



Investigaciones Andina

ISSN: 0124-8146

investigaciones@funandi.edu.co

Fundación Universitaria del Área Andina
Colombia

Hoyos Soto, Valentina; López Mahecha, Jorge Mario; Tabima García, Diomedes
Imaginarios sobre enfermedad mental de la población general que asiste a los grupos de
apoyo en salud mental, Pereira-Colombia 2013
Investigaciones Andina, vol. 17, núm. 31, septiembre, 2015, pp. 1313-1326
Fundación Universitaria del Área Andina
Pereira, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239040814004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Imaginarios sobre enfermedad mental de la población general que asiste a los grupos de apoyo en salud mental, Pereira-Colombia 2013

Valentina Hoyos Soto*; Jorge Mario López Mahecha**;
Diomedes Tabima García***

Resumen

Introducción: los imaginarios son construcciones mentales subjetivas/personales; pertenecen a los seres humanos, constituyen su manera de ver y entender el mundo y pueden ser explorados durante foros de Grupos de Autoayuda en Salud Mental (GAASM). Este trabajo tiene como objetivo describir los imaginarios sobre enfermedad mental, en participantes de GAASM, Pereira-2013.

Métodos: estudio cualitativo basado en Teoría Fundada; análisis comparativo mediante observación participante en dos debates dirigidos: muestreo teórico e interrogatorio sistemático. A la codificación abierta, le siguió la codificación axial, resaltando los códigos más sobresalientes y contrastándolos con la literatura.

Resultados: en la codificación abierta, se encontraron las categorías: Médicos-Inquietudes-Barreras; la codificación axial por medio de triangulación de cotejo arrojó cuatro componentes: *Esperanza-Afrontamiento-Búsqueda-Culpabilidad*.

Conclusiones: es necesario generar estrategias que potencien la renovación continua de la esperanza y la persistencia de la búsqueda y afrontamiento, liberando de culpa y recuperando el autocontrol perdido en el proceso de sanación mental.

Palabras clave

Grupos de Autoayuda; Psiquiatría; Trastornos Mentales; Salud Mental; Imaginación; Teoría Fundada; Colombia

* Médico del programa de medicina, Universidad Tecnológica de Pereira, Código Postal 66003. Médico Servicio Social Obligatorio E.S.E. Hospital Municipal San Francisco de Asís, Elías, Huila, código postal 417001

** Médico del programa de medicina, Universidad Tecnológica de Pereira, código postal 66003

*** Médico y Cirujano, Máster en Educación, Encargado Convenio Docencia Servicio Hospital Universitario San Jorge - Universidad Tecnológica de Pereira
Código Postal 66003

Imaginerias about mental disease in a general population attending to the self-help groups in mental health, Pereira-Colombia 2013

Abstract

Introduction: the imaginary are subjective/personal mental constructions belonging to all human and correspond to their way of seeing and understanding the world. These may be explored during the Self-Help Groups in Mental Health (SHGMH) forums. The paper aims to describe the imaginary about mental illness among the participants to the SHGMH, Pereira-2013.

Methods: this is a qualitative study based on Grounded Theory, with comparative analysis by participant observation in two headed debates, theoretical sampling and systematic interrogation. The open coding was followed by axial coding, highlighting the most outstanding codes and contrasting them with the literature.

Results: in open coding, the next categories were found: Doctors-Queries-Barriers; axial coding through comparative triangulation, showed four components: Hope-Coping-Search-Guilt.

Conclusions: it is necessary to develop strategies that promote the continuous renewal of hope and persistence search and coping, releasing guilt and promoting the self-control lost in the process of mental healing.

Key words

Self-help Groups; Psychiatry; Mental Disorders; Mental Health; Imagination; Grounded Theory; Colombia

Imaginários sobre doenças mentais da população geral que frequenta grupos de autoajuda em saúde mental, Pereira-Colombia 2013

Resumo

Introdução: os imaginários são construções mentais subjetivas/pessoais, pertencem a tudo ser humano y correspondem a sua maneira de ver e entender o mundo. Estes podem ser explorados durante fóruns dos Grupos de Autoajuda em Saúde Mental (GAASM). Este artigo tem como objetivo descrever os imaginários sobre doença mental dos participantes dos GAASM em Pereira-2013.

Métodos: estudo qualitativo baseado na Teoria Fundamentada, com análise comparativa por meio de observação participante em dois debates dirigidos, amostragem teórico e interrogatório sistemático. À codificação aberta, seguiu a codificação axial, com destaque dos elementos mais marcantes e contrastando-os com a literatura.

Resultados: na codificação aberta, foram encontradas as categorias: *Médicos-Inquietações-Barreiras*; a codificação axial através de triangulação de agrupamento rendeu quatro componentes: *Esperança-Afrontamento-Busca-Culpa*.

