductas a los sujetos elegidos para esta investigación, es decir, a miembros de determinada comunidad religiosa. Es necesario añadir que las categorías elegidas para la entrevista, dan cuenta de las representaciones sociales que pueden tener estas personas.

El cual se observa en el guion preparado (**Anexo 1**).

Procedimiento

El problema tratado dentro de esta investigación es, *las representaciones sociales que tienen los creyentes de una comunidad religiosa de la ciudad de Cali a cerca de la salud mental*. Dentro del desarrollo de esta investigación se ejecutó una revisión de literatura con base a la cual se realizaron los antecedentes. Posterior a esto, se desarrolló todo el marco teórico, conceptual y contextual. Como siguiente paso, en busca de obtener resultados que respaldaran la investigación, se realizó la construcción de un instrumento que facilitara la recolección de datos útiles para análisis y permitiera llegar a los resultados, dicho procedimiento se describe a continuación.

- El instrumento realizado es una entrevista semiestructurada, que se construyó a partir de las tres categorías de la teoría de la representación social, información, actitud y campo de representación. Las preguntas elaboradas se fueron modificando a partir de los pilotajes realizados, dado que, dichos pilotajes permitían saber si la respuesta que arrojaba cada pregunta era consecuente a las necesidades de la investigación.
- El instrumento fue aplicado a cinco personas, tres hombres y dos mujeres, entre los 18 y los 50 años de edad.
- Las entrevistas fueron grabadas en formato de audio y transcritas una a una por medio de una inteligencia artificial.
- La organización de los resultados se llevó a cabo utilizando como herramienta una rejilla de registro, en donde se plasmó cada respuesta, respuesta significativa e interpretación, donde a partir del desglosamiento de cada respuesta e interpretación permitió desarrollar el análisis de los resultados obtenidos.

- La discusión se realizó haciendo una relación entre la interpretación y el análisis de los resultados obtenidos, con los diferentes aportes teóricos recopilados, tanto de los antecedentes, como de diferentes búsquedas realizadas a lo largo de la investigación.
- Las conclusiones se derivan no solamente de los resultados obtenidos en el instrumento, sino también, de los antecedentes, el análisis, y la discusión. Estos aspectos de la investigación permitieron destacar puntos clave y recalcar los hallazgos a cerca de este fenómeno.

Aspectos Éticos

Este trabajo de investigación obedece a las normas y principios éticos según el código deontológico y bioético del ejercicio de la profesión de psicología, la Ley 1090 del 2006.

En especial al capítulo 16 del Código Ético Del psicólogo en Colombia, el cual, por orden numérico de artículos dicta de la siguiente manera:

- 1) “El psicólogo al planear y llevar a cabo investigación científica con participantes humanos o no humanos, debe basarse en los principios éticos de respeto y dignidad, y resguardar el bienestar y los derechos de los participantes”.
- 2) “Las leyes y los códigos éticos deben respetarse. En último término el investigador es el juez definitivo de su propia conducta. La responsabilidad recae siempre sobre el investigador”.
- 3) “Es preciso ser honestos. Esto incluye describir los hallazgos científicos tal como se encontraron. Evitar el fraude, la descripción sesgada de los hallazgos y ocultar información científica que contradiga los resultados”.
- 4) “Hay que reconocer la fuente y el origen de las ideas. Se toman de otros investigadores, de estudiantes y/o de colegas y se debe reconocer dicho origen. No se

- debe proclamar prioridad sobre una idea científica que no le pertenece al investigador. A los coautores, colaboradores y asistentes se les debe dar el debido reconocimiento”.
- 5) “El plagio y la copia de resultados científicos se deben evitar a toda costa”.
 - 6) “Al trabajar con participantes humanos, es necesario que ellos estén informados del propósito de la investigación. Se debe respetar su privacidad. Los participantes tienen derecho a ser protegidos de daño físico y psicológico y a ser tratados con respeto y dignidad”.
 - 7) “El participante humano puede elegir si participa o no en la investigación o si se retira en cualquier momento, sin recibir ninguna consecuencia negativa por negarse a participar o por retirarse de la investigación”.
 - 8) “El participante humano tiene derecho al anonimato cuando se reporten los resultados y a que se protejan los registros obtenidos”.
 - 9) ” El consentimiento informado deben firmarlo los participantes en la investigación. Se les debe decir en qué consiste la investigación, porqué se les seleccionó para participar en ella, cuánto tiempo y esfuerzo requerirá su participación. Se les especificará claramente que su participación es completamente voluntaria, que pueden negarse a participar o retirarse de la investigación en cualquier momento sin recibir castigo alguno. Especificar si se va a filmar, grabar o si se les va a observar indirectamente (por ejemplo, a través de una ventana con visión unidireccional)”.
 - 10) “En el caso de niños pequeños o de personas con limitaciones severas, el consentimiento informado lo firmará el representante legal del participante”.
 - 11) “Un comité de ética debe evaluar los proyectos de investigación científica que puedan implicar riesgo para los participantes”

- 12) “Es preciso evitar en lo posible el uso del engaño. Éste sólo se usará cuando se cumplan estas tres condiciones: (1) que el problema a investigar sea importante, (2) que sólo pueda investigarse utilizando el engaño, y (3) que se garantice que al terminar la investigación se va a brindar a los participantes la información correcta sobre las variables utilizadas y los objetivos de la investigación”.
- 13) “Al trabajar con sujetos no humanos (animales) se debe garantizar su bienestar. Se debe minimizar el dolor, el trauma, los riesgos de infección, el malestar de los animales, los métodos aversivos. Usar anestesia y analgésicos para tratamientos experimentales que los requieran. A los animales se les debe tratar en la mejor forma posible y con el máximo respeto y consideración”.
- 14) “Los datos originales (protocolos de investigación) se deben conservar por lo menos durante dos años”.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados de las entrevistas realizadas y los análisis cualitativos sobre la información, actitud y campo de representación que tiene determinada comunidad religiosa de la ciudad de Cali en relación con la salud mental. Estos hallazgos no solo tienen importancia académica, sino que también pueden tener implicaciones prácticas para la promoción de la salud mental y la reducción del estigma en entornos religiosos y en la sociedad en general.

La población participante fue categorizada en el siguiente cuadro:

Tabla 1.

Caracterización sociodemográfica de población participante

Sigla participante	Genero	Edad	Estado Civil	Nivel de escolaridad
MA	Masculino	50 años	Casado	Magister
LA	Masculino	18 años	Soltero	Bachiller
MD	Masculino	20 años	Soltero	Pregrado
SL	Femenino	29 años	Casada	Pregrado
HI	Femenino	37 años	Casada	Bachiller

Fuente: Elaboración propia

Los resultados de la entrevista fueron organizados en la rejilla que se verá a continuación, con el fin de simplificar la comprensión de las respuestas y las posibles interpretaciones que se pueden extraer de ellas. Este enfoque estructurado permitió analizar y visualizar de manera más práctica la esencia de la información recopilada, identificar similitudes o diferencias en sus opiniones, resaltar puntos clave y destacar temas emergentes, además de facilitar la realización de la discusión.

Tabla 2.

Conglomerado respuestas “información” pregunta uno

Información			
1) ¿Qué entiende usted por salud mental?			
Sujeto	Respuesta	Respuesta significativa	Interpretación
MA	<i>“Considero que la salud mental tiene que ver con esa estabilidad que está relacionada con mis emociones. De hecho, tiene que ver con mi pasado, presente y futuro. Entonces, hay cosas que me pudieron haber afectado en el pasado, y hoy están afectando mi salud mental. Y el anhelo también por el futuro, puede llegar a afectar, considero que también tiene que ver con hechos en la vida o circunstancias del presente”</i>	El participante considera que la salud mental está relacionada con las emociones y la manera en la que la persona se relaciona con el tiempo, es decir, pasado, presente y futuro.	En esta respuesta se ubica los acontecimientos y circunstancias, como los determinantes del estado de salud mental de una persona, dejando de lado los demás factores que en realidad determinan el estado de salud mental de una persona.
LA	<i>“Pues no sé, yo no lo explico muy bien, entiendo que es como está cada persona en su interior dejando a un lado pues lo de los sentimientos o el amor, Sino, ya más bien algo neuronal, algo mental”</i>	El participante atribuye la salud mental a una naturaleza neuronal y mental, separada del amor y los sentimientos.	Encontramos un conocimiento muy superficial, en donde se afirma una separación entre las emociones y el funcionamiento cerebral.
MD	<i>“Es una rama de la salud, nadie puede estar completamente saludable si no tiene una buena salud mental. Es como, la salud es el cuerpo y la salud mental es como un brazo, una pierna, entonces vos no puedes estar completo si no tienes una de tus extremidades, por lo tanto, es algo importante”</i>	El participante asegura que la salud mental es una rama de la salud en general, y que es necesario que tanto salud física, como mental estén en óptimas condiciones para poder estar bien.	A pesar de arrojar una buena definición de salud mental, se aprecia como el participante lo expresa como algo ajeno y lejano.
SL	<i>“Bueno, no sé si la definiría bien, pero la salud mental es todo lo que tiene que ver con nuestras emociones, también tiene que ver con todo lo que son traumas, apegos, no sé. No sabría cómo definirla bien, pero creo que es eso”</i>	El participante considera que la salud mental tiene que ver con las emociones, traumas, apegos y diferentes aspectos de orden afectivo.	Se aprecia un conocimiento básico y explícitamente relacionado con un componente afectivo.