Conclusões: é necessário criar estratégias que promovam a renovação contínua

Palavras Chave

Grupos de Autoajuda; Psiquiatria; Transtornos Mentais; Saúde Mental; Imaginação; Teoria Fundamentada; Colômbia

Introducción

Los Grupos de Autoayuda en Salud Mental (GAASM), también llamados Grupos de Apoyo o Grupos Sociales Terapéuticos, para pacientes con patología psiquiátrica, son colectividades de sujetos voluntarios que tienen por objeto crear un espacio en el cual se planteen inquietudes y se analicen y remuevan creencias populares, permitiendo solicitar y realizar asesoría psiquiátrica fuera de la consulta médica, para generar espacios y compartir experiencias afines (1). Entre los más representativos se encuentran los adscritos a la ASODEP (Asociación Colombiana contra la Depresión y el Pánico) (2) y a la ACB (Asociación Colombiana de Bipolares) (3).

En Pereira existen tres GAASM dirigidos por un médico psiquiatra infantil, quien ha integrado las labores del posgrado en psiquiatría de la Universidad Tecnológica de Pereira, en Colombia, con la participación en los GAASM. El primero de estos grupos, identificado con el nombre de P.A.N.D.A. (Grupo de Apoyo para Padres, Profesores, Adolescentes y Niños con Defecto de Atención), cuenta 15 años de recorrido desde su fundación. En su mayoría se trata de maestros de escuela y padres de familia que se enfrentan diariamente a la difícil tarea de lidiar con niños y adolescentes hiperactivos y poco atentos. El segundo grupo nombrado G.A.T.A. (Grupo de Apoyo a los Trastornos Ansioso Depresivos), es el grupo más antiguo, con 18 años de existencia. Asisten a él, en su mayoría, los pacientes y no sus redes de apoyo, por lo cual los temas a discutir, a pesar de ser similares, toman fuerza desde la

autopercepción del paciente. El tercer grupo es llamado A.B.C. (Asociación Bipolar Cafetera); dada la alta ocurrencia de TAB (Trastorno Afectivo Bipolar) en el Eje Cafetero (4), se esperaría que se tratara del grupo más numeroso, sin embargo, cuenta con 2 años desde su fundación y tiene pocos miembros activos.

Los GAASM son abiertos y no permiten hacer un seguimiento periódico al paciente, pero posibilitan el acercamiento grupal y la búsqueda de soluciones partiendo del arte de la escucha. Las actividades realizadas en su interior afianzan los lazos de comunicación y mejoran la relación psiquiatra-pacientered de apoyo, la adherencia al tratamiento y la comprensión y aceptación de la enfermedad, según lo expresan los propios asistentes.

Los GAASM, aunque están en constante crecimiento, no han sido foco de estudio de la investigación cualitativa en salud mental, ya que las investigaciones realizadas dentro de los mismos son en su mayoría de tipo epidemiológico, estrictamente cuantitativo (5); sucede lo contrario con las ciencias sociales, que abordan la temática desde variadas aristas (6,7). Así pues, la manera como las redes de apoyo y los pacientes entienden la salud mental a través de su cotidianidad, debería ser explorada de manera responsable y respetuosa, dado el profundo aporte que significa para la comprensión del ser, la posibilidad de un acercamiento sincero del trabajador de la salud a la comunidad y el rechazo del estigma de la exclusión social que aqueja al paciente psiquiátrico. Estas interpretaciones alternativas de la realidad, pueden ser denominadas

imaginarios, esto es, construcciones mentales subjetivas y personales, que pertenecen a todos los seres humanos (8) un trabajo cualitativo, “type”: “article-journal”, “volume”: “19”}, “uris”: [“http://www.mendeley.com/documents/? uuid=000947cd-59ab-47e1-a9c9-a40f34bf4a8e”] }], “mendeley”: {“formattedCitation”: “(8 y constituyen su manera de ver y entender el mundo.

El objetivo del actual trabajo es describir los imaginarios más frecuentes e influyentes en la población que asiste a los GAASM, determinando su importancia y estableciendo las diferentes realidades verbalizadas mediante las potencialidades de la teoría fundada; considerando el actual ejercicio cualitativo, parte fundamental de la práctica médica por su capacidad de evocar emociones y su poder revelador y auto reflexivo (9). Dicho ejercicio en mención, no se ha efectuado como tal en enfermedad mental con la suficiente amplitud, pues ha pertenecido tradicionalmente a la sociología, sin embargo, existen también estudios en sociología médica basados en la Teoría Fundada como método de aproximación investigativa (10) que abordan, por ejemplo, temáticas como las representaciones sociales de la ‘vida buena’ en jóvenes de Medellín (Colombia) y sus implicaciones para el abordaje de la Salud Mental desde un enfoque de Salud Pública (10).

En Colombia, esta metodología no ha sido de la más empleada en investigación cualitativa, pese a ello el interés es creciente tanto a nivel nacional como internacional, especialmente en el sector salud (11), pues el reconocimiento

progresivo de la dimensión subjetiva que acompaña a cualquier fenómeno, permite que se considere de la misma manera el carácter subjetivo de la investigación, sin dejar de ser rigurosa y organizada en la toma e interpretación de datos, y generación final de conocimiento (11). También es posible encontrar otros trabajos de interés en la literatura bajo la designación ‘Representaciones Sociales’, término que podría utilizarse de manera indiscriminada e inclusive ser equivalente en ocasiones a la palabra ‘Imaginarios’, con la cual decidimos consignar el actual estudio, pero que para efectos de interpretación y concepción podrían ser, en gran parte de los casos, intercambiables. Se evidencia, por ejemplo, en estudios de representaciones sociales de higiene bucal (12) o inclusive de calidad de vida en pacientes VIH positivos (13), solo por mencionar algunos. Se proponen conjuntamente reflexiones interesantes en materia de autocuidado en salud (14), un concepto que genera culpabilidad en materia de salud mental para los pacientes y los grupos humanos que los acompañan, pues desconocen los procesos fisiopatológicos que acompañan al enfermo mental, y se realizan preguntas de manera permanente, se inquietan alrededor de las conductas que pudieran desencadenar o empeorar las crisis en ellos o en sus seres allegados, ya que la salud como concepto holístico, incluye también las interacciones que se tienen con otros seres humanos y con el entorno (14).

Adicionalmente el afrontamiento (elemento que expresa las capacidades de resiliencia y el estado de salud mental con relación a circunstancias

que obligan al individuo a exponerse a un factor estresante y responder a él bien sea de una manera derrotista o con un afrontamiento positivo) es un hallazgo frecuente y relevante para el procesamiento y análisis de datos cualitativos, cuanto se trata de salud mental, y es una forma indirecta de evaluar otras emociones del proceso investigativo, emociones como la culpa, la esperanza y la búsqueda permanente de la sanación, evidenciados en trabajos realizados en adolescentes cuyos padre tienen diagnósticos oncológicos, concluyendo que sus habilidades de encarar las realidades están directamente relacionados con el estado y la conservación de la salud mental (15); sin embargo, cabe agregar que la mayor parte de estudios motivo de discusión en la literatura, presentan un punto de vista cuantitativo desde variables medibles en cuestionarios u otros instrumentos de medición, pero no desde las realidades verbalizadas, categorizadas y teorizadas de los pacientes.

Materiales y métodos

Con el propósito primario de identificar explicaciones de la conducta humana que se encuentren apoyadas en los datos recolectados y procesados mediante las potencialidades analíticas de la Teoría Fundada, procedentes de los pacientes con patología psiquiátrica y sus redes de apoyo en tres GAASM en Pereira durante el año 2013, se generó una aproximación a las perspectivas y realidades sobre enfermedad mental de los mencionados, haciendo análisis comparativos mediante observación participante en dos foros de los GAASM (A.B.C, G.A.T.A. y P.A.N.D.A), grabando y transcribiendo sus conversaciones a fidelidad en dos

documentos independientes de Microsoft Word v2013.

Se hizo un muestreo teórico determinado por las tendencias en la información suministrada; los participantes se seleccionaron a partir de estos hallazgos más que con base en un diseño previo; se realizó una entrevista sistematizada, a través de preguntas generativas, buscando relacionar los conceptos emergentes.

La información se diagramó por códigos en una matriz condicional en Microsoft Excel v2013, donde se reprodujeron las conductas sociales tal y como ellas ocurren en los foros; se analizó línea por línea para describir las categorías que permitieron agrupar dicha información; cada categoría tuvo un código abierto, luego los códigos abiertos se agruparon por similitud llegando a una categoría núcleo.

Paralelo al proceso de codificación descriptivo se adelantó una tarea de elaboración de notas marginales o 'memos', donde quedaron registradas las impresiones, comprensiones súbitas, sentimientos y conclusiones parciales de los investigadores.

Tras este primer nivel de codificación abierta, se realizó la codificación axial, asegurando que los conceptos permanecieran inmodificables. Dichos conceptos fueron revisados en la literatura para ayudar a generar otras preguntas; las categorías fueron nuevamente revisadas para cumplir con el carácter de exhaustividad en cuanto a la saturación de las mismas. Por último, se sintetizaron las explicaciones teóricas tras realizar comparaciones con

la literatura existente, cumpliéndose así la generación de conocimiento respecto a los imaginarios de pacientes con patología psiquiátrica y sus redes de apoyo.

Consideraciones éticas: se clasifica como una investigación sin riesgo de acuerdo a la Declaración de Helsinki; dado que no hay intervención, solo se hace observación participante, sin interferencia en el desarrollo de los foros. De acuerdo a la legislación colombiana vigente, amparada en la resolución 8430 de 1993 la clasificamos como investigación sin riesgo, dado que no se hace intervención o modificación intencionada de variables psicológicas o sociales de los individuos participantes.