HI	<i>“Bueno, yo entiendo por salud mental todo lo que acarrea que una persona tenga algún trastorno o problema mental”</i>	El participante relaciona la salud mental con los problemas mentales y trastornos.	Debido al desconocimiento se cree que la salud mental tiene que ver únicamente con problemas y trastornos mentales.
-----------	--	--	---

Estas respuestas son realmente importantes, pues dan cuenta del conocimiento que tiene cada participante a cerca de un pilar conceptual de esta investigación, el cual es la salud mental.

Frente a esto, se puede observar un conocimiento muy básico y superficial, además de estar marcado por la separación de diferentes componentes de la salud mental, como lo son las emociones, lo orgánico y lo socio afectivo.

Tabla 3.

Conglomerado respuestas “información” pregunta dos

Información			
2) ¿Qué sabes de la ansiedad?			
Sujeto	Respuesta	Respuesta significativa	Interpretación
MA	<i>“La ansiedad tiene que ver con el futuro, con lo que va a suceder mañana”</i>	El participante relaciona la ansiedad a los acontecimientos futuros.	En esta respuesta se puede apreciar como un concepto superficial se convierte en la definición de algo mucho más amplio debido a un posible voz a voz.
LA	<i>“Que es el miedo al futuro, a lo que pueda suceder en un futuro, ya sea algo bueno o algo malo”</i>	El participante relaciona la ansiedad a los acontecimientos futuros.	Nuevamente se puede observar cómo se reproduce un concepto básico y superficial y a la vez un poco erróneo, a cerca de la ansiedad.
MD	<i>“Muy poco, la verdad, Hay algo que ha hecho mucho daño y son las redes sociales, se comparte mucha información falsa y la gente se auto diagnóstica con ansiedad cuando no la tiene. Eso me da como vaina porque hay gente que de verdad está sufriendo por ansiedad, me parece que el no saber lleva a que uno use</i>	El participante menciona la desinformación que se genera en redes sociales alrededor de la salud mental, donde muchas personas terminan atribuyéndose a sí mismas algún problema de salud mental, y recalca lo perjudicial que esto resulta para las personas que	El mencionar el desconocimiento o el conocimiento erróneo que se imparte en la actualidad es muy importante, esta respuesta permite ver la empatía hacia las personas que realmente sufren de ansiedad, y a pesar de que

	<i>palabras que no debería. Considero que hay mucho por aprender, pero no solo yo, sino en general. De lo poco que se, podría decir que la ansiedad, aunque es un problema mental, se expresa también externamente, entonces hay personas que se les nota que están como inquietas, se mueven, van, vienen. No sé mucho la verdad, no sé ni las causas, ni la prevención, ni tratamientos.”</i>	realmente poseen un diagnóstico. Por otro lado, cree que la ansiedad se refleja en lo físico como inquietud.	existe un saber superficial, se reconoce y se reflexiona en la necesidad de aprender.
SL	<i>“Mucho, porque tengo un familiar que tiene ansiedad. No sabría cómo definirlo con las palabras correctas, pero creo que es una condición un tanto difícil y que no es fácil de entender para una persona que nunca ha tenido ansiedad y que tiene, digamos, su mente de otra forma. No es fácil de entender, y menos en nuestra cultura, no solo en nuestra cultura cristiana, sino en nuestra cultura latinoamericana, vivimos en Colombia, y aquí no es fácil de entender todo lo que tiene que ver con la salud mental”</i>	El participante cuenta con una experiencia cercana de ansiedad, por lo que concluye que es una situación complicada para la persona que la padece, y difícil de entender para las personas a su alrededor que no poseen el mismo diagnóstico.	Esta respuesta muestra la diferencia entre un conocimiento ajeno y un saber experiencial, pues más allá de un concepto, se conocen los síntomas y el impacto de que la ansiedad genera en una persona. Además de que existe un pensamiento reflexivo en cuanto a la representación de ansiedad dentro de nuestra cultura.
HI	<i>“Muy poco, no la sé definir bien, pero me supongo que es algo que la gente como que lo altera en sí. hay cosas o palabras o preocupaciones que le pasan a la gente y eso le puede causar un desespero”</i>	El participante define la ansiedad como algo que altera y desespera a las personas que la experimentan.	El conocimiento se enfoca en uno de los síntomas, y demuestra un saber muy superficial y básico.

En estas respuestas se puede apreciar que más allá del desconocimiento existe una desinformación, donde se atribuye un concepto errado a la ansiedad y se transmite de voz a voz, hasta convertirse en un saber popular, por ejemplo, el decir que la ansiedad es un exceso de futuro. Por otro lado, también es importante resaltar la diferencia notoria entre los participantes que conocen el concepto y aquellos que conocen de los síntomas, o han vivido experiencias personales o cercanas.

Tabla 4.

Conglomerado respuestas “información” pregunta tres

Información			
3) ¿Qué ha escuchado hablar de la depresión?			
Sujeto	Respuesta	Respuesta significativa	Interpretación
MA	<i>“La depresión muchas veces se da por circunstancias, cambios. Por ejemplo, una persona pierde el empleo y puede caer en esa situación de depresión. Sobre todo, por pérdidas familiares, pérdidas económicas, Por la autoestima, cuando una persona baja su autoestima por alguna situación, lo hace entrar en ese estado de depresión”</i>	El participante considera que las situaciones difíciles que experimentan las personas son la causa de la depresión.	Dentro de esta respuesta se contemplan causas de la depresión de orden circunstancial, sin embargo, se ignoran todas las demás posibles causas, además de que la postura del participante es totalmente ajena, como si esto pudiese sucederles a otras personas y no a él.
LA	<i>“Que es una enfermedad que a veces les da a algunas personas por falta de alguna vaina en el cuerpo, una sustancia química, Pero también he escuchado que es una tristeza muy profunda en la persona Y que lo hace a veces hasta quererse suicidar, cosas así”</i>	El participante refiere que la depresión es una enfermedad causada por una deficiencia química en el organismo, y que además produce mucha tristeza e ideaciones suicidas.	Dentro de esta respuesta se puede observar un vocabulario que demuestra un desconocimiento, y aunque se menciona la causa orgánica de la depresión, y algunos síntomas, su mención se hace de manera muy ajena y lejana.
MD	<i>“La depresión también es algo que se da en torno a la salud mental Y pues es como un estado de profunda tristeza, del cual la persona siente incapacidad de salir. No sabe qué hacer, entonces simplemente se rinde Y aunque quiere estar mejor, porque yo pienso que a nadie le gusta estar triste, no puede. Cuando estás en depresión es algo que requiere tratamiento porque ya vos con tus propias fuerzas no puedes, entonces es importante tratarlo”</i>	El participante presenta la depresión como un problema de salud mental que genera tristeza profunda, y requiere ayuda profesional o tratamiento, pues es incapacitante y severo.	Se menciona la necesidad de buscar ayuda profesional, pues se reconoce que la enfermedad es incapacitante, por lo cual, se deduce que este participante no invalida la depresión como enfermedad.
SL	<i>“Pues he escuchado los síntomas, que son síntomas de depresión, y en este momento, que estoy viviendo mi tiempo de posparto, he escuchado mucho hablar de la depresión posparto, que me parece algo horrible, pero muy real y que pasa muy frecuentemente. La mayoría de</i>	El participante menciona que temas como la depresión y la depresión postparto son temas que continuamente son invalidados e ignorados, a pesar de ser problemas complejos y profundos.	En este caso se visibiliza la depresión postparto, que afecta a una gran cantidad de mujeres, y tal como menciona la participante, es altamente invisibilizada al igual que cualquier otro tipo de depresión.