Resultados

En el momento de codificación inicial, surgieron tres categorías axiales como se enuncian a continuación: Médicos, Inquietudes y Barreras, las cuales fueron producto de una lectura juiciosa y repetitiva de la transcripción a fidelidad de los foros realizados, resultado del énfasis que le daban los participantes durante las discusiones grupales; sus intervenciones siempre se generaban en torno al personal de la salud y la manera en la cual ellos entendían la dinámica médico-paciente-red de apoyo, o a las inquietudes y dificultades del diario vivir atribuidas directa o indirectamente a la enfermedad mental propia o de una persona conocida, y por último, la problemática de las barreras de toda índole (sociales, económicas, laborales) generadas por la respectiva condición mental y con las cuales tenían que lidiar

para que sus vidas y las de sus redes de apoyo se desarrollaran de la manera más funcional posible.

Tras realizar la codificación inicial y unir las voces de los investigadores y los participantes en los foros de salud mental, emergen tres categorías axiales que agrupan los imaginarios en salud mental en torno a:

Categoría 1. ‘Médicos’. Dadas las características inherentes al establecimiento de una relación médico-paciente en torno a temas referentes a salud mental, el imaginario genérico de los participantes entiende a este sujeto como un profesional altamente entrenado, pero así mismo, profundamente alejado de sus realidades y preocupaciones, el cual ha sido ‘desensibilizado’ en su ejercicio profesional, con excepción de unos pocos, que entran a hacer parte de sus problemáticas existenciales y sienten el compromiso de ejecutar todo tipo de tareas que propendan por el establecimiento de una buena calidad de vida en sus pacientes.

Las siguientes voces expresan fehacientemente esta categoría:

“Y yo pienso que cuando ustedes estudian medicina les enseñan que cuando los seres queridos se enferman se tiran a la calle y no, los seres queridos se quedan en la casa con uno mismo” (Mujer, 35 años)

“Y cuando llegué a consulta y la doctora me dijo: - ‘¿A qué vienes?’ y yo dije: - ‘No sé qué tengo y vivo con mi esposo de 77 años’ y ella me dijo: - ‘¿Es que se apuntan a los viejos a coger la enfermedad de los viejos!, y entonces: ¿tienes hijos?’ - ‘Sí

tengo’, -‘Entonces que manden euros’, y llega la otra doctora y me dice que saque el viejo de la casa” (Mujer, 65 años)

“Como los médicos siempre ven los muertos ellos pierden la sensibilidad y él no entiende el daño que hace al separar al esposo de ti” (Hombre, 42 años)

“Y el médico me regañó... y luego cuando empecé a hablar mucho sobre mis derechos como paciente me trataron mal, un médico se tornó demasiado agresivo y me dijo: ‘Se para y se va de mi consultorio’” (Mujer, 25 años)

“Lo primero que uno necesita como paciente no es ser amigo del médico tratante, pero si tener empatía.” (Mujer, 25 años)

“Pero si el psiquiatra tiene toda la autoridad, porque ha estudiado muchos años” (Hombre, 30 años)

Categoría 2: ‘Inquietudes’. Los pacientes tienen vivencias estresantes que generan la necesidad de buscar ayuda; el escudriñamiento de oportunidades de tener control emocional a través de la medicación; la probabilidad de caer en una crisis, especialmente si se suspenden los medicamentos. Así mismo una queja constante de incompreensión generalizada tanto de los mismos pacientes como de su entorno, frente a lo que sienten. Las siguientes voces expresan esta categoría:

“Doctor, nosotros vinimos de Villa Santana, somos un grupo de compañeros y padres de familia con muchas dificultades e inquietudes. Con los años las cosas se complican cada vez más” (Grupo de profesores)

“Y lo otro es que la profesora (yo) no tengo ni idea de cómo manejar la situación. Yo debo pasar un informe del primer período pero no puedo hacer ningún reporte. ¿Qué hago con el niño? Lo único que puedo hacer es asistencial. No puedo hacer nada más” (Mujer, 25 años)

“Hemos estado con psicóloga pero yo no sé si es una fobia o si soy una madre inadecuada” (Mujer, 30 años)

“Es para eso que está un grupo de apoyo y que si algo se parece entonces le ayudamos” (Hombre, 35 años)

“Mi nombre es JUANA, en el 2006 fui diagnosticada con trastorno bipolar I, por herencia de mi madre, trato de asistir a estas charlas desde el año pasado, pero no había venido, por otros quehaceres, pero lo voy a seguir haciendo, porque he mejorado mucho; a mi compañera, que no deje los medicamentos; por experiencia propia, porque dejé los medicamentos y casi me muero. Así que no los deje, es muy chévere venir a estas charlas” (Mujer, 30 años)

“Yo boto todo como un perro amarrado y me desahogo con el alcohol y llega esto y yo lo saco todo. 5 días de llorar y temblores, culpabilidad.” (Mujer, 50 años)

“... es muy difícil que la familia sienta lo que uno siente, es muy difícil sentir esta enfermedad, es muy duro dejar los medicamentos...” (Mujer, 30 años)

“Y eso es tan maluco que intenté suicidarme el 3 de enero de este año, yo venía como acompañante pero cuando todo mundo habla de eso ya veo que no

es tan grave y con tratamiento me siento mejor y he borrado muchas cosas” (Hombre, 30 años).