	<i>gente, tenga en nuestra misma creencia o no, no tiene idea de esto. Y cree que eso no es importante, dicen que eso no es real, que eso es bobada, por decirlo así”</i>		
HI	<i>“La depresión, pues tenemos casos también en la iglesia que uno se da cuenta de hermanas que lo sufren y ellas le cuentan a uno de que es como una vida muy agobiante, es como un mundo oscuro, algo a lo que no le encuentran salida y por más que se les dé un buen consejo, que vayan a terapia no encuentran la salida, siempre están como tristes”</i>	El participante trae a colación casos cercanos dentro de su comunidad, e identifica los síntomas como sufrimiento, tristeza y demás complicaciones a las que las personas no encuentran salida, aun después de recibir ayuda.	Reconoce algunos síntomas y la complejidad de la depresión, también se muestra con empatía o disposición de apoyar ante la situación, sin embargo, nuevamente se evidencia como algo que no pudiese sucederle a ella misma.

En relación a la depresión, las respuestas son variadas, unas se enfocan en los síntomas, otras en las causas, incluso algunas en las soluciones. Sin embargo, se aprecia una latente ajenezidad de los participantes respecto a llegar a padecer depresión o experimentar síntomas depresivos, lo cual puede llevar a la reflexión respecto a la distancia entre conocer, validar y experimentar el problema de salud mental planteado.

Tabla 5.

Conglomerado respuestas “información” pregunta cuatro

Información			
4) Cuando escucha la expresión “ataque de pánico” ¿Qué piensa?			
Sujeto	Respuesta	Respuesta significativa	Interpretación
MA	<i>“Pienso que es una reacción a una situación que se presenta. Entonces, tembló y esa joven entró en un ataque de pánico sin saber qué hacer y tomó una decisión inmediata y trágica”</i>	El participante identifica el ataque de pánico como la reacción inmediata frente una situación que aparece.	Dentro del concepto de ataque de pánico, solo se contempla la reacción o decisión de una persona, pero se desconocen la cantidad de síntomas que este genera.
LA	<i>“Que en ese momento le está dando un ataque de ansiedad, algo así, no sé, quiere irse de ese lugar a estar tranquilo en algún otro lugar”</i>	El participante relaciona el ataque de pánico con un ataque de ansiedad, y deseos de huir del sitio en el que se encuentra.	En esta respuesta se desconocen los síntomas, sin embargo, se resalta un aspecto común dentro de un ataque de pánico que es el deseo de huir.

MD	<i>“Bueno, ataque de pánico es algo inesperado, algo que no se planea y que te priva tus sentidos. Es como una sobre estimulación de los sentidos, por lo que vos no piensas bien, no actúas bien. Y esto se da por el miedo, de pronto por lo inesperado, por cambios en el entorno Y la persona en estos momentos busca como esconderse, refugiarse”</i>	El participante describe el ataque de pánico como algo inesperado, que altera los sentidos, motivo por el cual disminuye la capacidad de pensamientos y decisión.	Dentro de esta respuesta encontramos un conocimiento más amplio de lo que produce un ataque de pánico, aunque se sigue presentando como algo ajeno que les sucede a otras personas, se hace una correcta mención de varios síntomas del mismo.
SL	<i>“Bueno, yo sé que es un ataque de pánico por mi relación con un familiar, y me parece horrible también, sé los síntomas, y podría reconocer a una persona que esté teniendo un ataque de pánico, podría reconocerlo. Yo sé que la persona puede sentir falta de aire, puede temblar, también puede que no esté su mente como muy clara, o sea se nubla su mente y hace cosas que no tiene idea, siente mucho miedo, pero no está pasando nada y siente esa necesidad de huir o de escapar, el cuerpo se pone alerta, se puede poner frío, bueno, todo eso”</i>	El participante puede reconocer cuando sucede un ataque de pánico por los síntomas, debido a su experiencia familiar, además recalca la necesidad que siente la persona de huir o escapar.	Dentro de esta respuesta se puede evidenciar la diferencia entre un conocimiento y un saber experiencial, se podría decir que, ante una experiencia personal o cercana, el conocimiento es mucho más profundo que ante un concepto que se percibe como ajeno.
HI	<i>“Pues un ataque de pánico es que uno está, pero bien asustado. Para mí ese es un ataque de pánico, es estar muy, muy, muy asustado”</i>	El participante atribuye el ataque de pánico a un sentimiento de miedo intenso.	Se podría pensar que en realidad esta apreciación se emite al relacionar la palabra pánico con un miedo intenso, pero, probablemente no se tenga en realidad un concepto claro de ataque de pánico.

Para entender el concepto de ataque de pánico se deben contemplar varios aspectos como, entender que significa un ataque de pánico, los síntomas, el desencadenante, los factores de riesgo, entre otros. sin embargo, las respuestas de los participantes solo dan cuenta de algunos de los síntomas que este genera, y se deja de lado todos los demás aspectos a considerar. Además, se evidencia una gran diferencia entre un conocimiento teórico o popular, y un conocimiento adquirido tras una experiencia personal o cercana.

Tabla 6.

Conglomerado respuestas "Actitud" pregunta uno

Actitud			
1) ¿Qué piensa usted de los creyentes que presentan problemas de salud mental?			
Sujeto	Respuesta	Respuesta significativa	Interpretación
MA	<i>"Bueno, yo considero que el ser creyente no me exime de ser un ser humano. Y como un ser humano me enfermo, como un ser humano pierdo mi empleo y como un ser humano puedo tener algún problema de salud mental, es normal"</i>	El participante considera que un cristiano puede padecer de problemas de salud mental y esto no lo hace anormal, pues ser cristiano no significa dejar de ser un ser humano.	Existe un reconocimiento del cristiano como ser humano, lo cual lleva a la aceptación de la vulnerabilidad del mismo, Y ante esta vulnerabilidad se puede estar expuesto a diferentes aspectos, entre esos, sufrir de complicaciones de salud mental.
LA	<i>"Pues eso depende porque hay muchos cristianos que tienen problemas mentales Y sí son diagnosticados, ¿cierto? Y son problemas normales médicos, Pero hay otras personas que realmente no son problemas mentales, Sino que son más como influencias espirituales malignas, como la influencia de la depresión en muchos casos no es una enfermedad, Sino una influencia del enemigo"</i>	El participante asegura que a diferencia de los creyentes que son clínicamente diagnosticados con problemas de salud mental, los creyentes que presentan síntomas sin un diagnóstico están bajo la influencia del diablo.	El mensaje de esta respuesta justifica a los creyentes con un diagnóstico de salud mental, y atribuye una influencia maligna a todos los creyentes que padecen algún problema de salud mental y no poseen un diagnóstico.
MD	<i>"Que son igual que cualquier otra persona, antes de uno ser cristiano es persona, entonces es normal, los problemas de salud mental, al igual que los problemas de salud física muchas veces no tienen nada que ver con la fe, ni con el nivel espiritual de la persona, sino que son situaciones que se presentan. También aquí hay una situación, de que hay muchas soluciones en la vida. Supongamos que a mí me duele la cabeza, yo tengo varias soluciones, puedo dormir, puedo ponerme un paño con agua fría en la cabeza, puedo tomarme una pasta, y esas son soluciones cotidianas. Pero hay una"</i>	El participante recalca que un cristiano también es un ser humano, y dentro de esa humanidad es totalmente normal encontrar diferentes padecimientos y/o problemas de salud mental.	Nuevamente, se reconoce al cristiano como un ser humano que está expuesto a diferentes cosas como cualquier otra persona, entre esas, tener un problema de salud mental, sin embargo, parece ser que se espera que ese creyente confíe la solución de su problema de salud mental a sus prácticas cristianas.

	<p><i>solución cristiana, la solución cristiana sería orar. Entonces, para los problemas de salud mental hay soluciones, Pero también hay una solución cristiana, entonces yo pienso que ahí es donde las personas centran el conflicto. Es decir, no es que un creyente no pueda tener problemas de salud mental, Sino que se espera que el creyente también confíe en que hay una solución cristiana para ese problema al igual que para todo en la vida”</i></p>		
SL	<p><i>“Pues, normal, son personas, todas las personas pueden presentar problemas de salud mental. Además, al vivir en esta sociedad en la que nosotros vivimos, muy probablemente muchas personas tengan problemas de salud mental. Por la crianza, porque la verdad, en nuestra cultura se reprimen mucho las emociones, y eso puede estallar en problemas de ansiedad, pánico, bueno, todo eso. Pero pues, ¿qué pienso yo? Normal, que tienen que buscar ayuda psicológica y también pueden apoyarse en Dios para sobrellevar toda la situación.”</i></p>	<p>El participante recalca que los cristianos son personas y dentro de esa naturaleza pueden llegar a presentar problemas de salud mental, además de mencionar que necesitan buscar ayuda psicológica y espiritual.</p>	<p>Algo muy importante que se resalta en esta respuesta es la recurrencia de los problemas de salud mental en nuestra sociedad, debido a múltiples factores, además, se menciona una dualidad, donde psicología y espiritualidad se pueden llevar de la mano para buscar una mejoría.</p>
HI	<p><i>“Bueno, en ese caso, un pensamiento propio, puede ser que tengan traumas de niños, cosas que les pasaron como abusos, la violencia, pues eso ya con el tiempo se puede desarrollar en un problema mental. Pero también uno entiende que estamos en un mundo espiritual y también se puede estar bajo un ataque del enemigo. Entonces no todo puede ser un trauma, no todo puede ser una consecuencia de lo que me pasó en la infancia. También puedo estar bajo ataque del enemigo, del diablo”</i></p>	<p>El participante atribuye la causa de los problemas de salud mental de los creyentes a traumas del pasado, a diferencia de los creyentes que presentan problemas de salud mental sin y una aparente causa, por lo que otorga estos casos a influencias malignas.</p>	<p>Esta respuesta puede llevar a pensar que mientras no exista una causa aparente o notoria, los problemas de salud mental en creyentes se van atribuir a influencias malignas.</p>

Dentro de este conjunto de respuestas se pueden apreciar diferentes posturas, se podría decir que ninguna de estas rechaza a los creyentes que presentan problemas de salud mental, sin embargo, si existe una clasificación y unas expectativas respecto a ellos. En estas respuestas se puede evidenciar que hay un reconocimiento repetitivo de los creyentes como seres humanos, por tanto, una aceptación de que están expuestos a presentar problemas de salud mental, sin embargo, ciertos casos son tomados como influencias malignas, debido a su falta de diagnóstico o causa aparente. Por otro lado, se puede ver como se espera que estos creyentes tengan en cuenta en su creencia al momento de abordar, sobrellevar o solucionar su problema de salud mental.

Tabla 7.

Conglomerado respuestas “Actitud” pregunta dos

Actitud			
2) ¿En una escala del 1 al 10, cómo califica usted su salud mental? ¿Por qué?			
Sujeto	Respuesta	Respuesta significativa	Interpretación
MA	<i>“10 ¿Sabes? Hace poco me estaba preguntando eso, conscientemente, porque esa es otra cosa, es mi apreciación. No me encuentro en depresión, en ansiedad, en esa angustia por el mañana, no tengo como esos vacíos que necesitaría llenar. Pienso que de hecho tengo una buena perspectiva del mañana y cuando regreso al pasado no tengo como cosas pendientes del pasado”</i>	El participante refiere un autoanálisis reciente, y manifiesta no tener nada pendiente con el pasado, ni preocuparse por el futuro, por lo que califica su salud mental con 10.	
LA	<i>“9 porque a veces pues sí llega la ansiedad, a veces pues también llegan los momentos tristeza, donde uno a veces ni quiere salir o que uno siente que está perseguido por muchas personas. Muy poco, pero sí se ha presentado, entonces por eso no daría un 10, daría un 9”</i>	El participante se califica con 9 como resultado de presentar algunos periodos cortos de tristeza y preocupación.	
MD	<i>“Yo la verdad me analizo mucho Y sé reconocer los signos de alerta, entonces cuando me estreso, cuando</i>	El participante menciona que tiene capacidades para detectar y actuar sobre sus emociones, sin embargo,	

	<i>estoy mal, cosas así, se detectarlo a tiempo y poder trabajar en ello. ¿por qué no me doy diez entonces? porque a veces sí me sobrecargo mucho, Y eso no es bueno”</i>	se califica con 9 debido a periodos de estrés y sobrecargo de trabajo.	
SL	<i>“No sabría decirte. Porque recientemente creo que he descubierto que tengo un problema, sin embargo, no me considero tan mal en la salud mental. Sería que, ¿siete? Digamos que siete”</i>	El participante ha descubierto algunas situaciones a trabajar en relación a su salud mental, por lo que se califica con 7.	
HI	<i>“9 porque la verdad nunca he tenido como una experiencia así personal, sí he estado muy cerca de personas con problemas de salud mental y eso como que me influencia a mí, pero no, yo no sé decir es que hoy tengo depresión, que hoy tengo un ataque de ansiedad. No, no, no sé qué es eso, gracias a Dios”</i>	El participante refiere que nunca ha experimentado depresión ni ansiedad, por lo que se califica con 9.	

Respecto a esta pregunta, los participantes coincidieron en su mayoría, pues todos asignaron a su salud mental una calificación alta del 1 al 10, es decir que 4 de 5 participantes se consideran en muy buenas condiciones de salud mental, y el participante restante reconoce que su salud mental esta algo inestable debido a un acontecimiento, lo cual nos da a entender que mejorara. Aunque los participantes aceptan no tener una salud mental completamente buena debido a diferentes situaciones de estrés, y ocupaciones del día al día, ninguno refleja síntomas o señales marcadas de un problema de salud mental.

Tabla 8.

Conglomerado respuestas “Actitud” pregunta tres

Actitud			
3) ¿Cree que pertenecer a su comunidad religiosa mejora o empeora su salud mental?			
Sujeto	Respuesta	Respuesta significativa	Interpretación
MA	<i>“En mi caso, la mejora, es mi estilo de vida y mi trabajo”</i>	El participante indica que pertenecer a su comunidad religiosa mejora su salud mental.	Se podría interpretar que dicha comunidad religiosa representa todo para su vida, por tanto, claramente su salud

			mental va a estar muy influenciada por la misma.
LA	<i>“Mejora bastante muchas veces, por ejemplo, la depresión comienza es como una tristeza normal, entonces muchas veces cuando uno se ha sentido así, hay alguien que Dios le coloque el sentir de que vaya y le dé un consejo o cosas así, o que le dé ánimos. Entonces la iglesia cumple un rol fundamental Como de apoyo y de compañía”</i>	El participante considera que estar en comunidad, recibir consejos, apoyo y compañía cumple un papel fundamental en la mejoría de la salud mental.	Se menciona que el apoyo y compañía que brinda la comunidad religiosa puede ser muy positivo para la salud mental.
MD	<i>“Pertener a una comunidad en sí mejora tu salud mental, porque el ser humano es un ser sociable, por lo que, es importante la sociedad en la que uno está, porque vos puedes estar en una sociedad, pero que esa sociedad sea de puros ladrones o una banda de crimen organizado, eso nunca va a mejorar tu salud mental. En este caso, en una comunidad religiosa Y en la que yo estoy particularmente, ha sido de ayuda para muchas personas. Hay jóvenes que tienen todos sus amigos aquí, si esta iglesia no existiera, si mañana cerraran la iglesia y todos se desaparecieran hay gente que queda en el limbo, pues técnicamente han construido su vida aquí, si el sentido de su vida está en servir, aquí encuentran un canal para ese servicio, por lo que yo pienso que, si ayuda mucho, a mí por lo menos me ayuda mucho, he conocido muchas personas, he vivido muchas etapas de mi vida aquí, entonces pienso que me ayuda, si me ayuda bastante”</i>	El participante resalta que las personas son seres sociales, por lo que vivir y estar en comunidad ayuda mucho al bienestar de las mismas, sin embargo, esto también depende del tipo de comunidad, pues algunas en lugar de ayudar, pueden ser perjudiciales. En el caso puntual de su comunidad religiosa, menciona que si mejora la salud mental.	En esta respuesta se ubica la comunidad religiosa como un espacio donde el ser humano puede suplir sus necesidades sociales, además se afirma que, al ser una comunidad de buenas costumbres, resulta en una mejoría de la salud mental de las personas.
SL	<i>“Sí porque es una sociedad que te apoya, si bien hay mucha gente que no tiene idea y que de pronto son personas que no conocen acerca de la salud mental ni nada, estar en esa comunidad sí mejora mucho, porque son personas que igual te apoyan,</i>	El participante menciona que su comunidad religiosa es una red de apoyo ante diferentes situaciones que viven las personas, por lo que considera que pertenecer a dicha	Se presenta la comunidad religiosa como una red de apoyo, y compañía, sin importar el hecho de que las personas pertenecientes a dicha comunidad no entiendan mucho los

	<i>que si estás enfermo no te van a dejar solo, que si estás pasando una situación difícil, tanto los líderes como la comunidad te apoyan. Aparte en esa red de apoyo también hay amigos. Entonces sí mejora mucho porque estamos viviendo en comunidad”</i>	comunidad si mejora la salud mental.	problemas de salud mental, a pesar de esto, se piensa que siempre se va a mostrar el apoyo.
HI	<i>“Mejora la salud mental y no solamente la salud mental, uno a veces llega al culto agobiado por alguna situación, sea económica, sea emocional, por algo que le sucedió en el día. Inmediatamente empieza el culto y se empieza a cantar. Uno empieza a sentirse diferente, entonces no es algo que uno no lo haya vivido. Entonces yo puedo decir que por supuesto mejora muchísimo la salud mental”</i>	El participante refiere que pertenecer a su comunidad religiosa si mejora la salud, además de mejorar también otros aspectos de la vida.	Dentro de esta respuesta, no solo se afirma que pertenecer a determinada comunidad religiosa mejora la salud mental, sino que, mejora y transforma muchas sensaciones y sentimientos en las personas.