Categoría 3: ‘Barreras’. En cuanto a los imaginarios en salud mental, surgen con fuerza la preocupación de ser socialmente señalado por tener un trastorno mental; de la participación de asuntos del pasado no superados y de cómo el apoyo familiar y de las demás círculos sociales influye en el imaginario del individuo:

“Uno como madre ya no encuentra colegio por ese tipo de informes. Le dicen a uno que lo ponen en lista de espera y finalmente el niño tiene que quedarse en donde está porque es el único que lo recibe” (Mujer de 25 años)

“y las personas dicen que eso a uno lo vuelve adicto y esa fue la preocupación de mis papás la primera semana mi familia extensa se preocupó mucho y dijo que me iba a volver adicto y que le pasó lo mismo a fulanita de tal y la gente no entiende que hay distintos medicamentos y si uno va al psiquiatra es porque tiene cosas diferentes.” (Mujer, 22 años)

“Ellos (los bipolares) entran en crisis y no pueden tener una vida laboral normal. Se pierde, no son estables ni emocionalmente” (Mujer, 30 años)

“Ahí es como que les cuesta dejar las cosas en el pasado y seguir adelante...” (Mujer, 25 años).

“La diferencia es que el paciente con enfermedad mental está afectando un círculo llámese familia, vecinos, amigos, todos salen implicados” (Mujer, 30 años)

“...Pero uno es muy culpable del comportamiento de los niños, y yo estaba pensando en qué estaba fallando, qué hace uno a veces para equivocarse tanto...” (Mujer, 30 años)

“Cuando los alumnos conocen que el niño tiene un problema o lo ven muy calmado o muy inquieto reclaman y dicen que no los sancionan como a ellos y que es injusto. Entonces empiezan las comparaciones y empiezan también al contrario los compañeros a burlarse, y dicen “no se tomó la pasta, vaya a que la coordinadora le dé la pasta” y yo digo que se les sale de las manos y yo me pregunto si sería mejor socializar la condición y decirle al grupo que el niño está enfermo y le vamos a colaborar o si quedarme callada” (Mujer, 25 años)

“Lo toman en serio cuando uno está hospitalizado y que esa situación solamente se presenta cuando ya avanzó mucho” (Mujer, 25 años)

Con base en lo anterior y utilizando la triangulación de cotejo para conjugar las voces del informante de los investigadores y el conocimiento sustentado en revisiones bibliográficas; emergieron con fuerza conceptos embebidos en las voces de los informantes que los soportan. Ante la presencia de una enfermedad mental, cualquiera que ella sea, resulta interesante analizar la manera en la cual los participantes buscan alternativas para desempeñarse o ayudar a otro a desempeñarse en su vida cotidiana de la manera más ‘normal’ posible. La búsqueda como un acto permanente e irrevocable para aquellos afectados en su salud mental, se materializada en frases como la siguiente “...él me dice que si puede

tomar lo mismo que yo y le digo que no es igual que me da miedo” (Hombre, 30 años). Se hace tangible a través de la lectura entre líneas, cómo el atributo de encontrarse, comprender la identidad y de indagar las propias experiencias desde la función de individualidad para abrirse al mundo a través de imaginarios que así lo expresan.

De igual forma, surgen con fuerza imaginarios respecto a *culpabilidad*, otra manera de afrontamiento, pero negativo, el cual genera la idea de minusvalía y una consciencia acusatoria que limita el autodescubrimiento y la sana autoestima, acompañado de la instauración de una dependencia física y emocional de otros sujetos ‘sanos’ que sí son aceptados por sus grupos humanos. Se hace presente en situaciones en las cuales el enfermo o la red de apoyo se sienten responsables directos del desencadenamiento de una crisis en salud mental, evidenciada en voces como la siguiente: *“Las amigas me invitan a que payasee y que pase bueno con ellas en una fiesta. Y todas están pendientes de que no me falte el trago y yo me pregunto si debo tomar y ellas me insisten, 4 días pasé casi para ir a la clínica y yo muerta del susto, culpable, sintiendo que había sido pesada y en cuentos un poco rayados, ¿la imagen mía entonces? Y les dije que no me vuelvan a invitar y ellas me dicen que si soy boba, que me vuelven a invitar”* (Mujer, 60 años). En todos los imaginarios expresados referentes a *culpabilidad* podemos escuchar la voz de la moral, transgredida por un imaginario que refleja dolor y tensión interna por consecuencias probablemente negativas. En común a todas las voces y a la literatura, hay culpa derivada de una acción concreta (o

inacción) con una situación o contexto para su manifestación. Fuimos testigos, a través de la lectura interpretativa de las voces, de los sentimientos dolorosos de remordimiento y sentido de responsabilidad.