El común denominador de estas respuestas afirma que pertenecer a una comunidad religiosa mejora la salud mental, esto debido a que representa una gran red de apoyo, donde las personas se ayudan y acompañan mutuamente, lo cual responde a la necesidad de los seres humanos de vivir en sociedad y mantener un constante intercambio con la misma.

Tabla 9.

Conglomerado respuestas “Actitud” pregunta cuatro

Actitud			
4) ¿Siente que su credo mejora o empeora su salud mental?			
Sujeto	Respuesta	Respuesta significativa	Interpretación
MA	<i>“En mi caso, la mejora, ¿Por qué en mi caso? Porque muchas personas pueden ser afectadas por la manera en que creen. Entonces una persona puede afectar su salud mental porque hizo algo que no debía y piensa que hay un Dios que tiene un mazo, que tiene un garrote que va a</i>	El participante expone los diferentes efectos que resultan de tener un credo, pues algunas personas mejoran en su salud mental y otras pueden incluso llegar a empeorarla, dicho resultado depende de la forma de creer de	En esta respuesta se contempla la ambivalencia que puede tener una creencia en las personas, pues puede resultar muy positivo para algunas, y tener un resultado totalmente opuesto para otras.

	<i>destruirlo, entonces eso puede afectar su salud mental. Pero en mi caso, la mejora”</i>	cada persona, sin embargo, dentro de su caso personal, la mejora.	
LA	<i>“Mejora, volviendo al tema de la depresión, porque es el que ahorita está pues más famoso Y muchas veces como le decía uno siente tristeza, pero realmente Dios siempre ha sido consolador de uno. Entonces cuando uno se ha sentido triste Dios ha estado ahí consolándolo Y cuando uno ha tenido ansiedad Dios ha estado ahí diciéndole que pues va a estar ayudándolo cualquiera que sea la situación. La creencia que yo tengo me da seguridad de que Sea bueno el futuro, sea malo o sea la situación que sea para mí, Dios me va a ayudar”</i>	El participante refiere que en su creencia se encuentra consuelo, ayuda y tranquilidad, ante todas las situaciones y todos los tiempos, por lo que, en su opinión, su creencia mejora la salud mental en un gran porcentaje.	En este caso, el participante manifiesta que dentro de su creencia se encuentra consuelo, y tranquilidad. Y refiere que en casos de depresión y ansiedad la seguridad y la esperanza provienen de dicha creencia, por lo que da por hecho que su creencia si mejora la salud mental.
MD	<i>“Para mí lo mejora. Sin embargo, es importante saber en qué cree uno, Porque hay creencias e iglesias que sí hacen daño a la gente. por lo que yo creo que, si una creencia o congregación no le ayuda a alguien en la salud mental, esa persona debe salir y buscar otro lugar u otra creencia”</i>	El participante menciona que en su caso personal mejora su salud mental, también menciona que el hecho de que una creencia mejore o empeore la salud mental depende de la forma de creer.	Nuevamente se evidencia la ambivalencia que puede representar una creencia, además, parece ser que el resultado o efecto de la misma, depende del creyente y su forma de creer.
SL	<i>“Personalmente la mejora mucho, porque yo creo que muchos problemas de salud mental tienen que ver con reprimir las emociones. No emociones fuera de lo normal, emociones normales, las que sentimos a diario, estrés, ira, tristeza. Cuando nosotros reprimimos eso todos los días, eso puede desencadenar en un problema, yo creo que, por medio de la oración, todas esas emociones se drenan, porque ahí uno habla. Habla y habla y habla y cuenta todo y eso le sirve a uno mucho para uno estar bien”</i>	El participante ubica la oración como un medio de comunicación de su creencia, por el cual se drenan muchas emociones, y considera que esto mejora la salud mental.	Se presentar la oración como una forma de canalizar las emociones que pueden estar generando complicaciones de salud mental, ubicando la expresión como un punto fundamental para gestionar la represión de dichas emociones. Por lo que se concluye que la creencia y las prácticas relacionada a ella, mejoran la salud mental.
HI	<i>“Mejora muchísimo dependiendo de quien lo haga con un conocimiento, porque hay gente que también tiene como un concepto diferente de lo</i>	El participante resalta la importancia de la forma de creer, pues dependiendo de esto, la	La ambivalencia que puede acarrear el tener una creencia se sigue evidenciando, en esta ocasión se menciona que el

	<p><i>que es una relación con Dios. Entonces depende desde el punto de vista que uno lo haga también. Porque pues si uno asiste a la iglesia y uno es consciente de que uno va porque ama a Dios por lo que Dios hizo por uno, pues entonces uno allí ya es como esa conexión, pero hay gente que va porque va sin conocimiento. Entonces de acuerdo al conocimiento que uno tenga de Dios”</i></p>	<p>creencia mejorara o no, la salud mental.</p>	<p>conocimiento que tenga una persona al creer, es un determinante para que mejore o empeore su salud mental.</p>
--	---	---	---

Todas las respuestas recopiladas, dan cuenta de las diferentes posturas que pueden tener las personas frente a un mismo fenómeno o suceso de la vida. En este caso, se evidencia como una creencia puede llegar a ocupar el papel de mejorar o empeorar la salud mental, dicho papel parece ser determinado por cada creyente, esto como resultado del conocimiento que tenga cada uno de su creencia y la forma en que decida vivirla y experimentarla. Cabe resaltar que, al atribuir la responsabilidad al creyente, se exime a la creencia en esencia de tener cartas en cuanto a mejorar o empeorar la salud mental, sin embargo, se podría decir que en las respuestas se asume de forma automática que la creencia en sí, mejora la salud mental.

Campo De Representación

Ilustración 1.



El campo de representación de la teoría de las RS, consta de un núcleo central y una periferia, siendo el núcleo central el que contiene las ideas más estables y repetitivas de esta representación, a diferencia de, la periferia que incluye detalles y matices mucho más flexibles, que pueden cambiar de persona a persona por el tiempo o en función del contexto. En el núcleo del campo de representación de esta investigación, se encuentran el ser humano, los traumas, la influencia maligna y el diagnóstico. Este núcleo trata de explicar que un creyente también es un ser humano que puede padecer problemas de salud mental, por lo que, en relación a dicho problema de salud mental se conocerán unas causas, como traumas o complicaciones orgánicas, las cuales llevarán a un diagnóstico, de no ser así, lo más probable es que se trate de una

influencia maligna. Por otro lado, la periferia trata de complementar las palabras del núcleo central, además de agregar ciertos detalle y matices a cada una de ellas. Por ejemplo, la depresión y ansiedad, que son los problemas de salud mental más frecuentes dentro de la comunidad, esta misma comunidad se convierte en una red de apoyo que ayuda y acompaña a quienes padecen de dichas complicaciones, también, se encuentran algunos síntomas referidos, como el miedo y desespero.

Discusión

Esta investigación tuvo como propósito identificar las representaciones sociales que tienen los miembros de una comunidad religiosa de la ciudad de Cali respecto a la salud mental, con el fin de dar cuenta de la estigmatización de la salud mental dentro de esta comunidad. La teoría elegida para cumplir con dicho propósito fue la teoría de las representaciones sociales, por medio de esta, se obtuvieron resultados útiles, que, al ser relacionados y contrastados con los estudios y teorías anteriormente encontradas, arrojaron unos hallazgos interesantes que se discutirán a continuación.

La teoría de las representaciones sociales está compuesta de tres categorías, las cuales son información, actitud, y campo de representación. Estas categorías permitieron obtener resultados específicos a cerca de la forma en que los creyentes organizan, interpretan y comprenden la información respecto a la salud mental dentro de su comunidad, y al mismo tiempo, de las actitudes o posiciones que ellos adoptan frente a este tema. Cabe recalcar que las representaciones sociales están fuertemente influenciadas por el contexto social en el que se construyen, en este caso, dependen mucho del sistema de creencias y la fe que profesan las personas entrevistadas.

Frente a la categoría de información, los hallazgos obtenidos de los resultados, fueron organizados en una división de tres saberes o conocimientos, la idea de esquematizar esta información recolectada, surge con el fin de poder abordarla en discusión con mayor practicidad. Los tres saberes encontrados son: el saber popular, saber superficial, y saber experiencial, los cuales serán tratados a continuación.

Según Rodríguez (2008) el saber popular se gesta en algo destacado como la sociedad del conocimiento, actualmente, la sociedad está viviendo un periodo de saturación de la información

debido a las nuevas tecnologías, dicha saturación, lejos de ser beneficiosa, está alejando a las personas de un saber profundo, profesional y académico.

Este aspecto se evidenció de manera significativa en los resultados obtenidos en la entrevista aplicada, ya que los participantes respondían a las interrogantes según lo que habían escuchado, visto o leído de otras personas o en fuentes de información informales. Lo que quiere decir que para algunos participantes el concepto de salud mental, ansiedad, depresión y ataque de pánico, son fundamentados en posturas personales, que no emplean un sistema de validación para sostenerse, pues se encuentran basadas en lo transmitido popularmente, que, aunque parezca tener un sentido común, continuamente terminan siendo interpretaciones falsas o a medias de otros saberes científicos más complejos.

Esto permite observar que, la percepción de la salud mental en esta comunidad se moldea no solo por sus creencias religiosas, sino también por la información y la cultura popular que les rodea, pues esta comunidad, al igual que cualquier otra, está inmersa en la sociedad del conocimiento y se ve afectada por la saturación de información.

Otro aspecto a destacar a cerca de los resultados, es el saber superficial, tal como lo menciona la editorial Etecé (2021) es un tipo de conocimiento no especializado que carece de herramientas para ir más allá de lo que salta a la vista. Este conocimiento comparte diversos aspectos con el saber popular, pues ambos parten de un saber científico y complejo, se simplifican y se van desvaneciendo en interpretaciones medias o falsas. En este caso, el conocimiento y comprensión de los aspectos indagados, se mostró limitado, básico y general, ya que no fueron comentados detalles ni aspectos más profundos de los conceptos. En el caso de la salud mental, esto puede llevar a malentendidos sobre las condiciones, los síntomas, los tratamientos y los enfoques terapéuticos. La falta de conocimiento especializado puede contribuir a la estigmatización y al

reforzamiento de estereotipos negativos. En última instancia, se podría decir que el saber superficial representa un obstáculo importante en la percepción de la salud mental en la comunidad religiosa de Cali, abordar este desafío requiere educación profunda, el combate de estereotipos y prejuicios, y la promoción de un diálogo abierto y respetuoso, existe la posibilidad de que la superación del saber superficial ayude a lograr una comprensión más profunda y precisa de la salud mental para reducir la estigmatización en la comunidad.

A diferencia de los dos saberes previamente mencionados, el saber experiencial plasmado en los resultados, hizo posible observar un poco más de profundidad en las respuestas a las indagaciones. Espinar, M., & Viguera, A. (2020) se refieren al conocimiento experiencial como el que se obtiene a través de la experiencia personal directa o cercana, basado en las vivencias, acciones, e interacciones experimentadas.

Los hallazgos revelan que aquellos participantes que han tenido una participación activa, han observado directamente o han tenido experiencias personales cercanas con problemas de salud mental, poseen un conocimiento significativamente más profundo y diverso en comparación con aquellos cuyo conocimiento es principalmente conceptual. Aquellos que han estado en contacto directo con situaciones de salud mental, ya sea a través de sus propias experiencias o a través de la observación de seres queridos, tienden a poseer una comprensión más rica y matizada de los desafíos y complejidades asociados con la salud mental. Una implicación clave de este hallazgo es que el conocimiento experiencial podría desempeñar un papel crucial en la reducción de la estigmatización y en la promoción de una comprensión más compasiva de la salud mental dentro de la comunidad religiosa.

Al reunir los tres saberes, se puede decir que el saber popular y superficial están influenciados por información informal, carecen de profundidad y validez, lo que a menudo conduce a

interpretaciones erróneas de los conceptos relacionados con la salud mental. En contraste, el saber experiencial, basado en la experiencia personal directa o cercana, ofrece un conocimiento más profundo y diverso. No obstante, existe un común denominador entre los tres tipos de conocimiento mencionados, y tiene relación con un *conocimiento impropio o ajeno*.

Este término ha sido denominado de tal manera dentro de esta investigación, con el fin de destacar la distancia o la falta de familiaridad que tienen los participantes con los conceptos de salud mental y demás aspectos relacionados, esto indica que los participantes no están completamente inmersos en estos conceptos y pueden carecer de una comprensión profunda o personal de los mismos, este hallazgo se resalta, debido a la distancia con la que hablan y se expresan en las entrevistas realizadas respecto a los problemas de salud mental y la salud mental en general. Como si este fenómeno fuese algo totalmente ajeno a ellos, esta falta de familiaridad con los conceptos de salud mental podría estar relacionada con la negación de la vulnerabilidad propia “El concepto de vulnerabilidad no es algo evidente para la bioética.

Se aplica el concepto a la condición existencial de individuos y grupos poblacionales en determinadas circunstancias de desamparo” (Morais, T. & Monteiro, P. 2017, P. 313). Esta posibilidad se considera puesto que, las personas a menudo tienen dificultades para reconocer su propia vulnerabilidad en términos de salud mental, ya que puede ser percibida como una debilidad tanto humana, como de fe.

De los resultados obtenidos dentro de la categoría de actitud se pueden derivar varios aspectos. En primer lugar, mencionar que pertenecer a una comunidad religiosa o profesar una creencia, puede desempeñar un papel protector en cuanto a sufrir o presentar complicaciones de salud

mental, o, por el contrario, generar o intensificar dichas complicaciones, esto dependiendo de diversos factores, incluyendo la comunidad religiosa, la religión en sí misma y la forma en que cada individuo vive su fe. Esto no es solamente un hallazgo de esta investigación, sino que, hace parte de una línea de investigaciones previas que han explorado la relación entre religión y salud mental.

Con relación a lo mencionado, se encontró una alta conexión en los hallazgos de este estudio, con lo encontrado en los antecedentes, en donde la mayoría de estudios, tales como Relación de la religión con la ideación suicida, el plan suicida, el intento de suicidio y la muerte por suicidio: un metaanálisis, escrito por Poorolajal et al. (2021) manifiestan que la religión y la creencia pueden actuar en el orden del beneficio, pero también del conflicto, en la vida de las personas. Particularmente Este estudio respalda la idea de que la religión y la creencia pueden tener un doble papel en la vida de las personas.

Pueden actuar como un factor beneficioso, proporcionando apoyo social, sentido de comunidad, consuelo espiritual y una base moral, que puede ayudar a proteger contra problemas de salud mental. Sin embargo, también pueden ser una fuente de conflicto, especialmente si la religión se interpreta de manera rígida o si existe un conflicto entre las creencias religiosas y la identidad personal de alguien. En resumen, la religión y la creencia pueden desempeñar un papel importante en la salud mental de las personas, pero este papel puede ser tanto positivo como negativo, y es necesario considerar una variedad de factores contextuales para comprender completamente su impacto en la salud mental de los individuos.

En segundo lugar, la entrevista diseñada para esta investigación permitió evidenciar que, todos los participantes recalcaron que, en su caso personal, su creencia y su comunidad mejoran su salud mental. Lo anteriormente mencionado, en consecuencia, a lo manifestado por Rodríguez

(2011) permite ultimar que, a pesar de que se califique la religión o creencia como ambivalente, parece ser que el beneficio psíquico de la religiosidad o creencia es notablemente más alto que las consecuencias perjudiciales de la misma. Es importante destacar que, aunque existen casos en los que la religión puede tener efectos negativos en la salud mental, como se mencionó anteriormente, esta investigación parece apuntar a una tendencia general en la que las creencias religiosas y la participación en una comunidad religiosa contribuyen de manera positiva al bienestar psicológico de las personas.

Respecto a lo mencionado, es esencial recordar que las experiencias individuales pueden variar considerablemente, lo que funciona positivamente para un individuo en términos de su religión y su comunidad puede no ser el caso para otro, la percepción de los beneficios psicológicos de la religión puede depender en gran medida de la interpretación personal de la fe y de cómo la comunidad religiosa influye en la vida de cada persona. Este hallazgo puede ser valioso para comprender mejor cómo las creencias religiosas y la participación en comunidades religiosas pueden servir como recursos de apoyo para la salud mental de muchas personas, sin embargo, es importante seguir investigando para comprender las complejidades de esta relación y cómo se manifiesta en diferentes contextos culturales y religiosos.