Encontramos en el proceso de codificación y en nuestra lectura interpretativa, múltiples voces, que llamaban al florecimiento de la esperanza. Expresada como la ruta salvadora, por ejemplo en voces como la siguiente: *“Pero lo que te sucede es una consecuencia de... te va a pasar y quedarás muy bien. Volverás a ser la misma mujer chistosa de las fiestas. Cuando yo estuve enfermo perdí 42 kg, me quedaban grandes los pañuelos pero me mejoré pero me tomé el medicamento con el juicio y dedicación que requiere, porque cuando amanecemos muy bien entonces lo suspendemos pero eso no se debe hacer. Por eso traigan los medicamentos que sobren para repartirlos. Siga tomando el medicamento sin suspenderlo abruptamente sino de la mano con el doctor”* (Hombre, 30 años). Transmutando en la triangulación de cotejo, todos los imaginarios referentes a esperanza señalan la fe en sí mismo de iniciar un proceso y continuar acciones dirigidas a un objetivo. Esta fuerza interior es realmente el centro de los foros, el motivo por el cual continúan existiendo y teniendo validez los GAASM y al mismo tiempo el resultado de las discusiones grupales: los asistentes llegan con esperanzas y expectativas que comparten con otros, generando una retroalimentación y un ejercicio de compartir.

Llama la atención las voces que invitan al *afrontamiento*: *“Le da a uno pena*

decir que está con el psiquiatra, es algo que tenemos que quitarnos y que los compañeros de trabajo deben saberlo y manejarlo, no burlarse. Tengo una enfermedad y tengo que salir adelante con ella” (Hombre, 30 años); pero así mismo se observan también los afrontamientos negativos: *“Yo no tengo miedo, esto no existe, esto no puede estar sucediendo”* (Mujer, 40 años.).

Con la anterior categoría, termina nuestra triangulación de cotejo. Abrimos la discusión referente al muestreo de incidentes y acontecimientos, uniendo en una matriz las distintas voces de los imaginarios con nuestras interpretaciones de las mismas; por tanto nos permitió inferir que los imaginarios de los asistentes a un GAASM se construyen desde la participación de *la esperanza, la búsqueda, el afrontamiento y la culpabilidad*. Dichos conceptos alcanzan cierto grado de ‘jerarquía’ mental cuando interactúan con las experiencias, con profesionales de la salud, las dificultades e inquietudes y las barreras previamente descritas en las categorías axiales. La esperanza surgió como el denominador común y más relevante en los imaginarios en salud mental, ya que en la lectura interpretativa de los mismos, constituye el motor de búsqueda y persistencia ante situaciones de estrés generadas por un trastorno mental, tejiendo una red de apoyo social (16). Creemos que dicho ejercicio catártico de exponer en un discurso libre y emotivo los imaginarios en los GAASM, permite que emociones como el agradecimiento y la solidaridad o bien el rechazo y la negación salgan a flote y sean discutidas de manera respetuosa, llegando a la conclusión final de que existen soluciones y de que las problemáticas no son exclusivas de un

sujeto, sino que acontecen en repetidas ocasiones y de muchas maneras, de lo cual se desprende la empatía, y a su vez, mayor esperanza.

Discusión

La esperanza, como resultado insigne de este ejercicio de teoría fundamentada, es explicada por diversos autores como una fuerza interior que facilita la trascendencia de la situación actual y permite la construcción de una expectativa basada en la realidad de un futuro mejor, siendo necesaria la construcción de un proceso psicológico, que permita a la persona moverse a través o elevarse por encima de la situación y hacer adaptaciones de sus creencias personales que le posibiliten seguir adelante, motivo por el cual los pacientes y sus redes de apoyo deciden aferrarse a ella (17) H. M. (1989). La esperanza es cambiante en el tiempo (18) y gira en torno a un enriquecimiento del “ser”, una búsqueda exhaustiva de medios y/o formas de expiar la culpabilidad para hacerle frente a la enfermedad (19), trazar una ruta y alcanzar una meta.

La esperanza sobresale durante los foros presenciados, luego del ejercicio juicioso de la predicción de comportamientos y significados a partir de las cuatro categorías en cuestión mencionadas. Eso la escalona como la categoría central y la inviste en el fenómeno índice a estudio; emerge como un patrón de conducta común a todos los imaginarios en salud mental y alcanza la formalización como teoría al permitir organizar el comportamiento social de los GAASM.

En las voces de los participantes es una constante; encontrar ejemplos de

esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas externas o internas vividas desde la experiencia de la enfermedad mental (14), que superan los recursos de una persona o un grupo social (20); dicha experiencia impacta en la formación de un constructo dinámico '*esperanza*' que es el enlace para la creación de actitudes de afrontamiento, fortalecimiento y conocimiento sobre las posibilidades personales (21), pues las barreras son múltiples y las situaciones diversas, con un trasfondo cargado de estigma social, aunado a la insensibilidad que los pacientes perciben por parte del personal de la salud, señalando la necesidad de generar un mayor énfasis en el arte de la escucha, de dilucidar las preocupaciones más sobresalientes y discutir las en grupo sin señalamientos, ayudar en el proceso de búsqueda de las metas personales y por último proporcionar el sentido de balance y autocontrol que los pacientes sienten que han perdido y que los separa del resto de la población (22).

También, es de aunar, que los imaginarios son contradictorios por ser subjetivos y volubles dado el grado de interacción entre los imaginantes, los observantes y los expertos (23). No se pretende definir la salud o la enfermedad mental a través de los mencionados imaginarios, pero tampoco es posible entenderlas completamente si se los excluye (23); no afirmamos que sean extrapolables a la población general.

Dado que en Colombia no hay una disponibilidad de psicoterapeutas proporcional a la población demandante y el Plan Obligatorio en Salud (POS) limita el número de participantes por sesión y el número de sesiones por

año (24), los GAASM son una opción inteligente, costo-efectiva y sencilla para subsanar parcialmente este déficit, incrementando la adherencia al tratamiento y la satisfacción del paciente y su red de apoyo, disminuyendo la discriminación social y permitiendo que él mismo se exprese acerca de su enfermedad (24,25). Los miembros de este tipo de grupos son, por lo general, quienes están más enfermos y por tanto buscan ayuda con mayor frecuencia (5,26); lo cual enriquece todavía más la labor del actual trabajo ya que la búsqueda de los imaginarios es un tema poco explorado en salud mental pero que permitiría una comprensión más honda sobre el verdadero papel de los GAASM. Sin embargo, es necesario reconocer que las necesidades de los pacientes son diversas y una intervención en un área puede ser insuficiente para suplementar un tratamiento (27).

Sugerimos que en un futuro cercano, se empiecen a gestar plataformas construidas a partir de la comunidad general y del sector médico-científico, que permitan, a través del diálogo cotidiano y abierto, la generación de conocimiento y la profundización en los imaginarios con relación a diversas temáticas. El establecimiento y la consolidación de teorías basadas, especialmente en los hallazgos de investigaciones cualitativas, enriquece y será siempre un motor de búsqueda y perfeccionamiento de las relaciones médico-paciente-red de apoyo, y por tanto, del tratamiento y pronóstico de pacientes con diversas patologías mentales o de cualquier índole.

Por último, a los autores nos gustaría aclarar que el actual trabajo tenía

la intención, y se llevó a cabo con los principios de la teoría fundada, lográndose cierto grado de penetración a la interioridad de los participantes en el estudio y así mismo, un grado de interpretación de los elementos pertenecientes a las diversas realidades manifestadas por ellos mismos, sin embargo, la cantidad de información recabada o quizá, la manera de agrupación y codificación de la misma no fue suficiente para lograr la saturación y el análisis deseado, por lo cual, lo que finalmente se hizo fue más parecido a un análisis de tipo temático, que consideramos, es igualmente enriquecedor para los investigadores y

principalmente para los lectores, válido desde el punto de vista médico-científico.

Agradecimientos

- Al Doctor Osvaldo Castilla Contreras, Psiquiatra Infantil, por su apoyo y orientación en el actual trabajo.
- A los asistentes a los grupos de apoyo por permitirnos respetuosamente explorar sus imaginarios.
- A la Universidad Tecnológica de Pereira, por brindarnos el apoyo institucional y acercarnos a los profesionales con los conocimientos para desempeñar una investigación cualitativa.

Referencias

1. Domenech López Y. El grupo de apoyo como contexto de ayuda para personas con discapacidad en la comunidad valenciana. *Portularia* [Internet]. 2008;VIII(1):247-64. Available from: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/2177/b15505819.pdf;jsessionid=C7AFC5082AEA0E92A631A0FF7E372291?sequence=1>
2. ASODEP (Asociación Colombiana contra la Depresión y el pánico) [Internet]. [cited 2013 Jul 21]. Available from: <http://www.asodep.org/>
3. Asociación Colombiana de Bipolares [Internet]. [cited 2013 Jul 21]. Available from: <http://www.bipolarescolombia.com/>
4. Rengifo Ramos L, Gaviria Arias D, Salazar Salazar L, Vélez J, Lozano Pardo S. Polimorfismos en el gen del transportador de serotonina (SLC6A4) y el trastorno afectivo bipolar en dos centros regionales de salud mental del Eje Cafetero. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2012;41(1):86-100. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80624093007>
5. Téllez-Vargas J, Castilla Contreras O, Lozano Martínez F, Pamplona Valbuena E. Características clínicas y epidemiológicas de los episodios depresivos en los grupos de autoayuda de la Asociación Colombiana Contra la Depresión y el Pánico (ASODEP). *Avances*. 2011;11:9-29.
6. Cabarcas M. Guía de imaginarios: poblaciones específicas constructoras de la reconciliación en Colombia [Internet]. 1st ed. Bogotá: Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación; 2009. 38 p. Available from: <http://www.oim.org.co/publicaciones-oim/reconciliacion-y-reintegracion/1491-guia-de-imaginarios-poblaciones-especificas-constructoras-de-la-reconciliacion-en-colombia.html>
7. Helena L, Posada G. Imaginarios de ciudad en niños y niñas de Barranquilla-Colombia * The Imagery of the City for Children in Baranquilla Colombia. 2005;2(1):37-60.
8. Chaves CO, Vanesa C, Rosero M, García DT, Mario J, Mahecha L, et al. Imaginarios de pacientes prequirúrgicos respecto a estructura y función de sus órganos abdominales, un trabajo cualitativo. *Rev Médica Risaralda* [Internet]. 2013;19(8):50-3. Available