En tercer y último lugar, se pudo determinar que, a pesar de que la religión o creencia represente un beneficio notable en la salud mental de las personas, se siguen presentando una serie de etiquetas, señalamientos y estereotipos (conscientes o no conscientes) de parte de los creyentes que no padecen problemas de salud mental hacia aquellos que, a diferencia de ellos, presentan tales problemas. Este factor responde al concepto de estigma destacado por García (2015) donde se manifiesta que un estigma es un atributo desacreditador en el entorno de las relaciones sociales, pues el individuo posee una característica que le hace diferente al resto y que

reiterativamente lo convierte en blanco de desaprobación, a pesar de que este no se encuentre cometiendo una falta social, ética o moral. El argumento anteriormente planteado pone en evidencia aquellas respuestas en donde se señala a los creyentes que no tienen una causa aparente, como un trauma, o un diagnóstico médico que respalde el hecho de padecer un problema de salud mental, como personas influenciadas por el maligno.

Este tipo de estigmatización puede ser perjudicial para las personas que ya están lidiando con problemas de salud mental, ya que puede aumentar su aislamiento social, su sufrimiento emocional y dificultar su búsqueda de apoyo. Además, el estigma en el contexto religioso puede llevar a la ocultación de los problemas de salud mental por temor al juicio de la comunidad religiosa, lo que a su vez puede retrasar el acceso a la ayuda y el tratamiento necesario. Para abordar este problema, es esencial fomentar la comprensión y la empatía en las comunidades religiosas y educar sobre la naturaleza de los problemas de salud mental.

En cuanto a los resultados obtenidos en la categoría del campo de representación, se puede decir que, las percepciones sobre los problemas de salud mental en creyentes están fuertemente relacionadas con lo que se percibe como las causas que han generado esos problemas de salud mental. En este contexto religioso, se destaca la creencia de que influencias malignas pueden tener un fuerte impacto en la vida de los creyentes y son consideradas como la causa de las afecciones de salud mental, siempre y cuando no exista un diagnóstico médico o una razón de peso que justifique el problema.

Esto tiene relación con lo manifestado por García (2015) en muchos pueblos antiguos, incluso a medida que los conocimientos avanzaban, la práctica médica seguía estando fuertemente influenciada por elementos mágicos y religiosos, por ejemplo, en el caso de los asirios, se observaba una tendencia a atribuir las enfermedades al mecanismo de la posesión, es decir, se

creía que entidades espirituales malignas ingresaban al cuerpo de las personas, lo que se utilizaba para explicar las enfermedades. Parece ser que estas ideas no han quedado en el pasado, y se siguen presentando en la actualidad.

El concepto de campo de representación se refiere a estructuras cognitivas que ayudan a las personas a organizar y dar sentido a la información de una manera visual, conceptual o simbólica, en este caso, el campo de representación está determinado por las creencias religiosas y espirituales de los participantes, lo que influye en cómo interpretan y representan los problemas de salud mental en su contexto religioso. Es importante reconocer la diversidad de creencias y puntos de vista dentro de las comunidades religiosas y respetar la autonomía de cada individuo para interpretar su fe y su salud mental de la manera que mejor les funcione, también es fundamental que los profesionales de la salud mental tengan en cuenta estas creencias al brindar apoyo y tratamiento a personas que puedan integrar sus creencias religiosas en su comprensión de la salud mental.

Conclusiones

Dentro de esta investigación sobre las representaciones sociales de la salud mental en una comunidad religiosa de la ciudad de Cali, se encontraron resultados significativos a cerca de la estigmatización de la salud mental en este contexto particular. Los hallazgos y análisis basados en la teoría de las representaciones sociales revelan que las creencias y actitudes de los miembros de esta comunidad están profundamente influenciadas por su contexto social y religioso. El marco teórico fue una base muy útil para deslumbrar una idea de lo que se podría encontrar en los resultados, y así, poder escoger la teoría indicada para el trabajo, sin embargo, en su mayoría eran investigaciones que respondían a necesidades de otros lugares del mundo, por lo que en algunos aspectos no fue productivo en exceso.

A lo largo del proceso de esta investigación, se compiló información, se analizaron datos y se obtuvieron resultados, que permitieron avanzar en la dirección de comprender el problema de investigación planteado. La información obtenida posee matices frescos y relevantes, puesto que no existen muchos estudios que planteen el tema en Latinoamérica. En cuanto al abordaje de una posible solución, es necesario reiterar la psicoeducación, que fue la propuesta planteada inicialmente, como la respuesta probablemente más indicada para trabajar sobre este fenómeno que se presenta dentro de las comunidades religiosas en relación a la salud mental.

Es cierto que, en un estudio de investigación, el diseño metodológico y los instrumentos de recopilación de datos son componentes cruciales, sin embargo, al momento de utilizarlos y aplicarlos, pueden surgir obstáculos que dificulten una implementación efectiva de los mismos. En el caso de esta investigación, a pesar de que se utilizó la teoría de las representaciones sociales para construir el instrumento adecuado, los pilotajes arrojaban respuestas cerradas, que no estaban facilitando el obtener los resultados esperados. Al identificar el problema, se empezó

a trabajar en un entrenamiento de la habilidad de ser un buen entrevistador, el resultado fue notorio en cuanto las respuestas empezaron a ser más extensas y significativas.

Respecto a la medida en que los resultados y hallazgos de esta investigación puedan ser aplicados a una población más amplia, o ser considerados representativos de situaciones similares en otras áreas geográficas o contexto religiosos. es necesario evaluar la amplitud de las generalizaciones, puesto que, la muestra estudiada es acorde a la investigación realizada, y resulto funcional a la hora de arrojar los resultados necesarios, sin embargo, en proporción a investigaciones más avanzadas, esta muestra puede resultar pequeña e ineficiente. En cuanto al contexto, se hace necesario recalcar que, independientes de cual sea su doctrina, los contextos religiosos comparten muchos aspectos y factores dentro de su sistema de creencia, por lo que es posible que el nivel de generalización en cuanto a esto pueda ser más amplio.

Dentro de la investigación no se hallaron resultados inesperados, por el contrario, los resultados se encargaron de cumplir cada una de las tentativas que se tenían pensadas desde la construcción de los antecedentes. Este trabajo de investigación, puede llegar a ser útil para la comunidad universitaria, pues contiene un material amplio y valioso respecto a la relación estigma, salud mental y religión. Por último, es necesario enfatizar en la gran oportunidad que ha proporcionado esta investigación para ejercitar la habilidad de investigar. Hacer investigación no es sencillo, requiere mucho esfuerzo, paciencia y dedicación, habilidades que también se trabajaron por medio de esta investigación, y que seguramente serán de mucho beneficio personal a futuro.

Recomendaciones

Con base en los resultados de la investigación sobre la estigmatización de la salud mental en una comunidad religiosa de la ciudad de Cali, se derivan varias recomendaciones que podrían ser beneficiosas para abordar la estigmatización y promover una mayor comprensión de la salud mental dentro de esta comunidad religiosa. Debido a la presencia de saberes populares y superficiales en la comunidad, se hace recomendación iniciar un proceso de educación y concientización, esto se puede hacer a través de programas educativos que proporcionen información basada en la evidencia teórica sobre la salud mental, estos programas podrían ayudar a aclarar conceptos erróneos y estereotipos comunes relacionados con la salud mental. Además de esto, se sugiere involucrar a los miembros de la comunidad religiosa que han tenido experiencias personales directas o cercanas con problemas de salud mental, ya que estos poseen un conocimiento más profundo y sería de beneficio aprovechar su perspectiva única y su capacidad para brindar ejemplos y testimonios significativos.

Es importante mantener una investigación continua de la percepción de la salud mental en la comunidad, esto podría ser útil para evaluar el impacto de las intervenciones y programas implementados, con el fin de ajustar las estrategias en función de las necesidades cambiantes de la comunidad. En caso tal de que implementar programas educativos no sea posible, se plantea la idea de iniciar fomentando el diálogo abierto sobre la salud mental dentro de la comunidad, donde los miembros puedan compartir sus preocupaciones, preguntas y experiencias relacionadas con la salud mental en un entorno de apoyo y respeto. Debido a que la comunidad religiosa se caracteriza por su contexto religioso y de fe, se sugiere abordar la estigmatización de la salud mental de una manera que sea sensible y respetuosa hacia sus creencias y valores religiosos.

Referencias

ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma. Ministerio de Salud y Protección Social.

Araya, S. (2002). Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).