- from: <http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/7821>
9. Cegarra J. Fundamentos Teórico Epistemológicos de los Imaginarios Sociales. Cinta moebio [Internet]. 2012;43:1-13. Available from: www.moebio.uchile.cl/43/cegarra.html
 10. Restrepo-Ochoa DA. La Teoría Fundamentada como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales. Rev CES Psicol. 2013;6(1):122-33.
 11. Camargo B IL. Enaltecimiento a la investigación cuaitativa: Pertinencia, aceptación, contribución, viabilidad y problemas no resueltos porenfermería. Visión Antataura. 2013;1:121-9.
 12. Martínez FG, Laura D, Saravia H, Karina D. Representaciones sociales sobre higiene bucal en madres y cuidadores de hogares infantiles Social representations on oral hygiene in mothers and caregivers at child care centers. 2013;39(1):59-68.
 13. Cardona-Arias JA. Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. 2010;12(5):765-76.
 14. Muñoz Franco NE. Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. Salud Colect. 2009;5(3):391-401.
 15. Krattenmacher T, Kühne F, Führer D, Beierlein V, Brähler E, Resch F, et al. Coping skills and mental health status in adolescents when a parent has cancer : A multicenter and multi-perspective study. J Psychosom Res [Internet]. Elsevier Inc.; 2013;74(3):252-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.10.003>
 16. Peterson SJ, Gerhardt MW, Rode JC. Hope, learning goals, and task performance. Pers Individ Dif [Internet]. 2006 Apr [cited 2014 Aug 1];40(6):1099-109. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0191886905003740>
 17. Esteves M, Scoloveno RL, Mahat G, Yarcheski A, Scoloveno MA. An integrative review of adolescent hope. J Pediatr Nurs [Internet]. Elsevier Inc.; 2013 Apr [cited 2014 Aug 6];28(2):105-13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22683530>
 18. Tutton E, Seers K, Langstaff D. An exploration of hope as a concept for nursing. J Orthop Nurs [Internet]. Elsevier Ltd; 2009 Aug [cited 2014 Jul 25];13(3):119-27. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1361311109001290>
 19. Alarcón GM, Bowling N a, Khazon S. Great expectations: A meta-analytic examination of optimism and hope. Pers Individ Dif [Internet]. 2013 May [cited 2014 Aug 6];54(7):821-7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0191886912005818>
 20. Amirkhan J, Auyeung B. Coping with stress across the lifespan: Absolute vs. relative changes in strategy. J Appl Dev Psychol [Internet]. 2007 Jul [cited 2014 Aug 6];28(4):298-317. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0193397307000597>
 21. Kim DS, Kim HS, Schwartz-Barcott D, Zucker D. The nature of hope in hospitalized chronically ill patients. Int J Nurs Stud [Internet]. 2006 Jul [cited 2014 Jul 24];43(5):547-56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16140301>
 22. McEvoy P, Schauman O, Mansell W, Morris L. The experience of recovery from the perspective of people with common mental health problems: findings from a telephone survey. Int J Nurs Stud [Internet]. Elsevier Ltd; 2012 Nov [cited 2014 Jul 23];49(11):1375-82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22795789>
 23. Torres Cubeiro M. Imaginarios sociales de la enfermedad mental. RIPS Rev Investig políticas ys ocológicas. 2012;11(2):101-13.
 24. Marcus S, Olfson M. National patterns in antidepressant treatment by psychiatrists and general medical providers: results from the national comorbidity survey replication. J Clin Psychiatry. 2008; 69 (7): 1064-74.
 25. Olfson M, Mojtabai R, Sampson N, Hwang I, Druss B, Kessler R, et al. Dropout from outpatient mental health care in the United States. Psychiatr Sev. 2009; 60 (7):898-907.
 26. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Al E. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA. 2004; 291:2581-90.
 27. Geffken GR, Storch E a, Duke DC, Monaco L, Lewin AB, Goodman WK. Hope and coping in family members of patients with obsessive-compulsive disorder. J Anxiety Disord [Internet]. 2006 Jan [cited 2014 Aug 6]; 20 (5): 614-29. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16084686>