Banchs, M. (1986). Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo. *Revista costarricense de psicología* (89). 27-40.

Beltrán, W. (2011). Descripción cuantitativa de la pluralización religiosa en Colombia. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Cook, C. (2020). Mental health in the kingdom of God. *Universidad de Durham, Reino Unido*, 123 (3), DOI: 10.1177/0040571X20910700.

Editorial Etecé. (2021). Conocimiento Vulgar. Concepto. <https://concepto.de/conocimiento-vulgar>

Equipo Editorial. (2022). *Protestantismo*. Concepto. <https://concepto.de/protestantismo/>

Espinar, M., & Viguera, A. (2020). El aprendizaje experiencial y su impacto en la educación actual. *Revista Cubana de Educación Superior*, 39(3).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142020000300012

Fonseca, O. L. V. (2003). Investigación cualitativa, como propuesta metodológica para el abordaje de investigaciones de terapia ocupacional en comunidad. *Umbral Científico*.

García Peña, Lilia Leticia. (2015). "Normales" y estigmatizados: los símbolos de la estigmatización social en Juan Rulfo. *Espiral (Guadalajara)*, 22(64), 41-66.

- García, J. E. (2015). El pensamiento precientífico sobre la salud y la enfermedad. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 337 - 349.
- Hsin, L., Kleinman, A., LINK, B., Phelan, J., Lee, S., GOOD, B. (2007). Cultura y estigma: la experiencia moral.
- Imaginario, A. (2021). Qué es la Religión
- Jalal, P., Mahmoud, G., Fatemeh G., Nahid, D. (2021). Relación de la religión con la ideación suicida, el plan suicida, el intento de suicidio y la muerte por suicidio: un metaanálisis. *Revista de Investigación en Ciencias de la Salud*.
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici, S. *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona-Buenos Aires-México: Paidós.
- Lévano, A. C. S. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78.
- Marková, I. (1996). En busca de las dimensiones epistemológicas de las representaciones sociales. En Páez, D., Blanco A. *La teoría sociocultural y la psicología social actual*. Madrid, España: Aprendizaje.
- Marquésa, A., Ihlé, A., Sousa, A., Peralta, M., Gaspar, M. (2021). Intervenciones basadas en la religión para la depresión: una revisión sistemática y un metaanálisis de estudios experimentales. *Revista de trastornos afectivos*.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 2.

- Morais, T. & Monteiro, P. (2017). Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética. *Revista Bioética*, 25(2), 311–319.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Argentina: Huemul S.A.
- Ólov, A. (2022). Efectos diferenciales de la religiosidad en los problemas de salud mental de los adolescentes nativos e inmigrantes en Suecia: un estudio longitudinal de tres olas. *Salud mental y prevención*.
- Pagán, O., González, J. (2018). Estableciendo Hechos y Mitos Acerca de los Factores Religiosos Concernientes a la Salud Mental: Una Examinación Crítica. *Revista Griot*, 11 (1).
- Peña, N., Matos, L., Sobrino, L. (2021). Relación entre espiritualidad, religiosidad, creencias y actitudes de búsqueda de ayuda psicológica. *Repositorio Institucional*.
- Quiceno, J., Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *_Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia_*, 5 (2). 1794-9998.
- Rodríguez, E. (2016). Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *Persona y Bioética*, 20 (2). 0123-3122.
- Rodríguez, M. (2011). ¿Es la espiritualidad una fuente de salud mental o de psicopatología? *Revista psiquiatría*.
- Rodríguez, P. (Ed.). (2008). *Saber y poder popular (Número 8)*. *Revista de filosofía y socio política de la educación*.

Salvador Leavitt-Alcántara, John Betz, Daniel Medeiros Almeida, Brycen Ferrara, Yingying Xu, Elizabeth Diop, Olivia Hamilton, Chris Young y Judith R. Ragsdale (2023) Religiosidad y lucha religiosa y espiritual y su asociación con la depresión y la ansiedad entre adolescentes admitidos en unidades psiquiátricas para pacientes hospitalizados, *Journal of Health Care Chaplaincy*.

Sara Ghannam y Kevin M. Gorey (2023) Religiosidad islámica y bienestar subjetivo en Occidente: evidencia metaanalítica de protecciones a través de diversas diásporas musulmanas, *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*.

Simkin H. (2017). La salud mental en la psicología de la religión y de la espiritualidad. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, 2 (2), 169-204. DOI: 10.32351/rca.v2.2.33.

Sumidero, H., Pieter, K., Hanneke, S., Brian, O., Reinout, W. (2002). Sin su terapeuta: oración contemplativa durante el tratamiento como una intervención de exposición religiosa para reducir la lucha religiosa y la representación ansiosa de Dios. *Estudios de casos clínicos*.

Szałachowski, R. R., & Tuszyńska-Bogucka, W. (2023). “Faith is not enough?” ego-resiliency and religiosity as coping resources with pandemic Stress—Mediation study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.

Vera, P., Urzúa, A., Beyle, C., Contreras D., Lillo, S., Oyarzo, F., Posada, A. (2017). Relación entre optimismo y salud bajo la influencia de las creencias religiosas en dos muestras latinoamericanas. Relationship between optimism and health under the influence of religious beliefs in two Latin American population samples. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49 (3).

Villarroel, Gladys E. (2007). Las representaciones sociales: una nueva relación entre el individuo y la sociedad. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 17 (49), pp. 434-454. 0798-3069.

Wu, A., Wang, J. Y. y Jia, C. X. (2015). Religión y suicidio completado: un meta-análisis. *PloS uno*.

Anexos

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO - PARTICIPANTE ADULTO

Soy Sara Liney Sánchez Buitrago, estudiante de la Facultad de Psicología de la Universidad de Antonio Nariño identificada con código 20251918200. Actualmente estoy realizando un trabajo de investigación como parte de mi trabajo de grado para titulación profesional, bajo la supervisión del asesor Jorge Eduardo Moncayo.

Considerando sus características sociodemográficas, usted ha sido seleccionado como posible participante en este proceso de investigación. Si usted accede a participar se le solicitará un espacio de 30 a 40 minutos para realizarle una entrevista de manera personal que será grabada en formato de audio. Además, se compromete a proporcionar toda la información solicitada de forma honesta. Si usted tiene dudas podrá hacer preguntas en cualquier momento de este proceso de investigación. Igualmente, si siente alguna incomodidad durante su participación, puede informarlo al investigador para recibir orientación o retirarse, sin que ello lo perjudique de ninguna forma.

La información recolectada durante esta investigación será anónima y se usará solo con fines académicos e investigativos.

Yo, _____, luego de haber leído y entendido el contenido de este documento, acepto de manera voluntaria participar en la investigación.

Cali, ____ de _____ del 2023

Firma del participante

Firma del investigador responsable

Anexo 2. INSTRUMENTO ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

En síntesis, conocer o establecer una representación social implica determinar qué se sabe (información), qué se cree, cómo se interpreta (campo de la representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud). Estas tres dimensiones, halladas por Moscovici, forman un conjunto de las exigencias propias del análisis conceptual.

Preguntas sociodemográficas

Nombre

Edad

Género

Nivel de escolaridad

Ocupación

Estado civil

Preguntas de contexto

¿Te consideras comprometido con tus enseñanzas religiosas?

¿Eres un representante de tu institución religiosa?

¿Sientes que ser religioso y espiritual es diferente? ¿Por qué?

¿En porcentaje, a qué nivel te consideras una persona religiosa?

¿En porcentaje, a qué nivel te consideras una persona espiritual?

¿Cuántas veces por semana asistes a servicios o ceremonias religiosas en tu lugar de culto?

¿Cuánto tiempo ha pasado desde que visitaste tu lugar actual de culto?

¿Crees que hay un lugar para las personas después de la muerte, que han hecho buenas obras (cielo) y para los que han hecho mal (infierno)?

¿Crees que irás al cielo?

¿Con qué frecuencia recurres a tu comunidad religiosa para que te ayude a resolver los problemas de tu vida?

¿Con qué frecuencia recurres a tu credo para que te ayude a resolver los problemas de tu vida?

Preguntas Información

¿Qué entiende usted por salud mental?

¿Qué sabes de la ansiedad?

¿Qué ha escuchado hablar de la depresión?

Cuando escucha la expresión “ataque de pánico” ¿Qué piensa?

Preguntas actitud

¿Qué piensa usted de los creyentes que presentan problemas de salud mental?

¿En una escala del 1 al 10, cómo califica usted su salud mental? ¿Por qué?

¿Cree que pertenecer a su comunidad religiosa mejora o empeora su salud mental?

¿Siente que su credo mejora o empeora su salud mental?